



- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z.B. die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer z.B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, durch verstärkten Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung sowie durch mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Etablierung eines fairen Wettbewerbs zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen durch Portabilität der Alterungsrückstellungen und Einführung eines Basistarifs in der PKV.

## **B. Lösung**

Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung haben sich insbesondere auf folgende Maßnahmen verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:

- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerbslich ausgestaltet. Dies wird erreicht u.a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.
- Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für

mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird eine Weiterentwicklung hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Nutzen der Versicherten und Patienten eingeleitet. Der Beitragssatz wird per Rechtsverordnung festgelegt. Kassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Neben der Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und dem Angebot von Kosten sparenden Tarifen für ihre Versicherten erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern innerhalb bestimmter Grenzen einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Erwirtschaften Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten ausschütten.

- Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Hierfür werden aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, 2009 3 Mrd. Euro bereitgestellt. Ab 2010 soll der Bundeszuschuss weiter anwachsen. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.
- Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) und von der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Schaffung eines Basistarifs in der privaten Versicherung wird der Wettbewerb innerhalb der PKV und mit der gesetzlichen Krankenversicherung intensiviert. Die Wechselmöglichkeiten zwischen den Systemen werden verbessert.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Finanzielle Auswirkungen**

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 im Vergleich zum geltenden Recht geschätzte finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung jährlich ca. 2 Mrd. Euro, von denen bei Inkrafttreten zum 1. April im Jahre 2007 ca. 1,3 Mrd. Euro finanzwirksam werden.

Durch eine Vielzahl von strukturellen Reformmaßnahmen ergibt sich darüber hinaus mittel- und langfristig zusätzliches Einsparpotential in erheblichem Umfang.

Ab dem Jahr 2008 wird die teilweise Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln fortgeführt und in den Folgejahren ausgebaut. Hierfür werden den Krankenkassen aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. €, in 2009 3,0 Mrd. € zur Verfügung gestellt. Ab 2010 soll dieser Bundeszuschuss weiter ansteigen.

Finanzielle Entlastungen für den Bund ergeben sich durch die volle Übernahme der Verwaltungskosten durch die knappschaftliche Krankenversicherung von 28 Mio. € im Jahr 2009 und 14 Mio. € im Jahr 2010.

Der Bund trägt nach § 37 Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler. Die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen führen von 2007 bis 2010 zu folgendem voraussichtlichem Minderbedarf an Bundesmitteln:

Jahr	2007	2008	2009	2010
Minderbedarf an Bundesmitteln	xx,x Mio. €	xx,x Mio. €	xx,x Mio. €	xx,x Mio. €

### **E. Sonstige Kosten**

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der Krankenkassen und begrenzt den Beitragssatzanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung ab der Einführung des Gesundheitsfonds. Durch die Regelungen in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung wird das Preisniveau in diesen Leistungsbereichen gedämpft. Weitere Auswirkungen auf das Preisniveau – insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

Vom .....

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

Inhaltsübersicht

- Artikel 1** Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2** Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3** Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 4** Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 5** Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 6** Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 7** Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 8** Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 9** Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 10** Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel** Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten
- Artikel** Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989
- Artikel** Weitere Änderungen des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989

- Artikel** Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel** Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
- Artikel** Änderung der Bundespflegesatzverordnung
- Artikel** Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel** Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
- Artikel** Änderung der Schiedsamtverordnung
- Artikel** Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung
- Artikel** Änderung des Arzneimittelgesetzes
- Artikel** Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung
- Artikel** Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
- Artikel** Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung
- Artikel** Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- Artikel** Änderung der Apothekenbetriebsordnung
- Artikel** Änderung des Apothekengesetzes
- Artikel** Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- Artikel** Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen
- Artikel** Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse
- Artikel** Änderung des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung

**Artikel** Änderung des Transplantationsgesetzes

**Artikel** Portabilität von Altersrückstellungen/Einführung eines Basisstarifs in der privaten Krankenversicherung

**Artikel** Vergleichbare Vergütungen für GKV und PKV für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich

**Artikel** Inkrafttreten

## Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

X. In § 4 Abs. 2 wird das Wort „knappschaftlichen“ gestrichen.

X. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 11 werden die Wörter „auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 des Sechsten Buches) oder des Bezugs von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 143 des Siebten Buches) eine freiwillige Versicherung bestanden hat“ durch die Wörter „Mitglied oder nach § 10 versichert waren“ ersetzt.

bb) In Nummer 12 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 13 angefügt:

„13. Personen, die keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.“

- b) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist oder dessen Krankenbehandlung nach § 264 übernommen wird.“

- X. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden das Wort „übersteigt“ durch die Wörter „in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ ersetzt und die Wörter „dies gilt nicht für Seeleute;“ gestrichen.

- b) Dem Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „sowie für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ angefügt.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.“

- d) Absatz 5 wird aufgehoben.

- e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz angefügt:

(9) Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am 4. Juli 2006 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor

diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt haben, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei."

X. In § 9 wird Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 2 Nr. 3 aufgehoben.

X. § 10 Abs. 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.“

X. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

(4) "Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Soweit in Verträgen nach §§ 140a bis d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln."

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

X. § 13 Abs.2 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2, 3 und 10 werden aufgehoben.

b) Folgender Satz wird angefügt:

"Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderung vor."

X. In § 15 Abs. 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken."

X. Im Dritten Kapitel wird die Überschrift des Dritten Abschnitts wie folgt gefasst:

„Dritter Abschnitt

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe."

X. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 3 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen."

c) Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.

X. Nach § 20 werden folgende §§ 20a bis 20d eingefügt:

#### § 20a

##### Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

#### § 20b

##### Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre

Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

**Absatz 3 (Berichtspflicht der Spitzenverbände gegenüber BMG wurde gestrichen.)**

§ 20c

Förderung der Selbsthilfe

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 Prozent der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe

jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.“

#### § 20d

##### Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.

(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und ein-

heitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen."

x. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "schließt der Spitzenverband Land der Krankenkassen" und in Satz 2 die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat" ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden die Wörter "der Spitzenverbände" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Bund" ersetzt.

X. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 3 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" und das Wort "haben" durch das Wort "hat" ersetzt.
- b) Absatz 9 wird aufgehoben.

X. § 24 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

"Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung;"

x. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"(2a) Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe nach § 35 einzubeziehen sind, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2 einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen. Den Arzneimittelherstellern ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Höchstbetrag ist aufgrund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 2 festzusetzen. Dabei sind die anteiligen Entwicklungskosten für die im Geltungsbereich dieses Gesetzes angewendeten Arzneimittel während der Dauer des Unterlagenschutzes zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 2 kann der Höchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmen festgelegt werden. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen können" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann" ersetzt.

bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: "Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind."

X. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, ob eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, In-

standsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen."

- b) Die Sätze 4 bis 7 des bisherigen Absatzes 1 werden Absatz 2.
- c) Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben.
- d) In den Absätzen 3 und 4 wird jeweils die Angabe "Absatz 1" durch "Absatz 2" ersetzt.
- e) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze 6 bis 8 angefügt:

"(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsbe-rechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Ver-sorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benen-nen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen an-deren Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; da-durch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Er-folgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Lei-stungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Kran-kenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichba-re Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgelegt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbe-trags.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zu-

zahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 Satz 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf."

x. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt" ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam können" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann" ersetzt.

x. In § 35a Abs. 5 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen und veröffentlichen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht" ersetzt.

x. § 35b wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden nach dem Wort "Nutzens" die Wörter "und der Kosten" eingefügt.
- b) In Absatz 1 wird Satz 3 wie folgt gefasst und folgende Sätze angefügt:

"Das Institut erstellt aufgrund eines Auftrags nach Satz 1 eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel (Kosten-Nutzenbewertung); Absatz 2 gilt entsprechend. Die Kosten-Nutzenbewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Das Institut entscheidet über die Methoden für die Erarbei-

tung von Bewertungen nach Satz 1 und 3 auf der Grundlage der international üblichen Standards der evidenzbasierten Medizin unter Durchführung einer Beteiligung entsprechend § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 4 und 5 und veröffentlicht diese Methoden im Internet."

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort "Nutzenbewertungen" durch das Wort "Bewertungen" ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort "Nutzenbewertung" durch das Wort "Bewertung" ersetzt.

X. In § 36 werden die Absätze 1 und 2 wie folgt gefasst:

"(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen. "

X. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 1 wird nach dem Wort "Haushalt" ein Komma eingefügt; die Wörter "oder ihrer Familie" werden durch die Wörter "ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen," ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach dem Wort "Haushalt" wird ein Komma eingefügt; die Wörter "oder ihrer Familie" werden durch die Wörter "ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen" ersetzt.

bbb) Im zweiten Halbsatz werden die Wörter "das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2" durch die Wörter "verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben."

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz angefügt:

"(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, in welchen Fällen Leistungen nach Absatz 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1."

X. Nach § 37a wird folgender § 37b eingefügt:

"§ 37b

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
  2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.
  3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer."
- X. In § 39 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Seekrankenkasse gemeinsam erstellen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen erstellt “ ersetzt.
- X. § 39a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart" ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart" ersetzt.
- X. § 40 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter "in wohnortnahen" durch die Wörter "durch wohnortnahe" ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "einer" die Wörter "nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten" eingefügt.
    - bb) "Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen."
  - c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" und das Wort "haben" durch das Wort "hat" ersetzt.
  - d) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt" ersetzt.
- X. Nach § 40 wird folgender § 40a eingefügt:

"§ 40a  
Geriatrische Rehabilitation

Leistungen nach § 40, die im Einzelfall zur geriatrischen Rehabilitation geboten sind, hat die Krankenkasse zu erbringen. Leistungen nach § 40 Abs. 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen."

X. § 41 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst::

"Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung;"

X. In § 43 Abs. 2 Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt" ersetzt.

X. § 44 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt sind,
2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,
3. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. § 53 Abs. 5 bleibt unberührt. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 3 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht."

X. § 46 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende neue Nummer 2 eingefügt:

"2. bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. an,"

b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3

X. § 52 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

"(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z.B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten verschuldensunabhängig in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern."

X. Nach § 52 wird folgender § 52a eingefügt:

"§ 52a  
Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung."

X. § 53 wird wie folgt gefasst:

"§ 53  
Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für ihre Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als 3 Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs.2, §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(5) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 aufgeführten Mitglieder Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Zahlungen des Mitglieds vorzusehen.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(7) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt 3 Jahre. Abweichend von § 175 Abs.4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ab-

lauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung darf bis zu 20 vom Hundert, für mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(8) Die Aufwendungen für Wahltarife müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle 3 Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen."

X. § 54 wird aufgehoben.

X. In § 56 Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe "nach § 94 Abs. 1 Satz 3" durch die Angabe "nach § 94 Abs. 1 Satz 5" ersetzt.

x. § 57 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 2 werden in Satz 1 die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen vereinbart" und in Satz 2 die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.

X. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die die in § 25 Abs. 2 genannten Gesundheitsuntersuchungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben und an Krebs erkranken.

Für Versicherte nach Nummer 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen."

bb) Nach dem bisherigen Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

"(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor."

X. In § 64 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen können" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann" ersetzt.

X § 65a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden Absätze 2 und 3.

d) Absatz 3 (neu) wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „den“ gestrichen und die Angabe „Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

X. § 65b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert" ersetzt, die Wörter "gemeinsam und einheitlich" gestrichen und die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch eine Umlage der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, der Verbände der Ersatzkassen und der See-

Krankenkasse gemäß dem Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

X. § 71 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "dass" das Wort "Beitragssatzerhöhungen" durch das Wort "Beitragserhöhungen" ersetzt und nach dem Wort "Wirtschaftlichkeitsreserven" die Wörter "ohne Beitragssatzerhöhungen" gestrichen.

X. § 72a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter "der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

X. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1c Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart" ersetzt und die Wörter "gemeinsam und einheitlich" gestrichen.

b) Absatz 7 wird aufgehoben.

c) Im Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort "Leistungen" die Wörter "und Bezugsquellen" eingefügt.

X. § 73b wird wie folgt gefasst:

"§ 73b

Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Die hausarztzentrierte Versorgung zeichnet sich insbesondere durch folgende über die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b und 1c hinausgehenden Mindestqualitätsmerkmale aus:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung professioneller Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in

den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten, falls erforderlich arzt- und versichertenbezogen, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

X. § 73c wird wie folgt gefasst:

"§ 73c

Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,

2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die

Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten, falls erforderlich arzt- und versichertenbezogen, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

- x. Nach § 73c wird folgender § 73 d eingefügt:

"§ 73d

Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist.

(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur Pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen legen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz nicht in angemessener Frist zustande und sind hierdurch bessere Ergebnisse für die Versorgung hinsichtlich der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit zu erwarten, kann die Krankenkasse nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie auf einzelne der nach Satz 1 bestimmten Ärzte beschränken. Die Krankenkasse hat einen Vertrag nach

Satz 2 der Kassenärztlichen Vereinigung spätestens zwei Monate vor Vertragsbeginn mitzuteilen. Verträge nach Satz 2 können jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalenderjahres mit Gültigkeit von mindestens zwei Jahren vereinbart werden.

(3) Arzneimittel, für die Richtlinien nach Absatz 1 gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach Absatz 1 verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach Absatz 2 Satz 2 und 5 ist die Einhaltung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; §§ 296 bis 298 gelten entsprechend.

(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung im Rahmen der aufgrund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.

(5) Absatz 1 bis 4 gelten für Diagnostika entsprechend."

X. Nach § 77 wird folgender § 77a eingefügt:

"§ 77a

Dienstleistungsgesellschaften

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben Gesellschaften gründen.

(2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:

1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,

3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarztstätigkeit betreffen,
4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,
5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze,

(3) Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen ist ausgeschlossen."

X. In § 81 Abs. 3 Nr. 2 wird die Angabe "§§ 136a und 136b Abs. 1 und 2" durch die Angabe "§ 137 Abs. 1 und 4" ersetzt.

X. § 82 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund" ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird die Angabe "§ 85a Abs. 2" durch die Angabe "§ 85a Abs. 3" ersetzt.

x. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - bb) In Satz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort "Maßnahmen" ein Komma und die Wörter "auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen" eingefügt.
  - cc) Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

"Der Spitzenverband Land der Krankenkassen teilt das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit."

dd) Folgender Satz wird angefügt:

"Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen."

b) Dem Absatz 4a wird folgender Satz angefügt:

"Eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Absatz 7a findet für Vertragsärzte keine Anwendung, soweit der Vertragsarzt zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht; das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 zu regeln."

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Im ersten Halbsatz werden die Wörter "ihren jeweiligen Spitzenverbänden" durch die Wörter "jeweils ihren Verbänden, also dem Bundesverband der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, dem Verband der Ersatzkassen oder der See-Krankenkasse" ersetzt.

bbb) Im zweiten Halbsatz wird das Wort "Spitzenverbände" durch die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse" und die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche

Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse" ersetzt.

- cc) In Satz 7 wird das Wort "Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse" ersetzt.
  - d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkasse" ersetzt.
    - bb) Satz 5 werden die Wörter "unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Nr. 1" gestrichen.
  - e) In Absatz 7a Satz 9 werden die Wörter "der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt und die Wörter "dem Prüfungsausschuss" durch die Wörter "der Prüfungsstelle" ersetzt.
- X. § 85 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe "Satz 4" durch die Angabe "Satz 2" ersetzt.
  - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erstmalig bis zum 30. April 2004 gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
    - bb) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen

die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung."

c) In Absatz 4a wird Satz 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt:

"Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 12."

X. §§ 85a bis 85 c werden wie folgt gefasst:

„§ 85a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2, § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 7 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 bis 3, erstmals bis zum 31. Oktober 2008, danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2b Satz 6 anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind

dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen.

(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit den nach Absatz 2 vereinbarten Punktwerten in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind nach Maßgabe der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten. § 85 Abs. 2a gilt entsprechend. Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Satz 3 und 4 nach Maßgabe der Regelungen nach Absatz 7 mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist; Zahlungen nach Absatz 7 Satz 3 sind bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zu Grunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln; weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 2 sind auf die nach Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen. Bei der erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 zu treffenden Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 wird der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse wie folgt bestimmt: Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungs-

rate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien gemäß Absatz 6 Satz 5 vorliegenden Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2008; § 87 Abs. 2c Satz 6 gilt entsprechend. Fehlschätzungen nach Satz 10 und 11 sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung des Folgejahres zu berichtigen. Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 5 getroffenen Regelungen sind zu beachten.

(4) Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Absatz 5 zu berücksichtigen.

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

1. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 1,
2. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 2, 3 und 4,
3. zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4 und
4. zur Berechnung der erstmaligen Leistungsmenge nach Absatz 3 Satz 9 bis 11.

Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 1 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die tatsächlich erbrach-

te Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Die Beschlüsse nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009, der Beschluss nach Satz 1 Nummer 4 ist bis zum 31. August 2008 zu treffen.

(6) Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenverarbeitung an die Vertragsparteien; sie können für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten auch eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen. Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Datenübermittlung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmals bis zum 31. März 2009. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen sind in diesem Umfang befugt, versichertenbezogene Daten zu erheben und zu verarbeiten. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Abweichend von Satz 1 bis 3 übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen für die Hochrechnung nach Absatz 3 Satz 11 die vorliegenden Daten über die erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen des ersten Halbjahres 2008 bis zum 1. September 2008.

(7) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den betroffenen Krankenkassen. Die Regelungen müssen sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 erhält. Für den Fall, dass die Preise der in der Leistungserbringer-KV geltenden Gebührenordnung von den Preisen der in der Wohnort-KV geltenden Gebührenordnung abweichen, sind in den Regelungen nach Satz 1 Regelungen für einen Zahlungsausgleich zwischen der Wohnort-KV und der Krankenkasse, für die für die Versorgung des Versicherten eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Absatz 3 vereinbart wurde, vorzusehen.

#### § 85b

Vergütung des einzelnen Arztes (arztbezogene Regelleistungsvolumina)

(1) Abweichend von § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 und § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von arztbezogenen Regelleistungsvolumina auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 85a Abs. 2) vergütet. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen nach Absatz 1 ist die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 85a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt geltenden Preisen zu vergüten ist. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes ist die das arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4 Satz 2 zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4 Satz 2 abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für das ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Für den Fall, dass es im Zeitablauf wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität gemäß § 85a Abs. 3 Satz 4 zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die arztbezogenen Regelleistungsvolumina zeitnah entsprechend anzupassen.

(3) Die Werte für die arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zu Grunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 85a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 85a Abs. 7,
3. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte und angestellten Ärzte,
4. die Zahl und die Morbiditätsstruktur der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten sowie Praxisbesonderheiten,
5. die durchschnittliche Zahl und Morbiditätsstruktur der in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten je Arzt der jeweiligen Arztgruppe,

6. der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder die bezogen auf den angestellten Arzt vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist (Tätigkeitsumfang),
7. der voraussichtliche Umfang der nach Absatz 2 Satz 2 abgestaffelt zu vergütenden Leistungsmengen,
8. die auf der Grundlage von Zeitwerten für die ärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zu bestimmende Kapazitätsgrenze je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes

zu berücksichtigen. Die Morbidität der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen, die Praxisbesonderheiten sollen mit Hilfe der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 bestimmt werden. Die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen sind zu berücksichtigen. Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der abgestaffelt zu vergütenden Leistungen nach Satz 2 Nr. 7 sind zu berichtigen; die Gesamtvergütung nach § 85a Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Der Bewertungsausschuss bestimmt, erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 und 3. Er bestimmt darüber hinaus die Kriterien zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 2 sowie Kriterien zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben nach Satz 6 und zur Bildung von Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 7. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 31. Oktober 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina nach Satz 4 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest. Die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina an den einzelnen Vertragsarzt und ermächtigten Arzt einschließlich der Mitteilung der für ihn jeweils geltenden regionalen Preise obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben, bleiben unberührt. Die Kassenärztliche Vereinigung darf zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten Rückstellungen bilden.

(5) Die Krankenkassen stellen den in Absatz 4 Satz 3 genannten Parteien die für die Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina erforderlichen Daten, falls erforderlich auch versichertenbezogen, nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Verfügung. Die Parteien nach Absatz 4 Satz 3 können eine Arbeitsgemeinschaft für die Erhebung und Verarbeitung der für Zwecke der Berechnung nach Satz 1 erforderlichen Daten beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Satz 1 erstmals bis zum 31. August 2008.

(6) Kann ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen dem Vertragsarzt oder dem ermächtigten Arzt nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren arztbezogenen Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.

#### § 85c

#### Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006

Für Krankenkassen, für die im Jahr 2006 die Gesamtvergütung erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß § 83 Satz 1 vereinbart wird, ergibt sich der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung der Gesamtvergütung jeweils durch die Multiplikation folgender Faktoren:

1. des Betrags, der sich bei der Teilung der für das Jahr 2005 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt,
2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertrags-schließenden Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2005 zu bestimmen."

X. § 85d wird aufgehoben.

X. In § 86 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

X. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 87  
Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab,  
bundeseinheitlicher Orientierungswerte "

b) In Absatz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund " ersetzt.

c) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.

d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen."

bb) Satz 3 und 4 wird wie folgt gefasst:

"Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen insgesamt so festzulegen, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung); dabei ist die Anzahl der in einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte angemessen zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Bestimmung der Abstaffelungsregelungen nach Satz 3 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; dabei ist Satz 2 zweiter Halbsatz auch bei der Bestimmung der Abstaffelungsregelung zu berücksichtigen."

e) Die Absätze 2a bis 2c werden wie folgt gefasst:

"(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen. Die Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Mit den Pauschalen nach Satz 3 werden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet; die Pauschalen können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen; zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird. Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind, arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen, als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden; Einzelleistungen können nur vorgesehen werden, soweit dies medizinisch erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen nach Satz 5 werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 5 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt. Abweichend von Satz 7 wird die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet. Für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versor-

gungsformen Rechnung tragen. Es sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in diesem Absatz genannten Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Satz 9 die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen beschlossenen Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringende Dokumentationsverpflichtungen geknüpft werden. Zudem sind Regelungen vorzusehen, die sicherstellen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Satz 3 sowie der Grundpauschalen nach Satz 5 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt oder es sind Regelungen zur Kürzungen der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorzusehen. Die Regelungen nach Satz 3 bis Satz 11 sind erstmalig bis zum 31. Oktober 2007 zu treffen.

(2b) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. im Regelfall,
2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie
3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

festzulegen. Der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 2 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 3 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 können dazu auch nach Versorgungsgraden differenziert werden. Die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 sind in ihrer Höhe so festzulegen, dass das zusätzliche Finanzvolumen, welches zur Zahlung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 erforderlich ist, insgesamt durch Einsparungen finanziert werden, die sich aus der Zahlung der Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 3 ergeben. Die Orientierungswerte nach

Satz 1 Nr. 3 sind übergangsweise danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden, mit dem Ziel einer möglichst zeitnahen Angleichung der Orientierungswerte für Alt- und Neufälle. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind sowie ihren Anwendungszeitraum. Zudem legt der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 85a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Satz 1 abgewichen werden kann. Der Bewertungsausschuss kann die zur Festlegung der Indikatoren erforderlichen Datenerhebungen und – auswertungen gemäß Absatz 3f Satz 3 durchführen; soweit möglich hat er bei der Festlegung der Indikatoren amtliche Indikatoren zu Grunde zu legen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der regionalen Fallzahlentwicklung von der bundesdurchschnittlichen Fallzahlentwicklung messen. Als Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur dienen insbesondere Indikatoren, die Abweichungen der für die Arztpraxen maßgeblichen regionalen Investitions- und Betriebskosten von den entsprechenden bundesdurchschnittlichen Kosten messen. Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach Satz 9 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zur erstmaligen Festlegung dieser Indikatoren nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, soll der Bewertungsausschuss auf amtliche Indikatoren abstellen, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

(2c) Die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte sowie der Indikatoren nach Absatz 2b erfolgt für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008. Dabei sind die Orientierungswerte für die Krankenkassen insgesamt so festzulegen, dass bundesweit insgesamt Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung der Versicherten ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Zur Umsetzung von Satz 2 ist der Orientierungswert nach Absatz 2b Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des für das Jahr 2008 von den Krankenkassen bundesweit insgesamt zur Vergütung

vertragsärztlicher Leistungen aufzuwendenden Finanzvolumens in Euro durch die für das Jahr 2008 bundesweit insgesamt anzusetzende Leistungsmenge zu ermitteln. Das Finanzvolumen nach Satz 3 ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 vereinbarten Gesamtvergütungen. Die Leistungsmenge nach Satz 3 ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss nach Absatz 3f Satz 7 übermittelten Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2008. Bei der Hochrechnung sind unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. In den Folgejahren sind bei der Festlegung der Orientierungswerte nach Absatz 2b insbesondere

1. die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung,
2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese noch nicht durch die Abstufungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist, sowie
4. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte gemäß Absatz 2b Satz 1 Nr. 2 und 3

zu berücksichtigen. Bei der Festlegung des Orientierungswertes nach Absatz 2b Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2010 hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge nach Satz 5 und 6 zu berücksichtigen.

- f) In Absatz 3 wird die Angabe "7" durch die Angabe "3" sowie die Wörter "je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- g) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a bis 3g eingefügt:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich jeweils zum 31. Dezember einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vor; das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts bestimmen.

(3b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 30. April 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt. Das Institut bereitet die Beschlüsse gemäß § 85 Abs. 4a, § 85a Abs. 5, 6 und 7, § 85b Abs. 4 und 5 sowie § 87 und die Analysen und Berichte gemäß § 87 Abs. 3a und 7 vor. Wird das Institut bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise gegründet, kann das Bundesministerium für Gesundheit einen oder mehrere der in Satz 1 genannten Verbände zur Errichtung des Instituts verpflichten oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder das Institut aufgelöst wird. Abweichend von Satz 1 können die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen.

(3c) Die Finanzierung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b erfolgt durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zuschlag ist von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 85a zu finanzieren. Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3e Satz 1 Nr. 3.

(3d) Über die Ausstattung des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmitteln, die Einstellung des Personals und die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut oder den beauftragten Dritten entscheidet der Bewertungsausschuss; Absatz 6 gilt entsprechend. Die innere Organisation ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird.

(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die Vorbereitung der Beschlüsse durch das Institut oder den beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Vorbereitung der Beschlüsse trifft, sowie
3. eine Finanzierungsregelung, in der eher Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3f) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen erfassen jeweils nach Maßgabe der vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses nach diesem Gesetz erforderlichen Daten arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. Die Daten nach Satz 1 werden jeweils von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an ihren Spitzenverband übermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Datenerhebungen und –auswertungen durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. Für die Annahme, Aufbereitung und Verwaltung der Daten nach Satz 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen; für die Finanzierung der Datenstelle gelten Absatz 3c und 3e entsprechend. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden. Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 1 ist vom Bewertungsausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen. Für die Hochrechnung nach Absatz 2c Satz 5 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss bis zum 1. August 2008 die vorliegenden Daten über die erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen des ersten Halbjahres 2008.

(3g) Die Regelungen der Absätze 3a bis 3f gelten nicht für den für zahnärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschuss."

- h) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe "4" durch die Angabe "2" ersetzt.
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter "werden zwei Mitglieder" durch die Wörter "wird ein Mitglied" sowie die Wörter "gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See" durch die Wörter "vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - cc) Satz 4 wird aufgehoben.
- i) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 1 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte nach Absatz 3b dem zuständigen erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

- j) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse, des Instituts oder des beauftragten Dritten nach Absatz 3b sowie der von diesen jeweils gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen; ihm sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse zusammen mit den den Beschlüssen zugrunde liegenden Beratungsunterlagen und den für die Beschlüsse jeweils entscheidungserheblichen Gründen vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden; es kann im Rahmen der Prüfung eines Beschlusses vom Bewertungsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen dazu anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist unterbrochen. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten

Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarungen festsetzen; es kann dazu Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 für den Bereich der ärztlichen Leistungen hat das Institut oder der beauftragte Dritte gemäß Absatz 3b dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Die mit den Maßnahmen nach Satz 4 verbundenen Kosten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen; das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit. Abweichend von Satz 4 kann das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist die Vereinbarung fest; Satz 1 bis 6 gilt entsprechend.“

k) Folgender Absatz wird angefügt:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2b Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann."

x. § 88 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart" ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen vereinbart" ersetzt.

X. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- bb) Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter ", die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe "bis 4" gestrichen.

- d) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe "§ 83 und § 85" durch die Angabe "§§ 83, 85 und 85a" ersetzt.

X. § 90 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Land " ersetzt.
- bb) Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei Vertretern der Ärzte und drei Vertretern des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen."
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter "die Landesverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - cc) In Satz 3 werden die Wörter "den Landesverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land"
  - dd) Satz 4 wird aufgehoben.
  - ee) In Satz 5 werden die Wörter "den Landesverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land" ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 3 werden die Wörter "die Verbände der Krankenkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - bb) In Satz 4 werden die Wörter ", der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- X. In § 91 wird nach Absatz 10 folgender Absatz 11 angefügt:

"(11) Für die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1. Januar 2008 kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der ab diesem Zeitpunkt vorgesehenen hauptamtlichen Mitglieder im neu gestalteten Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme."

X. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses"

b) In Absatz 1 Satz 2 wird nach Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 13 und 14 angefügt:

"13. Qualitätssicherung,

14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung."

c) In Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe "und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen" durch die Angabe "und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter" ersetzt.

d) In Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort "Apothekenabgabepreis" die Wörter "unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und 3b" eingefügt.

e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

"3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten."

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

f) In Absatz 7 Satz 1 wird nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

"3. die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Krankenhaus im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt."

X. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird am Anfang das Wort "Er" durch das Wort "Es" ersetzt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt:

"Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort "Bundesanzeiger" werden die Wörter "und deren tragende Gründe im Internet" eingefügt.

bb) Es wird folgender Satz 2 angefügt:

"Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten."

X. § 96 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen " durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

X. § 97 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

- c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "oder der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- X. § 99 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) In Absatz 2 werden die Wörter ", den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "und dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- x. § 100 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige" gestrichen.
  - b) Es wird folgender Absatz 3 angefügt:  
  
"(3) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte."
- x. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 4 wird nach dem Wort "mitzurechnen" das Semikolon durch ein Komma ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.
    - bb) In Nummer 5 wird nach dem Wort "mitzurechnen" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 und 4 wird jeweils die Angabe "Absatzes 1 Nr. 4" durch die Angabe "Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4" ersetzt.

- c) In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 1 erster Halbsatz wird jeweils die Angabe "§ 101 Abs. 2" durch die Angabe "Absatzes 2" ersetzt.
- d) Es wird folgender Absatz 6 angefügt:  
  
"(6) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 und Absatz 3 gelten nicht für Zahnärzte."
- x. Dem § 103 wird folgender Absatz 8 angefügt:  
  
"(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte."
- x. Dem § 104 wird folgender Absatz 3 angefügt:  
  
"(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte."
- X. § 105 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) Es wird folgender Absatz angefügt:  
  
"(5) Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und Absatz 4 gelten nur für die vertragszahnärztliche Versorgung."
- x. § 106 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1a werden die Wörter "der in Absatz 4 genannte Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die in Absatz 4 genannte Prüfungsstelle" ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen kann mit der Kassenärztlichen Vereinigung" ersetzt.

bb) In Satz 5 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Halbsätze angefügt:

"sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird; kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben."

cc) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

"Auffälligkeitsprüfungen nach Satz 1 Nr. 1 sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands nach Absatz 5a muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung nach Satz 1 Nr. 1. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge. Insbesondere sollen bei Prüfungen nach Satz 1 auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz beteiligt sind."

c) In Absatz 2b Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

- d) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort "Geschäftsstellen" durch das Wort "Prüfungsstellen" ersetzt.
  - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:  
  
"Reichen die nach §§ 296 und 297 vorliegenden Daten für die Prüfung nicht aus, sind die erforderlichen Daten aus einer Stichprobe der Behandlungsfälle zu ermitteln und nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hochzurechnen."
- e) In Absatz 3 Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter "der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt.
- f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter "einem der in Satz 5 genannten Landesverbände" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" sowie die Wörter "einen gemeinsamen Prüfungs-" durch die Wörter "eine gemeinsame Prüfungsstelle" ersetzt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter "Die Ausschüsse bestehen jeweils" durch die Wörter "Der Beschwerdeausschuss besteht" ersetzt.
  - cc) In Satz 5 werden die Wörter "Sitz der Ausschüsse" durch die Wörter "Sitz des Beschwerdeausschusses" ersetzt, nach dem Wort "Kassenärztliche Vereinigung" das Komma gestrichen sowie die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land" ersetzt.
  - dd) In Satz 6 werden die Wörter "den Verbänden " durch die Wörter "dem Spitzenverband Land" ersetzt, das Wort "jeweiligen" gestrichen und die Wörter "Sitz der Ausschüsse" durch die Wörter "Sitz des Beschwerdeausschusses" ersetzt.

g) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt."

bb) In Satz 2 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" sowie die Wörter "einem der in Absatz 4 Satz 5 genannten Landesverbände" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

cc) Satz 3 und 4 wird wie folgt gefasst:

"Über die Errichtung, den Sitz und den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4; sie einigen sich auf Vorschlag des Leiters jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr. Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a des Zehnten Buches gerecht wird."

dd) Satz 5 wird aufgehoben.

ee) In Satz 6 werden nach dem Wort "Einigung" die Wörter "nach Satz 2 und 3 eingefügt".

ff) In Satz 7 werden das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" sowie die Wörter "legt diese dem Prüfungsausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor" durch die Wörter "entscheidet gemäß Absatz 5 Satz 1" ersetzt.

- gg) In Satz 8 werden die Wörter "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle" durch die Wörter "Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses" ersetzt.
- hh) In Satz 9 werden die Wörter "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen" durch die Wörter "Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse" ersetzt.
- h) Absatz 4c wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "von Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen" durch die Wörter "einer Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses" ersetzt.
  - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
  - cc) In Satz 3 werden die Wörter "die für den Bereich mehrerer Länder tätigen Ausschüsse oder Stellen nach Absatz 4a" durch die Wörter "eine für den Bereich mehrerer Länder tätige Prüfungsstelle und einen für den Bereich mehrerer Länder tätigen Beschwerdeausschuss" ersetzt.
- i) Absatz 4d wird aufgehoben.
- j) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle" ersetzt.
  - bb) In Satz 3 wird das Wort "Prüfungsausschüsse" durch das Wort "Prüfungsstelle" sowie die Wörter "die betroffenen Landesverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Land" ersetzt.
  - cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder

durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt."

- k) Absatz 5a wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter "der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt.
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter "den Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt.
  - cc) In Satz 4 werden die Wörter "Der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle" und das Wort "seinen" durch das Wort "ihren" ersetzt.
  - dd) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

"Die Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung der Vereinbarung nach Absatz 3 die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in den Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 84 Abs. 6 vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verwaltungskosten des Arztes abgezogen werden; der Arzt ist hierüber zu informieren. Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fachgruppe. Sie kann diese aus einer Stichprobe nach Absatz 2c Satz 2 ermitteln. Der Prüfungsstelle sind die hierfür erforderlichen Daten nach §§ 296 und 297 der entsprechenden Fachgruppe zu übermitteln."
- l) In Absatz 5c Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle" sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalierte Beträge abzuziehen."
- m) Absatz 5d wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt.

bb) Dem Absatz 5d werden folgende Sätze angefügt:

"Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 kann als individuelle Richtgröße nach Satz 1 vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind."

n) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Geschäftstellen nach den Absätzen 4 und 4a" durch die Wörter "Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter "Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse" durch die Wörter "Die Prüfungsstellen und die Beschwerdeausschüsse" ersetzt.

x. § 106a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

"Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung."

bb) In Satz 7 werden die Wörter "die in Absatz 5 genannten Verbände" durch die Wörter "den Spitzenverband Land der" ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "ihre Verbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

- bb) In Satz 3 werden die Wörter "ihr Verband" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - c) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - d) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- X. § 109 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „entscheidet der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- X. In § 110 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nur gemeinsam und“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- X. § 111 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen schließt mit Wirkung für die Mitgliedskassen“ ersetzt.

- bb) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Verbände der Ersatzkassen“ werden durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „der zuständige Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- X. In 111a Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „der zuständige Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- X. In § 111b Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.
- X. § 112 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
  - b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 113 Abs. 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 115a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 115b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt und die Wörter "und 3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit" gestrichen.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13, 137 Abs. 1 zu berücksichtigen“.

b) In Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „den Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

X. § 116b wird wie folgt geändert

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und Absatz 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 vor Nummer 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

"Der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst folgende hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:"

- bb) In Satz 2 werden die Wörter "als Mindestanforderungen die Anforderungen nach § 135" durch die Wörter "die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung" ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 4 wird der erste Halbsatz wie folgt gefasst:

"In den Richtlinien sind zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln;"

- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter "auf Grund eines Vertrages" gestrichen.

- bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

"Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach Absatz 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (§ 87). Die Vergütung der in den Jahren 2007 und 2008 erbrachten ambulanten Leistungen erfolgt in den einzelnen Quartalen nach Maßgabe des durchschnittlichen Punktwertes, der sich aus den letzten vorliegenden Quartalsabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung bezogen auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ergibt. Der Punktwert nach Satz 4 wird aus den im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung geltenden kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwerten je Quartal, jeweils gewichtet mit den auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abgerechneten Punktzahlvolumina, berechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen regelmäßig acht Wochen nach Quartalsbeginn, erstmals bis zum 31. Mai 2007, den durchschnittlichen Punktwert nach Satz 4 gemeinsam und einheitlich fest. Erfolgt die Feststellung des durchschnittlichen Punktwertes bis zu diesem Zeitpunkt nicht, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde den Punktwert fest. Ab dem 1. Januar 2009 werden die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem

Preis für den Regelfall der in ihrer Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 85a Abs. 2 Satz 6) vergütet."

**Streichung des Absatzes 6 (Anschubfinanzierung)**

- X. In § 118 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. In § 120 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. § 123 wird aufgehoben.
  
- X. § 124 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt" ersetzt.
  - b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Zulassung wird von dem jeweiligen Spitzenverband Land der Krankenkassen mit bundesweiter Wirkung erteilt."
  
- X. § 125 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) Absatz 2 Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

"Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen."

X. § 126 wird wie folgt gefasst:

#### "§ 126

#### Versorgung durch Vertragspartner

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

(3) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend."

X. § 127 wird wie folgt gefasst:

#### "§ 127 Verträge

(1) Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge

von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgung oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.

(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und § 33 Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen."

X. § 128 wird aufgehoben.

x. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort "maßgeblicher" ein Komma und die Wörter "höchst zulässiger" eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort "preisgünstiger" gestrichen.
- cc) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

"Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht; soweit hierzu in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. Besteht keine entsprechende Vereinbarung nach § 130a Abs. 8, hat die Apotheke die Ersetzung durch ein preisgünstigeres Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrags vorzunehmen."

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "Die Krankenkassen oder ihre Verbände" ersetzt.
- bb) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Apotheke kann nach Satz 1 vereinbarte Preise unterschreiten. Dies gilt auch für Rezepturarzneimittel, deren Preise aufgrund von Vorschriften des Arzneimittelgesetzes als Höchstpreise vereinbart sind. Die Versorgung mit Arzneimitteln, die von Ärzten in der Arztpraxis während der Behandlung angewendet werden, kann von der Krankenkasse ausschließlich durch Verträge mit einzelnen Apotheken, für Arzneimittel, die direkt von anderen Stellen bezogen werden können, auch mit diesen Stellen sichergestellt werden; dabei können auch die Preise vereinbart werden. In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten

nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen."

d) In Absatz 5a wird nach der Angabe "300" das Wort "höchstens" eingefügt.

e) Nach Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:

"(5c) Apotheken können bei der Abgabe von Arzneimitteln auf die Erhebung von Beträgen von Versicherten nach § 31 Abs. 2 und 3 teilweise verzichten. Die Abrechnung mit der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt."

f) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

x. § 130 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort "maßgeblichen" ein Komma und die Wörter "höchstens zulässigen" eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

"Die Apotheke kann bei der Abrechnung von Fertigarzneimitteln mit der Krankenkasse auf die Berechnung von Handelszuschlägen, die durch die Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes oder dieses Buches bestimmt sind, teilweise verzichten. Der Abschlag nach Satz 1, erster Halbsatz ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Bei der Anpassung im Jahre 2009 soll der Abschlag einmalig entsprechend erhöht werden, wenn durch Vereinbarungen nach § 129 sowie nach § 130a Abs. 8 nicht eine Einsparung von mindestens 500 Mio Euro in den ersten zwölf Monaten nach dem (...Datum des Inkrafttretens) erreicht worden ist."

x. § 130a wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.
  - bb) In Satz 2 und 3 werden jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.
- c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.
- d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird das Wort "Herstellerabgabepreis" durch die Wörter "Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.
  - bb) Satz 8 wird wie folgt gefasst: "Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."
- e) In Absatz 3b Satz 1 und Satz 2 werden jeweils das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.
- f) In Absatz 5 Satz 1 und Satz 2 werden jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmern" ersetzt.
- g) In Absatz 6 Satz 1, 3 und 4 werden jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.
- h) In Absatz 7 Satz 2 werden das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmern" ersetzt.

- i) Absatz 8 wird wie folgt geändert.
  - aa) In Satz 1 und 3 werden die Wörter "Unternehmen" durch die Wörter "Unternehmern" ersetzt.
  - bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

"Hat die Krankenkasse keine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen, kann die Apotheke die Vereinbarung treffen und hat dies der Krankenkasse mitzuteilen. Vereinbarte Rabatte sind an die Krankenkasse weiterzuleiten abzüglich eines Betrags in Höhe von 15 vom Hundert des Rabattbetrags, höchstens jedoch von 15 Euro je Packung, soweit mit der Krankenkasse nichts anderes vereinbart ist. Vereinbarungen, die nach diesem Absatz getroffen werden, sind auf Grund einer Ausschreibung abzuschließen."
  
- x. § 131 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) In Absatz 4 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - c) In Absatz 5 werden die Wörter "regeln die Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. In § 132a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. In § 132b Abs. 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt" ersetzt.

- X. In § 132c Abs. 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt" ersetzt.
- X. Nach § 132c wird folgender § 132d eingefügt:

"§ 132d

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

(1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen

1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

fest."

- X. § 133 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden Satz 4 und 5 aufgehoben.
  - b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Die Krankenkassen erhalten von den Leistungserbringern einen Abschlag in Höhe von 3 v. H. auf die vertraglich vereinbarten Vergütungen. Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes oder anderer Krankentransporte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestim-

mungen festgelegt, reduziert sich die Leistungspflicht der Krankenkassen zur Übernahme der Kosten entsprechend. Satz 2 gilt nicht für die Fälle, in denen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht nach Absatz 2 beschränkt haben."

X. § 134a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Hebammen" die Wörter "und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen" und nach dem Wort "Leistungen" die Wörter "unter Einschluss eines Betriebskostenzuschusses bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen" eingefügt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort "Berufsverband" jeweils durch das Wort "Verband" ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort "Hebammen" die Wörter "sowie die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen" eingefügt.

X. § 135 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern "auf Antrag" die Wörter "eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 1," eingefügt.
- b) Folgende Sätze werden angefügt:

"Hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einem Verfahren zur Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach Ablauf von sechs Monaten seit Vorliegen der für die Entscheidung erforderlichen Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keinen Beschluss gefasst, können die Antragsberechtigten nach Satz 1 sowie das Bundesministerium für Gesundheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Beschlussfassung innerhalb eines Zeitraums von weiteren sechs Monaten verlangen. Kommt innerhalb dieser Frist kein Beschluss zu Stande, darf die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden."

X. § 135a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe "136a, 136b" wird gestrichen.
- b) In Nummer 1 werden nach dem Wort "Qualitätssicherung" die Wörter "unter Beachtung der Anforderungen nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2" eingefügt.
- c) Folgender Satz wird angefügt:

"Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben die nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen."

X. § 136 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz "dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu beachten." angefügt.
- b) Satz 3 wird aufgehoben.

X. § 136a wird aufgehoben.

X. § 136b wird aufgehoben.

X. § 137 wird wie folgt gefasst:

"§ 137

Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen.

Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind grundsätzlich sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über

1. Inhalt und Umfang der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte sowie das Verfahren zum Nachweis ihrer Erfüllung,
2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in

dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.

Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die Anwendung von Satz 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung von Satz 2. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach Nummer 1 bis 4 zu beteiligen. Die Beschlüsse nach Absatz 3 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Ge-

setzbuches bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen."

X. Nach § 137 wird folgender § 137a eingefügt:

"§ 137 a

Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach §§ 115b Abs. 1, 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, 137 Abs. 1 und 137 f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in Satz 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.

(2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Bürgerinnen und Bürger verständlichen Form zu veröffentlichen.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.

(3) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 2 sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.

(4) Für die Erfüllung der Aufgaben erhält die Institution vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine leistungsbezogene Vergütung. Die Institution kann auch im Auftrag anderer Institutionen gegen Kostenbeteiligung Aufgaben nach Abs. 2 wahrnehmen."

X. In § 137c Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Spitzenverbandes der Krankenkassen“ durch die Wörter „der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, der Verbände der Ersatzkassen, der See-Krankenkasse“ ersetzt.

X. § 137d wird wie folgt gefasst:

#### § 137d

Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

(1) Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich auf der

Grundlage der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1. Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 20 des Neunten Buches.

(2) Für stationäre Vorsorgeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 und für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorgeeinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2. Dabei sind die gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches zu berücksichtigen und in ihren Grundzügen zu übernehmen. Die Kostentragungspflicht nach Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Bundesverbänden der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen durchführen, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2.

(4) Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 und 2 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

X. § 137f wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort "Qualitätssicherungsmaßnahmen" die Wörter "unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2" eingefügt.
- b) In Absatz 5 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „hierzu gehört auch, dass die in Satz 2 genannten Aufträge auch von diesen Verbänden erteilt werden können, soweit hierdurch bundes- oder landeseinheitliche Vorgaben umgesetzt werden sollen.“ angefügt.

X. § 137g wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort "Krankenkasse" durch die Wörter "oder mehrerer Krankenkassen" ersetzt.
- b) Absatz 3 wird aufgehoben.

X. § 139 wird wie folgt gefasst:

#### "§ 139

##### Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

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

(3) Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers. Über die Aufnahme entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich; sie können vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind.

(4) Das Hilfsmittel ist aufzunehmen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 und, soweit erforderlich, den medizinischen Nutzen nachgewiesen hat und es mit den für eine ordnungsgemäße und sichere Handhabung erforderlichen Informationen in deutscher Sprache versehen ist.

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

(6) Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, ist ihm eine angemessene Frist, die insgesamt 6 Monate nicht übersteigen darf, zur Nachreichung fehlender Unterlagen einzuräumen. Wenn nach Ablauf der Frist die für die Entscheidung über den Antrag erforderlichen Unterlagen nicht vollständig vorliegen, ist der Antrag abzulehnen. Ansonsten entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen innerhalb von 3 Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Über die Entscheidung ist ein Bescheid zu erteilen. Die Aufnahme ist zu widerrufen, wenn die Anforderungen nach Absatz 4 nicht mehr erfüllt sind.

(7) Das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6. Sie können dabei vorsehen, dass von der Erfüllung bestimmter Anforderungen ausgegangen wird,

sofern Prützertifikate geeigneter Institutionen vorgelegt werden oder die Einhaltung einschlägiger Normen oder Standards in geeigneter Weise nachgewiesen wird.

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

X. § 139a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 werden nach dem Wort "Nutzens" die Wörter "und der Kosten" eingefügt.

bb) In Nummer 6 wird der Punkt gestrichen und folgende Wörter angefügt:

"sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung."

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

"(4) Das Institut hat zu gewährleisten, dass es seine Aufgaben auf Basis international üblicher und akzeptierter Standards der evidenzbasierten Medizin erfüllt. Es hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und –ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten."

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

"(5) Das Institut hat in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

X. § 139c wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung "(1)" wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

x. § 140a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen."

- b) Folgender Satz wird angefügt:

"Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen."

x. § 140b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Folgende neue Nummer 5 wird eingefügt:

"5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage § 92b des Elften Buches,"

bb) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Die Krankenhäuser sind unabhängig von Satz 3 im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116 b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt."

x. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

"Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Mittel der Anschubfinanzierung dürfen nur für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, verwendet werden. Sätze 2 und 3 gelten nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen."

cc) Im bisherigen Satz 5 werden nach den Wörtern "verwendeten Mittel" die Wörter "spätestens zum 31. März 2009" eingefügt und die Wörter "sowie an die einzelnen Krankenhäuser" gestrichen.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt, die Wörter "und der Risikostruktur" sowie der zweite Halbsatz gestrichen und nach dem Wort "bereinigen" ein Komma und die Wörter "soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert" eingefügt..
  - bb) In Satz 2 wird das Wort "Der" durch die Wörter "Ab dem 1. Januar 2009 ist der" und die Angabe "§ 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1" durch die Angabe "§ 85a Abs. 3 Satz 2" ersetzt.
  - cc) Folgender Satz wird angefügt:  
  
"Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten, falls erforderlich arzt- und versichertenbezogen, übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

- c) Es wird folgender Absatz angefügt:

"(5) Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung."

- x. § 140f wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter "von den Spitzenverbänden" durch die Wörter "von dem Spitzenverband Bund" ersetzt.
  - bb) In Satz 4 wird die Angabe "nach § 91 Abs. 4 bis 7" durch die Angabe "nach § 56 Abs.1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2 und 3, §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f" ersetzt.

- b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe "§ 126 Abs. 2" wird durch die Angabe "§ 126 Abs. 1 Satz 3" und die Angabe "§ 128" durch die Angabe "§ 139" ersetzt.
  - bb) Die Angabe "§§ 132a und 132b Abs. 2" wird durch die Angabe "§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2" ersetzt.
  - cc) Die Wörter "der Spitzenverbände" werden durch die Wörter "des Spitzenverbandes Bund" ersetzt.
- X. § 144 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:  
  
„Ortskrankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch dann vereinigen, wenn sich der Bezirk der neuen Krankenkasse nach der Vereinigung über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt.“
  - b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Satzung“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Organe“ ein Komma und die Wörter „ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen“ eingefügt.
- X. § 155 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:  
  
„(3) Verbleibt nach der Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Bundesverband über.“
  - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 3 und 4 wird das Wort „Landesverband“ jeweils durch das Wort „Bundesverband“ ersetzt.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Haftung nach den Sätzen 1 bis 5 erstreckt sich nicht auf die Rückzahlung und Verzinsung von Darlehen, die die Krankenkasse nach dem 31. Dezember 2006 zum Haushaltsausgleich aufgenommen hat.“

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

X. § 164 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 wird das Wort „Landesverband“ durch das Wort „Bundesverband“ ersetzt.

b) Satz 5 wird aufgehoben.

c) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 4“ ersetzt.

d) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 5“ ersetzt.

e) Der bisherige Satz 8 wird aufgehoben.

X. § 165 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Bezirk der See-Krankenkasse erstreckt sich auf das Bundesgebiet.“

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit die See-Berufsgenossenschaft Verwaltungsausgaben der See-Krankenkasse trägt, sind diese von der See-Krankenkasse zu erstatten.“

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die See-Krankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Schließung gilt § 155 Abs. 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass nach der Abwicklung der Geschäfte verbleibendes Vermögen auf die Bundesrepublik Deutschland übergeht.“

X. In § 167 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:

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

X. In § 168a Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Spitzenverbandes“ durch das Wort „Verbandes“ ersetzt.

X. Vor § 172 wird folgender § 171a eingefügt:

#### „§ 171a

#### Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen

(1) Die im Ersten bis Vierten und Siebten Titel dieses Abschnitts genannten Krankenkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte mit den in diesen Titeln genannten Krankenkassen anderer Kassenarten vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass dem Antrag auf Genehmigung auch eine Erklärung beizufügen ist, welchem der für die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen zuständigen Verbände die neue Krankenkasse angehören soll. Soll danach die neue

Krankenkasse Mitglied des Verbands werden, dem die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der kleinsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung angehört hat, kann dieser die Mitgliedschaft der neuen Krankenkasse gegenüber den Aufsichtsbehörden nach Satz 2 ablehnen, wenn hierdurch seine finanziellen Grundlagen gefährdet würden.

(2) Die neue Krankenkasse hat für die Dauer von drei Jahren nach dem Wirksamwerden der Vereinigung Zahlungsverpflichtungen auf Grund der Haftung nach Schließung einer Krankenkasse oder der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gegenüber den Verbänden zu erfüllen, denen gegenüber die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen ohne die Vereinigung zahlungspflichtig geworden wären. Die für die Ermittlung der Zahlungsverpflichtung maßgeblichen Größen sind auf die neue Krankenkasse unter Zugrundelegung des Verhältnisses anzuwenden, in dem diese Größen bei den an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen am Tag der Stellung des Antrags auf Genehmigung der Vereinigung zueinander gestanden haben. Die neue Krankenkasse hat den betroffenen Verbänden die für die Ermittlung der Höhe des Zahlungsanspruchs erforderlichen Angaben mitzuteilen. Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebs- oder Ersatzkasse, gilt bei Schließung dieser Krankenkasse § 164 Abs. 2 bis 5 entsprechend.“

- X. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts im Sechsten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Wahlrechte der Mitglieder“

und im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird die Überschrift

„Erster Titel

Wahlrechte der Mitglieder“

aufgehoben.

- X. § 173 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 4 werden folgende Wörter angefügt:

„und die entsprechende Satzungsregelung bis zum 1. Januar 2009 genehmigt worden ist,“

bb) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse,“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung gilt nicht für Personen, die nach dem 31. Dezember 2008 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.“

X. § 174 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 4 werden aufgehoben.

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder der Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.“

X. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Orts, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit“ durch die Wörter „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Mitgliedsbescheinigung“ die Wörter „oder das Bestehen einer vergleichbaren Absicherung im Krankheitsfall“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter "Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragsatz" durch die Wörter „Erhebt die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag (§ 242) oder erhöht sie ihren Zusatzbeitrag“ ersetzt und nach den Wörtern "das Inkrafttreten des" die Wörter "der Beitragserhebung oder" eingefügt.

cc) In Satz 6 werden nach dem Wort „sind“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt,“ eingefügt.

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.“

X. Im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben.

X. Dem § 186 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tag des Wegfalls des Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in den Sätzen 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag ermäßigt oder von seiner Erhebung abgesehen wird.“

X. In § 190 Abs. 3 Satz 2 werden nach dem Wort „fort“ das Komma und die Wörter „es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt“ gestrichen.

X. § 191 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) Nummer 3 wird aufgehoben.

cc) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

X. In § 194 Abs. 1 Nr. 4 werden die Wörter "Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge" durch die Wörter "die Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242" ersetzt.

X. In § 197a Abs. 1 werden die Wörter "und die Spitzenverbände der Krankenkassen" ersetzt durch die Wörter "und die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse".

X. Nach § 197a wird folgender Paragraph eingefügt:

"§ 197b

Aufgabenerledigung durch Dritte

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. Die §§ 89, 90 bis 92 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend."

X. In § 210 Abs. 2 werden nach den Wörtern "dass die" die Wörter "von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die" eingefügt und die Angabe "§ 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1" durch die Angabe "§ 137 Abs. 1 Nr. 1" ersetzt.

X. Nach § 211 werden folgende Paragraphen eingefügt:

"§ 211a

Errichtung Spitzenverband Land der Krankenkassen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden in jedem Land einen Spitzenverband Land der Krankenkassen.

(2) Der Spitzenverband Land der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

§ 211b

Aufsicht

Der Spitzenverband Land der Krankenkassen untersteht der Aufsicht der im jeweiligen Land zuständigen obersten Verwaltungsbehörde. § 37 Abs. 1 des Vierten Buches und § 208 Abs. 2 gelten entsprechend.

#### § 211c Organe

(1) Bei dem Spitzenverband Land der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet.

(2) Bei dem Spitzenverband Land der Krankenkassen wird jeweils ein Vorstand gebildet. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen. Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. § 35a Abs. 1 bis 3, 6 und 7 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) In den Verwaltungsrat entsendet jedes Mitglied zwei Vertreter aus seinem Verwaltungsrat. § 33 Abs. 3, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend.

#### § 211d Beschlussfassung

Die Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Die Stimmen der Mitglieder sind zu gewichten. Die Gewichtung innerhalb des Verwaltungsrates orientiert sich an den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen in dem jeweiligen Land. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 des vorherigen Jahres. Die Stimmgewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

#### § 211e Satzung

(1) Der Spitzenverband Land der Krankenkassen hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. den Sitz des Spitzenverbandes,
2. die Vergütung der Mitglieder des Vorstands und die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
4. die Voraussetzungen, unter denen der Verwaltungsrat zu berufen ist, die Form der Berufung und die Beurkundung der Beschlüsse,
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,
6. die Rechte und Pflichten der Mitglieder,
7. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. die Art der Bekanntmachungen.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die vom Spitzenverband Land der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitglieder des Spitzenverbandes der Krankenkassen, deren Mitgliedskassen, die Versicherten.

#### § 211f

##### Aufgaben des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Land der Krankenkassen hat ab dem 1. Januar 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die von den Spitzenverbänden nach § 213 und den Landesverbänden nach § 207 bis zum 31. Dezember 2007 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten solange fort, bis der Spitzenverband Land der Krankenkassen im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen."

X. Dem § 212 wird folgender Absatz 6 angefügt:

"(6) Für Pflichtverletzungen in Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen hoheitlichen Aufgaben haften die Verbände der Ersatzkassen nach den Vorschriften über die Schadensersatzpflicht eines öffentlich-rechtlichen Dienstherrn für seine Bediensteten im hoheitlichen Bereich. Die Überleitung der Haftung nach Artikel 34 des Grundgesetzes ist ausgeschlossen."

X. § 213 wird wie folgt gefasst:

"§ 213

Verbände auf Bundesebene

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die Seekrankenkasse sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt die Beschlussfassung durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse, zwei Vertreter der Ersatzkassen und je einen Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der in Satz 2 genannten Vertreter. Das Verfahren zur Beschlussfassung regeln die in Satz 1 genannten Institutionen in einer Geschäftsordnung.

(2) Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft. Die Entscheidung ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen."

(3) Die Verbände und Krankenkassen nach § 213 Abs. 1 können Arbeitsgemeinschaften zur Abstimmung untereinander und zur wissenschaftlichen Unterstützung ihrer Mitglieder einrichten."

X. § 216 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1
- b) Folgende Absätze werden angefügt:

"(2) Die Satzung muss Bestimmungen darüber enthalten, dass die von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und sonstigen Entscheidungen für die Bundesverbände verbindlich sind.

(3) Für die Verbände der Ersatzkassen gilt Absatz 2 entsprechend."

X. Nach § 217 werden folgende Paragraphen eingefügt:

" § 217a

Errichtung Spitzenverband Bund der Krankenkassen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die Seekrankenkasse bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Eine Krankenkasse ist berechtigt, dem Verein zum 1. Januar eines Jahres beizutreten. Die Krankenkasse hat den Beitritt bis zum 1. September eines Jahres für das darauffolgende Jahr dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde anzuzeigen.

(2) Die Mitglieder haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juli 2007 in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins zu errichten.

(3) Soweit in den nachfolgenden Vorschriften nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Vorschriften über den bürgerlich rechtlichen Verein.

(4) Die zuständige Aufsichtsbehörde kann abweichend von § 89 des Vierten Buches die erforderlichen Errichtungsakte vornehmen, wenn ihr nicht bis zum 30. Juni 2007 der Nachweis über die Eintragung des Vereins nach § 66 Bürgerliches Gesetzbuch vorgelegt wird.

(5) Für Pflichtverletzungen in Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen hoheitlichen Aufgaben haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach den Vorschriften über die Schadensersatzpflicht eines öffentlich-rechtlichen Dienstherrn für seine Bediensteten im hoheitlichen Bereich. Die Überleitung der Haftung nach Artikel 34 des Grundgesetzes ist ausgeschlossen.

§ 217b

Mitgliedschaft, Ausschluss des Austritts- und Auflösungsrecht

(1) Mitglieder des Vereins können nur die in § 217a Abs. 1 genannten Gründer und Krankenkassen sein.

(2) Die Mitglieder sind zum Austritt aus dem Verein nicht berechtigt. Der Verein kann nicht durch Beschluss der Mitgliederversammlung aufgelöst werden.

#### § 217c Aufsicht

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Für die Aufsicht gelten § 37 Abs. 1 des Vierten Buches und § 208 Abs. 2 entsprechend.

#### § 217d Organe

(1) Organe des Spitzenverbandes sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

(2) Der Vorstand besteht aus höchstens 3 Personen. Er wird von der Mitgliederversammlung gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt den Spitzenverband gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich. § 35a Abs. 6 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(3) In die Mitgliederversammlung entsendet jedes Mitglied einen Vertreter aus seinem Verwaltungsrat. Die Mitglieder der Mitgliederversammlung werden für sechs Jahre entsandt.

#### § 217e Beschlussfassung

Die Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Die Stimmen der Mitglieder sind zu gewichten. Die Gewichtung innerhalb der Mitgliederversammlung orientiert sich an den bundesweiten Versichertenzahlen der jeweiligen Kassenart oder Krankenkasse, die das Mitglied vertritt. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der KM6 Statistik. Hierbei sind die Versichertenzahlen der jeweiligen Kassenart um die Anzahl der Versicherten zu verringern, die im Spitzenverband unmittelbar durch eine Krankenkasse vertreten sind. Die Stimmgewichtung ist ent-

sprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

§ 217f  
Satzung

(1) Die Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes erlässt die Satzung. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. der Sitz des Spitzenverbandes,
2. die Vergütung der Mitglieder des Vorstands und Entschädigung der Mitglieder der Mitgliederversammlung,
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
4. die Voraussetzungen, unter denen die Mitgliederversammlung zu berufen ist, die Form der Berufung und die Beurkundung der Beschlüsse,
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen der Mitgliederversammlung,
6. die Rechte und Pflichten der Mitglieder,
7. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. die Art der Bekanntmachungen.

(2) Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitglieder des Spitzenverbandes und deren Mitglieder sowie deren Mitgliedskassen, dem Spitzenverband Land und die Versicherten.

§ 217g  
Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat ab dem 1. Januar 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt Krankenkassen und ihre Verbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) im Bereich des elektronischen Datenaustauschs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

- (3) Die von den Spitzenverbänden nach § 213 und den Landesverbänden nach § 207 bis zum 31. Dezember 2007 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten solange fort, bis der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.
- X. In § 219a Abs. 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" ersetzt durch die Wörter "Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse".
- X. In § 219b Abs. 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der in § 35a Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen" durch die Wörter "Die Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" und die Wörter "die übrigen Spitzenverbände" durch die Wörter "die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse" ersetzt.
- X. § 220 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:
- "(1) Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge sind so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die vorgeschriebene Schwankungsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.
- (2) Der Beitragssatz nach § 241 ist zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserven für den Gesundheitsfonds nach § 271 im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 vom Hundert decken. Der Beitragssatz ist zu ermäßigen, wenn eine Deckungsquote von 100 vom Hundert überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote von 95 vom Hundert im Laufe des Haushaltsjahres voraussichtlich nicht unterschritten wird."

- b) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben
- X. § 221 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) "Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 3 Mrd. Euro in den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes."  
[zahlbar in monatlichen Beträgen]
    - bb) Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
  - b) Absatz 2 wird aufgehoben.

- X. Nach § 226 wird folgender § 227 eingefügt:

"§ 227

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend."

- X. § 231 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

X. In § 232 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.

X. In § 232a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 2 werden die Wörter "der Krankenkassen" durch die Wörter "des Gesundheitsfonds" und die Wörter "haben die Krankenkassen" durch die Wörter "hat der Gesundheitsfonds" ersetzt.

b) In Absatz 1 Nr. 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

X. § 239 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "durch die Satzung" durch die Wörter "durch den Spitzenverband Bund" ersetzt.

X. § 240 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter "durch die Satzung" durch die Wörter "einheitlich durch den Spitzenverband Bund" ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Wörter "Die Satzung der Krankenkasse muss mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen" durch die Wörter "Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen" ersetzt.

c) Nach Absatz 4 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

"Der Spitzenverband Bund bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße, zugrunde gelegt werden. Dabei sind insbesondere das Vermögen des Mitglieds

sowie Einkommen und Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in Bedarfsgemeinschaft leben, zu berücksichtigen."

d) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

"(4a) Für freiwillige Mitglieder, deren Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 1 länger als drei Kalendermonate ruht, sind der Beitragsbemessung 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen. Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte während einer Tätigkeit für eine Internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

e) Absatz 5 wird gestrichen.

X. Im ersten Abschnitt des Achten Kapitels wird die Überschrift des Dritten Titels wie folgt gefasst:

"Beitragssätze, Zusatzbeitrag"

X. § 241 wird wie folgt gefasst:

"§ 241

#### Allgemeiner Beitragssatz

(1) Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum ..... mit Wirkung ab dem ..... den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

(2) Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes sollen jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Der Beitragssatz ist jeweils auf eine Dezimalstelle aufzurunden. Die Anpassung des Beitragssatz erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates.

(3) Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 und 2 unterrichtet die Bundesregierung den Deutschen Bundestag so rechtzeitig, dass diesem die

Möglichkeit zur Befassung mit der beabsichtigten Festsetzung oder Anpassung gegeben wird.

(4) Die Frist nach Absatz 3 gilt als erfüllt, wenn zwischen der Unterrichtung und der Beschlussfassung über die Verordnung nach Absatz 1 und 2 mindestens 3 Wochen liegen."

X. § 241a wird aufgehoben

X. § 242 wird wie folgt gefasst:

"§ 242

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Zusatzbeitrag darf 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht übersteigen. § 62 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausbezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach dieser Vorschrift und Auszahlungen nach § 53 sind getrennt zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Fonds die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Auf-

sichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrages an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung."

X. § 243 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld oder bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, gilt als Beitragssatz der um 0,61 Beitragssatzpunkte abgesenkte allgemeine Beitragssatz nach § 241. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a."

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

X. § 245 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar feststellt, sowie der zusätzliche Beitragssatz" durch die Wörter "allgemeinen Beitragssatzes" ersetzt.

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

X. § 246 wird wie folgt gefasst:

#### "§ 246

#### Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243."

X. § 247 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung."

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

X. § 248 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "nach § 247 Abs. 1 geltende allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz" durch die Wörter "allgemeine Beitragssatz" ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter "nach Satz 1 maßgeblichen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse sowie der zusätzliche Beitragssatz" durch die Wörter "des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich 0,45 vom Hundert" ersetzt.

c) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

X. § 249 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 13 trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge. Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b."

X. § 249a wird wie folgt gefasst:

"§ 249a

Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge."

X. § 250 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge aus

1. den Versorgungsbezügen,

2. dem Arbeitseinkommen,

3. den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 236 Abs. 1,

sowie den Zusatzbeitrag nach § 242 allein."

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

"(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, die nicht über Arbeitsentgelt verfügen, tragen ihre Beiträge allein."

X. In § 251 Abs. 5 werden die Wörter "Die Krankenkassen sind" durch die Wörter "In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist der Gesundheitsfonds, ansonsten sind die Einzugsstellen" ersetzt.

X. § 252 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Absätze 3, 4 und 4a direkt an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen lei-

ten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter."

X. § 254 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter "zuständige Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
- b) In Satz 2 werden die Wörter "Die Satzung der Krankenkasse" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund" ersetzt

X. § 255 wird wie folgt geändert:

**Die Änderung des § 255 SGB V, insbesondere des Absatzes 3, bleibt den weiteren Gesprächen mit dem BMAS zum Thema Fondsmodell und Beitragseinzugsverfahren vorbehalten.**

X. § 256 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "zuständige Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
  - bb) In den Sätzen 3 und 4 wird jeweils das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 2 wird das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
  - bb) In Satz 4 werden die Wörter "zuständigen Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.

- cc) In Satz 5 werden die Wörter "Die Krankenkassen können" durch die Wörter "Die Einzugsstelle kann" ersetzt.
  - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird das Wort "Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
    - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
  - d) In Absatz 4 werden die Wörter "zuständigen Krankenkasse" durch das Wort "Einzugsstelle" ersetzt.
- X. § 257 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter "der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, vom Arbeitgeber zu tragen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages den sie bei der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes tatsächlich zu zahlen haben." durch die Wörter "der bei Anwendung des um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre."
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 werden die Wörter ", der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245)" durch die Wörter "der bei Anwendung des um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatzes" ersetzt.
    - bb) Satz 3 wird gestrichen.
  - c) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort "durchschnittlichen" gestrichen.
- X. § 261 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort "Beitragssatzerhöhungen" durch die Wörter "Erhöhung des Zusatzbeitrags nach § 242" ersetzt.

- b) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort "Beitragssatzerhöhung" durch die Wörter "Erhöhung des Zusatzbeitrags nach § 242" ersetzt.

- X. § 264a wird neu eingefügt:

"264a

Übernahme der Beiträge für bisher nicht Versicherte

Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 und für freiwillig Versicherte, die nicht in der Lage sind, ihre Beiträge selbst zu tragen, übernimmt der zuständige Träger nach dem Zweiten Buch oder nach dem Zwölften Buch die Beiträge, wenn durch die Übernahme dieser Beiträge Hilfebedürftigkeit vermieden wird."

- X. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a

Unterstützungs- und Haftungsfonds

„(1) Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen haben mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen die Bildung eines Fonds vorzusehen, dessen Mittel

- a) zur Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit,
- b) zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtung im Fall der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder
- c) zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart

zu verwenden sind. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches können die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen nach

Satz 1 Buchstabe c mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden.

(2) Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und c können als Darlehen gewährt, befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

### **Streichung des Absatzes 3 (alt)**

(3) Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c haben keine aufschiebende Wirkung.“

X. Die Überschrift des Vierten Abschnitts im Achten Kapitel wird wie folgt gefasst:

"Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds".

X. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271) zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale, alters- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen, Zuweisungen für aufwendige Leistungsfälle (§ 269) und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270). Mit den alters- und risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, mit dem die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die Alters- oder Geschlechtsverteilung der Versi-

chertengruppen nach § 267 Abs. 2 zurückzuführen sind, sind nicht ausgleichsfähig.“

- c) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:
- „Die Grundpauschale und die alters- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
- e) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „sowie Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach 137g entstehen und in der Rechtsverordnung nach Absatz 7, auch abweichend von Absatz 2 Satz 3, näher zu bestimmen sind,“ gestrichen.
- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert.
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „führt den Ausgleich durch“ durch die Wörter „ermittelt die Höhe der Zuweisungen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu“ ersetzt.
- bb) Satz 2 wird wie folgt geändert.
- aaa) Die Wörter „des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft“ werden durch die Wörter „der Höhe der Zuweisung nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.
- bbb) In Nummer 1 wird das Komma am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- ccc) In Nummer 2 wird die Angabe „, und“ durch einen Punkt ersetzt.
- ddd) Nummer 3 wird aufgehoben.
- g) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Satz 2 Nr. 1 und 2 vorläufig fest. Es legt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen die Werte nach Satz 1, die zuletzt erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen und die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl der Versicherten der Krankenkassen je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 erhaltenen Zuweisungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach Satz 3 auszugleichen. Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung.“

- h) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert.
  - aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Ermittlung“ die Wörter „der Höhe der Grundpauschale nach Absatz 1 Satz 1 und ihre Bekanntgabe an die Versicherten,“ ergänzt.
  - bb) In Nummer 2 werden die Wörter „der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und“ und die Wörter „oder der beitragspflichtigen Einnahmen“ gestrichen.
  - cc) Nach Nr. 2 wird folgende Nr. 2a eingefügt:
    - „2a. die Abgrenzung und die Verfahren der Standardisierung der sonstigen Ausgaben nach § 270, sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung dieser Ausgaben,“
  - dd) In Nummer 4 werden die Wörter „einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen“ durch die Wörter „sowie die Durchführung des Zahlungs-

verkehrs einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können“ ersetzt.

i) Absatz 8 wird aufgehoben.

X. § 267 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

a) die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

b) die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben und

c) die Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder ob die Krankenkasse den Umfang der Leistungen auf Grund von Vorschriften dieses Buches beschränkt hat.“

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§§ 241 bis 243“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

d) In Absatz 6 werden die bisherigen Sätze 2 bis 8 wie folgt gefasst:

„Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über deren Spitzenverbände jährlich bis zum 31. Dezember auf der

Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1 die Information, welche Versicherten eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach Satz 2 auf die Deutsche Post AG übertragen; die Krankenkassen übermitteln über ihre Spitzenverbände die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die Deutsche Post AG. § 119 Abs. 6 Satz 1 des Sechsten Buches gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 3 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1 nach Durchführung ihrer Aufgaben nach diesem Absatz. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 2 sind nach Durchführung und Abschluss des Risikostrukturausgleichs nach § 266 zu löschen.“

X. In § 268 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

X. § 269 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für aufwendige Leistungsfälle (Risiko-  
pool)“

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zwischen den Krankenkassen“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden das Wort „gemeinsamen“ und die Wörter „aller Krankenkassen“ gestrichen.

cc) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die getrennt vom Risikostrukturausgleich zu ermittelnden Zuweisungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Krankenkassen, die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die Durchführung des Risikopools und das monatliche Abschlagsverfahren gilt § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2, Satz 2, Abs. 5 Satz 1 und 3, Abs. 6 und 9 entsprechend.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert.

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen“ durch das Wort „Zuweisungen“ ersetzt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „der beitragspflichtigen Einnahmen,“ gestrichen.

e) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Risikopool wird letztmalig für das Geschäftsjahr durchgeführt, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 in Kraft tritt.“

X. Nach § 269 wird folgender § 270 eingefügt:

„§ 270

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung

- a) ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2,
- b) ihrer standardisierten Aufwendungen, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 näher zu bestimmen sind sowie
- c) ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben.

§ 266 Abs. 5 Satz 1 und 3, Abs. 6 und 9 gilt entsprechend.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen nicht versichertenbezogen jährlich die Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und die Verwaltungsausgaben. § 267 Abs. 4 gilt entsprechend.“

X. Nach § 270a wird folgender § 271 eingefügt:

"§ 271  
Gesundheitsfonds

(1) Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus:

1. den von den Einzugsstellen nach § 28 k Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches und § 252 Abs. 2 Satz 3 eingezogenen Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung,
2. die Beiträge aus Rentenzahlungen nach § 255,
3. die Beiträge nach § 28 k Abs. 2 des Vierten Buches,
4. der Beitragszahlung nach § 252 Abs. 2 und
5. die Bundesmittel nach § 221.

(2) Der Gesundheitsfonds hat eine Schwankungsreserve zu bilden, aus der unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und bei der Festsetzung des einheitlichen Betrages nach § 266 Abs. 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle zu decken sind. Die Höhe der Schwankungsreserve soll ein Viertel der Summe der durchschnittlichen auf den Monat entfallenden Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 nicht unterschreiten.

(3) Reicht die Schwankungsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds eine Liquiditätshilfe in Höhe der fehlenden Mittel. § 214 Abs. 2 SGB VI gilt entsprechend. Übersteigen die Einnahmen des Gesundheitsfonds die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs.1 Satz 1, ist der übersteigende Betrag der Schwankungsreserve zuzuführen.

(4) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(5) Die Mittel des Ausgleichsfonds sind so anzulegen, dass sie für den in den §§ 266, 269 und 270 genannten Zweck verfügbar sind."

X. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter "der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Verbände der Ersatzkassen, der See-Krankenkasse" und die Wörter "der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Ausschüsse und der Geschäftsstelle" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter "der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Verbände der Ersatzkassen, der See-Krankenkasse" ersetzt und vor den Wörtern "der Landesverbände der Krankenkassen" die Wörter "des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen," eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter "der Spitzenverbände" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Verbände der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse" ersetzt und nach den Wörtern "der landesunmittelbaren Krankenkassen" ein Komma gesetzt und die Wörter "des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" eingefügt.

X. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz eingefügt:

"(1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten."

b) Absatz 2 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In dem ersten Halbsatz werden nach dem Wort "Behandlungsplans" die Wörter "in Stichproben" und nach dem Wort "und" das Wort "regelmäßig" eingefügt.

bb) In dem zweiten Halbsatz werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann" ersetzt.

c) In Absatz 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern angefügt:

- "3. die Erwerbsfähigkeit eines Empfängers von Arbeitslosengeld II vor Einleitung eines Verfahrens nach § 45 des Zweiten Buches,
4. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen."

d) In Absatz 4 werden nach dem Wort "Dienst" die Wörter "oder andere Gutachterdienste" eingefügt.

X. § 276 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

"(2a) Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst oder einen anderen Gutachterdienst nach § 275 Abs. 4 zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der

Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 auszuwerten; der Versichertenbezug der Sozialdaten ist vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst oder den anderen Gutachterdienst zu anonymisieren. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend."

- c) Der bisherige Absatz 2a wird Absatz 2b.

X. § 278 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 278  
Errichtung"

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"In jedem Land wird durch den Spitzenverband Land der Krankenkassen ein von den Krankenkassen, welche Mitglieder mit Wohnort in diesem Land haben, gemeinsam getragener "Medizinischer Dienst der Krankenversicherung" errichtet."

- bb) In Satz 2 werden die Wörter "Die Arbeitsgemeinschaft" durch das Wort "Dieser" ersetzt.

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"Für mehrere Länder kann durch Beschluss der betroffenen Spitzenverbände der Länder der Krankenkassen ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Beschlüsse nach Satz 1 bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder."

- d) Absatz 3 wird aufgehoben.

X. § 279 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "den Vertreterversammlungen der Mitglieder" durch die Wörter "der Vertreterversammlung des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 3 werden die Sätze 2 bis 4 wie folgt gefasst:

"Ist nach § 278 Abs. 2 Satz 1 für mehrere Länder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. Die betroffenen Spitzenverbände der Länder der Krankenkassen haben sich über die Zahl der auf sie entfallenden Vertreter zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem der Medizinische Dienst seinen Sitz hat."

X. In § 280 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter "Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282)" durch die Wörter "Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Abs. 2" ersetzt.

X. § 281 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

"Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 bis 3a erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen nach § 278 Abs. 1 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen."

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen."

cc) In dem bisherigen Satz 3 werden die Wörter "nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind" durch die Wörter "diesen nicht nach § 278 Abs. 1 Satz 1 tragen" ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

"(1a) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen."

c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe "§ 70 Abs. 3" durch die Angabe "§ 70 Abs. 5" ersetzt.

X. § 282 wird wie folgt gefasst:

#### "§ 282

##### Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bildet zum 1. Januar 2008 einen Medizinischen Dienst auf Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). Dieser ist nach Maßgabe des Artikels 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammen-

arbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung. Im Übrigen kann er Empfehlungen abgeben. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen."

- X. § 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 12 wird die Angabe "85d" durch die Angabe "85c" ersetzt.
  - b) In Nummer 13 werden nach dem Wort "Modellvorhaben," die Wörter "die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4" eingefügt.
- X. In § 285 Abs. 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a“ durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie §§ 106a und 305“ ersetzt.
- X. In § 290 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat" ersetzt.
- X. § 291 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
    - aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen enthalten."
    - bb) In dem bisherigen Satz 3 wird das Wort "Sie" durch die Wörter "Die elektronische Gesundheitskarte" ersetzt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"Das Nähere über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Abs. 1."

- c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter "können die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" sowie das Wort "vereinbaren" durch das Wort "bestimmen" ersetzt.

- X. § 291a wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

"(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie Absatz 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung."

- b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

- bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen. "

cc) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

"Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Januar 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 € pro Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen."

dd) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 7 und wird wie folgt gefasst:

"Die Kosten der Sätze 4 und 5 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9."

c) Absatz 7a wird wie folgt gefasst:

"(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten."

- d) Absatz 7b wird wie folgt geändert:
- aa) In den Sätzen 2 und 3 werden jeweils die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt
  - bb) Satz 6 wird aufgehoben.
- e) Absatz 7c wird aufgehoben.
- f) In Absatz 7d wird Satz 1 wie folgt gefasst:
- "Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 6 sowie Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene."
- g) Absatz 7e wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 3" durch die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 2" ersetzt.
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - cc) In Satz 7 wird die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 3" durch die Angabe Absatz 7 Satz 4 Nr. 2" ersetzt.

X. § 291b wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:

"(1a) Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur werden von der Gesellschaft für Telematik zugelassen. Die Zulassung wird erteilt, wenn die Komponenten und Dienste funktionsfähig, interoperabel und sicher sind. Die Gesellschaft für Telematik prüft die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien. Die Prüfung der Sicherheit erfolgt nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik. Das Nähere zum Zulassungsverfahren und zu den Prüfkriterien wird von der Gesellschaft für Telematik beschlossen. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den zugelassenen Komponenten und Diensten.

(1b) Betriebsleistungen sind auf der Grundlage der von der Gesellschaft für Telematik zu beschließenden Rahmenbedingungen zu erbringen. Zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur hat die Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte nach Absatz 1 Satz 4, erster Halbsatz beauftragt worden sind, haben die Beauftragten Aufträge zu vergeben. Bei der Vergabe dieser Aufträge sind abhängig vom Auftragswert die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge: der Vierte Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sowie, die Vergabeverordnung und § 22 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung sowie der Abschnitt 1 des Teils A der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) anzuwenden. Für die freihändige Vergabe von Leistungen gemäß § 3 Nr. 4 Buchstabe p der Verdingungsordnung für Leistungen – Teil A (VOL/A) werden die Ausführungsbestimmungen vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht. Abweichend von den Sätzen 2 bis 4 sind ab dem 1. Januar 200x Anbieter zur Durchführung des operativen Betriebs der Komponenten, Dienste und Schnittstellen der Telematikinfrastruktur von der Gesellschaft für Telematik oder, soweit einzelne Gesellschafter oder Dritte nach Absatz 1 Satz 4, erster Halbsatz beauftragt worden sind, von den Beauftragten in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren zuzulassen, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste gemäß Absatz 1a zugelassen sind,
2. der Anbieter oder die Anbieterin den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet ist und

3. der Anbieter oder die Anbieterin sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.

Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können die Anzahl der Zulassungen beschränken, soweit dies zur Gewährleistung von Interoperabilität, Kompatibilität und des notwendigen Sicherheitsniveaus erforderlich ist. Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen veröffentlichen

1. die fachlichen und sachlichen Voraussetzungen, die für den Nachweis nach Satz 5 Nr. 2 erfüllt sein müssen sowie
2. eine Liste mit den zugelassenen Anbietern.

(1c) Die Gesellschaft für Telematik beziehungsweise die von ihr beauftragten Organisationen können für die Zulassungen der Absätze 1a und 1b Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- bb) In Nummer 4 werden nach dem Wort "Datenschutz" die Wörter "und die Informationsfreiheit" eingefügt.

c) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

d) In Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort "Datenschutz" die Wörter "und die Informationsfreiheit" eingefügt.

X. § 293 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort "Sozialversicherung" wird das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern "Bundesagentur für Arbeit" werden die Wörter "und den Versorgungsverwaltungen der Länder" eingefügt.

bb) Es wird folgender Satz angefügt:

"Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit und die Versorgungsverwaltungen der Länder bilden für die Vergabe der Kennzeichen nach Satz 1 eine Arbeitsgemeinschaft."

b) In Absatz 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der anderen Träger der Sozialversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit" durch die Wörter "Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" sowie die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

bb) In Satz 7 werden die Wörter "Die Spitzenverbände stellen ihren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen" sowie die Wörter "dürfen die Spitzenverbände" durch die Wörter "darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

- cc) In Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände stellen ihren" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen" sowie die Wörter "dürfen die Spitzenverbände" durch die Wörter "darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- dd) In Satz 6 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

X. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter "zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)" durch die Wörter "zur Versorgung nach § 73b oder § 73c" und die Wörter "die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben" durch die Wörter "die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen" ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

- b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 wird das Wort "Diagnosen" durch die Wörter "den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5" ersetzt.
- c) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter "zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)" durch die Wörter "zur Versorgung nach § 73b oder § 73c" und die Wörter "die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben" durch die Wörter "die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen" ersetzt.

- d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1" durch die Wörter "Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge" ersetzt.

X. § 296 wird wie folgt geändert:

- a) In den Absätzen 1 und 2 werden jeweils das Wort "Geschäftsstellen" durch das Wort "Prüfungsstellen" ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- c) Im Absatz 4 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.

X. In § 297 wird in Absatz 1 bis 3 jeweils das Wort "Geschäftsstellen" durch das Wort "Prüfungsstellen" ersetzt.

X. Nach § 298 wird folgender § 299 eingefügt:

"§ 299

Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

(1) Werden für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Sozialdaten von Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt, so haben die Richtlinien und Beschlüsse nach § 137 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Vereinbarungen nach § 137d sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt und der Personenbezug der Daten pseudonymisiert wird,
2. die Auswertung der Daten durch eine unabhängige Stelle erfolgt und

3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

Abweichend von Satz 1 Nr. 1 können die Richtlinien und Vereinbarungen auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dieses aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, welche als Bestandteil der Richtlinien und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist. Die zu erhebenden Daten sowie der Umfang und die Auswahl der Stichprobe sind in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Satz 1 festzulegen und von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den übrigen Leistungserbringern zu erheben und zu übermitteln. Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinaus geht.

(2) Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten wird durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer angewendet. Es ist in den Richtlinien und Beschlüssen sowie den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. Abweichend von Satz 1 hat die Pseudonymisierung bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 2 durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu erfolgen.

(3) Zur Auswertung der für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 erhobenen Daten bestimmen in den Fällen des § 137 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 3 der Gemeinsame Bundesausschuss und im Fall des § 137d die Vereinbarungspartner eine unabhängige Stelle. Diese darf Auswertungen nur für Qualitätssicherungsverfahren mit zuvor in den Richtlinien oder Vereinbarungen festgelegten Auswertungszielen durchführen. Daten, die für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 für ein Qualitätssicherungsverfahren verarbeitet werden, dürfen nicht mit für andere Zwecke als die Qualitätssicherung erhobenen Datenbeständen zusammengeführt und ausgewertet werden."

- X. In § 300 Abs. 3 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

- X. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter "vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter "vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. In § 302 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen in gemeinsam erstellten" durch die Wörter "bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in" ersetzt.
  
- X. In § 303a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
- X. In § 303e Abs. 3 wird nach dem Wort "Landes-" ein Komma und das Wort "Bundes-" eingefügt.
  
- X. In § 303f Abs. 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen," durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Spitzenverbänden der Länder der Krankenkassen, den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen," ersetzt.
  
- X. § 305 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter "regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort "Leistungen" die Wörter "und Bezugsquellen" eingefügt.
  
- X. § 305a werden folgende Sätze angefügt:

„Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer größeren Region insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren.“

- X. In § 307 Abs. 2 Nummer 3 wird der Punkt am Ende gestrichen und durch das Wort "oder" ersetzt und folgende Nr. 4 eingefügt:

"4. entgegen § 252 Abs. 1 Satz 1 trotz Hinweises auf die Folgen mit der Zahlung seiner Beiträge um mehr als zwei Monate in Rückstand gerät und er die Gründe dafür selbst zu vertreten hat."

- X. § 313a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Absatzzeichen gestrichen.
- b) Die Absätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

## **Artikel 2**

### **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20c Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt" ersetzt.

2. In § 20d Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter "schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam" ersetzt durch die Wörter "schließt der jeweilige Spitzenverband Land".
3. In § 31 Abs. 2a Satz 1 werden die Wörter "setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2" durch die Wörter "setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
4. § 36 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt" ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt" und in Satz 2 die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund" ersetzt.
  - c) Absatz 4 wird aufgehoben.
5. In § 37b Abs. 3 wird die Bezeichnung "nach § 91 Abs. 4" gestrichen.
6. In § 73d Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
7. In § 85 Abs. 4 Satz 12 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
8. § 85a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "gemeinsam und einheitlich" gestrichen.
  - c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 werden die Wörter " Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen sind" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen ist" ersetzt.
    - bb) In Satz 5 werden die Wörter "den in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land" ersetzt.
9. In § 85b Abs. 4 Satz 3 werden nach dem Wort "Vereinigung" die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
10. § 87 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter "die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.
    - bb) In Satz 3 werden die Wörter "oder mehrere" gestrichen.
    - cc) In Satz 5 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.
  - b) In Absatz 3f werden in Satz 2 das Wort "ihren" durch das Wort "den" ersetzt und nach dem Wort "Spitzenverband" die Wörter "Bund der Krankenkassen" eingefügt.

- c) In Absatz 6 Satz 6 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund" ersetzt.

11. § 91 wird wie folgt gefasst:

"§ 91

Gemeinsamer Bundesausschuss

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Der unparteiische Vorsitzende des Beschlussgremiums nach Absatz 2 vertritt den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten und drei von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich die Verbände nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Mitglieder des Beschlussgremiums mit Ausnahme der Unparteiischen üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Sie stehen während ihrer Amtszeit in Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses und sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.

Die Einsetzung der hauptamtlichen Mitglieder erfolgt durch den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums

sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Stellvertretung im Beschlussgremium und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regelsektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen.

Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 3 Satz 7 bleibt unberührt.

(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die

Verbände nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich.

(8) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit; die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

(9) Die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 1 Satz 1 bestellen bis zum 31. Januar 2008 den unparteiischen Vorsitzenden des Beschlussgremiums. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren Unparteiischen ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 31. März 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des hauptamtlichen Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Regelungen."

12. In § 116b Abs. 5 Satz 6 werden nach dem Wort "Kassenärztliche Vereinigung" die Wörter ", die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt sowie die Wörter "gemeinsam und einheitlich" gestrichen.
13. In § 126 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt" ersetzt.

14. In § 130a Abs. 6 Satz 3 werden die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See, die Verbände der Ersatzkassen und die See-Krankenkasse" ersetzt.
15. In § 132d Abs. 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt" ersetzt.
16. § 134a wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt" ersetzt und die Wörter ", erstmalig bis zum 30. November 2006 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007," gestrichen.
  - b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter "regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
17. In § 135 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Angabe "einer Kassenärztlichen Vereinigung oder" die Angabe "eines Spitzenverbandes der Krankenkassen" durch die Angabe "des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.
18. § 137d wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 bis 3 wird jeweils die Angabe "vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Angabe "vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

19. § 137f wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Medizinischen Dienst nach § 282 Abs. 1 (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) zu beteiligen“.

- b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „Die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.

20. § 139 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt" ersetzt.

- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Über die Aufnahme entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; er kann vom Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt sind."

- c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen vergewissern" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergewissert" ersetzt.

- d) In Absatz 6 Satz 3 werden die Wörter "entscheiden die Spitzenverbände" durch die Wörter "entscheidet der Spitzenverband Bund" ersetzt.

- e) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter "regeln die Spitzenverbände" durch die Wörter "regelt der Spitzenverband Bund" und in Satz 2 die Wörter "Sie können" durch die Wörter "Er kann" ersetzt.

21. In § 211f Abs. 2 wird nach den Wörtern "Spitzenverbänden nach § 213" die Wörter "in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung" eingefügt.
22. In § 217g Abs. 3 wird nach den Wörtern "Spitzenverbänden nach § 213" die Wörter "in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung" eingefügt.

### **Artikel 3**

#### **Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 207a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt geändert worden ist durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt gefasst:

- "1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragsatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 241 des Fünften Buches),".

### **Artikel 4**

#### **Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 28h Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter "Krankenkassen (Einzugsstellen)" durch das Wort "Einzugsstellen" ersetzt.
  - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Die Krankenkasse kann die Zusatzprämie nach § 242 des Fünften Buches selbst einziehen oder die Einzugsstelle mit der Einziehung beauftragen."

2. In § 44 Abs. 1 Nr. 3 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"dies gilt nicht für aus Fusionen hervorgehende Krankenkassen oder für neu gegründete Institutionen."

3. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „50 Prozent“ die Wörter „und im Jahr 2009 zu 100 Prozent“ eingefügt.
- b) Satz 2 wird aufgehoben.

## **Artikel 5**

### **Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "Anwendung des" die Wörter "um 0,9 vom Hundert verminderten" eingefügt und die Wörter "ihrer Krankenkasse" durch die Wörter "der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach die Wörter "durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen" durch die Wörter "um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.

**Artikel 6**  
**Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047) zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2a zu beteiligen."

b) Nach Absatz 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

"Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

2. Dem § 21 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

"Als fachlich nicht geeignet gelten auch Einrichtungen, die nicht nach § 20 Abs. 2a Satz 1 zertifiziert sind."

**Artikel**  
**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S.), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach § 43a werden die Angaben

„Fünfter Titel  
Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

§ 43b Finanzierungszuständigkeit“

gestrichen.

b) Nach § 92a werden folgende Angaben eingefügt:

„Fünfter Abschnitt  
Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung

§ 92b  
Verträge und Vergütungen in der integrierten Versorgung“

2. Dem § 15 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Feststellung des Zeitaufwandes im Sinne des Satzes 1 ist ein Zeitaufwand für erforderliche Leistungen der Behandlungspflege zu berücksichtigen, wenn und soweit der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung im Sinne des § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang durchzuführen ist (verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen). Dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt.“

3. In § 20 Abs. 1 Satz 2 wird in Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 12 angefügt:

„12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.“

4. In § 36 Abs. 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“

5. Dem § 40 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

6. In § 41 Abs. 2 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.

7. In § 42 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.

8. § 43 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro monatlich,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro monatlich;

insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15.339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15.339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ gestrichen.
  - c) Absatz 5 wird gestrichen.
9. Nach § 43a wird der Fünfte Titel aufgehoben.
10. § 46 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 3 aufgehoben.
  - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3, zweiter Halbsatz wird nach dem Wort „gilt“ das Wort „entsprechend“ angefügt.
    - bb) In Satz 4 wird vor dem Wort „Kosten“ das Wort „umlagefinanzierten“ eingefügt.

11. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„§ 186 Abs. 11 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird in Nummer 2 der Punkt durch das Wort "oder" ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.“

bb) Der bisherige Satz 2 wird aufgehoben.

12. In § 57 Abs. 1 wird die Angabe „§§ 226 und 228 bis 238“ durch die Angabe „§§ 226 bis 238“ ersetzt.

13. In § 58 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 1“ durch die Angabe „§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 12“ ersetzt.

14. In § 59 Abs. 1 Satz 1 werden die Angabe „§ 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11“ durch die Angabe „§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12“ und die Angabe „§ 250 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 250 Abs. 1 und 3“ ersetzt.

15. § 78 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit

Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29) bei der Pflegehilfsmittelversorgung verstärkt Rechnung zu tragen. § 36 Abs. 1 und 2, § 126 Abs. 1 und § 127 des Fünften Buches gelten entsprechend."

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2. Die Spitzenverbände der Pflegekassen erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht in dem Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Darin sind die Pflegehilfsmittel gesondert auszuweisen, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind. Im übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 3 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle. Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten."

b) Absatz 4 wird gestrichen.

c) Aus Absatz 5 wird Absatz 4.

16. § 81 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend“ durch die Wörter „erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „bei zwei Beschlussfassungen nacheinander“ gestrichen.

17. § 82 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen; sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege."

18. § 84 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen."

19. Nach § 92a wird folgender Abschnitt angefügt:

„Fünfter Abschnitt

Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung

§ 92b

Verträge und Vergütungen in der integrierten Versorgung

(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Ver-

sorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich sind. In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). § 140b Abs. 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.

(3) § 140a Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gelten für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend.“

20. In § 94 Abs. 1 werden in Nr. 6a nach der Angabe „(§ 89)“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 80a)“ die Wörter „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ eingefügt.

21. Dem § 110 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 1 gilt auch für privat krankenversicherte Personen, die im Basistarif versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 2b des Fünften Buches erhalten.“

## **Artikel 9**

### **Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 32 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch .....(BGBl. I S. ....) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

"(3) Für Versicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, wenn sie nicht in der Lage sind, diese Beiträge selbst zu tragen und nur durch die Tragung der Beiträge hilfebedürftig würden."

b) Absatz 3 wird Absatz 4

### **Artikel 10**

#### **Änderung der Reichsversicherungsordnung**

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), wird die Angabe "§ 33 Abs. 2" durch die Angabe "§ 33 Abs. 8" ersetzt.

### **Artikel**

#### **Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten**

In § 10 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juni 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch .... (BGBl. I S. ....) geändert worden ist, werden die Wörter "durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" durch die Wörter "um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

### **Artikel**

#### **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), zuletzt geändert durch .....(BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die landwirtschaftlichen Krankenkassen als Solidargemeinschaften haben die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Sie erbringen nach den folgenden Vorschriften Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gefahren, zur Förderung der Selbsthilfe, zur Früherkennung von Krankheiten sowie bei Krankheit.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird in Nummer 5 der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Personen, die keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.“

- b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Nach Absatz 1 Nr. 6 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 versichert ist oder dessen Krankenbehandlung nach § 51a übernommen wird.“

3. § 7 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden am Ende der Schlussspunkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:  
  
„bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.“
  - b) Satz 2 wird gestrichen.
4. In § 8 wird Absatz 3 wie folgt gefasst:
- „(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass Absatz 5 und Absatz 7 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden sind.“
5. In § 15 werden die Wörter „und Fünften Kapitels“ gestrichen.
6. § 17 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4“ ersetzt durch die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4, Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc Satz 2 und 3“ ersetzt.
  - b) Satz 2 wird aufgehoben.
7. In § 21 Abs. 2 werden nach dem Wort „gelten“ ein Semikolon und die Wörter „§ 254 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, dass die Satzung der Krankenkasse andere Zahlungsweisen vorsehen kann.“
8. In § 22 Abs. 1 wird in Nummer 5 der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

- „6. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag, der sich aus entsprechender Anwendung von § 186 Abs. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt.“
9. § 23 Abs. 2 wird aufgehoben.
10. In § 24 Abs. 1 wird in Nummer 7 der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:
- „8. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied, dessen Versicherungspflicht erlischt, seinen Austritt erklärt; § 190 Abs. 3 des Fünften Buches ist entsprechend anzuwenden.“
11. § 26 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „Satzung, Organe, Aufgabenerledigung“
- b) Dem Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
- „Die Satzung muss ferner Bestimmungen enthalten über die Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.“
- c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
- „Für die Aufgabenerledigung durch Dritte ist § 197b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“
12. § 34 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der folgende Halbsatz gestrichen.

b) Nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) § 4 Abs. 4 Satz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle der Ausgaben des Verbandes der durch Umlage zu finanzierende Nettoaufwand des Verbandes tritt.“

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Neben den sich aus dem Siebten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und den in §§ 58a und 58b des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte ergebenden Aufgaben hat der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

1. die Zuschüsse des Bundes auf die Mitgliedskassen zu verteilen,
2. den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 auf die Mitgliedskassen zu verteilen.“

13. § 37 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen sind vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch

1. Beiträge nach den §§ 44 und 45
2. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlten Beiträge und
3. den in den Beiträgen nach § 38 Abs. 4 enthaltenen Solidarzuschlag gedeckt sind.“

14. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Absatz 1 (neu) wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Familienangehörigen“ ein Komma und die Wörter „den Solidarzuschlag nach Absatz 2“ eingefügt.
  - bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

- c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage und der Inanspruchnahme eines Darlehens aus der Gesamtrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, sind die Beiträge zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen, dringend Einnahmen vermehren, hat der Vorstand zu beschließen, dass die Beiträge bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht werden; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung der Beiträge an.

(3) Übersteigen die Einnahmen der Krankenkasse die Ausgaben und ist das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll erreicht, sind die Beiträge durch Änderung der Satzung zu ermäßigen.

(4) Die in Absatz 1 genannten Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten beteiligen sich an den Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen (Solidarzuschlag). Der Solidarzuschlag beträgt im Jahr 2007 87 Millionen Euro. Der Betrag nach Satz 2 ändert sich ab dem Jahr 2008 in dem Verhältnis, in dem sich die Beitragseinnahmen ohne den Solidarzuschlag der in Absatz 1 genannten Versicherungspflichtigen und Versicherungs-

berechtigten im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem davor liegenden Kalenderjahr verändert haben. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz macht die Veränderungsrate und den sich daraus ergebenden Betrag des Solidarzuschlages bis zum 31. August eines jeden Jahres für das darauffolgende Jahr bekannt. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen legt die Anteile seiner Mitglieder an dem Solidarzuschlag nach dem Verhältnis der bei ihnen Versicherten zur Gesamtzahl der Versicherten aller landwirtschaftlichen Krankenkassen fest; das Nähere zum Verfahren regelt der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der Satzung.“

15. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „sowie § 23a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung der Beiträge aus dem in Absatz 1 Nr. 4 genannten Arbeitseinkommen ist § 248 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 vom Hundert.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung der Beiträge aus der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Rente ist § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der zweite Halbsatz nach dem Semikolon durch die Wörter „für die Bemessung der Beiträge gilt die Hälfte des allgemeine Beitrags-

satz der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,45 vom Hundert“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

16. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt:

„Der Beitrag einer höheren Beitragsklasse muss den Beitrag einer darunter liegenden Beitragsklasse übersteigen; ein einheitlicher Grundbeitrag oder ein für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlicher Beitragsteil ist nicht zulässig.“

bb) Die bisherigen Sätze 5 bis 7 werden Sätze 6 bis 8.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermitteln.“

17. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie dem zusätzlichen Beitragssatz“ durch die Wörter „allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,90 vom Hundert“ ersetzt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

18. Dem § 43 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Beitragsberechnung versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung oder bisher nicht Versicherter gilt § 46 entsprechend.“

19. In der Überschrift zu § 43a werden das Komma und das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

20. In § 44 Abs. 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 46 gilt entsprechend.“

21. § 46 wird wie folgt gefasst:

„§ 46

Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt; § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle der Regelungen des Spitzenverbandes Bund die Regelungen der Satzung treten. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41. Für die Beitragsfreiheit bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld gilt § 224 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen.“

22. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Abweichend von Absatz 1 werden die Beiträge bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 6, wenn sie kein Arbeitseinkommen haben, zunächst von diesem Personenkreis getragen; für Personen, deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht ausreicht, gilt § 51b.“

23. § 48 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung nach dem um 0,9 vom Hundert verminderten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge.“

24. § 50 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1...

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „gilt“ die Wörter „entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Einzugsstelle die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse tritt“.

25. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:

„§ 50a

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Nach § 6 freiwillig versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss; § 257 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen tritt.“

26. In § 51 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkasse soll Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn dadurch Beitragserhöhungen während des Haushaltsjahres vermieden werden. § 261 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht anzuwenden, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Beitragserhöhung erforderlich wäre.“

27. Nach § 51a wird folgender § 51b eingefügt:

„§ 51b

Übernahme der Beiträge für bisher nicht Versicherte

Für die Übernahme der Beiträge für bisher nicht Versicherte ist § 264a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“

28. § 54 wird wie folgt gefasst:

„§ 54

Finanzausgleich, finanzielle Hilfen, Sonderfonds Prävention

(1) Für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle ist § 265 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(2) Die Satzung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann mit Wirkung für seine Mitglieder die Bildung eines Fonds vorsehen, dessen Mittel zur Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse zu verwenden sind. § 265a Abs. 1 Satz 2 und 3 und Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Hilfen nach Satz 1 können als Darlehen gewährt, befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Für den Sonderfonds Prävention und Gesundheitsförderung gilt § 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

29. § 57 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird das Wort „oder“ gestrichen.
- b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und das Wort „oder“ angefügt.
- c) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. entgegen § 47 Abs. 1 als freiwilliges Mitglied, als in § 23 Abs. 1 genannter Antragsteller sowie als Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 25 Abs. 2 erhalten bleibt, mit der Zahlung seiner Beiträge um mehr als zwei Monate trotz Hinweises auf die Folgen in Rückstand gerät und er die Gründe dafür selbst zu vertreten hat.“

30. In § 63 Abs. 1 Satz 3 werden der Schlusspunkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„bei Anwendung des § 257 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen.“

31. § 66 wird aufgehoben.

### **Artikel**

#### **Weitere Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 11 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 38 Abs. 1 wird Satz 3 aufgehoben.
2. In § 50a werden die Wörter „§ 257 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen tritt“ durch die Wörter „§ 257 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden“ ersetzt.
3. In § 63 wird das Semikolon vor dem letzten Satzteil durch einen Punkt ersetzt und der folgende Text aufgehoben.

### **Artikel**

#### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch .....(BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
2. In § 9 Abs. 3a Satz 1 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

3. In § 17 Abs. 5 Satz 3 werden die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
  
4. § 17b wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 4 werden nach den Wörtern "vorliegt, sind" die Wörter "Richtwerte oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2 sowie" eingefügt.
    - bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen und hierfür erforderlichenfalls zusätzliche Daten zu erheben."
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.
    - bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

"Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme."
  - c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Abschläge“ ein Komma und die Wörter „der Ermittlung der Richtwerte oder Pauschalbeträge nach

§ 17a Abs. 2“ sowie nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „oder Ausbildungsstätten“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „oder Ausbildungsstätten“ eingefügt.

5. § 17c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort "Krankenkassen" wird das Wort "gemeinsam" gestrichen.

bb) Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

"über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich."

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Worte "in den Jahren 2003 bis 2004" gestrichen.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.

cc) In Satz 9 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

dd) In Satz 11 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

6. § 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen“ durch die Wörter „der Spitzenverband Land der Krankenkassen“ ersetzt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „der Landesverbände der Krankenkassen“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen“ ersetzt.

7. § 18a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „die Landesverbände“ durch die Wörter „der Spitzenverband Land“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „den Landesverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Land“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.
- d) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände“ durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.
- e) In Absatz 6 Satz 8 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

8. § 27 wird aufgehoben.

9. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort "Bundesstatistik" die Wörter "auf Grundlage dieser Erhebungen" eingefügt.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Neben der Statistik nach Absatz 2 führt das Statistische Bundesamt jährlich eine Bundesstatistik über Krankenhäuser zu folgenden Sachverhalten durch:

1. Identifikationsmerkmale der Einrichtung,
2. Patienten nach Anlass und Grund der Aufnahme, Weiterbehandlung, Verlegung und Entlassung sowie Gewicht der unter 1-Jährigen bei der Aufnahme, Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen, Beatmungstunden, vor- und nachstationäre Behandlung, Art der Operationen und Prozeduren sowie Angabe der Leistungserbringung durch Belegoperator, -anästhesist oder Beleghebamme,
3. in Anspruch genommene Fachabteilungen,
4. Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall nach Höhe der Entgelte insgesamt, der DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte,
5. Zahl der DRG-Fälle, Summe der Bewertungsrelationen sowie Ausgleichsbeträge nach § 4 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes,
6. Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1 Buchstabe a sowie die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr.

Die Statistik wird unter Verwendung der von der DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten erstellt.“

### **Artikel** **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch .....(BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe e werden nach dem zweiten Komma die Wörter "oder ab dem Jahr 2009 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrations-

verträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Erlösbudget enthalten sind," eingefügt.

- b) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe "grundsätzlich zu 40 vom Hundert" durch die Angabe "ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert" ersetzt.

- 2. Dem § 8 wird folgender Absatz angefügt:

"(9) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist nach Maßgabe des Satzes 2 ein Abschlag in Höhe von 0,8 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Bemessungsgrundlage für den Abschlag ist die Höhe der abgerechneten Entgelte nach § 6 Abs. 2a und § 7 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und 5 einschließlich der Abschläge bei Verlegungen. Bei der Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 9 und § 6 Abs. 3 Satz 6 wird die Erlösminderung in Folge des Abschlags nicht ausgeglichen."

- 3. In § 9 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

- 4. In § 10 Absatz 4 Satz 2 werden das Wort "oder" nach dem Wort "DRG-Vergütungssysteme" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort "Abrechnungsregeln" die Wörter "oder einer Verminderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen" eingefügt.

- 5. In § 19 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 werden jeweils die Wörter „in den Jahren 2005 und 2006“ gestrichen.

- 6. § 20 wird aufgehoben.

- 7. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 4 wird die Angabe "Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g" durch die Angabe "Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a, c und d und Nr. 2 Buchstabe b und d bis h" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Eine unzulässige Verarbeitung und Nutzung der Daten gilt als Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 85 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

"(3a) Die nach § 137a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Die Institution auf Bundesebene kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 besteht. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend."

8. In Anlage 1 "Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)" wird in Abschnitt B2 lfd. Nr. 6 die Angabe "2007" durch die Angabe "2009" ersetzt.

## **Artikel**

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch ..... (BGBl. I S. ....) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam“ durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

2. In § 6 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 wird die Angabe "2007" durch die Angabe "2009" ersetzt.
3. In § 12 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz wird die Angabe "zu 40 vom Hundert" durch die Angabe "ab dem Jahr 2007 zu 20 vom Hundert" ersetzt.
4. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:  
  
"(7) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist nach Maßgabe des Satzes 2 ein Abschlag in Höhe von 0,8 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Bemessungsgrundlage für den Abschlag ist die Höhe der abgerechneten tagesgleichen Pflegesätze. Bei der Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 12 Abs. 2 wird die Erlösminderung in Folge des Abschlags nicht ausgeglichen."
5. In § 15 Abs. 1 und 2 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.
6. § 25 wird aufgehoben.

### **Artikel**

#### **Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "einer Kassenärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse, eines Landesverbands der Krankenkassen oder der Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Kassenärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse oder des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" ersetzt.
2. In § 9 Abs. 1 werden die Wörter "Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen"

durch die Wörter "Die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
5. § 13 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 4 werden nach den Wörtern "Kassenärztliche Vereinigungen" das Komma gestrichen und die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" und die Wörter "die Landesverbände" durch die Wörter "den Spitzenverband Land" ersetzt.
    - bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern "Kassenärztliche Bundesvereinigung" das Komma gestrichen und die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
6. In § 14 Abs. 1 werden nach den Wörtern "Kassenärztliche Vereinigungen" das Komma gestrichen und die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "und dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
7. Dem § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Ein Arzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird"

8. In § 26 Abs. 2 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
9. In § 27 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
10. In § 28 Abs. 2 werden nach den Wörtern "die Krankenkassen" das Komma gestrichen und die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
11. § 31 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.
  - b) In Absatz 5 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
12. In § 33 Abs. 2 Satz 3 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
13. § 34 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
    - bb) Satz 2 wird aufgehoben.

- b) In Absatz 8 werden die Wörter "einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen andererseits – von letzteren entsprechend der Anzahl der Versicherten ihrer Mitgliedskassen -" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
14. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

### **Artikel**

#### **Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse, eines Landesverbands der Krankenkassen oder der Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse oder des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" ersetzt.
2. In § 9 Abs. 1 werden die Wörter "Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "Die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
5. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 werden nach den Wörtern "Kassenzahnärztliche Vereinigungen" das Komma und die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" und die Wörter "die Landesverbände" durch die Wörter "den Spitzenverband Land" ersetzt
  - bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern "Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung" das Komma gestrichen und die Wörter "die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- 6. In § 14 Abs. 1 werden nach den Wörtern "Kassenzahnärztlichen Vereinigung" das Komma gestrichen und die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "und dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- 7. § 16 Abs. 3 bis 7 wird aufgehoben.
- 8. Abschnitt IV a wird aufgehoben.
- 9. § 19 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 wird aufgehoben.
- 10. In § 26 Abs. 2 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- 11. In § 27 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
- 12. In § 28 Abs. 2 werden nach den Wörtern "die Krankenkassen" das Komma gestrichen und die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "und der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

8. § 31 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund" ersetzt.
  - b) In Absatz 5 werden die Wörter "die Spitzenverbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
9. In § 33 Abs. 2 Satz 3 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
10. § 34 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
    - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
  - b) In Absatz 8 werden die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen andererseits – von letzteren entsprechend der Anzahl der Versicherten ihrer Mitgliedskassen -" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen andererseits" ersetzt.
11. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.

## **Artikel**

### **Änderung der Schiedsamtsverordnung**

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird das Wort "sieben" jeweils durch das Wort "vier" ersetzt.
    - bb) In Satz 3 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können" durch die Wörter "Der Spitzenverband Land der Krankenkassen kann" ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
  - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden das Wort "sieben" jeweils durch das Wort "vier" ersetzt.
    - bb) In Satz 4 werden die Wörter "den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  
2. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter "den Landesverbänden der Ortskrankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) In Satz 2 werden die Wörter "Bundesverband der Ortskrankenkassen" durch die Wörter "Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - c) Satz 3 wird aufgehoben.

## **Artikel**

### **Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung**

Die Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29) wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO)"

2. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort "Prüfungs-" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungs-" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle nach Absatz 4" ersetzt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter "Die Ausschüsse bestehen" durch die Wörter "Der Beschwerdeausschuss besteht" sowie die Wörter "sechs, mindestens jeweils drei" durch die Wörter "vier, mindestens jeweils zwei" ersetzt.
  - cc) In Satz 3 werden die Wörter "der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "des Spitzenverbandes Land der Krankenkassen" und die Wörter "die Ausschüsse" durch die Wörter "den Ausschuss" ersetzt.
  - dd) In Satz 5 werden die Wörter "der Ausschüsse" durch die Wörter "des Ausschusses" ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.
- c) In Absatz 2 werden die Wörter "Die Ausschüsse können für die Prüfungen" durch die Wörter "Der Ausschuss kann für die Beschwerdeverfahren" ersetzt.
- d) In Absatz 3 werden die Wörter "Prüfungs- und des" sowie das Wort "jeweilige" gestrichen.
- e) In Absatz 4 werden die Wörter "Die Ausschüsse sind" durch die Wörter "Der Ausschuss ist" ersetzt.
- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle" ersetzt.
  - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
3. § 2 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
    - bb) In Satz 2 Nr. 3 werden die Wörter "in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle" gestrichen.
  - b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter "die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "der Spitzenverband Land der Krankenkassen" ersetzt.
4. In § 3 werden jeweils in Absatz 1 und 3 die Wörter "der Ausschüsse" durch die Wörter "des Ausschusses" und in Absatz 1 das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
5. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
  - b) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt, nach dem Wort "hat" die Wörter "neben ihren sich aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergebenden Aufgaben" eingefügt sowie in Nummer 1 das Komma nach dem Wort "laden", die Wörter "die Entscheidungen vorzubereiten" sowie die Wörter "nach § 106 Abs. 4a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" gestrichen.
  - c) Absatz 2 wird aufgehoben.
  - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird aufgehoben.
  - bb) In Satz 2 wird jeweils das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" sowie die Wörter "den Ausschüssen" durch die Wörter "dem Ausschuss" ersetzt.
  - cc) In Satz 3 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
  - e) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Die Ausschüsse" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss" ersetzt.
6. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter "der Vorsitzenden der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse und ihrer" durch die Wörter "des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner" und das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
  - b) In Absatz 2 werden die Wörter "die Verbände" durch die Wörter "der Spitzenverband Land" ersetzt.

### **Artikel** **Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 10 wie folgt gefasst:  
  
„§ 10 Kennzeichnung“.
2. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „Kennzeichnung“.
  - b) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, dürfen nur mit einer Kennzeichnung abgegeben werden, die mindestens den Anforderungen nach Absatz 8 Satz 1 entspricht. Absatz 1b findet keine Anwendung.“

3. In § 11 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 7 angefügt:

"(7) Aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, dürfen nur zusammen mit einer Ausfertigung der für das Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilage abgegeben werden. Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 1 müssen bei der im Rahmen einer Dauermedikation erfolgenden regelmäßigen Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen in neuen, patientenindividuell zusammengestellten Blistern Ausfertigungen der für die jeweiligen Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilagen erst dann erneut beigefügt werden, wenn sich diese gegenüber den zuletzt beigefügten geändert haben."

4. § 67 Abs. 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband" ersetzt.

b) Es werden folgende Sätze angefügt:

"Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an Untersuchungen nach Satz 1 geleistet werden, sind nach ihrer Art und Höhe so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht. Sofern beteiligte Ärzte Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, sind bei Anzeigen nach Satz 1 auch die Art und die Höhe der an sie geleisteten Entschädigungen anzugeben sowie jeweils eine Ausfertigung der mit ihnen geschlossenen Verträge zu übermitteln; hiervon sind Anzeigen gegenüber den zuständigen Bundesoberbehörden ausgenommen."

5. § 78 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt gefasst: "Ein einheitlicher, höchstzulässiger Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten."
- c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

"(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2 haben die pharmazeutischen Unternehmer als Grundlage zur Berechnung der höchstzulässigen Preise und Preisspannen einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen. Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen sowie deren jeweilige Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern für die zu ihren Lasten abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel Preisnachlässe auf den einheitlichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers vereinbaren. Apotheken können mit der Vereinbarung von Preisnachlässen sowie mit deren Einzug beauftragt werden; dabei kann vereinbart werden, dass die Apotheke auf Verlangen einen Nachweis über die vereinbarten Preisnachlässe erbringt. Satz 1 bleibt unberührt."

"(4) Bei Arzneimitteln, die im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, durch Apotheken abgegeben werden und zu diesem Zweck nach § 47 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3c bevorratet wurden, gilt als Grundlage für die nach Absatz 2 festzusetzenden Preise und Preisspannen der Länderabgabepreis. Entsprechendes gilt für Arzneimittel, die aus für diesen Zweck entsprechend bevorrateten Wirkstoffen in Apotheken hergestellt und in diesen Fällen abgegeben werden. In diesen Fällen gilt Absatz 2 Satz 2 auf Länderebene."

- 6. In § 97 Abs. 2 Nr. 5 wird die Angabe "3b oder 4" ersetzt durch die Angabe "3b, 4 oder 7".

## **Artikel**

### **Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung**

§ 2 Abs. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2006 (BGBl. I S. 1414) wird wie folgt geändert:

1. Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,“.

2. Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a angefügt:

„4a bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,“.

3. In Nummer 5 wird nach der Angabe „Nummer 4“ die Angabe „oder Nummer 4a“ eingefügt.

## **Artikel**

### **Änderung der Arzneimittelpreisverordnung**

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ..), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Dem Satz 1 wird folgende Nummer 7 angefügt:

"7. von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen, soweit deren Darreichungsform, Zusammensetzung und Stärke unverändert bleibt."

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

"Im Fall von Satz 1 Nummer 7 können Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände das Verfahren für die Berechnung der höchstens zulässigen Apothekenabgabepreise für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel mit Apotheken oder deren Verbänden vereinbaren."

2. In § 2 Abs. 1 bis 5 wird jeweils das Wort „Herstellerabgabepreis“ durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken dürfen zur Berechnung des Apothekenabgabepreises höchstens ein Zuschlag von drei Prozent zuzüglich 8,10 Euro sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

bb) Satz 2 wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 1 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt. Das Wort „Herstellerabgabepreises“ wird durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

bb) In Nr. 2 wird das Wort „Hersteller“ durch die Worte „pharmazeutischen Unternehmer“ ersetzt. Das Wort „Herstellerabgabepreis“ wird durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

"(6) Für die erneute Abgabe der an eine Apotheke zurück gegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln durch die Apotheke beträgt der Höchstzuschlag 6,10 Euro."

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt neu gefasst:

„darf höchstens ein Zuschlag von 100 Prozent (Spanne 50 Prozent) auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung sowie die Umsatzsteuer erhoben werden.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Bei der Abgabe einer Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen, die in Apotheken angefertigt wird, dürfen

1. höchstens ein Zuschlag von 90 Prozent auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung, sowie
2. ein Rezepturzuschlag nach Absatz 3 sowie die Umsatzsteuer erhoben werden."

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort "beträgt" das Wort „höchstens“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach dem Wort "um" das Wort "höchstens" eingefügt.

cc) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Zuschlag“ ersetzt.

dd) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „des Fest- oder Rezepturzuschlags“ durch die Wörter „der Zuschläge“ ersetzt. Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "vereinbarte Zuschläge sind Höchstzuschläge."

6. In § 6 werden die Wörter „während der allgemeinen Ladenschlusszeiten gemäß § 3 Abs. 1 des Gesetzes über den Ladenschluss“ durch die Wörter „in der Zeit von 20.00 bis 6.00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6.00 Uhr und ab 14.00 Uhr“ ersetzt.

7. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „§ 3 Abs. 1 Satz“ die Angabe „2 und“ gestrichen.
  - b) Absatz 3 wird aufgehoben.
8. Nach § 10 wird folgender § 11 angefügt:

"§ 11

Preise in besonderen Fällen

„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln in den Fällen des § 78 Abs. 4 Arzneimittelgesetz wird bei Anwendung dieser Verordnung der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers durch den Länderabgabepreis ersetzt. Bei Abgabe von Stoffen oder Zubereitungen ist zur Berechnung des Apothekeneinkaufspreises sowie bei Vereinbarungen über Apothekeneinkaufspreise nach § 4 Abs. 3 und § 5 Abs. 4 ebenfalls der Länderabgabepreis zu Grunde zu legen. Abweichend von § 4 Abs. 3 sowie § 5 Abs. 4 und 5 können auch die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Verbände der Apotheker mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Vereinbarungen über die Apothekeneinkaufspreise und Zuschläge treffen.“

**Artikel**

**Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung**

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 23 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

- 1. In § 4 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
- 2. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
  - b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

### **Artikel**

#### **Änderung des Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung**

Nach § 5b Abs. 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 16. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1427) in der Fassung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74), zuletzt geändert durch die Neunzehnte Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften vom 10. März 2005 (BGBl. I S. 757), wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Betäubungsmittel, die nach Absatz 3 gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können von dem Arzt für einen anderen Patienten dieses Alten- oder Pflegeheims oder Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der Weiterverwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz zurückgegeben werden.“

### **Artikel**

#### **Änderung der Apothekenbetriebsordnung**

§ 14 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über den Betrieb von Apotheken in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995, die zuletzt geändert worden ist durch ..... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt gefasst:

„Soweit es sich bei den Arzneimitteln um aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen handelt, sind neben der vom Arzneimittelgesetz geforderten Kennzeichnung Name und Anschrift der Apotheke anzugeben.“

### **Artikel**

#### **Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz-ApoG)**

In § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes, das zuletzt geändert worden ist durch ..... (BGBl. I S. ...), wird nach Satz 3 folgender Satz 4 neu eingefügt:

"Unbeschadet von Satz 3 können für Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden."

## Artikel

### Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 3 Satz 7 werden nach dem Wort „sind“ ein Komma und die Wörter „im Fall des § 28d Abs. 3 frühestens mit dem Tag der Erstellung der Folgedokumentation“ eingefügt.
2. § 28d wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Nr. 1 wird die Angabe „2a und 2b, 4a und 4b, 6a und 6b, 8a und 8b, 10a und 10b oder 12a und 12b“ durch die Angabe „2b, 4b, 6b, 8b, 10b oder 12b“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. die Teilnahme eines Versicherten am Programm endet, wenn

    - a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
    - b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 genannten Anlagen veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
    - c) zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den in Absatz 1 Nr. 1 genannten Anlagen, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift der Ärztin/des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt worden sind und“
  - c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(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 zwei Quartale erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann.“

3. § 28f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Programm“ die Wörter „auf elektronischem Weg zu übermittelnde“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach der Angabe „§ 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „bis zum letzten Tag des übernächsten auf den Behandlungstag folgenden Quartals“ eingefügt.

bb) In Satz 1 Nummer 7 werden die Wörter „Erst- und Folgedokumentationen“ durch das Wort „Erstdokumentation“ ersetzt und die Wörter „spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums“ gestrichen.

c) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „Erst- und Folgedokumentationen“ durch das Wort „Erstdokumentation“ ersetzt.

d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die in § 28d Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c genannte Frist gilt nur für den Teil der in Absatz 1 genannten Anlagen, der den in § 28d Abs. 1 Nr. 1 genannten Anlagen entspricht.“

4. § 28g Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „drei“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Programme, die am ... (Einfügen: Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes) zugelassen sind, gelten für die Dauer von höchstens fünf Jahren als zugelassen.“

#### **Artikel**

### **Änderung des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen**

In § 7 des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen (Artikel 35 des Gesetzes vom 14. November 2003, BGBl. I S. 2190) wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

#### **Artikel**

### **Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse**

Das Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19. April 2000 (BGBl. I S. 571) wird aufgehoben.

#### **Artikel**

### **Änderung des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung**

Das Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 2 Satz 3 wird aufgehoben.
2. In § 3 Abs. 3 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Näheres" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen regelt das Nähere" ersetzt.
3. § 8 Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben.

4. § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden nach dem Wort "beschränken" die Wörter "und verschiedene Erstattungssätze vorsehen" angefügt.
- b) Nummer 4 wird gestrichen.

### **Artikel**

#### **Portabilität von Altersrückstellungen / Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung**

(1) Individuelle Altersrückstellungen sind bei einem Wechsel innerhalb der privaten und beim Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung übertragbar (Portabilität der Altersrückstellungen).

(2) Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind auch in der privaten Krankenversicherung von dem System zu versichern, aus dem sie kamen bzw. dem sie zugeordnet sind (Nichtversicherte). Ehemalige Versicherte der privaten Krankenversicherung ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur privaten Krankenversicherung in einen Basistarif.

(3) Der Basistarif enthält folgende Elemente:

1. Der Leistungsumfang entspricht dem der gesetzlichen Krankenversicherung
2. Es besteht eine Verpflichtung zum Vertragsschluss ohne individuelle Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss:
3. Die Prämien müssen bezahlbar sei.
4. Es sind Alterungsrückstellung zu bilden.

Der Basistarif wird auch für freiwillig versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung geöffnet.

(4) Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

### **Artikel**

#### **Änderung des Transplantationsgesetzes**

Das Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Abs. 1 Satz 2 und § 12 Abs. 1 Satz 1 werden jeweils die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
2. In § 11 Abs. 2 Satz 1, § 11 Abs. 3 Satz 3, § 12 Abs. 4 Satz 1 und § 12 Abs. 5 Satz 3 werden jeweils die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

#### **Artikel**

#### **Vergleichbare Vergütungen für GKV und PKV für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich**

Es wird angestrebt, dass GKV und PKV für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich eine vergleichbare Vergütung zahlen. Dabei bleiben im privatärztlichen und privat Zahnärztlichen Gebührenrecht weiterhin Abweichungen vom Umfang des Leistungsverzeichnisses und innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) möglich. Dies wird bei den Novellierungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berücksichtigt, bei denen auch die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens zu präzisieren sind.

#### **Artikel**

#### **Inkrafttreten**