Bundesgesetzblatt

353

Teil I

G 5702

2007 | **Ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007** | **Nr. 11**

Tag	Inhalt	Seite
22. 3.2007	**Gesetz zur Strafbarkeit beharrlicher Nachstellungen (40. StrÄndG)** ..... FNA: 450-2, 312-2 GESTA: C036	354
24. 3.2007	**Viertes Gesetz zur Änderung des Kraftfahrzeugsteuergesetzes** ..... FNA: 611-17, 611-17-2 GESTA: D042	356
26. 3.2007	**Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung der Rechtsanwaltschaft** ..... FNA: 303-8, 303-19, 303-1, 310-4, 312-2, 424-5-1, 52-5, 187-3, 250-1, 251-1, 310-2, 310-5, 319-101, 319-109, 320-1, 330-1, 703-5, 1104-1, 4110-7, 752-6 GESTA: C014	358
26. 3.2007	**Gesetz zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge** ..... FNA: 310-4, 311-13, 7632-1 GESTA: C049	368
26. 3.2007	**Gesetz zur Änderung des Wohnungseigentumsgesetzes und anderer Gesetze** ..... FNA: 403-1, 310-14, 300-2, 360-7, 368-3, 403-6, 403-9, 310-4 GESTA: C051	370
26. 3.2007	**Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)** ..... FNA: 860-5, 860-5, 860-5/5, 860-2, 860-3, 860-4-1, 860-6, 860-9, 860-11, 860-11, 860-12, 820-1, 8253-1, 830-2, 8252-1, 8252-3, 8252-3, 8251-10, 2126-9, 860-5-24, 2126-9-13-2, 8230-25, 8230-26, 827-9, 827-10, 860-5-31, 860-5-31, 860-4-1-12, 860-4-1-15, 860-6-17, 860-5-16, 2121-51-1-2, 2121-51-44, 2121-51-11, 2121-51-11, 2121-6-24-4, 2121-2-2, 2121-2, 860-5-13, 860-5-12, 860-5-30, 860-5-19, 800-19-4, 212-2, 7632-1, 7631-1, 7631-1-26, 611-1 GESTA: M012	378
22. 3.2007	Verordnung zur Änderung marktordnungsrechtlicher Vorschriften im Bereich der Absatzmaßnahmen für Butter, Butterfett und Rahm ..... FNA: neu: 7847-11-6-14; 7847-11-4-50, 7847-11-6-8	474
26. 3.2007	Verordnung zur Festsetzung des endgültigen Beihilfebetrags für Rohtabak für das Erntejahr 2006 .. FNA: neu: 7847-11-4-105	480

Gesetz zur Strafbarkeit beharrlicher Nachstellungen (40. StrÄndG)

Vom 22. März 2007

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Strafgesetzbuches

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 21 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht zum 18. Abschnitt des Besonderen Teils wird die Angabe zu den §§ 237 und 238 wie folgt gefasst:

   „§ 237 (weggefallen)

   § 238 Nachstellung".

2. Vor § 239 wird folgender § 238 eingefügt:

   „§ 238

   Nachstellung

   (1) Wer einem Menschen unbefugt nachstellt, indem er beharrlich

   1. seine räumliche Nähe aufsucht,
   2. unter Verwendung von Telekommunikationsmitteln oder sonstigen Mitteln der Kommunikation oder über Dritte Kontakt zu ihm herzustellen versucht,
   3. unter missbräuchlicher Verwendung von dessen personenbezogenen Daten Bestellungen von Waren oder Dienstleistungen für ihn aufgibt oder Dritte veranlasst, mit diesem Kontakt aufzunehmen,
   4. ihn mit der Verletzung von Leben, körperlicher Unversehrtheit, Gesundheit oder Freiheit seiner selbst oder einer ihm nahe stehenden Person bedroht oder
   5. eine andere vergleichbare Handlung vornimmt

   und dadurch seine Lebensgestaltung schwerwiegend beeinträchtigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

   (2) Auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter das Opfer, einen Angehörigen des Opfers oder eine andere dem Opfer nahe stehende Person durch die Tat in die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung bringt.

   (3) Verursacht der Täter durch die Tat den Tod des Opfers, eines Angehörigen des Opfers oder einer anderen dem Opfer nahe stehenden Person, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

   (4) In den Fällen des Absatzes 1 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält."

Artikel 2

Änderung der Strafprozessordnung

Die Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. In § 112a Abs. 1 Nr. 1 werden nach der Angabe „179" die Wörter „oder nach § 238 Abs. 2 und 3" eingefügt.

2. § 374 Abs. 1 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

   „5. eine Nachstellung (§ 238 Abs. 1 des Strafgesetzbuches) oder eine Bedrohung (§ 241 des Strafgesetzbuches),".

3. In § 395 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e werden nach dem Wort „nach" die Wörter „§ 238 des Strafgesetzbuches und" eingefügt.

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 22. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Viertes Gesetz zur Änderung des Kraftfahrzeugsteuergesetzes*)

Vom 24. März 2007

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

Artikel 1

Das Kraftfahrzeugsteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 2002 (BGBl. I S. 3818), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3344), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) Nach der Angabe „§ 3b Steuerbefreiung für besonders schadstoffreduzierte Personenkraftwagen" wird die Angabe „§ 3c Steuerbefreiung für besonders partikelreduzierte Personenkraftwagen" eingefügt.
   b) Die Angabe zu § 9a wird wie folgt gefasst:
   „§ 9a Zuschlag für Personenkraftwagen mit Selbstzündungsmotor".
2. Nach § 3b wird folgender § 3c eingefügt:

„§ 3c

Steuerbefreiung für besonders partikelreduzierte Personenkraftwagen

(1) Das Halten von besonders partikelreduzierten Personenkraftwagen mit Selbstzündungsmotor ist befristet von der Steuer befreit, wenn das Fahrzeug in der Zeit vom 1. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2009 nachträglich technisch so verbessert wird, dass es einer

1. der Partikelminderungsstufen PM 1 bis PM 4 nach § 47 Abs. 3a der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. September 1988 (BGBl. I S. 1793), die zuletzt durch Artikel 473 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist,
2. der Partikelminderungsstufen PM 01, PM 0 oder der Partikelminderungsklassen PMK 01, PMK 0 bis PMK 4, sobald dafür die Voraussetzungen in der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung geregelt und in Kraft getreten sind,

entspricht. Die Steuerbefreiung wird nur für Personenkraftwagen gewährt, die bis zum 31. Dezember 2006 erstmals zugelassen wurden. Sie beginnt an dem Tag, an dem nach Feststellung der Zulassungsbehörde die Voraussetzungen hierfür erfüllt waren. Die Steuerbefreiung endet, sobald die Steuerersparnis auf der Grundlage des jeweiligen Steuersatzes nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 den Betrag von 330 Euro erreicht. Die Steuerbefreiung wird für jedes Fahrzeug nur einmal gewährt.

(2) Im Falle einer technischen Verbesserung nach Absatz 1 in der Zeit vom 1. Januar 2006 bis zum 31. März 2007 ist die Steuer für den Halter neu festzusetzen, auf den das Fahrzeug am 1. April 2007 zugelassen ist. Ist das Fahrzeug am 1. April 2007 stillgelegt, erfolgt die Neufestsetzung für den Halter, auf den das Fahrzeug nach dem 1. April 2007 wieder zugelassen wird. Dabei gilt abweichend von Absatz 1 der 1. April 2007 als Beginn der befristeten Steuerbefreiung. Eine Neufestsetzung für frühere Halter unterbleibt; dies gilt auch dann, wenn ein früherer Halter für das Fahrzeug Steuer entrichtet hat.

(3) Soweit die befristete Steuerbefreiung bei einem Halterwechsel noch nicht abgelaufen ist, wird sie vorbehaltlich Absatz 2 dem neuen Halter gewährt.

(4) Die Zeiten vorübergehender Stilllegung und die Zeiten außerhalb des auf einem Saisonkennzeichen nach § 23 Abs. 1b der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung angegebenen Betriebszeitraums werden bei der Berechnung der befristeten Steuerbefreiung berücksichtigt.

(5) Die Steuerbefreiung gilt nicht für Kennzeichen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 4 Satz 1."

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

„§ 9a

Zuschlag für Personenkraftwagen mit Selbstzündungsmotor

(1) Für Personenkraftwagen mit Selbstzündungsmotor erhöht sich in der Zeit vom 1. April 2007 bis zum 31. März 2011 der jeweilige Steuersatz nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 um 1,20 Euro je 100 Kubikzentimeter oder einen Teil davon, wenn das Fahrzeug nicht einer der Partikelminderungsstufen PM 01 und PM 0 bis PM 5 oder einer der Partikelminderungsklassen PMK 01 und PMK 0 bis PMK 4 nach der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung entspricht.

(2) Der Zuschlag gilt nicht für Kennzeichen im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 4 Satz 1."

4. Dem § 18 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) In § 9a tritt ab dem Tag des Inkrafttretens der Nachfolgerichtlinie zu der Richtlinie 70/220/EWG des Rates vom 20. März 1970 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Maßnahmen gegen die Verunreinigung der Luft durch Emissionen von Kraftfahrzeugmotoren (ABl. EG Nr.

*) Die Verpflichtungen aus der Richtlinie 98/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juni 1998 über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der Normen und technischen Vorschriften und der Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft (ABl. EG Nr. L 204 S. 37), zuletzt geändert durch die Akte über die Bedingungen des Beitritts der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik und die Anpassung der die Europäische Union begründenden Verträge (ABl. EU 2003 Nr. L 236 S. 68), sind beachtet worden.

L 76 S. 1), zuletzt geändert durch die Richtlinie 2003/76/EG der Kommission vom 11. August 2003 (ABl. EU Nr. L 206 S. 29), an die Stelle der Partikelminderungsstufe PM 5 der Grenzwert für Partikelmasse der nächsten Schadstoffstufe (Euro 5) für Personenkraftwagen mit Selbstzündungsmotor."

Artikel 2

Die Kraftfahrzeugsteuer-Durchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 2002 (BGBl. I S. 3856), geändert durch Artikel 80 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818), wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

   „Kraftfahrzeugsteuer-Durchführungsverordnung (KraftStDV)".

2. In § 5 Abs. 2 Nr. 3 werden nach Buchstabe i folgende Buchstaben j und k eingefügt:

   „j) wenn ein zum Verkehr zugelassener Personenkraftwagen als besonders partikelreduziert anerkannt wird, den Tag der Anerkennung;

   k) wenn bei einem zum Verkehr zugelassenen besonders partikelreduzierten Personenkraftwagen die im Fahrzeugschein eingetragene Anerkennung als besonders partikelreduziert gelöscht wird, den Tag der Löschung;".

Artikel 3

Dieses Gesetz tritt am 1. April 2007 in Kraft.

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

Berlin, den 24. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister der Finanzen
Peer Steinbrück

Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung der Rechtsanwaltschaft

Vom 26. März 2007

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Bundesrechtsanwaltsordnung

Die Bundesrechtsanwaltsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-8, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:
   a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

      „(2) Über den Antrag auf Zulassung entscheidet die Rechtsanwaltskammer, in deren Bezirk die Bewerberin oder der Bewerber zugelassen werden will."

   b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
2. § 8 wird aufgehoben.
3. Der bisherige § 8a wird § 8 und wie folgt geändert:

   In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" jeweils durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.
4. § 9 wird aufgehoben.
5. In der Überschrift des § 11, in § 11 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" jeweils durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.
6. § 12 wird wie folgt gefasst:

   „§ 12

   Zulassung

   (1) Die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft wird wirksam mit der Aushändigung einer von der Rechtsanwaltskammer ausgestellten Urkunde.

   (2) Die Urkunde darf erst ausgehändigt werden, wenn die Bewerberin oder der Bewerber vereidigt ist (§ 12a) und den Abschluss der Berufshaftpflichtversicherung (§ 51) nachgewiesen oder eine vorläufige Deckungszusage vorgelegt hat.

   (3) Mit der Zulassung wird die Bewerberin oder der Bewerber Mitglied der zulassenden Rechtsanwaltskammer.

   (4) Nach der Zulassung darf die Tätigkeit unter der Berufsbezeichnung „Rechtsanwältin" oder „Rechtsanwalt" ausgeübt werden."
7. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt.

   „§ 12a

   Vereidigung

   (1) Der Bewerber hat folgenden Eid vor der Rechtsanwaltskammer zu leisten:

   „Ich schwöre bei Gott dem Allmächtigen und Allwissenden, die verfassungsmäßige Ordnung zu wahren und die Pflichten eines Rechtsanwalts gewissenhaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe."

   (2) Der Eid kann auch ohne religiöse Beteuerung geleistet werden.

   (3) Gestattet ein Gesetz den Mitgliedern einer Religionsgemeinschaft, an Stelle des Eides eine andere Beteuerungsformel zu gebrauchen, so kann, wer Mitglied einer solchen Religionsgemeinschaft ist, diese Beteuerungsformel sprechen.

   (4) Wer aus Glaubens- oder Gewissensgründen keinen Eid leisten will, muss folgendes Gelöbnis leisten:

   „Ich gelobe, die verfassungsmäßige Ordnung zu wahren und die Pflichten eines Rechtsanwalts gewissenhaft zu erfüllen."

   (5) Leistet eine Bewerberin den Eid nach Absatz 1 oder das Gelöbnis nach Absatz 4, so treten an die Stelle der Wörter „eines Rechtsanwalts" die Wörter „einer Rechtsanwältin".

   (6) Über die Vereidigung ist ein Protokoll aufzunehmen, das auch den Wortlaut des Eides oder des Gelöbnisses zu enthalten hat. Das Protokoll ist von dem Rechtsanwalt und einem Mitglied des Vorstands der Rechtsanwaltskammer zu unterschreiben. Es ist zu den Personalakten des Rechtsanwalts zu nehmen."
8. In § 13 werden der abschließende Punkt gestrichen und die Wörter „oder wenn die Rücknahme oder der Widerruf der Zulassung bestandskräftig geworden ist." angefügt.
9. § 14 wird wie folgt geändert:
   a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

      „Von der Rücknahme der Zulassung kann abgesehen werden, wenn die Gründe, aus denen die Zulassung hätte versagt werden müssen, nicht mehr bestehen."

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 4 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

      bb) Nummer 6 wird aufgehoben.

   c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

      „(3) Die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft kann widerrufen werden, wenn der Rechtsanwalt

      1. nicht binnen drei Monaten seit seiner Zulassung seiner Pflicht nachkommt, im Bezirk der Rechtsanwaltskammer seine Kanzlei einzurichten (§ 27 Abs. 1);

2. nicht binnen drei Monaten eine ihm bei der Befreiung nach § 29 Abs. 1 oder § 29a Abs. 2 gemachte Auflage erfüllt;
3. nicht binnen drei Monaten, nachdem er von der Pflicht, eine Kanzlei zu unterhalten, befreit worden (§ 29 Abs. 1, § 29a Abs. 2) oder der bisherige Zustellungsbevollmächtigte weggefallen ist, einen Zustellungsbevollmächtigten bestellt;
4. seine Kanzlei aufgibt, ohne dass er von der Pflicht des § 27 Abs. 1 befreit worden ist."

10. § 15 wird aufgehoben.

11. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Die Rücknahme oder der Widerruf der Zulassung zur Rechtsanwaltschaft wird von der Rechtsanwaltskammer verfügt, deren Mitglied der Rechtsanwalt ist. Wird der Rechtsanwalt während der Dauer eines Rücknahme- oder Widerrufsverfahrens in eine andere Rechtsanwaltskammer aufgenommen (§ 27 Abs. 3), geht die Zuständigkeit nach Satz 1 im Zeitpunkt der Aufnahme auf diese über. Die bisher zuständige Rechtsanwaltskammer teilt der aufnehmenden Rechtsanwaltskammer unverzüglich mit, dass ein Verfahren eingeleitet wurde. Die bisher zuständige Rechtsanwaltskammer kann das Verfahren fortführen und die Verfügung nach Satz 1 treffen, wenn dies der einfachen und zweckmäßigen Durchführung des Verfahrens dient und die aufnehmende Rechtsanwaltskammer zustimmt; in diesen Fällen informiert sie die aufnehmende Rechtsanwaltskammer über ihre Entscheidung.

(2) Vor der Rücknahme oder dem Widerruf ist der Rechtsanwalt zu hören."

b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) In Verfahren wegen des Widerrufs der Zulassung zur Rechtsanwaltschaft nach § 14 Abs. 2 Nr. 3 ist § 8 Abs. 1 und 2 sowie Absatz 6 entsprechend anzuwenden. Wird das Gutachten ohne zureichenden Grund nicht innerhalb der von der Rechtsanwaltskammer gesetzten Frist vorgelegt, so wird vermutet, dass der Rechtsanwalt aus einem Grund des § 14 Abs. 2 Nr. 3, der durch das Gutachten geklärt werden soll, nicht nur vorübergehend unfähig ist, seinen Beruf ordnungsgemäß auszuüben."

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Rücknahme- oder Widerrufsverfügung ist mit Gründen zu versehen und dem Rechtsanwalt zuzustellen."

e) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Gehört der Rechtsanwalt zugleich einer Notarkammer an, ist die Rücknahme oder der Widerruf der Zulassung der Landesjustizverwaltung und der Notarkammer unverzüglich mitzuteilen."

f) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zuständig ist der Anwaltsgerichtshof bei dem Oberlandesgericht, zu dessen Bezirk die Rechtsanwaltskammer gehört, die die Verfügung erlassen hat."

g) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

h) In Absatz 7 werden das Komma nach der Angabe „156 Abs. 2" und die Angabe „§ 160 Abs. 2" gestrichen.

12. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Mit dem Erlöschen der Zulassung zur Rechtsanwaltschaft (§ 13) endet die Befugnis, die Berufsbezeichnung „Rechtsanwalt" oder „Rechtsanwältin" zu führen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „und den Vorstand der Rechtsanwaltskammer" gestrichen.

13. Die Zwischenüberschrift vor § 18 wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Kanzlei und Rechtsanwaltsverzeichnis".

14. § 18 wird aufgehoben.

15. Die §§ 19 bis 21, 23, 25 und 26 werden aufgehoben.

16. § 27 wird wie folgt gefasst:

„§ 27

Kanzlei

(1) Der Rechtsanwalt muss im Bezirk der Rechtsanwaltskammer, deren Mitglied er ist, eine Kanzlei einrichten und unterhalten.

(2) Verlegt der Rechtsanwalt seine Kanzlei oder errichtet er eine Zweigstelle, hat er dies der Rechtsanwaltskammer unverzüglich anzuzeigen. Die Errichtung einer Zweigstelle im Bezirk einer anderen Rechtsanwaltskammer ist auch dieser Rechtsanwaltskammer anzuzeigen.

(3) Will der Rechtsanwalt seine Kanzlei in den Bezirk einer anderen Rechtsanwaltskammer verlegen, hat er die Aufnahme in diese Kammer zu beantragen. Die Rechtsanwaltskammer nimmt den Rechtsanwalt auf, sobald er die Verlegung der Kanzlei in ihren Bezirk nachgewiesen hat. Mit der Aufnahme erlischt die Mitgliedschaft in der bisherigen Rechtsanwaltskammer. Die aufnehmende Rechtsanwaltskammer teilt der bishe-

rigen Rechtsanwaltskammer den Zeitpunkt der Aufnahme mit. Gehört der Rechtsanwalt zugleich einer Notarkammer an, hat die abgebende Rechtsanwaltskammer den Zeitpunkt des Erlöschens der Mitgliedschaft der zuständigen Landesjustizverwaltung unverzüglich mitzuteilen."

17. § 28 wird aufgehoben.

18. § 29 Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Im Interesse der Rechtspflege oder zur Vermeidung von Härten kann die Rechtsanwaltskammer einen Rechtsanwalt von der Pflicht des § 27 Abs. 1 befreien.

(2) Die Befreiung kann widerrufen werden, wenn es im Interesse einer geordneten Rechtspflege erforderlich ist. Vor dem Widerruf ist der Rechtsanwalt zu hören."

19. § 29a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Landesjustizverwaltung und" gestrichen.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 1 Satz 2," gestrichen.

20. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Zustellungsbevollmächtigter

(1) Ist der Rechtsanwalt von der Pflicht befreit, eine Kanzlei zu unterhalten, so hat er der Rechtsanwaltskammer einen Zustellungsbevollmächtigten zu benennen.

(2) An den Zustellungsbevollmächtigten kann auch von Anwalt zu Anwalt (§§ 174, 195 der Zivilprozessordnung) wie an den Rechtsanwalt selbst zugestellt werden.

(3) Ist ein Zustellungsbevollmächtigter entgegen Absatz 1 nicht bestellt, so kann die Zustellung durch Aufgabe zur Post bewirkt werden (§ 184 der Zivilprozessordnung). Das Gleiche gilt, wenn eine Zustellung an den Zustellungsbevollmächtigten nicht ausführbar ist."

21. § 31 wird wie folgt gefasst:

„§ 31

Rechtsanwaltsverzeichnis

(1) Die Rechtsanwaltskammer führt ein elektronisches Verzeichnis der in ihrem Bezirk zugelassenen Rechtsanwälte und gibt die in diesem Verzeichnis gespeicherten Daten im automatisierten Verfahren in ein von der Bundesrechtsanwaltskammer geführtes Gesamtverzeichnis aller Mitglieder der Rechtsanwaltskammern ein. Die Rechtsanwaltskammer trägt die datenschutzrechtliche Verantwortung für die von ihr in das Gesamtverzeichnis eingegebenen Daten, insbesondere für die Rechtmäßigkeit der Erhebung und die Richtigkeit der Daten. Die Verzeichnisse dienen der Information der Behörden und Gerichte, der Rechtsuchenden sowie anderer am Rechtsverkehr Beteiligter. Die Einsicht in die Verzeichnisse steht jedem unentgeltlich zu.

(2) Die Eintragung in die Verzeichnisse erfolgt, sobald der Rechtsanwalt die Einrichtung der Kanzlei (§ 27 Abs. 1) nachgewiesen oder bei Befreiung von der Kanzleipflicht einen Zustellungsbevollmächtigten (§ 30) benannt hat.

(3) In die Verzeichnisse sind der Familienname, die Vornamen, der Zeitpunkt der Zulassung, die Kanzleianschrift, in den Fällen des § 29 Abs. 1 oder des § 29a Abs. 2 der Inhalt der Befreiung, die Anschrift von Zweigstellen, Fachanwaltsbezeichnungen sowie Berufs- und Vertretungsverbote und deren Aufhebung oder Abänderung einzutragen.

(4) Die Eintragung in die Verzeichnisse wird gelöscht, sobald die Zulassung erloschen, der Rechtsanwalt Mitglied einer anderen Rechtsanwaltskammer geworden oder verstorben ist. Das Gesamtverzeichnis wird im Falle des Wechsels der Rechtsanwaltskammer berichtigt.

(5) Das Bundesministerium der Justiz regelt die Einzelheiten der Führung des Gesamtverzeichnisses und der Einsichtnahme in das Gesamtverzeichnis durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates."

22. Die §§ 32 bis 36 werden aufgehoben.

23. § 36a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Sie darf zu diesem Zweck auch unbeschränkte Auskünfte nach § 41 Abs. 1 Nr. 11 des Bundeszentralregistergesetzes als Regelanfrage einholen."

b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und bei einem Gericht" gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Informationen über die Höhe rückständiger Steuerschulden können entgegen § 30 der Abgabenordnung zum Zweck der Vorbereitung des Widerrufs der Zulassung wegen Vermögensverfalls übermittelt werden; die Rechtsanwaltskammer darf die Steuerdaten nur für den Zweck verwenden, für den sie ihr übermittelt worden sind."

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Ist ein Rechtsanwalt Mitglied einer Berufskammer eines anderen freien Berufs im Geltungsbereich dieses Gesetzes, darf die Rechtsanwaltskammer personenbezogene Informationen über den Rechtsanwalt an die zuständige Berufskammer übermitteln, soweit

1. die Kenntnis der Informationen aus Sicht der übermittelnden Stelle zur Erfüllung der Aufgaben der anderen Berufskammer im Zusammenhang mit der Zulassung zum Beruf oder der Einleitung eines Rügeverfahrens oder berufsgerichtlichen Verfahrens erforderlich ist und
2. durch die Übermittlung schutzwürdige Interessen des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden oder das öffentliche Interesse das Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen überwiegt.

Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend."

24. § 37 wird wie folgt gefasst:

„§ 37

Antrag

(1) Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung ist bei dem Anwaltsgerichtshof schriftlich einzureichen.

(2) Der Antrag ist gegen die Rechtsanwaltskammer zu richten.

(3) Der Antragsteller muss den Bescheid oder die Verfügung, gegen die er sich wendet, bezeichnen. Er muss ferner angeben, inwieweit der angefochtene Bescheid oder die angefochtene Verfügung aufgehoben und zu welcher Amtshandlung die Rechtsanwaltskammer verpflichtet werden soll. Wird der Antrag auf gerichtliche Entscheidung darauf gestützt, dass die Rechtsanwaltskammer innerhalb von drei Monaten einen Bescheid nicht erteilt hat, so ist die beantragte Amtshandlung zu bezeichnen. Die zur Begründung des Antrags dienenden Tatsachen und die Beweismittel sollen im Einzelnen angeführt werden.

(4) Soweit die Rechtsanwaltskammer ermächtigt ist, nach ihrem Ermessen zu befinden, kann der Antrag nur darauf gestützt werden, dass die gesetzlichen Grenzen des Ermessens überschritten seien oder dass von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden sei."

25. Die §§ 38 und 39 werden aufgehoben.

26. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Vertretern der Landesjustizverwaltung, dem Präsidenten des Oberlandesgerichts oder seinem Beauftragten, den" gestrichen.

27. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird aufgehoben.

b) In Absatz 3 wird jeweils das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt und die Angabe „(§ 39)" gestrichen.

c) In Absatz 4 wird jeweils das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

28. § 42 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummern 1, 4 und 5 werden aufgehoben.

bb) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden zu den Nummern 1 und 2.

cc) In der neuen Nummer 1 wird das abschließende Komma durch das Wort „oder" ersetzt.

dd) In der neuen Nummer 2 wird das abschließende Komma gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

d) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „ , § 35 Abs. 2" gestrichen.

29. (entfällt)

30. § 47 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 und in Absatz 2 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" jeweils durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

31. § 51 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „der zuständigen Landesjustizverwaltung und" werden gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Rechtsanwaltskammer erteilt Dritten zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen auf Antrag Auskunft über den Namen und die Adresse der Berufshaftpflichtversicherung des Rechtsanwalts sowie die Versicherungsnummer, soweit der Rechtsanwalt kein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichterteilung der Auskunft hat."

b) In Absatz 7 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

32. § 53 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Rechtsanwalt kann den Vertreter selbst bestellen, wenn die Vertretung von einem derselben Rechtsanwaltskammer angehörenden Rechtsanwalt übernommen wird. Ein Vertreter kann auch von Vornherein für alle Verhinderungsfälle, die während eines Kalenderjahres eintreten können, bestellt werden. In anderen Fällen kann ein Vertreter nur auf Antrag des Rechtsanwalts von der Rechtsanwaltskammer bestellt werden."

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 7 gilt entsprechend."

d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Rechtsanwaltskammer den Vertreter von Amts wegen bestellen, wenn der Rechtsanwalt es unterlassen hat, eine Maßnahme nach Absatz 2 Satz 1 zu treffen oder die Bestellung eines Vertreters nach Absatz 2 Satz 3 zu beantragen. Der Vertreter soll jedoch erst bestellt werden, wenn der Rechtsanwalt vorher aufgefordert worden ist, den Vertreter selbst zu bestellen oder einen Antrag nach Absatz 2 Satz 3 einzureichen, und die ihm hierfür gesetzte Frist fruchtlos verstrichen ist. Der Rechtsanwalt, der von Amts wegen als Vertreter bestellt wird, kann die Vertretung nur aus einem wichtigen Grund ablehnen. Über die Zulässigkeit der Ablehnung entscheidet die Rechtsanwaltskammer."

e) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Rechtsanwalt hat die Bestellung des Vertreters in den Fällen des Absatzes 2 Satz 1 der Rechtsanwaltskammer anzuzeigen."

33. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 7 gilt entsprechend."

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 Satz 5 wird aufgehoben.

34. § 59g wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" und das Wort „Geschäftsbereich" durch das Wort „Bezirk" ersetzt.

b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 9 Abs. 2 bis 4 und" gestrichen.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 9 Abs. 2 Satz 2," gestrichen.

35. § 59h wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 3" durch die Angabe „Abs. 1 Satz 2" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 und in Absatz 4 Nr. 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" jeweils durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

c) Absatz 5 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Rücknahme oder der Widerruf der Zulassung wird von der Rechtsanwaltskammer verfügt, in deren Bezirk die Rechtsanwaltsgesellschaft ihren Sitz hat. § 16 Abs. 2 und 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden, bei Sitzverlegung außerdem § 16 Abs. 1 Satz 2 bis 4."

36. In § 59m Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „der Landesjustizverwaltung und" gestrichen.

37. § 60 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Rechtsanwaltskammer ist für den Bezirk des Oberlandesgerichts gebildet. Mitglieder sind die Rechtsanwälte, die von ihr zugelassen oder aufgenommen worden sind, und Rechtsanwaltsgesellschaften, die im Bezirk des Oberlandesgerichts ihren Sitz haben. Mitglieder der Rechtsanwaltskammer sind außerdem, soweit sie nicht Rechtsanwälte oder Angehörige eines in den §§ 206, 209 Abs. 1 genannten Berufs sind, die Geschäftsführer der in Satz 2 genannten Rechtsanwaltsgesellschaften. Die Mitgliedschaft erlischt, außer in den Fällen des § 27 Abs. 3, durch Erlöschen der Zulassung zur Rechtsanwaltschaft (§§ 13, 59h)."

37a. § 65 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird das Komma durch das Wort „und" ersetzt.

b) Nummer 2 wird aufgehoben.

c) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2.

38. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Ihm obliegen auch die der Rechtsanwaltskammer in diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben und Befugnisse."

b) In Absatz 3 wird nach dem Wort „in" die Angabe „Absatz 1 Satz 2 und" eingefügt.

38a. § 94 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Mitglieder des Anwaltsgerichts dürfen nicht gleichzeitig dem Vorstand der Rechtsanwaltskammer, dem Vorstand der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung angehören oder bei der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung im Haupt- oder Nebenberuf tätig sein."

39. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Das Amt eines Mitglieds des Anwaltsgerichts endet,

1. wenn es zum ehrenamtlichen Richter bei einem Gericht des höheren Rechtszuges berufen wird, mit seiner Ernennung;
2. wenn es der Rechtsanwaltskammer, für deren Bezirk das Anwaltsgericht gebildet ist, nicht mehr angehört, mit der Beendigung seiner Mitgliedschaft;
3. wenn es zum Mitglied des Vorstandes der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung gewählt wird, mit der Annahme der Wahl;

4. wenn es eine Tätigkeit im Haupt- oder Nebenberuf bei der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung übernimmt, mit der Aufnahme der Tätigkeit.

Umstände, die nach Satz 1 zur Beendigung der Mitgliedschaft im Anwaltsgericht führen, haben das Mitglied und die Rechtsanwaltskammer der Landesjustizverwaltung und dem Anwaltsgericht unverzüglich anzuzeigen."

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „gehindert" die Wörter „oder es ihm aus gewichtigen persönlichen Gründen nicht zuzumuten" eingefügt und das Wort „ordnungsgemäß" durch das Wort „weiter" ersetzt.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

40. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch folgende Absätze 2 bis 4 ersetzt:

„(2) Für die Ernennung von Rechtsanwälten zu Mitgliedern des Anwaltsgerichtshofes und für die Stellung der anwaltlichen Mitglieder des Anwaltsgerichtshofes gelten die §§ 94 und 95 Abs. 1 entsprechend. Die anwaltlichen Mitglieder dürfen nicht gleichzeitig dem Anwaltsgericht angehören.

(3) Das Amt eines Mitglieds des Anwaltsgerichtshofes endet,

1. wenn es zum ehrenamtlichen Richter bei dem Gericht eines anderen Rechtszuges berufen wird, mit seiner Ernennung;
2. wenn es keiner der Rechtsanwaltskammern im Bezirk der Oberlandesgerichte, für deren Bezirke der Anwaltsgerichtshof errichtet ist, mehr angehört, mit der Beendigung seiner Mitgliedschaft;
3. wenn es zum Mitglied des Vorstandes der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung gewählt wird, mit der Annahme der Wahl;
4. wenn es eine Tätigkeit im Haupt- oder Nebenberuf bei der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung übernimmt, mit der Aufnahme der Tätigkeit.

§ 95 Abs. 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für die Amtsenthebung und die Entlassung aus dem Amt ist § 95 Abs. 2 und 3 mit der Maßgabe anzuwenden, dass über die Amtsenthebung ein Senat des Anwaltsgerichtshofes entscheidet, dem der ehrenamtliche Richter nicht angehört."

b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die neuen Absätze 5 und 6.

40a. § 108 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Beisitzer dürfen nicht gleichzeitig dem Vorstand der Rechtsanwaltskammer, dem Vorstand der Bundesrechtsanwaltskammer, dem Anwaltsgericht, dem Anwaltsgerichtshof oder der Satzungsversammlung angehören oder bei der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung im Haupt- oder Nebenberuf tätig sein."

41. § 109 wird wie folgt gefasst:

„§ 109

Beendigung des Amtes als Beisitzer

(1) Das Amt des anwaltlichen Beisitzers endet,

1. wenn er keiner Rechtsanwaltskammer mehr angehört, mit der Beendigung seiner Mitgliedschaft;
2. wenn er zum Mitglied des Vorstandes einer Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung gewählt wird, mit der Annahme der Wahl;
3. wenn er eine Tätigkeit im Haupt- oder Nebenberuf bei der Rechtsanwaltskammer, der Bundesrechtsanwaltskammer oder der Satzungsversammlung übernimmt, mit der Aufnahme der Tätigkeit.

§ 95 Abs. 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesministerium der Justiz kann einen Rechtsanwalt auf seinen Antrag aus dem Amt als Beisitzer entlassen, wenn er aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit gehindert oder es ihm aus gewichtigen persönlichen Gründen nicht zuzumuten ist, sein Amt weiter auszuüben.

(3) Ein Rechtsanwalt ist auf Antrag des Bundesministeriums der Justiz seines Amtes als Beisitzer zu entheben,

1. wenn nachträglich bekannt wird, dass er nicht hätte zum Beisitzer berufen werden dürfen;
2. wenn nachträglich ein Umstand eintritt, welcher der Berufung zum Beisitzer entgegensteht;
3. wenn der Rechtsanwalt seine Amtspflicht als Beisitzer grob verletzt.

Über den Antrag nach Satz 1 entscheidet ein Zivilsenat des Bundesgerichtshofes. Bei der Entscheidung dürfen die Mitglieder des Senats für Anwaltssachen nicht mitwirken. Vor der Entscheidung ist der Rechtsanwalt zu hören."

41a. In § 112 wird die Angabe „§ 103 Abs. 4" durch die Angabe „§ 103 Abs. 6" ersetzt.

42. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Ist vor Ablauf der Verjährungsfrist wegen desselben Sachverhalts ein Strafverfahren eingeleitet worden, ist der Ablauf der Verjährungsfrist für die Dauer des Strafverfahrens gehemmt."

43. § 160 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „der Landesjustizverwaltung und" gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

Die Wörter „sind die Absätze 1 und 2" werden durch die Wörter „ist Absatz 1" ersetzt.

44. § 161 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Vor der Bestellung ist der Rechtsanwalt zu hören."

45. In § 163 Satz 1 werden nach dem Wort „Landesjustizverwaltung" die Wörter „oder der Rechtsanwaltskammer" eingefügt.

45a. § 171 wird aufgehoben.

46. Nach § 172a wird folgender § 172b eingefügt:

„§ 172b

Kanzlei

Der beim Bundesgerichtshof zugelassene Rechtsanwalt hat seine Kanzlei am Sitz des Bundesgerichtshofes einzurichten und zu unterhalten."

46a. § 180 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„In das Präsidium kann wiedergewählt werden, wer Mitglied des Vorstandes einer Rechtsanwaltskammer ist."

46b. § 182 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. wenn er nicht mehr Mitglied des Vorstandes einer Rechtsanwaltskammer ist;".

46c. In § 191b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „1 000" durch die Angabe „2 000" ersetzt.

47. Die Zwischenüberschrift vor § 192 wird wie folgt gefasst:

„Erster Abschnitt

Verwaltungsgebühren".

48. § 192 wird wie folgt gefasst:

„§ 192

Erhebung von Verwaltungsgebühren

(1) Die Rechtsanwaltskammer kann für Amtshandlungen nach diesem Gesetz Verwaltungsgebühren erheben. Dies gilt auch, soweit ein Antrag auf Vornahme der Amtshandlung zurückgenommen wird.

(2) Aus Billigkeitsgründen kann von der Erhebung der Gebühren ganz oder teilweise abgesehen werden."

49. Die §§ 193 und 194 werden aufgehoben.

50. § 201 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Wird einem Antrag auf gerichtliche Entscheidung stattgegeben, werden Gebühren und Auslagen nicht erhoben."

51. § 207 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „in die Rechtsanwaltskammer entscheidet die Landesjustizverwaltung" durch die Wörter „entscheidet die Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „18 bis 27 und 29 bis 36" durch die Angabe „18, 27 und 29 bis 31" ersetzt.

52. § 209 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „18 bis 27 und 29 bis 36" durch die Angabe „27 und 29 bis 31" ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Halbsatz 1 werden die Wörter „Justizverwaltung des Landes verfügt, in dem" durch die Wörter „Rechtsanwaltskammer verfügt, in deren Bezirk" ersetzt und das Semikolon durch einen abschließenden Punkt ersetzt.

bb) Halbsatz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

das Wort „Landesjustizverwaltung" wird durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

53. § 213 wird aufgehoben.

54. § 224a wird aufgehoben.

Artikel 2

Änderung des Gesetzes über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland

Das Gesetz über die Tätigkeit europäischer Rechtsanwälte in Deutschland vom 9. März 2000 (BGBl. I S. 182, 1349), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2814, 2007 II S. 127), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 2 Satz 2, § 4 Abs. 3, § 6 Abs. 2, § 7 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und 2, § 8 Abs. 1 Satz 1 und 3, § 11 Abs. 2 Satz 3, § 12 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 Satz 2, § 13 Abs. 2 Satz 1, § 14 Satz 2, § 15 Satz 1, § 37 und § 38 Abs. 1 wird das Wort „Landesjustizverwaltung" jeweils durch das Wort „Rechtsanwaltskammer" und in § 34 Nr. 3 das Wort „Landesjustizverwaltungen" durch das Wort „Rechtsanwaltskammern" ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 3" durch die Angabe „§ 12 Abs. 4" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 14 Abs. 1 und 3, § 16 der Bundesrechtsanwaltsordnung" gestrichen.

2a. § 34 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. § 161 ist nicht anzuwenden."

3. § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39

Gebühren

Auf die Erhebung von Gebühren für die Aufnahme in die Rechtsanwaltskammer nach § 2 und

für die Eingliederung nach den §§ 11 und 13 sind § 89 Abs. 2 Nr. 2 und § 192 der Bundesrechtsanwaltsordnung entsprechend anzuwenden."

4. § 41 wird wie folgt geändert:
   a) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.
   b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

      Satz 3 wird wie folgt gefasst:

      „In diesem Fall gilt § 73 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 der Bundesrechtsanwaltsordnung entsprechend."

Artikel 3

Änderung der Bundesnotarordnung

Die Bundesnotarordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 303-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 2 werden die Wörter „Zulassung bei einem bestimmten Gericht" durch die Wörter „Mitgliedschaft bei der für den Gerichtsbezirk zuständigen Rechtsanwaltskammer" ersetzt.

1a. In § 10 Abs. 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Beim Anwaltsnotar müssen die Geschäftsstelle und die Kanzlei nach § 27 Abs. 1 der Bundesrechtsanwaltsordnung örtlich übereinstimmen."

2. § 47 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. bestandskräftigen Wegfall der Mitgliedschaft bei der für den Gerichtsbezirk zuständigen Rechtsanwaltskammer im Fall des § 3 Abs. 2,".

3. Dem § 64a Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Informationen über die Höhe rückständiger Steuerschulden können entgegen § 30 der Abgabenordnung zum Zweck der Vorbereitung der Amtsenthebung gemäß § 50 Abs. 1 Nr. 6 oder Nr. 8 übermittelt werden; die Notarkammer darf die ihr übermittelten Steuerdaten nur für den Zweck verwenden, für den sie ihr übermittelt worden sind."

4. § 111 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 2 wird die Angabe „§§ 37, 39 Abs. 1 und 2" durch die Angabe „§ 37 Abs. 1 und 3", der abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

      „an die Stelle der Rechtsanwaltskammer tritt die Landesjustizverwaltung."
   b) Folgende Sätze werden angefügt:

      „Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung gegen einen Bescheid oder eine Verfügung der Landesjustizverwaltung ist gegen die Landesjustizverwaltung zu richten; das Gleiche gilt für Anträge auf gerichtliche Entscheidung, die darauf gestützt werden, dass die Landesjustizverwaltung innerhalb von drei Monaten einen Bescheid nicht erteilt hat. Vertretern der Landesjustizverwaltung, dem Präsidenten des Oberlandesgerichts oder seinem Beauftragten, den Beamten der Staatsanwaltschaft bei dem Oberlandesgericht und Mitgliedern oder Vertretern des Vorstandes der Notarkammer ist der Zutritt zu der Verhandlung gestattet; Gleiches gilt im Tätigkeitsbereich der Notarkasse für ihren Präsidenten und seine Stellvertreter und im Tätigkeitsbereich der Ländernotarkasse für ihren Präsidenten und seinen Stellvertreter."

Artikel 4

Änderung der Zivilprozessordnung

Die Zivilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3202, 2006 I S. 431), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

0. § 78 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Vor den Landgerichten und Oberlandesgerichten müssen sich die Parteien durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Ist in einem Land auf Grund des § 8 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz ein oberstes Landesgericht errichtet, so müssen sich die Parteien vor diesem ebenfalls durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Vor dem Bundesgerichtshof müssen sich die Parteien durch einen bei dem Bundesgerichtshof zugelassenen Rechtsanwalt vertreten lassen. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Beteiligten und beteiligte Dritte in Familiensachen."
   b) In Absatz 2 werden die Wörter „bei einem Amts- oder Landgericht" gestrichen.

1. In § 78c Abs. 1 werden die Wörter „bei dem Prozessgericht zugelassenen" durch die Wörter „in dem Bezirk des Prozessgerichts niedergelassenen" ersetzt.

1a. In § 91 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „bei dem Prozessgericht zugelassen" durch die Wörter „in dem Bezirk des Prozessgerichts niedergelassen" ersetzt.

2. In § 121 Abs. 3 werden die Wörter „bei dem Prozessgericht zugelassener" durch die Wörter „in dem Bezirk des Prozessgerichts niedergelassener" ersetzt.

3. In § 157 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „bei dem Gericht zugelassenen" durch die Wörter „in dem Gerichtsbezirk niedergelassenen" ersetzt.

4. § 571 Abs. 4 Satz 1 wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Strafprozessordnung

Die Strafprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2007 (BGBl. I S. 354), wird wie folgt geändert:

1. In § 138 Abs. 1 werden die Wörter „die bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

2. In § 142 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „bei einem Gericht des Gerichtsbezirks zugelassenen" durch die Wörter „in dem Gerichtsbezirk niedergelassenen" ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Patentanwaltsordnung

Die Patentanwaltsordnung vom 7. September 1966 (BGBl. I S. 557), zuletzt geändert durch Artikel 21 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. § 28 wird aufgehoben.
2. Dem § 32a Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

   „Informationen über die Höhe rückständiger Steuerschulden können entgegen § 30 der Abgabenordnung zum Zweck der Vorbereitung des Widerrufs der Zulassung wegen Vermögensverfalls übermittelt werden; der Präsident des Patentamts darf die Steuerdaten nur für den Zweck verwenden, für den sie ihm übermittelt worden sind."
3. Dem § 45 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

   „Die Patentanwaltskammer erteilt Dritten zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen auf Antrag Auskunft über den Namen und die Adresse der Berufshaftpflichtversicherung des Patentanwalts sowie die Versicherungsnummer, soweit der Patentanwalt kein überwiegendes schutzwürdiges Interesse an der Nichterteilung der Auskunft hat."

Artikel 7

Änderung anderer Gesetze

(1) In § 90 Abs. 2 Satz 1 der Wehrdisziplinarordnung vom 16. August 2001 (BGBl. I S. 2093), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) geändert worden ist, werden die Wörter „die bei einem Gericht im Geltungsbereich des Grundgesetzes zugelassenen" gestrichen.

(2) In § 6 Abs. 1 Satz 1 des Auslands-Rechtsauskunftgesetzes vom 5. Juli 1974 (BGBl. I S. 1433, 1975 I S. 698), das zuletzt durch Artikel 4 Abs. 3 des Gesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718) geändert worden ist, werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

(3) In § 40 Abs. 6 des Bundesrückerstattungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 250-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 Abs. 10 des Gesetzes vom 22. September 2005 (BGBl. I S. 2809) geändert worden ist, werden das Komma und die Wörter „die bei einem Gericht im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassen sind" gestrichen.

(4) Das Bundesentschädigungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 251-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 89 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407), wird wie folgt geändert:

1. In § 193 Abs. 3 Satz 1 werden das Komma und die Wörter „die bei einem Gericht im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassen sind" gestrichen.
2. § 224 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.
   b) In Absatz 3 werden die Wörter „bei dem Prozessgericht zugelassen" durch die Wörter „in dem Bezirk des Prozessgerichts niedergelassen" ersetzt.
   c) In Absatz 4 werden die Wörter „bei einem Oberlandesgericht" durch die Wörter „nicht bei dem Bundesgerichtshof" ersetzt.

(5) § 26 Nr. 1 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozessordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 310-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416) geändert worden ist, wird aufgehoben.

(6) § 12 des Gesetzes über das gerichtliche Verfahren in Binnenschifffahrtssachen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 310-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1887) geändert worden ist, wird aufgehoben.

(7) § 5 Abs. 3 des Anerkennungs- und Vollstreckungsausführungsgesetzes vom 19. Februar 2001 (BGBl. I S. 288, 436), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 7 des Gesetzes vom 26. Januar 2005 (BGBl. I S. 162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.
2. In Satz 2 Halbsatz 1werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassener" gestrichen.

(8) In § 17 Abs. 2 des Internationalen Familienrechtsverfahrensgesetzes vom 26. Januar 2005 (BGBl. I S. 162), das durch Artikel 4 Abs. 11 des Gesetzes vom 17. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3171) geändert worden ist, werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

(9) § 11 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 des Arbeitsgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juli 1979 (BGBl. I S. 853, 1036), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416) geändert worden ist, wird aufgehoben.

(10) In § 166 Abs. 2 Satz 3 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439) geändert worden ist, werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassene" gestrichen.

(11) In § 66 Abs. 5, § 68 Satz 1, § 117 Abs. 3 Satz 1 und § 120 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juli 2005 (BGBl. I S. 2114), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3367) geändert worden ist, werden jeweils die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

(12) In § 22 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. August 1993 (BGBl. I S. 1473), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. September 2006 (BGBl. I S. 2098) geändert worden ist, werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

(13) In § 53 Satz 1 des Wertpapiererwerbs- und Übernahmegesetzes vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3822), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 5. Januar 2007 (BGBl. I S. 10) geändert worden ist, werden die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

(14) In § 78 Abs. 5 und in § 80 Satz 1 des Energiewirtschaftsgesetzes vom 7. Juli 2005 (BGBl. I S. 1970, 3621), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2833) geändert worden ist, werden jeweils die Wörter „bei einem deutschen Gericht zugelassenen" gestrichen.

Artikel 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 26. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Gesetz zum Pfändungsschutz der Altersvorsorge

Vom 26. März 2007

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Zivilprozessordnung

Die Zivilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3202, 2006 I S. 431), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 358), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden nach der Angabe zu § 851b folgende Angaben eingefügt:

   „§ 851c Pfändungsschutz bei Altersrenten

   § 851d Pfändungsschutz bei steuerlich gefördertem Altersvorsorgevermögen".

1a. In § 850k Abs. 1 und 2 Satz 3 werden jeweils nach den Wörtern „bis 850b" die Wörter „oder § 851c" eingefügt.

2. Nach § 851b werden folgende §§ 851c und 851d eingefügt:

„§ 851c

Pfändungsschutz bei Altersrenten

(1) Ansprüche auf Leistungen, die auf Grund von Verträgen gewährt werden, dürfen nur wie Arbeitseinkommen gepfändet werden, wenn

1. die Leistung in regelmäßigen Zeitabständen lebenslang und nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres oder nur bei Eintritt der Berufsunfähigkeit gewährt wird,
2. über die Ansprüche aus dem Vertrag nicht verfügt werden darf,
3. die Bestimmung von Dritten mit Ausnahme von Hinterbliebenen als Berechtigte ausgeschlossen ist und
4. die Zahlung einer Kapitalleistung, ausgenommen eine Zahlung für den Todesfall, nicht vereinbart wurde.

(2) Um dem Schuldner den Aufbau einer angemessenen Alterssicherung zu ermöglichen, kann er unter Berücksichtigung der Entwicklung auf dem Kapitalmarkt, des Sterblichkeitsrisikos und der Höhe der Pfändungsfreigrenze, nach seinem Lebensalter gestaffelt, jährlich einen bestimmten Betrag unpfändbar auf der Grundlage eines in Absatz 1 bezeichneten Vertrags bis zu einer Gesamtsumme von 238 000 Euro ansammeln. Der Schuldner darf vom 18. bis zum vollendeten 29. Lebensjahr 2 000 Euro, vom 30. bis zum vollendeten 39. Lebensjahr 4 000 Euro, vom 40. bis zum vollendeten 47. Lebensjahr 4 500 Euro, vom 48. bis zum vollendeten 53. Lebensjahr 6 000 Euro, vom 54. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 8 000 Euro und vom 60. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr 9 000 Euro jährlich ansammeln. Übersteigt der Rückkaufwert der Alterssicherung den unpfändbaren Betrag, sind drei Zehntel des überschießenden Betrags unpfändbar. Satz 3 gilt nicht für den Teil des Rückkaufwerts, der den dreifachen Wert des in Satz 1 genannten Betrags übersteigt.

(3) § 850e Nr. 2 und 2a gilt entsprechend.

§ 851d

Pfändungsschutz bei steuerlich gefördertem Altersvorsorgevermögen

Monatliche Leistungen in Form einer lebenslangen Rente oder monatlicher Ratenzahlungen im Rahmen eines Auszahlungsplans nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes aus steuerlich gefördertem Altersvorsorgevermögen sind wie Arbeitseinkommen pfändbar."

Artikel 2

Änderung der Insolvenzordnung

In § 36 Abs. 1 Satz 2 der Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2866), die zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416) geändert worden ist, wird nach der Angabe „850i" die Angabe „851c und 851d" eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3232), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 165 Abs. 3 wird folgender Satz 2 angefügt:

   „Entsprechendes gilt, soweit die Ansprüche nach § 851c der Zivilprozessordnung nicht gepfändet werden dürfen."

2. Nach § 172 wird folgender § 173 eingefügt:

„§ 173

Der Versicherungsnehmer einer Lebensversicherung kann jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Umwandlung der Versi-

cherung in eine Versicherung verlangen, die den Anforderungen des § 851c Abs. 1 der Zivilprozessordnung entspricht. Die Kosten der Umwandlung hat der Versicherungsnehmer zu tragen."

Artikel 4

Inkrafttreten

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 26. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Der Bundesminister der Finanzen
Peer Steinbrück

Gesetz zur Änderung des Wohnungseigentumsgesetzes und anderer Gesetze

Vom 26. März 2007

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1
Änderung des Wohnungseigentumsgesetzes

Das Wohnungseigentumsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 403-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 36 des Gesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 wird aufgehoben.
2. Dem § 5 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

   „Ist das Wohnungseigentum mit der Hypothek, Grund- oder Rentenschuld oder der Reallast eines Dritten belastet, so ist dessen nach anderen Rechtsvorschriften notwendige Zustimmung zu der Vereinbarung nur erforderlich, wenn ein Sondernutzungsrecht begründet oder ein mit dem Wohnungseigentum verbundenes Sondernutzungsrecht aufgehoben, geändert oder übertragen wird. Bei der Begründung eines Sondernutzungsrechts ist die Zustimmung des Dritten nicht erforderlich, wenn durch die Vereinbarung gleichzeitig das zu seinen Gunsten belastete Wohnungseigentum mit einem Sondernutzungsrecht verbunden wird."
3. Dem § 7 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

   „Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung bestimmen, dass und in welchen Fällen der Aufteilungsplan (Satz 1 Nr. 1) und die Abgeschlossenheit (Satz 1 Nr. 2) von einem öffentlich bestellten oder anerkannten Sachverständigen für das Bauwesen statt von der Baubehörde ausgefertigt und bescheinigt werden. Werden diese Aufgaben von dem Sachverständigen wahrgenommen, so gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für die Ausstellung von Bescheinigungen gemäß § 7 Abs. 4 Nr. 2 und § 32 Abs. 2 Nr. 2 des Wohnungseigentumsgesetzes vom 19. März 1974 (BAnz. Nr. 58 vom 23. März 1974) entsprechend. In diesem Fall bedürfen die Anlagen nicht der Form des § 29 der Grundbuchordnung. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf die Landesbauverwaltungen übertragen."
4. § 10 wird wie folgt geändert:
   a) Vor Absatz 1 wird folgender Absatz 1 eingefügt:

      „(1) Inhaber der Rechte und Pflichten nach den Vorschriften dieses Gesetzes, insbesondere des Sondereigentums und des gemeinschaftlichen Eigentums, sind die Wohnungseigentümer, soweit nicht etwas anderes ausdrücklich bestimmt ist."
   b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 2, und es wird folgender Satz angefügt:

      „Jeder Wohnungseigentümer kann eine vom Gesetz abweichende Vereinbarung oder die Anpassung einer Vereinbarung verlangen, soweit ein Festhalten an der geltenden Regelung aus schwerwiegenden Gründen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles, insbesondere der Rechte und Interessen der anderen Wohnungseigentümer, unbillig erscheint."
   c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
   d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:
      aa) Die Wörter „Entscheidungen des Richters gemäß § 43" werden durch die Wörter „gerichtliche Entscheidungen in einem Rechtsstreit gemäß § 43" ersetzt.
      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Dies gilt auch für die gemäß § 23 Abs. 1 aufgrund einer Vereinbarung gefassten Beschlüsse, die vom Gesetz abweichen oder eine Vereinbarung ändern."
   e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.
   f) Folgende Absätze 6 bis 8 werden angefügt:

      „(6) Die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer kann im Rahmen der gesamten Verwaltung des gemeinschaftlichen Eigentums gegenüber Dritten und Wohnungseigentümern selbst Rechte erwerben und Pflichten eingehen. Sie ist Inhaberin der als Gemeinschaft gesetzlich begründeten und rechtsgeschäftlich erworbenen

Rechte und Pflichten. Sie übt die gemeinschaftsbezogenen Rechte der Wohnungseigentümer aus und nimmt die gemeinschaftsbezogenen Pflichten der Wohnungseigentümer wahr, ebenso sonstige Rechte und Pflichten der Wohnungseigentümer, soweit diese gemeinschaftlich geltend gemacht werden können oder zu erfüllen sind. Die Gemeinschaft muss die Bezeichnung „Wohnungseigentümergemeinschaft" gefolgt von der bestimmten Angabe des gemeinschaftlichen Grundstücks führen. Sie kann vor Gericht klagen und verklagt werden.

(7) Das Verwaltungsvermögen gehört der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer. Es besteht aus den im Rahmen der gesamten Verwaltung des gemeinschaftlichen Eigentums gesetzlich begründeten und rechtsgeschäftlich erworbenen Sachen und Rechten sowie den entstandenen Verbindlichkeiten. Zu dem Verwaltungsvermögen gehören insbesondere die Ansprüche und Befugnisse aus Rechtsverhältnissen mit Dritten und mit Wohnungseigentümern sowie die eingenommenen Gelder. Vereinigen sich sämtliche Wohnungseigentumsrechte in einer Person, geht das Verwaltungsvermögen auf den Eigentümer des Grundstücks über.

(8) Jeder Wohnungseigentümer haftet einem Gläubiger nach dem Verhältnis seines Miteigentumsanteils (§ 16 Abs. 1 Satz 2) für Verbindlichkeiten der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer, die während seiner Zugehörigkeit zur Gemeinschaft entstanden oder während dieses Zeitraums fällig geworden sind; für die Haftung nach Veräußerung des Wohnungseigentums ist § 160 des Handelsgesetzbuches entsprechend anzuwenden. Er kann gegenüber einem Gläubiger neben den in seiner Person begründeten auch die der Gemeinschaft zustehenden Einwendungen und Einreden geltend machen, nicht aber seine Einwendungen und Einreden gegenüber der Gemeinschaft. Für die Einrede der Anfechtbarkeit und Aufrechenbarkeit ist § 770 des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend anzuwenden. Die Haftung eines Wohnungseigentümers gegenüber der Gemeinschaft wegen nicht ordnungsmäßiger Verwaltung bestimmt sich nach Satz 1."

5. Dem § 11 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ein Insolvenzverfahren über das Verwaltungsvermögen der Gemeinschaft findet nicht statt."

6. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Wohnungseigentümer können durch Stimmenmehrheit beschließen, dass eine Veräußerungsbeschränkung gemäß Absatz 1 aufgehoben wird. Diese Befugnis kann durch Vereinbarung der Wohnungseigentümer nicht eingeschränkt oder ausgeschlossen werden. Ist ein Beschluss gemäß Satz 1 gefasst, kann die Veräußerungsbeschränkung im Grundbuch gelöscht werden. Der Bewilligung gemäß § 19 der Grundbuchordnung bedarf es nicht, wenn der Beschluss gemäß Satz 1 nachgewiesen wird. Für diesen Nachweis ist § 26 Abs. 3 entsprechend anzuwenden."

7. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 bis 5 eingefügt:

„(3) Die Wohnungseigentümer können abweichend von Absatz 2 durch Stimmenmehrheit beschließen, dass die Betriebskosten des gemeinschaftlichen Eigentums oder des Sondereigentums im Sinne des § 556 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches, die nicht unmittelbar gegenüber Dritten abgerechnet werden, und die Kosten der Verwaltung nach Verbrauch oder Verursachung erfasst und nach diesem oder nach einem anderen Maßstab verteilt werden, soweit dies ordnungsmäßiger Verwaltung entspricht.

(4) Die Wohnungseigentümer können im Einzelfall zur Instandhaltung oder Instandsetzung im Sinne des § 21 Abs. 5 Nr. 2 oder zu baulichen Veränderungen oder Aufwendungen im Sinne des § 22 Abs. 1 und 2 durch Beschluss die Kostenverteilung abweichend von Absatz 2 regeln, wenn der abweichende Maßstab dem Gebrauch oder der Möglichkeit des Gebrauchs durch die Wohnungseigentümer Rechnung trägt. Der Beschluss zur Regelung der Kostenverteilung nach Satz 1 bedarf einer Mehrheit von drei Viertel aller stimmberechtigten Wohnungseigentümer im Sinne des § 25 Abs. 2 und mehr als der Hälfte aller Miteigentumsanteile.

(5) Die Befugnisse im Sinne der Absätze 3 und 4 können durch Vereinbarung der Wohnungseigentümer nicht eingeschränkt oder ausgeschlossen werden."

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 6, und es wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 ist bei einer Kostenverteilung gemäß Absatz 4 nicht anzuwenden."

c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 7.

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 8 und wie folgt gefasst:

„(8) Kosten eines Rechtsstreits gemäß § 43 gehören nur dann zu den Kosten der Verwaltung im Sinne des Absatzes 2, wenn es sich um Mehrkosten gegenüber der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwalts aufgrund einer Vereinbarung über die Vergütung (§ 27 Abs. 2 Nr. 4, Abs. 3 Nr. 6) handelt."

8. In § 17 Satz 2 werden die Wörter „denen der Wohnungseigentümer gemäß § 22 Abs. 1 nicht zugestimmt hat" durch die Wörter „deren Kosten der Wohnungseigentümer nicht getragen hat" ersetzt.

9. Dem § 18 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ausübung des Entziehungsrechts steht der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer zu, soweit es sich nicht um eine Gemeinschaft handelt, die nur aus zwei Wohnungseigentümern besteht."

10. § 19 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „ersetzt die für die freiwillige Versteigerung des Wohnungseigentums und für die Übertragung des Wohnungseigentums auf den Ersteher erforderlichen Erklärungen" durch die Wörter „berechtigt jeden Miteigentümer zur Zwangsvollstreckung entspre-

chend den Vorschriften des Ersten Abschnitts des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung" ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausübung dieses Rechts steht der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer zu, soweit es sich nicht um eine Gemeinschaft handelt, die nur aus zwei Wohnungseigentümern besteht."

c) Satz 3 wird aufgehoben.

11. Dem § 21 werden folgende Absätze 7 und 8 angefügt:

„(7) Die Wohnungseigentümer können die Regelung der Art und Weise von Zahlungen, der Fälligkeit und der Folgen des Verzugs sowie der Kosten für eine besondere Nutzung des gemeinschaftlichen Eigentums oder für einen besonderen Verwaltungsaufwand mit Stimmenmehrheit beschließen.

(8) Treffen die Wohnungseigentümer eine nach dem Gesetz erforderliche Maßnahme nicht, so kann an ihrer Stelle das Gericht in einem Rechtsstreit gemäß § 43 nach billigem Ermessen entscheiden, soweit sich die Maßnahme nicht aus dem Gesetz, einer Vereinbarung oder einem Beschluss der Wohnungseigentümer ergibt."

12. § 22 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bauliche Veränderungen und Aufwendungen, die über die ordnungsmäßige Instandhaltung oder Instandsetzung des gemeinschaftlichen Eigentums hinausgehen, können beschlossen oder verlangt werden, wenn jeder Wohnungseigentümer zustimmt, dessen Rechte durch die Maßnahmen über das in § 14 Nr. 1 bestimmte Maß hinaus beeinträchtigt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, soweit die Rechte eines Wohnungseigentümers nicht in der in Satz 1 bezeichneten Weise beeinträchtigt werden."

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Maßnahmen gemäß Absatz 1 Satz 1, die der Modernisierung entsprechend § 559 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches oder der Anpassung des gemeinschaftlichen Eigentums an den Stand der Technik dienen, die Eigenart der Wohnanlage nicht ändern und keinen Wohnungseigentümer gegenüber anderen unbillig beeinträchtigen, können abweichend von Absatz 1 durch eine Mehrheit von drei Viertel aller stimmberechtigten Wohnungseigentümer im Sinne des § 25 Abs. 2 und mehr als der Hälfte aller Miteigentumsanteile beschlossen werden. Die Befugnis im Sinne des Satzes 1 kann durch Vereinbarung der Wohnungseigentümer nicht eingeschränkt oder ausgeschlossen werden.

(3) Für Maßnahmen der modernisierenden Instandsetzung im Sinne des § 21 Abs. 5 Nr. 2 verbleibt es bei den Vorschriften des § 21 Abs. 3 und 4."

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4.

13. § 23 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Ein Beschluss, der gegen eine Rechtsvorschrift verstößt, auf deren Einhaltung rechtswirksam nicht verzichtet werden kann, ist nichtig. Im Übrigen ist ein Beschluss gültig, solange er nicht durch rechtskräftiges Urteil für ungültig erklärt ist."

14. § 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „eine Woche" durch die Wörter „zwei Wochen" ersetzt.

b) Nach Absatz 6 werden folgende Absätze 7 und 8 angefügt:

„(7) Es ist eine Beschluss-Sammlung zu führen. Die Beschluss-Sammlung enthält nur den Wortlaut

1. der in der Versammlung der Wohnungseigentümer verkündeten Beschlüsse mit Angabe von Ort und Datum der Versammlung,
2. der schriftlichen Beschlüsse mit Angabe von Ort und Datum der Verkündung und
3. der Urteilsformeln der gerichtlichen Entscheidungen in einem Rechtsstreit gemäß § 43 mit Angabe ihres Datums, des Gerichts und der Parteien,

soweit diese Beschlüsse und gerichtlichen Entscheidungen nach dem 1. Juli 2007 ergangen sind. Die Beschlüsse und gerichtlichen Entscheidungen sind fortlaufend einzutragen und zu nummerieren. Sind sie angefochten oder aufgehoben worden, so ist dies anzumerken. Im Falle einer Aufhebung kann von einer Anmerkung abgesehen und die Eintragung gelöscht werden. Eine Eintragung kann auch gelöscht werden, wenn sie aus einem anderen Grund für die Wohnungseigentümer keine Bedeutung mehr hat. Die Eintragungen, Vermerke und Löschungen gemäß den Sätzen 3 bis 6 sind unverzüglich zu erledigen und mit Datum zu versehen. Einem Wohnungseigentümer oder einem Dritten, den ein Wohnungseigentümer ermächtigt hat, ist auf sein Verlangen Einsicht in die Beschluss-Sammlung zu geben.

(8) Die Beschluss-Sammlung ist von dem Verwalter zu führen. Fehlt ein Verwalter, so ist der Vorsitzende der Wohnungseigentümerversammlung verpflichtet, die Beschluss-Sammlung zu führen, sofern die Wohnungseigentümer durch Stimmenmehrheit keinen anderen für diese Aufgabe bestellt haben."

15. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„im Falle der ersten Bestellung nach der Begründung von Wohnungseigentum aber auf höchstens drei Jahre."

b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Ein wichtiger Grund liegt regelmäßig vor, wenn der Verwalter die Beschluss-Sammlung nicht ordnungsmäßig führt."

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

16. § 27 wird wie folgt gefasst:

„§ 27

Aufgaben
und Befugnisse des Verwalters

(1) Der Verwalter ist gegenüber den Wohnungseigentümern und gegenüber der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer berechtigt und verpflichtet,

1. Beschlüsse der Wohnungseigentümer durchzuführen und für die Durchführung der Hausordnung zu sorgen;
2. die für die ordnungsmäßige Instandhaltung und Instandsetzung des gemeinschaftlichen Eigentums erforderlichen Maßnahmen zu treffen;
3. in dringenden Fällen sonstige zur Erhaltung des gemeinschaftlichen Eigentums erforderliche Maßnahmen zu treffen;
4. Lasten- und Kostenbeiträge, Tilgungsbeträge und Hypothekenzinsen anzufordern, in Empfang zu nehmen und abzuführen, soweit es sich um gemeinschaftliche Angelegenheiten der Wohnungseigentümer handelt;
5. alle Zahlungen und Leistungen zu bewirken und entgegenzunehmen, die mit der laufenden Verwaltung des gemeinschaftlichen Eigentums zusammenhängen;
6. eingenommene Gelder zu verwalten;
7. die Wohnungseigentümer unverzüglich darüber zu unterrichten, dass ein Rechtsstreit gemäß § 43 anhängig ist;
8. die Erklärungen abzugeben, die zur Vornahme der in § 21 Abs. 5 Nr. 6 bezeichneten Maßnahmen erforderlich sind.

(2) Der Verwalter ist berechtigt, im Namen aller Wohnungseigentümer und mit Wirkung für und gegen sie

1. Willenserklärungen und Zustellungen entgegenzunehmen, soweit sie an alle Wohnungseigentümer in dieser Eigenschaft gerichtet sind;
2. Maßnahmen zu treffen, die zur Wahrung einer Frist oder zur Abwendung eines sonstigen Rechtsnachteils erforderlich sind, insbesondere einen gegen die Wohnungseigentümer gerichteten Rechtsstreit gemäß § 43 Nr. 1, Nr. 4 oder Nr. 5 im Erkenntnis- und Vollstreckungsverfahren zu führen;
3. Ansprüche gerichtlich und außergerichtlich geltend zu machen, sofern er hierzu durch Vereinbarung oder Beschluss mit Stimmenmehrheit der Wohnungseigentümer ermächtigt ist;
4. mit einem Rechtsanwalt wegen eines Rechtsstreits gemäß § 43 Nr. 1, Nr. 4 oder Nr. 5 zu vereinbaren, dass sich die Gebühren nach einem höheren als dem gesetzlichen Streitwert, höchstens nach einem gemäß § 49a Abs. 1 Satz 1 des Gerichtskostengesetzes bestimmten Streitwert bemessen.

(3) Der Verwalter ist berechtigt, im Namen der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer und mit Wirkung für und gegen sie

1. Willenserklärungen und Zustellungen entgegenzunehmen;
2. Maßnahmen zu treffen, die zur Wahrung einer Frist oder zur Abwendung eines sonstigen Rechtsnachteils erforderlich sind, insbesondere einen gegen die Gemeinschaft gerichteten Rechtsstreit gemäß § 43 Nr. 2 oder Nr. 5 im Erkenntnis- und Vollstreckungsverfahren zu führen;
3. die laufenden Maßnahmen der erforderlichen ordnungsmäßigen Instandhaltung und Instandsetzung gemäß Absatz 1 Nr. 2 zu treffen;
4. die Maßnahmen gemäß Absatz 1 Nr. 3 bis 5 und 8 zu treffen;
5. im Rahmen der Verwaltung der eingenommenen Gelder gemäß Absatz 1 Nr. 6 Konten zu führen;
6. mit einem Rechtsanwalt wegen eines Rechtsstreits gemäß § 43 Nr. 2 oder Nr. 5 eine Vergütung gemäß Absatz 2 Nr. 4 zu vereinbaren;
7. sonstige Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen vorzunehmen, soweit er hierzu durch Vereinbarung oder Beschluss der Wohnungseigentümer mit Stimmenmehrheit ermächtigt ist.

Fehlt ein Verwalter oder ist er zur Vertretung nicht berechtigt, so vertreten alle Wohnungseigentümer die Gemeinschaft. Die Wohnungseigentümer können durch Beschluss mit Stimmenmehrheit einen oder mehrere Wohnungseigentümer zur Vertretung ermächtigen.

(4) Die dem Verwalter nach den Absätzen 1 bis 3 zustehenden Aufgaben und Befugnisse können durch Vereinbarung der Wohnungseigentümer nicht eingeschränkt oder ausgeschlossen werden.

(5) Der Verwalter ist verpflichtet, eingenommene Gelder von seinem Vermögen gesondert zu halten. Die Verfügung über solche Gelder kann durch Vereinbarung oder Beschluss der Wohnungseigentümer mit Stimmenmehrheit von der Zustimmung eines Wohnungseigentümers oder eines Dritten abhängig gemacht werden.

(6) Der Verwalter kann von den Wohnungseigentümern die Ausstellung einer Vollmachts- und Ermächtigungsurkunde verlangen, aus der der Umfang seiner Vertretungsmacht ersichtlich ist."

17. § 32 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung bestimmen, dass und in welchen Fällen der Aufteilungsplan (Satz 2 Nr. 1) und die Abgeschlossenheit (Satz 2 Nr. 2) von einem öffentlich bestellten oder anerkannten Sachverständigen für das Bauwesen statt von der Baubehörde ausgefertigt und bescheinigt werden. Werden diese Aufgaben von dem Sachverständigen wahrgenommen, so gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für die Ausstellung von Bescheinigungen gemäß

§ 7 Abs. 4 Nr. 2 und § 32 Abs. 2 Nr. 2 des Wohnungseigentumsgesetzes vom 19. März 1974 (BAnz. Nr. 58 vom 23. März 1974) entsprechend. In diesem Fall bedürfen die Anlagen nicht der Form des § 29 der Grundbuchordnung. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf die Landesbauverwaltungen übertragen."

18. Im III. Teil wird der 1. Abschnitt mit der Überschrift gestrichen.

19. Die bisherigen §§ 43 bis 50 werden durch die folgenden §§ 43 bis 50 ersetzt:

„§ 43

Zuständigkeit

Das Gericht, in dessen Bezirk das Grundstück liegt, ist ausschließlich zuständig für

1. Streitigkeiten über die sich aus der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer und aus der Verwaltung des gemeinschaftlichen Eigentums ergebenden Rechte und Pflichten der Wohnungseigentümer untereinander;
2. Streitigkeiten über die Rechte und Pflichten zwischen der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer und Wohnungseigentümern;
3. Streitigkeiten über die Rechte und Pflichten des Verwalters bei der Verwaltung des gemeinschaftlichen Eigentums;
4. Streitigkeiten über die Gültigkeit von Beschlüssen der Wohnungseigentümer;
5. Klagen Dritter, die sich gegen die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer oder gegen Wohnungseigentümer richten und sich auf das gemeinschaftliche Eigentum, seine Verwaltung oder das Sondereigentum beziehen;
6. Mahnverfahren, wenn die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer Antragstellerin ist. Insoweit ist § 689 Abs. 2 der Zivilprozessordnung nicht anzuwenden.

§ 44

Bezeichnung der Wohnungseigentümer in der Klageschrift

(1) Wird die Klage durch oder gegen alle Wohnungseigentümer mit Ausnahme des Gegners erhoben, so genügt für ihre nähere Bezeichnung in der Klageschrift die bestimmte Angabe des gemeinschaftlichen Grundstücks; wenn die Wohnungseigentümer Beklagte sind, sind in der Klageschrift außerdem der Verwalter und der gemäß § 45 Abs. 2 Satz 1 bestellte Ersatzzustellungsvertreter zu bezeichnen. Die namentliche Bezeichnung der Wohnungseigentümer hat spätestens bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung zu erfolgen.

(2) Sind an dem Rechtsstreit nicht alle Wohnungseigentümer als Partei beteiligt, so sind die übrigen Wohnungseigentümer entsprechend Absatz 1 von dem Kläger zu bezeichnen. Der namentlichen Bezeichnung der übrigen Wohnungseigentümer bedarf es nicht, wenn das Gericht von ihrer Beiladung gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 absieht.

§ 45

Zustellung

(1) Der Verwalter ist Zustellungsvertreter der Wohnungseigentümer, wenn diese Beklagte oder gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 beizuladen sind, es sei denn, dass er als Gegner der Wohnungseigentümer an dem Verfahren beteiligt ist oder aufgrund des Streitgegenstandes die Gefahr besteht, der Verwalter werde die Wohnungseigentümer nicht sachgerecht unterrichten.

(2) Die Wohnungseigentümer haben für den Fall, dass der Verwalter als Zustellungsvertreter ausgeschlossen ist, durch Beschluss mit Stimmenmehrheit einen Ersatzzustellungsvertreter sowie dessen Vertreter zu bestellen, auch wenn ein Rechtsstreit noch nicht anhängig ist. Der Ersatzzustellungsvertreter tritt in die dem Verwalter als Zustellungsvertreter der Wohnungseigentümer zustehenden Aufgaben und Befugnisse ein, sofern das Gericht die Zustellung an ihn anordnet; Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Haben die Wohnungseigentümer entgegen Absatz 2 Satz 1 keinen Ersatzzustellungsvertreter bestellt oder ist die Zustellung nach den Absätzen 1 und 2 aus sonstigen Gründen nicht ausführbar, kann das Gericht einen Ersatzzustellungsvertreter bestellen.

§ 46

Anfechtungsklage

(1) Die Klage eines oder mehrerer Wohnungseigentümer auf Erklärung der Ungültigkeit eines Beschlusses der Wohnungseigentümer ist gegen die übrigen Wohnungseigentümer und die Klage des Verwalters ist gegen die Wohnungseigentümer zu richten. Sie muss innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung erhoben und innerhalb zweier Monate nach der Beschlussfassung begründet werden. Die §§ 233 bis 238 der Zivilprozessordnung gelten entsprechend.

(2) Hat der Kläger erkennbar eine Tatsache übersehen, aus der sich ergibt, dass der Beschluss nichtig ist, so hat das Gericht darauf hinzuweisen.

§ 47

Prozessverbindung

Mehrere Prozesse, in denen Klagen auf Erklärung oder Feststellung der Ungültigkeit desselben Beschlusses der Wohnungseigentümer erhoben werden, sind zur gleichzeitigen Verhandlung und Entscheidung zu verbinden. Die Verbindung bewirkt, dass die Kläger der vorher selbständigen Prozesse als Streitgenossen anzusehen sind.

§ 48

Beiladung, Wirkung des Urteils

(1) Richtet sich die Klage eines Wohnungseigentümers, der in einem Rechtsstreit gemäß § 43 Nr. 1 oder Nr. 3 einen ihm allein zustehenden Anspruch geltend macht, nur gegen einen oder einzelne Woh-

nungseigentümer oder nur gegen den Verwalter, so sind die übrigen Wohnungseigentümer beizuladen, es sei denn, dass ihre rechtlichen Interessen erkennbar nicht betroffen sind. Soweit in einem Rechtsstreit gemäß § 43 Nr. 3 oder Nr. 4 der Verwalter nicht Partei ist, ist er ebenfalls beizuladen.

(2) Die Beiladung erfolgt durch Zustellung der Klageschrift, der die Verfügungen des Vorsitzenden beizufügen sind. Die Beigeladenen können der einen oder anderen Partei zu deren Unterstützung beitreten. Veräußert ein beigeladener Wohnungseigentümer während des Prozesses sein Wohnungseigentum, ist § 265 Abs. 2 der Zivilprozessordnung entsprechend anzuwenden.

(3) Über die in § 325 der Zivilprozessordnung angeordneten Wirkungen hinaus wirkt das rechtskräftige Urteil auch für und gegen alle beigeladenen Wohnungseigentümer und ihre Rechtsnachfolger sowie den beigeladenen Verwalter.

(4) Wird durch das Urteil eine Anfechtungsklage als unbegründet abgewiesen, so kann auch nicht mehr geltend gemacht werden, der Beschluss sei nichtig.

§ 49

Kostenentscheidung

(1) Wird gemäß § 21 Abs. 8 nach billigem Ermessen entschieden, so können auch die Prozesskosten nach billigem Ermessen verteilt werden.

(2) Dem Verwalter können Prozesskosten auferlegt werden, soweit die Tätigkeit des Gerichts durch ihn veranlasst wurde und ihn ein grobes Verschulden trifft, auch wenn er nicht Partei des Rechtsstreits ist.

§ 50

Kostenerstattung

Den Wohnungseigentümern sind als zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendige Kosten nur die Kosten eines bevollmächtigten Rechtsanwalts zu erstatten, wenn nicht aus Gründen, die mit dem Gegenstand des Rechtsstreits zusammenhängen, eine Vertretung durch mehrere bevollmächtigte Rechtsanwälte geboten war."

20. Der 2. und 3. Abschnitt mit den §§ 51 bis 58 sowie 59 werden aufgehoben.

21. Dem § 63 wird folgender § 62 vorangestellt:

„§ 62

Übergangsvorschrift

(1) Für die am 1. Juli 2007 bei Gericht anhängigen Verfahren in Wohnungseigentums- oder in Zwangsversteigerungssachen oder für die bei einem Notar beantragten freiwilligen Versteigerungen sind die durch die Artikel 1 und 2 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 370) geänderten Vorschriften des III. Teils dieses Gesetzes sowie die des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung in ihrer bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.

(2) In Wohnungseigentumssachen nach § 43 Nr. 1 bis 4 finden die Bestimmungen über die Nichtzulassungsbeschwerde (§ 543 Abs. 1 Nr. 2, § 544 der Zivilprozessordnung) keine Anwendung, soweit die anzufechtende Entscheidung vor dem 1. Juli 2012 verkündet worden ist."

Artikel 2

Änderung des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung

Das Gesetz über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 310-14, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

   „2. bei Vollstreckung in ein Wohnungseigentum die daraus fälligen Ansprüche auf Zahlung der Beiträge zu den Lasten und Kosten des gemeinschaftlichen Eigentums oder des Sondereigentums, die nach § 16 Abs. 2, § 28 Abs. 2 und 5 des Wohnungseigentumsgesetzes geschuldet werden, einschließlich der Vorschüsse und Rückstellungen sowie der Rückgriffsansprüche einzelner Wohnungseigentümer. Das Vorrecht erfasst die laufenden und die rückständigen Beträge aus dem Jahr der Beschlagnahme und den letzten zwei Jahren. Das Vorrecht einschließlich aller Nebenleistungen ist begrenzt auf Beträge in Höhe von nicht mehr als 5 vom Hundert des nach § 74a Abs. 5 festgesetzten Wertes. Die Anmeldung erfolgt durch die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer. Rückgriffsansprüche einzelner Wohnungseigentümer werden von diesen angemeldet;".

   b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

   „(3) Zur Vollstreckung mit dem Range nach Absatz 1 Nr. 2 müssen die dort genannten Beträge die Höhe des Verzugsbetrages nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Wohnungseigentumsgesetzes übersteigen. Für die Vollstreckung genügt ein Titel, aus dem die Verpflichtung des Schuldners zur Zahlung, die Art und der Bezugszeitraum des Anspruchs sowie seine Fälligkeit zu erkennen sind. Soweit die Art und der Bezugszeitraum des Anspruchs sowie seine Fälligkeit nicht aus dem Titel zu erkennen sind, sind sie in sonst geeigneter Weise glaubhaft zu machen."

2. Dem § 45 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ansprüche der Wohnungseigentümer nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 sind bei der Anmeldung durch einen entsprechenden Titel oder durch die Niederschrift der Beschlüsse der Wohnungseigentümer einschließlich ihrer Anlagen oder in sonst geeigneter Weise glaubhaft zu machen. Aus dem Vorbringen müssen sich die Zahlungspflicht, die Art und der Bezugszeitraum des Anspruchs sowie seine Fälligkeit ergeben."

3. § 52 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 ist entsprechend anzuwenden auf

a) den Erbbauzins, wenn nach § 9 Abs. 3 der Verordnung über das Erbbaurecht das Bestehenbleiben des Erbbauzinses als Inhalt der Reallast vereinbart worden ist;

b) Grunddienstbarkeiten und beschränkte persönliche Dienstbarkeiten, die auf dem Grundstück als Ganzem lasten, wenn in ein Wohnungseigentum mit dem Rang nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 vollstreckt wird und diesen kein anderes Recht der Rangklasse 4 vorgeht, aus dem die Versteigerung betrieben werden kann."

4. Dem § 156 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Dies gilt auch bei der Vollstreckung in ein Wohnungseigentum für die laufenden Beträge der daraus fälligen Ansprüche auf Zahlung der Beiträge zu den Lasten und Kosten des gemeinschaftlichen Eigentums oder des Sondereigentums, die nach § 16 Abs. 2, § 28 Abs. 2 und 5 des Wohnungseigentumsgesetzes geschuldet werden, einschließlich der Vorschüsse und Rückstellungen sowie der Rückgriffsansprüche einzelner Wohnungseigentümer. Die Vorschrift des § 10 Abs. 1 Nr. 2 Satz 3 findet keine Anwendung."

Artikel 3

Änderung anderer Vorschriften

(1) Das Gerichtsverfassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Nr. 2 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe c eingefügt:

„c) Streitigkeiten nach § 43 Nr. 1 bis 4 und 6 des Wohnungseigentumsgesetzes; diese Zuständigkeit ist ausschließlich;".

2. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) In Streitigkeiten nach § 43 Nr. 1 bis 4 und 6 des Wohnungseigentumsgesetzes ist das Landgericht am Sitz des Oberlandesgerichts gemeinsames Berufungs- und Beschwerdegericht für den Bezirk des Oberlandesgerichts. Dies gilt auch für die in § 119 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b und c genannten Sachen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung anstelle dieses Gerichts ein anderes Landgericht im Bezirk des Oberlandesgerichts zu bestimmen. Sie können die Ermächtigung auf die Landesjustizverwaltungen übertragen."

(2) Das Gerichtskostengesetz vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 49 folgende Angabe eingefügt:

„§ 49a Wohnungseigentumssachen".

2. Nach § 49 wird folgender § 49a eingefügt:

„§ 49a

Wohnungseigentumssachen

(1) Der Streitwert ist auf 50 Prozent des Interesses der Parteien und aller Beigeladenen an der Entscheidung festzusetzen. Er darf das Interesse des Klägers und der auf seiner Seite Beigetretenen an der Entscheidung nicht unterschreiten und das Fünffache des Wertes ihres Interesses nicht überschreiten. Der Wert darf in keinem Fall den Verkehrswert des Wohnungseigentums des Klägers und der auf seiner Seite Beigetretenen übersteigen.

(2) Richtet sich eine Klage gegen einzelne Wohnungseigentümer, darf der Streitwert das Fünffache des Wertes ihres Interesses sowie des Interesses der auf ihrer Seite Beigetretenen nicht übersteigen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend."

(3) Die Anlage 1 zu § 2 Abs. 2 (Vergütungsverzeichnis) des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 788), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3416) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 der Anmerkung zu Nummer 3101 wird die Angabe „ , in Verfahren nach § 43 des Wohnungseigentumsgesetzes" gestrichen.

2. In Vorbemerkung 3.2.1 Abs. 1 Nr. 2 wird Buchstabe c gestrichen, und die bisherigen Buchstaben d und e werden Buchstaben c und d.

(4) Die Verordnung über das Erbbaurecht in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 403-6, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 138 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866), wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Rechts" folgende Wörter eingefügt:

„oder der Inhaber der in § 10 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung genannten Ansprüche auf Zahlung der Beiträge zu den Lasten und Kosten des Wohnungserbbaurechts".

2. In § 31 Abs. 3 wird die Angabe „§§ 505 bis 510, 513, 514 des Bürgerlichen Gesetzbuches" durch die Angabe „§§ 464 bis 469, 472, 473 des Bürgerlichen Gesetzbuches" ersetzt.

(5) In § 98 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über Rechte an Luftfahrzeugen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 403-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 12 Abs. 8 des Gesetzes vom 10. November 2006 (BGBl. I S. 2553) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 223 Abs. 1, §§ 232, 401 Abs. 1, § 418 Abs. 1, §§ 435, 442 Abs. 2, § 449 Abs. 2, §§ 509, 578a, 776, 1287, 1416 Abs. 3, § 1795 Abs. 1 Nr. 2, §§ 2114, 2168a des Bürgerlichen Gesetzbuches" durch die Angabe „§ 216 Abs. 1, §§ 232, 401 Abs. 1, § 418 Abs. 1, §§ 435, 442 Abs. 2, § 448 Abs. 2, §§ 452, 453, 468, 578a, 776, 1287, 1416 Abs. 3, § 1795 Abs. 1 Nr. 2, §§ 2114, 2168a des Bürgerlichen Gesetzbuches" ersetzt.

(6) Die Zivilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3202, 2006 I S. 431), zuletzt geändert durch Artikel 1 des

Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 368), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 29b „Besonderer Gerichtsstand bei Wohnungseigentum" ersetzt durch die Angabe „(weggefallen)".
2. § 29b wird aufgehoben.

Artikel 4

Inkrafttreten

Artikel 3 Abs. 4 Nr. 2 und Abs. 5 dieses Gesetzes tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 1. Juli 2007 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

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

Berlin, den 26. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Vom 26. März 2007

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

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 Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2 wird das Wort „knappschaftlichen" gestrichen.
   b) In Absatz 4 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.

1a. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren

Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens gemäß den §§ 266, 267 und 269 durch Landesrecht sind ausgeschlossen."

2. § 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 Nr. 2 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 anderweitigen 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 den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten."

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

      „(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit."

   c) 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. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht."

   d) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

      „(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Ab-

kommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht."

3. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „übersteigt" die Wörter „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat" eingefügt.

   b) In Absatz 3a Satz 4 werden nach der Angabe „Arbeitslosengeld II" die Wörter „und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind" eingefügt.

   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."

      cc) Folgende Sätze werden angefügt:

      „Ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren liegt vor, wenn das tatsächlich im Kalenderjahr erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Für Zeiten, in denen bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt erzielt worden ist, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung sowie bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, ist ein regelmäßiges Arbeitsentgelt in der Höhe anzusetzen, in der es ohne die Unterbrechung erzielt worden wäre. Für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit, für Zeiten, in denen als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist, sowie im Falle des Wehr- oder Zivildienstes ist ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird; dies gilt auch für Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3."

   d) Absatz 5 wird aufgehoben.

   e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

      „(9) Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am 2. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen. Satz 1 gilt auch für Arbeiter und Angestellte, die am 2. Februar 2007 nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3 von der Versicherungspflicht befreit waren. Arbeiter und Angestellte, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, und nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen, gelten bis zum 31. März 2007 als freiwillige Mitglieder."

4. In § 8 Abs. 1 Nr. 1a werden nach dem Wort „Arbeitslosengeld" das Komma durch das Wort „oder" ersetzt und die Angabe „oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)" gestrichen.

5. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Nr. 3 wird aufgehoben.

6. § 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."

7. § 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 Problemen 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. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d 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.

8. § 13 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind."

b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich."

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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 Rechtsänderungen vor."

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

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

9a. In § 16 wird dem Absatz 3a folgender Satz 2 angefügt:

„Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden."

10. 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".

11. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 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 nach 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) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.

12. Nach § 20 werden die folgenden §§ 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 und deren Umsetzung zu unterstützen. § 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.

§ 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 vom Hundert 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 zustande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 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 einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durch-

führung 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."

13. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

bb) In Satz 2 werden 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.

14. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch."

b) 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.

c) Absatz 9 wird aufgehoben.

15. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) 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;".

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend."

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

16. § 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 pharmazeutischen Unternehmern ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Höchstbetrag ist auf Grund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 3 festzusetzen. Dabei sind die Entwicklungskosten angemessen zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 kann der Höchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt werden. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend. Arzneimittel, deren Kosteneffektivität erwiesen ist oder für die eine Kosten-Nutzen-Bewertung nur im Vergleich zur Nichtbehandlung erstellt werden kann, weil eine zweckmäßige Therapiealternative fehlt, sind von der Festsetzung eines Höchstbetrags auszunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann als Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrags erst erstellt werden, wenn hinreichende Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Arzneimittels nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vorliegen können."

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."

17. § 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 bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren 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 hi-

nausgehen, 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, und in dem neuen Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „den Sätzen 1 und 2" durch die Angabe „Absatz 1" ersetzt.

c) Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben.

d) In Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 wird jeweils die Angabe „Absatz 1" durch die Angabe „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 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung 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 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 Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf."

17a. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht."

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss."

18. § 35 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In 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 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam können" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann" ersetzt.

19. In § 35a Abs. 5 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen und veröffentlichen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt und veröffentlicht" und das Wort „übermitteln" durch das Wort „übermittelt" ersetzt.

20. § 35b wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Nutzens" die Wörter „und der Kosten" eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann nach § 139b Abs. 1 und 2 beauftragt werden, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu bewerten. Bewertungen nach Satz 1 können für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, die von Bedeutung sind, erstellt werden. Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Beim Patienten-

Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft, angemessen berücksichtigt werden. Das Institut bestimmt auftragsbezogen über die Methoden und Kriterien für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 auf der Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie. Das Institut gewährleistet bei der auftragsbezogenen Erstellung von Methoden und Kriterien und der Erarbeitung von Bewertungen hohe Verfahrenstransparenz und eine angemessene Beteiligung der in § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 5 Genannten. Das Institut veröffentlicht die jeweiligen Methoden und Kriterien im Internet. Die Sätze 3 bis 7 gelten auch für bereits begonnene Nutzenbewertungen."

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.

20a. Nach § 35b wird folgender § 35c eingefügt:

„§ 35c

Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien

Außerhalb des Anwendungsbereichs des § 35b Abs. 3 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in klinischen Studien, sofern hierdurch eine therapierelevante Verbesserung der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist, damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen, die Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung nach den §§ 116b und 117 teilnimmt, und der Gemeinsame Bundesausschuss der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist ausgeschlossen, sofern das Arzneimittel auf Grund arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos bereitzustellen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mindestens zehn Wochen vor dem Beginn der Arzneimittelverordnung zu informieren; er kann innerhalb von acht Wochen nach Eingang der Mitteilung widersprechen, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind. Das Nähere, auch zu den Nachweisen und Informationspflichten, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. Leisten Studien nach Satz 1 für die Erweiterung einer Zulassung einen entscheidenden Beitrag, hat der pharmazeutische Unternehmer den Krankenkassen die Verordnungskosten zu erstatten. Dies gilt auch für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach europäischem Recht."

21. § 36 Abs. 1 und 2 wird 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."

22. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Haushalt" ein Komma eingefügt und die Wörter „oder ihrer Familie" durch die Wörter „ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst ver-

richtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt."

bb) Nach dem neuen Satz 2 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."

cc) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2" durch die Angabe „Satz 4" ersetzt.

dd) Im bisherigen Satz 4 wird die Angabe „Sätzen 2 und 3" durch die Angabe „Sätzen 4 und 5" ersetzt.

ee) Im bisherigen Satz 5 wird die Angabe „den Sätzen 1 bis 4" durch die Angabe „Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6" ersetzt.

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 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."

23. 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. 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. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(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 und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer."

24. In § 39 Abs. 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen, die" die Wörter „Verbände der" gestrichen.

25. § 39a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben."

bb) Der bisherige zweite Halbsatz des Satzes 4 wird Satz 6; in ihm wird das Wort „der" durch das Wort „Der" ersetzt.

cc) Folgende Sätze 7 bis 9 werden angefügt:

„In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Haushalt" ein Komma eingefügt und die Wörter „oder der Familie" durch die Wörter „der

Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen."

26. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „in wohnortnahen" werden durch die Wörter „durch wohnortnahe" ersetzt.

bb) Das Wort „kann" wird durch das Wort „erbringt" ersetzt und das Wort „erbringen" wird gestrichen.

cc) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „einer" werden die Wörter „nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten" eingefügt und das Wort „kann" wird durch das Wort „erbringt" ersetzt, das Wort „erbringen" wird gestrichen.

bb) Folgende Sätze 2 und 3 werden angefügt:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch."

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.

27. (entfallen)

28. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) 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;".

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 40 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend."

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

29. 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.

30. § 44 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; 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 und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind."

30a. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 letzter Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat."

b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

31. § 52 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

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

32. 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."

33. § 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 Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei

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 und den §§ 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 § 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. § 13 Abs. 2 Satz 2 bis 4 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.

(7) 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.

(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder 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 einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

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

34. § 54 wird aufgehoben.

35. In § 56 Abs. 5 Satz 2 werden die Angabe „nach § 94 Abs. 1 Satz 3" durch die Angabe „nach § 94 Abs. 1 Satz 5" und die Angabe „§ 87 Abs. 6 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3" durch die Angabe „§ 87 Abs. 6 Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6" ersetzt.

36. § 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) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

        bb) In Satz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund" ersetzt.

37. § 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 ab dem 1. Januar 2008 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 an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 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; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. 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 5 angefügt:

„(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."

38. § 64 Abs. 2 wird aufgehoben.

39. § 65a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden 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 die Absätze 2 und 3.

d) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „den Absätzen 1 und 2" durch die Angabe „Absatz 1" ersetzt.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

40. § 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:

„(2) Die Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch eine Umlage der Krankenkassen gemäß dem Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkassen ist nach dem Vordruck KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen."

40a. In § 69 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend; dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamtsregelung gilt."

41. § 71 wird wie folgt geändert:

a) 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.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a bis 140d sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen."

42. In § 72a Abs. 1 und 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Verbände der" gestrichen.

43. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1c und 7 werden aufgehoben.

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen" die Wörter „und Bezugsquellen" eingefügt.

bb) In Satz 7 werden nach der Angabe „nach den Sätzen 2 und 3" die Wörter „sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8" eingefügt.

44. § 73a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

b) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

45. § 73b wird wie folgt gefasst:

„§ 73b

Hausarztzentrierte Versorgung

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

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter 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 Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte 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 weiteren 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. 1a 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,
4. Kassenärztliche Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

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 Aufwendungsersatz, 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. Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. 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 Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a 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 zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden."

46. § 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 Aufwendungsersatz, 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 Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 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 zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versi-

chertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

47. Nach § 73c wird folgender § 73d eingefügt:

„§ 73d

Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln, insbesondere von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, bei denen auf Grund 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. In den Richtlinien sind angemessene Fristen für die Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Satz 1 unter Berücksichtigung des indikationsspezifischen Versorgungsbedarfs vorzusehen sowie das Nähere zur Verordnung ohne vorherige Abstimmung nach Satz 1 in Notfällen.

(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. Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz kann die Krankenkasse nach den §§ 116b und 117 tätige Ärzte mit deren Einvernehmen zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen. Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können nicht zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt 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; die §§ 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 auf Grund 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) Die Absätze 1 bis 4 gelten für Diagnostika entsprechend."

48. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 85a" durch die Angabe „§ 87a" ersetzt.

b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a bis 3c eingefügt:

„(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für

Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

(3b) Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden. Für den Verband der privaten Krankenversicherung gilt § 12 Abs. 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend. Wird zwischen den Beteiligten nach Satz 1 keine Einigung über eine von Absatz 3a Satz 2 abweichende Vergütungsregelung erzielt, kann der Beteiligte, der die Abweichung verlangt, die Schiedsstelle nach Absatz 3c anrufen. Diese hat innerhalb von drei Monaten über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen. Die Schiedsstelle hat ihre Entscheidung so zu treffen, dass der Vertragsinhalt

1. den Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und in der Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten entspricht,
2. die Vergütungsstrukturen vergleichbarer Leistungen aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich berücksichtigt und
3. die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte sowie die finanziellen Auswirkungen der Vergütungsregelungen auf die Entwicklung der Prämien für die Tarife der in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten angemessen berücksichtigt.

Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle weiter. Für die in Absatz 3a Satz 1 genannten Versicherten und Tarife kann die Vergütung für die in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den entsprechenden Leistungserbringern oder den sie vertretenden Verbänden ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 und 3 geregelt werden; Satz 2 gilt entsprechend. Wird nach Ablauf einer von den Vertragsparteien nach Satz 7 vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über die Vergütung erzielt, gilt der bisherige Vertrag weiter.

(3c) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden mit dem Verband der privaten Krankenversicherung je eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einerseits und Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften andererseits in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je einem Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6 entsprechend. Im Übrigen gilt § 129 Abs. 9 entsprechend. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium der Finanzen; § 129 Abs. 10 Satz 2 gilt entsprechend."

c) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 7a eingefügt:

„(7a) Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 ab dem 1. Januar 2009 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 § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Be-

nehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen herzustellen."

48a. Dem § 77 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde können die Vertragspartner nach § 83 gemeinsam eine Verlängerung der in Satz 2 genannten Frist um bis zu vier Quartale vereinbaren, falls dies aus besonderen Gründen erforderlich ist."

49. 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 Vertragsarzttätigkeit 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 oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen."

50. 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.

51. § 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 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

c) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 85a Abs. 2" durch die Angabe „§ 87a Abs. 3" ersetzt.

52. In § 83 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" und „mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart" gestrichen, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart."

53. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

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 gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder schiedsamtlich 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 einen Vertragsarzt keine Anwendung, soweit er 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 5 zu regeln."

c) In Absatz 4b werden nach dem Wort „Krankenkassenverbände" die Wörter „sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind" eingefügt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind."

bb) In Satz 4 werden die Wörter „erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter „erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

cc) In Satz 7 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

e) 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 Krankenkassen" ersetzt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Nr. 1" gestrichen.

f) In Absatz 7a Satz 9 werden die Wörter „der Prüfungsausschuss" durch die Wörter „die Prüfungsstelle" und die Wörter „dem Prüfungsausschuss" durch die Wörter „der Prüfungsstelle" ersetzt.

54. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart" gestrichen, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart."

bb) In Satz 8 werden nach der Angabe „§ 13 Abs. 2" die Wörter „und nach § 53 Abs. 4" eingefügt und die Angabe „Satz 4" durch die Angabe „Satz 6" ersetzt.

b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

c) In Absatz 3d wird Satz 2 aufgehoben.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der" sowie die Wörter „erstmalig bis zum 30. April 2004" gestrichen.

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 unentgeltlich zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung."

e) In Absatz 4a werden die Sätze 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."

f) In Absatz 4c werden nach der Angabe „§ 13 Abs. 2" die Wörter „und nach § 53 Abs. 4" eingefügt.

55. Die §§ 85a und 85b werden aufgehoben.

56. § 86 wird aufgehoben.

57. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 87

Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte".

b) In Absatz 1 Satz 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 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen."

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt."

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

e) Die Absätze 2a bis 2d 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 zugrunde zu legen.

(2b) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten 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 1 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 nach Satz 1 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.

(2c) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden; Einzelleistungen können vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt. Abweichend von Satz 3 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 Versorgungsformen Rechnung tragen. Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

(2d) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind Regelungen einschließlich Prüfkriterien vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in den Absätzen 2b und 2c 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 Absatz 2c Satz 5 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 erbringenden Dokumentationsverpflichtungen insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2 geknüpft werden. Zudem können Regelungen vorgesehen werden, die darauf abzielen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt, oder es können Regelungen zur Kürzung der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorgesehen werden. Die Regelungen nach den Absätzen 2b, 2c Satz 1 bis 3 und 5 sowie nach diesem Absatz sind auf der Grundlage des zum Zeitpunkt des Beschlusses geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstabes erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2007 mit Wirkung zum 1. Januar 2008, die Regelung nach Absatz 2c Satz 6 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009, die Regelung nach Absatz 2c Satz 4 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 zu treffen."

f) Nach Absatz 2d werden die folgenden Absätze 2e bis 2g eingefügt:

„(2e) 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 3 können dazu auch nach Versorgungsgraden differenziert werden. 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.

(2f) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach Absatz 2e 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 zugrunde 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.

(2g) Bei der Anpassung der Orientierungswerte nach Absatz 2e sind insbesondere

1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind,
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 nicht durch eine Abstaffelungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist, sowie
4. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte gemäß Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3

zu berücksichtigen."

g) Der bisherige Absatz 2d wird Absatz 2h.

h) In Absatz 3 Satz 1 werden die Angabe „sieben" durch die Angabe „drei" und die Wörter „je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter „drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

i) Nach Absatz 3 werden die folgenden 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. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(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 gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach den Absätzen 3a, 7 und 8 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 eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen 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 dort genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 2 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss regelmäßig, erstmalig bis zum 30. April 2007, festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den in Absatz 3 genannten Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend.

(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 § 87a zu finanzieren. Das Nähere bestimmt der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss nach Absatz 3e Satz 1 Nr. 2.

(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 Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 2 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte trifft, sowie
2. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

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, einschließlich der Daten nach § 73b Abs. 7 Satz 4 und § 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Abs. 2 Satz 4, arzt- und versichertenbezogen in einheitlicher pseudonymisierter Form. Die Daten nach Satz 1 werden jeweils unentgeltlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von den Krankenkassen an ihren Spitzenverband übermittelt, die diese Daten jeweils zusammenführen und sie unentgeltlich dem Institut oder dem beauftragten Dritten gemäß Absatz 3b übermitteln. Soweit erforderlich hat der Bewertungsausschuss darüber hinaus Erhebungen und Auswertungen nicht personenbezogener Daten durchzuführen oder in Auftrag zu geben oder Sachverständigengutachten einzuholen. Für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach den Sätzen 2 und 3 kann der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen; für die Finanzierung der Datenstelle gelten die Absätze 3c und 3e entsprechend. Personenbezogene Daten nach Satz 1 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.

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

j) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „vier" durch die Angabe „zwei" 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.

k) 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."

l) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) 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 zustande oder werden die Be-

anstandungen 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 oder die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Organisation 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."

m) Die folgenden Absätze 7 und 8 werden angefügt:

„(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.

(8) Der Bewertungsausschuss evaluiert die Umsetzung von § 87a Abs. 6 und § 87b Abs. 4 in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit insbesondere unter Einbeziehung der Möglichkeit von Verfahren der Pseudonymisierung und berichtet hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2010. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet auf dieser Grundlage dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2010."

57a. § 87a wird wie folgt gefasst:

„§ 87a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 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. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e 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. 2f anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e 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 Satz 1 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 Satz 6 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen,

die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum nach Maßgabe der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 enthaltenen Preisen zu vergüten. Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten; in Vereinbarungen nach Satz 1 kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

(3a) Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die nach Absatz 2 Satz 6 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Absatz 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zugrunde 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 zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 sind auf die nach Absatz 3 Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen.

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

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. 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 auf Grund 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 des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr. 1 sowie
3. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4.

Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 2 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 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. Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus ein Verfahren festzulegen, nach welchem die Relativgewichte nach Satz 2 im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 zu bereinigen sind. Der Beschluss nach Satz 1 Nr. 1 ist erstmalig bis zum 31. August 2008, die Beschlüsse nach den Nummern 2 und 3 sowie Satz 4 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009 zu treffen.

(6) Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenverarbeitung unentgeltlich an die in Absatz 2 Satz 1 genannten 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 verwenden. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr erforderlich sind."

57b. Nach § 87a werden die folgenden §§ 87b und 87c eingefügt:

„§ 87b

Vergütung der Ärzte
(arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina)

(1) Abweichend von § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein 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 § 87a Abs. 3 Satz 4 zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die Regelleistungsvolumina spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum entsprechend anzupassen. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

(3) Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte

zu berücksichtigen. Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Zudem können auf der Grundlage der Zeitwerte nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Kapazitätsgrenzen je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes oder der Arztpraxis festgelegt werden. Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 können für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden. Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist. Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt.

(4) Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3, 6 und 7 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach den Sätzen 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzu-

wendende Berechnungsformel fest. Die Krankenkassen übermitteln den in Satz 3 genannten Parteien unentgeltlich die erforderlichen Daten, auch versichertenbezogen, nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Parteien nach Satz 3 können eine Arbeitsgemeinschaft mit der Erhebung und Verwendung der nach Satz 3 erforderlichen Daten beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(5) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der 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, bleiben unberührt. Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt oder der Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.

§ 87c

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010

(1) Abweichend von § 87 Abs. 2e Satz 1 erfolgt die erstmalige Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008, die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 für das Jahr 2010 bis zum 31. August 2009. Dabei ist der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens nach Satz 3 durch die Leistungsmenge nach Satz 4 zu ermitteln, es sei denn, durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder des für ärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschusses wird der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 in anderer Höhe festgelegt. Das Finanzvolumen ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen ist. Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen. Bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Für die Hochrechnung nach Satz 4 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 1. Juni 2008 die ihnen vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Bei der Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2010 hat der Bewertungsausschuss über die in § 87 Abs. 2g genannten Kriterien hinaus Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge nach den Sätzen 4 und 5 zu berücksichtigen.

(2) Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach § 87 Abs. 2f Satz 4 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, kann der Bewertungsausschuss diese Indikatoren für das Jahr 2009 abweichend von § 87 Abs. 2f Satz 4 mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

(3) Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbaren die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2009 vereinbarten Orientierungswertes bis zum 15. November 2008 einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 anzuwenden ist. Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 6 zweiter Halbsatz enthält die zu erstellende regionale Gebührenordnung für das Jahr 2009 keine Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung. Die Punktwerte für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Falle von Unter- und Überversorgung werden auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2010 vereinbarten Orientierungswerte erstmalig bis zum 31. Oktober 2009 für das Jahr 2010 vereinbart und auf dieser Grundlage die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung erstmalig in der regionalen Gebührenordnung für das Jahr 2010 ausgewiesen.

(4) Abweichend von § 87a Abs. 3 Satz 1 erfolgen die erstmaligen Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 bis zum 15. November 2008. Dabei 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 vertragsärzt-

lichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate 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 vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Fehlschätzungen nach den Sätzen 3 und 4 sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung für das Jahr 2010 zu berichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. August 2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs nach den Sätzen 1 bis 4 einschließlich der dafür erforderlichen Daten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den in § 87a Abs. 2 Satz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen die Daten nach Satz 5 unentgeltlich bis zum 31. Oktober 2008."

57c. Der bisherige § 87a wird § 87d; in ihm wird in Satz 4 die Angabe „§ 87 Abs. 2d Satz 2" durch die Angabe „§ 87 Abs. 2h Satz 2" ersetzt.

58. § 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 „Verbände der" gestrichen.

59. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „genannten" die Wörter „Krankenkassen und" eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „§ 213 Abs. 2" die Wörter „in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung" eingefügt und die Wörter „Verbände der" gestrichen.

c) In Absatz 4 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.

d) In Absatz 5 Satz 4 wird die Angabe „§ 83 und § 85" durch die Angabe „§§ 83, 85 und 87a" ersetzt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

60. § 90 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Wort „bilden" die Wörter „sowie die Ersatzkassen" eingefügt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

cc) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Landesverbände" die Wörter „sowie die Ersatzkassen" eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen" die Wörter „sowie den Ersatzkassen" eingefügt.

cc) In Satz 5 werden vor dem Wort „bestellt" die Wörter „sowie den Ersatzkassen" eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Vereinigungen" das Wort „einerseits" und nach dem Wort „Krankenkassen" die Wörter „sowie die Ersatzkassen andererseits" eingefügt.

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.

61. (entfallen)

62. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 92
Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses".

b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummern 13 bis 15 angefügt:

„13. Qualitätssicherung,

14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,

15. Schutzimpfungen."

c) In Absatz 1a Satz 5 werden die Wörter „und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen" durch die Wörter „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 werden 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 werden in Nummer 1 das Wort „und" durch ein Komma und 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."

g) Nach Absatz 7a werden die folgenden Absätze 7b und 7c eingefügt:

„(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

63. § 94 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird 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) Folgender Satz 2 wird angefügt:

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

64. § 96 wird wie folgt geändert:

a) In den Absätzen 1 und 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 werden jeweils die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

65. § 97 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

66. In § 99 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 werden jeweils die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

67. § 100 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige" gestrichen und das Wort „unmittelbar" durch die Wörter „in absehbarer Zeit" ersetzt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte."

68. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „mitzurechnen" das Semikolon durch ein Komma ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

bb) In Nummer 5 werden nach dem Wort „mitzurechnen" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatzes 1 Nr. 4" durch die Angabe „Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4" ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 4" durch die Angabe „Absatz 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) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 bis 5 und die Absätze 3 und 3a gelten nicht für Zahnärzte."

69. Dem § 103 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten nicht für Zahnärzte."

70. § 104 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „unmittelbar" durch die Wörter „in absehbarer Zeit" ersetzt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte."

71. § 105 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach der Angabe „§ 83" die Angabe „oder § 87a" eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 2 tragen die Krankenkassen in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt in voller Höhe."

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Satz 3 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung."

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz und Absatz 4 Satz 1, 2 und 5 gelten nur für die vertragszahnärztliche Versorgung."

72. § 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 „Verbände der" gestrichen.

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) Folgende Sätze werden 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 des Arzneimittelgesetzes 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:

„Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die

Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch."

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 „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.

dd) In Satz 6 werden 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" ersetzt.

cc) Die Sätze 3 und 4 werden 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) Im neuen Satz 5 werden nach dem Wort „Einigung" die Wörter „nach Satz 2 und 3" eingefügt.

ff) Im neuen Satz 6 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) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstelle" durch die Wörter „Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses" ersetzt.

hh) Im neuen Satz 8 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) Im neuen Satz 2 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" 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 Verordnungskosten 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 den §§ 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 auf Grund 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) Folgender Satz wird 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.

73. § 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) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „Krankenkassen" die Wörter „sowie die Ersatzkassen" eingefügt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

74. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

75. In § 110 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

76. § 111 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 und 3 werden jeweils die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

77. In § 111a Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

78. § 111b wird aufgehoben.

79. § 112 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

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

80. In § 113 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

81. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Verbänden der" gestrichen.

82. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

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

83. § 115a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

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

84. § 115b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und 3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit" gestrichen.

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsa-

men Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen."

85. § 116b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter „Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 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."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Der Teilsatz vor Nummer 1 wird durch folgenden Teilsatz 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.

d) 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;".

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das Krankenhaus teilt den Krankenkassen die von ihm nach den Absätzen 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 Bewertungsmaßstabes 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 der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 6) vergütet."

86. In § 117 Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

87. 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.

88. In § 120 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

88a. Dem § 121 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen."

89. § 123 wird aufgehoben.

90. § 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) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die am 30. Juni 2008 bestehenden Zulassungen, die von den Verbänden der Ersatzkassen erteilt wurden, gelten als von den Ersatzkassen gemäß Absatz 5 erteilte Zulassungen weiter. Absatz 6 gilt entsprechend."

91. § 125 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemein-

sam und einheitlich" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 und 2 wird 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."

92. § 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."

93. § 127 wird wie folgt gefasst:

„§ 127

Verträge

(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.

(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 3 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 in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und 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."

94. § 128 wird aufgehoben.

95. § 129 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „preisgünstigeres" gestrichen.

bb) Folgende Sätze werden 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 Rahmenvertrages vorzunehmen."

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" 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) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Versorgung mit in Apotheken hergestellten Zytostatika zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten kann von der Krankenkasse durch Verträge mit Apotheken sichergestellt werden; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken 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 6 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" ersetzt.

e) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

96. § 130 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2 Euro" durch die Angabe „2,30 Euro" ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„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."

97. § 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 Satz 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises" durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.

bb) In Satz 2 und 3 wird 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) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort „Herstellerabgabepreises" durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist; Preiserhöhungen vor dem 1. Dezember 2006 sind nicht zu berücksichtigen. Für ein Arzneimittel, dessen Preis einmalig zwischen dem 1. Dezember 2006 und dem 1. April 2007 erhöht und anschließend gesenkt worden ist, kann der pharmazeutische Unternehmer den Abschlag nach Satz 1 durch eine ab 1. April 2007 neu vorgenommene Preissenkung von mindestens 10 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer ablösen, sofern er für die Dauer von zwölf Monaten ab der neu vorgenommenen Preissenkung einen weiteren Abschlag von 2 vom Hundert des Abgabepreises nach Satz 1 gewährt."

f) In Absatz 5 Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Unternehmen" durch das Wort „Unternehmern" ersetzt.

g) In Absatz 6 Satz 1, 3 und 4 wird jeweils das Wort „Unternehmen" durch das Wort „Unternehmer" ersetzt.

h) In Absatz 7 Satz 2 wird das Wort „Unternehmen" durch das Wort „Unternehmern" ersetzt.

i) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

In Absatz 8 wird in Satz 1 und 3 jeweils das Wort „Unternehmen" durch das Wort „Unternehmern" ersetzt.

98. § 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 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen"

durch die Wörter „regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

99. (entfallen)

100. § 132b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Absatzbezeichnung „(1)" und die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

101. § 132c wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

102. 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, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie 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."

102a. Nach § 132d wird folgender § 132e eingefügt:

„§ 132e

Versorgung mit Schutzimpfungen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Gemeinschaften, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2. Dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen."

103. In § 133 Abs. 1 werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.

104. § 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 einer Betriebskostenpauschale 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.

105. § 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 zustande, darf die Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden."

106. § 135a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „136a, 136b," wird gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

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

107. § 136 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

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

„in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig."

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die

Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen."

c) Satz 3 wird aufgehoben.

108. § 136a wird aufgehoben.

109. § 136b wird aufgehoben.

110. § 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 insbesondere

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; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

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

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind 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. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
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 den Nummern 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 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 den Nummern 1 bis 4 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach Nummer 1 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen. Die Beschlüsse 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 Inkrafttreten von Richtlinien nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsanforderungen einschließlich Vorgaben zur Führung klinischer Krebsregister 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 be-

stimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs 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."

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

„§ 137a

Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens 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 § 137f 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 den Sätzen 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.

(2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität 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 soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen, sowie
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit 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 nach Absatz 1 hat die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen und gemäß Satz 2 übermittelten Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in einem transparenten Verfahren und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften vorzuhalten und auszuwerten. 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 Bundespsychotherapeutenkammer, 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 Absatz 2 wahrnehmen.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Rahmen der Beauftragung sicherzustellen, dass die an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 2 beteiligten Institutionen und Personen mögliche Interessenkonflikte offen zu legen haben."

112. In § 137c Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „eines Spitzenverbandes der Krankenkassen" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund" ersetzt.

113. § 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 oder § 111a 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 und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen 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 den Absätzen 1 und 2 ist der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

114. § 137f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 Nr. 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.

115. § 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.

116. § 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 ausreichenden, 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 Satz 2 bis 4 Hinweise darauf, dass Vorschriften des Medizinprodukterechts nicht beachtet sind, sind unbeschadet sonstiger Kon-

sequenzen die danach zuständigen Behörden hierüber zu informieren.

(6) Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, ist ihm eine angemessene Frist, die insgesamt sechs 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 drei 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 Prüfzertifikate 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."

117. § 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 werden 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 die Bewertung des medizinischen Nutzens nach den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin und die ökonomische Bewertung nach den hierfür maßgeblichen international anerkannten Standards, insbesondere der Gesundheitsökonomie erfolgt. 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, pharmazeutischen und gesundheitsökonomischen 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."

118. § 139c wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) In Satz 1 wird die Angabe „85a" durch die Angabe „87a" ersetzt.

119. § 140a Abs. 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."

120. § 140b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

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

bb) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

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

121. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) 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 beson-

dere Integrationsaufgaben. Satz 2 gilt 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."

bb) Im bisherigen Satz 5 werden nach dem Wort „Krankenhäuser" ein Komma und die Wörter „soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden," eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Risikostruktur" und 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 Bewertungsmaßstabes 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 „§ 87a Abs. 3 Satz 2" ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

c) Folgender Absatz 5 wird 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. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten."

122. § 140f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden" durch die Wörter „von dem Spitzenverband Bund" ersetzt.

bb) In Satz 5 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, §§ 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", die Angabe „§ 128" durch die Angabe „§ 139" und die Angabe „§§ 132a und 132b Abs. 2" durch die Angabe „§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2" ersetzt.

bb) Die Wörter „der Spitzenverbände" werden durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund" ersetzt.

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts."

123. § 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.

124. § 155 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband über" durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen über, der dieses auf die übrigen Betriebskrankenkassen verteilt" ersetzt.

b) In Absatz 4 werden die Sätze 3 bis 5 durch folgende Sätze ersetzt:

„Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen anfordert. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre

Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung."

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Für die Erfüllung

1. einer am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung,
2. der sonstigen Schließungskosten, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von zehn Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die an diesem Tag bestehende Verschuldung nach Nummer 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war,
3. der Ansprüche der Leistungserbringer und der Ansprüche aus der Versicherung sowie
4. der Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts

einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haftet auch die neue Krankenkasse, wenn sich eine Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Die Haftung nach Satz 1 wird nicht dadurch berührt, dass sich die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt für jede Betriebskrankenkasse die Höhe der am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung fest und nimmt ihre Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse vor. Absatz 4 Satz 5 und 6 gilt entsprechend."

125. § 164 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 4 bis 6 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Für die Haftung nach den Sätzen 4 und 5 gilt § 155 Abs. 4 Satz 5 und 6 und Abs. 5 entsprechend."

bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 6" durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 7" ersetzt.

cc) Satz 8 wird aufgehoben.

b) In Absatz 5 wird nach der Angabe „Absatz 1" die Angabe „und § 155 Abs. 5" eingefügt.

126. § 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) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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."

127. 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."

128. In § 168a Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „oder eines Spitzenverbandes der Ersatzkassen" gestrichen.

129. In § 171 werden die Sätze 2 und 3 durch folgenden Satz ersetzt:

„Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 bis 6 und Abs. 5 entsprechend."

130. Nach § 171 wird folgender § 171a eingefügt:

„§ 171a

Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen

(1) Die im Ersten bis Vierten und diesem 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, welche Kassenartzugehörigkeit aufrechterhalten bleiben soll. Soll danach die neue Krankenkasse Mitglied des Verbandes 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 auf Grund einer von der Aufsichtsbehörde dieses Verbandes durchgeführten Prüfung einvernehmlich festgestellt wird, dass hierdurch seine finanziellen Grundlagen gefährdet würden.

(2) Die neue Krankenkasse hat für die Dauer von fünf 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. § 155 Abs. 5 gilt. 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."

131. Nach § 171a wird folgender § 171b eingefügt:

„§ 171b

Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen

Die Krankenkassen bilden vom 1. Januar 2010 an einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, der im Insolvenzfall ausschließich zur Befriedigung der unverfallbaren Versorgungsanwartschaften zur Verfügung steht und zum Zeitpunkt der Anwendbarkeit der Insolvenzordnung auf alle Krankenkassen eine Überschuldung wegen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen ausschließt. Der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll, die Abgenzung der Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung der Insolvenzfähigkeit maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften sowie das Entfallen der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds wird durch Bundesgesetz geregelt."

132. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Wahlrechte der Mitglieder"

und im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird die Überschrift

„Erster Titel

Wahlrechte der Mitglieder"

aufgehoben.

133. § 173 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,".

bb) In Satz 2 werden die Wörter „abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1" durch die Wörter „die Gebiete der Länder" ersetzt und nach dem Wort „ergibt" ein Semikolon und die Wörter „soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt" eingefügt.

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, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 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."

134. § 174 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „See-Krankenkasse" das Komma und die Wörter „die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See" gestrichen.

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

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

135. § 175 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen gemein-

sam 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 anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall" eingefügt.

bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden."

cc) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum."

dd) Im bisherigen 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.

ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen."

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."

136. § 177 wird aufgehoben.

136a. Im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben.

137. Dem § 186 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen 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 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann."

138. § 190 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 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.

b) Nach Absatz 12 wird folgender Absatz 13 angefügt:

„(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind."

139. § 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.

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

141. In § 197a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände" ersetzt durch die Wörter „der Spitzenverband Bund".

142. Nach § 197a wird folgender § 197b eingefügt:

„§ 197b

Aufgabenerledigung durch Dritte

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder 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. § 88 Abs. 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend."

143. In § 210 Abs. 2 werden die Wörter „von den Bundesverbänden" durch die Wörter „von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt und die Angabe „§ 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1" gestrichen.

143a. Nach § 211 wird folgender § 211a eingefügt:

„§ 211a

Entscheidungen auf Landesebene

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM6 seiner Kassenart zu gewichten ist. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen."

144. § 212 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände werden kraft Gesetzes zum 1. Januar 2009 in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelt. Gesellschafter der Gesellschaften sind die am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder des jeweiligen Bundesverbandes. Nach dem 31. Dezember 2008 steht es den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. Soweit sich aus den folgenden Vorschriften nichts anderes ergibt, finden die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Gesellschaft bürgerlichen Rechts Anwendung. Der Gesellschaft nach Satz 1 können Krankenkassen der jeweiligen Kassenart beitreten."

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) In Absatz 3 werden die Wörter „eines Bundesverbandes und" gestrichen.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Gesellschaften nach Absatz 1 sind Rechtsnachfolger der nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände. Zweck der Gesellschaft ist die Erfüllung ihrer sich nach § 214 ergebenden oder zusätzlich vertraglich vereinbarten Aufgaben. Bis zum Abschluss eines Gesellschaftsvertrages gelten die zur Erreichung des Gesellschaftszwecks erforderlichen Pflichten und Rechte als vereinbart. Das Betriebsverfassungsgesetz findet Anwendung."

e) In Absatz 5 werden die Sätze 4 und 5 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Ersatzkassen haben für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. Ersatzkassen können sich auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen. Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen. In den Fällen der Sätze 5 und 6 können die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen als Bevollmächtigte benennen. Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. Können sich die Ersatzkassen in den Fällen der Sätze 6 und 8 nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter. Soweit für die Aufgabenerfüllung der Erlass von Verwaltungsakten notwendig ist, haben im Falle der Bevollmächtigung die Verbände der Ersatzkassen hierzu die Befugnis."

145. § 213 wird wie folgt gefasst:

„§ 213

Rechtsnachfolge,
Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse

(1) Das den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden zustehende Vermögen wandelt sich in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts um. Für die Arbeitsverhältnisse findet § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend Anwendung. Für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt. Bei Auflösung eines Verbandes der Ersatzkassen oder des Austritts eines Mitglieds aus einem Verband der Ersatzkassen haften die Vereinsmitglieder für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung zeitlich unbeschränkt. Die bei den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden tätigen Angestellten, für die die Dienstordnung gilt, werden unter Wahrung ihrer Rechtsstellung und Fortgeltung der jeweiligen Dienstordnungen bei den Gesellschaften beschäftigt. § 164 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend. Angestellte, für die die Dienstordnung gilt, haben einen Anspruch auf Anstellung bei einem Landesverband ihrer Wahl; der Landesverband muss zuvor Mitglied des Bundesverbandes nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gewesen sein, bei dem der Dienstordnungsangestellte angestellt war. Der Landesverband, der den Dienstordnungsangestellten beschäftigt hat, hat einen Ausgleichsanspruch gegen die übrigen Landesverbände. Für die Vergütungs- und Versorgungsansprüche haften die Gesellschafter zeitlich unbeschränkt.

(2) Die in den Bundesverbänden bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Personalräte nehmen ab dem 1. Januar 2009 die Aufgaben eines Betriebsrates mit dessen Rechten und Pflichten nach dem Betriebsverfassungsgesetz übergangsweise wahr. Das Übergangsmandat endet, sobald ein Betriebsrat gewählt und das Wahlergebnis bekannt gegeben ist; es besteht längstens bis zum 31. Mai 2010.

(3) Die in den Bundesverbänden am 31. Dezember 2008 jeweils bestehenden Dienstvereinbarungen gelten in den Gesellschaften des bürgerlichen Rechts als Betriebsvereinbarungen für längstens 24 Monate fort, soweit sie nicht durch andere Regelungen ersetzt werden.

(4) Auf die bis zum 31. Dezember 2008 förmlich eingeleiteten Beteiligungsverfahren im Bereich der Bundesverbände finden bis zu deren Abschluss die Bestimmungen des Bundespersonalvertretungsgesetzes sinngemäß Anwendung. Dies gilt auch für Verfahren vor der Einigungsstelle und den Verwaltungsgerichten. In den Fällen der Sätze 1 und 2 tritt in diesen Verfahren an die Stelle der Personalvertretung die nach dem Betriebsverfassungsgesetz zuständige Arbeitnehmervertretung.

(5) Bei der Fusion von Landesverbänden wird die Gesellschaft mit dem Rechtsnachfolger des fusionierten Landesverbandes fortgeführt.

(6) Der Spitzenverband Bund soll den Beschäftigten der nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände sowie den Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen eine Anstellung anbieten, soweit dies für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund erforderlich ist. Einer vorherigen Ausschreibung bedarf es nicht."

146. § 214 wird wie folgt gefasst:

„§ 214

Aufgaben

Die Gesellschaft hat die Aufgabe, die Verpflichtungen auf Grund der Rechtsnachfolge oder aus Gesetz zu erfüllen. Die Gesellschafter können im Gesellschaftsvertrag weitere Aufgaben zur Unterstützung der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren."

147. Dem § 215 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Vorstandsverträge, die nach dem 25. Oktober 2006 abgeschlossen oder verlängert werden, enden spätestens zum 31. Dezember 2008. Entsprechend verkürzt sich die Amtszeit."

148. Die §§ 216 und 217 werden aufgehoben.

149. Nach § 217 werden die folgenden §§ 217a bis 217g eingefügt:

„§ 217a

Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

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

§ 217b

Organe

(1) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet. Ein Mitglied des Verwaltungsrates muss dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören. § 33 Abs. 3, die §§ 37, 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Abs. 1 bis 2, 4 bis 6, § 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 1 bis 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches und § 197 gelten entsprechend. Abweichend von § 58 Abs. 2 des Vierten Buches endet die Amtsdauer der im Jahr 2007 gewählten Mitglieder sieben Monate nach den nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung.

(2) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird 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 gilt entsprechend.

(3) Bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird eine Mitgliederversammlung gebildet. Die Mitgliederversammlung wählt den Verwaltungsrat. In die Mitgliederversammlung entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat oder ihrer Vertreterversammlung. Eine Ersatzkasse entsendet jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. § 64 Abs. 1 und 3 des Vierten Buches gilt entsprechend.

§ 217c

Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

(1) Zu wählen sind als Mitglieder des Verwaltungsrates für

1. die Allgemeinen Ortskrankenkassen sieben Versichertenvertreter und sieben Arbeitgebervertreter,
2. die Ersatzkassen 13 Versichertenvertreter,
3. die Betriebskrankenkassen vier Versichertenvertreter und vier Arbeitgebervertreter,
4. die Innungskrankenkassen zwei Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter,
5. die See-Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemein-

sam ein Versichertenvertreter und ein Arbeitgebervertreter.

Bei einer Abstimmung wird die Stimme eines von der Mitgliederversammlung gewählten

1. Versichertenvertreters der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit jeweils fünf Siebteln und die eines Arbeitgebervertreters jeweils mit sechzehn Siebteln,
2. Versichertenvertreters der Ersatzkassen mit jeweils zwanzig Dreizehnteln,
3. Versichertenvertreters der Betriebskrankenkassen mit jeweils drei Vierteln und die eines Arbeitgebervertreters mit jeweils neun Vierteln,
4. Versichertenvertreters der Innungskrankenkassen mit jeweils einer Halben und die eines Arbeitgebervertreters mit drei Halben,
5. gemeinsamen Versichertenvertreters der See-Krankenkasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit 1 und die des gemeinsamen Arbeitgebervertreters mit 2

gewichtet. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. § 43 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. In Anpassung an die Entwicklung der Zahlen der Versicherten kann die Satzung unter Beachtung der Parität der Vertreter von Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Endergebnis, der Höchstzahl von 52 Verwaltungsratssitzen und der größtmöglichen Annäherung an den jeweiligen prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart eine von den Sätzen 1 und 2 abweichende Sitz- und Stimmenverteilung festlegen.

(2) Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt. Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Bewerber enthält, wie ihr Sitze nach Absatz 1 zugeordnet sind. Entsprechendes gilt für die nach Absatz 1 Nr. 5 zu wählenden Mitglieder. Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste, benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter; die Ersatzkassen benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die kassenartbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vorschlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. Die Vorschlagslisten werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter erstellt. Die Wahl erfolgt jeweils getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. Die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Bei den nach Satz 7 getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter der Mitgliedskasse bei einem Wahlgang so viele Stimmen, wie jeweils Sitze nach Absatz 1 zur Verfügung stehen.

(3) Gewählt sind jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der nach Absatz 4 gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart nach Absatz 1 zu verteilen sind. Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

(4) Bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung sind die Stimmen der Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu gewichten. Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitgliedes. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

(5) Die Mitgliederversammlung wählt aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. Für die Mitgliedskasse kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit lädt die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der ersten konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet in dieser ersten Sitzung die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Für die erste Sitzung der Mitgliederversammlung gilt § 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt. Zu den nachfolgenden Sitzungen der Mitgliederversammlung beruft der Vorsitzende ein. Er leitet die Wahl des Verwaltungsrates und stellt das Wahlergebnis fest. Das Nähere regelt die Satzung.

(6) Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates. Für die erste Sitzung des Verwaltungsrates gelten die §§ 75 und 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt.

(7) Das Nähere zur Durchführung der Wahl des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl für die Wahl im Errichtungsstadium wie auch für

die folgenden Wahlen nach Ablauf der jeweiligen Amtsperioden kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung regeln.

§ 217d

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit, bei Ausführung des § 217f Abs. 3 der Aufsicht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Funktion als Verbindungsstelle nach § 219a wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt. § 208 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 217e

Satzung

(1) Der Verwaltungsrat hat eine Satzung zu beschließen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Spitzenverband Bund hat seinen Sitz in Berlin; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz bestimmen. Die Verbindungsstelle (§ 219a) hat ihren Sitz in Bonn; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz in Berücksichtigung der spezifischen Aufgabenstellung festlegen. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

1. die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes sowie die Ergänzung des Verwaltungsrates bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitglieds,
2. die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
4. die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,
6. das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitgliedskassen in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben,
7. die Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
8. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
9. die Art der Bekanntmachung.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

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

§ 217f

Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen (Formate, Strukturen und Inhalte) und Prozessoptimierungen (Vernetzung der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung und mit den Arbeitgebern.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung von beauftragten Stellen nach § 28f Abs. 4 des Vierten Buches.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten.

(5) Die von den bis zum 31. Dezember 2008 bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 30. Juni 2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten so lange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.

§ 217g

Errichtungsbeauftragter

(1) Die Bundesverbände nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die See-Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen bestellen zum Aufbau des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten. Ist eine Bestellung bis zum 30. April 2007 nicht erfolgt, bestellt das Bundesministerium für Gesundheit einen Errichtungsbeauftragten. Er unterstützt den Spitzenverband in der Errichtungsphase, insbesondere bei der Organisation der Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie

den Wahlen des Verwaltungsrates und des Vorstandes. Ist ein Vorstand bis zum 1. Juli 2007 nicht gewählt, hat der Errichtungsbeauftragte bis zur Wahl des Vorstandes die Stellung eines Vorstandes und dessen Rechte und Pflichten.

(2) Die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen. Solange der Spitzenverband Bund keinen Haushaltsplan beschlossen hat, werden diese Aufwendungen von den Bundesverbänden nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der See-Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart aufgebracht. Die nach Satz 2 Verpflichteten haben einen angemessenen Vorschuss auf die zu erwartenden Aufwendungen zu zahlen."

150. § 219a wird wie folgt gefasst:

„§ 219a

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (Verbindungsstelle) wahr. Er erfüllt dabei die ihm durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen,
2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen,
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts,
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie
5. Informationen, Beratung und Aufklärung.

Die Satzung des Spitzenverbandes kann Einzelheiten zur Aufgabenerfüllung regeln und dabei im Rahmen der Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Verbindungsstelle auch weitere Aufgaben übertragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (Verbindungsstelle) nach § 219a in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung. § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs findet entsprechend Anwendung. Der für das Jahr 2008 aufgestellte Haushaltsplan gilt als Teil des Haushalts des Spitzenverbandes fort.

(3) Der Verwaltungsrat hat für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 einen Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen. Der Geschäftsführer verwaltet den Spitzenverband Bund in allen Angelegenheiten nach Absatz 1 und vertritt den Spitzenverband Bund in diesen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts anderes bestimmen. Für den Abschluss des Dienstvertrages gilt § 35a Abs. 6 Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Das Nähere über die Grundsätze der Geschäftsführung durch den Geschäftsführer bestimmt die Satzung.

(4) Der Verwaltungsrat hat den Gesamthaushaltsplan des Spitzenverbandes Bund für den Aufgabenbereich der Verbindungsstelle zu untergliedern. Die Haushaltsführung hat getrennt nach den Aufgabenbereichen zu erfolgen.

(5) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage, deren Berechnungskriterien in der Satzung festgelegt werden (§ 217e Abs. 1 Nr. 3), und durch die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen zur ausschließlichen Verwendung der für die Aufgabenerfüllung verfügbaren Mittel für Zwecke der Verbindungsstelle enthalten."

151. Die §§ 219b bis 219d werden aufgehoben.

152. § 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 bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 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 den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve 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 für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 erforderlichen Mittel 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.

153. § 221 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro, für das Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro und für das Jahr 2007 1,5 Milliarden Euro jeweils am 1. Mai und am 1. November zur Hälfte" durch die Wörter „2007 und das Jahr 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro in halbjährlich zum 1. Mai

und zum 1. November zu überweisenden Teilbeträgen" ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro."

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Ab dem Jahr 2009 erfolgen die Leistungen des Bundes in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds."

d) Im bisherigen Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt" ersetzt.

153a. In § 226 Abs. 4 Satz 4 werden die Wörter „des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. März des Vorjahres" durch die Wörter „des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

154. 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."

155. In § 232a Abs. 1 Nr. 2 Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

156. § 239 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „durch die Satzung" durch die Wörter „durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

157. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Satzung der Krankenkasse bestimmt, unter welchen Voraussetzungen darüber hinaus der Beitragsbemessung hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger niedrigere Einnahmen, mindestens jedoch der sechzigste 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."

bb) Im neuen Satz 6 werden nach dem Wort „Berufsfachschule" die Wörter „oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben" eingefügt.

b) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) Der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder sind 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes."

158. Im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels wird die Überschrift des Dritten Titels wie folgt gefasst:

„Dritter Titel

Beitragssätze, Zusatzbeitrag".

159. § 241 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgende Absätze 2, 3 und 4 werden angefügt:

„(2) Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

(3) Über den beabsichtigten Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 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 2 mindestens drei Wochen liegen."

160. § 241a wird aufgehoben.

161. § 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 ist auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von Satz 2 erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach

§ 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt 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 Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen 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 Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Der Spitzenverband Bund legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Absatz 1 wiedergegeben werden. Die Bundesregierung überprüft anhand dieses Berichts, ob Änderungen der Vorschrift vorgenommen werden sollen."

162. Dem § 243 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Die Bundesregierung legt den ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest. Bei der Berechnung ist der voraussichtliche Anteil der Ausgaben für Krankengeld an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde zu legen.

(4) § 241 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend."

163. § 245 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

164. § 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."

165. § 247 wird wie folgt gefasst:

„§ 247

Beitragssatz aus der Rente

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

166. § 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 Beitragssatzpunkte" ersetzt.

c) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

167. § 249 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 1" wird die Angabe „und 13" eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b."

168. § 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 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge."

169. § 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 angefügt:

„(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein."

170. § 251 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt."

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8, deren tatsächliches Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt, wird der Zusatzbeitrag abweichend von Satz 1 vom Träger der Einrichtung getragen; für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 gilt Absatz 2 Satz 2 entsprechend."

171. § 252 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) In dem neuen Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Beiträge" die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242" eingefügt.

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter."

172. In § 254 Satz 2 werden die Wörter „Die Satzung der Krankenkasse" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

173. § 255 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „sind" die Wörter „mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242" eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesversicherungsamt bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit."

c) Die Absätze 3a und 4 werden aufgehoben.

174. § 257 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 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 Betrags, den sie bei der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes tatsächlich zu zahlen haben" durch die Wörter „der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre" ersetzt.

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 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden" durch die Wörter „findet der Beitragssatz nach § 243 Anwendung" ersetzt.

c) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt."

d) Die Absätze 2b und 2c werden aufgehoben.

e) In Absatz 4 Satz 2 werden das Wort „durchschnittlichen" und die Wörter „der Krankenkassen" gestrichen.

174a. In § 258 Satz 3 wird die Angabe „bis 2c" gestrichen.

175. § 261 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Beitragssatzerhöhungen" durch die Wörter „Erhöhungen des Zusatzbeitrags nach § 242" ersetzt.

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

176. § 264 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Asylbewerberleistungsgesetzes" die Wörter „und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch" eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialhilfe" die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe" eingefügt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buches" die Wörter „oder des Achten Buches" und

bb) in den Sätzen 1 bis 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe" die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe" eingefügt.

d) In Absatz 7 Satz 1 und 3 werden nach dem Wort „Sozialhilfe" die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe" eingefügt.

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

„Vierter Abschnitt

Finanzausgleiche und
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds".

177a. § 265a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „nach § 222" gestrichen.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Eine Verschuldung liegt vor, wenn die Summe von Betriebsmitteln, Rücklagen und Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einen negativen Vermögensstand ergibt."

178. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 266

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-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270); die Zuweisungen werden jeweils entsprechend § 272 angepasst. Mit den alters-, geschlechts- 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) und Morbiditätsgruppen (§ 268) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden."

c) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Grundpauschale und die alters-, geschlechts- 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 jeder Krankenkasse" werden durch die Wörter „der Höhe der Zuweisung nach Absatz 2 Satz 1 jährlich" ersetzt.

bbb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267

Abs. 2) und Morbicitätsgruppen (§ 268 Abs. 1), und".

ccc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge."

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 und je Morbiditätsgruppe nach § 268 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," eingefügt.

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 Nummer 2 wird folgende Nummer 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 Zahlungsverkehrs einschließlich der Stelle, der die Berechnungen und die Durchführung des Zahlungsverkehrs übertragen werden können" ersetzt.

ee) Die Nummern 9 und 10 werden aufgehoben.

ff) Nummer 11 wird Nummer 9.

i) Absatz 8 wird aufgehoben.

j) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 266 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen."

179. § 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 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt danach, ob

1. die Mitglieder bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben oder

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

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

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

d) In Absatz 4 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 werden die Wörter „deren Spitzenverbände" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

f) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere über

1. den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3 und
2. das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart

1. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 und
2. mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6."

g) Absatz 8 wird aufgehoben.

h) In Absatz 9 Nr. 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen" durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

i) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Für die Durchführung des Jahresausgleichs für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 267 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen."

180. § 268 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 3" wird durch die Angabe „§ 266 Abs. 2 Satz 2" ersetzt.

bb) Nach dem Wort „bilden" wird das Wort „(Morbiditätsgruppen)" eingefügt.

cc) Die Nummern 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und

5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen."

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

181. § 269 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „ihre Spitzenverbände" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2" durch die Wörter „legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt fest" ersetzt.

c) 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."

d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Für die Durchführung des Risikopools für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 ist § 269 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zugrunde zu legen."

182. Nach § 269 werden folgende §§ 270 und 271 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 mit Ausnahme der Leistungen nach § 53 Abs. 5,

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.

§ 271

Gesundheitsfonds

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

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

(2) Der Gesundheitsfonds hat eine Liquiditätsreserve aufzubauen, aus der unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und bei der Festsetzung des einheitlichen Betrags nach § 266 Abs. 2 nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle zu decken sind. Das Nähere über Höhe und Aufbau der Liquiditätsreserve wird in der Rechtsverordnung nach § 241 Abs. 1 festgelegt.

(3) Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs. 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Abweichend von Satz 2 sind Darlehen, die vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 an den Gesundheitsfonds ausgezahlt wurden, spätestens zum 31. Dezember 2010 zurückzuzahlen.

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

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

(6) Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7."

183. Nach § 271 wird folgender § 272 eingefügt:

„§ 272

Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist sicherzustellen, dass sich die Be- und Entlastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen in jährlichen Schritten von jeweils höchstens 100 Millionen Euro aufbauen. Hierfür stellt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ohne Berücksichtigung des § 272 gegenüber. Dabei sind als Einnahmen die fiktiven Beitragseinnahmen auf Grund der am 31. Dezember 2008 geltenden Beitragssätze, bereinigt um Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung und fortgeschrieben entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zu berücksichtigen.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastungswirkungen in Bezug auf die in einem Land tätigen Krankenkassen den nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag übersteigen, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte mit Wohnsitz in dem Land, bei dem die höchste Überschreitung festgestellt worden ist, im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr so zu verändern, dass dieser Betrag genau erreicht wird. Die Zuweisungen an die Krankenkassen für deren Versicherte in den übrigen Ländern sind in dem Verhältnis zu verändern, in dem der Überschreitungsbetrag nach Satz 1 zu dem nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrag steht. In den Folgejahren nach 2009 ist das Ergebnis der rechnerischen Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools nach Absatz 1 Satz 2 und 3 länderbezogen um jährlich jeweils 100 Millionen Euro zu erhöhen.

(3) Die Regelungen des Absatzes 1 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, in dem erstmalig in keinem Bundesland eine Überschreitung des nach Absatz 1 Satz 1 jeweils maßgeblichen Betrags festgestellt wurde.

(4) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben des Absatzes 1 sowie die Festlegung von Abschlagszahlungen wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt. Dies gilt auch für die Festlegung der Vorgaben für ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten. In diesem sind bereits vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die Auswirkungen nach Absatz 1 zu quantifizieren."

184. § 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" und die Wörter „Ausschüsse und der Geschäftsstelle" durch die Wörter „Prüfstelle und des Beschwerdeausschusses" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Bundesrechnungshof prüft die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften."

185. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c 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 Prü-

fung 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 Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,

4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66)."

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

186. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird 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; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind 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.

187. In § 278 Abs. 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

188. 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.

189. § 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."

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.

190. § 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 Zusammenarbeit 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.

(3) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesund-

heit. § 208 Abs. 2 und § 274 gelten entsprechend. § 275 Abs. 5 ist zu beachten."

191. § 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 12 wird die Angabe „§§ 85a bis 85d" durch die Angabe „§§ 85c und 87a bis 87c" ersetzt.

b) In Nummer 13 werden nach dem Wort „Modellvorhaben," die Wörter „die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4," eingefügt.

192. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a und § 305" durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie den §§ 106a und 305" ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Sie dürfen die nach den Absätzen 1 und 2 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten der nach § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ermächtigten Vertragsärzte und Vertragszahnärzte auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 genannten Aufgaben erforderlich ist."

bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „medizinischen Versorgungszentren" durch das Wort „Leistungserbringer" ersetzt.

193. 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.

194. § 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 Wahltarifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen 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:

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

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In 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 „beschließen" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Die Vereinbarung" durch die Wörter „Der Beschluss" ersetzt.

cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „Datenschutz" die Wörter „und die Informationsfreiheit" eingefügt.

195. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a 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 die Absätze 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. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten."

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) In Satz 4 Nr. 1 werden nach dem Wort „ihnen" die Wörter „bis zum 30. Juni 2008" eingefügt.

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

„Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008 an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009 jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des je-

weiligen Quartals, zu leisten. 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 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 zustande, 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 wie folgt gefasst:

„(7c) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 nicht bis zum 30. November 2007 zustande oder wird sie gekündigt, zahlen die Spitzenverbände der Krankenkassen an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen am 1. Oktober 2007 aufzuteilen. Die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. 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."

f) Absatz 7d Satz 1 wird 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 3 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" und die Angabe „Absatz 7a Satz 6" durch die Angabe „Absatz 7a Satz 3" 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.

196. § 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 Auf-

träge 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 spätestens ab dem 1. Januar 2009 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 Satz 3 werden nach dem Wort „Datenschutz" die Wörter „und die Informationsfreiheit" eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach Satz 1 gilt § 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7 entsprechend."

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

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

197. § 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.

198. § 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) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In 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.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend."

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

199. § 296 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer, einschließlich von Angaben nach § 293 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, 3, 6, 7 und 9 bis 14 und Angaben zu Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie zusätzlichen Abrechnungsgenehmigungen,
2. Kassennummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle sowie deren Anzahl, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. die Überweisungsfälle sowie die Notarzt- und Vertreterfälle sowie deren Anzahl, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenposition unter Angabe des entsprechenden Fachgruppendurchschnitts,
7. in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a über die von allen Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausbehandlungen) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassennummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen, oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung, bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1,
4. Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

Werden die Aufgreifkriterien nach § 106 Abs. 5a von einem Arzt überschritten, sind der Prüfungsstelle auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln."

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

d) Im Absatz 4 wird das Wort „Geschäftsstelle" durch das Wort „Prüfungsstelle" ersetzt.

200. In § 297 Abs. 1 bis 3 Satz 1 wird jeweils das Wort „Geschäftsstellen" durch das Wort „Prüfungsstellen" ersetzt.

201. 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 oder § 136 Abs. 2 Sozialdaten von Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt, so haben die Richtlinien und Beschlüsse nach § 136 Abs. 2 Satz 2 und § 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Vereinbarungen nach § 137d sicherzustellen, dass

1. in der Regel die Datenerhebung auf eine Stichprobe der betroffenen Patienten begrenzt wird und die versichertenbezogenen Daten pseudonymisiert werden,
2. die Auswertung der Daten, soweit sie nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, von einer unabhängigen Stelle vorgenommen wird und
3. eine qualifizierte Information der betroffenen Patienten in geeigneter Weise stattfindet.

Abweichend von Satz 1 Nr. 1 können die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dieses aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist. Die zu erhebenden Daten sowie Auswahl, Umfang und Verfahren 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 hinausgeht.

(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 Abs. 3 der Gemeinsame Bundesausschuss und im Falle des § 137d die Vereinbarungspartner eine unabhängige Stelle. Diese darf Auswertungen nur für Qualitätssicherungsverfahren mit zuvor in den Richtlinien, Beschlüssen 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."

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

203. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter „vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

204. 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.

205. In § 303a Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

206. In § 303e Abs. 3 wird das Wort „Spitzenverbände" durch das Wort „Bundesverbände" ersetzt.

207. In § 303f Abs. 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen," durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen," ersetzt.

208. § 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) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen" die Wörter „und Bezugsquellen" eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahltarifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren."

209. Dem § 305a werden folgende Sätze angefügt:

„Ist gesetzlich oder durch Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 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 Region mit mindestens jeweils 300 000 Einwohnern oder mit jeweils mindestens 1 300 Ärzten 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. Abweichend von Satz 4 dürfen Leistungserbringer und Krankenkassen Daten über verordnete Arzneimittel in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a nutzen."

210. § 313 wird aufgehoben.

211. § 313a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach der Angabe „ab 2001" die Angabe „bis zum Ausgleichsjahr 2007" eingefügt.

b) Die Absätze 3 bis 5 werden aufgehoben.

212. Folgendes Kapitel wird angefügt:

„Dreizehntes Kapitel

Weitere Übergangsvorschriften

§ 314

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

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

213. Nach § 314 wird folgender § 315 angefügt:

„§ 315

Standardtarif für
Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

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

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

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

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

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif

nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt."

Artikel 2
Weitere Änderungen 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 Artikel 1 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

01. § 6 wird wie folgt geändert:
    a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Wörter „dies gilt nicht für Seeleute;" gestrichen.
    b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Bezieher von Arbeitslosengeld II und für" gestrichen.
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" durch die Wörter „schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam" ersetzt.
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) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt" ersetzt.
        bb) In Satz 3 werden die Wörter „den Spitzenverbänden" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" ersetzt.
    c) Absatz 4 wird aufgehoben.
5. In § 37b Abs. 3 wird die Angabe „nach § 91 Abs. 4" gestrichen.
6. § 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.

6a. § 44 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 Satz 2 wird 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 und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,
    2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,
    3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,
    4. 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. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

    Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt."

7. (entfallen)
8. In § 73d Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

8a. § 75 wird wie folgt geändert:
    a) In Absatz 3a Satz 1 werden nach der Angabe „§ 315" die Wörter „sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes" eingefügt.
    b) In Absatz 7a Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" ersetzt.
9. In § 82 Abs. 3 werden die Wörter „den Verbänden der Ersatzkassen für" gestrichen, das Wort „bundesunmittelbare" durch das Wort „bundesunmittelbaren" und die Wörter „dem Bundesverband der" durch das Wort „den" ersetzt.
10. In § 85 Abs. 4 Satz 12 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
11. (entfallen)
12. (entfallen)

13. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3b wird wie folgt gefasst:

„(3b) Der Bewertungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von einem Institut unterstützt, das gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8 vorbereitet. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ist das Institut am 1. Juli 2008 nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise errichtet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die in Satz 2 genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 1 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend."

b) In Absatz 3f Satz 2 werden die Wörter „ihren Spitzenverband" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

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

13a. § 87a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach den Wörtern „Verbände der Krankenkassen" die Wörter „und die Ersatzkassen" eingefügt.

13b. In § 87b Abs. 4 Satz 3 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

13c. In § 87c Abs. 4 Satz 7 werden nach den Wörtern „Verbänden der Krankenkassen" die Wörter „und den Ersatzkassen" eingefügt.

14. § 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. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zwei Stellvertreter sollen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.

(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. 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 Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 Träger 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 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 Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 bestellen den Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31. Juli 2008. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 30. September 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Regelungen."

14a0. § 106 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

b) In Satz 6 werden die Wörter „und den Verbänden der Krankenkassen" durch die Wörter „ , den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen" ersetzt.

14a. § 115b wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „Verbände der" gestrichen.

15. In § 116b Abs. 5 Satz 6 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

16. In § 125 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Verbände" durch das Wort „Landesverbände" ersetzt.

17. 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.

18. § 127 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Verbände" durch das Wort „Landesverbände" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Verbände" durch das Wort „Landesverbände" ersetzt.

19. In § 130a Abs. 6 Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund" ersetzt.

19a. In § 132a Abs. 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

20. In § 132d Abs. 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt" ersetzt.

21. In § 133 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Verbände" durch das Wort „Landesverbände" ersetzt.

22. § 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.

23. In § 135 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „eines Spitzenverbandes der Krankenkassen" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

24. In § 137d Abs. 1 bis 3 werden jeweils die Wörter „vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter „vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

25. § 137f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Medizinischen 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 Verbände der Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

26. § 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) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Sie können" durch die Wörter „Er kann" ersetzt.

27. In § 140d Abs. 5 Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" ersetzt.

27a. In § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a werden nach den Wörtern „Knappschaft-Bahn-See" die Wörter „und die See-Krankenkasse" eingefügt.

27b. § 174 Abs. 4 wird aufgehoben.

28. § 215 wird aufgehoben.

29. § 221 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Absatzbezeichnung (1) wird gestrichen.

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

29a0. In § 232a Abs. 1 Nr. 2 Satz 3 und 4 werden die Wörter „der Krankenkassen" durch die Wörter „des Gesundheitsfonds", die Wörter „haben die Krankenkassen" durch die Wörter „hat der Gesundheitsfonds" und die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt regeln" durch die Wörter „Das Bundesversicherungsamt regelt" ersetzt sowie die Wörter „und dessen Verteilung an die Krankenkassen" gestrichen.

29a1. § 240 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 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.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig."

cc) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „243 Abs. 2," gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „Die Satzung der Krankenkasse" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

d) Absatz 5 wird aufgehoben.

29a. § 241 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(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. Wenn der Beitragssatz durch Rechtsverordnung zum Ersten eines Monats in Kraft treten soll, hat die Festlegung spätestens zum Ersten des vorvergangenen Monats zu erfolgen. Die Anpassung des Beitragssatzes erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundesrates."

29b. § 243 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

b) Folgender Absatz 1 wird eingefügt:

„(1) Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 4a."

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

d) Im neuen Absatz 3 wird die Angabe „§ 241 Abs. 3 und 4" durch die Angabe „§ 241 Abs. 2 bis 4" ersetzt.

29c. § 249 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

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

30. In § 267 Abs. 6 werden die Sätze 2 bis 8 wie folgt gefasst:

„Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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, sobald sie ihre Aufgaben nach diesem Absatz durchgeführt haben. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 2 sind zu löschen, sobald der Risikostrukturausgleich nach § 266 durchgeführt und abgeschlossen ist."

30a. § 291a Abs. 7 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."

31. § 313a wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)" wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Artikel 2a
Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

In Artikel 8 Abs. 2 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch § 5 Satz 3 der Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist, werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart" ersetzt.

Artikel 3
Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3376), wird wie folgt geändert:

1. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

(3) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Satz 1 gilt entsprechend, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden."

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Bundesagentur kann den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach

§ 242 des Fünften Buches für Bezieher von Arbeitslosengeld II übernehmen, für die der Wechsel der Krankenkasse nach § 175 des Fünften Buches eine besondere Härte bedeuten würde."

2. Dem § 45 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die gemeinsame Einigungsstelle kann in geeigneten Fällen bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitsuchenden den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 275 des Fünften Buches) als Sachverständigen hinzuziehen."

Artikel 4

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 durch Artikel 7 des Gesetzes vom 7. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2814, 2007 II S. 127) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 5

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 18 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- und Pflegekasse" durch die Wörter „Krankenkasse und den Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

1a. In § 24 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Abweichend zu Absatz 1 haben freiwillig Versicherte, Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 5 vom Hundert des rückständigen, auf 50 Euro nach unten abgerundeten Beitrages zu zahlen."

2. In § 28b Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

3. § 28f Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Arbeitgeber statt bei einer Einzugsstelle bei einer Weiterleitungsstelle (beauftragten Stelle)

1. die Meldungen nach § 28a erstatten,
2. die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nach § 28d zahlen,
3. die Betragsnachweise nach § 28f einreichen

kann. Weiterleitungsstelle können Krankenkassen sowie Verbünde, Arbeitsgemeinschaften oder Verbände von Krankenkassen sein. Der Arbeitgeber hat einen entsprechenden Antrag an die beauftragte Stelle zu richten. Die beauftragte Stelle hat die zuständigen Einzugsstellen davon zu unterrichten. Die beauftragte Stelle hat die Gesamtsozialversicherungsbeiträge arbeitstäglich unmittelbar an die in § 28k genannten Stellen zu überweisen. Die Beitragsnachweise und Meldungen sind an die zuständige Einzugsstelle mit einer Übersicht der gezahlten Beiträge unverzüglich weiterzuleiten. Die Träger der Kranken- und Pflegeversicherung, der Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und das Bundesversicherungsamt, soweit es die Verwaltung des Gesundheitsfonds betrifft, können den Beitragnachweis sowie den Eingang, die Verwaltung und die Weiterleitung der Beiträge bei der beauftragten Stelle prüfen. § 28q Abs. 2 und 3 sowie § 28r Abs. 1 und 2 gelten entsprechend."

4. § 28k wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „weiter" ein Semikolon und folgender Halbsatz eingefügt:

„dies gilt entsprechend für die Weiterleitung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds."

b) In Absatz 2 werden die Wörter „zu Gunsten des Risikostrukturausgleichs an die Deutsche Rentenversicherung Bund" durch die Wörter „an den Gesundheitsfonds" ersetzt.

5. § 28l wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die gemeinsam und einheitlich handeln müssen, dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund" ersetzt und das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt und nach dem Wort „einzelnen" die Wörter „Spitzenverbände der" gestrichen.

bb) Satz 4 wird gestrichen.

6. In § 28n Nr. 3 werden nach dem Wort „Rentenversicherung" die Wörter „ , den Gesundheitsfonds" eingefügt.

7. In § 28q Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

7a. § 28r wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Rentenversicherung" ein Komma eingefügt und werden die Wörter „und der Bundesagentur

für Arbeit" durch die Wörter „und der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Gesundheitsfonds" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „haftet der Träger der Rentenversicherung" die Wörter „dem Gesundheitsfonds," eingefügt.

7b. In § 35a Abs. 3 Satz 2 werden nach dem Wort „beträgt" die Wörter „bis zu" eingefügt.

8. In § 44 Abs. 1 Nr. 3 werden nach dem Wort „Versicherten" folgende Wörter eingefügt:

„ ; dies gilt nicht nach Fusionen mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart oder bei der Gründung neuer Institutionen."

9. In § 69 Abs. 5 wird das Wort „Rentenversicherung" durch die Wörter „Kranken- und Rentenversicherung" ersetzt.

10. § 117 Abs. 1 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 ab dem 1. April 2007 zu 100 Prozent" eingefügt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 22 des Gesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), wird wie folgt geändert:

1. § 106 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 Beitragssatzpunkte 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 die Wörter „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen" durch die Wörter „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

bb) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

2. In § 154 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „um den durchschnittlichen" durch die Wörter „um den allgemeinen" ersetzt.

3. § 163 Abs. 10 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der durchschnittliche Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz eines Kalenderjahres ergibt sich aus der Summe der zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätze in der allgemeinen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung und des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung."

Artikel 7

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 Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2742), wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

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

„(2a) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 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:

„Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nur dann als geeignet anzusehen, wenn sie nach § 20 Abs. 2 Satz 2 zertifiziert sind."

Artikel 8

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 21 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach § 33 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 33a Leistungsausschluss".

b) Nach § 43a werden die Angaben

„Fünfter Titel

Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

§ 43b Finanzierungszuständigkeit"

gestrichen.

c) Nach § 92a werden folgende Angaben eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung

§ 92b Integrierte Versorgung".

2. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann" ersetzt.

b) In Satz 6 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt" ersetzt und die Wörter „; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend" gestrichen.

c) In Satz 9 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

3. In § 10 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

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

„Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht."

5. § 17 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit."

b) In Satz 2 werden die Wörter „Sie haben" durch die Wörter „Er hat" ersetzt.

c) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3."

6. 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 oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen."

7. Nach § 33 wird folgender § 33a eingefügt:

„§ 33a

Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Pflegekasse in ihrer Satzung."

8. 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."

9. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

10. 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."

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

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

13. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) 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 je Kalendermonat,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1 279 Euro je Kalendermonat,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1 432 Euro je Kalendermonat,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1 688 Euro je Kalendermonat.

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 aufgehoben.

14. Nach § 43a wird der Fünfte Titel aufgehoben.

15. In § 44 Abs. 3 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

16. In § 45 Abs. 3 werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen," gestrichen.

17. In § 45a Abs. 2 Satz 3 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt" und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

18. § 45c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt" ersetzt.

c) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

19. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung."

bb) In Satz 4 wird vor dem Wort „Kosten" das Wort „umlagefinanzierten" eingefügt.

20. In § 47 Abs. 1 wird Nummer 3 aufgehoben und die bisherigen Nummern 4 bis 9 werden die Nummern 3 bis 8.

21. In § 47a Satz 2 werden die Wörter „den Landesverbänden der Pflegekassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

22. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend."

b) Absatz 3 Satz 2 wird aufgehoben.

23. § 52 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter „die Ersatzkassen" ersetzt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Soweit in diesem Buch die Landesverbände der Pflegekassen Aufgaben wahrnehmen, handeln die in Absatz 1 aufgeführten Stellen."

24. § 53 wird wie folgt gefasst:

„§ 53

Aufgaben auf Bundesebene

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. Die §§ 217b, 217d und 217f des Fünften Buches gelten entsprechend."

25. In § 53a Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt" ersetzt und die Wörter „gemeinsam und einheitlich" gestrichen.

26. In § 55 Abs. 3 Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen gemeinsam" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt" ersetzt.

27. § 57 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „§§ 226 und 228 bis 238" durch die Angabe „§§ 226 bis 238" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „nach § 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen" durch die Wörter „nach § 241 des Fünften Buches festgelegten allgemeinen Beitragssatz" ersetzt.

28. 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.

29. 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.

30. § 60 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Die § 252 Satz 2, §§ 253 bis 256" durch die Angabe „§ 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256" ersetzt.

    b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat."

31. § 65 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

    a) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

    b) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

    „3. den vom Gesundheitsfonds überwiesenen Beiträgen der Versicherten."

32. In § 66 Abs. 1 Satz 4 werden die Wörter „den Spitzenverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

33. In § 75 Abs. 6 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

34. § 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 verstärkt Rechnung zu tragen. Die §§ 36, 126 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. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. 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 4 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 aufgehoben.

    c) Absatz 5 wird Absatz 4.

35. In § 80 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" und die Wörter „Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

36. § 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 Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden" ersetzt.

    b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches" durch die Angabe „Satz 2" ersetzt.

    c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

    „(3) Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist."

37. § 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."

38. § 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."

39. § 92a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 1 werden die Wörter „den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen" ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

c) In Absatz 6 werden die Wörter „Die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen" ersetzt.

40. Nach § 92a wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt

Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung

§ 92b

Integrierte Versorgung

(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung 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 zur Durchführung der integrierten Versorgung 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 gilt für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend."

41. In § 94 Abs. 1 Nr. 6a werden 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.

42. In § 104 Abs. 1 Nr. 2a werden nach der Angabe „(§ 89)" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 80a)" die Wörter „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)" eingefügt.

43. In § 105 Abs. 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

44. In § 113 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „von den Landesverbänden der Pflegekassen oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

45. § 118 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 5 werden die Wörter „durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „durch die Landesverbände der Pflegekassen oder den Spitzenverband Bund der Pflegekassen" und die Wörter „des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Pflegekassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen" und die Wörter „der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zum 31. Dezember 2009, danach in Abständen von drei Jahren, berichten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Fortführung ihrer bisherigen Berichtspflicht gegenüber dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung."

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen" und die Wörter „den Spitzenverbänden der Pflegekassen" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen" ersetzt.

Artikel 9

Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 78 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 8 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt mit Wirkung für seine Mitglieder" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Sie erstellen" durch die Wörter „Er erstellt" ersetzt.

Artikel 10

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 Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2670) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

„§ 32

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches und des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenkasse nach Satz 4 hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch den Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

(2) Für freiwillig Versicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 des Fünften Buches oder des § 6 Abs. 1 Nr. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt sind. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Beiträge für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.

(4) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung.

(5) Besteht eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen, werden die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt sind. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Soweit nach den Sätzen 1 und 2 Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen."

Artikel 11

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die 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 wie folgt geändert:

1. In § 196 Abs. 2 wird die Angabe „§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2" durch die Angabe „§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4" ersetzt.
2. In § 197 Satz 1 werden nach dem Wort „Verpflegung" das Komma und die Wörter „für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage" gestrichen.

Artikel 12

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 7 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht" durch „bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Künstler und Publizisten, die im Falle einer Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, ist bei der Berechnung

des Zuschusses nach Satz 1 anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" durch die Angabe „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „sind bei der Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes" durch die Angabe „ist bei der Berechnung des Zuschusses anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" ersetzt.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „bis 2c" gestrichen.

2. § 16 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrages gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte zu zahlen; die §§ 223, 234 Abs. 1 und § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung."

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld, ist bei der Berechnung des Zuschusses anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zugrunde zu legen."

c) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt, so hat er daraus resultierende Prämienzahlungen an die Krankenkasse zu leisten."

Artikel 13

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

§ 30 Abs. 8 Satz 1 Nr. 2 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 14 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Renten wegen Alters, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte um den Vomhundertsatz gemindert werden, der für die Bemessung des Beitrags der sozialen Pflegeversicherung (§ 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) gilt, und um die Hälfte des Vomhundertsatzes des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch); die zum 1. Januar festgestellten Beitragssätze gelten insoweit jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres,".

Artikel 14

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung für Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Abs. 2 wird die Angabe „§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2" durch die Angabe „§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4" ersetzt.
2. In § 24 Satz 1 werden nach dem Wort „Verpflegung" das Komma und die Wörter „für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage" gestrichen.

Artikel 15

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 Artikel 2 Abs. 11 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Satz 1 und 2 wird 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 nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 6 und 7 angefügt:

„6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,

7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen."

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

„(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistun-

gen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht."

c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht."

3. In § 3 Abs. 2 wird nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 6 und 7 angefügt:

„6. die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,

7. die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren."

4. In § 3a Nr. 1 wird im zweiten Halbsatz die Angabe „§ 6 Abs. 4" durch die Angabe „§ 6 Abs. 4 und 9" ersetzt.

4a. In § 4 Abs. 3 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„§ 257 Abs. 2a und § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend."

5. In § 7 Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Angabe 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."

6. § 8 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) Der Anspruch auf Leistungen ruht für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden."

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass Absatz 8 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden ist."

6a. Dem § 12 wird folgender Satz angefügt:

„Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

7. In § 13 Abs. 4 wird die Angabe „§ 44 Abs. 1 Satz 1" durch die Angabe „§ 44 Abs. 1" ersetzt.

8. In § 15 werden die Wörter „und Fünften" gestrichen.

9. § 17 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4" 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.

10. § 19 Abs. 2 wird aufgehoben.

11. Nach § 19 wird folgender § 20 eingefügt:

„§ 20

Versicherung besonderer Personengruppen

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden."

12. In § 21 Abs. 2 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 254 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, dass die Satzung der Krankenkasse andere Zahlungsweisen vorsehen kann." angefügt.

13. In § 22 Abs. 1 wird nach Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 7 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag, der sich aus entsprechender Anwendung von § 186 Abs. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt."

14. § 23 Abs. 2 wird aufgehoben.

15. In § 24 Abs. 1 wird nach Nummer 7 der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

„8. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied, dessen Versicherungspflicht erlischt, seinen Austritt erklärt; wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen nach einem Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort,

9. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7; dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind."

16. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Satzung,
Organe, Aufgabenerledigung".

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Satzung muss ferner Bestimmungen enthalten über die Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge."

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Aufgabenerledigung durch Dritte ist § 197b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden."

17. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird 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."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Neben den im Siebten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und in den §§ 58a und 58b des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte genannten Aufgaben hat der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen die Zuschüsse des Bundes und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 auf die Mitgliedskassen zu verteilen."

18. § 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 gezahlte Beiträge und
3. den in den Beiträgen nach § 38 Abs. 4 enthaltenen Solidarzuschlag

gedeckt sind."

19. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Familienangehörigen" ein Komma und die Wörter „den Solidarzuschlag nach Absatz 4" eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 bis 4 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 zu Stande, 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 Satz 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 nach Satz 1 im vorvergangenen Kalenderjahr gegenüber dem davor liegenden Kalenderjahr verändert haben. Das Bundesminis-

terium 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."

20. § 39 wird wie folgt geändert:

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

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

„Für die Bemessung dieser Beiträge 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 Beitragssatzpunkte."

b1) Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) 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 Satzteil nach dem Semikolon durch die Wörter „für die Bemessung der Beiträge gilt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte" ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 4 folgender Satz 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."

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."

22. § 42 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „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 0,9 Beitragssatzpunkte" ersetzt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

23. Dem § 43 wird folgender Absatz 3 angefügt:

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

24. § 43a wird aufgehoben.

25. § 44 Abs. 1 Satz 2 wird 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."

26. § 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 der Krankenkassen die Regelungen der Satzung treten. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 41. Für die Beitragsfreiheit bei Bezug von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld gilt § 224 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen."

27. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein."

28. § 48 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 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 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge."

b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen des Absatzes 4 ist das Bundesversicherungs-

amt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt."

29. § 50 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 255 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 und 3 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt."

30. 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 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht anzuwenden, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Beitragserhöhung erforderlich wäre."

30a. § 51a wird wie folgt gefasst:

„§ 51a

Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung

Für die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung ist § 264 Abs. 2 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden."

31. In § 63 Abs. 1 Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und werden 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."

32. § 66 wird aufgehoben.

Artikel 16

Weitere Änderungen 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 Artikel 15 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

01. § 8 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass Absatz 6 und Absatz 8 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden sind."

1. In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen," gestrichen.

2. Die Überschrift des Fünften Abschnitts wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Wahrnehmung von Verbandsaufgaben".

3. § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34

Verbandsaufgaben in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

(1) Der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen nimmt in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Verbandsaufgaben wahr; er tritt insoweit in die Rechte und Pflichten des früheren Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (§ 212 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) ein. § 217f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(2) Neben den sich aus diesem Gesetz ergebenden Aufgaben und den in den §§ 58a und 58b des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte genannten Aufgaben hat der Verband die Zuschüsse des Bundes und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen zu verteilen.

(3) Die Verwaltungskosten des Verbandes sind nach den Grundsätzen des § 52 zu erstatten.

(4) Für das Haushalts- und Rechnungswesen ist § 208 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe anzuwenden, dass auch § 71d des Vierten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend gilt."

4. § 35 wird aufgehoben.

5. § 38 Abs. 1 Satz 3 wird aufgehoben.

6. In § 58 werden die Wörter „deren Bundesverband" durch die Angabe „den Verband nach § 34" ersetzt.

7. In § 63 Abs. 1 Satz 3 wird nach den Wörtern „anzuwenden sind" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

Artikel 17

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2742), wird wie folgt geändert:

1. § 35a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 werden die Wörter „vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. März festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen" durch die Angabe „um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

   b) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

2. § 58b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Satz 1 werden vor dem Schlusspunkt die Wörter „und nimmt Verbandsaufgaben in der Krankenversicherung der Landwirte wahr" angefügt.

   b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

   „Weiterer Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften."

Artikel 18

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 56 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407), wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen, den" die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
2. In § 9 Abs. 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen und den" die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
3. In § 17 Abs. 5 Satz 3 werden nach den Wörtern „die Landesverbände der Krankenkassen und die" die Wörter „Verbände der" gestrichen.

3a. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände, die zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3;
2. die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung der landesrechtlichen Vorgaben für die Ausbildungsstätten und zum Abzug des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten, bei einer fehlenden Vereinbarung nach Nummer 1 auch zu den dort möglichen Vereinbarungsinhalten.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei bei Satz 1 Nr. 1 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 und bei Satz 1 Nr. 2 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1."

b) In Absatz 3 werden die Sätze 5 bis 9 durch folgende Sätze ersetzt:

„Ab dem Jahr 2010 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 4b zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Es ist eine Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 6 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben; dabei sind krankenhausindividuelle Abweichungen des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben."

c) Nach Absatz 4a wird folgender Absatz 4b eingefügt:

„(4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben."

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 nach § 17a Abs. 4b sowie" eingefügt.

bb) In Satz 7 werden die Wörter „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann" durch die Wörter „Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung" ersetzt und nach der Angabe „6" das Wort „zu" eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."

cc) 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."

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 der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme."

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Abschläge" ein Komma und die Wörter „der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b" sowie nach dem Wort „Krankenhäusern" die Wörter „oder Ausbildungsstätten" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhäusern" die Wörter „oder Ausbildungsstätten" eingefügt.

d) In Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter „oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2" durch die Angabe „nach § 17a Abs. 4b" ersetzt.

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 Wörter „in den Jahren 2003 bis 2004" gestrichen.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden nach den Wörtern „den Landesverbänden der Krankenkassen und den" die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Die Landesverbände der Krankenkassen und die" die Wörter „Verbände der" gestrichen.

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. In § 18 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „die Landesverbände der Krankenkassen, die" die Wörter „Verbände der" gestrichen.

7. § 18a Abs. 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „der Spitzenverbände" durch die Wörter „des Spitzenverbandes Bund" ersetzt.

c) In Satz 8 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

8. In § 27 werden die Wörter „gebildeten Verbände" durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten" ersetzt.

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) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Das Statistische Bundesamt führt unter Verwendung der von der DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten jährlich eine Auswertung zu folgenden Sachverhalten durch:

1. Identifikationsmerkmale der Einrichtung,
2. Patienten nach Anlass und Grund der Aufnahme, Weiterbehandlung, Verlegung und Entlassung sowie Gewicht der unter Einjährigen bei der Aufnahme, Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen, Beatmungsstunden, vor- und nachstationäre Behandlung, Art der Operationen und Prozeduren sowie Angabe der Leistungserbringung durch Belegoperateur, -anästhesist oder -hebamme,
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 Ausbildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a sowie die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr."

Artikel 19

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag" durch die Wörter „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Kodierrichtlinien" die Wörter „oder auf eine bereits eingetretene, veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren" 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 9 angefügt:

„(9) Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, die nach dem 31. Dezember 2006 entlassen werden, ist ein Abschlag in Höhe von 0,5 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen; der Abschlag gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008. Haben Krankenkassen Rechnungen nach Satz 1 ohne Abschlag bezahlt, ist der Krankenhausträger verpflichtet, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,5 vom Hundert des Rechnungsbetrags an die jeweilige Krankenkasse zu erstatten. Bemessungsgrundlage für den Abschlag nach Satz 1 und 2 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 infolge des Abschlags nicht berücksichtigt."

3. In § 9 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

4. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt."

b) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag" durch die Wörter „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt.

5. In § 20 werden die Wörter „gebildeten Verbände" durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten" ersetzt.

6. § 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) In Satz 5 werden nach den Wörtern „unverzüglich Auswertungen" die Wörter „für seine Belange und für empfohlene Auswertungen nach Satz 6" eingefügt.

cc) In Satz 9 werden nach dem Wort „Absatz" die Wörter „und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a 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 von der Institution auf Bundesebene glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend."

7. In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)" wird in Abschnitt B2 lfd. Nr. 13 das Wort „BAT-Ost-West-Angleichung" durch das Wort „TVöD-Ost-West-Angleichung" ersetzt.

Artikel 20

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439), 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.

1a. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 Nr. 5 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag" durch die Wörter „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag" durch die Wörter „Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt.

2. 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.

3. In § 15 Abs. 1 und 2 werden jeweils die Wörter „Die Spitzenverbände" durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund" ersetzt.

4. In § 25 werden die Wörter „gebildeten Verbände" durch die Wörter „benannten Bevollmächtigten" ersetzt.

Artikel 21

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „einer Krankenkasse" das Komma durch das Wort „oder" ersetzt und werden die Wörter „oder der Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
2. In § 9 Abs. 1 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen" das Komma durch das Wort „und" ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
5. § 13 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 4 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
   b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund" ersetzt, nach dem Wort „Vereinigungen" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und vor dem Wort „unterstützen" die Wörter „und die Ersatzkassen" eingefügt.
      bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Bundesvereinigung" das Komma gestrichen und werden 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 die Wörter „Verbänden der" gestrichen.

6a. In § 16 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 wird jeweils das Wort „unmittelbar" durch die Wörter „in absehbarer Zeit" 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 „sowie die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
9. In § 27 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
10. In § 28 Abs. 2 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen" das Komma durch das Wort „und" ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
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" ersetzt.
12. In § 33 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
13. In § 34 Abs. 2 Satz 1 und 2 und Abs. 8 werden jeweils die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
14. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

Artikel 22

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3439), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „einer Krankenkasse" das Komma durch das Wort „oder" ersetzt und werden die Wörter „oder der Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
2. In § 9 Abs. 1 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen" das Komma durch das Wort „und" ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
3. In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
4. In § 12 Abs. 1 werden die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
5. § 13 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 4 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
   b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund" ersetzt, nach dem Wort „Vereinigungen" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und vor dem Wort „unterstützen" die Wörter „und die Ersatzkassen" eingefügt.
      bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Bundesvereinigung" das Komma gestrichen und werden 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 die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
7. § 16 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „unmittelbar" durch die Wörter „in absehbarer Zeit" ersetzt.
   b) Die Absätze 3 bis 7 werden aufgehoben.
8. Abschnitt IVa wird aufgehoben.
9. § 19 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 wird aufgehoben.

9a. Dem § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

   „Ein Zahnarzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Vertrages nach § 73c oder § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird."

10. In § 26 Abs. 2 werden die Wörter „sowie die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.

11. In § 27 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
12. In § 28 Abs. 2 wird nach den Wörtern „die Krankenkassen" das Komma durch das Wort „und" ersetzt und werden die Wörter „und die Verbände der Ersatzkassen" gestrichen.
13. § 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" ersetzt.
14. In § 33 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
15. In § 34 Abs. 2 Satz 1 und 2 und Abs. 8 werden jeweils die Wörter „Verbänden der" gestrichen.
16. In § 37 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

Artikel 23

Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung

Die Ausschussmitglieder-Verordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-9, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch die Verordnung vom 2. September 2004 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses und" gestrichen.
    b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

    „Die Amtsdauer der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt sich nach § 91 Abs. 2 Satz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."
    c) In dem neuen Satz 3 werden nach den Wörtern „neu hinzugetretene Mitglieder" die Wörter „der Ausschüsse" eingefügt.
2. (entfallen)
3. § 7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten Reisekostenvergütung nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes."
4. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „über Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der Reisekostenstufe C." durch die Wörter „des Landes über Reisekostenvergütung." ersetzt.

4a. In § 9 Satz 1 werden nach dem Wort „erhalten" ein Komma und die Wörter „soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind," eingefügt.

4b. In § 10 Satz 1 werden nach dem Wort „erhalten" ein Komma und die Wörter „soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind," eingefügt.

5. § 11 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „(Zahnärzte)" das Wort „einerseits" und nach dem Wort „Krankenkassen" die Wörter „und die Ersatzkassen andererseits" eingefügt.
    b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen" die Wörter „und die Ersatzkassen" eingefügt.

Artikel 24

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 59 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „sieben" durch das Wort „vier" ersetzt.
        bb) In Satz 3 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
    b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.
    c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
        aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „sieben" durch das Wort „vier" ersetzt.
        bb) In Satz 4 werden die Wörter „den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
2. § 11 wird wie folgt geändert:
    a) In Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband der Ortskrankenkassen" durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
    b) In Satz 3 werden die Wörter „Bundesverband, Verband der Ersatzkassen" durch die Wörter „den Ersatzkassen" ersetzt.

Artikel 25

Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung 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 (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – 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" und die Wörter „sechs, mindestens jeweils drei" durch die Wörter „vier, mindestens jeweils zwei" ersetzt.

cc) In Satz 3 werden 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 wird nach dem Wort „weisungsgebunden" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Satzteil gestrichen.

c) In Absatz 2 Satz 1 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" und 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 3 Nr. 3 werden die Wörter „in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle" gestrichen.

b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Verbände der" gestrichen.

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Geschäftsstelle" durch das Wort „Prüfungsstelle" ersetzt.

b) In den Absätzen 1 und 3 werden jeweils die Wörter „der Ausschüsse" durch die Wörter „des Ausschusses" 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 und in Nummer 1 das Komma nach dem Wort „laden", die Wörter „die Entscheidungen vorzubereiten" und 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 dem bisherigen Satz 2 wird jeweils das Wort „Geschäftsstelle" durch das Wort „Prüfungsstelle" und werden die Wörter „den Ausschüssen" durch die Wörter „dem Ausschuss" ersetzt.

cc) In dem bisherigen 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. In § 5 Abs. 1 werden die Wörter „der Vorsitzenden der Prüfungs- und der Beschwerdeausschüsse und ihrer" durch die Wörter „des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner" und wird das Wort „Geschäftsstelle" durch das Wort „Prüfungsstelle" ersetzt.

Artikel 25a

Weitere Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

In § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29), die durch Artikel 25 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die Wörter „der Verbände" gestrichen.

Artikel 26

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Die Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152) wird wie folgt geändert:

1. In § 5 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die Meldungen müssen die Betriebsnummer der Krankenkasse des Beschäftigten enthalten."

2. In § 19 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „den Spitzenverbänden" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" ersetzt und das Wort „gemeinsam" gestrichen.

3. In § 21 Satz 1 werden die Wörter „von einem Spitzenverband" durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund" ersetzt.

4. In § 22 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

5. In § 32 Abs. 1 werden die Wörter „den Krankenkassen" durch die Wörter „den Einzugsstellen, dem Bundesversicherungsamt als Träger des Gesundheitsfonds, den Kranken- und Pflegekassen" ersetzt.

Artikel 27

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Die Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138) wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 wird das Wort „und" durch die Wörter „ , den Gesundheitsfonds und die" ersetzt.

2. In § 6 Abs. 2 wird das Wort „Krankenkassen" durch die Wörter „Pflegekassen, dem Bundesversicherungsamt als Träger des Gesundheitsfonds, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

Artikel 28

Änderung der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung

In § 2 Abs. 3 Satz 1 der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung vom 17. März 2000 (BGBl. I S. 233), die zuletzt durch Artikel 458 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, werden die Wörter „der halbe vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung festgestellte jahresdurchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung" ersetzt durch die Wörter „die Hälfte des von der Bundesregierung festgelegten um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der Krankenversicherung" ersetzt.

Artikel 29

Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung

Die KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung vom 3. März 1998 (BGBl. I S. 392), zuletzt geändert durch Artikel 456 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 1 wird das Wort „durchschnittlichem" gestrichen.
2. In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist der nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zum 1. Januar des Kalenderjahres der Dienstleistung festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen" durch die Wörter „allgemeine Beitragssatz ergibt sich auf Grund § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ersetzt.
3. In § 4 Abs. 2 Nr. 4 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
4. In § 5 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter „den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

Artikel 30

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3367), 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:

      „§ 10

      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" durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund" 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. Dem § 78 werden die folgenden Absätze 3 und 4 angefügt:

   „(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2, für die durch die Verordnung nach Absatz 1 Preise und Preisspannen bestimmt sind, haben die pharmazeutischen Unternehmer einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen; für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, haben die pharmazeutischen Unternehmer zum Zwecke der Abrechnung der Apotheken mit den Krankenkassen ihren einheitlichen Abgabepreis anzugeben, von dem bei der Abgabe im Einzelfall abgewichen werden kann. 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.

(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 die zu diesem Zweck nach § 47 Abs. 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 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. entgegen § 11 Abs. 7 Satz 1 eine Teilmenge abgibt,".

Artikel 31

Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung

§ 2 Abs. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632), die zuletzt durch die Verordnung vom 22. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3465) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke,".

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

„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,".

c) In Nummer 5 wird nach der Angabe „Nummer 4" die Angabe „oder Nummer 4a" eingefügt.

Artikel 32

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 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 Nr. 7 können Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände das Verfahren für die Berechnung der 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 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises" durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden das Wort „Hersteller" durch die Wörter „pharmazeutischen Unternehmer" und das Wort „Herstellerabgabepreis" durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.

b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Für die erneute Abgabe der an eine Apotheke zurückgegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel durch die Apotheke beträgt der Festzuschlag 5,80 Euro."

4. 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 bis 6 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr" ersetzt.

5. In § 10 wird Absatz 3 aufgehoben.

6. Nach § 10 wird folgender § 11 eingefügt:

„§ 11

Preise in besonderen Fällen

Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln in den Fällen des § 78 Abs. 4 des Arzneimittelgesetzes 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 zugrunde 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 33

Weitere Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch Artikel 32 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 34

Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Nach § 5b Abs. 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 10. März 2005 (BGBl. I S. 757) geändert worden ist, 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- und 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 35

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

§ 14 Abs. 1 Satz 2 der Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch die Verordnung vom 10. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2217) geändert worden ist, 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 36

Änderung des Apothekengesetzes

In § 14 Abs. 7 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 34 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

„Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden."

Artikel 37

Änderung der Schiedsstellenverordnung

Die Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), zuletzt geändert durch Artikel 455 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 2 Satz 2 werden die Wörter „von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter „vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
2. In § 5 werden die Wörter „Bundesverband der Betriebskrankenkassen" durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
3. § 9 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Bundesverband der Betriebskrankenkassen" durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.
   b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die Spitzenverbände" durch die Wörter „der Spitzenverband Bund" ersetzt.

Artikel 38

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 18. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3224), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 4 werden nach den Wörtern „landwirtschaftlichen Krankenkassen" die Wörter „ , ab dem Jahr 2008 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" angefügt.
2. § 3 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 7 werden nach dem Wort „sind" ein Komma und die Wörter „im Fall des § 28d Abs. 3 frühestens mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse" eingefügt.
   b) In Satz 8 Nr. 3 wird die Angabe „2a, 2b, 4a, 4b, 6a, 6b, 8a, 8b, 10a, 10b, 12a oder 12b" durch die Angabe „2b, 4b, 6b, 8b, 10b oder 12b" ersetzt.
3. § 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) Absatz 2 Nr. 2 wird 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 ge-

nannten 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 sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nr. 2 entsprechend."

4. § 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 Nr. 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 Nr. 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 und 2 wird jeweils nach der Angabe „Absatz 2 Satz 1 Nr. 7" die Angabe „in der vor dem 1. April 2007 geltenden Fassung" eingefügt.

d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Anforderungen nach § 28d Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 2 gelten nur für den Teil der in Absatz 1 genannten Anlagen, der den in § 28d Abs. 1 Nr. 1 genannten Anlagen entspricht."

5. § 28g Abs. 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 1. April 2007 zugelassen sind, gelten für die Dauer von höchstens fünf Jahren als zugelassen."

6. Nach § 30 werden folgende §§ 31 bis 34 eingefügt:

„§ 31

Auswahl und
Anpassung des Klassifikationsmodells

(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der

1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat,
2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und
3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen hat.

Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten. In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein.

(4) Das Bundesversicherungsamt legt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008 fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Al-

tersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen.

(5) Die auf Grund der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes, vom 1. Januar 2009 an aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

§ 32

Monatliches Ausgleichsverfahren ab 2009

Abweichend von § 3 Abs. 6 erheben die Krankenkassen für den monatlichen Ausgleich nach § 17 für Leistungsausgaben ohne Krankengeld versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume

1. Januar bis Juni und

2. Januar bis Dezember

(Berichtszeiträume) des Ausgleichsjahres. Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 1 bis zum 15. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 2 bis zum 15. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesversicherungsamt über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinell verwertbar vor.

§ 33

Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009

(1) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Abs. 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Hebt das Bundesversicherungsamt auf Grund der Evaluationsberichte nach § 28g die Zulassung eines Programms auf oder lehnt es die Verlängerung der Zulassung ab, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren.

§ 34

Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Für die Schätzung der Belastungen auf Grund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2008 zusätzlich zur Datenerhebung nach § 30 folgende Angaben versichertenbezogen als Stichprobe:

1. die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten,
2. die Anzahl der Versichertentage mit einer Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3,
3. die Anzahl der Versichertentage mit einer Zuordnung zu jeweils einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2 oder 4 differenziert nach der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3,
4. das Jahresarbeitsentgelt gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und
5. die für die Bezieher von Arbeitslosengeld gezahlten Beiträge.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung der Angabe nach Satz 1 Nr. 1 und das Stichprobenverfahren der Angaben nach Satz 1. Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland sind bei der Erhebung nach Satz 1 nicht zu erfassen. § 30 Abs. 2 und 4 gilt entsprechend. Zur Erfüllung des in Satz 1 genannten Zwecks kann das Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(2) Die Datenerhebung nach Absatz 1 erfolgt letztmalig in dem Jahr, in dem die Voraussetzung nach § 272 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt wurde."

Artikel 39

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 vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190, 2256) wird die Angabe „1. Januar 2007" durch die Angabe „31. Dezember 2008" ersetzt.

Artikel 40

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), geändert durch Artikel 68 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242), wird aufgehoben.

Artikel 41

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

Das Aufwendungsausgleichsgesetz vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), 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 Krankenkassen regelt das Nähere" ersetzt.
3. § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „beschränken" die Wörter „und verschiedene Erstattungssätze, die 40 vom Hundert nicht unterschreiten, vorsehen" angefügt.
   b) Nummer 4 wird gestrichen.

Artikel 42

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch Artikel 14 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), 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 43

Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 368), wird wie folgt geändert:

01. Dem § 178a werden folgende Absätze 5 bis 9 angefügt:

„(5) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(6) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 5 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

(7) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 5 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 1 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Er-

füllung der Pflicht nach Absatz 5 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinne des Absatzes 5 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des Absatzes 5 vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 178f Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 178h Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit § 178k dieses Gesetzes).

(8) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 5 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

(9) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist."

1. In § 178b wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

   „(1a) Bei der Krankheitskostenversicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Leistungserbringer seinen Anspruch auf Leistungserstattung auch gegen den Versicherer geltend machen, soweit der Versicherer aus dem Versicherungsverhältnis zur Leistung verpflichtet ist. Im Rahmen der Leistungspflicht des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis haften Versicherer und Versicherungsnehmer gesamtschuldnerisch."

2. In § 178c Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „ausscheiden" die Wörter „oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgeschieden sind" eingefügt.

3. § 178e wird wie folgt geändert:

   a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

   b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

      „(2) Absatz 1 gilt nicht bei Gewährung von Versicherung im Basistarif."

4. § 178f wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

      1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrages im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach Satz 1 und 2 kann nicht verzichtet werden."

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen."

5. § 178g Abs. 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist."

6. Dem § 178h wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 178a Abs. 5 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist."

7. § 178i Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 178a Abs. 5 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen."

Artikel 44

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 5. Januar 2007 (BGBl. I S. 10), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 8 wird folgende Überschrift eingefügt:

„IIa. Ausübung der Geschäftstätigkeit".

b) Nach der Angabe zu § 10a wird folgende Überschrift eingefügt:

„1. Lebensversicherung".

c) Nach der Angabe zu § 11e wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Krankenversicherung".

d) Nach der Angabe zu § 12f wird folgende Überschrift eingefügt:

„§ 12g Risikoausgleich".

2. Nach § 8 wird folgende Überschrift eingefügt:

„IIa. Ausübung der Geschäftstätigkeit".

3. Nach § 10a wird folgende Überschrift eingefügt:

„1. Lebensversicherung".

4. Nach § 11e wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Krankenversicherung".

5. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 4 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

„5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge."

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 1a bis 1c eingefügt:

„(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 178a Abs. 5 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören, und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 178a Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 178a Abs. 5 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 178f Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 178h Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit § 178k des Versicherungsvertragsgesetzes).

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zu Grunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-

Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist."

c) Nach dem neuen Absatz 1c wird folgender Absatz 1d angefügt:

„(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a dieses Gesetzes festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus."

d) Nach Absatz 4a wird folgender Absatz 4b eingefügt:

„(4b) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt."

e) In Absatz 5 wird die Angabe „die Absätze 1 bis 4" durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 1 bis 4 und die Absätze 2 bis 4" ersetzt.

6. § 12c Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „für die Bemessung" die Wörter „und Begrenzung" eingefügt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. nähere Bestimmungen zur Berechnung des Übertragungswerts nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 zu erlassen,".

7. Nach § 12f wird folgender § 12g eingefügt:

„§ 12g

Risikoausgleich

(1) Die Versicherungsunternehmen, die einen Basistarif anbieten, müssen sich zur dauerhaften Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muss einen dauerhaften und wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten. Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen; Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Abs. 1c genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird.

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht."

8. Anlage Teil D Abschnitt II Nr. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 wird das Wort „Standardtarif" durch das Wort „Basistarif" ersetzt.

b) Satz 6 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Basistarif zu zahlen wäre, sowie die Möglichkeiten der Prämienminderung nach § 12 Abs. 1c mitzuteilen. Auf Anfrage ist dem Versicherungsnehmer der Übertragungswert gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 anzugeben. Ab dem 1. Januar 2013 sind die Übertragungswerte jährlich mitzuteilen."

Artikel 45
Änderung der Kalkulationsverordnung

Die Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Nr. 5 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes nach § 13a."

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Bei Gewährung von Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden."

3. § 8 Abs. 1 Nr. 6 wird durch folgende Nummern ersetzt:

„6. bei substitutiven Krankenversicherungen den Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Bei-

tragshöhe im Basistarif gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

7. für den Basistarif zusätzlich den Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen."

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

„(1a) Der Teil der Prämie, die zur Finanzierung des Übertragungswerts nach § 13a erforderlich ist, ist für den Vollversicherungsschutz jeder versicherten Person einheitlich zu kalkulieren."

5. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Schließt der Versicherte unter Kündigung des bisherigen Vertrags gleichzeitig einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen."

6. Dem § 13 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Für Versicherte, die gemäß § 178f Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes von einem anderen Unternehmen unter Mitgabe des Übertragungswertes gemäß § 13a gewechselt sind, dürfen erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nur auf den Teil der Prämie bezogen werden, der über die Prämie hinausgeht, die sich ergeben würde, wenn der Versicherte in den Basistarif des anderen Unternehmens wechseln würde."

7. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

„§ 13a

Übertragungswert

(1) Der Übertragungswert im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung).

(2) Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden. Für Versicherungszeiten vor dem 1. Januar 2009 sind die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des Basistarifs mit folgenden Maßgaben zu verwenden:

1. Anstelle der Sterbetafel der Erstkalkulation ist die Sterbetafel zu verwenden, welche das Unternehmen bei der Neu- und Nachkalkulation im betreffenden Jahr verwendet hat.

2. Die Grundkopfschäden sind für jedes Jahr um 5 vom Hundert zu vermindern."

Artikel 45a

Änderung des Einkommensteuergesetzes

In § 3 Nr. 11 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2915) geändert worden ist, wird nach dem Wort „wird" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Den Bezügen aus öffentlichen Mitteln wegen Hilfsbedürftigkeit gleichgestellt sind Beitragsermäßigungen und Prämienrückzahlungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht in Anspruch genommene Beihilfeleistungen;".

Artikel 46

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2007 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 15 Nr. 17 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2006 in Kraft.

(3) In Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe i tritt der § 87 Abs. 3b bis 3e mit Wirkung vom 27. Oktober 2006 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa bis cc, Buchstabe e, Nr. 88a, Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee, Nr. 177a, Artikel 15 Nr. 4 treten mit Wirkung vom 2. Februar 2007 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 48a, Nr. 71 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Artikel 19 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 2, Nr. 4 Buchstabe a, Artikel 20 Nr. 2, Artikel 39 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

(6) In Artikel 1 Nr. 149 tritt § 217c Abs. 7 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe b, Nr. 213 tritt am 1. Juli 2007 in Kraft.

(8) In Artikel 1 Nr. 12 tritt der § 20 c, Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe f, Nr. 72 Buchstabe a, Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Buchstabe d bis n, Nr. 159, Nr. 162, Nr. 199 Buchstabe a, b und d, Nr. 200, Artikel 2 Nr. 31, Artikel 15 Nr. 21 Buchstabe b, Nr. 22, Artikel 25 Nr. 1, 2, 3 Buchstabe a, Nr. 5 und 6 treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

(9) Artikel 1 Nr. 6, Nr. 11 Buchstabe a, Nr. 13, Nr. 14 Buchstabe b, Nr. 16 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Nr. 18, Nr. 19, Nr. 24, Nr. 26 Buchstabe c und d, Nr. 29, Nr. 36, Nr. 38, Nr. 40, Nr. 42, Nr. 43 Buchstabe a soweit Absatz 1c aufgehoben wird, Nr. 44, Nr. 51 Buchstabe a und b, Nr. 52, Nr. 53 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und cc, Buchstabe c und d, Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Buchstabe b, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa, Nr. 56, Nr. 57 Buchstabe b, c, h und j, Nr. 58, Nr. 59 Buchstabe a bis c, e und f, Nr. 60, Nr. 62 Buchstabe c, Nr. 64 bis 66, Nr. 71 Buchstabe a, Nr. 72 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Buchstabe c, Nr. 73 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b und c, Nr. 74 bis 83, Nr. 85 Buchstabe a, Nr. 86 bis 88, Nr. 90, Nr. 91 Buchstabe a, Nr. 95 Buchstabe b, d und e, Nr. 97 Buch-

stabe d Doppelbuchstabe bb, Nr. 98, Nr. 100, Nr. 101, Nr. 106, Nr. 108 bis 110, Nr. 112, Nr. 122 Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 124, Nr. 125, Nr. 128, Nr. 129, Nr. 135 Buchstabe a und c, Nr. 141, Nr. 143, Nr. 143a, Nr. 144 Buchstabe e, Nr. 150, Nr. 151, Nr. 153 Buchstabe d, Nr. 155, Nr. 179 Buchstabe d bis h, Nr. 180 Buchstabe b, Nr. 181 Buchstabe a und b, Nr. 184 Buchstabe a und b, Nr. 185 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 187, Nr. 188, Nr. 190, Nr. 193, Nr. 194 Buchstabe b, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 195 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, cc und dd, Buchstabe c, d, f und g, Nr. 196 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Buchstabe c, Nr. 197 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und bb, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa bis dd, Nr. 198 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa, Nr. 199 Buchstabe c, Nr. 202 bis 207, Nr. 208 Buchstabe a, Artikel 2 Nr. 1 bis 6, Nr. 8, Nr. 8a Buchstabe b, Nr. 9, Nr. 10, Nr. 13 bis 27, Nr. 30a, Artikel 2a, Artikel 5 Nr. 2, Nr. 5, Nr. 7, Artikel 8 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5, Nr. 9, Nr. 15 bis 18, Nr. 19 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Nr. 21, Nr. 23 bis 26, Nr. 32, Nr. 33, Nr. 35, Nr. 36, Nr. 39, Nr. 43, Nr. 44, Nr. 45, Artikel 9, Artikel 18 Nr. 1 bis 3, Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 5 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa bis dd, Nr. 6 bis 8, Artikel 19 Nr. 3, Nr. 5, Artikel 20 Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4, Artikel 21 Nr. 1 bis 6, Nr. 8 bis 14, Artikel 22 Nr. 1 bis 6, Nr. 10 bis 16, Artikel 23 Nr. 1, Nr. 4a bis 5, Artikel 24, Artikel 25 Nr. 3 Buchstabe b, Artikel 25a, Artikel 26 bis 29, Artikel 30 Nr. 4 Buchstabe a, Artikel 33, Artikel 37, Artikel 38 Nr. 1, Artikel 41 Nr. 2, Artikel 42 treten am 1. Juli 2008 in Kraft.

(10) Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 2 Buchstabe b, Nr. 4, Nr. 30a, in Nr. 33 der § 53 Abs. 6 und 7, Nr. 41 Buchstabe a, Nr. 126 Buchstabe a bis c, Nr. 132, Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Nr. 136a, Nr. 140, Nr. 144 Buchstabe a bis d, in Nr. 145 der § 213 Abs. 1 bis 5, Nr. 146, Nr. 148, Nr. 152, Nr. 153a, Nr. 156, Nr. 158, Nr. 160, Nr. 161, Nr. 163 bis 166, Nr. 169 Buchstabe a, Nr. 170 bis 173, Nr. 174 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 174a, Nr. 175, Nr. 177, Nr. 178, Nr. 179 Buchstabe a bis c und Buchstabe i, Nr. 180 Buchstabe a, Nr. 181 Buchstabe d, Nr. 182, Nr. 212, Artikel 2 Nr. 01, Nr. 6a, Nr. 8a Buchstabe a, Nr. 27a, Nr. 27b, Nr. 28, Nr. 29, Nr. 29a0, Nr. 29a1, Nr. 29a bis 29c, Nr. 30, Artikel 3 Nr. 1, Artikel 4, Artikel 5 Nr. 1, Nr. 4, Nr. 6, Nr. 7a, Artikel 6 Nr. 1 bis 3, Artikel 8 Nr. 20, Nr. 27 Buchstabe b, Nr. 30, Nr. 31, Artikel 10, Artikel 12 Nr. 1, Nr. 2 Buchstabe a und b, Artikel 15 Nr. 4a, Nr. 12, Nr. 16 Buchstabe b, Nr. 20, Nr. 25, Nr. 28 Buchstabe b, Nr. 29, Nr. 30, Artikel 16 Nr. 01 bis 7, Artikel 17, Artikel 40, Artikel 43, Artikel 44 Nr. 1 bis 4, Nr. 5 Buchstabe a, b, d und c, Nr. 6, 7 und 8 sowie Artikel 45 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

(11) Artikel 1 Nr. 71 Buchstabe c tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

(12) Artikel 5 Nr. 3 tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Artikel 47

Außerkrafttreten

Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe e tritt am 1. Juli 2008 außer Kraft.

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

Berlin, den 26. März 2007

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt

Der Bundesminister
für Arbeit und Soziales
Franz Müntefering

Der Bundesminister des Innern
Schäuble

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Der Bundesminister der Finanzen
Peer Steinbrück

Der Bundesminister
für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
Horst Seehofer

Verordnung zur Änderung marktordnungsrechtlicher Vorschriften im Bereich der Absatzmaßnahmen für Butter, Butterfett und Rahm

Vom 22. März 2007

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz verordnet, jeweils in Verbindung mit § 1 Abs. 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. November 2005 (BGBl. I S. 3197),

- auf Grund des § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe n und s, des § 7 Abs. 3 Satz 1, der §§ 15 und 16 und des § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 3 des Gesetzes zur Durchführung der Gemeinsamen Marktorganisationen und der Direktzahlungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 2005 (BGBl. I S. 1847) im Einvernehmen mit den Bundesministerien der Finanzen und für Wirtschaft und Technologie,
- auf Grund des § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 des Gesetzes zur Durchführung der Gemeinsamen Marktorganisationen und der Direktzahlungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 2005 (BGBl. I S. 1847) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Artikel 1

Verordnung über die Verarbeitung von Butter, Butterfett und Rahm zu bestimmten Erzeugnissen (Milchfett-Verarbeitungs-Verordnung)

§ 1

Anwendungsbereich

Die Vorschriften dieser Verordnung gelten für die Durchführung der Kapitel I und II der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 der Kommission vom 9. November 2005 mit Durchführungsvorschriften zur Verordnung (EG) Nr. 1255/1999 des Rates betreffend Maßnahmen zum Absatz von Rahm, Butter und Butterfett auf dem Gemeinschaftsmarkt (ABl. EU Nr. L 180 S. 30) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 2

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Verordnung sind:

1. beihilfefähige Erzeugnisse, die in Artikel 5 Abs. 1 Buchstabe a bis d der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 genannten Erzeugnisse,
2. Milchfett, ein aus Butter oder Rahm hergestelltes fraktioniertes oder nicht fraktioniertes Erzeugnis des KN-Codes ex 0405 90 10, das ausschließlich zur Herstellung von Butterfett bestimmt ist,
3. Hersteller, wer Milchfett oder gekennzeichnetes oder ungekennzeichnetes Butterfett herstellt, Butterfett umpackt oder Interventionsbutter, Butter oder Rahm kennzeichnet,
4. Verarbeiter, wer Interventionsbutter, Butter, Butterfett, Rahm oder Zwischenerzeugnisse zu Enderzeugnissen oder Interventionsbutter, Butter oder Butterfett zu Zwischenerzeugnissen verarbeitet,
5. Kleinverwender, wer höchstens die in Artikel 42 Unterabs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 angegebenen Mengen an Erzeugnissen kauft,
6. Beteiligter, wer an einer Maßnahme nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 als unmittelbar Begünstigter, Hersteller, Verarbeiter oder Erwerber von Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen, Milchfett, Zwischenerzeugnissen oder Enderzeugnissen gewerbsmäßig teilnimmt, ausgenommen Erwerber, die Enderzeugnisse auf der Einzelhandelsstufe vermarkten.

§ 3

Muster, Vordrucke, Formulare

(1) Für die in der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 und in dieser Verordnung vorgesehenen Anträge, Anzeigen, Meldungen oder sonstigen Erklärungen können die zuständigen Stellen Muster bekannt geben oder Vordrucke oder Formulare, auch in elektronischer Form, bereithalten.

(2) Soweit die zuständigen Stellen Muster bekannt geben oder Vordrucke oder Formulare bereithalten, sind diese zu verwenden.

§ 4

Elektronische Kommunikation

§ 3a des Verwaltungsverfahrensgesetzes ist nur anzuwenden, soweit

1. Vorschriften im Sinne des § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur Durchführung der Gemeinsamen Marktorganisationen und der Direktzahlungen nicht entgegenstehen oder
2. für Anträge, Anzeigen, Meldungen oder sonstige Erklärungen nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 oder dieser Verordnung keine mehrfachen Ausfertigungen vorgeschrieben sind.

§ 5

Zuständigkeit

(1) Zuständig für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 und dieser Verordnung ist die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Bundesanstalt), soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.

(2) Zuständige Zollstelle im Sinne der §§ 6, 10, 11 und 12 ist das Hauptzollamt, in dessen Bezirk der Betrieb des Herstellers oder Verarbeiters gelegen ist.

(3) Zuständige Zollstelle im Sinne des § 7 Abs. 2 und § 8 ist das Hauptzollamt, in dessen Bezirk der Betrieb desjenigen Herstellers oder Verarbeiters gelegen ist, in dem der erste Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang erfolgt.

§ 6

Zulassung von Herstellungs- und Verarbeitungsbetrieben und Zwischenerzeugnissen

(1) Die nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 erforderlichen Zulassungen werden auf schriftlichen Antrag bei der zuständigen Zollstelle durch einen Erlaubnisschein erteilt.

(2) Unbeschadet der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 sind dem Antrag auf Zulassung als Hersteller oder Verarbeiter in zwei Ausfertigungen beizufügen:

1. eine Beschreibung der technischen Einrichtungen, aus der die Herstellungs- oder Verarbeitungskapazität von Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen, Milchfett oder Zwischenerzeugnissen je Monat oder Zwölfmonatszeitraum ersichtlich ist,
2. eine Beschreibung der Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgänge, die im Betrieb durchgeführt werden sollen,
3. ein Orts- und Lageplan der Betriebsräume, in denen die zu verwendenden Erzeugnisse gelagert werden und die Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgänge erfolgen sollen,
4. eine Ablichtung der Zulassung nach Artikel 4 der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 des Rates vom 29. April 2004 mit spezifischen Hygienevorschriften für Lebensmittel tierischen Ursprungs (ABl. EU Nr. L 226 S. 22) in der jeweils geltenden Fassung.

Über die nach Satz 1 erforderlichen Angaben hinaus kann die zuständige Zollstelle vom Antragsteller weitere Angaben verlangen, soweit dies zur Entscheidung über den Antrag erforderlich ist. Jede Änderung der gemachten Angaben ist der zuständigen Zollstelle unverzüglich mitzuteilen.

(3) Im Antrag auf Zulassung eines Zwischenerzeugnisses ist dessen Zusammensetzung, der Milchfettgehalt und der KN-Code anzugeben sowie dessen Notwendigkeit zur Herstellung der Enderzeugnisse zu begründen. Jede Änderung der angegebenen Zusammensetzung des Zwischenerzeugnisses bedarf der Genehmigung der zuständigen Zollstelle.

(4) Die zuständige Zollstelle kann auf Antrag zulassen, dass ein Beteiligter der Verpflichtung zur nacheinander erfolgenden Verarbeitung nach Artikel 13 Abs. 2 Unterabs. 1 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 nicht nachkommen muss, soweit er die in Artikel 13 Abs. 2 Unterabs. 2 genannten Voraussetzungen erfüllt.

(5) Die zuständige Zollstelle unterrichtet die Bundesanstalt über erteilte Zulassungen durch Übersendung einer Ablichtung des Erlaubnisscheins. Änderungen des Inhalts oder des Umfangs einer Zulassung sind der Bundesanstalt unverzüglich mitzuteilen.

(6) Die zuständige Zollstelle kann von der Aussetzung einer Zulassung nach Artikel 15 Abs. 2 Unterabs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 absehen, soweit die in Artikel 15 Abs. 2 Unterabs. 2 genannten Voraussetzungen vorliegen.

§ 7

Angebotsabgabe, Zuschlagserteilung

(1) Im Angebot ist unbeschadet der weiteren Anforderungen nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 der Name und die Anschrift des Herstellers oder Verarbeiters anzugeben, in dessen Betrieb der erste Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang erfolgen soll. Jede Änderung der gemachten Angaben ist der Bundesanstalt unverzüglich mitzuteilen.

(2) Die Bundesanstalt übersendet eine Ablichtung

1. ihrer Mitteilung über die Zuschlagserteilung und des Abholscheins für Interventionsbutter oder
2. ihrer Mitteilung über die Zuschlagserteilung für die beihilfefähigen Erzeugnisse

an die zuständige Zollstelle.

§ 8

Kleinverwender

(1) Wer als Kleinverwender an Maßnahmen nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 teilnehmen will, muss jedem Verkäufer von Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen oder Zwischenerzeugnissen, jeweils gekennzeichnet, eine Verpflichtungserklärung in dreifacher Ausfertigung vorlegen. Die Verpflichtungserklärung muss folgende Angaben enthalten:

1. Name und Anschrift,
2. Name und Anschrift des Verkäufers,
3. die Erklärungen nach Artikel 41 Abs. 1 Buchstabe a und b und Artikel 42 Unterabs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005.

Die Verpflichtungserklärung ist nur beim ersten Erwerb je Verkäufer abzugeben und gilt für jeden weiteren Erwerb vom jeweiligen Verkäufer, soweit der Kleinverwender in der Verpflichtungserklärung nichts anderes bestimmt. Der Zuschlagsempfänger oder der Verkäufer hat die Verpflichtungserklärung in zweifacher Ausfertigung an die zuständige Zollstelle zu übermitteln. Diese sendet das Original jeder Verpflichtungserklärung an die Bundesanstalt.

(2) Wer Interventionsbutter, beihilfefähige Erzeugnisse oder Zwischenerzeugnisse, jeweils gekennzeichnet, an Kleinverwender verkauft, hat der zuständigen Zollstelle bis zum Ablauf des Folgemonats die im Vormonat an den jeweiligen Kleinverwender gelieferte Menge einschließlich Lieferanschrift, Rechnungs- oder Lieferdatum sowie Datum und Nummer der zugehörigen Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung zu melden. Die in Satz 1 genannte Zollstelle meldet diese Angaben unverzüglich an die Bundesanstalt.

§ 9

Amtliche Überwachung

(1) Interventionsbutter wird von der Auslagerung, die auf dem Markt gekauften Mengen an Butter, Butterfett, Rahm, Milchfett, Zwischenerzeugnisse und Kennzeichnungsmittel werden vom Eingang im Betrieb des Herstellers oder Verarbeiters an bis zu dem in Absatz 2 genannten Zeitpunkt einer amtlichen Überwachung nach Maßgabe der §§ 10 bis 12 durch die Bundesfinanzverwaltung unterstellt.

(2) Die Überwachung dauert, bis die nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 bestimmten Erzeugnisse hergestellt, verarbeitet oder erforderlichenfalls verpackt worden sind oder erforderlichenfalls deren Verbleib nachgewiesen worden ist, soweit sich aus der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 kein späterer Zeitpunkt ergibt.

(3) Der Beteiligte hat sämtliche Unterlagen, Aufzeichnungen und Belege, die sich auf diese Maßnahme beziehen, sechs Jahre aufzubewahren, soweit nicht längere Aufbewahrungsfristen nach anderen Vorschriften bestehen. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Unterlage, die Aufzeichnung oder der Beleg entstanden ist.

§ 10

Anzeigepflichten vor der Herstellung oder Verarbeitung

(1) Der Hersteller oder Verarbeiter, ausgenommen der Kleinverwender, hat der zuständigen Zollstelle unverzüglich schriftlich anzuzeigen:

1. die Übernahme der Interventionsbutter unter Angabe der Menge sowie von Datum und Nummer des Abholscheins und der Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung,
2. den Tag des Eingangs der Interventionsbutter, der Butter, des Butterfetts, des Rahms, des Milchfetts oder der Zwischenerzeugnisse in seinem Betrieb unter Angabe der jeweils bezogenen Menge und
   a) bei Interventionsbutter und den beihilfefähigen Erzeugnissen die Angabe von Datum und Nummer der Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung,
   b) bei Milchfett den Namen und die Anschrift des Herstellungsbetriebs, das Herstellungsdatum und die Identifizierungsmerkmale des Herstellungsprogramms.

(2) Der Hersteller oder Verarbeiter hat der zuständigen Zollstelle spätestens drei Arbeitstage vor dem beabsichtigten Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang das zugehörige Arbeitsprogramm (Herstellungsprogramm) zu übermitteln. Satz 1 gilt nicht für Kleinverwender und diejenigen Verarbeiter, die monatlich weniger als 5 Tonnen Butteräquivalent mit zugesetzten Kennzeichnungsmitteln zu Enderzeugnissen verarbeiten. Das Herstellungsprogramm muss folgende Angaben enthalten:

1. eine Beschreibung des vorgesehenen Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgangs und der dabei zu verwendenden Zutaten, einschließlich Kennzeichnungsmittel, und deren Mengen,
2. den voraussichtlichen Beginn, die voraussichtliche Dauer und den Ort des Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgangs,
3. das Datum und die Nummer der Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung, soweit Interventionsbutter oder beihilfefähige Erzeugnisse verwendet werden,
4. die Identifizierungsmerkmale des Herstellungsprogramms, soweit Milchfett hergestellt oder verwendet wird.

Jede Änderung ist der zuständigen Stelle unverzüglich mitzuteilen.

(3) Die Interventionsbutter, die beihilfefähigen Erzeugnisse und das Milchfett sind bis zur Prüfung der Verpackungsaufschrift und eventuellen Probenentnahme oder bis zur Freigabe durch die zuständige Stelle in der Originalverpackung zu belassen. Sie kann in Einzelfällen bei begründetem wirtschaftlichen Interesse eine kürzere Frist auf Antrag zulassen, soweit dadurch die Überwachung nicht beeinträchtigt wird.

(4) Die zuständige Zollstelle kann anordnen, dass der Hersteller oder Verarbeiter weitere Angaben zu dem Herstellungsprogramm macht, soweit es der Überwachungszweck erfordert.

§ 11

Aufzeichnungspflichten, Inventur

(1) Unbeschadet der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 hat der Hersteller oder Verarbeiter, ausgenommen der Kleinverwender,

1. ordnungsgemäß Bücher zu führen,
2. gesondert Aufzeichnungen zu machen über
   a) den Zugang an Interventionsbutter, Butter, Butterfett, Rahm, Milchfett oder Zwischenerzeugnissen unter Angabe der jeweiligen Menge, Zusammensetzung und des jeweiligen Lieferanten,
   b) die Menge, Zusammensetzung und den Lieferanten der verwendeten Interventionsbutter, Butter, Butterfett, Rahm, Milchfett oder Zwischenerzeugnisse je Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang,
   c) die Menge, Zusammensetzung und den Milchfettgehalt in Gewichtshundertteilen des gewonnenen Erzeugnisses je Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang,
   d) die Art, Menge und Zusammensetzung des von ihm zugesetzten Kennzeichnungsmittels je Herstellungsvorgang,
   e) soweit keine Vermarktung von Enderzeugnissen auf der Einzelhandelstufe erfolgt, den Abgang oder sonstigen Verbleib der Erzeugnisse unter Angabe von Name und Anschrift des Erwerbers, belegt durch Lieferscheine oder Rechnungen,
   f) im Falle der Herstellung von Milchfett zusätzlich das Herstellungsdatum und den Abgang der einzelnen Partien unter Angabe der Identifizierungsmerkmale des Herstellungsprogramms,
3. auf Anordnung der zuständigen Zollstelle weitere Aufzeichnungen, insbesondere über sonstige Einzelheiten des Herstellungs- oder Verarbeitungsvor-

gangs und die zur Identifizierung einzelner Herstellungspartien erforderlichen Angaben, zu machen.

(2) Der Kleinverwender hat Belege über sämtliche gekauften Mengen an Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen oder Zwischenerzeugnissen, jeweils gekennzeichnet, aufzubewahren.

(3) Erstreckt sich eine Inventur des Betriebs auf Erzeugnisse, die sich unter amtlicher Überwachung befinden, so hat der Hersteller oder Verarbeiter der zuständigen Zollstelle den Zeitpunkt der Inventur so rechtzeitig anzuzeigen, dass eine amtliche Bestandsaufnahme durch die zuständige Zollstelle mit der Inventur verbunden werden kann.

§ 12

Anzeigepflichten nach der Herstellung oder Verarbeitung

(1) Spätestens drei Arbeitstage bevor die gewonnenen Erzeugnisse den Betrieb verlassen, hat der Hersteller oder Verarbeiter, ausgenommen der Kleinverwender, der zuständigen Zollstelle die erfolgte Herstellung oder Verarbeitung in zwei Ausfertigungen anzuzeigen. In der Anzeige sind anzugeben:

1. eine Beschreibung des Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgangs,
2. die verwendeten Mengen an Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen, Milchfett, Zwischenerzeugnissen oder zugesetzten Kennzeichnungsmitteln unter Angabe
   a) von Datum und Nummer des Abholscheins und der Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung, soweit Interventionsbutter verwendet wurde,
   b) von Datum und Nummer der Mitteilung der Bundesanstalt oder einer anderen Interventionsstelle über die Zuschlagserteilung, soweit beihilfefähige Erzeugnisse verwendet wurden,
   c) der Identifizierungsmerkmale des Herstellungsprogramms, soweit Milchfett hergestellt oder verwendet wurde,
3. die Zusammensetzung und Menge der gewonnenen Erzeugnisse, gegebenenfalls einschließlich zugesetzter Kennzeichnungsmittel,
4. den Milchfettgehalt der unter den Nummern 2 und 3 genannten Erzeugnisse in Gewichtshundertteilen.

Die zuständige Zollstelle kann anordnen, dass der Hersteller oder Verarbeiter weitere Angaben zu dem Herstellungsprogramm macht, soweit es der Überwachungszweck erfordert. Die gewonnenen Erzeugnisse dürfen den Betrieb erst nach Ablauf der in Absatz 1 genannten Frist verlassen.

(2) Soweit Interventionsbutter, beihilfefähige Erzeugnisse oder Zwischenerzeugnisse, jeweils gekennzeichnet, hergestellt oder zu Enderzeugnissen verarbeitet werden und die Überwachung nicht beeinträchtigt wird, kann die zuständige Zollstelle auf schriftlichen Antrag zulassen, dass die in Absatz 1 genannte Anzeige auch abgegeben werden kann, nachdem diese Erzeugnisse den Betrieb verlassen haben.

(3) In anderen als in Absatz 2 genannten Fällen kann die zuständige Zollstelle bei Zwischen- und Enderzeugnissen zulassen, dass abweichend von Absatz 1 eine vorläufige Anzeige abgegeben wird, wenn die gewonnenen Erzeugnisse wegen ihrer kurzen Haltbarkeit oder aus anderen zwingenden wirtschaftlichen Gründen sofort nach der Herstellung oder Verarbeitung aus dem Betrieb verbracht werden müssen. Als vorläufige Anzeige ist eine Mehrausfertigung des Lieferscheins zu verwenden, der als vorläufige Anzeige zu kennzeichnen ist. Die Anzeige muss den Zeitpunkt des Beginns und die voraussichtliche Dauer der Verladung enthalten. In besonders begründeten Ausnahmefällen kann die zuständige Zollstelle zulassen, dass abweichend von Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 die voraussichtlichen Mengen angegeben werden. Die Anzeige ist der zuständigen Zollstelle spätestens am Tag vor der Auslieferung spätestens eine halbe Stunde vor Dienstschluss vorzulegen. Die in Absatz 1 genannte Anzeige ist innerhalb einer von der zuständigen Zollstelle bezeichneten Frist nachzureichen.

(4) Der Hersteller oder Verarbeiter hat für die von ihm gewonnenen Erzeugnisse seine Verkaufsrechnungen sowie die Verkaufsrechnungen der Erstabnehmer und aller weiteren Käufer der zuständigen Zollstelle vorzulegen oder unmittelbar vorlegen zu lassen. Auf schriftlichen Antrag der Beteiligten kann die zuständige Zollstelle zulassen, dass anstelle der Verkaufsrechnungen andere geeignete Unterlagen vorgelegt werden können.

(5) Die für die Freigabe der Ausschreibungssicherheiten oder Verarbeitungssicherheiten nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 erforderlichen Nachweise sind über die zuständige Zollstelle bei der Bundesanstalt einzureichen. Die in der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 für die Vorlage der in Satz 1 bezeichneten Nachweise vorgeschriebenen Fristen sind gewahrt, wenn die Nachweise innerhalb dieser Fristen bei der zuständigen Zollstelle eingegangen sind.

§ 13

Duldungs- und sonstige Mitwirkungspflichten

Zum Zwecke der Überwachung hat der Beteiligte den zuständigen Zollstellen das Betreten der Geschäftsräume und Betriebsstätten und die Aufnahme der Bestände an Interventionsbutter, Butter, Rahm, Butterfett, Milchfett, Zwischenerzeugnissen oder Enderzeugnissen während der üblichen Geschäfts- und Betriebszeit zu gestatten, auf Verlangen die in Betracht kommenden Bücher, besonderen Aufzeichnungen, Belege und sonstigen Schriftstücke zur Einsicht vorzulegen, Auskunft zu erteilen und die erforderliche Unterstützung zu gewähren. Bei automatischer Buchführung hat der Beteiligte auf Verlangen der zuständigen Stelle auf seine Kosten Listen mit den erforderlichen Angaben auszudrucken, wobei von den automatisch gespeicherten Daten ein neuer identischer Ausdruck herstellbar bleiben muss.

§ 14

Bezug von Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen, Milchfett oder Zwischenerzeugnissen aus anderen Mitgliedstaaten

(1) Wer Interventionsbutter, beihilfefähige Erzeugnisse, Zwischenerzeugnisse oder Milchfett aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union in den Gel-

tungsbereich dieser Verordnung verbringt, hat bei der zuständigen Zollstelle einen schriftlichen Antrag auf amtliche Überwachung zu stellen.

(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist

1. bei Interventionsbutter, gekennzeichneter Butter, gekennzeichnetem oder ungekennzeichnetem Butterfett, gekennzeichnetem Rahm, Zwischenerzeugnissen oder Milchfett ein von der zuständigen Stelle des anderen Mitgliedstaates ausgestelltes Kontrollexemplar T 5,
2. bei beihilfefähiger ungekennzeichneter Butter oder beihilfefähigem ungekennzeichneten Rahm eine Bescheinigung der zuständigen Stelle des anderen Mitgliedstaates über die gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 erforderliche Qualität der Erzeugnisse

beizufügen.

(3) Die Erzeugnisse, auf die sich der Antrag bezieht, sind bei der in Absatz 1 genannten Zollstelle anzumelden und bei dieser Zollstelle oder an dem von dieser Zollstelle bestimmten Ort vorzuführen. Wird dem Antrag entsprochen, so überlässt die Zollstelle die Erzeugnisse dem Antragsteller zur zweck- und fristgerechten Verwendung. Ist der Antragsteller nicht selbst Hersteller oder Verarbeiter, so hat er unverzüglich nach der Überlassung den Namen und die Anschrift des Beteiligten, an den er diese Erzeugnisse liefert, schriftlich mitzuteilen. Im Übrigen finden die Vorschriften dieser Verordnung entsprechend Anwendung.

(4) Zuständige Zollstelle nach Absatz 1 ist

1. die Zollstelle, in deren Bezirk der Betrieb des Antragstellers gelegen ist, soweit dort der nächste Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang erfolgt,
2. im Falle der Weitergabe der Erzeugnisse die Zollstelle, in deren Bezirk der Antragsteller seine Hauptniederlassung, mangels einer solchen seinen Wohnsitz hat.

§ 15

Versendung von Interventionsbutter, beihilfefähigen Erzeugnissen, Milchfett oder Zwischenerzeugnissen nach anderen Mitgliedstaaten

(1) Soll Interventionsbutter in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union geliefert werden, übersendet die Bundesanstalt eine Ablichtung des Abholscheins und ihrer Mitteilung über die Zuschlagserteilung an die Zollstelle, in deren Bezirk das Kühlhaus gelegen ist, aus dem die Interventionsbutter ausgelagert wird. Der Abnehmer hat die Interventionsbutter unverzüglich nach der Übernahme der in Satz 1 genannten Zollstelle zu gestellen und dabei ein ausgefülltes Kontrollexemplar T 5 vorzulegen.

(2) Wer gekennzeichnete Interventionsbutter oder gekennzeichnete Butter, gekennzeichnetes oder ungekennzeichnetes Butterfett, gekennzeichneten Rahm, Zwischenerzeugnisse oder Milchfett in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union verbringt, hat diese Erzeugnisse der zuständigen Zollstelle vor der Verbringung zu gestellen. Dabei ist ein ausgefülltes Kontrollexemplar T 5 sowie, außer bei Milchfett, eine Ablichtung der Mitteilung der Bundesanstalt über die Zuschlagserteilung vorzulegen.

(3) In dem vorgelegten Kontrollexemplar T 5 müssen eingetragen sein:

1. die nach der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 vorgeschriebenen Eintragungen und
2. das Datum und die Nummer des Abholscheins und der Mitteilung der Bundesanstalt über die Zuschlagserteilung, soweit es sich um Interventionsbutter handelt,
3. das Datum und die Nummer der Mitteilung der Bundesanstalt über die Zuschlagserteilung, soweit es sich um die in Absatz 2 genannten Erzeugnisse, außer Milchfett, handelt,
4. den Herstellungsbetrieb und den Tag der Herstellung, soweit es sich um Milchfett handelt.

Die zuständige Zollstelle erteilt ein Kontrollexemplar T 5, soweit keine Gründe für eine Beanstandung der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 Satz 1 genannten Erzeugnisse vorliegen.

(4) Zuständige Zollstelle nach den Absätzen 2 und 3 ist

1. die Zollstelle, in deren Bezirk der Betrieb des Antragstellers gelegen ist, soweit dort der zuletzt vorgenommene Herstellungs- oder Verarbeitungsvorgang erfolgt ist,
2. anderenfalls die Zollstelle, in deren Bezirk der Antragsteller seine Hauptniederlassung, mangels einer solchen seinen Wohnsitz hat.

(5) Wer beihilfefähige ungekennzeichnete Butter oder beihilfefähigen ungekennzeichneten Rahm in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union verbringt, hat bei der Bundesanstalt spätestens zwei Arbeitstage vor der Verbringung eine Bescheinigung über die gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1898/2005 erforderliche Qualität der Butter oder des Rahms zu beantragen.

Artikel 2

Änderung der Milchfett-Verbrauch-Verbilligungsverordnung

Die Milchfett-Verbrauch-Verbilligungsverordnung vom 18. Januar 1984 (BGBl. I S. 99), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 8. November 2006 (BGBl. I S. 2593), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 1 Buchstabe b wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
   b) Nummer 2 wird aufgehoben.
2. § 12 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 Satz 2 und 3 werden aufgehoben.
   b) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe c wird das Wort „Butterhersteller" durch das Wort „Butterverkäufer" ersetzt.
3. § 13 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

   „Die gemeinnützige Einrichtung hat der Bundesanstalt die Beteiligung des Dritten unverzüglich mitzuteilen."
4. § 15 wird aufgehoben.

5. § 16 wird wie folgt geändert:
   a) In der Überschrift wird das Wort „Anerkennung" durch das Wort „Zulassung" ersetzt.
   b) In Absatz 1 Satz 1 werden
      aa) das Wort „Anerkennung" durch das Wort „Zulassung" und
      bb) das Wort „Antrag" durch die Wörter „schriftlichen Antrag" ersetzt.
   c) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
   d) Die Absätze 2 und 3 werden durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

      „(2) Unbeschadet der in § 1 genannten Rechtsakte ist dem Antrag nach Absatz 1 in zwei Ausfertigungen beizufügen:

      1. eine Beschreibung der technischen Einrichtungen und der Herstellungskapazitäten,
      2. ein Orts- und Lageplan der Betriebsräume, in denen die Butter oder der Rahm gelagert und verarbeitet werden soll,
      3. eine Ablichtung der Zulassung nach Artikel 4 der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 des Rates vom 29. April 2004 mit spezifischen Hygienevorschriften für Lebensmittel tierischen Ursprungs (ABl. EU Nr. L 226 S. 22) in der jeweils geltenden Fassung.

      Über die nach Satz 1 erforderlichen Angaben hinaus kann die Bundesanstalt vom Antragsteller weitere Angaben verlangen."

6. § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17

Anzeigepflicht vor der Herstellung

(1) Hersteller von Butterfett haben der Bundesanstalt spätestens drei Arbeitstage vor dem beabsichtigten Arbeitsgang das zugehörige Herstellungsprogamm zu übermitteln. Das Herstellungsprogramm muss insbesondere folgende Angaben enthalten:

1. eine Beschreibung des vorgesehenen Arbeitsvorgangs,
2. die zu verwendenden Mengen an Butter oder Rahm,
3. Name der zu verwendenden Kennzeichnungsmittel,
4. Beginn, Dauer, Beendigung und Ort des Arbeitsvorgangs,
5. Datum und Nummer der Mitteilung der Bundesanstalt über die Zuschlagserteilung.

Die Bundesanstalt kann weitere Angaben zum Herstellungsprogramm anfordern, soweit es der Überwachungszweck erfordert.

(2) Die Bundesanstalt kann auf schriftlichen Antrag des Herstellers zulassen, dass das Abpacken zur Vermarktung in einem anderen Betrieb als dem Betrieb des Herstellers erfolgt. Für den abpackenden Betrieb gilt Absatz 1 entsprechend."

7. § 18 Abs. 1 wird aufgehoben.
8. § 19 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Auf Antrag wird Butterfett, das aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union in das Inland verbracht worden ist, um hier für den direkten Verbrauch verwendet zu werden, unter amtliche Überwachung gestellt."

9. § 19a wird aufgehoben.

Artikel 3

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Milchfett-Verarbeitung und -Ausfuhr-Verbilligungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Juli 1988 (BGBl. I S. 1023), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1763), außer Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 22. März 2007

Der Bundesminister
für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
Horst Seehofer

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz – Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.mbH. – Druck: M. DuMont Schauberg, Köln

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

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

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

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementsbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlagsges.mbH., Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: (02 21) 9 76 68-0, Telefax: (02 21) 9 76 68-3 36
E-Mail: bgbl@bundesanzeiger.de
Internet: www.bundesgesetzblatt.de bzw. www.bgbl.de

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 45,00 €. Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 1,40 € zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Januar 2002 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Konto der Bundesanzeiger Verlagsges.mbH. (Kto.-Nr. 399-509) bei der Postbank Köln (BLZ 370 100 50) oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe: 12,65 € (11,20 € zuzüglich 1,45 € Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 13,25 €.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7 %.

ISSN 0341-1095

Der Landtag
Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf
archiv@landtag.nrw.de

Bundesanzeiger Verlagsges.mbH. · Postfach 10 05 34 · 50445 Köln

Postvertriebsstück · Deutsche Post AG · G 5702 · Entgelt bezahlt

Verordnung zur Festsetzung des endgültigen Beihilfebetrags für Rohtabak für das Erntejahr 2006

Vom 26. März 2007

Auf Grund des § 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe g und § 6 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes zur Durchführung der Gemeinsamen Marktorganisationen und der Direktzahlungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 2005 (BGBl. I S. 1847) in Verbindung mit § 1 Abs. 2 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. November 2005 (BGBl. I S. 3197) verordnet das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Einvernehmen mit den Bundesministerien der Finanzen und für Wirtschaft und Technologie:

Artikel 1

(1) Der Beihilfebetrag nach Artikel 171ci der Verordnung (EG) Nr. 1973/2004 der Kommission vom 29. Oktober 2004 mit Durchführungsvorschriften zu der Verordnung (EG) Nr. 1782/2003 des Rates hinsichtlich der Stützungsregelungen nach Titel IV und IVa der Verordnung und der Verwendung von Stilllegungsflächen für die Erzeugung von Rohstoffen (ABl. EU Nr. L 345 S. 1), die zuletzt durch die Verordnung EU Nr. 1679/2006 der Kommission vom 15. November 2006 (ABl. EU Nr. L 314 S. 7) geändert worden ist, wird für das Erntejahr 2006 wie folgt festgesetzt:

1. für die Sortengruppe I (Flue-cured): 2,62904 Euro/kg,
2. für die Sortengruppe II (Light Air-cured): 2,46449 Euro/kg,
3. für die Sortengruppe III (Dark Air-cured): 2,21453 Euro/kg.

(2) Der in Absatz 1 festgesetzte Beihilfebetrag bezieht sich auf das nach Artikel 171cj Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 1973/2004 feuchtigkeitskorrigierte Gewicht.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den 26. März 2007

Der Bundesminister
für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
Horst Seehofer