

20.02.04

G

Verordnung**des Bundesministeriums
für Gesundheit und Soziale Sicherung**

**Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für
Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde
Leistungen durch den Bund und zur Änderung der
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung****A. Zielsetzung**

Die Verordnung dient der Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190). Nach § 221 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des GMG beteiligt sich der Bund ab dem Jahr 2004 pauschal an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Maßstab für die Verteilung der Bundesmittel an die Krankenkassen sind nach der gesetzlichen Vorgabe in § 221 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Ausgaben der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.

B. Lösung

Mit Artikel 1 dieser Verordnung wird ein Verfahren geschaffen, mit dem die Beträge auf die Krankenkassen verteilt werden.
Artikel 2 regelt die gem. § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V erforderliche Berücksichtigung der pauschalen Abgeltung des Bundes im Risikostrukturausgleich (RSA) durch eine entsprechende Folgeänderung in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen durch die Regelungen der Verordnung keine Kosten.

E. Sonstige Kosten

Die Durchführung der Verordnung wird bei Krankenkassen, Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt zu einem geringen Verwaltungsaufwand führen, der keine nennenswerten zusätzlichen Kosten verursachen dürfte.

Für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Es ist nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau zu rechnen.

20.02.04

G

Verordnung

**des Bundesministeriums
für Gesundheit und Soziale Sicherung**

Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 20. Februar 2004

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dieter Althaus

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherung zu erlassende

Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für
Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen
durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2
des Grundgesetzes herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Frank-Walter Steinmeier

**Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen
der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund
und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Vom XX. März 2004

Auf Grund des § 221 Abs. 2 und des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), von denen § 221 Abs. 2 durch Artikel 1 Nr. 141 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) eingefügt und § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 zuletzt durch geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Artikel 1

**Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen
der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund
(Pauschal-Abgeltungsverordnung - PauschAV)**

§ 1

Verfahrensbeteiligte und zentrale Stelle

- (1) Krankenkassen und Spitzenverbände der Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung sind die in § 4 Abs. 2 und § 213 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Körperschaften.
- (2) Die Mitteilung der Spitzenverbände, wer zentrale Stelle nach § 221 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist, erfolgt bis zum 15. April 2004 an das Bundesversicherungsamt.

§ 2

Zu berücksichtigende Ausgaben

(1) Als Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im Sinne dieser Verordnung sind die in der Anlage aufgeführten Ausgaben zu berücksichtigen, soweit sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung in der im Erhebungszeitraum geltenden Fassung und nach Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gebucht wurden.

(2) Die Summe der in Absatz 1 genannten Ausgaben ist von den Krankenkassen gesondert in der jeweiligen Vierteljahresrechnung anzugeben. Die in der Vierteljahresrechnung für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember ausgewiesene Summe gilt als endgültige Summe für die Berechnung der Verteilung auf die Krankenkassen.

§ 3

Verteilungsquote

(1) Das Bundesversicherungsamt legt die Verteilungsquote für die nach § 221 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Bund geleisteten Abgeltungsbeträge fest. Die Verteilungsquote entspricht dem Verhältnis der Summe der in Satz 1 genannten Beträge zur Summe der in § 2 Abs. 2 Satz 2 genannten Ausgaben.

(2) Für die in § 221 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Zahlungstermine legt das Bundesversicherungsamt eine vorläufige Verteilungsquote mit folgender Maßgabe fest:

1. für den Termin 1. Mai ist die in der Vierteljahresrechnung für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember des Vorjahres ausgewiesene Summe der Ausgaben nach § 2,
2. für den Termin 1. November sind der gesamte Abgeltungsbetrag für das Jahr und die in der Vierteljahresrechnung für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 30. Juni ausgewiesene Summe der Ausgaben nach § 2

zugrunde zu legen.

(3) Das Bundesversicherungsamt teilt die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelte Verteilungsquote unverzüglich den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit. Die Spitzenverbände stellen sicher, dass die Krankenkassen, für die sie zuständig sind, unverzüglich Kenntnis von der Verteilungsquote erhalten. Das Bundesversicherungsamt macht die Verteilungsquote im Bundesanzeiger bekannt.

Verteilungsverfahren

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse die Höhe des Jahresabgeltungsbetrages, in dem die in § 2 Abs. 2 Satz 2 genannte Summe der Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse mit der nach § 3 Abs. 1 festgelegten Verteilungsquote vervielfacht wird.

(2) Für die Bestimmung der vorläufigen Abgeltungsbeträge gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, dass anstelle der in § 2 Abs. 2 Satz 2 genannten Summe für den Termin 1. Mai die in § 3 Abs. 2 Nr. 1 und für den Termin 1. November die in § 3 Abs. 2 Nr. 2 genannte Summe der Ausgaben tritt. Der zum 1. Mai ermittelte vorläufige Abgeltungsbetrag gilt als Abschlag auf den zum 1. November ermittelten vorläufigen Abgeltungsbetrag, der als Abschlag auf den nach Absatz 1 zu ermittelnden Jahresabgeltungsbetrag gilt.

(3) Das Bundesversicherungsamt leitet die vorläufigen Abgeltungsbeträge jeweils unverzüglich an die zentrale Stelle und teilt dieser die auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge mit. Der Jahresabgeltungsbetrag ist unter Berücksichtigung der geleisteten vorläufigen Abgeltungsbeträge mit den Ausgleichsansprüchen und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem für den Zeitraum des gesamten Vorjahres durchzuführenden Ausgleich nach § 17 Abs. 3a Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, bei Nichtdurchführung dieses Ausgleichs im monatlichen Ausgleich (§ 17 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) für den Monat April des Folgejahres zu verrechnen.

(4) Das Nähere über die Weiterleitung der Abgeltungsbeträge an die einzelnen Krankenkassen bestimmt die zentrale Stelle im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt.

(5) Die Krankenkasse weist die Abgeltungsbeträge jeweils gesondert in ihren Geschäfts- und Rechnungsergebnissen aus.

(6) Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verteilungsverfahren vereinfachen.

§ 5

Korrekturverfahren

Werden nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach § 4 Abs. 1 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, berücksichtigt das Bundesversicherungsamt diese im nächsten Verteilungsverfahren. Das Nähere regelt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

ANLAGE
(zu § 2 Abs. 1)

Nr.	Bezeichnung der Kontengruppe und des Kontos
-----	---

1	Kontengruppe 47: Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld
1a	Konto 4710: Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes - Mitglieder bis unter 12 Jahre -
1b	Konto 4715: Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes - Mitglieder ab 12 Jahre -
1c	Konto 4720: Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter
1d	Konto 4730: Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter
1e	Konto 4740: Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

2	Kontengruppe 53: Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
2a	Konto 5300: Ärztliche Beratung und Behandlung
2b	Konto 5310: Krankenhausbehandlung
2c	Konto 5320: Arznei- und Verbandmittel
2d	Konto 5370: Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG
2e	Konto 5390: Übrige Aufwendungen

3	Kontengruppe 55: Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
3a	Konto 5500: Ärztliche Betreuung
3b	Konto 5510: Hebammenhilfe
3c	Konto 5520: Stationäre Entbindung
3d	Konto 5530: Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung
3e	Konto 5540: Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung
3f	Konto 5550: Sonstige Sachleistungen
3g	Konto 5560: Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO, § 29 KVLG/ Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit
3h	Konto 5590: Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG

4	Kontengruppe 56: Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege
4a	Konto 5640: Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -
4b	Konto 5650: Erstattungen für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -

Artikel 2

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

In § 10 Abs. 1 Nr. 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch geändert worden ist, werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „sowie um die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den XX. März 2004

**Die Bundesministerin
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt**

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Nach § 221 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beteiligt sich der Bund ab dem Jahr 2004 pauschal an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Durch § 221 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Verteilung der Bundesmittel zu bestimmen. § 221 Abs. 2 Satz 2 SGB V bestimmt, dass Maßstab für die Verteilung die Ausgaben der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen sind.

Damit die Krankenkassen ihre Einnahmen verlässlich im Voraus kalkulieren können, sieht das Gesetz feste Beträge vor. Im Anfangsjahr beträgt die Beteiligung des Bundes 1 Milliarde Euro, in 2005 2,5 Milliarden Euro und ab 2006 4,2 Milliarden Euro. Mit Artikel 1 dieser Verordnung wird ein Verfahren geschaffen, mit dem die Beträge auf die Krankenkassen verteilt werden.

Artikel 2 regelt die gem. § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V erforderliche Berücksichtigung der pauschalen Abgeltung des Bundes im Risikostrukturausgleich (RSA) durch eine entsprechende Folgeänderung in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Da die versicherungsfremden Leistungen der am RSA beteiligten Krankenkassen bereits über den Risikostrukturausgleich von allen Krankenkassen solidarisch finanziert werden, sind die auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Abgeltungsbeträge des Bundes bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs der Krankenkassen außer Betracht zu lassen und die Ausgleichsansprüche entsprechend zu mindern.

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen - unmittelbaren oder mittelbaren - Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Regelungen dieser Verordnung besteht nicht, da die näheren Bestimmungen zur Verteilung der Bundesmittel an die Krankenkassen nach dem gesetzlich vorgegebenen Maßstab keine unterschiedlichen Auswirkungen für weibliche oder männliche Versicherte haben können.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu § 1 (Verfahrenbeteiligte und zentrale Stelle)

Die Vorschrift stellt klar, dass diese Verordnung für die in § 4 Abs. 2 SGB V genannten Krankenkassen und deren Spitzenverbände (§ 213 Abs. 1 SGB V) gilt. Ferner wird vorgeschrieben, dass die Spitzenverbände die zentrale Stelle, die die Zahlungen vom Bundesversicherungsamt entgegenzunehmen hat, bis zum 15.4.2004 zu bestimmen haben.

Zu § 2 (Zu berücksichtigende Ausgaben)

Mit dieser Regelung werden die abgeltungsfähigen Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen festgelegt. Denn die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen sind nach § 221 Abs. 2 Satz 2 SGB V der Maßstab für die Verteilung der Abgeltungsbeträge des Bundes. Daraus folgt zum einen, dass Aufwendungen, wie z.B. entgangene Beiträge wegen betragsfreier Mitgliedschaft während des Bezugs von Mutterschaftsgeld und während der Inanspruchnahme von Elternzeit bei der Ermittlung der Verteilungsquote nicht berücksichtigt werden können, da es sich hierbei nicht um „Ausgaben“ handelt. Zum anderen sieht die Gesetzesformulierung keinen vollständigen Ausgleich aller einzelnen Ausgaben, sondern eine pauschale Abgeltung der Aufwendungen vor. Die zu berücksichtigenden Ausgaben werden in der Anlage zu dieser Vorschrift abschließend festgelegt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, diese Ausgaben in der Vierteljahresrechnung KV 45 gesondert auszuweisen. Es obliegt den nach § 274 SGB V mit der Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und ihrer Verbände befassten Stellen, die Richtigkeit der Buchungsergebnisse zu prüfen.

Satzungsgemäße Mehrleistungen zählen wie im Risikostrukturausgleich (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V) nicht zu den zu berücksichtigenden Ausgaben, weil diese Leistungen nicht von allen Krankenkassen gleichermaßen angeboten werden müssen.

Zu § 3 (Verteilungsquote)

In dieser Vorschrift wird geregelt, wie die Verteilungsquote vom Bundesversicherungsamt zu berechnen ist.

Zu Absatz 1

Die Verteilungsquote ergibt sich aus der Division der Summe der Abgeltungsbeträge des Bundes je Kalenderjahr durch die Summe der zu berücksichtigenden Ausgaben der Krankenkassen für das jeweilige Kalenderjahr.

Zu Absatz 2

Da die Jahresausgaben erst nach Abschluss eines Geschäftsjahres feststehen, werden vorläufige Verteilungsquoten nach entsprechender Rechenformel gebildet, die jeweils die zur Zeit der Berechnung vorliegende Summe der versicherungsfremden Ausgaben berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Die Regelung lehnt sich an ein gängiges Verfahren im Risikostrukturausgleich an, wonach die Mitteilung des Bundesversicherungsamtes von den Spitzenverbänden an die Krankenkassen weitergeleitet wird, um eine zügige Information der Krankenkassen sicherzustellen. Außerdem wird die Verteilungsquote im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Zu § 4 (Verteilungsverfahren)

Mit dieser Vorschrift wird geregelt, welcher Abgeltungsbetrag der einzelnen Krankenkasse zusteht.

Zu Absatz 1

Erst nach Vorliegen der Vierteljahresrechnung (KV 45) für den Zeitraum 1.1. bis 31.12. eines Jahres (Vorlagetermin 15.2. des Folgejahres) kann der Abgeltungsbetrag für die einzelne Krankenkasse endgültig ermittelt werden. Dabei wird die in dieser Vierteljahresrechnung ausgewiesene Jahressumme an zu berücksichtigenden Ausgaben mit der vom Bundesversicherungsamt festgesetzten (endgültigen) Verteilungsquote nach § 3 Abs. 1 vervielfacht.

Zu Absatz 2

Die Bestimmung trägt dem Umstand Rechnung, dass unterjährig bei der jeweiligen Zahlung des Abgeltungsbetrages durch den Bund jahresbezogene Ausgabenberechnungen noch nicht vorliegen. Deshalb hat der jeweilige Abgeltungsbetrag für die einzelne Krankenkasse Abschlagscharakter.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, dass die Zahlungen an die berechtigten Krankenkassen unverzüglich erfolgen. Für den Jahresabgeltungsbetrag ist ein separater Zahlungsverkehr nicht erforderlich; er wird unter Ansatz der bereits geleisteten vorläufigen Abgeltungsbeträge beim Risikostrukturausgleich für das gesamte Jahr (§ 17 Abs. 3 a RSAV) oder falls dieser Ausgleich nicht durchgeführt wird, im monatlichen Ausgleich (§ 17 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) für den Monat April des Folgejahres mit berücksichtigt.

Zu Absatz 4

Da sich im Rahmen des Weiterleitungsverfahrens der Abgeltungsbeträge neue Wege aufzeigen können, wird der zentralen Stelle eingeräumt, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere über das Weiterleitungsverfahren zu bestimmen.

Zu Absatz 5

Durch die hier geregelte Pflicht zur Ausweisung der erhaltenen Abgeltungsbeträge in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen durch die Krankenkasse wird gewährleistet, dass sich in der Summe aller von den Krankenkassen erhaltenen Abgeltungsbeträge der vom Bund insgesamt geleistete Abgeltungsbetrag wiederfindet.

Zu Absatz 6

Die dem Bundesversicherungsamt übertragene Möglichkeit, im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verteilungsverfahren zu vereinfachen, ist notwendig, um auf etwaige Neuregelungen im Risikostrukturausgleichsverfahren schnell und flexibel reagieren zu können.

Zu § 5 (Korrekturverfahren)

Diese Vorschrift lehnt sich an das im Risikostrukturausgleich gängige Verfahren nach § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V an. Demnach werden rückwirkend festgestellte Unrichtigkeiten im nächstfolgenden Verteilungsverfahren berücksichtigt. Darunter fallen auch Verteilungsdifferenzen zwischen den landwirtschaftlichen Krankenkassen einerseits und den übrigen Krankenkassen andererseits, soweit sie aus Abweichungen zwischen den endgültigen Jahresergebnissen und den in den Vierteljahresrechnungen für den Berichtszeitraum des gesamten Jahres der Krankenkassen resultieren. Das Bundesversicherungsamt bestimmt Einzelheiten des Korrekturverfahrens im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Zu Artikel 2

Die Regelung setzt die vom Gesetzgeber geforderte Berücksichtigung von Erstattungen im Risikostrukturausgleich (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V) in Bezug auf die den Krankenkassen nach Artikel 1 zufließenden Abgeltungsbeträge des Bundes um. Sie stellt dabei sicher, dass die entsprechenden Leistungsausgaben für die am RSA beteiligten Krankenkassen nicht zweifach ausgeglichen werden.

Der in § 221 Absatz 1 Satz 1 SGB V ab dem Jahr 2006 maßgebende Betrag von 4,2 Mrd. Euro soll die versicherungsfremden Leistungen pauschal abgelten. Diese werden für die am RSA beteiligten Krankenkassen bereits über den RSA mit insgesamt rd. 0,4 Ausgleichsbedarfssatz-Punkten ausgeglichen - zum einen durch die Berücksichtigung der entsprechenden Leistungsausgaben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und zum anderen durch den Ausgleich der entsprechenden Beitragsausfälle (bei Bezug von Mutterschafts- und Erziehungsgeld bzw. Inanspruchnahme von Elternzeit) im Finanzkraftausgleich. Die nach Artikel 1 der Krankenkasse zufließenden Beträge sind daher im RSA ausgleichsmindernd zu berücksichtigen, andernfalls würden die von den anderen Krankenkassen über den RSA bereits solidarisch finanzierten Aufwendungen der betreffenden, zahlungsberechtigten Krankenkasse doppelt ausgeglichen. Diese wirtschaftlich und rechtlich nicht vertretbare Folge wird durch die Regelung in Artikel 2 vermieden, indem der RSA-Beitragsbedarf der betreffenden Krankenkasse um den nach Artikel 1 jeweils zufließenden Betrag reduziert wird.

Soweit Krankenkassen auch nach dem durchgeführten Ausgleich durch Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen zusätzlich belastet bleiben, handelt es sich um den Anteil dieser Ausgaben, der die entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben des RSA für alle Krankenkassen überschreitet. Die Krankenkasse muss den über dem Durchschnitt liegenden Anteil durch zusätzliche Beitragssatzpunkte selbst finanzieren. Der damit einhergehende Anreiz zur Wirtschaftlichkeit gehört zu den grundlegenden Steuerungswirkungen des RSA und ist vom Gesetzgeber gewollt.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Verordnung muss rückwirkend zum 1.1.2004 in Kraft treten, um zu gewährleisten, dass der Abrechnung der vom Bund für das Jahr 2004 geleisteten Abgeltungsbeträge die zu berücksichtigenden Ausgaben des ganzen Kalenderjahres 2004 zu Grunde gelegt werden.