

14.10.04

G

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

**Zehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (10. RSA-ÄndV)****A. Zielsetzung**

Die Verordnung enthält die leistungs- und beitragsrechtlichen Folgeänderungen, die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf Grund des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) erforderlich geworden sind. Außerdem enthält die Verordnung Regelungen zur Verfahrensvereinfachung und zur Verbesserung der Ergebnisse des monatlichen Abschlagsverfahrens und der Zwischenausgleiche im Risikostrukturausgleich.

B. Lösung

Die Folgeänderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung konzentrieren sich im wesentlichen auf folgende Bereiche:

- Anpassung an die leistungsrechtlichen Änderungen des GMG,
- Folgeänderungen auf Grund der erweiterten Möglichkeiten der Versicherten zur Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland,
- Anpassung an die erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen,
- Folgeänderungen auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen.

Die Verfahrensvereinfachungen werden insbesondere erzielt durch die Erweiterung der Möglichkeit, Erstattungsleistungen im Risikopool pauschaliert zu berücksichtigen sowie durch eine Klarstellung zur Berücksichtigung von Beitragsnachberechnungen bei der Ermittlung der Finanzkraft. Eine Verbesserung der Ausgleichsergebnisse im monatlichen Abschlagsverfahren und in den Zwischenausgleichen wird dadurch erreicht, dass die Regelungen über die Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs und der voraussichtlichen Finanzkraft flexibilisiert und bei den den Zwischenausgleichen zu Grunde zu legenden Annahmen auch Abweichungen zwischen den Vierteljahresrechnungen und den Jahresergebnissen der Krankenkassen berücksichtigt werden.

C. Alternative

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Bund, Ländern und Kommunen entstehen mit der Durchführung der Verordnung keine zusätzlichen Kosten.

E. Sonstige Kosten

Für die Krankenkassen können die Regelungen dieser Verordnung zu Verfahrensvereinfachungen führen, die eine nicht quantifizierbare Verringerung des Personal- und Sachaufwands im Zusammenhang mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools ermöglichen.

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

Auswirkungen auf Einzelpreise, auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

14.10.04

G

Verordnung

**des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung**

**Zehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (10. RSA-ÄndV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 14. Oktober 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

Zehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (10. RSA-ÄndV)

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

**Zehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(10. RSA-ÄndV)**

Vom ... 2004

Auf Grund des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 6 sowie des § 269 Abs. 4 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), von denen § 266 Abs. 7 Satz 1 zuletzt durch ... und § 269 Abs. 4 zuletzt durch ... geändert worden sind, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 6 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einen von Satz 4 abweichenden Veränderungsfaktor bestimmen.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

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

- aa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Krankenbehandlung nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5 und Abs. 5, § 18 Abs. 3, den §§ 27a bis 33, 37 Abs. 1 Satz 1 bis 3 und Abs. 2 Satz 1, den §§ 37a, 38 Abs. 1, den §§ 39, 42 und 43a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

- bb) In Nummer 4 wird die Angabe „und 200b“ gestrichen.

- cc) Nummer 6 wird aufgehoben; die Nummern 7 bis 12 werden die Nummern 6 bis 11.

- dd) In der neuen Nummer 11 werden der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 12 angefügt:

„12. die Übernahme von Beträgen auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie anteilig auf die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 11 entfallen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden nach den Wörtern „Ausland nach“ die Angabe „§ 13 Abs. 4 Satz 6,“ eingefügt und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „sowie Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

- c) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Rückzahlungen von Zuzahlungen an den Versicherten auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vorauszahlungen von Zuzahlungen durch den Versicherten sind dem jeweiligen Ausgleichsjahr zuzuordnen und werden vom Berichtsjahr 2004 an pauschal berücksichtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung. Dabei ist durch Festlegung eines geeigneten Aufteilungsschlüssels sicherzustellen, dass die auf nicht berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben entfallenden Beträge nicht zu einer Erhöhung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben führen.“

3. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Beitragsnachberechnungen ist der zum Zeitpunkt der Buchung geltende Beitragssatz zu Grunde zu legen.“

b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Beitragsrückzahlungen nach § 54 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht abgesetzt.“

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

„Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmen, dass abweichend von Satz 2 die für einen anderen Bezugszeitraum als den Ausgleichsmonat gemeldeten Renten zu Grunde gelegt werden.“

5. § 17 Abs. 3a Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für alle Krankenkassen jeweils zum 30. September für den Zeitraum des ersten Halbjahres und zum 31. März des Folgejahres für den Zeitraum des gesamten Vorjahres die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 auf der Grundlage der vorliegenden Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den vorläufigen Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 auf der Grundlage der jeweils jüngsten Schätzung nach § 11 Abs. 2 neu. Es teilt den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte den unter Berücksichtigung der für den genannten Zeitraum angefallenen Abschlagszahlungen zu zahlenden Saldo mit.“

6. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden vor der Angabe „§ 39“ die Angabe „§ 13 Abs. 5, § 18 Abs. 3 und“ eingefügt und die Wörter „einschließlich der für diese Leistungen bei Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,“ angefügt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Arznei- und Verbandmittel nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5, § 18 Abs. 3 und § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein-

schließlich der für diese Leistungen bei Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,“.

- cc) In Nummer 3 wird nach dem Wort „nach“ die Angabe „§ 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5, § 18 Abs. 3,“ eingefügt.
 - dd) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
 - ee) Nummer 5 wird aufgehoben.
- b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Bei der Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 1 sind pauschal zu berücksichtigen:

1. Erstattungen nach § 39 Abs. 2, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Erstattungen von Leistungsausgaben durch Dritte,
3. Rabatte nach den §§ 130 und 130a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. ab dem Berichtsjahr 2004 Rückzahlungen von Zuzahlungen an den Versicherten auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vorauszahlungen von Zuzahlungen durch den Versicherten.

Die pauschal zu berücksichtigenden Beträge sind dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem sie von der Krankenkasse vereinnahmt oder verausgabt worden sind. Hierzu gehören nicht die finanziellen Hilfeleistungen nach den §§ 265 und 265a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. § 4 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

Artikel 2

(1) Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a und b, Nr. 3 Buchstabe b und Nr. 6 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b tritt am 1. November 2004 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den ... 2004

Die Bundesministerin
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die vorliegende Verordnung enthält zum einen notwendige Folgeänderungen zu den leistungs- und beitragsrechtlichen Neuregelungen auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Hierzu gehören insbesondere:

- Anpassungen an die leistungsrechtlichen Änderungen des GMG,
- Folgeänderungen auf Grund der erweiterten Möglichkeiten der Versicherten zur Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland,
- Anpassungen an die erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen,
- Folgeänderungen auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen.

Daneben enthält die Verordnung Regelungen zur Verfahrensvereinfachung (Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a und Nr. 6 Buchstabe b) sowie zur Verbesserung der Ausgleichsergebnisse im monatlichen Abschlagsverfahren (Art. 1 Nr. 1 und 4) und beim Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV (Art. 1 Nr. 5).

Für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen entstehen keine zusätzlichen Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise, auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen - unmittelbaren oder mittelbaren - Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Regelungen dieser Verordnung besteht nicht, da die näheren Bestimmungen über den Ausgleich von härtefallbedingten Mehraufwendungen der Krankenkassen keine unterschiedlichen Auswirkungen auf weibliche oder männliche Versicherte haben können.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 3)

Nach geltendem Recht werden im monatlichen Ausgleichsverfahren bei der Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs und der voraussichtlichen Finanzkraft unterschiedliche Zeiträume zu Grunde gelegt: Während bei der Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs die Versi-

chertenzahl des Vormonats zu Grunde gelegt wird, sind für die Ermittlung der voraussichtlichen Finanzkraft die beitragspflichtigen Einnahmen des Vormonats maßgeblich. Hierdurch können insbesondere bei Krankenkassen mit starken Mitgliederänderungen innerhalb kurzer Zeiträume Inkongruenzen zwischen vorläufigem Beitragsbedarf und voraussichtlicher Finanzkraft auftreten, die bei stark wachsenden Krankenkassen zu einer Unterbewertung der Finanzkraft und bei schrumpfenden Krankenkassen eine Überwertung der Finanzkraft im Verhältnis zum Beitragsbedarf führen. Die Zielgenauigkeit des monatlichen Abschlagsverfahrens wird hierdurch beeinträchtigt. Um auch im monatlichen Abschlagsverfahren Beitragsbedarf und Finanzkraft der Krankenkassen möglichst realitätsnah abbilden zu können, erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einen abweichenden Veränderungsfaktor für die Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs festzulegen. Die Regelung entspricht einem gemeinsamen Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes können Versicherte Leistungen von Leistungserbringern in den Mitgliedstaaten der EG und den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch nehmen, wenn diese Leistungserbringer nach dem Recht des jeweiligen Staates zur Leistungserbringung zugelassen sind. Es handelt sich hierbei um die Leistungen nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5 und Abs. 5 SGB V sowie nach § 18 Abs. 3 SGB V, die auf Grund der Neuregelung zu Regelleistungen geworden sind. Es wird klargestellt, dass sie daher im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Streichung des Entbindungsgelds aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Streichung des Sterbegelds aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und der Befreiung von Zuzahlungen infolge des Überschreitens der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz. Durch dieses Gesetz sind die Leistungsbereiche, für die Zuzahlungen anfallen und die bei Überschreitung der Belastungsgrenze von

der Krankenkasse übernommen werden, ausgeweitet worden. Zuzahlungsbeträge, die von der Krankenkasse übernommen werden, weil die Versicherten die Belastungsgrenze überschritten haben, sind im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig, soweit sie auf berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben entfallen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die geänderte Fassung des § 13 Abs. 4 SGB V sowie um die Korrektur eines redaktionellen Versehens.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auf Grund des durch das GKV-Modernisierungsgesetz neu gefassten § 65a SGB V können die Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen, dass Versicherte unter bestimmten Bedingungen Boni erhalten oder von den Zuzahlungen befreit werden. Da es sich hierbei um Satzungsleistungen handelt, sind die entsprechenden Zahlungen der Krankenkassen oder die entgangenen Zuzahlungen weder im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig noch im Risikopool ausgleichsfähig.

Zu Buchstabe c

In der Praxis wird es in zahlreichen Fällen, in denen von vorneherein feststeht, dass die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten werden wird, zu einer Vorauszahlung der insgesamt im Kalenderjahr zu entrichtenden Zuzahlungen kommen mit der Folge, dass die Versicherten für das gesamte Kalenderjahr von Zuzahlungen für einzelne Leistungen befreit sind. Eine zeitraum- und versichertengruppenbezogene Aufteilung dieser Vorauszahlungsbeträge auf die einzelnen Hauptleistungsbereiche ist jedoch nicht möglich. Gleiches gilt für Erstattungen von Zuzahlungsbeträgen an Versicherte, die die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben. Hinzu kommt, dass diese Erstattungen nicht versicherten-, sondern haushaltsbezogen erfolgen. Auch mit hohem Verwaltungsaufwand könnten die Krankenkassen daher eine korrekte versichertengruppen-, zeitraum- und hauptleistungsbereichsbezogene Zuordnung der fraglichen Beträge nicht sicherstellen. Aus diesen Gründen sollen Erstattungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen künftig pauschaliert berücksichtigt werden. Da sich diese Erstattungen auch auf nicht berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben beziehen können, würde eine undifferenzierte Berücksichtigung der gebuchten Erstattungsbeträge zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Erhöhung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben führen. Dies soll durch die Festlegung eines geeigneten Aufteilungsschlüssels durch die Spitzenverbände der Krankenkassen vermieden werden. Das Nähere über die Pauschalierung bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen einvernehmlich mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient der Klarstellung und Vereinfachung der Durchführung des Risikostrukturausgleichs. In der Vergangenheit ist Unsicherheit entstanden, welcher Beitragssatz bei Beitragsnachberechnungen zu Grunde zu legen ist. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird klargestellt, dass in diesen Fällen immer der zum Zeitpunkt der Buchung geltende Beitragssatz zu Grunde zu legen ist. Eine verwaltungsaufwendige periodengerechte Zuordnung des Nachzahlungsbetrags wird hierdurch vermieden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffene Möglichkeit für die Krankenkassen, ihren Mitgliedern unter bestimmten Bedingungen Beitragsrückzahlungen zu gewähren.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Es handelt sich um eine Ergänzung der Änderung in § 3 (Art. 1 Nr. 1). Das Bundesversicherungsamt erhält die Möglichkeit, im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Ermittlung der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten anstelle der für den Ausgleichsmonat gemeldeten Renten die Renten eines anderen Bezugszeitraums zu Grunde zu legen. Hierdurch kann die Ermittlung sowohl des vorläufigen Beitragsbedarfs als auch der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen auf der Grundlage eines einheitlichen Zeitraums erfolgen. Die Zielgenauigkeit des monatlichen Abschlagsverfahrens wird hierdurch erhöht.

Zu Nummer 5 (§ 17)

Bisher erfolgt die Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs der Krankenkassen für die Durchführung der Zwischenausgleiche auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse der Vierteljahresrechnungen. Die in den Vierteljahresrechnungen gebuchten Leistungsausgaben weichen jedoch regelmäßig von den Ergebnissen der Jahresrechnung mehr oder weniger stark ab. Besonders starke Abweichungen entstehen dann, wenn - z. B. auf Grund gesetzlicher Änderungen wie im GKV-Modernisierungsgesetz - die Leistungsausgaben sich nicht gleichmäßig über die Quartale eines Jahres verteilen. Dies kann dazu führen, dass im Zwischenausgleich am 30. September Zahlungsströme ausgelöst werden, die im Zwischenausgleich am 31. März wieder rückgängig gemacht werden. Hierdurch wird nicht nur das Ziel der Zwischenausgleiche, den erwarteten Jahresausgleich abzubilden, verfehlt. Auch können bei den Krankenkassen Liquiditätsprobleme und Unsicherheiten bei der Finanzplanung auftreten. Daher soll künftig für die Durchführung der Zwischenausgleiche die Ermittlung des vor-

läufigen Beitragsbedarfs auf der Grundlage der gemeinsamen Schätzungen von Bundesversicherungsamt und Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 11 Abs. 2 erfolgen. In diesen Schätzungen werden auch die Abweichungen zwischen Vierteljahresrechnungen und Jahresrechnungsergebnissen berücksichtigt, sodass davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse der Zwischenausgleiche in Zukunft in höherem Maß als bisher den Ergebnissen des zu erwartenden Jahresausgleichs angenähert werden.

Zu Nummer 6 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der Neuregelung der Auslandsleistungen, der Zuzahlungen und Befreiungen von Zuzahlungen nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V sowie des Wegfalls des Sterbegelds durch das GKV-Modernisierungsgesetz.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift enthält eine Neuregelung der im Risikopool pauschal zu berücksichtigenden Beträge. Die Regelung ist auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und der Befreiung von Zuzahlungen nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz sowie auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Risikopools erforderlich geworden. Bereits nach geltendem Recht sind Erstattungen von Leistungsausgaben durch Dritte sowie die Rabatte nach den §§ 130 und 130a SGB V im Risikopool pauschal zu berücksichtigen, da eine versichertenbezogene Zuordnung dieser Beträge mit einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand verbunden wäre. Aus Gründen der Praktikabilität sollen künftig auch die Erstattungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (Eigenanteil des Versicherten bei Wahl eines teureren Krankenhauses) und nach § 49 Abs. 1 Nr. 3, § 50 SGB V (Krankengelderstattung) sowie die von der Krankenkasse erstatteten bzw. vom Versicherten vorausgezählten Zuzahlungsbeträge im Risikopool pauschaliert berücksichtigt werden. Dies ist sachgerecht und führt zu einer wesentlichen Vereinfachung des Ausgleichsverfahrens und dient darüber hinaus der Einsparung nicht angemessener Verwaltungsaufwendungen bei den Krankenkassen und den Prüfdiensten. Die Regelung entspricht im wesentlichen einem gemeinsamen Vorschlag des Bundesversicherungsamts und der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Die von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen (§ 61 SGB V) werden - soweit sie ausgleichsfähige Leistungsausgaben betreffen - im Risikopool zwar grundsätzlich versichertenbezogen berücksichtigt und führen zu einer entsprechenden Verringerung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. In der Praxis wird es jedoch in zahlreichen Fällen, in denen von vorneherein feststeht, dass die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten werden wird, zu einer Vorauszahlung der insgesamt im Kalenderjahr zu entrichtenden Zuzahlungen

kommen mit der Folge, dass die Versicherten für das gesamte Kalenderjahr von Zuzahlungen für einzelne Leistungen befreit sind. Eine Aufteilung dieser Vorauszahlungsbeträge auf die im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und ihre Zuordnung zu diesen Leistungsausgaben ist jedoch nicht möglich. Gleiches gilt für Erstattungen von Zuzahlungsbeträgen an Versicherte, die die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben. Hinzu kommt, dass diese Erstattungen nicht versicherten-, sondern haushaltsbezogen erfolgen. Auch mit hohem Verwaltungsaufwand könnten die Krankenkassen daher eine korrekte versicherten-, zeitraum- und leistungsbereichsbezogene Zuordnung der fraglichen Beträge nicht sicherstellen. Ebenso wenig können die Prüfdienste feststellen, ob die von der Krankenkasse vorgenommene Zuordnung korrekt erfolgt ist. Aus diesen Gründen sollen Erstattungen und Vorauszahlungen von Zuzahlungen vom Berichtsjahr 2004 an im Risikopool pauschaliert berücksichtigt werden. Da sich diese Erstattungen auch auf nicht im Risikopool ausgleichsfähige Leistungsausgaben beziehen können, würde eine undifferenzierte Berücksichtigung der gebuchten Erstattungsbeträge zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Erhöhung der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben führen. Dies soll durch die Festlegung eines geeigneten Aufteilungsschlüssels durch die Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgen (§ 28a Abs. 8 Satz 5 - neu - in Verbindung mit § 4 Abs. 3 Satz 4 - neu -).

Das Nähere über die Pauschalierung bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen einvernehmlich mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V (§ 28a Abs. 8 Satz 4 - neu - in Verbindung mit § 4 Abs. 3 Satz 3 - neu -).

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 1

Im Wesentlichen soll die Verordnung am Tag nach der Verkündung in Kraft treten.

Zu Absatz 2

Die Folgeänderungen zu den leistungs- und beitragsrechtlichen Neuregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (Art. 1 Nr. 2, 3 Buchstabe b und Nr. 6 Buchstabe a) sollen am 1. Januar 2004, und damit zum gleichen Zeitpunkt in Kraft treten wie diese Neuregelungen auch. Eine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung liegt hierin nicht. Zum einen haben diese Regelungen überwiegend deklaratorischen Charakter (Art. 1 Nr. 2 und Nr. 6 Buchstabe a). Außerdem wird von dem rückwirkenden Inkrafttreten nur das Abschlagsverfahren im Jahr 2004 betroffen. Abschlagszahlungen sind ihrer Natur nach aber immer nur vorläufig, sodass nicht nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird.

Zu Absatz 3

Die Regelungen zur pauschalierten Berücksichtigung bestimmter Aufwendungen der Krankenkassen im Risikopool sollen bereits am 1. November 2004 in Kraft treten, damit sie der Durchführung des Jahresausgleichs für das Jahr 2003 zu Grunde gelegt werden können. Soweit dieser Ausgleich zu diesem Zeitpunkt bereits durchgeführt ist, hat diese Regelung teilweise rückwirkenden Charakter, nämlich soweit rückwirkend die pauschalierte Berücksichtigung der Erstattungen nach § 39 Abs. 2, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V angeordnet wird. Die übrigen in der Regelung angesprochenen Leistungsausgaben werden schon nach bisher geltendem Recht pauschaliert berücksichtigt (vgl. § 28a Abs. 8 Satz 2 RSAV), sodass insoweit keine rückwirkende Änderung der Rechtslage eintritt.

Auch soweit die Erstattungen nach § 39 Abs. 2, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V betroffen sind, wird jedoch durch das rückwirkende Inkrafttreten weder nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen, noch wird hierdurch ein schützenswertes Vertrauen der Krankenkassen auf den Fortbestand der bisherigen Rechtslage verletzt. Wegen der hiermit verbundenen erheblichen Verfahrensvereinfachungen sind diese Erstattungsbeiträge dem Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen nicht versichertenbezogen, sondern nur in pauschalierter Form übermittelt worden, sodass sie im Rahmen des Jahresausgleichs für das Jahr 2003 auch nur in pauschalierter Form berücksichtigt werden können. Soweit der Jahresausgleich 2003 zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung bereits durchgeführt ist, führt das rückwirkende Inkrafttreten daher nicht zu einer nachträglichen Änderung des praktizierten Verfahrens, sondern stellt dieses lediglich auf eine gesicherte Rechtsgrundlage. Die mit der pauschalierten Übermittlung der Erstattungsbeträge verbundenen Vorteile in Form eines deutlich geringeren Verwaltungsaufwands sind allen Krankenkassen zu Gute gekommen. Durch das rückwirkende Inkrafttreten wird sicher gestellt, dass diese Vorteile den Krankenkassen erhalten bleiben. Eine nachträgliche Schlechterstellung von Krankenkassen ist hiermit daher nicht verbunden. Vielmehr wäre im Gegenteil der mit dem Ziel einer pauschalierten Datenübermittlung von den Krankenkassen geleistete Programieraufwand vergeblich gewesen, wenn der Jahresausgleich 2003 durch Korrekturverfahren teilweise wieder rückabgewickelt werden und die fraglichen Erstattungsleistungen versichertenbezogen berücksichtigt werden müssten.

C. Finanzielle Auswirkungen

Als Folge der Rechtsanpassungen und Verfahrensverbesserungen in dieser Verordnung sind spürbare finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen nicht zu erwarten. Für die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.