

11.08.05

G

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

**Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (13. RSA-ÄndV)****A. Zielsetzung**

Die Verordnung enthält Folgeänderungen, die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz erforderlich geworden sind. Außerdem enthält die Verordnung Regelungen zur Verfahrensvereinfachung und -verbesserung sowie klarstellende Regelungen sowie Regelungen zur Prüfung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten.

B. Lösung

Im Einzelnen enthält die Verordnung folgende Elemente:

- Anpassungen an beitragsrechtliche Änderungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz,
- Folgeänderungen auf Grund der durch das GMG erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Durchführung und Finanzierung der integrierten Versorgung,
- Vereinfachung der Durchführung des Risikopools durch die Reduzierung des obligatorischen Korrekturverfahrens von zwei Jahren auf ein Jahr,
- Klarstellungen der zeitlichen Zuordnung von Beträgen bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Risikostrukturausgleich und der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool,
- Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Durchführung des RSA-Verfahrens durch Übermittlung von

Daten aus dem monatlichen Ausgleich und dem Jahresausgleich durch das Bundesversicherungsamt,

- Konkretisierung und Präzisierung der Gegenstände der Prüfung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten und der Rechtsfolgen festgestellter Fehler in den Datengrundlagen sowie Regelungen zur weiteren Verbesserung der Datenqualität im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme.

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 und die Prüfdienste der Krankenkassen können die Regelungen dieser Verordnung zu Verfahrensvereinfachungen führen, die eine nicht quantifizierbare Verringerung des Personal- und Sachaufwands im Zusammenhang mit der Durchführung des Risikopools bzw. der Prüfung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten ermöglichen.

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

F. Preiswirkungsklausel

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

11.08.05

G

Verordnung
des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung

Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (13. RSA-ÄndV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 11. August 2005

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Matthias Platzeck

Sehr geehrter Herr Präsident,

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

Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (13. 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

**Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung
(13. RSA-ÄndV)**

Vom ... 2005

Auf Grund des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 6 und 11 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. 3 Satz 7 wird die Angabe „§ 28d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3“ jeweils durch die Angabe „§ 28d Abs. 1 Nr. 1 bis 3 oder Abs. 3“ ersetzt.
2. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „den in dem Ausgleichsjahr geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „die Summe aus dem in dem Ausgleichsjahr geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und dem zusätzlichen Beitragssatz nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Wurde der Beitragssatz“ durch die Wörter „Hat sich die Summe der Beitragsätze“ und die Wörter „jeweils ein Beitragssatz“ durch die Wörter „die jeweilige Summe der Beitragsätze“ ersetzt.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Für Beitragsnachberechnungen ist die zum Zeitpunkt der Sollstellung geltende Summe der Beitragssätze zu Grunde zu legen.“

b) In Absatz 4 wird das Wort „im“ durch die Wörter „für das“ ersetzt.

3. § 15a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 haben die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen jährlich die Daten von mindestens 2 vom Hundert der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten in Bezug auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Zugehörigkeit dieser Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 nach Maßgabe des Absatzes 1a sowie die Einhaltung der Überprüfungs- und Dokumentationspflichten nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 zu prüfen.“

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

„(1a) Bei der Prüfung nach Absatz 1 Satz 2 ist zu prüfen, ob

1. eine Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms für die Dauer der gemeldeten Versicherungszeiten nach § 2 Abs. 1 Satz 3 bestanden hat,
2. die eingeschriebenen Versicherten im Zeitpunkt der Einschreibung und während der Zuordnung zu einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 3 bei der geprüften Krankenkasse versichert waren,
3. die eingeschriebenen Versicherten auf Grund der festgestellten Diagnose der entsprechenden Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zugeordnet worden sind,
4. die schriftlichen Bestätigungen der gesicherten Diagnose durch einen in die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms vertraglich eingebundenen Arzt oder eine vertraglich eingebundene Einrichtung, die vollständig ausgefüllten Einwilligungs- und Teilnahmeerklärungen der Versicherten und die Erst- und Folgedokumentationen entsprechend der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Anlagen für

- die Dauer der gemeldeten Versicherungszeiten nach § 2 Abs. 1 Satz 3 vollständig vorliegen und keine offenkundigen Widersprüche enthalten,
5. die Erst- und Folgedokumentationen nach den in § 28f Abs. 1 Nr. 1 genannten Anlagen, soweit sie über die in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Anlagen hinausgehende Angaben enthalten, vollständig vorliegen, keine offenkundigen Widersprüche aufweisen und die zutreffenden Dokumentationsbögen verwendet worden sind,
 6. die Zeitpunkte des Beginns und des Endes der Versicherungszeit in den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zutreffend bestimmt und die Dokumentationszeiträume zutreffend berechnet und eingehalten worden sind und
 7. die Unterschrift des behandelnden Arztes bei der Übermittlung von Dokumentationen nach den Anlagen zu dieser Verordnung vorliegt."
- c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 2“ durch die Angabe „Absatz 1a Nr. 1 bis 4, 6 und 7“ ersetzt.
4. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 5a Satz 1 werden die Wörter „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“ jeweils durch die Wörter „Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Das Bundesversicherungsamt übermittelt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die von den Krankenkassen übermittelten Daten zur Durchführung des monatlichen Ausgleichs sowie die Daten und Ergebnisse nach den Absätzen 2, 3 und 3a für die einzelnen Krankenkassen ihrer Kassenart.“
5. Dem § 19 wird folgender Absatz 6 angefügt:
- „(6) Das Bundesversicherungsamt übermittelt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Daten und Ergebnisse nach den Absätzen 1 und 2 für die einzelnen Krankenkassen ihrer Kassenart.“

6. § 28a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „die beiden Vorjahre“ durch die Wörter „das Vorjahr“ ersetzt.
- b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nr. 4 werden der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:
 - „5. ab dem Berichtsjahr 2004 pauschale Vergütungen der integrierten Versorgung nach den §§ 140a bis 140d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die aus der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung nach § 140d Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwendeten Mittel.“
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „in dem“ durch die Wörter „für das“ ersetzt.

7. § 28d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:
 - „2. die Teilnahme des Versicherten am Programm endet, wenn
 - a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 genannten Anlagen veranlassenden Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
 - c) innerhalb von drei Jahren zwei der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 genannten Anlagen nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt worden sind und“
 - b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
 - „(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte abweichend von Absatz 1 allein auf Grund einer Erstdokumentation nach den in Absatz 1

Nr. 1 genannten Anlagen erneut eingeschrieben wird, wenn seine Teilnahme am Programm nach Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe c geendet hat.“

8. § 28f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden in Nummer 7 das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:

„8. die Arbeitsgemeinschaft nach Nummer 1, wenn sie Dritte mit der Erfüllung von Aufgaben nach dieser Vorschrift beauftragt hat, auch bei diesen, mindestens jährlich die Einhaltung von Datenschutz und -sicherheit sowie die Datenqualität, insbesondere

a) die Einhaltung der Übermittlungsfristen für die Erstdokumentation nach Nummer 2,

b) die Übereinstimmung der von der Datenstelle an die Krankenkasse übermittelten mit den bei der Datenstelle vorliegenden Daten,

c) die Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen nach den in Absatz 1 Nr. 1 genannten Anlagen und

d) die Einhaltung vorgeschriebener Fristen prüft und das Ergebnis dieser Prüfung sowie die Maßnahmen zur Umsetzung bei jeder Krankenkasse, die Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, der Prüfergebnisse dokumentiert wird und“

b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „3 und 7“ durch die Angabe „3, 7 und 8“ ersetzt.

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 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2005 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe a tritt am 1. Oktober 2005 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den ... 2005

Die Bundesministerin
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die vorliegende Verordnung enthält notwendige Folgeänderungen zu Neuregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Hierzu gehören Anpassungen an beitragsrechtliche Änderungen des GMG und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) sowie Folgeänderungen auf Grund der erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Durchführung und Finanzierung der integrierten Versorgung (Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Daneben enthält die Verordnung Regelungen zur Verfahrensvereinfachung durch die Verkürzung des obligatorischen Korrekturverfahrens im Risikopool (Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe a) sowie Klarstellungen für die zeitliche Zuordnung bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Risikostrukturausgleich (RSA) (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b) und der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool (Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb). Außerdem werden die Möglichkeiten der Mitwirkung der Spitzenverbände der Krankenkassen an der Durchführung des Verfahrens durch die Übermittlung von Daten aus dem monatlichen Ausgleich (Artikel 1 Nr. 4) und aus dem Jahresausgleich (Artikel 1 Nr. 5) durch das Bundesversicherungsamt erweitert.

Darüber hinaus enthält der Entwurf Regelungen zur Prüfung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Regelungen:

- Konkretisierung und Präzisierung der Prüfgegenstände (Art. 1 Nr. 3 Buchstabe b),
- Regelung zur Hochrechnung einer festgestellten Fehlerquote: Fehler, die bei der Prüfung der Dokumentationen nach den Anlagen 2b, 4b, 6b, 8b, 10b und 12b (so genannte b-Datensätze) festgestellt worden sind, werden hochgerechnet, da die Krankenkassen insoweit Fehler ohne weiteres erkennen und abstellen können; Fehler, die in den über die b-Datensätze hinausgehenden Angaben der so genannten a-Datensätze (Dokumentationen nach den Anlagen 2a, 4a, 6a, 8a, 10a und 12a zur RSAV) festgestellt werden, werden im jeweiligen Einzelfall und in gleich gelagerten Fällen korrigiert (Art. 1 Nr. 3 Buchstabe c),
- Verpflichtung der Arbeitsgemeinschaft aus Krankenkassen und KVen, mindestens jährlich bei den beauftragten Datenstellen die Einhaltung von Datenschutz und -sicherheit und die Datenqualität zu prüfen (Art. 1 Nr. 8), Überprüfung der Einhaltung dieser Verpflichtung durch die Prüfdienste und Übermittlung des Prüfergebnisses an das BVA,

- Erleichterung der Wiedereinschreibung, wenn die Teilnahme eines Versicherten an einem Programm geendet hat, weil zwei Folgedokumentationen nicht fristgerecht übermittelt worden sind (Art. 1 Nr. 7).

Hierdurch wird eine Vereinheitlichung und Standardisierung dieser Prüfung erreicht, die zum einen die Rechtssicherheit der Ausgleichsbescheide im Risikostrukturausgleich erhöht, da sichergestellt ist, dass die Prüfung bei allen Krankenkassen nach den gleichen Maßstäben erfolgt. Zum anderen führt die Konkretisierung und Präzisierung der Prüfgegenstände zu einer Erleichterung der Arbeit der Prüfdienste, da die Abstimmungserfordernisse zur Gewährleistung der Einheitlichkeit der Prüfung landes- und bundesunmittelbarer Krankenkassen deutlich reduziert werden. Die vorgenommene Präzisierung der Prüfgegenstände und die Regelung zur Hochrechnung einer festgestellten Fehlerquote entspricht schließlich auch der Regelung des § 28f, der im Regelfall eine Trennung der nicht für die Krankenkasse bestimmten medizinischen Daten und der sonstigen Daten eingeschriebener Versicherter vorsieht. Darüber hinausgehende unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Neuregelungen sind nicht zu erwarten.

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen - unmittelbaren oder mittelbaren - Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Regelungen dieser Verordnung besteht nicht, da sich die Änderungen ausschließlich auf das Verwaltungshandeln des Bundesversicherungsamtes, der Krankenkassen, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Prüfdienste der Krankenkassen innerhalb des RSA-Verfahrens beziehen, das keine unterschiedlichen Auswirkungen auf weibliche oder männliche Versicherte haben kann.

B. Besonderer Teil

Zu Nummer 1 (§ 3)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf § 28d Abs. 1 sowie um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 3 in § 28d (vgl. Art. 1 Nr. 7).

Zu Nummer 2 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Das geltende Recht bestimmt für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen eine Formel, nach der jede Krankenkasse ihre monatlichen Beitragsforderungen mit 100 vervielfacht und durch den im Ausgleichsjahr geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V dividiert. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz in Verbindung mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz wurde ein zusätzlicher Beitragssatz für alle Mitglieder gemäß § 241a SGB V festgelegt. Dieser ab dem

1. Juli 2005 geltende Beitragssatz ist daher ergänzend zu dem allgemeinen Beitragssatz bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der o.g. Formel zu berücksichtigen. Andernfalls würde die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen und die daraus ermittelte Finanzkraft aller Krankenkassen zu hoch ausgewiesen und der darauf basierende Ausgleichsbedarfssatz als GKV-durchschnittlicher Bedarfssatz zur Finanzierung aller im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungen fehlerhaft ermittelt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung stellt klar, dass auch bei Beitragsnachberechnungen der zusätzliche Beitragssatz zu berücksichtigen ist und dass für diese Nachberechnungen ebenso wie bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (Satz 1) der Zeitpunkt der Sollstellung und nicht der Zeitpunkt der Buchung maßgeblich ist. Dadurch bleibt das Interesse der Krankenkassen, die ihnen zustehenden Beitragsforderungen auch tatsächlich einzuziehen, auch bei den Beitragsnachberechnungen gewahrt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass Renten bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen in dem Ausgleichsjahr berücksichtigt werden, für das sie gezahlt werden, auch wenn die Zahlung selbst nicht in dem Ausgleichsjahr erfolgt ist (Für-Prinzip). Hiermit wird die korrekte zeitliche Abgrenzung der Rentenzahlungen, insbesondere bei nachschüssig ausgezahlten Renten, sichergestellt, um Unschärfen bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen zu vermeiden. Diese Klarstellung ist insbesondere auf Grund der seit dem 1.3.2004 nachschüssig ausgezahlten Renten an Neurentner erforderlich. Das dem Risikostrukturausgleich zu Grunde liegende „Für-Prinzip“ kommt damit auch hier zur Anwendung.

Zu Nummer 3 (§ 15a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich im Wesentlichen um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 1a, in dem die einzelnen Prüfgegenstände konkretisiert werden, an Hand derer die Versicherungszeiten der in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten zu prüfen sind. Außerdem sieht die Regelung vor, dass die Prüfdienste künftig auch überprüfen, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachgekommen sind, in regelmäßigen zeitlichen Abständen zu prüfen, ob die Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit sowie die Datenqualität in Bezug auf die im Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten erfüllt sind (vgl. Art. 1 Nr. 8 - § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 - neu).

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 1a konkretisiert die Gegenstände der Prüfung der Versicherungszeiten der in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten. Diese Neuregelungen sind auf die Prüfungen anzuwenden, die nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung erfolgen. Die zu prüfenden Daten sind der Meldung der Versicherungszeiten der eingeschriebenen Versicherten im Risikostrukturausgleich zu Grunde zu legen und sind damit ausschlaggebend für die korrekte Ermittlung des Beitragsbedarfs der Krankenkasse. Als grundlegende Voraussetzungen sind das Bestehen der Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms, die Zugehörigkeit des Versicherten zur geprüften Krankenkasse und die Entsprechung von festgestellter Diagnose und Versichertengruppe zu prüfen (Nummer 1 bis 3). Darüber hinaus müssen die Einschreibevoraussetzungen des § 28d Abs. 1 erfüllt sein, d. h. es müssen die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose, die vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und die Erstdokumentation sowie die Folgedokumentationen vorliegen (Nummer 4). Gegenstand der Prüfung sind die Erst- und Folgedokumentationen nach den Anlagen 2b, 4b, 6b, 8b, 10b, und 12b zur RSAV (so genannte b-Datensätze), da den Krankenkassen im Regelfall nur diese Dokumentationen übermittelt werden (vgl. § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2), sodass sie auch nur insoweit ohne weiteres feststellen können, ob diese Dokumentationen vollständig vorliegen. Dies gilt auch dann, wenn mit der Verarbeitung dieser Dokumentationen eine externe Datenstelle beauftragt worden ist, da die Krankenkasse - bezogen auf den b-Datensatz - als alleinige Auftraggeberin der Datenstelle die Verantwortung für deren Tätigwerden trifft. Ist für die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms im Einzelfall keine Arbeitsgemeinschaft nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 vereinbart, erhält die Krankenkasse zwar auch die über den Umfang des b-Datensatzes hinausgehenden Daten nach den Anlagen 2a, 4a, 6a, 8a, 10a und 12a zur RSAV (so genannte a-Datensätze). Gegenstand der Prüfung nach Nummer 4 sind aus Gründen der Gleichbehandlung aber auch in diesen Fällen nicht die zusätzlichen Daten der a-Datensätze, sondern nur der Teil der a-Datensätze, die den jeweiligen b-Datensätzen entsprechen.

Die Dokumentationen sind daraufhin zu prüfen, ob sie vollständig vorliegen und keine offenkundigen Widersprüche aufweisen. Die Einhaltung der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geregelten Übermittlungsfrist ist bei den Erstdokumentationen dagegen nicht zu prüfen. Zum einen enthält § 28d Abs. 1 keinen Verweis auf diese Regelung. Zum anderen ist die Einhaltung der Übermittlungsfrist für die Erstdokumentation im Rahmen der Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Datenübermittlung (Art. 1 Nr. 8 - § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 - neu) zu prüfen. Eine zeitnahe Übermittlung der Erstdokumentation liegt ohnehin im besonderen Interesse der Krankenkasse, da sie einen eingeschriebenen Versicherten erst nach dem Vorliegen der Erstdokumentation einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zuordnen kann. Der theoretischen Möglichkeit, dass Versicherte auf Grund von verfristeten Erstdokumentationen

einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zugeordnet werden, obwohl sie die medizinischen Voraussetzungen für die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm zwischenzeitlich nicht mehr erfüllen, wird schließlich durch die kontinuierliche Erstellung von Folgedokumentationen entgegengewirkt. Mit diesen wird in kurzen Zeitabständen überprüft, ob die Einschreibevoraussetzungen noch erfüllt sind, sodass eine zeitnahe Beendigung der Programmteilnahme erfolgen kann, sobald dies nicht mehr der Fall ist.

Die Frage der Vollständigkeit einer Dokumentation richtet sich ausschließlich danach, ob die in den Anlagen zur RSAV vorgesehenen Datenfelder ausgefüllt worden sind. Weitere von den Beteiligten aus praktischen Gründen in die Datensätze aufgenommene Datenfelder, wie etwa für die Unterschrift des Versicherten, die in den Anlagen zur RSAV nicht vorgesehen sind, sind dagegen nicht zu prüfen. Zwar war bis zum 29. Februar 2004 in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 vorgesehen, dass der Versicherte jede einzelne Datenübermittlung zu unterschreiben hatte. Dieses durch die 9. RSA-ÄndV aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung aufgehobene Erfordernis hatte in erster Linie datenschutzrechtliche Bedeutung. Das Fehlen dieser Unterschrift hat jedoch keine Bedeutung für die im Rahmen des § 15a Abs. 1 Satz 2 ausschließlich zu prüfende Frage, ob ein Versicherter zu Recht einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zugeordnet worden ist. Das Fehlen dieser Unterschrift ist daher auch für die Zeit vor dem 1. März 2004 nicht als Fehler zu werten.

Offenkundig sind Widersprüche dann, wenn sie von den Prüfdiensten ohne Hinzuziehung medizinischen Sachverständs oder auf Grund medizinischen Sachverständs angefertigter Hilfsmittel festgestellt werden können (z. B. gleichzeitiges Ausfüllen eines Ja- und eines Nein-Felds). Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass es nicht zu den Aufgaben der Prüfdienste gehört, medizinische Sachverhalte und Angaben zu überprüfen.

Nach Nummer 5 sind auch die den Krankenkassen in der Regel nicht vorliegenden a-Datensätze auf Vollständigkeit und Freiheit von offenkundigen Widersprüchen der zu prüfen, soweit diese Angaben enthalten, die über die Angaben der entsprechenden b-Datensätze hinausgehen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass diese Dokumentationen für die medizinische Qualitätssicherung und die Evaluation der Programme erforderlich sind und ihr Fehlen daher maßgeblich für den Zeitpunkt der Beendigung der Teilnahme eines Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm ist (§ 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3). Da die Krankenkassen diese Dokumentationen in der Regel jedoch nicht erhalten (vgl. § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2), haben sie nicht ohne weiteres die Möglichkeit, Fehler oder Unvollständigkeiten zu erkennen und abzustellen. Daher fließen die bei der Prüfung dieser Teile der a-Datensätze festgestellten Fehler nicht in die Hochrechnung ein (vgl. die Änderung in Nummer 3 Buchstabe c). Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Fehlerkorrektur im Einzelfall und in gleich gelagerten Fällen bleibt hiervon unberührt.

Um zu vermeiden, dass Krankenkassen in Bezug auf Umfang und Intensität der Prüfung durch die Prüfdienste unterschiedlich behandelt werden, sind die in Absatz 1a aufgeführten Prüfgegenstände in Bezug auf die Prüfung der Versicherungszeiten der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten abschließend. Die Durchführung von Prüfungen etwa nach § 88 SGB IV oder nach § 274 SGB V bleibt dagegen unberührt. Die Ergebnisse der Prüfung nach den Absatz 1a sind dem Bundesversicherungsamt nach Absatz 1 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 zu übermitteln.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Konkretisierung und Präzisierung der Prüfgegenstände in Absatz 1a. Die Regelung stellt klar, dass in die Hochrechnung einer festgestellten Fehlerquote nicht die Fehler einfließen, die bei der Prüfung der Teile der a-Datensätze festgestellt worden sind, die über die Angaben der entsprechenden b-Datensätze hinausgehen. Dies ist sachgerecht, da die Hochrechnung mit ihren für die betroffene Krankenkasse gegebenenfalls einschneidenden finanziellen Folgen fehlerhafte Meldungen der Krankenkassen sanktionieren soll. Daher sollen nur die Fehler hochgerechnet werden, bei denen die Möglichkeit der unmittelbaren Feststellung und Beseitigung dieser Fehler durch die Krankenkasse besteht. Dies ist bei den über die Angaben der b-Datensätze hinausgehenden Angaben der a-Datensätze aber nicht der Fall, da diese den Krankenkassen in der Regel nicht übermittelt werden (vgl. § 28f Abs. 1 Satz 1 Nr. 3). Vielmehr haben sie Zugang zu diesen Dokumentationen nur im Rahmen der gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und erst, nachdem diese pseudonymisiert worden sind. Die Verpflichtung der Krankenkassen, bei der Prüfung der a-Datensätze festgestellte Fehler, die Auswirkungen auf die Meldung der Versicherungszeiten haben, im Einzelfall und in gleich gelagerten Fällen zu korrigieren, bleibt hiervon unberührt.

Zu Nummer 4 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung, durch das u.a. die Zuständigkeiten und Bezeichnungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung neu geregelt wurden. Die Regelung vollzieht nach, dass die bisherige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zum 1. Oktober 2005 in der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgeht.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt den Spitzenverbänden der Krankenkassen künftig die für das monatliche Ausgleichsverfahren und den Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a von den Krankenkassen gemeldeten Daten sowie die Ergebnisse des

Zwischenausgleichs für die Krankenkassen ihrer jeweiligen Kassenart übermittelt. Mit Hilfe dieser Daten können die Spitzenverbände der Krankenkassen ihrer Aufgabe, die regelmäßig zu erstellenden Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung auf Plausibilität zu prüfen (§ 14 Abs. 2 Satz 4 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung – KSVwV) und die meldenden Krankenkassen gegebenenfalls zu Korrekturen anzuhalten, effektiver als bisher nachkommen. Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs ist die inhaltliche Richtigkeit dieser Statistiken von besonderer Bedeutung, da die gebuchten Werte der Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu Grunde gelegt werden. So werden die Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen der Krankenkassen im Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a auf der Grundlage der Vierteljahresrechnungen nach § 10 KSVwV ermittelt. Die Ergebnisse des Zwischenausgleichs wiederum gehen in die Jahresrechnungsergebnisse der Krankenkassen nach § 8 KSVwV ein, die ihrerseits Grundlage für die Durchführung des Jahresausgleichs sind (vgl. § 19 Abs. 1). Insbesondere bei den von den Krankenkassen für die Vierteljahresrechnung gemeldeten beitragspflichtigen Einnahmen hat das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit Abweichungen zu den Meldungen der Krankenkassen im monatlichen Ausgleichsverfahren festgestellt. Künftig können die Spitzenverbände der Krankenkassen schon bei der Annahme der Datenmeldung derartige Abweichungen feststellen, da ihnen als Vergleichsgrößen die Meldungen der Krankenkassen aus dem monatlichen Ausgleichsverfahren und dem Zwischenausgleich zur Verfügung stehen. Eine Verbesserung der Qualität der Statistiken trägt daher unmittelbar zu einer Verbesserung der Qualität der dem Risikostrukturausgleich zu Grunde liegenden Daten und damit der Ausgleichsergebnisse im Risikostrukturausgleich bei.

Zu Nummer 5 (§ 19)

Die Änderung enthält eine Parallelregelung zur Änderung in § 17 Abs. 9 – neu. Sie sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt den Spitzenverbänden der Krankenkassen auch die Ergebnisse des Jahresausgleichs für die Krankenkassen ihrer jeweiligen Kassenart übermittelt. Auch diese Regelung dient dazu, die Möglichkeiten der Spitzenverbände der Krankenkassen zu verbessern, die Meldungen für die Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung auf Plausibilität zu prüfen und damit durch eine Verbesserung der Statistiken die Qualität der Daten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu erhöhen. Hierfür sind die Ergebnisse der einzelnen Krankenkassen aus dem Jahresausgleich von Bedeutung, da die entsprechenden Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen im Jahresausgleich von den Krankenkassen in der jeweils nächsten Vierteljahresrechnung zu buchen sind. Auf der Grundlage der Vierteljahresrechnungen wiederum werden die Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen der Krankenkassen im Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a ermittelt (vgl. Begründung zu Art. 1 Nr. 4 Buchstabe b). An Hand der Ergebnisse aus dem Jahresausgleich können die Spitzenverbände der Krankenkassen Unstimmigkeiten in den Meldungen für die Vierteljahresrechnung erkennen und auf eine Korrektur durch die Krankenkassen hinwirken,

bevor auf der Grundlage dieser Rechnungsergebnisse der Zwischenausgleich durchgeführt wird.

Zu Nummer 6 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Die derzeitige Rechtslage sieht ein obligatorisches Korrekturverfahren für die beiden vor dem Berichtsjahr liegenden Jahre vor. Mit der Regelung wird auf das zweite obligatorische Korrekturverfahren verzichtet. Für das erste Berichtsjahr, für das korrigierte Daten erhoben wurden (2002), zeigt ein Abgleich der Korrekturmeldung aus dem Jahrsausgleich 2003 mit der Originalmeldung aus dem Jahrsausgleich 2002, dass die Unterschiede zwischen Korrekturmeldung und Jahresmeldung gering ausfallen. Für ein weiteres obligatorisches Korrekturjahr sind daher nur marginale Änderungen zu erwarten, die den mit der Erhebung, Verarbeitung und Weiterleitung der Daten verbundenen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt nicht rechtfertigen. Eine Beschränkung des obligatorischen Korrekturverfahrens allein auf das letzte zurückliegende Ausgleichsjahr ist daher sachgerecht. Die Regelung reduziert den Verwaltungsaufwand und vereinfacht die Durchführung des Risikopoolverfahrens.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung können pauschale Vergütungen für die Gesamtheit der in der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen (Komplexpauschalen) vereinbart werden (§ 140c SGB V). Bei der für einen Versicherten entrichteten Pauschale ist nicht immer eine Zuordnung der Kosten zu den einzelnen Leistungsbereichen möglich. Die Regelung stellt sicher, dass die in der Komplexpauschale enthaltenen Ausgabenanteile der Krankenkassen für im Risikopool ausgleichsfähige Leistungen in diesem Ausgleichsverfahren berücksichtigt werden, soweit es nicht möglich ist, die Pauschale für einen Versicherten auf die einzelnen Leistungsbereiche aufzuteilen. Es handelt sich um die unter der Kontenart 588 gebuchten Beträge. Damit wird auch die Anreizneutralität des Risikopools gewahrt, da andernfalls die Regelversorgung gegenüber der integrierten Versorgung bevorzugt würde.

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 hat jede Krankenkasse nach § 140d Absatz 1 Satz 1 SGB V von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und von Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu 1 v.H. einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel als Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erforderlich sind. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen weisen aus buchungstechnischen Gründen die Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen und für Krankenhausbehandlungen einschließlich dieses für die Anschubfinanzierung einbehaltenen Ver-

gütungsanteils aus (Brutto-Prinzip). Gleichzeitig werden die Ausgaben für Versicherte in der integrierten Versorgung getrennt erfasst und im Risikopool berücksichtigt. Die Änderung stellt klar, dass die aus der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung verwendeten Mittel (Kontenart 589) pauschal von den nach dem Brutto-Prinzip gebuchten Leistungsausgaben in Abzug zu bringen sind, damit eine doppelte Berücksichtigung im Risikopool vermieden wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach derzeitiger Rechtslage sind die pauschal zu berücksichtigenden Beträge dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem sie von den Krankenkassen vereinnahmt oder verausgabt worden sind. Durch die Regelung werden die Beträge dem Berichtsjahr zugeordnet, für das sie vereinnahmt oder verausgabt worden sind, so dass künftig auch die Berücksichtigung pauschaler Beträge im Rahmen der Ermittlung der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben dem Für-Prinzip folgt, das der gesamten Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zugrunde liegt. Hierdurch erfolgt gleichzeitig eine Vereinheitlichung mit den Regelungen der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den Buchungsbestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die ebenfalls das Für-Prinzip vorschreiben.

Zu Nummer 7 (§ 28d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 3. Der Inhalt der Vorschrift wird hierdurch nicht verändert.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung soll die Wiedereinschreibung von Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm erleichtert werden, wenn ihre Teilnahme am Programm geendet hat, weil die Übermittlung von zwei Dokumentationen innerhalb von drei Jahren nicht fristgerecht erfolgt ist (§ 28d Abs. 2 Nr. 2, dritte Alternative). Um eine hochwertige Qualität der Programme zu gewährleisten und eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen, kann auf eine möglichst lückenlose Dokumentation nicht verzichtet werden. Daher endet die Programmteilnahme eines Versicherten, wenn wegen fehlender Dokumentationen der Programmserfolg in Frage gestellt ist. Auf Grund von Anlaufschwierigkeiten bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme sind verspätete oder fehlende Übermittlungen von Dokumentationen in den ersten Jahren in erster Linie auf administrative Schwierigkeiten zurückzuführen, nicht aber darauf, dass die Versicherten Wiedervorstellungstermine nicht wahrgenommen haben und damit zu erkennen gegeben haben, dass sie ihre Programmteilnahme beenden wollten. Administrative Schwierigkeiten, etwa bei den von den Krankenkassen beauftragten Datenstellen, liegen jedoch außerhalb des Einflussbereichs der Versicherten, die u. U. von

der verspäteten oder fehlenden Datenübermittlung nicht einmal Kenntnis erlangt haben. Gibt ein Versicherter, dessen Programmteilnahme nach § 28d Abs. 2 Nr. 2, dritte Alternative beendet worden ist, durch die Wahrnehmung eines neuen Termins beim Arzt zu erkennen, dass er weiterhin am Programm teilnehmen will, wäre es ein sachlich nicht gerechtfertigter Formalismus, von ihm eine neue Einwilligungs- und Teilnahmeerklärung und vom Arzt eine erneute schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose zu verlangen. Aus Gründen der Vereinfachung reicht in diesen Fällen die Erstellung einer Erstdokumentation für die Wiedereinschreibung des Versicherten aus.

Zu Nummer 8 (§ 28f)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung soll die Qualität der Dokumentationen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme weiter verbessert werden. Die Qualität dieser Dokumentationen ist für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme von erheblicher Bedeutung. Die Erstdokumentation ist Grundlage für die Einschreibung eines Versicherten in ein Programm und damit für seine gesonderte Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich, die Dokumentationen insgesamt sind Grundlage der Qualitätssicherung und Evaluation und damit der Wiedenzulassung der Programme (§ 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, Ziffer 2 der Anlage 1 und § 28g Abs. 3).

Daher werden die Arbeitsgemeinschaften nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 verpflichtet, mindestens jährlich zu prüfen, ob die Anforderungen an Datenschutz und -sicherheit und an die Datenqualität eingehalten werden. Die Auflistung der einzelnen in Bezug auf die Datenqualität zu prüfenden Punkte ist nicht als abschließend zu verstehen. Vielmehr sind hier nur die wesentlichen Gesichtspunkte aufgeführt, die die Datenqualität beeinflussen können. Diese Verpflichtung ist erstmalig nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung für den dann laufenden Zeitraum zu erfüllen.

Hat eine Arbeitsgemeinschaft auf der Grundlage des § 137f Abs. 6 SGB V einen externen Dienstleister (Datenstelle) mit der Annahme und Bearbeitung der Dokumentationen (Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität, Rücksendung unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentationen an den behandelnden Arzt zur Vervollständigung oder Korrektur, Überwachung des Rücklaufs u.ä.) beauftragt, ist diese Prüfung auch bei der Datenstelle durchzuführen. Die entsprechende Befugnis haben die Arbeitsgemeinschaften als Auftraggeber ohnehin. Dieses Recht und die damit verbundene Pflicht der Arbeitsgemeinschaft, durch regelmäßig Prüfungen der Datenstelle die Qualität der Daten und die Zuverlässigkeit der Datenübermittlungsverfahren sicherzustellen, wird in der Neuregelung konkretisiert. Hierdurch wird sichergestellt, dass diese Befugnis auch tatsächlich in regelmäßigen zeitlichen Abständen wahrgenommen wird.

Die Ergebnisse der Prüfung und die Maßnahmen zur Umsetzung der Prüfergebnisse sind bei jeder Krankenkasse, die Mitglied einer Arbeitsgemeinschaft ist, zu dokumentieren. Die Erstellung eines eigenständigen Prüfberichts durch jede einzelne Krankenkasse ist hierfür nicht erforderlich. Auf diese Weise können die Prüfdienste nach § 274 SGB V bei den Krankenkassen überprüfen, ob diese sich als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft hinreichend um die Prüfung der Datenqualität und die Beseitigung festgestellter Mängel bemüht haben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a. Ist für die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms keine Bildung einer Arbeitsgemeinschaft vereinbart worden, trifft die Kontroll- und Dokumentationspflicht die jeweilige Krankenkasse, wenn sie Aufgaben der Datenannahme und -verarbeitung auf einen externen Dienstleister übertragen hat.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 1

Die Verordnung tritt mit Ausnahme zweier Regelungen am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Die Folgeänderung zur Einführung eines zusätzlichen Beitragssatzes für Zahnersatz durch das GKV-Modernisierungsgesetz in Verbindung mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a) tritt am 1. Juli 2005 und damit gleichzeitig mit der Einführung dieses Beitragssatzes in Kraft. Eine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung liegt hier nicht vor, da von dem rückwirkenden Inkrafttreten nur das Abschlagsverfahren zwischen dem 1. Juli 2005 und dem Inkrafttreten dieser Verordnung betroffen ist. Abschlagszahlungen sind ihrer Natur nach aber immer nur vorläufig, sodass nicht nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird.

Zu Absatz 3

Die Folgeänderung zur Neuregelung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung tritt am 1. Oktober 2005 und damit zum gleichen Zeitpunkt wie diese Neuregelung in Kraft. Eine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung liegt nicht vor, da es sich lediglich um die Umbenennung einer am RSA-Zahlungsverfahren beteiligten Institution handelt.

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.

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