

13.10.06**G - In****Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit**

**Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV)****A. Zielsetzung**

Die Verordnung setzt die Vorgaben des § 268 SGB V zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs insoweit um, als sie die Rechtsgrundlage für die Erhebung der für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich erforderlichen Daten durch die Krankenkassen schafft. Da die Datenerhebung zeitlich vorrangig ist, um den vorgesehenen Termin 1. Januar 2009 für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich zu erreichen, wird diese Rechtsverordnung zeitlich vorgezogen. Die Einzelheiten der Ausgestaltung der direkten Morbiditätsorientierung bleiben einer gesonderten Regelung vorbehalten.

B. Lösung

Im Einzelnen enthält die Verordnung folgende Elemente:

- die Grundsatznorm über die vom Ausgleichsjahr 2009 an zu berücksichtigenden Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich,
- die Spezifizierung der von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu erhebenden Daten einschließlich des Pseudonymisierungsverfahrens sowie der Regelung der Übermittlungsfristen an das Bundesversicherungsamt.

C. Alternative

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

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

E. Sonstige Kosten

Da die zu erhebenden Daten den Krankenkassen von den Leistungserbringern bereits im Routinebetrieb übermittelt werden, führt ihre Erfassung entsprechend der vereinbarten Datensatzformate und die Übermittlung an das Bundesversicherungsamt allenfalls zu geringfügigen Mehraufwendungen bei den Krankenkassen in nicht quantifizierbarem Umfang. Gleiches gilt für den beim Bundesversicherungsamt von August 2007 an anfallenden Mehraufwand für die Annahme dieser Daten, der im Rahmen der verfügbaren Haushaltsansätze aufgefangen wird.

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.

Bundesrat

Drucksache 716/06

13.10.06

G - In

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 13. Oktober 2006

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Peter Harry Carstensen

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Vierzehnte Verordnung 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. Thomas de Maizière

**Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung**

(14. RSA-ÄndV)

Vom ... 2006

Auf Grund des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 bis 4 und 6 bis 8 und des § 268 Abs. 2 Satz 1 und 4 sowie Absatz 3 Satz 13 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 Nr. 3 durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) und Nummer 4 durch Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1529), sowie § 268 Abs. 2 Satz 1 durch Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) geändert worden sind, jeweils in Verbindung mit § 1 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 Gesundheit:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 228), wird wie folgt geändert:

1. Der Siebte Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Siebter Abschnitt

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab 2009

§ 29

Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Vom Berichtsjahr 2009 an sind der Versichertengruppenabgrenzung abweichend von § 2 Abs. 1 und 2 folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. die Morbiditätsgruppen eines vom Bundesversicherungsamt festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt und das

auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist,

2. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht,
3. Alters- und Geschlechtsgruppen.

Das Nähere über die Bestimmung und Anpassung des Klassifikationsmodells nach Satz 1 Nr. 1 erfolgt durch gesonderte Rechtsverordnung.

§ 30

Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2005 jährlich neben den Daten nach § 3 folgende Angaben versichertenbezogen:

1. die Versicherungstage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht,
2. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
3. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren,
4. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
5. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. die Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4.

Für die zeitliche Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nr. 4 ist das Abgabedatum, für die Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nr. 5 der Tag der Entlassung maßgeblich. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorsehen, dass die Erhebung der Daten nach Satz 1 Nr. 7 auf eine Stichprobe beschränkt wird.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen Daten sind vor der Übermittlung nach Absatz 4 von der Krankenkasse zu pseudonymisieren. Für andere als für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke dürfen die Daten nur genutzt werden, soweit dies für die Prüfung nach § 15a oder für die Berücksichtigung nachträglicher Änderungen der übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und jede Verwendung nach Satz 2 ist eine Niederschrift anzufertigen. Eine versichertenbezogene Zusammenführung der erhobenen Daten über mehrere Leistungsbereiche hinweg bei der Krankenkasse ist unzulässig.

(3) 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 Erhebung nach Absatz 1 Satz 1 und die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.

(4) Die nach Absatz 1 erhobenen und pseudonymisierten Daten sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 dem Bundesversicherungsamt zu übermitteln. Die Übermittlung der Daten für das Berichtsjahr 2005, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf eine repräsentative Stichprobe beschränkt werden kann, erfolgt spätestens bis zum 15. August 2007. Die Datenmeldung für das Berichtsjahr 2006 kann bis zum 15. August 2008 durch eine neue Meldung korrigiert werden. Daten, die dem Bundesversicherungsamt nicht termingerecht übermittelt werden oder erhebliche Fehler aufweisen, werden bei der Ermittlung der Risikomerkmale und Risikozuschläge nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 nicht berücksichtigt.“

2. Der bisherige Siebte Abschnitt wird der Achte Abschnitt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

/ Bonn, den ... 2006

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Nach § 268 SGB V ist der Risikostrukturausgleich dahingehend weiterzuentwickeln, dass die Morbidität der Versicherten unmittelbar berücksichtigt wird. Ziel dieser Regelung ist es, die Anreize zu Risikoselektion durch eine höhere Zielgenauigkeit des Ausgleichs zu verringern und Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch eine Verbesserung der Funktionsgerechtigkeit des Kassenwettbewerbs zu erhöhen (§ 268 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V).

Diese Verordnung regelt auf der Grundlage von § 268 Abs. 2 Satz 1 SGB V zunächst die Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und das Nähere zur Erhebung der für diese Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs erforderlichen Daten, da die Erhebung dieser Daten vordringlich ist, um ein Wirksamwerden der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 zu gewährleisten. Das Verfahren der Auswahl und Anpassung eines entsprechenden Klassifikationsmodells wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Wettbewerbsstärkungsgesetz geregelt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (Siebter Abschnitt)

Zu § 29

Die Vorschrift legt im Rahmen der Vorgaben des § 268 Abs. 1 SGB V die Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs fest. Ziel der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist es, durch eine direkte Morbiditätsorientierung den Risikostrukturausgleich zielgenauer auszugestalten und auf diese Weise Anreize zu Risikoselektion zu verringern und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern, ohne zugleich Abstriche an die Praktikabilität und Kontrollierbarkeit zu machen.

Nach § 268 Abs. 2 Satz 4 SGB V ist in der Risikostrukturausgleichs-Verordnung auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der derzeit geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen weiter gelten. Die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich werden danach vom Berichtsjahr 2009 an nach Risikomerkmale gebildet, die neben den bisher schon berücksichtigten Risikomerkmale Alter und Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente das Morbiditätsrisiko der Versicherten unmittelbar berücksichtigen. Nicht mehr in gesonderten Versichertengruppen werden die Versicherten erfasst, die in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Durch die gesonderte

Erfassung dieser Versicherten sollte schon im Rahmen des derzeitigen Risikostrukturausgleichs die Morbidität der Versicherten genauer erfasst werden, als dies allein durch die Alters- und Geschlechtsdifferenzierung möglich ist. Mit dem Einstieg in die direkte Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs ist dies jedoch nicht mehr erforderlich.

Die unmittelbare Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos der Versicherten erfolgt auf der Grundlage eines vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Versichertenklassifikationsmodells, das als Aufgreifkriterien für die Morbidität der Versicherten Diagnosen und/oder Arzneimittelwirkstoffe verwendet. Für die gesetzliche Krankenversicherung existiert derzeit ein unmittelbar einsetzbares Klassifikationsmodell nicht. Da die Entwicklung eines Versichertenklassifikationsmodells für die gesetzliche Krankenversicherung zunächst eine Bestandsaufnahme der internationalen Entwicklungsarbeit und der Möglichkeit, diese für ein GKV-spezifisches Klassifikationsmodell zu nutzen voraussetzt, hat das Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten in Auftrag gegeben (Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung). Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind bei der Auswahl des maßgeblichen Modells zu berücksichtigen. Das Nähere zur Auswahl und zur Anpassung des Modells wird in einer gesonderten Rechtsverordnung geregelt.

Zu § 30

Die Vorschrift enthält die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten, die für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 SGB V erforderlich sind. Um im Jahr 2008 eine fundierte Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung des für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs anzuwendenden Klassifikationsverfahrens zu ermöglichen, die Voraussetzung für ein rechtzeitiges Wirksamwerden eines zielgenaueren Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 ist, ist ein sofortiger Beginn der Datenerhebungen durch die Krankenkassen erforderlich.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 sind die zu erhebenden Daten aufgeführt. Alter und Geschlecht und die Erwerbsminderung sind als Risikomerkmale weiterhin zu berücksichtigen. Deshalb sind die Versicherungszeiten auch in Zukunft mit diesen Informationen zu erheben. Von der bisherigen Erhebung der Versicherungszeiten nach § 3 (Satzart 40) unterscheiden sich diese Daten vor allem durch den unmittelbaren Versichertenbezug. Dieser Bezug ist notwendig, um bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs den jeweiligen Versicherten die entsprechenden Risikomerkmale und Risikozuschläge zuordnen zu können. Bei der Erhebung der Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren ist die Angabe ausreichend, ob eine solche Maßnahme durchgeführt wird oder nicht.

Die versichertenbezogene Erhebung der Arzneimitteldaten, Krankenhausdiagnosen und der Diagnosen einer ambulanten ärztlichen Behandlung ist für die Bestimmung und Zuordnung der Risikomerkmale für alle Versicherten erforderlich. Wie das o. g. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 268 Abs. 2 Satz 5 SGB V erstellte Gutachten ergeben hat, ist ein in den Vereinigten Staaten entwickeltes und angewendetes Klassifikationsmodell mit Bezug zu Arzneimittelwirkstoffen und Krankenhausdiagnosen am besten geeignet, unterschiedliche Morbiditätsrisiken und -belastungen von Versicherten unmittelbar abzubilden. Die Diagnosen einer ambulanten ärztlichen Behandlung sind in dem vorgenannten Gutachten zwar wegen ihrer derzeit noch uneinheitlichen Qualität als nur bedingt als Klassifikationsmerkmale geeignet angesehen worden. Ihre Heranziehung ist für die Bestimmung und Zuordnung der Risikomerkmale der Versicherten aber erforderlich, da Arzneimittelinformationen in manchen Bereichen nicht immer eindeutige Rückschlüsse auf die Risikomerkmale zulassen. Dies gilt etwa für die im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung verordneten Arzneimittel.

Über die Verwendung des Arzneimittelkennzeichens nach § 300 Abs. 3 SGB V (Pharmazentralnummer) und eine Verknüpfung mit dem ATC-Code ist die Zuordnung des Arzneimittels zu Wirkstoffgruppen und Anwendungsgebieten (Indikationen) möglich. Bei den Krankenhausdiagnosen erfolgt diese Verknüpfung über den jeweiligen für die Abrechnungsdaten in der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlichen ICD-Code. Da die Risikogruppen im stationären Bereich nicht nach Haupt- oder Nebendiagnosen unterschieden werden, sind beide Diagnosekategorien zu erheben.

Die in § 4 RSAV genannten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind zusätzlich als Stichprobe mit Versichertenbezug zu erheben. Der Versichertenbezug kann über das auf den jeweiligen Abrechnungbelegen der Leistungserbringer aufgebrachte Versichertenkennzeichen nach § 290 SGB V hergestellt werden. Dieser Versichertenbezug ist erforderlich, um die Risikomerkmale mit den auf diese entfallenden Aufwendungen aller Krankenkassen finanziell gewichten zu können. Analog zu den bisher bereits ermittelten Verhältniswerten als Gewichtungsfaktoren für die standardisierten Leistungsausgaben je Versichertengruppe (§ 5) reicht hierfür eine Stichprobe aus.

Da eine Gruppenbildung bereits für die Anpassung eines Klassifikationsmodells an die spezifischen Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung und für das monatliche Abschlagsverfahren ab 2009 notwendig ist, muss die erstmalige Erhebung der entsprechenden Daten für die Risikomerkmale und Leistungsausgaben für das Berichtsjahr 2005 erfolgen. Für den Zweck der Anpassung eines Klassifikationsmodells ist es dabei ausreichend, wenn diese Daten in Form einer repräsentativen Stichprobe erhoben werden. Damit ist eine geeignete Datenbasis geschaffen, um rechtzeitig vor dem Beginn des monatlichen Abschlagsver-

fahrens die – auch für eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Morbiditätsgruppen – notwendigen Ermittlungen und Berechnungen durchzuführen. Diese Daten stehen den Krankenkassen aus dem Abrechnungsgeschäft mit den Leistungserbringern zur Verfügung. Die Krankenkassen haben diese Daten auf der Grundlage von § 268 Abs. 3 SGB V bereits für die Jahre 2001 bzw. 2002 für die Durchführung des wissenschaftlichen Gutachtens nach § 268 Abs. 2 Satz 5 SGB V erhoben. Nach diesen praktischen Umsetzungserfahrungen kann eine qualitativ gesicherte und flächendeckende Datenerhebung sichergestellt werden.

Zu Absatz 2 und 3

Absatz 2 verpflichtet die Krankenkassen, die erhobenen Daten zu pseudonymisieren. Hierdurch sowie durch das für die Krankenkassen geltende Verbot, die versichertenbezogenen erhobenen Daten über mehrere Leistungsbereiche hinweg zusammenzuführen, wird den Belangen des Datenschutzes Rechnung getragen. Absatz 3 schreibt vor, dass das Verfahren der Verschlüsselung auch bei einem Wechsel der Krankenkasse eine (Wieder-)Verknüpfung der versichertenbezogenen Daten nicht beeinträchtigen darf. Dies ist für die Bildung der Risikogruppen für Versicherte nach einem Kassenwechsel notwendig. Die Festlegung der näheren technischen, zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben für Datenerhebungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen entspricht dem bisher bereits üblichen Vorgehen. Dadurch kann den sich im Zeitablauf verändernden spezifischen technischen Gegebenheiten der Krankenkassen gezielter und zeitnäher als durch die Veränderungen der RSAV Rechnung getragen werden. Die Bestimmung des Näheren über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten durch das Bundesversicherungsamt entspricht ebenfalls dem bisher üblichen Verfahren. Darüber hinaus kann das Bundesversicherungsamt vorgeben, dass der Umfang der nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 7 zu erhebenden Daten zu reduzieren ist, wenn sie in diesem Umfang für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nicht mehr notwendig sind.

Zu Absatz 4

Satz 1 regelt den Zeitpunkt, bis zu dem die in Absatz 1 genannten Daten dem Bundesversicherungsamt vorzulegen sind. Um es den Krankenkassen trotz etwaiger Schwierigkeiten in der Startphase der Datenerhebung zu erleichtern, einen korrekten Datensatz zu übermitteln, erhalten sie das Recht, ihre Datenmeldung für das Jahr 2006 durch eine neue Meldung bis spätestens zum 15. August 2008 zu korrigieren. Hierdurch wird die Rechtsicherheit des Verfahrens erhöht, da die Datenmeldung für das Jahr 2006 die erste ist, die für die Krankenkassen finanzwirksam wird.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des Siebten Abschnitts.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

C. Finanzielle Auswirkungen

Da die zu erhebenden Daten den Krankenkassen von den Leistungserbringern bereits im Routinebetrieb übermittelt werden, führt ihre Erfassung entsprechend der vereinbarten Datensatzformate und die Übermittlung an das Bundesversicherungsamt allenfalls zu geringfügigen Mehraufwendungen bei den Krankenkassen in nicht quantifizierbarem Umfang. Gleiches gilt für den beim Bundesversicherungsamt von August 2007 an anfallenden Mehraufwand für die Annahme dieser Daten, der im Rahmen der verfügbaren Haushaltsansätze aufgefangen wird.