

31.08.07**G - Fz - In****Verordnung**
des Bundesministeriums
für Gesundheit**Fünfzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (15. RSA-ÄndV)****A. Zielsetzung**

Die Verordnung enthält Folgeänderungen, die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung auf Grund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sowie des GKV-Modernisierungsgesetzes und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz erforderlich geworden sind. Außerdem enthält die Verordnung Regelungen zur Vereinfachung des Prüfverfahrens sowie weitere Regelungen zur Verfahrensvereinfachung und -verbesserung und klarstellende Regelungen.

B. Lösung

Im Einzelnen enthält die Verordnung insbesondere folgende Elemente:

- Anpassungen an leistungsrechtliche Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes
- 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,
- Berechtigung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs erhobenen Daten zu speichern,
- Vereinfachung der Prüfungen durch die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen über Änderungen der Vorgaben hinsichtlich der Prüfgegenstände, des Prüfturnus und des Stichprobenumfangs.

C. Alternative

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

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 ermöglichen.

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

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

F. Bürokratiekosten

a) Verwaltung

Für die Verwaltung werden drei neue Informationspflichten eingeführt (Art. 1 Nr. 6 Buchstabe b, Nr. 7 und Nr. 9 Buchstabe a) und eine bestehende Informationspflicht vereinfacht (Art. 1 Nr. 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

b) Unternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger

Für die Wirtschaft sowie Bürgerinnen und Bürger werden keine Informationspflichten eingeführt, modifiziert oder abgeschafft.

31.08.07

G - Fz - In

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Fünfzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (15. RSA-ÄndV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 30. August 2007

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dr. Harald Ringstorff

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Fünfzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (15. RSA-ÄndV)

mit Begründung und Vorblatt.

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

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Thomas de Maizière

Fünfzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (15. RSA-ÄndV)

Vom ... 2007

Auf Grund des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1, 2, 5, 6 und Nr. 11 sowie des § 269 Abs. 4 Nr. 1, 2 und Nr. 5 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:

Artikel 1

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

1. In § 3 Abs. 5 Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe und zur primären Prävention durch Schutzimpfungen nach den §§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach den §§ 21 und 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach den §§ 23 Abs. 1 und 24 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Gesundheits- und Kinderuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,“
 - bb) In Nummer 2 wird die Angabe „37 Abs. 1 Satz 1 bis 3 und Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „37 Abs. 1 Satz 1 bis 4 und Abs. 2 Satz 1 bis 3“ ersetzt.

- cc) In Nummer 5 werden die Wörter „bei einer stationären Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ durch die Wörter „zur medizinischen Rehabilitation und medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach den §§ 40 und 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - dd) Nummer 8 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Vor dem Wort „stationäre“ werden die Wörter „spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“ eingefügt.
 - bbb) Nach der Angabe „§ 39a“ wird die Angabe „Abs. 1“ eingefügt.
 - ee) In Nummer 10 werden die Wörter „, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „Mehrleistungen bei“ die Wörter „primärer Prävention durch Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bei“ eingefügt, die Wörter „und Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit diese Aufwendungen nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 entstehen“ gestrichen und wird die Angabe „§ 37 Abs. 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 2 Satz 4“ ersetzt.
 - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „2. Leistungen bei Behandlung im Ausland nach § 13 Abs. 4 Satz 6, § 18 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei Prävention und Selbsthilfe nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbrachte ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

- cc) In Nummer 3 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „sowie Prämienzahlungen und Zuzahlungsermäßigungen nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

3. § 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 Beitragsätze zu Grunde zu legen.“

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

- c) Absatz 5 wird aufgehoben.

- d) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5.

4. § 15 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung.“

5. § 15a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben jährlich im Wechsel die Meldung aller Versicherungszeiten nach § 3 sowie die nach § 28a Abs. 3 gemeldeten Fälle für eines der letzten bei-

den Ausgleichsjahre bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu prüfen. Im Rahmen der Prüfung der Versicherungszeiten nach § 3 ist bei Versicherten, die in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind, auch das Vorliegen der Voraussetzungen für die Zugehörigkeit dieser Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zu prüfen; die nach § 28a Abs. 3 gemeldeten Fälle sind insbesondere in Bezug auf die Richtigkeit der gemeldeten Leistungsausgaben, die Personenidentität und das Bezugsjahr zu prüfen. Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen und der Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch zur Verfügung zu stellen haben, und dazu Näheres bestimmen. Für die Prüfungen nach Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichproben- und Hochrechnungsmethodik, insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs, fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben sowie über die Mitteilung der Prüfergebnisse nach Satz 5. Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen teilen dem Bundesversicherungsamt, der Krankenkasse und dem Spitzenverband der betroffenen Krankenkasse unverzüglich das Ergebnis der Prüfungen nach Satz 1 mit.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird aufgehoben.
 - bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 1 bis 3“ durch die Angabe „Satz 1 und 2“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird vor der Angabe „§ 19“ die Angabe „§ 14 Abs. 3 Satz 1 und“ eingefügt und das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt.

cc) Die Sätze 3 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse kann bei Zahlungspflicht eines Korrekturbetrages die zugrunde liegende Datenmeldung im Rahmen einer Vollerhebung korrigieren. Ob eine Vollerhebung durchgeführt wird, ist dem Bundesversicherungsamt von der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Zugang des Bescheides nach Satz 1 mitzuteilen. Teilt die Krankenkasse mit, dass keine Vollerhebung durchgeführt werden wird, oder verstreicht die in Satz 4 genannte Frist ohne Mitteilung der Krankenkasse, setzt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag endgültig fest und der Korrekturbetrag wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Anderenfalls beträgt die Frist zur Durchführung der Vollerhebung ein Jahr nach Zugang des Bescheides nach Satz 1.“

dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„Stellt das Bundesversicherungsamt die ordnungsgemäße Korrektur der Datenmeldung fest, erhält die Krankenkasse den geleisteten Korrekturbetrag zurück. Anderenfalls setzt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag endgültig fest und der Korrekturbetrag wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Die Datenmeldung gilt als ordnungsgemäß korrigiert, wenn die für die Prüfung der Krankenkasse nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle dies dem Bundesversicherungsamt auf Grund einer innerhalb von zehn Monaten nach der Vollerhebung neu gezogenen Stichprobe nach Absatz 1 bestätigt. Absatz 1 Satz 2 bis 4 sowie Absatz 2 gelten entsprechend. Zinserträge und Säumniszuschläge werden im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2004 sowie aller für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen gelten die Absätze 1 bis 3 in der bis zum [Einsetzen: Tag vor Inkrafttreten dieser Verordnung] geltenden Fassung.“

6. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5a Satz 1 werden jeweils die Wörter „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“ 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 Ausgleichsverfahrens sowie die Daten und Ergebnisse nach den Absätzen 2, 3 und 3a für die einzelnen Krankenkassen ihrer Kassenart.“

7. 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.“

8. § 28a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Angabe „§ 126 Abs. 5“ wird durch die Angabe „§ 126 Abs. 3“ ersetzt.
- bb) Nach den Wörtern „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ werden die Wörter „; dies gilt entsprechend für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Apherese“ eingefügt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „die beiden Vorjahre“ durch die Wörter „das Vorjahr“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

- c) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummern 5 und 6 werden angefügt:

- „5. ab dem Berichtsjahr 2004 pauschale Vergütungen der integrierten Versorgung nach den §§ 140a bis 140d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die aus der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung nach § 140d Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verausgabten Mittel sowie Rabatte, die in Verträgen zur integrierten

Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart werden,

6. ab dem Berichtsjahr 2007 pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern aufgrund von Vereinbarungen, die personenübergreifend und pauschal gewährt oder geleistet werden.“

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die pauschal zu berücksichtigenden Beträge sind dem nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und den einschlägigen Bestimmungen des Kontenrahmens maßgebenden Berichtsjahr zuzuordnen.“

9. § 30 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 werden beginnend mit dem Berichtsjahr 2006 bis zum 15. August des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung korrigiert.“

b) Der bisherige Satz 3 wird aufgehoben.

c) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind berechtigt, die Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 5 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6 und § 31 Abs. 4 Satz 1, für 32 Monate zu speichern.“

10. Die Zwischenüberschrift „Achter Abschnitt Schlussvorschriften“ wird aufgehoben.

Artikel 2

(1) Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den ... 2007

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die vorliegende Verordnung enthält notwendige Folgeänderungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) sowie des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz. Hierzu gehören Anpassungen an leistungsrechtliche Änderungen des GKV-WSG (Artikel 1 Nr. 2) und an beitragsrechtliche Änderungen des GMG und des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a) sowie Folgeänderungen auf Grund der erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Durchführung und Finanzierung der integrierten Versorgung (Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa).

Daneben enthält die Verordnung Regelungen zur Verfahrensvereinfachung durch die Verkürzung des obligatorischen Korrekturverfahrens im Risikopool (Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa) sowie Klarstellungen für die zeitliche Zuordnung bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Risikostrukturausgleich (RSA) (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) und der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool (Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe c 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. 6 Buchstabe b) und aus dem Jahresausgleich (Artikel 1 Nr. 7) durch das Bundesversicherungsamt erweitert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erhalten darüber hinaus das Recht, die für die Weiterentwicklung des RSA erhobenen Daten zur Erfüllung ihrer sich aus dem Gesetz und dieser Verordnung ergebenden Aufgaben für einen begrenzten Zeitraum zu speichern (Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe c).

Darüber hinaus werden die Vorgaben für die Prüfungen durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen auf der Grundlage der aus den bisherigen Prüfungen gewonnenen Erkenntnisse neu gefasst (Artikel 1 Nr. 5). Ziel der Änderungen des Prüfverfahrens ist es, vor dem Hintergrund der Frage der Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Prüfungen die Prüfdienste zu entlasten, ohne die Qualität und Effektivität der Prüfungen zu beeinträchtigen.

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 und der Spitzenverbände 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 Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 15a Abs. 3 Satz 3 bis 6.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 12 und 15 GKV-WSG. Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe und zur primären Prävention durch Schutzimpfungen sowie medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter sind durch die genannten Regelungen von Satzungsleistungen in Pflichtleistungen der Krankenkassen umgewandelt worden. Die Änderung stellt klar, dass Aufwendungen der Krankenkassen für jene Leistungen zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind. Dies gilt hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe erst ab dem 1. Januar 2008, da der sie regelnde § 20c SGB V erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 22 GKV-WSG.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 26 und 28 GKV-WSG, der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter von Satzungsleistungen in Pflichtleistungen der Krankenkassen umgewandelt hat. Die Änderung stellt klar, dass Aufwendungen der Krankenkassen für diese Leistungen zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind.

Zu Doppelbuchstabe dd

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 23 GKV-WSG, der Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als neue Pflichtleistungen der Krankenkassen in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch eingeführt hat. Die Änderung stellt klar, dass Aufwendun-

gen der Krankenkassen für diese Leistungen zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anfügung des Absatzes 2 an § 39a SGB V durch Artikel 2 Nr. 3 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz. Die Änderung stellt klar, auf welche Vorschrift im SGB V in Bezug genommen wird.

Zu Doppelbuchstabe ee

Durch Artikel 1 Nr. 26 GKV-WSG werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Satzungsleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen; sie werden daher zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt (vgl. auch Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc). Die Regelung, dass diese Leistungen nur berücksichtigt werden, wenn und soweit sie im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für darin eingeschriebene Versicherte erbracht werden, wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt klar, dass diejenigen Schutzimpfungen, die auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG weiterhin Satzungsleistungen der Krankenkassen sind, auch zukünftig nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähig sind. Daneben vollzieht die Änderung die mit Artikel 1 Nr. 26 GKV-WSG vorgenommene Umwandlung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Satzungs- zu Pflichtleistungen nach. Aufwendungen für diese Leistungen sind daher zukünftig auch dann bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen, wenn sie nicht für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte entstehen. Darüber hinaus handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuformulierung des § 37 Abs. 2 SGB V durch Artikel 1 Nr. 22 GKV-WSG und durch Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zum GKV-WSG und zum Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften. Es handelt sich im Einzelnen um folgende Änderungen.

Aufgrund der Neufassung des § 20 SGB V durch Artikel 1 Nr. 11 GKV-WSG und Artikel 5 Nr. 1 Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften ist es anders als im bisherigen Recht erforderlich, dass die gesamte Vorschrift in Bezug genommen wird. Dies wird durch die Änderung erreicht.

Die in § 20 Abs. 2 Satz 1 - alt - SGB V angesprochene betriebliche Gesundheitsförderung ist durch Artikel 1 Nr. 12 GKV-WSG nunmehr in § 20a SGB V neu geregelt und von einer Satzungs- in eine Pflichtleistung umgewandelt worden. Die in § 20 Abs. 4 - alt - SGB V angesprochene Förderung der Selbsthilfe ist ebenfalls durch Artikel 1 Nr. 12 GKV-WSG in § 20c SGB V neu geregelt und wird künftig ebenfalls von einer Satzungs- in eine Pflichtleistung umgewandelt. Aufwendungen für diese Leistungen werden daher zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und deshalb aus der Aufzählung der nicht zu berücksichtigenden Aufwendungen gestrichen.

Die in dem dem § 20 SGB V durch Artikel 5 Nr. 1 Gesetz zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften angefügten Absatz 3 angesprochenen Ausgaben der Krankenkassen sind bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht zu berücksichtigen. Im Ergebnis führen die Änderungen des GKV-WSG und des Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften dazu, dass alle in § 20 SGB V angesprochenen Ausgaben der Krankenkassen nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind.

Die in § 23 Abs. 9 - alt - SGB V angesprochenen Schutzimpfungen sind nunmehr durch Artikel 1 Nr. 12 GKV-WSG in § 20d SGB V neu geregelt und von Satzungs- in Pflichtleistungen umgewandelt worden. Aufwendungen für diese Schutzimpfungen werden daher zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und deshalb aus der Aufzählung der nicht zu berücksichtigenden Aufwendungen gestrichen.

Aufgrund der Neufassung des § 37 Abs. 1 SGB V durch Artikel 1 Nr. 22 GKV-WSG wird der Verweis auf diese Vorschrift redaktionell angepasst.

Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter sind durch Artikel 1 Nr. 15 und 28 GKV-WSG von Satzungs- in Pflichtleistungen der Krankenkassen umgewandelt worden. Aufwendungen für diese Leistungen werden daher zukünftig bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und deshalb aus der Aufzählung der nicht zu berücksichtigenden Aufwendungen gestrichen.

Stationäre Rehabilitationsleistungen sind durch Artikel 1 Nr. 26 GKV-WSG von Satzungs- in Pflichtleistungen der Krankenkassen umgewandelt worden. Aufwendungen für diese Leistungen werden daher zukünftig – nicht nur beschränkt auf Leistungen zur stationären Anschlussrehabilitation – bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und deshalb aus der Aufzählung der nicht zu berücksichtigenden Aufwendungen gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 33 GKV-WSG, durch die festgelegt wird, dass Prämienzahlungen und Zuzahlungsermäßigungen, die Krankenkassen Versicherten gewähren, die einen Wahltarif gewählt haben, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 3 (§ 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 Artikel 1 Nr. 145 GMG 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 und es werden Unschärfen bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen vermieden. Diese klarstellende Regelung ist insbesondere wegen der seit dem 1. März 2004

nachschüssig ausgezahlten Renten an Neurentner erforderlich. Das dem Risikostrukturausgleich zu Grunde liegende „Für-Prinzip“ kommt damit auch hier zur Anwendung.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 53 SGB V durch Artikel 1 Nr. 33 GKV-WSG, durch den ermäßigte Beiträge für freiwillige Mitglieder, die einen Selbstbehalt gewählt haben, weggefallen sind, und zum Wegfall des § 54 SGB V durch Artikel 1 Nr. 34 GKV-WSG.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe c.

Zu Nummer 4 (§ 15)

Aufgrund der Bildung von getrennten Versichertengruppen für die Versicherten nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV hat sich der Umfang der bekannt zu gebenden Werte vervielfacht. Zur Verwaltungsvereinfachung werden die Werte daher zukünftig auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

Zu Nummer 5 (§ 15a)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Absatzes 1 umfasst Änderungen der Prüfgegenstände, des Prüfturnus sowie der Vorgaben für den Stichprobenumfang.

Hinsichtlich der Prüfgegenstände sah das bisherige Recht Prüfungen vor sowohl für die Versicherungszeiten aller Versicherten als auch eine zusätzliche separate Prüfung lediglich der Versicherungszeiten von Versicherten, die in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) eingeschrieben sind. Nach der RSA-Systematik werden jedoch keine getrennten Versicherungszeiten erhoben, sondern es gilt, dass alle Versicherungszeiten nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch, Erwerbsminderungsrenten-Status und DMP-Versicherten-Status den entsprechenden RSA-Zellen zugeordnet werden. Anhand des Kriteriums des DMP-Versicherten-Status wird also eine Zuordnung von Versicherungszeiten zu einer bestimmten RSA-Zelle vorgenommen. DMP-Versicherungszeiten sind daher lediglich RSA-Versicherungszeiten, die in bestimmten RSA-Zellen zurückgelegt werden. Deshalb gibt es im RSA-Verfahren für die Meldung der Versicherungszeiten (Satzart 40) auch nur eine einheitlich Datenmeldung, auf deren Grundlage die Beitragsbedarfe und damit die Ausgleichszahlungen im Risikostrukturausgleich bemessen werden. Der neu gefasste Absatz 1 sieht daher vor, keine getrennten Prüfungen von Versicherungszeiten und DMP-Versicherungszeiten vorzunehmen, sondern eine einheitliche Prüfung

durchzuführen. Gegenstand der Prüfung ist die Richtigkeit der in den Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten. Die Prüfung umfasst - unabhängig von einer gemeinsamen oder getrennten Prüfung - immer auch die Frage, ob Versicherungszeiten zu Recht den DMP-Versichertengruppen zugeordnet wurden. Die für DMP-Versicherte bereits bisher vorgesehenen Prüfmaßstäbe bleiben dabei erhalten. Insoweit ändern sich die Vorgaben für die Inhalte der Prüfung der DMP-Versicherten - ebenso wie die Vorgaben für die Prüfung der Risikopoolfälle - nicht.

Um sicherzustellen, dass der auf DMP-Versicherungszeiten bezogene Fehler in der Datenmeldung für alle Krankenkassen gleichermaßen verlässlich ermittelt wird, kann eine Schichtung der Stichprobe nach DMP-Versicherungszeiten und Nicht-DMP-Versicherungszeiten vorgesehen werden.

Wie bislang können die Prüfdienste entscheiden, ob sie der Prüfung der Versicherungszeiten und des Risikopools die Erstmeldung oder die Korrekturmeldung zu Grunde legen. Dies stellt sicher, dass die Krankenkassen auch bei einem jeweils zweijährigen Prüfturnus im Bereich Versicherungszeiten und Risikopool nicht vorhersehen können, welches Ausgleichsjahr durch die Prüfdienste geprüft wird, so dass die Krankenkassen in jedem Jahr zu einer ordnungsgemäßen Datenmeldung angehalten werden. Die Entscheidungen der Prüfdienste, ob der Prüfung die Erst- oder die Korrekturmeldung zu Grunde gelegt wird und welches Ausgleichsjahr geprüft wird, ist einheitlich für alle Prüfdienste zu treffen.

Die Neufassung des Absatzes 1 sieht darüber hinaus die Streichung der Prüfung der Beitragsfestsetzung vor. Der große Anteil der Beitragseinnahmen erfolgt auf Grund bewährter automatisierter Verfahren bei Pflichtversicherten über die Abführung der Beiträge durch die Arbeitgeber. Das Prüffeld Beitragsfestsetzung ist daher im Ergebnis weitgehend fehlerfrei. Darüber hinaus ist im Prüffeld Beitragsfestsetzung keine Hochrechnung vorgesehen, so dass die Auswirkungen der festgestellten Fehler auf die Krankenkassen gering sind. Aus diesen Gründen wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit des Prüfverfahrens die Prüfung der Beitragsfestsetzung ersatzlos gestrichen.

Bezüglich des Prüfturnus sah das bisherige Recht eine Prüfung der Versicherungszeiten mindestens alle drei Jahre sowie jährliche Prüfungen der Unterlagen für die DMP-Versicherten und für den Risikopool vor. Durch die jährlichen Prüfungen der DMP-Versicherten und des Risikopools war bereits ein Großteil der Jahresprüfkapazitäten der Prüfdienste des Bundes und der Länder gebunden. Diesem beträchtlichen Prüfaufwand mit hohen Kosten standen nach Auswertung der Prüfergebnisse der Risikopoolprüfung durch das Bundesversicherungsamt geringe und im Zeitablauf weiter sinkende Fehlerquoten gegenüber. Aufgrund der bisher festgestellten geringen und sinkenden Fehlerquoten und des für die jährliche Prüfung erforderlichen hohen

Personal- und Sachkostenaufwands führt der zukünftig vorgesehene jährliche Wechsel der Prüfgegenstände Versicherungszeiten und Risikopool zu einer wesentlichen Zeit- und Kostenersparnis bei den Prüfdiensten und bei den Krankenkassen, ohne dass dadurch Sinn und Zweck der RSA- und Risikopoolprüfung gefährdet würden. Die Wahl eines zweijährigen Turnus für die Prüfung der Versicherungszeiten und des Risikopools in Verbindung mit der Möglichkeit, eines der beiden zurückliegenden Ausgleichsjahre als Prüfgegenstand auszuwählen, unterbindet zudem wirksam eventuelle Manipulationsstrategien. Darüber hinaus wird so auch sichergestellt, dass die Prüfdienste alle gesetzlichen Prüfaufträge nach §§ 15a, 274 SGB V und § 46 SGB XI erfüllen können.

Zum Umfang der Stichproben sieht das bisherige Recht vor, dass die Unterlagen von mindestens 2 vom Hundert der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten und von mindestens 2 vom Hundert der Risikopoolfälle zu prüfen sind. Für die Prüfung der Versicherungszeiten und der Beitragsfestsetzung enthält die Verordnung hinsichtlich des Stichprobenumfangs bisher hingegen keine Vorgaben. Sie bestimmt allerdings, dass das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Prüfdienste einen Mindeststichprobenumfang festlegen und das Nähere über die Berechnung des Stichprobenumfangs und die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben bestimmen kann. Diese Regelung wird durch die Neufassung des Absatzes 1 nun auch auf die Prüfung der DMP-Versicherten und des Risikopools übertragen. Hierdurch wird erreicht, dass die jeweils angemessene Stichprobengröße - auch über die verschiedenen Prüfgegenstände hinweg - nach einem bewährten statistischen Verfahren bestimmt wird. Durch die zufällige Auswahl der einzelnen Stichprobenfälle (Zufallsstichprobe) ist es dann möglich, den Fehler in der Datenmeldung anhand einer Stichprobenprüfung für alle Krankenkassen gleichermaßen verlässlich zu ermitteln. Die Vorgabe einer Mindeststichprobengröße von 2 vom Hundert ist dabei aus statistischer Sicht nicht notwendig, da ab einer bestimmten Größe der Grundgesamtheit der Versicherten die Stichprobengröße keinen signifikanten Einfluss mehr auf den Stichprobenfehler hat. Durch die Möglichkeit, den bislang vorgeschriebenen Mindeststichprobenumfang von 2 vom Hundert zu unterschreiten, werden die Prüfdienste entlastet, ohne dass die Qualität der Prüfung beeinträchtigt wird.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Aufgrund des Verzichts auf eine getrennte Prüfung der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten durch die Neufassung des Absatzes 1 ist die Vorschrift zur Hochrechnung der bei dieser Prüfung festgestellten Fehler überflüssig und wird gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 1.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Streichung des Satzes 2 in Absatz 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das bisherige Recht sah keine Erhebung von Säumniszuschlägen vor, wenn Korrekturbeträge nicht bis zur Fälligkeit gezahlt wurden. Da es in der Vergangenheit in mehreren Fällen zu erheblichen Verspätungen bei der Zahlung von Korrekturbeträgen gekommen ist, wird durch den Verweis auf die Säumniszuschlagsregelung des § 14 Abs. 3 Satz 1 die Möglichkeit geschaffen, Säumniszuschläge zu erheben. Damit werden die Krankenkassen zu einer pünktlichen Zahlung der Korrekturbeträge angehalten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Änderung wird zum einen eine Frist eingeführt, innerhalb derer die Krankenkassen mitzuteilen haben, ob sie von der Möglichkeit einer Vollerhebung Gebrauch machen wollen, um die fehlerhafte Datenmeldung, die zur Festsetzung eines Korrekturbetrages geführt hat, zu korrigieren. Hierdurch wird die bislang für die Prüfdienste und das Bundesversicherungsamt bestehende Ungewissheit, ob eine Krankenkasse eine Vollerhebung durchführen werde, abgebaut. Das Bundesversicherungsamt kann, wenn eine Krankenkasse mitteilt, keine Vollerhebung durchzuführen, den Korrekturbetrag endgültig festsetzen. Der von der Kasse gezahlte Korrekturbetrag wird dann im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Zum anderen wird eine weitere Frist eingeführt, innerhalb derer die Krankenkassen, die mitgeteilt haben, von der Möglichkeit einer Vollerhebung Gebrauch machen zu wollen, diese Vollerhebung auch tatsächlich durchführen müssen. Hierdurch wird die Abwicklung des Prüfverfahrens zeitlich gestrafft.

Zu Doppelbuchstabe dd

Geändert wird der Zeitpunkt der Rückzahlung eines Korrekturbetrages an die Krankenkasse nach einer ordnungsgemäßen Korrektur der Datenmeldung durch eine Vollerhebung. Die im bisherigen Recht vorgesehene Verknüpfung der Rückzahlung mit dem Jahresausgleich hat sich als nicht sachgerecht erwiesen. Es gibt keine sachliche Notwendigkeit, eine Rückzahlung der Korrekturbeträge erst im Jahresausgleich vorzunehmen, wenn bereits vorher aufgrund einer ordnungsgemäßen Korrektur der Grund für die Einbehaltung des Korrekturbetrages entfallen ist. Dabei gilt, wie bereits nach bislang geltendem Recht, eine Datenmeldung als ordnungsgemäß korrigiert, wenn der zuständige Prüfdienst dies dem Bundesversicherungsamt auf Grund einer innerhalb von zehn Monaten nach der Vollerhebung neu gezogenen Stichprobe bestätigt. Durch die Änderung werden deshalb die Mittel schneller als in der Vergangenheit

wieder an die Krankenkassen zurückgeführt. Dabei führt es zu keinem verwaltungstechnischen Mehraufwand, die Zahlungen unmittelbar und direkt an die Krankenkassen zu leisten, sobald eine ordnungsgemäße Korrektur der Daten vorgenommen worden ist.

Außerdem legt die Änderung fest, dass die neu eingeführten Säumniszuschläge sowie Zinserträge aus der Erhebung der Korrekturbeträge an die gesetzliche Krankenversicherung zurückfließen, indem sie im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe d

Die Änderung stellt klar, dass die mit dieser Verordnung geänderten Vorgaben für die Prüfung erst für die Prüfungen ab einschließlich dem Ausgleichsjahr 2005 gelten. Für die Prüfungen des Ausgleichsjahres 2004 und früherer Ausgleichsjahre sowie aller für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen gelten die bisherigen Vorgaben. Durch diese Regelung wird zum einen vermieden, dass bei den teilweise derzeit noch nicht abgeschlossenen Prüfungen des Ausgleichsjahres 2004 und ggf. früherer Ausgleichsjahre Änderungen im laufenden Prüfverfahren vorgenommen werden müssen. Zum anderen stellt die Regelung sicher, dass alle Krankenkassen unabhängig davon, ob die Prüfungen des Ausgleichsjahrs 2004 und früherer Ausgleichsjahre sowie der für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen bei ihnen bereits abgeschlossen sind oder noch laufen, gleich, d.h. entsprechend der bislang geltenden Vorgaben für die Prüfungen, behandelt werden.

Zu Nummer 6 (§ 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 aufgegangen ist.

Zu Buchstabe b

Die Regelung bestimmt, dass das Bundesversicherungsamt den Spitzenverbänden der Krankenkassen 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. Es handelt sich um eine neue Informationspflicht der Verwaltung. Die Übermittlung dieser Daten an die Spitzenverbände der Krankenkassen ist Voraussetzung dafür, dass diese 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 Korrek-

turen anzuhalten, effektiv nachkommen können. 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 RSAV 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 RSAV). 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 bei.

Zu Nummer 7 (§ 19)

Die Änderung enthält eine Parallelregelung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b (§ 17 Abs. 9). Es handelt sich um eine neue Informationspflicht der Verwaltung. Die Änderung bestimmt, 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 Spitzenverbände der Krankenkassen in die Lage zu versetzen, die Meldungen ihrer Mitgliedskassen für die Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung auf Plausibilität zu prüfen, ggf. Korrekturen zu veranlassen und durch die entsprechende 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 RSAV ermittelt (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 6 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 8 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Neufassung des § 126 SGB V aufgrund des Artikels 1 Nr. 92 GKV-WSG.

Zu Doppelbuchstabe bb

Sowohl bei dem Verfahren der Dialyse als auch bei dem der Apherese handelt es sich um eine sog. „Blutwäsche“. Auf Grund der Gleichartigkeit der Verfahren und des mit ihnen verbundenen Aufwands weisen die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Abrechnungen Apherese-Sachkosten nicht gesondert aus, sondern rechnen sie als Dialysen ab. Für die Prüfdienste ist entsprechend nicht erkennbar, ob es sich bei einer von einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Dialyse um eine Dialyse im engeren Sinn oder um eine Apherese handelt, die Abrechnungen wurden bisher nicht beanstandet. Dagegen werden die z. B. von Dialysezentren erbrachten Apheresen als solche in der Abrechnung ausgewiesen und von den Prüfdiensten nicht akzeptiert, da Apheresen in § 28a RSAV bislang nicht erwähnt sind. Für diese unterschiedliche Behandlung von Dialyse und Apherese gibt es keinen sachlichen Grund. Da die im ambulanten ärztlichen Bereich abgerechneten Apherese-Sachkosten bisher schon im Risikopool berücksichtigt wurden, wird hier auf der Grundlage von § 269 Abs. 4 Nr. 1 SGB V, nach der das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere über die Abgrenzung der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben regelt, klargestellt, dass Apherese-Sachkosten ebenso wie Dialyse-Sachkosten im Risikopool ausgleichsfähig sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die derzeitige Rechtslage sieht ein obligatorisches Korrekturverfahren für die beiden vor dem Berichtsjahr liegenden Jahre vor. Mit der Änderung wird auf das zweite obligatorische Korrekturverfahren verzichtet. Es handelt sich um eine Vereinfachung einer Informationspflicht der Verwaltung. Bereits für das erste Berichtsjahr, für das korrigierte Daten erhoben wurden (2002), zeigt ein Abgleich der Korrekturmeldung aus dem Jahresausgleich 2003 mit der Originalmeldung aus dem Jahresausgleich 2002, dass die Unterschiede zwischen Korrekturmeldung und Jahresmeldung gering ausfallen. Das Gleiche gilt auch für die folgenden Berichtsjahre. 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 Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 15a Abs. 3 Satz 3 bis 6.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Dreifachbuchstabe bbb.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die neue Nummer 5 bestimmt, dass pauschale Vergütungen der integrierten Versorgung, die aus der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung verausgabten Mittel sowie Rabatte, die in Verträgen zur integrierten Versorgung vereinbart werden, pauschal im Risikopool berücksichtigt werden.

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 neue 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 GMG zum 1. Januar 2004 hat jede Krankenkasse nach § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und von Krankenhausrechnungen für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu 1 vom Hundert einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel als Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erforderlich sind. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen weisen aus buchungstechnischen Gründen die Aus-

gaben für vertragsärztliche Leistungen und für Krankenhausbehandlungen einschließlich dieses für die Anschubfinanzierung einbehaltenen Vergütungsanteils 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 verausgabten 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.

Die neue Nummer 6 bestimmt, dass Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern auf Grund von Vereinbarungen, die personenübergreifend und pauschal gewährt oder geleistet werden, pauschal im Risikopool berücksichtigt werden. Hierzu zählen die in den Jahren 2004 bis 2006 für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung einbehaltenen, nicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenhäuser auszahlenden Mittel und die von den Krankenhäusern an die Krankenkassen zu leistenden Erstattungen nach § 8 Abs. 9 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz.

Durch die mit der Regelung vorgesehene pauschale Berücksichtigung wird ein nicht unerheblicher Verwaltungsaufwand vermieden, der durch eine versichertenbezogene Erfassung der Beträge entstehen würde.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach derzeitiger Rechtslage sind die pauschal im Risikopool zu berücksichtigenden Beträge dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem sie von den Krankenkassen vereinnahmt oder verausgabt worden sind. In der Regel erfolgt eine zeitliche Abgrenzung der gebuchten Forderungen bzw. der vereinnahmten oder verausgabten Beträge gemäß § 37 Satz 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den Buchungsbestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus Gründen der Vereinheitlichung orientieren sich die Pauschalbeträge im Risikopool zukünftig ebenfalls an den allgemeinen Vorschriften zur Rechnungslegung.

Zu Nummer 9 (§ 30)

Zu Buchstabe a und b

Die Änderung sieht vor, dass die Versichertentage und die Morbiditätsinformationen nicht nur in dem auf das Berichtsjahr folgenden Jahr gemeldet werden, sondern im Rahmen einer Austauschmeldung noch einmal im darauf folgenden Jahr. Bislang war dies nur als Option und auch nur für das Berichtsjahr 2006 vorgesehen. Es handelt sich um eine neue Informationspflicht der Verwaltung. Durch die regelmäßige Austauschmeldung in dem zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahr können noch etwaige Korrekturen berücksichtigt und somit die Da-

tengrundlage und die Datenqualität für den Jahresausgleich insgesamt verbessert werden. Die im bisherigen Satz 3 vorgesehene, optionale Korrekturmeldung der Daten aus dem Berichtsjahr 2006 ist entsprechend zu streichen.

Zu Buchstabe c

Bislang wurden für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs nur aggregierte Daten von den Krankenkassen über die Spitzenverbände der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt gemeldet, deren Speicherung bei den Spitzenverbänden datenschutzrechtlich unbedenklich ist, so dass es hierfür keiner Rechtsgrundlage bedurfte. Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ist jedoch die Übermittlung pseudonymisierter Versichertendaten notwendig, für deren Speicherung bei den Spitzenverbänden der Krankenkasse mit dieser Änderung die notwendige Rechtsgrundlage geschaffen wird.

Um die im Rahmen dieser Verordnung übertragenen Aufgaben sachgerecht wahrnehmen zu können, ist es notwendig, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen die Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich über die Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt hinaus für 32 Monate ab Weiterleitungstermin speichern können. Der erforderliche Aufbewahrungszeitraum von 32 Monaten (Obergrenze) ergibt sich insbesondere aus den in § 5 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 6 RSAV sowie § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV beschriebenen Aufgaben. Diese Aufgaben werden explizit im Verordnungstext genannt, weil ihre Erfüllung die längste Aufbewahrungsfrist erfordert.

Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 RSAV kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von dem in § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 RSAV vorgesehenen Verfahren zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben abweichen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe ist es im derzeitigen Risikostrukturausgleich notwendig, dass den Spitzenverbänden der Krankenkassen die an das Bundesversicherungsamt übermittelten Daten bis zum Abschluss des jeweiligen Jahresausgleichs zur Verfügung stehen, soweit über abweichende Berechnungsverfahren noch während der Durchführung des Jahresausgleichs entschieden werden soll. Aufgrund der umfangreicheren statistischen Verfahren wird es unter den Bedingungen eines direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs notwendig sein, über den Zeitpunkt der Durchführung des Jahresausgleichs hinaus Daten zur Verbesserung des Verfahrens zur Berechnung der Risikozuschläge, die im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich den Verhältniswerten des derzeitigen Risikostrukturausgleichs entsprechen, zu analysieren. Da die hierzu zur Verfügung stehenden Daten jährlich aktualisiert werden, ist insbesondere der Vergleich von aktuellen Datenmeldungen mit Vorjahresdatenmeldungen von Bedeutung. Um die Sensitivität von Optimierungen besser beurteilen zu können, ist die Berücksichtigung von Datenmeldungen aus drei Jahren (zwei Vorjahre und aktuelles Berichtsjahr) zielführend. Hieraus ergibt sich einschließlich eines Analysezeitraums eine Aufbewah-

rungsfrist von zweieinhalb Jahren, die mit der Weiterleitung der Daten an das Bundesversicherungsamt beginnt.

Gemäß § 5 Abs. 6 RSAV legen die Spitzenverbände der Krankenkassen ein geeignetes statistisches Glättungsverfahren fest, um einen Ausgabenausgleich durch die Bildung von Versicherungsguppen zu vermeiden. Ob und inwieweit tatsächlich ein Ausgabenausgleich in Teilbereichen des Risikostrukturausgleichs stattfinden würde und in welcher Art das Glättungsverfahren zielgerichtet anzupassen ist, muss auf der Grundlage von Daten verschiedener Zeiträume bewertet werden. Bereits im derzeitigen Risikostrukturausgleich wird das Glättungsverfahren auf der Grundlage der Daten aus vergangenen Ausgleichsjahren weiterentwickelt. Unter den Bedingungen eines direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit einer stärkeren Risikodifferenzierung ist davon auszugehen, dass zumindest die Datenmeldungen aus drei Berichtsjahren hierzu nötig sind. Auch hieraus ergibt sich einschließlich eines Analysezeitraums eine Aufbewahrungsfrist von zweieinhalb Jahren, die mit der Weiterleitung der Daten an das Bundesversicherungsamt beginnt.

Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen die zu berücksichtigenden Krankheiten, die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Versichertenzuordnung, das Regressionsverfahren und das Verfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres, erstmals bis zum 1. Juli 2008 fest. Allein aufgrund dieser Fristen ist es notwendig, dass den Spitzenverbänden der Krankenkassen die an das Bundesversicherungsamt übermittelten Datenmeldungen bis zur erstmaligen Festlegung des Verfahrens (1. Juli 2008) und nachfolgend turnusgemäß bis zum 31. März des folgenden Jahres zu Auswertungszwecken zur Verfügung stehen. Aufgrund der prospektiven Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, bei der die Morbiditätsdaten eines Jahres mit den Ausgabedaten des Folgejahre verknüpft werden, ist eine Bewertung der Ausgleichsregelungen auf der Grundlage vergleichender Betrachtungen allerdings nur dann möglich, wenn hierzu Daten aus mindestens zwei Vorjahren und dem aktuellen Berichtsjahr zur Verfügung stehen. Nur auf dieser Grundlage können zwei vollständige Ausgleichszyklen miteinander verglichen werden. Hieraus ergibt sich eine Aufbewahrungsfrist von zwei Jahren und acht Monaten, die mit der Weiterleitung der Daten an das Bundesversicherungsamt beginnt.

Zu Nummer 10 (Achter Abschnitt)

Es handelt sich um die Bereinigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Die Regelung zur Ausgleichsfähigkeit der nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Apherese im Risikopool tritt rückwirkend zum 1. Januar 2007 in Kraft. Hiervon ist das Abschlagsverfahren zwischen dem 1. Januar 2007 und dem Inkrafttreten dieser Verordnung betroffen. Abschlagszahlungen sind ihrer Natur nach nur vorläufig, so dass nicht nachträglich in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird.

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.

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:
Entwurf der fünfzehnten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (15. RSA-ÄndV)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o.g. Verordnung auf Bürokratiekosten, die durch Informationspflichten begründet werden, geprüft.

Für die Wirtschaft sowie Bürger und Bürgerinnen werden keine Informationspflichten eingeführt, modifiziert oder abgeschafft. Für die Verwaltung enthält die Verordnung drei neue Informationspflichten, eine Informationspflicht wird vereinfacht.

Der Nationale Normenkontrollrat hat im Rahmen seines gesetzlichen Prüfauftrags keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatter