

**23.04.10**

G

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (21. RSA-ÄndV)****A. Problem und Ziel**

Seit dem 1. Januar 2009 wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich durchgeführt. Dabei hat sich insbesondere im Zusammenhang mit den Datenmeldungen der Krankenkassen technischer Änderungsbedarf ergeben. Weiterhin soll die Planungssicherheit der Krankenkassen im monatlichen Abschlagsverfahren erhöht und sollen die Ausgaben der Krankenkassen für Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) sachgerecht berücksichtigt werden.

**B. Lösung**

Mit dieser Verordnung werden Regelungen eingeführt, die die Datenmeldungen miteinander vereinigter Krankenkassen erleichtern und die Datenmeldungen von Krankenkassen in Übereinstimmung mit den Arbeitgebermeldungen bringen. Den Krankenkassen soll zudem bereits im laufenden Jahr durch den Gesundheitsfonds das Zuweisungsvolumen zur Verfügung gestellt werden, das auch im Jahresausgleich auszuführen ist. Die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten kassenseitigen Ausgaben für Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) sollen versichertenbezogen ermittelt werden.

**C. Alternativen**

Keine.

**D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

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

**E. Sonstige Kosten**

Es ergeben sich keine Auswirkungen auf die Verbraucherpreise. Für die Wirtschaft entstehen keine zusätzlichen Kosten.

**F. Bürokratiekosten**

Es werden keine Informationspflichten für Unternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger eingeführt, vereinfacht oder abgeschafft. Es wird eine Informationspflicht der Verwaltung (gesetzliche Krankenkassen) geändert.

**Bundesrat**

Drucksache **250/10**

**23.04.10**

G

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (21. RSA-ÄndV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 22. April 2010

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Bürgermeister  
Jens Böhrnsen  
Präsident des Senats der  
Freien Hansestadt Bremen

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (21. 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 Absatz 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Ronald Pofalla



## **Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (21. RSA-ÄndV)**

Vom ...

Auf Grund des § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2, 2a, 4 und 6 und des § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, von denen § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 durch Artikel 1 Nummer 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe bb und Nummer 4 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe dd des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert und Nummer 2a durch Artikel 1 Nummer 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe cc des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) eingefügt worden ist und von denen § 268 Absatz 3 Satz 13 zuletzt durch Artikel 15 Nummer 11a Buchstabe d und Satz 14 zuletzt durch Artikel 15 Nummer 11a Buchstabe e des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

### **Artikel 1**

#### **Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. April 2010 (BGBl. I S. 410) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 30 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
    - bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Berichtsjahre 2008 und 2009 sowie die Kalendertage, für die Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt wird.“
  - b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1 bis 6“ durch die Angabe „Nummer 1 bis 6 sowie 8 und 9“ ersetzt.
2. Dem § 31 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für den Bereich der Schutzimpfungen nach der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) vom 19. August 2009 (BAnz. S. 2889) ist § 37 Absatz 4 entsprechend anzuwenden.“
3. In § 32 Satz 2 wird die Angabe „15. August“ durch die Angabe „31. August“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
4. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 40 Absatz 1 Nummer 1. Für das Jahr 2010 ist der Wert nach § 40 Absatz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des § 40 Absatz 3 Satz 1 zu erhöhen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,

b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie

c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres

die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit.“

- bb) In Satz 6 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das Ausgleichsjahr 2010 erfolgt zusätzlich bis zum 15. Juli 2010 eine Neuberechnung nach Satz 1, 4 und 5.“

5. Nach § 41 Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen.“

## **Artikel 2**

### **Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

§ 31 Absatz 4 Satz 9 und 10 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 1 dieser Verordnung geändert worden ist, wird aufgehoben.

## **Artikel 3**

### **Inkrafttreten**

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

(2) Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.

(3) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

Mit der Verordnung werden Änderungen umgesetzt, die seit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 notwendig geworden sind.

Mit der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) wurde den Krankenkassen für die Jahre 2009 und 2010 auferlegt, die Kosten für diese Impfungen als versichertenbezogene Pauschale zu übernehmen. Als Folgeänderung wird nun auch in dieser Verordnung vorgesehen, dass die entsprechenden Zuweisungen an die Krankenkassen versichertenbezogen ermittelt werden.

Im monatlichen Verfahren erhalten die Krankenkassen derzeit im jeweiligen Ausgleichsjahr insgesamt nicht das Zuweisungsvolumen, das an alle Krankenkassen im Jahresausgleich in der Summe ausbezahlt ist. Um die Planungssicherheit für die Krankenkassen zu erhöhen und die Verteilungsergebnisse des monatlichen Ausgleichs weiter an den Jahresausgleich anzunähern, soll das Zuweisungsvolumen des Jahresausgleichs bereits vollständig im monatlichen Verfahren ausgezahlt werden. Auf diese Weise wird auch vermieden, dass der Gesundheitsfonds für den Jahresausgleich, der erst im Herbst des Folgejahres durchgeführt wird, zusätzlicher Mittel bedarf.

Die Verordnung enthält des Weiteren ergänzende Regelungen zum Zahlungsverfahren im Zusammenhang mit der Beteiligung des Bundes zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen.

Nach der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung haben die Arbeitgeber versicherungspflichtige Beschäftigten innerhalb von sechs Wochen nach deren Beginn bzw. Ende zu melden. Um eine zeitnahe Berücksichtigung dieser gemeldeten Versicherungszeiten im Risikostrukturausgleich zu gewährleisten, werden die Termine für die Datenmeldungen durch die Krankenkassen und für die Durchführung des monatlichen Ausgleichs nach § 39 Absatz 3 angepasst.

Des Weiteren wird es miteinander fusionierenden Krankenkassen erleichtert, ihre Datenbestände auch vor Durchführung des auf das Vorjahr bezogenen Jahresausgleichs zusammenzuführen.

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen – unmittelbaren oder mittelbaren – Betroffenheit von Frauen und Männern durch diese Verordnung besteht nicht, da sich die Regelungen ausschließlich auf die Krankenkassen, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie das Bundesversicherungsamt beziehen.

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen keine Vollzugskosten.

Der Wirtschaft entstehen mit der Verordnung keine Kosten. Die Verordnung hat keine Auswirkungen auf die Verbraucher, die Einzelpreise und das Preisniveau.

Für Unternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger werden keine Informationspflichten eingeführt. Für die gesetzlichen Krankenkassen wird die Informationspflicht in § 30 RSAV geändert.



## **B. Besonderer Teil**

Zu Artikel 1 (Änderung der RSAV)

Zu Nummer 1 (§ 30)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, zwei weitere Angaben zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln.

Die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Deckung ihrer standardisierten Krankengeldausgaben werden derzeit zeitgleich nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus, die im Risikostrukturausgleich bis zum Jahr 2008 angewendet wurden, ermittelt. Die der Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu Grunde liegenden Gutachten von IGES et al. aus den Jahren 2002 und 2005 (IGES/Cassel/Wasem, Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002; IGES/Lauterbach/Wasem, Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, 2005) hatten auf der Grundlage empirischer Ergebnisse empfohlen, das bisherige Verfahren zur Standardisierung des Beitragsbedarfs für Krankengeld beizubehalten, da ein überlegenes Standardisierungsverfahren bis dahin nicht vorlag.

Unter den neuen Bedingungen des weiterentwickelten, direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist zu prüfen, ob ein besser geeignetes Verfahren zur Standardisierung der Krankengeldausgaben entwickelt werden kann. Hierzu bedarf es als weitere von den Krankenkassen zu meldende Angaben der Diagnosen, die dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, zu entnehmen sind, sowie der Anzahl der Kalendertage, für die Krankengeld gezahlt wird. Diese Angaben sind erforderlich, da die Ausgaben der Krankenkassen für Krankengeld durch die folgenden zwei Größen bestimmt werden: die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes und die Dauer des Krankengeldbezugs. Die Höhe des kalendertäglichen Krankengeldes hängt dabei von der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder ab, die Dauer des Krankengeldbezugs unter anderem von der Morbidität dieser Mitglieder.

Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Meldung der Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen wird zunächst auf die Berichtsjahre 2008 und 2009 beschränkt. Im Rahmen der Entwicklung eines geeigneten Modells für die Standardisierung der Krankengeldausgaben wird überprüft werden, inwieweit diese Diagnosen im Zusammenhang mit den Krankengeldausgaben der Krankenkassen stehen. Sofern ein besser geeignetes Verfahren zur Standardisierung der Krankengeldausgaben künftig die Übermittlung von Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen erforderlich macht, ist die Datenmeldung zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu verlängern.

Die Datenerhebungen erfolgen auf der Grundlage von § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 13 SGB V. Danach bestimmt die RSAV, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie für seine weitere Entwicklung zu erheben sind, sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung. § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V sieht die Erhebung und Übermittlung der Versichertentage und der Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V je Versicherten vor, Nummer 7 die von den Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben.

Die Angaben liegen der Krankenkassen bereits elektronisch vor, so dass der ihnen entstehende Mehraufwand für die Übermittlung der Daten begrenzt und vertretbar ist.

Zu Buchstabe b

Mit der 19. RSA-Änderungsverordnung vom 11. März 2009 (BGBl. I S. 497) wurden weitere Risikogruppen für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland bzw. mit Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich einschließlich der entsprechenden Datenmeldungen durch die Krankenkassen eingeführt. Als Folgeänderung werden diese Datenmeldungen auch von den Korrekturmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 2 umfasst.

Zu Nummer 2 (§ 31)

Mit der Änderung in § 31 Absatz 4 werden die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für den Bereich der Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) versichertenbezogen ermittelt.

Die Vorschrift bestimmt, dass die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für den Bereich der Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) nach dem für Satzungs- und Ermessensleistungen geltenden Verteilungsschlüssel zu ermitteln sind.

Nach der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) (Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV) vom 19. August 2009 (BAnz. S. 2889) tragen die Krankenkassen die Kosten für die Schutzimpfungen und zahlen dafür festgelegte Beträge je Versicherten in die Fonds gemäß § 2 ISchGKVLV ein. Die nach Ende der besonderen Gefahrenlage, spätestens am 31. Juli 2010, im Fonds verbleibenden Beträge sind anteilig nach der Einzahlung zurückzuzahlen.

Die Kosten der Krankenkassen für die Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) zählen zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 Absatz 1. Bei der Durchführung der Jahresausgleiche 2009 und 2010 sind diese Ausgaben daher bei der Ermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge zu berücksichtigen. Ohne gesonderte Regelung würden die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben auch für den Bereich dieser Schutzimpfungen auf der Grundlage der Morbidität der Versicherten ermittelt werden.

Da die Ausgaben der Krankenkassen für die Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) jedoch als Pauschale für jeden Versicherten und damit unter ausschließlicher Berücksichtigung der Versichertenzahl anfallen, sind morbiditätsbezogene Zuweisungen nicht sachgerecht. Aus diesem Grund sollen die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen der Krankenkassen für den Bereich dieser Schutzimpfungen allein anhand der Zahl der Versicherten nach dem für die Satzungs- und Ermessensleistungen geltenden Verteilungsschlüssel ermittelt werden.

Zu Nummer 3 (§ 32)

Die Regelung verlängert die Frist für die Meldung der Versicherungszeiten im monatlichen Ausgleich um zwei Wochen und stellt so sicher, dass die Arbeitgebermeldungen für den betreffenden Zeitraum vollständig erfasst werden können.

Nach bisheriger Regelung haben die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinell verwertbar die Versicherungszeiten für den monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) für den Zeitraum Januar bis Juni zum 15. August des Berichtsjahres und die Versicherungszeiten für den Zeitraum Januar bis Dezember zum 15. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres vorzulegen.

Um eine rechtzeitige Übermittlung an das Bundesversicherungsamt zu gewährleisten, müssen die Krankenkassen die entsprechenden Versicherungszeiten derzeit bereits Ende Juli (für den Zeitraum Januar bis Juni) bzw. Ende Januar (für das vorangegangene Be-

richtsjahr) erheben und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermitteln. Diese Frist deckt sich jedoch nicht mit den für die Arbeitgeber geltenden Meldefristen, so dass letzte Arbeitgebermeldungen für den entsprechenden Zeitraum nicht berücksichtigt werden können.

Nach der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV) hat der Arbeitgeber für versicherungspflichtig Beschäftigte Beginn und Ende der Beschäftigung spätestens innerhalb von sechs Wochen nach ihrem Beginn bzw. Ende zu melden (§§ 6 und 8 Absatz 1 DEÜV in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 6 Nummer 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2940) geändert worden ist). Danach kann der Arbeitgeber das Ende einer versicherungspflichtigen Beschäftigung beispielsweise zum 30. Juni eines Jahres bis zum 15. August melden. Die Krankenkasse muss zur Einhaltung der Übermittlungsfrist ihre Daten aber bereits bis Ende Juli an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt übermitteln. Durch diese Fristen können die Arbeitgebermeldungen für den entsprechenden Zeitraum nicht vollständig erfasst und die Versicherungszeiten im monatlichen Ausgleich zum 30. September (Strukturanpassung) nicht vollständig berücksichtigt werden.

Mit der Verschiebung der Termine für die Übermittlung der Versicherungszeiten an das Bundesversicherungsamt auf den 31. August (für den Zeitraum Januar bis Juni) bzw. 28. Februar (für den Zeitraum Januar bis Dezember) wird sichergestellt, dass die dem monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) zugrunde liegenden Versicherungszeiten die Arbeitgebermeldungen für diese Zeiträume vollständig berücksichtigen können. Die Fristen für die Ermittlung der Zuweisungen im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) werden in der Folgeregelung zu § 39 Absatz 3 Satz 1 (s. Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa) entsprechend verlängert.

Zu Nummer 4 (§ 39)

In § 39 werden mehrere Regelungen geändert. Das Zuweisungsvolumen, das im laufenden Ausgleichsjahr über den monatlichen Ausgleich an die Krankenkassen ausgezahlt wird, wird an das Zuweisungsvolumen angepasst, das im Jahresausgleich für dasselbe Ausgleichsjahr an die Krankenkassen ausbezahlt ist (Buchstabe a). Als Folgeänderung zur Verlängerung der Fristen für die Meldung der Versichertenzeiten (s. Nummer 3) werden die Termine für den monatlichen Ausgleich nach Absatz 3 (Strukturanpassung) jeweils um zwei Wochen nach hinten verschoben (Buchstabe b Doppelbuchstabe aa). Außerdem wird eine Regelung eingeführt, nach der für das Ausgleichsjahr 2010 ein zusätzlicher monatlicher Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) durchzuführen ist (Buchstabe b Doppelbuchstabe cc).

Zu Buchstabe a

Auf der Grundlage der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds wird vorab für ein Ausgleichsjahr das an die Krankenkassen auszuzahlende Zuweisungsvolumen festgelegt (§ 40 Absatz 1 Nummer 1). Dieses Zuweisungsvolumen bleibt im Jahresausgleich unverändert (§ 41 Absatz 2 Nummer 1). Derzeit weicht das Zuweisungsvolumen, das im laufenden Jahr über das monatliche Abschlagsverfahren an die Krankenkassen ausgezahlt wird, regelmäßig vom Zuweisungsvolumen im Jahresausgleich ab. Diese Abweichung ist wesentlich durch eine statistische Untererfassung der Versichertenzahlen im laufenden Jahr bedingt.

Im laufenden Jahr werden die Zuweisungen an die Krankenkassen im aktuellen Ausgleichsmonat auf der Grundlage der aktuellen Meldungen der Versichertenzahlen ermittelt. Die Versichertenzahlen für die Zahlungen im aktuellen Ausgleichsmonat werden der Monatsstatistik des Vormonats entnommen. Diese Versichertenzahlen, die dem lau-

fenden monatlichen Abschlagsverfahren zugrunde liegen, unterschreiten jedoch systematisch die Meldungen der Versicherungszeiten nach § 32, die dem monatlichen Ausgleich nach Absatz 3 (Strukturanpassung) zugrunde liegen, und nach § 30, die dem Jahresausgleich zugrunde liegen. Aufgrund dieses Umstands wird im laufenden Jahr über das monatliche Abschlagsverfahren ein geringeres Zuweisungsvolumen ausgezahlt als im Jahresausgleich. Folge ist, dass der Gesundheitsfonds zur Durchführung des Jahresausgleichs Mittel aus dem dem Ausgleichsjahr folgenden Jahr benötigt, die unter Umständen der Bund durch ein Liquiditätsdarlehen zur Verfügung stellen muss.

Die Neuregelung stellt künftig sicher, dass den Krankenkassen im monatlichen Abschlagsverfahren das für das jeweilige Ausgleichsjahr zugesagte Zuweisungsvolumen ausgezahlt wird (jeden Monat ein Zwölftel des Gesamtzuweisungsvolumens, 1/12-Regelung). Dies gilt ebenso für den monatlichen Ausgleich nach Absatz 3 (Strukturanpassung) durch Verweis auf Absatz 2. Gleichzeitig werden die Planungssicherheit für die Krankenkassen erhöht und die Verteilungsergebnisse des monatlichen Abschlagsverfahrens dem Jahresausgleich angenähert.

Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die 1/12-Regelung auch das auf Grund des einmalig in 2010 erhöhten Bundeszuschusses erhöhte Zuweisungsvolumen umfasst. Nach Artikel 5 des Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und zur Einführung eines Sonderprogramms mit Maßnahmen für Milchviehhalter sowie zur Änderung anderer Gesetze vom 14. April 2010 (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz – SozVersStabG, BGBl. I S. 410) wird das Zuweisungsvolumen, das den Krankenkassen für das Jahr 2010 zugesagt wurde, einmalig um die Beteiligung des Bundes zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen erhöht.

Die 1/12-Regelung wird nach ihrer Verkündung im laufenden monatlichen Verfahren umgesetzt. Im monatlichen Ausgleich nach Absatz 3 (Strukturanpassung) erfolgt nach Satz 5 die rückwirkende Umsetzung der Regelung zum Beginn des Ausgleichsjahres (s. Artikel 3 Absatz 2).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Verlängerung der Fristen für die Meldung der dem monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zugrunde liegenden Versicherungszeiten um zwei Wochen durch Änderung des § 32 (s. Nummer 3). Die Termine für die Ermittlung der Zuweisungen im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) werden um den entsprechenden Zeitraum verschoben. Den Fälligkeitstermin für die Zahlungen bestimmt weiterhin das Bundesversicherungsamt nach § 39 Absatz 3a Satz 3.

Durch den Verweis auf Absatz 2 ist sichergestellt, dass für jeden Ausgleichsmonat ein Zwölftel des den Krankenkassen für das Ausgleichsjahr zugesagten Zuweisungsvolumens in Ansatz gebracht wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird ein redaktionelles Versehen beseitigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Für das Ausgleichsjahr 2010 ist bis zum 15. Juli 2010 einmalig ein zusätzlicher monatlicher Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) durchzuführen. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass den Krankenkassen frühzeitig auch rückwirkend die Mittel zur Verfügung gestellt werden, die ihnen für das Ausgleichsjahr 2010 zustehen. Das betrifft zum einen die Beteiligung des Bundes zum Ausgleich konjunkturbedingter Minder-

einnahmen im Jahr 2010 und zum anderen die Beträge aus der Umsetzung der 1/12-Regelung (s. Buchstabe a).

Nach Artikel 5 des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes wird die konjunkturbedingte Beteiligung des Bundes zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen im Jahr 2010 auf die Krankenkassen verteilt, indem der vorab für das Ausgleichsjahr ermittelte Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahr 2010 zu kürzen sind, vermindert wird. Die Regelung tritt rückwirkend in Kraft (Artikel 7 Satz 2 des SozVersStabG) und wird im monatlichen Verfahren voraussichtlich ab Ausgleichsmonat Mai 2010 umgesetzt. Um krisenbedingte Mindereinnahmen der Krankenkassen nachhaltig aufzufangen, ist der dem Gesundheitsfonds rückwirkend zur Verfügung gestellte konjunkturbedingte Zuschuss (voraussichtlich für die Ausgleichsmonate Januar bis April 2010) frühzeitig an die Krankenkassen auszuzahlen. Der monatliche Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) ist dafür das geeignete Verfahren, da die monatlichen Zuweisungen hier auch rückwirkend neu ermittelt werden (§ 39 Absatz 3 Satz 5).

Die Regelung bewirkt darüber hinaus, dass das den Krankenkassen für 2010 zugesagte Zuweisungsvolumen im laufenden Jahr 2010 in Folge der 1/12-Regelung (s. Buchstabe a und Artikel 3 Absatz 2) auch für die vor Verkündung dieser Verordnung liegenden Ausgleichsmonate frühzeitig zur Verfügung gestellt wird.

Um den aus der Durchführung des zusätzlichen monatlichen Ausgleichs nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) resultierenden Mehraufwand für das Bundesversicherungsamt zu begrenzen, finden die Sätze 2, 3 und 6 keine Anwendung.

Zu Nummer 5 (§ 41)

In § 41 Absatz 3 Satz 2 ist bestimmt, dass für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, eine gemeinsame Berechnung des Jahresausgleichs auf der Grundlage der zusammen gemeldeten Datenbestände vorzunehmen ist. Für Krankenkassen, die erst im Folgejahr miteinander fusionieren, gilt dies jedoch nicht. Das hat zur Folge, dass die Datenbestände der Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander fusionieren, trotz Fusion bis zur Durchführung des Jahresausgleichs getrennt gemeldet werden müssen. Beispiel: Zwei Krankenkassen vereinigen sich zum 1. Januar 2010, der Jahresausgleich für 2009 wird im Herbst 2010 durchgeführt. Bis zur (getrennten) Datenmeldung für den Jahresausgleich 2009 zum 15. August 2010 können die Datenbestände der beiden (nicht mehr existenten, s. § 144 Absatz 4 SGB V) Krankenkassen nicht zusammen gemeldet werden.

Um eine frühzeitige zusammengefasste Meldung der Datenbestände der miteinander vereinigten Krankenkassen zu ermöglichen und den bei einer getrennten Meldung erforderlichen technischen und personellen Mehraufwand zu vermeiden, wird das Bundesversicherungsamt ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung des Jahresausgleichs für die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigten Krankenkassen vorzunehmen. Dabei wird insbesondere ein Stichtag für das Fusionsdatum festzulegen sein, bis zu dem die gemeinsame Berechnung im Jahresausgleich erfolgt. Das Bundesversicherungsamt und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können ebenfalls einvernehmlich festlegen, dass in Einzelfällen von einer gemeinsamen Berechnung abgesehen werden kann, sofern eine zusammengefasste Datenmeldung mit einem unverhältnismäßigen Mehraufwand verbunden wäre.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung der RSAV)

Mit der Änderung wird die Übergangsregelung zur Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung aufgehoben.

Nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind auch die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs versichertenbezogen zu erheben und nach Maßgabe des § 30 Absatz 4 über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu übermitteln.

Da die Daten den Krankenkassen in der Vergangenheit nicht vollständig versichertenbezogen elektronisch vorlagen, hat der Verordnungsgeber mit der 19. RSA-Änderungsverordnung eine Übergangsregelung eingeführt, nach der die Zuweisungen für die standardisierten zahnärztlichen Leistungsausgaben zeitgleich nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus zu ermitteln sind, bis die Datenmeldungen den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt geforderten Plausibilitätskriterien genügen.

Durch eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 30. Juni 2009 wurde zwischenzeitlich sichergestellt, dass den Krankenkassen die Leistungsausgaben im zahnärztlichen Bereich ab dem Berichtsjahr 2009 auch für die Teile 2 bis 5 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA) und damit vollständig versichertenbezogen im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermittelt werden. Zum Zeitpunkt der nächsten Datenlieferung zum 15. August 2010 werden die Krankenkassen daher in der Lage sein, die zahnärztlichen Leistungsausgaben für die Durchführung des Jahresausgleichs 2009 vollständig versichertenbezogen an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln, damit die Risikozuschläge auch für diesen Bereich unter Berücksichtigung der Aufwendungen prospektiv ermittelt werden können. Sollten in Einzelfällen den Krankenkassen die Abrechnungsdaten nicht vollständig versichertenbezogen elektronisch übermittelt werden, sind diese nachzuerfassen.

Aus Sicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die personenbezogene Erhebung der Ausgaben für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz für den Jahresausgleich 2009 die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt festgelegten Plausibilitätskriterien nicht erfüllen wird (s. Stellungnahme vom 31. März 2010). Aus diesem Grund wird die Übergangsregelung erst ab dem Ausgleichsjahr 2011 außer Kraft gesetzt. Die Übergangsregelung ermöglicht bereits im Jahresausgleich 2009 die Ermittlung der Risikozuschläge anhand der Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, sofern die Datenmeldungen die Plausibilitätskriterien erfüllen. Da die Datenmeldung zum 15. August 2010 auch Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale und der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge zum 15. November 2010 für das Ausgleichsjahr 2011 sein wird, in dem die Übergangsregelung nicht mehr gilt, ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen werden, damit die Datenmeldung zum 15. August 2010 die Plausibilitätskriterien erfüllt.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Durch das rückwirkende Inkrafttreten der 1/12-Regelung zum 1. Januar 2010 wird sichergestellt, dass die Regelung im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 (Strukturanpassung) für alle Ausgleichsmonate des Ausgleichsjahres 2010 umgesetzt wird. Nach § 39 Absatz 3 Satz 5 werden die für das monatliche Verfahren bislang festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr neu ermittelt.

Nach derzeitiger Erkenntnis führt die Anwendung der 1/12-Regelung für die Krankenkassen nicht zu Belastungen, sondern wirkt entlastend. Darüber hinaus wirkt sich die Regelung aber nur auf die im monatlichen Verfahren auszahlenden Abschlagszahlungen aus, die immer nur vorläufig festgesetzt werden (s. § 266 Absatz 6 Satz 2 und 4 SGB V, § 39 Absatz 2 Satz 1). Es wird damit nicht nachträglich ändernd in abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen, so dass eine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung nicht besteht.

Zu Absatz 3

Die Übergangsregelung für die Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung wird mit Beginn des Ausgleichsjahres 2011 aufgehoben. Im monatlichen Abschlagsverfahren 2010 sowie im Jahresausgleich 2009 findet die Regelung weiterhin Anwendung.





**Anlage**

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:  
NKR-Nr. 1245: Entwurf der einundzwanzigsten Verordnung zur Änderung der  
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (21. RSA-ÄndV)**

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

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkung auf Informationspflichten für Wirtschaft, Bürgerinnen und Bürger.

Für die Verwaltung wird eine bestehende Informationspflicht geändert. Um den Risikostrukturausgleich weiterzuentwickeln und ein standardisiertes Verfahren der Krankengeldausgaben zu entwickeln, müssen die gesetzlichen Krankenkassen künftig einmal jährlich zwei Daten aus der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Diagnose, Anzahl der Kalendertage für die Krankengeld gezahlt wird) an das Bundesversicherungsamt übermitteln. Nach Darstellung des zuständigen Ressorts liegen die Daten den Krankenkassen bereits elektronisch vor, so dass der Mehraufwand begrenzt ist.

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

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Catenhusen  
Berichterstatter