

**07.08.12**

G - In

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Vierundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung****A. Problem und Ziel**

1. § 15a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung regelt, in welcher Weise die Prüfdienste des Bundes und der Länder die Versicherungszeiten prüfen, die die Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs melden. Die Vorschrift enthält jedoch noch keine Vorgaben für die Prüfung der morbiditätsbezogenen Daten, die im Rahmen des seit dem 1. Januar 2009 durchgeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gemeldet werden.
2. § 39a setzt die Vorschrift des § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich hinsichtlich der Vorgaben zur Ermittlung des Korrekturbetrags um. Die Höhe des Korrekturbetrags spiegelt den Umfang des tatsächlichen Rechtsverstoßes durch die betroffene Krankenkasse derzeit nicht wider.
3. Nach geltender Rechtslage (§ 41 Absatz 1 und 2) werden die Zuweisungen erst im Jahresausgleich auf der Grundlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen neu berechnet. Die Zuweisungen werden im monatlichen Verfahren daher auch dann nicht angepasst, wenn die aktuellen Vierteljahresrechnungen der Krankenkassen für das vorangegangene Ausgleichsjahr bereits vollständig vorliegen.
4. Die Vorgaben der §§ 40 und 41 Absatz 2 zur Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen unterscheiden bislang nicht danach, ob die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des

Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigen oder unterschreiten.

5. Außerdem besteht bei einzelnen Vorschriften technischer bzw. redaktioneller Anpassungsbedarf.

## **B. Lösung**

1. Für die Prüfung der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird eine neue Vorschrift eingefügt (§ 42 – neu).

2. Die Vorgaben für die Ermittlung und Festsetzung des Korrekturbetrags werden durch eine Neufassung des § 39a vereinfacht. Entscheidend für die Höhe des Korrekturbetrags ist künftig der Umfang des tatsächlich festgestellten Rechtsverstoßes.

3. Künftig werden die Zuweisungen bereits bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen der Krankenkassen neu berechnet (§ 39 Absatz 3 Satz 1 – neu). Auf diese Weise erfolgt zeitlich früher als bisher eine Anpassung der Zuweisungen an das Ergebnis, das im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr zu erwarten ist.

4. Bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen (§§ 40 und 41 Absatz 2) wird die Zahl der Mitglieder, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird, nur abgezogen, wenn die Ausgaben höher sind als die Einnahmen; ist dies nicht der Fall, erfolgt eine Verteilung des Unterschiedsbetrags auf alle Mitglieder.

5. Mit der Verordnung werden weitere technische bzw. redaktionelle Änderungen vorgenommen.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Verordnung nicht mit Kosten belastet.

## **E. Erfüllungsaufwand**

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

#### E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

#### E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch § 30 Absatz 4, § 30 Absatz 5 und § 39a Absatz 3 werden zwei neue Berichtspflichten für das Bundesversicherungsamt eingeführt, diese verursachen geringfügigen Mehraufwand.

Die durch § 42 eingeführten Aufgaben des Bundesversicherungsamtes führen zu sächlichem und personellem Erfüllungsaufwand. Der einmalige Erfüllungsaufwand wird mit Kosten von rund 73.000 Euro, der dauerhafte Erfüllungsaufwand mit rd. 162.000 Euro (1 Planstelle Besoldungsgruppe A14, 1 Planstelle Besoldungsgruppe A11) angesetzt. In Abhängigkeit vom mittelfristigen Aufwand für die Verfahren (z.B. zusätzliche Qualitätssicherungen, vermehrte Klagen) kann möglicherweise weiterer Mehraufwand entstehen. Diese Ausgaben werden gemäß § 271 Absatz 6 SGB V aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

Für die Länder entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Für die Kommunen entsteht kein Erfüllungsaufwand.

#### **F. Weitere Kosten**

Für die gesetzliche Krankenversicherung (Gesundheitsfonds) ergeben sich durch die Erstattung von Aufwendungen des Bundes (siehe E.3) einmalige Mehrkosten in Höhe von rd. 73.000 Euro und jährliche Mehrkosten in Höhe von rd. 162.000 Euro. Es ergeben sich keine Auswirkungen auf die Verbraucherpreise. Für die Wirtschaft entstehen keine zusätzlichen Kosten.



**Bundesrat**

**Drucksache 446/12**

**07.08.12**

G - In

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

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

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 3. August 2012

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Ministerpräsidenten  
Horst Seehofer

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Vierundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung

mit Begründung und Vorblatt.

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

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen  
Ronald Pofalla



## **Vierundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

**Vom ...**

Auf Grund des § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2, 4 bis 6 sowie 8 und 9, des § 268 Absatz 3 Satz 14, des § 273 Absatz 4 Satz 3 und des § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), von denen § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2, 4 und 9 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 178 Buchstabe h des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geändert worden ist und § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 durch Artikel 1 Nummer 53 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) geändert worden ist und § 268 Absatz 3 Satz 14 zuletzt durch Artikel 15 Nummer 11a Buchstabe e des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist und § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 durch Artikel 1 Nummer 176 Buchstabe b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) 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 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 28a wird aufgehoben.
2. § 30 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 Nummer 10 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 11 angefügt:

„11. die Anzahl der Versicherungstage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
    - bb) In Satz 2 wird das Wort „Abgabedatum“ durch das Wort „Verordnungsdatum“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 wird die Angabe „§ 15a“ durch die Angabe „§ 42“ ersetzt.
    - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Herstellung des Versichertenbezugs durch die Krankenkassen ist zulässig, soweit dies für die Prüfungen nach § 42 erforderlich ist. Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8, 9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den

Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern oder aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden jeweils die Wörter „8 und 9“ durch die Wörter „8, 9 und 11“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Werden dem Bundesversicherungsamt Daten nicht termingerecht übermittelt oder weisen sie erhebliche Fehler auf, kann das Bundesversicherungsamt die Daten insgesamt oder teilweise zurückweisen; anstelle der zurückgewiesenen Daten kann es die Vorjahresdaten zugrunde legen, hat dabei dann aber die Versichertenentwicklung und die Morbiditätsentwicklung sowie einen angemessenen Sicherheitsabzug zu berücksichtigen. Das Bundesversicherungsamt unterrichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über Art und Umfang der von ihm zurückgewiesenen und stattdessen zugrunde gelegten Daten nach Satz 4.“

3. § 35 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

4. § 37 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Ermittlung der Zuweisungen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 sind höchstens die Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zugrunde zu legen; dies gilt nicht für die Ausgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

5. Dem § 38 Absatz 2 wird der folgende Satz angefügt:

„§ 30 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

6. § 39 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu“ eingefügt.

b) Die Sätze 6 und 7 werden durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

7. § 39a wird wie folgt gefasst:

„§ 39a

Ermittlung des Korrekturbetrags

(1) Das Bundesversicherungsamt prüft bei den Datenmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 1 (Erstmeldung) und bei den Datenmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 2 (Korrekturmeldung) eines Berichtsjahres, ob die Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingehalten worden sind. Hat eine Krankenkasse diese Vorgaben nicht oder nur teilweise eingehalten, ermittelt das Bundesversicherungsamt nach § 273 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Korrekturbetrag nach Maßgabe der folgenden Absätze getrennt für die Erstmeldung und die Korrekturmeldung und setzt ihn fest.

(2) Das Bundesversicherungsamt berechnet für die betroffene Krankenkasse adjustierte jährliche Zuweisungen für das dem jeweiligen Berichtsjahr folgende Ausgleichsjahr. Für die Berechnung sind die für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften heranzuziehen mit der Maßgabe, dass die Häufigkeit der Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 für die betroffene Krankenkasse nach den Absätzen 3 und 4 ermittelt wird. Bei einer Erstmeldung werden die adjustierten jährlichen Zuweisungen von der nach § 39 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe c ermittelten vorläufigen Höhe der Zuweisungen abgezogen (Differenzbetrag bei Erstmeldung). Bei einer Korrekturmeldung werden die adjustierten jährlichen Zuweisungen von den nach § 41 Absatz 3 ermittelten Zuweisungen abgezogen (Differenzbetrag bei Korrekturmeldung). Ein Korrekturbetrag wird nur bei einem positiven Differenzbetrag ermittelt.

(3) Kann das Bundesversicherungsamt feststellen, welche Daten entgegen den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhoben wurden, dürfen diese Daten bei der Ermittlung der Häufigkeit der Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 nicht berücksichtigt werden; dies gilt nicht für Daten, die in eine Berechnung nach § 42 Absatz 5 eingeflossen sind. Das Bundesversicherungsamt kann für die Feststellung von der betroffenen Krankenkasse entsprechend § 273 Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. § 30 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend.

(4) Kann das Bundesversicherungsamt nicht feststellen, welche Daten entgegen den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhoben wurden, ermittelt es die Häufigkeit der Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 auf der Grundlage der letzten Vorjahresmeldung, für die das Bundesversicherungsamt nicht festgestellt hat, dass die betroffene Krankenkasse die genannten Vorgaben nicht oder nur teilweise eingehalten hat. Das Bundesversicherungsamt kann die Verwendung der Vorjahresmeldung auf einzelne Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 beschränken. Die zwischenzeitliche Veränderung der Versichertenstruktur bei der betroffenen Krankenkasse wird durch eine alters- und geschlechtsbezogene Anpassung der Versichertentage je Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 berücksichtigt. Ist die Häufigkeit der Risikomerkmale nach § 29 Nummer 1 von der Vorjahresmeldung nach Satz 1 zur geprüften Datenmeldung bei allen Krankenkassen im Durchschnitt zurückgegangen, wird bei diesen Risikomerkmale die Anzahl der Versichertentage bei der betroffenen Krankenkasse entsprechend angepasst; die Anpassung kann alters- und geschlechtsbezogen erfolgen.

(5) Der Korrekturbetrag bei einer Erstmeldung beträgt zehn Prozent des Differenzbetrags nach Absatz 2 Satz 3. Der Korrekturbetrag bei einer Korrekturmeldung ergibt sich, indem zusätzlich zum Differenzbetrag nach Absatz 2 Satz 4 ein Aufschlag

in Höhe von 25 Prozent des Differenzbetrags erhoben wird. § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Die Einnahmen nach diesem Absatz und die Zinserträge fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Nummer 1 hinzugerechnet.

(6) Das Nähere zum Verfahren nach Absatz 4 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

8. § 40 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind, indem es

1. die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 39 Absatz 5, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die nach § 137g Absatz 1 Satz 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten bereinigt,
2. von dem Wert nach Nummer 1 die Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzieht,
3. bei einem negativen Ergebnis nach Nummer 2 das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen, verringert um die Anzahl der Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, und durch die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der um die Anzahl der Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht,
4. anderenfalls das Ergebnis nach Nummer 2 durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen und die Zahl 12 teilt und für jede Krankenkasse mit der Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, vervielfacht.“

9. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr)

1. die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge,
2. die Werte nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 und

3. die Erhöhung der Zuweisungen nach § 33c Absatz 2

neu. § 37 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind, indem es

1. von dem Wert nach § 40 Absatz 1 Nummer 1 die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzieht,
2. bei einem negativen Ergebnis nach Nummer 1 das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen, verringert um die Anzahl der Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen, um die Anzahl der Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht,
3. anderenfalls das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen teilt und für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder vervielfacht.

Im Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist Absatz 2 in der am 3. August 2011 geltenden Fassung zugrunde zu legen.“

b) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz zu korrigieren. Das Nähere zum Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

10. Folgender § 42 wird angefügt:

#### „§ 42

##### Prüfung der Datenmeldungen

(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens alle zwei Jahre folgende Daten, jeweils bezogen auf eines der beiden zuletzt nach § 41 abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre, auf deren Richtigkeit zu prüfen:

1. die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 11 aus der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz und die nach § 38 Absatz 2 gemeldeten Daten,

2. die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 aus der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 erster Halbsatz und die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, 8 und 9 aus der Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz.

Die Stellen nach Satz 1 können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt festlegen, dass sie die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 jeweils jährlich durchführen.

(2) Für die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben. Das Bundesversicherungsamt zieht die Stichproben für die jeweilige Prüfung und stellt den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt fest, welche der ihm vorliegenden Daten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

(3) Das Bundesversicherungsamt bestimmt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Stellen nach Absatz 1 Satz 1 das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten und Belege, die die Krankenkassen den Stellen nach Absatz 1 Satz 1 zu übermitteln haben. Die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 teilen dem Bundesversicherungsamt, der Krankenkasse und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich das Ergebnis ihrer Prüfungen mit. Das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Stellen nach Absatz 1 Satz 1.

(4) Für die Richtigkeit der nach § 38 Absatz 2 gemeldeten Daten ist zu prüfen, ob die für die Berücksichtigung der Versichertenzeiten maßgeblichen Voraussetzungen des § 3 Absatz 3 Satz 7 und 8 hinsichtlich der Teilnahme an einem nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramm vorliegen. Für die Prüfung, ob die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, sind die Meldungen des jeweiligen Ausgleichsjahres zu prüfen; zu berücksichtigen sind dabei die den Meldungen zugrunde liegenden Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres.

(5) Das Bundesversicherungsamt rechnet die bei den Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle auf die der jeweiligen Stichprobe zugrunde liegende Grundgesamtheit hoch. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Hierbei kann es auch bestimmen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(6) Die erstmalige Festlegung nach Absatz 2 und die erstmalige Bestimmung nach Absatz 5 erfolgen auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens. Das Bundesversicherungsamt beauftragt eine Person oder Personengruppe, die über besonderen Sachverstand in Bezug auf statistische Verfahren und Kenntnisse der Versichertenklassifikation nach § 31 Absatz 4 verfügt. Das Gutachten soll insbesondere Vorschläge für die Stichprobenmethodik nach Absatz 2, für die Sicherstellung der Stichprobengüte, für ein Hochrechnungsverfahren nach Absatz 5 sowie für eine Weiterentwicklung dieser Verfahren in den nachfolgenden Prüfzyklen unterbreiten. Vor Fertigstellung des Gutachtens sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 anzuhören.

(7) Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grund der jeweiligen Hochrechnung nach Absatz 5 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Die Einnahmen nach diesem Absatz und die Zinserträge fließen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich zu dem Wert nach § 41 Absatz 2 Nummer 1 hinzugerechnet.“

## **Artikel 2**

### **Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen; Alternativen**

Die Verordnung enthält eine Regelung zur Prüfung der für den Risikostrukturausgleich gemeldeten Versichertenzeiten durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhaft gemeldeter Fälle (§ 15a). Seit dem 1. Januar 2009 wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich durchgeführt. Für dessen Durchführung melden die Krankenkassen auch morbiditätsbezogene Daten ihrer Versicherten. Für die Prüfung der Datenmeldungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich soll daher eine neue Vorschrift eingeführt werden (§ 42). Der Anwendungsbereich des § 15a wird auf die Prüfung der Ausgleichsjahre bis 2008 beschränkt (§ 35 Absatz 2 Satz 1 – neu).

§ 273 SGB V enthält eine Regelung zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich durch das Bundesversicherungsamt. Hat eine Krankenkasse Daten nicht zulässig erhoben, ermittelt das Bundesversicherungsamt einen Korrekturbetrag, über den das Nähere in dieser Verordnung zu bestimmen ist (§ 273 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Durch eine Neufassung des § 39a sollen die Vorgaben für die Ermittlung und Festsetzung des Korrekturbetrags vereinfacht werden. Der Korrekturbetrag soll künftig den Rechtsverstoß konkret widerspiegeln.

Das Bundesversicherungsamt ermittelt vorab für ein Ausgleichsjahr die vorläufige Höhe der Zuweisungen einschließlich der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge. Im monatlichen Verfahren wird zwar die vorläufige Höhe der Zuweisungen anhand aktueller Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten neu berechnet, die Zu- und Abschläge bleiben jedoch bis zur Durchführung des Jahresausgleichs unverändert. Damit künftig die Zuweisungen an die Krankenkassen noch stärker dem Ergebnis des Jahresausgleichs angenähert werden, sind die Zu- und Abschläge bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres auch auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen der Krankenkassen neu zu berechnen (Änderung des § 39 Absatz 3 Satz 1).

Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach den §§ 40 und 41 Absatz 2 im Fall der Unterdeckung oder Überdeckung im Gesundheitsfonds den Betrag, um den die Zuweisungen für die Krankenkassen mitgliederbezogen verändert werden. Die Zahl der Mitglieder, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird, soll künftig nur im Fall übersteigender Ausgaben in Abzug gebracht werden. Denn nur im Fall der Unterdeckung müssen die Krankenkassen zur Finanzierung des Differenzbetrages grundsätzlich einen Zusatzbeitrag von den Mitgliedern erheben, die zusatzbeitragspflichtig sind.

Mit der Verordnung werden außerdem technische bzw. redaktionelle Änderungen vorgenommen.

#### **II. Erfüllungsaufwand; Kosten**

Durch § 30 Absatz 4 und § 39a Absatz 3 werden zwei neue Berichtspflichten für das Bundesversicherungsamt eingeführt, diese verursachen geringfügigen Mehraufwand.

Mit § 42 dieser Verordnung wird als neue Aufgabe eingeführt, die bisherige, nach § 15 a durchzuführende Stichprobenprüfung von Versichertenzeiten (in strukturierten Behandlungsprogrammen und bis 2008 auch im Risikopool) auch auf Morbiditätsdaten (ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelkennzeichen) auszudehnen. Hierdurch entsteht dem Bundesversicherungsamt

### Einmalaufwand

Für insbesondere die erstmalige Festlegung der relevanten Stichproben und der Hochrechnungsmethodik für die Morbiditätsdaten, die Erstellung eines Datenschutz-, IT-Sicherheits- und Betriebskonzeptes für das neue Verfahren, das einmalige Erzeugen der parametrisierbaren Datenbankabfragen und das Einrichten des Übermittlungsweges der Stichproben wird ein Mehraufwand von ca. 73.000 Euro geschätzt. Dieser setzt sich zusammen aus Kosten von ca. 30.000 Euro für ein Gutachten zur Festlegung der relevanten Stichproben und der Hochrechnungsmethodik und sonstigen Kosten von rd. 43.000 Euro (6 Personenmonate, 1 Planstelle Besoldungsgruppe A13g, nach den Personalkostensätzen des BMF, einschließlich anteiliger Sachkostenpauschale).

### Daueraufwand

Gemäß § 42 Absatz 1 der Verordnung sind die Prüfungen – und damit die Stichprobenziehungen – mindestens alle zwei Jahre durchzuführen. Bei Einvernehmen zwischen dem Prüfdienst und dem Bundesversicherungsamt kann dies auch jährlich erfolgen. Bei einer durchschnittlichen Durchführung alle 1,5 Jahre ergibt sich insbesondere für Anwendung der Datenbankabfragen, Qualitätssicherung der Stichprobe, Verfügbarmachen der Stichproben, Ansprechmöglichkeiten bei Rückfragen, Durchführung und Weiterentwicklung des Hochrechnungsverfahrens im Bereich Morbiditätsdaten, Bescheiderstellung und -erlass bei Korrekturbeträgen im Bereich Morbiditätsdaten sowie Bearbeitung von Klagen ein jährlicher Mehraufwand von rd. 162.000 Euro (1 Planstelle Besoldungsgruppe A14, 1 Planstelle Besoldungsgruppe A11 nach den Personalkostensätzen des BMF, einschließlich anteiliger Sachkostenpauschale).

In Abhängigkeit vom mittelfristigen Aufwand für die Verfahren (z.B. zusätzliche Qualitätssicherungen, vermehrte Klagen) kann möglicherweise weiterer Mehraufwand entstehen. Dieser muss dann zeitnah in entsprechenden Stellenforderungen umgesetzt werden.

Diese Ausgaben werden gemäß § 271 Absatz 6 SGB V aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

Den Bürgerinnen und Bürgern sowie der Wirtschaft entstehen mit dieser Verordnung keine Kosten.

### **III. Gesetzesfolgenabschätzung; Nachhaltigkeitsaspekte**

Die Verordnung regelt in erster Linie technische Fragen in Zusammenhang mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs, außerdem werden einige redaktionelle Korrekturen vorgenommen. Daher berührt die Verordnung keine Aspekte einer nachhaltigen Entwicklung.

### **IV. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung**

Die Regelungen sind aus gleichstellungspolitischer Sicht neutral.

### **V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat**

Die Verordnung hat keine Bezüge zum Recht der Europäischen Union und ist mit völkerrechtlichen Verträgen, die Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Nummer 1 (§ 28a)**

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I, S. 2983) wurde § 269 SGB V gestrichen. Infolgedessen entfällt auch die Regelung in der RSAV zum Risikopool.

### **Zu Nummer 2 (§ 30)**

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Anfügung der Nummer 11 wird klargestellt, dass bestimmte Vorgaben, die nach § 30 für die für die Durchführung des RSA zu meldenden Angaben gelten, auch für die Meldung der Versicherungstage mit Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 SGB V gelten. Dies betrifft die Vorschriften über die Pseudonymisierung und Depseudonymisierung der Daten zu Prüfzwecken sowie die Fristen für die Erstmeldungen und Korrekturmeldungen. Eine neue Pflicht zur Erhebung und Meldung von Daten durch die Krankenkassen wird nicht begründet, da es sich lediglich um eine Klarstellung handelt. Die Verpflichtung zur Meldung dieser Daten ergibt sich bereits aus § 3 Absatz 1 und § 267 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass für die zeitliche Zuordnung der Arzneimittelkennzeichen das Verordnungsdatum und nicht das Abgabedatum heranzuziehen ist. Im Rahmen des vom Bundesversicherungsamt festgelegten Klassifikationsmodells nach § 29 Nummer 1 werden bestimmte Diagnosen anhand von Arzneimitteln validiert, d.h. die Diagnosen werden nur dann für die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen berücksichtigt, wenn gleichzeitig für den Versicherten mit dieser Diagnose auch verordnete Arzneimittel vorliegen. Da es hier auf die Zuordnung zum jeweiligen Quartal ankommt, kann nur das Verordnungsdatum maßgeblich sein, das – anders als das Abgabedatum – in unmittelbarem Zusammenhang mit der Diagnosestellung steht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung auf Grund der Einführung des § 42 – neu – (s. Nummer 10).

Zu Doppelbuchstabe bb

Im angefügten Satz 5 wird auf der Grundlage der Ermächtigungsnormen in § 268 Absatz 3 Satz 8 und § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 SGB V geregelt, dass der Versichertenbezug durch die Krankenkassen hergestellt werden darf, soweit dies für die Prüfungen nach § 42 – neu – erforderlich ist. § 268 Absatz 3 Satz 8 SGB V erlaubt die Herstellung des Versichertenbezugs zu Prüfzwecken. § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 SGB V ermächtigt den Ordnungsgeber, das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen in der RSAV zu regeln.

Zur Durchführung des Alt-RSA haben die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt die Summen der Versicherungszeiten sowie nicht versichertenbezogen die Leistungsausgaben übermittelt (s. § 267 SGB V). Eine Pseudonymisierung von versichertenbezogenen Angaben war daher nicht erforderlich. Für die Prüfungen nach § 15a haben die Prüfdienste die Stichproben für die Prüfung der Versicherungszeiten unmittelbar bei den Krankenkassen erhoben und die Prüfungen dort durchgeführt. Eine Depseudonymisierung war entsprechend nicht erforderlich. Die im Rahmen dieser Prüfungen als fehlerhaft oder nicht plausibel festgestellten Datenmeldungen konnten die Krankenkassen im Rahmen einer Vollerhebung korrigieren (vgl. § 15a Absatz 3 Satz 3).

Im Rahmen des zum 1. Januar 2009 eingeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) werden vom Bundesversicherungsamt versichertenbezogen alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge ermittelt. Zu diesem Zweck übermitteln die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt versichertenbezogen die Angaben nach Absatz 1 Satz 1 (in Verbindung mit § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 SGB V), die von den Krankenkassen nach den Vorgaben der Absätze 2 und 3 vor ihrer Übermittlung an das Bundesversicherungsamt pseudonymisiert werden.

Im Rahmen der Prüfung nach § 42 – neu – prüfen die mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie 8, 9 und 11 auf ihre Richtigkeit. Versichertenbezogen übermittelte Versichertenzeiten, ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelkennzeichen werden seit 2009 im Morbi-RSA berücksichtigt und unterliegen damit erstmals auch den Prüfungen durch die Prüfdienste. Aus diesen Daten werden für die Prüfungen nach § 42 – neu – Stichproben gezogen. Die Stichproben zieht künftig das Bundesversicherungsamt, da nur das Bundesversicherungsamt über die pseudonymbezogen zusammengeführten Daten aller am Morbi-RSA teilnehmenden Krankenkassen verfügt und die Prüfungen sich auf die Morbiditätsdaten der Versicherten beschränken sollen, für die die Krankenkassen einen risikoadjustierten Zuschlag erhalten. Das Bundesversicherungsamt stellt den Prüfdiensten anschließend eine Liste mit den durch die Stichprobe ermittelten Pseudonymen zur Verfügung, die Gegenstand der jeweiligen Prüfungen sind (s. zu Nummer 10 zu Absatz 2). Damit die Prüfdienste überprüfen können, ob die Krankenkassen die Daten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 rechtmäßig und richtig erhoben und gemeldet haben, ist es in diesen auf die Stichproben begrenzten Fällen erforderlich, dass der Versichertenbezug hergestellt werden kann.

Gegenstand der Prüfungen nach § 42 – neu – werden künftig nur noch die jeweiligen Daten aus den bereits abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahren sein, so dass – anders als nach dem bisher maßgeblichen § 15a – im Anschluss an die Prüfungen keine erneuten Datenmeldungen für den RSA erfolgen werden.

Nach § 268 Absatz 3 Satz 8 SGB V ist die Herstellung des Versichertenbezugs zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 7 übermittelten Daten erforderlich ist. Diese Regelung wurde – wie die Ermächtigung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 SGB V – mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I, S. 3465) zum 1. Januar 2002 eingeführt und erlaubt die Herstellung des Versichertenbezugs im Rahmen der RSA-Prüfungen. Der Norm lag die Vorstellung der Alt-RSA-Prüfungen zugrunde, wonach die Prüfdienste bei den Krankenkassen die Stichproben für die Prüfungen ziehen und die Krankenkassen die als fehlerhaft oder nicht plausibel festgestellten Datenmeldungen im Rahmen einer Vollerhebung korrigieren können (s.o.). Zu diesem Zeitpunkt ging der Gesetzgeber davon aus, dass auch im Rahmen der Prüfungen des Morbi-RSA die Prüfdienste die Stichproben bei den Krankenkassen ziehen und die Krankenkassen die ursprünglich übermittelten – pseudonymisierten – Daten nachträglich – d.h. im Zusammenhang mit den Prüfungen – verändern. Zu diesem Zweck sollte der Versichertenbezug hergestellt werden dürfen.

Die Erlaubnis zur Herstellung des Versichertenbezugs wird mit dieser Verordnung an die Vorgaben des § 42 – neu – angepasst. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung in § 268 Absatz 3 SGB V wird zeitnah angestrebt.

In Satz 6 wird auf der Grundlage des § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V geregelt, dass die für die Durchführung des RSA, insbesondere für die Datenmeldungen an das Bundesversicherungsamt nach Absatz 1 Nummer 1 bis 6, 8, 9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 von den Krankenkassen maschinell erzeugten Datengrundlagen sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern oder aufzubewahren sind. Damit wird die für den Alt-RSA maßgebliche Regelung in § 3 Absatz 7 Satz 1 auf die nach § 30 Absatz 1 erhobenen Daten übertragen, die Aufbewahrungsfrist wird allerdings von neun Jahren auf sechs Jahre verkürzt, um den Aufwand der Krankenkassen zu verringern. Die Sätze 2 und 3 des § 3 Absatz 7 gelten entsprechend weiter. Die Daten sind revisionssicher und nachprüfbar aufzubewahren. Die Anforderungen, wie Unterlagen revisionssicher und nachprüfbar aufzubewahren sind, ergeben sich aus den §§ 239 und 257 Absatz 3 des Handelsgesetzbuches (HGB). Diese Vorschriften sind für die Aufbewahrung und Speicherung der für den Morbi-RSA relevanten Daten entsprechend heranzuziehen.

Damit die Prüfdienste im Rahmen der Prüfungen nach § 42 – neu – feststellen können, ob die von den Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt übermittelten Daten auch rechtmäßig und richtig aus den zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen gespeicherten Daten erzeugt wurden, wird die o. a. Aufbewahrungspflicht auch auf die den Datenmeldungen zugrunde liegenden Originaldaten erstreckt. Damit sind vor allem die Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen in den – in der Regel elektronisch übermittelten – Abrechnungsunterlagen erfasst, die die Krankenkassen gemäß § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 in Verbindung mit den §§ 294 bis 303 SGB V erheben und speichern (s. auch § 268 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Für diese Daten, für die die RSAV bisher keine Aufbewahrungsregelungen enthielt, galten bisher die gesetzlichen Vorgaben des § 304 Absatz 1 SGB V und § 84 SGB X und damit zum Teil auch kürzere Aufbewahrungszeiten. Um die gesetzlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern mit der vorliegenden Regelung des § 30 Absatz 2 Satz 6 zu harmonisieren, wird zeitnah eine entsprechende Gesetzesänderung angestrebt.

§ 3 Absatz 7 Satz 1 hat für die maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die Dokumentation der Korrekturmeldungen für den Alt-RSA eine Aufbewahrungsfrist von neun Jahren vorgesehen. Diese Frist war erforderlich, da innerhalb dieses Zeitraums noch Korrekturen des jeweiligen Jahresausgleichs durchgeführt werden konnten. Im Rahmen des Morbi-RSA ist nur noch ein einmaliges Korrekturverfahren vorgesehen (s. § 41 Absatz 5 – neu). Allerdings werden künftig nach § 42 – neu – Prüfungen der Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten durchgeführt, die sich jeweils auf ein abgeschlossenes und korrigiertes Ausgleichsjahr beziehen. Für die erste durchzuführende Prüfung des Ausgleichsjahres 2009 bedeutet dies, dass hinsichtlich der Morbiditätsinformationen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 sowie 8 und 9 ein Abgleich mit den Originaldaten aus dem Jahr 2008 zu erfolgen hat. Da die Prüfungen frühestens mit Inkrafttreten dieser Verordnung, aber erst nach Festlegung des hier geregelten Stichproben- und Hochrechnungsverfahrens auf Basis eines wissenschaftlichen Gutachtens (s. § 42 Absatz 6 – neu) beginnen können, ist mit den ersten Durchführungen ab dem Jahr 2013 und einem Abschluss nicht vor dem Jahr 2014 zu rechnen. Dies bedeutet aber, dass eine Aufbewahrungsfrist der den Meldungen zugrunde liegenden Originaldaten von sechs Jahren erforderlich ist, damit die Prüfungen überhaupt sachgerecht durchgeführt werden können (s. dazu auch Begründung zu Nummer 10). Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbe-

wahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung des § 30 Absatz 4 Satz 4 werden die Befugnisse des Bundesversicherungsamtes zur Zurückweisung von Daten bzw. zur Zugrundelegung von Vorjahresdaten für die einzelnen Risikomerkmale des § 29 Nummern 1 bis 4 vereinheitlicht. Künftig ist das Bundesversicherungsamt berechtigt, fehlerhafte oder nicht termingerecht übermittelte Daten insgesamt bzw. im fehlerhaften Umfang zurückzuweisen und damit bei der Ermittlung der Risikozuschläge bzw. der Risikomerkmale nach § 29 nicht zu berücksichtigen. Anstelle der zurückgewiesenen Daten kann das Bundesversicherungsamt bei der Ermittlung der Zu- und Abschläge die Vorjahresdaten unter Berücksichtigung der Versicherten- und Morbiditätsentwicklung sowie eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde legen. Das Bundesversicherungsamt hat das ihm eingeräumte Ermessen pflichtgemäß auszuüben.

Sofern es sich um fehlerhafte oder nicht termingerechte Daten handelt, die ansonsten zu einer Verzerrung des Verfahrens bzw. zu seiner Verzögerung führen würden, stellt die Berücksichtigung eines angemessenen Sicherheitsabzugs sicher, dass sich die betroffene Kasse unter keinen Umständen besser stellt, als wenn sie korrekt und termingerecht übermittelt hätte. Sonst käme es zu dem unerwünschten Signal an die Krankenkassen, man müsse die Erstellung der Datenmeldungen nicht mit der nötigen Sorgfalt und Genauigkeit betreiben. Die Höhe des Sicherheitsabzuges kann von Fall zu Fall unterschiedlich sein und ist daher nicht konkreter fassbar als mit dem Begriff der Angemessenheit, welcher dem Bundesversicherungsamt auferlegt, nach pflichtgemäßem Ermessen vorzugehen. So ist die Höhe des Sicherheitsabzugs beispielsweise davon abhängig, wie sich die Veränderung zu den Vorjahresdaten bei der betroffenen Krankenkasse gegenüber der GKV-weiten Veränderung verhält.

Das Bundesversicherungsamt wird durch die Einfügung eines neuen Satzes 5 verpflichtet, den GKV-Spitzenverband über Art und Umfang der nach Satz 4 zurückgewiesenen Daten oder verwendeten Vorjahresdaten zu unterrichten. Diese Regelung ist erforderlich, damit eine nachträgliche Veränderung bereits gemeldeter Daten auch im Datenbestand des GKV-Spitzenverbands nachvollzogen werden kann, so dass er die ihm nach dieser Verordnung obliegenden, nachfolgend aufgeführten Aufgaben wahrnehmen kann.

Nach Absatz 4 Satz 1 i.V.m. § 3 Absatz 4 Satz 2 prüft der GKV-Spitzenverband die nach Absatz 1 erhobenen Daten der Krankenkassen vor Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt auf Vollständigkeit und Plausibilität und teilt das Ergebnis seiner Prüfungen dem Bundesversicherungsamt schriftlich mit. Die Prüfungen beinhalten einen Vergleich aktueller Datenmeldungen mit vorangegangenen Meldungen. Nachträgliche Korrekturen der nach Absatz 1 von den Krankenkassen erhobenen Daten durch das Bundesversicherungsamt, die sich nicht im Datenbestand des GKV-Spitzenverbandes widerspiegeln, könnten dazu führen, dass die vom GKV-Spitzenverband durchgeführten Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen zu nicht sachgerechten Ergebnissen kommen.

Im Rahmen der jährlichen Festlegung der Krankheitsauswahl, des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens hat das Bundesversicherungsamt nach § 31 Absatz 4 Satz 1 eine Anhörung des GKV-Spitzenverbandes durchzuführen. Eine Bewertung der Vorschläge des Bundesversicherungsamtes durch den GKV-Spitzenverband erfolgt auf Grundlage entsprechender Analysen der ihm vorliegenden Datenmeldungen nach § 31

Absatz 4 Satz 1 RSAV. Diese Daten darf der GKV-Spitzenverband nach dem bisherigen Satz 5 zur Erfüllung seiner Aufgaben nach § 31 Absatz 4 Satz 1 für 32 Monate speichern. Korrekturen an den von den Krankenkassen übermittelten Daten, die nicht im Datenbestand des GKV-Spitzenverbandes nachvollzogen werden, können hier zu verzerrten Berechnungen führen und die sachgerechte Bewertung des vorgelegten Festlegungsentwurfs durch den GKV-Spitzenverband behindern.

### **Zu Nummer 3 (§ 35)**

§ 35 bestimmt, welche Regelungen der RSAV ab 2009 bzw. bis 2008 anzuwenden sind. Die bisherige Regelung in Absatz 2 bestimmte, dass für die Durchführung des RSA für das Berichtsjahr 2008 einschließlich der Korrekturen der Berichtsjahre bis 2008 die bis zum 31. Dezember 2008 maßgeblichen Vorschriften anzuwenden waren. Infolge der mit dem GKV-VStG vorgenommenen Rechtsbereinigung ist der bisherige Absatz 2 entbehrlich und wird neu gefasst.

Satz 1 bestimmt, dass § 15a für die Prüfungen zum Alt-RSA, d.h. bis zum Ausgleichsjahr 2008, weiterhin anzuwenden ist. Der mit dieser Verordnung neu eingeführte § 42 bezieht sich auf die Prüfungen der Datenmeldungen zu dem seit dem 1. Januar 2009 durchgeführten Morbi-RSA.

Satz 2 vollzieht die mit dem GKV-VStG eingeführte Rechtslage nach. Mit dem Gesetz wurden die Vorschriften des § 266 Absatz 10, des § 267 Absatz 11 sowie des § 269 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung ab dem 1. Januar 2012 gestrichen (vgl. Artikel 1 Nummern 75 Buchstabe c, 75a und 75c i.V.m. Artikel 15 Absatz 1 des GKV-VStG). Infolgedessen ist seit dem 1. Januar 2012 für den Alt-RSA kein Korrekturverfahren mehr durchzuführen.

Damit verbunden ist, dass die für die Durchführung des RSA nicht mehr erforderlichen Daten auch nicht mehr erhoben werden. Infolge des Wegfalls des Korrekturverfahrens für den Alt-RSA sind einzelne Datenmeldungen durch die Krankenkassen nicht mehr erforderlich. Dieser Sachverhalt ist in der Vereinbarung nach § 267 Absatz 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V zu berücksichtigen.

### **Zu Nummer 4 (§ 37)**

Mit der Regelung wird klargestellt, dass das Bundesversicherungsamt bei der Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten der Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 höchstens die Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zugrunde zu legen hat. Die Telematikausgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 4 und 5 unterliegen nicht den Regelungen zur Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach § 4 Absatz 4 Satz 2 und 6 SGB V (vgl. § 291a Absatz 7 Satz 7 SGB V). Die Vorgaben gelten gleichermaßen für den Jahresausgleich (§ 41 Absatz 1 Satz 2).

### **Zu Nummer 5 (§ 38)**

Mit der Anfügung des Satzes 3 wird klargestellt, dass die Vorgaben, die nach § 30 für die Durchführung des RSA zu meldenden Angaben gelten, auch für die Meldung der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Programm, DMP) eingeschriebenen Versicherten entsprechend gelten. Dies betrifft insbesondere die Vorschriften über die Pseudonymisierung und Depseudonymisierung der Daten zu Prüfzwecken, die Fristen für die Erstmeldungen und Korrekturmeldungen sowie die Zurückweisung von Daten und die Unterrichtung des GKV-Spitzenverbandes. Für die Aufbewahrungsfrist der den Meldungen für die Zuweisungen für DMP zugrunde liegenden Daten sowie der zugehörigen Unterlagen und Speichermedien gilt § 30 Absatz 2 Satz 6 – neu – entsprechend (s. dazu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb).

## **Zu Nummer 6 (§ 39)**

### Zu Buchstabe a

Das Bundesversicherungsamt berechnet nach § 39 Absatz 3 Satz 1 die vorläufige Höhe der Zuweisungen unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 jeweils bis zum 15. April und 15. Oktober des jeweiligen Ausgleichsjahres sowie bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres neu.

Mit der Neuregelung wird das Bundesversicherungsamt verpflichtet, künftig im Rahmen der Neuberechnung bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV), der KV 45, für das jeweilige Ausgleichsjahr auch die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungskosten und der Satzungs- und Ermessensleistungen sowie die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen neu zu ermitteln. Auf diese Weise erfolgt zeitnäher als bisher eine Anpassung der Zuweisungen an das im Jahresausgleich für das jeweilige Ausgleichsjahr zu erwartende Ergebnis.

Die Vierteljahresrechnungen für das gesamte zurückliegende Ausgleichsjahr sind von den Krankenkassen bis zum 15. Februar des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres vorzulegen. Diese Vierteljahresrechnungen können im Rahmen der bis zum 15. April vorzunehmenden Neuberechnung der Zuweisungen daher berücksichtigt werden. Die Neuermittlung der nach § 41 Absatz 1 Satz 1 genannten Zahlen schließt zudem eine Neuermittlung der Gewichtungsfaktoren nach § 31 Absatz 4 Satz 1 mit ein.

Diese Neuberechnung erfolgt erstmalig bis zum 15. April 2013 für das Ausgleichsjahr 2012. Nach § 31 Absatz 4 Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September fest. Im Rahmen der bis zum 30. September 2012 vorzunehmenden Festlegungen wird auch das Berechnungsverfahren nach § 39 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe c neu zu bestimmen sein.

### Zu Buchstabe b

Bei der Streichung des bisherigen Satzes 6 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 39a (s. Nummer 7). Da der Korrekturbetrag künftig nicht mehr im monatlichen Verfahren, sondern gesondert festgesetzt wird, ist die bisherige Regelung entbehrlich. Satz 7 enthielt eine Regelung für das Ausgleichsjahr 2010, die nicht mehr erforderlich ist.

Durch die Neufassung des Satzes 6 wird klargestellt, dass das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes das Nähere zur Durchführung des monatlichen Verfahrens bestimmt. Dabei ist es sachgerecht, wenn diese Bestimmung wie bislang im Zusammenhang mit den Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das folgende Ausgleichsjahr erfolgt.

## **Zu Nummer 7 (§ 39a)**

Mit Artikel 15 Nummer 11b des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 (BGBl. I, S. 1990) wurde § 273 SGB V zum 23. Juli 2009 eingeführt, der dem Bundesversicherungsamt aufgibt, die Datenmeldungen der Krankenkassen für den RSA im Hinblick auf die Einhaltung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V zu prüfen. Hat das Bundesversicherungsamt einen entsprechenden Verstoß durch eine Krankenkasse festgestellt, ermittelt es einen Korrekturbetrag (§ 273 Absatz 4 SGB V). Das Nähere über die Ermittlung des Korrekturbetrags wird in der RSAV geregelt (§ 273 Absatz 4 SGB V). Die Umsetzung erfolgt durch § 39a.

Mit der Neufassung des § 39a werden die bisherigen Vorgaben zur Ermittlung und Festsetzung des Korrekturbetrags vereinfacht. Der Umfang des tatsächlich festgestellten Rechtsverstößes nach § 273 Absatz 4 Satz 1 SGB V ist entscheidend für die Höhe des Korrekturbetrages.

Die Vorgaben für die Ermittlung des Korrekturbetrags orientieren sich künftig eng an der Durchführung des Risikostrukturausgleichs. Der Korrekturbetrag wird jeweils gesondert bei der Erstmeldung und der Korrekturmeldung ermittelt und berücksichtigt dabei, dass die finanziellen Auswirkungen der unter Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V gemeldeten Daten erheblich voneinander abweichen. Die Erstmeldung findet ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren Verwendung. Demzufolge ist der aus dem Rechtsverstoß resultierende finanzielle Vorteil für die betroffene Krankenkasse nur ein vorübergehender. Bei der Korrekturmeldung hingegen, die dem Jahresausgleich zugrunde liegt, entsteht der Krankenkasse ein bleibender Vorteil.

Auch das Verfahren zur Festsetzung, Zahlung und Berücksichtigung des Korrekturbetrags wird vereinfacht. Der Korrekturbetrag wird gesondert festgesetzt, die Festsetzung der monatlichen Zuweisungen und der Zuweisungen im Jahresausgleich bleibt unberührt. Einnahmen des Gesundheitsfonds aus dem Korrekturbetrag werden im folgenden Jahresausgleich berücksichtigt. Die bisherigen Regelungen in § 39 Absatz 3 Satz 6 sowie § 41 Absatz 3 Satz 4 entfallen (s. zu Nummer 6 Buchstabe b und zu Nummer 9 Buchstabe b).

#### Zu Absatz 1

Der Risikostrukturausgleich wird auf der Grundlage der Datenmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 1 (Erstmeldung) sowie nach § 30 Absatz 4 Satz 2 (Korrekturmeldung) durchgeführt. Die Erstmeldung ist Grundlage für die Neuberechnung der vorläufigen Höhe der Zuweisungen nach § 39 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe c, die Korrekturmeldung ist Grundlage für die Ermittlung der Zuweisungen im Jahresausgleich nach § 41 Absatz 3.

Es wird klargestellt, dass sich die Prüfungen des Bundesversicherungsamtes hinsichtlich der Einhaltung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V sowohl auf die Erstmeldung als auch die Korrekturmeldung eines Berichtsjahres beziehen.

Entsprechend wird, wenn die betroffene Krankenkasse die Vorgaben für die Datenmeldungen nicht eingehalten hat, für die jeweilige Datenmeldung ein Korrekturbetrag ermittelt und durch Bescheid festgesetzt. Bei dem Bescheid handelt es sich um einen Zahlungsbescheid im Sinne des § 266 Absatz 6 Satz 7 SGB V, so dass hiergegen gerichtete Klagen keine aufschiebende Wirkung haben.

#### Zu Absatz 2

Der Korrekturbetrag bemisst sich am finanziellen Vorteil, den die Krankenkasse aufgrund der Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V erlangt hat.

Zu diesem Zweck berechnet das Bundesversicherungsamt zunächst adjustierte jährliche Zuweisungen, die im Verfahren zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs ermittelt worden wären, wenn die Krankenkasse die Daten im Einklang mit den Rechtsvorschriften gemeldet hätte. Der Berechnung werden nicht die von der Krankenkasse gemeldeten, sondern die nach Absatz 3 oder Absatz 4 adjustierten Versichertentage je Hierarchisierter Morbiditätsgruppe (HMG) zugrunde gelegt.

Die adjustierten jährlichen Zuweisungen werden von den tatsächlich gezahlten Zuweisungen für das dem Berichtsjahr folgende Ausgleichsjahr abgezogen, so dass sich ein Differenzbetrag ergibt. Bezugspunkt sind jeweils die für das gesamte Ausgleichsjahr ermittelten Zuweisungen. Bezieht sich die Prüfung auf eine Erstmeldung, sind die tatsächlich gezahlten Zuweisungen daher die im monatlichen Verfahren nach § 39 Absatz 3 Satz 1 Buchstabe c) ermittelten Zuweisungen, die für das gesamte Ausgleichsjahr (rückwirkend)

neu ermittelt werden. Bezieht sich die Prüfung auf eine Korrekturmeldung, sind die tatsächlich gezahlten Zuweisungen die im Jahresausgleich nach § 41 Absatz 3 ermittelten Zuweisungen. Nur bei einem positiven Differenzbetrag wird anschließend ein Korrekturbetrag ermittelt.

#### Zu Absatz 3

Für den Fall, dass eindeutig bestimmt werden kann, welche Daten entgegen den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V erhoben wurden, ergeben sich die adjustierten HMG-Versichertentage, indem die betroffene Datenmeldung um diejenigen Daten bzw. Datensätze bereinigt wird, die unter Missachtung dieser Vorgaben gemeldet wurden. Dem Bundesversicherungsamt wird die Befugnis eingeräumt, die hierfür erforderlichen Daten bei der betroffenen Krankenkasse einzufordern. Dabei wird es sich in der Regel um eine sog. Diagnose-Streichliste handeln, die sämtliche auf den jeweiligen Rechtsverstoß zurückzuführenden Fälle und die für diese (zusätzlich) kodierten Diagnosen zu enthalten hat. Soweit Daten bereits in die Hochrechnung nach § 42 Absatz 5 eingeflossen sind und damit zu einem Korrekturbetrag nach § 42 Absatz 7 geführt haben, dürfen sie im Rahmen des § 39a bei der Ermittlung der adjustierten Zuweisungen nicht ausgeschlossen werden, um eine doppelte Sanktion zu vermeiden.

Über Art und Umfang der veränderten Daten hat das Bundesversicherungsamt den GKV-Spitzenverband zu unterrichten (s. zu Nummer 2 Buchstabe c Doppelbuchstabe cc).

#### Zu Absatz 4

Für den Fall, dass nur der Rechtsverstoß, nicht aber festgestellt werden kann, welche Daten entgegen den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V erhoben wurden, werden die adjustierten HMG-Versichertentage durch Fortschreibung der jeweiligen Prävalenzen aus derjenigen letzten Vorjahresmeldung ermittelt, bei der das Bundesversicherungsamt keinen Rechtsverstoß festgestellt hat. Dabei wird die zwischenzeitliche Veränderung der Versichertenstruktur der betroffenen Krankenkasse bezüglich Alter und Geschlecht berücksichtigt. Zu diesem Zweck werden die Prävalenzen je Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) auf Grundlage der verwendeten Vorjahresmeldung ermittelt und auf die Versichertenstruktur im jeweiligen Ausgleichsjahr übertragen.

Ergibt ein Vergleich zwischen der verwendeten Vorjahresmeldung und der geprüften Datenmeldung, dass die Prävalenzen für die von der Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V betroffene HMG GKV-weit zurückgegangen sind, werden die adjustierten HMG-Versichertentage bei der betroffenen Krankenkasse nach unten korrigiert (ggf. alters- und geschlechtsdifferenziert).

Satz 2 der Vorschrift erlaubt es dem Bundesversicherungsamt, die HMG-Versichertentage nur für bestimmte HMG neu zu ermitteln, z.B. wenn klar abgrenzbar ist, welche HMG von dem Rechtsverstoß betroffen sind oder wenn im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 Absatz 2 SGB V aus nachvollziehbaren Gründen nur bestimmte HMG auffällig geworden sind.

#### Zu Absatz 5

Der Korrekturbetrag wird für die betroffene Krankenkasse gesondert durch Bescheid festgesetzt. Die Geltendmachung eines Aufschlags auf den Differenzbetrag wirkt Anreize für Krankenkassen entgegen, über eine unzulässige Erhebung von Morbiditätsdaten Einfluss auf die Höhe ihrer Zuweisungen zu nehmen.

Ist eine Erstmeldung betroffen, hat der Rechtsverstoß der Krankenkasse nur im monatlichen Abschlagsverfahren finanzielle Auswirkungen, da die endgültige Ermittlung der Höhe der Zuweisungen im Jahresausgleich auf der Grundlage einer anderen Datenmeldung, der Korrekturmeldung, erfolgt und eine entsprechende Saldierung vorgenommen wird

(vgl. § 41 Absatz 4 Satz 2 und 3). Durch den Rechtsverstoß verschafft sich die Krankenkasse folglich lediglich einen Liquiditätsvorteil, so dass in diesem Fall nicht der Differenzbetrag selbst (Differenz zwischen der nach § 39 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c ermittelten vorläufigen Höhe der Zuweisungen und den adjustierten jährlichen Zuweisungen, vgl. Absatz 2 Satz 3) eingefordert wird. Wegen des entstandenen Liquiditätsvorteils im monatlichen Abschlagsverfahren wird allerdings ein pauschaler Betrag in Höhe von zehn vom Hundert des Differenzbetrags bei Erstmeldung geltend gemacht.

Ist eine Korrekturmeldung betroffen, hat der Rechtsverstoß der Krankenkasse nicht nur vorübergehende finanzielle Auswirkungen in Form eines Liquiditätsvorteils, da die Zuweisungen auf der Grundlage der Korrekturmeldung im Jahresausgleich endgültig ermittelt werden (vgl. § 41 Absatz 3). In diesem Fall wird daher zunächst der Differenzbetrag selbst (Differenz zwischen den nach § 41 Absatz 3 ermittelten Zuweisungen und den adjustierten jährlichen Zuweisungen, vgl. Absatz 2 Satz 4) eingefordert. Außerdem wird ein Aufschlag in Höhe von 25 vom Hundert des Differenzbetrags bei Korrekturmeldung geltend gemacht. Dieser erhöhte Aufschlag sanktioniert den Versuch der Krankenkasse, sich durch Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V einen bleibenden finanziellen Vorteil zu Lasten der übrigen Krankenkassen zu verschaffen.

Die Korrekturbeträge macht das Bundesversicherungsamt durch Bescheid geltend. Mit der Zusendung des Bescheids gibt das Bundesversicherungsamt der Krankenkasse den Fälligkeitstermin des zu leistenden Korrekturbetrags verbindlich auf. Bei diesem Bescheid handelt es sich um einen Zahlungsbescheid im Sinne des § 266 Absatz 6 Satz 7 SGB V, so dass hiergegen gerichtete Klagen keine aufschiebende Wirkung haben. Für verspätete Zahlungen werden Säumniszuschläge erhoben. Bei Nichtzahlung erfolgt eine Verrechnung mit den im monatlichen Abschlagsverfahren auszahlenden Zuweisungen. Auf Antrag der betroffenen Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Verrechnung auf die folgenden Ausgleichsmonate verteilen, wenn die Krankenkasse nachweist, dass sie nicht über ausreichende Mittel verfügt, den Betrag vollständig zu begleichen.

Die Einnahmen aus Korrekturbeträgen, die darauf erhobenen Säumniszuschläge sowie die daraus erzielten Zinseinnahmen stehen der GKV zu. In dem nächsten auf die Zahlung des Korrekturbetrags folgenden Jahresausgleich werden diese Einnahmen insoweit berücksichtigt, als die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds um diese Einnahmen erhöht und über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 auf die Krankenkassen verteilt werden.

Zu Absatz 6

Entsprechend der bisherigen Regelung in § 39a Absatz 5 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband das Nähere über das Verfahren zur Berechnung des Korrekturbetrags. Die Befugnis erstreckt sich auf die Ermittlung der adjustierten jährlichen Zuweisungen unter Berücksichtigung angepasster Prävalenzen in den HMG, wenn nicht festgestellt werden kann, in welchen Datensätzen Daten unter Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V gemeldet wurden.

### **Zu Nummer 8 (§ 40)**

§ 40 Absatz 1 wird zunächst aus Gründen der Rechtsförmlichkeit neu gefasst, in Nummer 1 erfolgt zudem eine redaktionelle Korrektur (Verweis auf § 137g Absatz 1 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-VStG).

Im Übrigen wird mit der Änderung in § 40 Absatz 1 Nummer 3 und 4 für die Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen künftig danach unterschieden, ob die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen unterschreiten oder übersteigen.

Durch Artikel 6a Nummer 2 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I, S. 1622) wurde § 40 Absatz 1 ab dem 4. August 2011 dahingehend geändert, dass die Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität in Abzug zu bringen ist (vgl. die Begründung in BT-Drucks. 17/6141 S. 42 f. zu Artikel 6a, zu Nummer 2). Diese Regelung ist sachgerecht, wenn die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen unterschreiten (Unterdeckung). Denn die Krankenkassen müssen zur Finanzierung dieses Differenzbetrages von ihren Mitgliedern grundsätzlich einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben (§ 242 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Von den in § 242a Absatz 5 SGB V genannten Mitgliedern wird jedoch kein Zusatzbeitrag erhoben, so dass im Fall der Unterdeckung die Zahl dieser Mitglieder bei der Ermittlung des mitgliederbezogenen Veränderungsbetrags in Abzug zu bringen ist, um die Wettbewerbsneutralität zwischen den Krankenkassen zu wahren.

Wird kein negativer Differenzbetrag ermittelt, weil die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen decken oder übersteigen, müssen die Krankenkassen keine gekürzten Zuweisungen durch Zusatzbeiträge ausgleichen. Daher ist es sachgerecht, in diesen Fällen die Zahl der Mitglieder, von denen der Zusatzbeitrag nicht erhoben wird, nicht in Abzug zu bringen (s. auch Begründung zu Nummer 9 Buchstabe a). Insofern wird die Regelung, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze bis zum 3. August 2011 galt, erneut in Kraft gesetzt. Allerdings hat diese Regelung im Rahmen der im Voraus für ein Ausgleichsjahr zu ermittelnden mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen keine unmittelbaren Auswirkungen. Denn wenn die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigen, ist der Unterschiedsbetrag nach § 271 Absatz 2 Satz 3 SGB V der Liquiditätsreserve zuzuführen, so dass kein Differenzbetrag zu verteilen ist.

### **Zu Nummer 9 (§ 41)**

Zu Buchstabe a

§ 41 Absätze 1 und 2 werden zunächst aus Gründen der Rechtsförmlichkeit neu gefasst. Bei den inhaltlichen Änderungen in § 41 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 sowie Satz 2 handelt es sich im Übrigen um Folgeregelungen zu den Änderungen in § 40 Absatz 1 (s. Nummer 8).

Auf Grund der Änderungen in § 40 Absatz 1 (s. Nummer 8) sind auch die entsprechenden Regelungen in § 41 Absatz 2 Satz 1 anzupassen. Auch hier wird künftig danach unterschieden, ob die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen übersteigen bzw. decken oder die Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen.

Durch Artikel 6a Nummer 3 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I, S. 1622) wurde auch § 41 Absatz 2 ab dem 4. August 2011 dahingehend geändert, dass die Zahl der Mitglieder, von denen die Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität in Abzug zu bringen ist (vgl. die Begründung in BT-Drucks. 17/6141 S. 42 f. zu Artikel 6a, zu Nummer 3). Auch im Jahresausgleich ist die Regelung dann sachgerecht, wenn die Ausgaben der Krankenkassen die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen (vgl. die Begründung zu Nummer 7).

Übersteigen jedoch die voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen, ist auch im Jahresausgleich künftig wieder die bis zum 3. August 2011 geltende Regelung maßgeblich, nach der der Unterschiedsbetrag wettbewerbsneutral auf alle Mitglieder der GKV umgelegt wird (vgl. die Begründung zu Nummer 8). Die Überschüsse können die Krankenkassen in Form von Prämien an ihre Mitglieder auszahlen, wenn die Voraussetzungen des § 242 Absatz 2 SGB V vorliegen.

Da die Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2011 die Zahl der Mitglieder, von denen nach § 242 Absatz 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben wird, in der monatlichen Statistik nach § 1 KSVwV noch nicht gesondert erfassen, kann diese Zahl bei der Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2011 noch nicht in Abzug gebracht werden. Entsprechend gilt durch die Anfügung des Satzes 2 im Jahresausgleich für das Jahr 2011 die bis zum 3. August 2011 geltende Fassung des § 41 Absatz 2, wonach sowohl bei übersteigenden bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds als auch bei übersteigenden Ausgaben der Krankenkassen der Unterschiedsbetrag auf alle Mitglieder der Krankenkassen umzulegen ist.

#### Zu Buchstabe b

Bei der Streichung des Satzes 4 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 39a (s. Nummer 6). Da der Korrekturbetrag künftig gesondert festgesetzt wird, ist die bisherige Regelung entbehrlich.

#### Zu Buchstabe c

Mit der Änderung in Absatz 5 wird klargestellt, dass in dem Jahresausgleich, der auf die Durchführung des Jahresausgleichs für ein Ausgleichsjahr folgt, auch das vorangegangene Ausgleichsjahr korrigiert wird.

Nach § 266 Absatz 6 Satz 6 SGB V hat das Bundesversicherungsamt sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen, die nach Abschluss der Ermittlung der Werte nach Satz 3 der Vorschrift (also der Höhe der Zuweisungen nach Durchführung des Jahresausgleichs) festgestellt werden, bei der nächsten Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Ergänzend hierzu wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze die Datenmeldevorschrift des § 30 Abs. 4 Satz 2 zweiter Halbsatz eingeführt. Auf dieser Grundlage hat das Bundesversicherungsamt erstmals für den Jahresausgleich 2010 ein Korrekturverfahren durchgeführt.

Das Verfahren zur Durchführung des Jahresausgleichs einschließlich des Korrekturverfahrens bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes. Dabei ist es sachgerecht, wenn das Bundesversicherungsamt wie bislang das Nähere zur Berechnung des Jahresausgleichs im Zusammenhang mit den Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das folgende Ausgleichsjahr bestimmt.

## Zu Nummer 10 (§ 42)

Die Vorschrift regelt die Prüfungen der Datenmeldungen zu dem seit dem 1. Januar 2009 durchgeführten Morbi-RSA und löst insoweit § 15a ab, der nur für die Prüfungen zum Alt-RSA weiterhin anzuwenden ist (vgl. Änderung zu Nummer 3). Auf der Grundlage des § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 SGB V bezieht sich die Prüfung künftig auf die nach § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 SGB V in Verbindung mit § 30 Absatz 1 Satz 1 von den Krankenkassen für die Durchführung des Morbi-RSA zu meldenden versichertenbezogenen Angaben. Hierbei handelt es sich um die Meldung der Versichertenzeiten sowie der ambulanten und stationären Diagnosen sowie der Arzneimittelkennzeichen (sog. Morbiditätsdaten). Außerdem werden weiterhin die den Zuweisungen nach § 38 zugrundeliegenden DMP-Datenmeldungen geprüft.

Um die Vereinheitlichung des Prüfgeschehens zu ermöglichen, legt das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Durchführungsbehörde des RSA – entsprechend der im Rahmen des § 15a bestehenden Kompetenzen – Einzelheiten zu Auswahl und Umfang des Stichproben- und Hochrechnungsmethoden, zu den zu prüfenden Daten sowie zu Umfang und Art und Weise der Daten- und Belegaufbereitung sowie der Mitteilung der Prüfergebnisse fest.

### Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Gegenstände der Prüfungen sowie der zeitliche Abstand festgelegt, innerhalb dessen die von der Krankenkasse gemeldeten Daten zu prüfen sind. Prüfgegenstand ist jeweils die Richtigkeit der Datenmeldungen, bezogen auf Versichertenzeiten und Morbiditätsdaten. Die Prüfung bezieht sich jeweils auf eines der beiden zuletzt durch Jahresausgleich abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre.

Gegenstand der Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 ist die Richtigkeit der von den Krankenkassen gemeldeten Versichertenzeiten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 11. Außerdem bezieht sich die Prüfung auf die für die Zuweisungen nach § 38 (DMP-Programmkostenpauschale) gemeldeten Daten für Versicherte, die in ein DMP eingeschrieben sind.

Für die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 wird auf die Datenmeldungen der Krankenkassen im Rahmen der Korrektur des Jahresausgleichs nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres (der entsprechend für die DMP-Daten gilt) und damit auf die endgültige und nicht mehr veränderbare Datengrundlage hinsichtlich der Versichertenzeiten für das zu prüfende Ausgleichsjahr abgestellt.

Die Prüfung nach Satz 1 Nummer 2 bezieht sich auf die Angaben zur Zuordnung der Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe, also die Angaben, die von den Krankenkassen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 sowie 8 und 9 von den Krankenkassen zu melden sind. Auf der Grundlage dieser Daten ermittelt das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Durchführung des RSA risikoadjustierte Zu- und Abschläge (vgl. § 31 Absatz 4 und 5). Fehlerhafte Datenmeldungen der Krankenkassen in diesen Bereichen können die Höhe der Zuweisungen daher unmittelbar beeinflussen. Um die einheitliche Verwendung der Daten für den RSA sicherzustellen und Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, müssen die Krankenkassen die Daten rechtmäßig erheben und übermitteln. Die Datenmeldungen müssen danach auf den Angaben der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsabrechnung beruhen. Die Richtigkeit dieser Datenmeldungen ist zu prüfen.

Für die Prüfung nach Satz 1 Nummer 2 wird bezüglich der Daten nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 6 auf die Korrekturmeldungen nach § 30 Absatz 4 Satz 2 erster Halbsatz abgestellt. Da es für die Morbiditätsdaten kein gesondertes Korrekturverfahren entsprechend der nachträglichen Korrektur der Versichertenzeiten gibt (vgl. § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz), handelt es sich auch hierbei um die für das zu prüfende Ausgleichsjahr endgültige und nicht mehr veränderbare Datengrundlage. Die Daten nach § 30 Absatz 1

Satz 1 Nummer 2, 8 und 9 werden hingegen noch einmal korrigiert, so dass die endgültige Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz des dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres für das zu prüfende Ausgleichsjahr heranzuziehen ist.

Die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 werden jeweils getrennt durchgeführt, sie erfolgen mindestens alle zwei Jahre. Die mit der Prüfung befassten Stellen können über den geregelten Prüfturnus hinaus nach pflichtgemäßem Ermessen weitere Prüfungen durchführen. Insbesondere können die Prüfdienste des Bundes und der Länder vereinbaren, welche Gegenstände von allen Prüfdiensten in einem bestimmten Zeitraum schwerpunktmäßig geprüft werden sollen. Die hierdurch bewirkte Einheitlichkeit des Prüfgeschehens trägt insgesamt zu einer höheren Rechtssicherheit der Durchführung des RSA bei. Satz 2 ermöglicht es den mit der Prüfung befassten Stellen auch, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt jährliche Prüfungen vorzusehen, insbesondere, wenn im Rahmen der Prüfungen kassenübergreifend Auffälligkeiten festzustellen waren.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird das Stichprobenverfahren festgelegt. Wie bereits im Verfahren zum Alt-RSA nach § 15a beschränken sich die Prüfungen auf Stichprobenfälle. Für die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sollen alle Versicherten einer Krankenkasse als Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung herangezogen werden. Für die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 hingegen sollen die Stichproben aus der Teilmenge der Versicherten einer Krankenkasse gezogen werden, für die die Krankenkasse einen Risikozuschlag erhalten hat.

Wie bei den Prüfungen zum Alt-RSA legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der mit der Prüfung befassten Stellen die Stichprobenmethodik und das Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs für den jeweiligen Prüfzyklus fest. Das Bundesversicherungsamt hat die Möglichkeit, aufgrund eigener Feststellungen, aber auch anhand der Ergebnisse der Prüfungen nach dieser Vorschrift, das Stichprobenverfahren zwischen den Prüfzyklen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und der Prüfdienste anzupassen.

Die Ziehung der Stichproben wird sowohl für die Prüfungen der Versichertenzeiten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 als auch für die Prüfungen der Morbiditätsdaten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vom Bundesversicherungsamt durchgeführt. Die bisherige Regelung nach § 15a, nach der die Prüfdienste die Stichprobe für die Prüfung der Versichertenzeiten gezogen haben, ist nicht mehr sachgerecht. Grundlage der neuen Stichprobenziehung müssen die vom Bundesversicherungsamt pseudonymbezogen zusammengeführten, geprüften und aufbereiteten Daten der Krankenkassen sein. Zudem soll sich die Stichprobe für die Prüfungen der Morbiditätsdaten auf Versicherte beschränken, für die die Krankenkassen einen risikoadjustierten Zuschlag erhalten. Diese Datengrundlage steht weder den Prüfdiensten noch den Krankenkassen unmittelbar zur Verfügung. Daher führt das Bundesversicherungsamt die Stichprobenziehung durch. Auf diese Weise werden auch die Datenmeldungen zwischen Krankenkassen, Prüfdiensten und Bundesversicherungsamt so gering wie möglich gehalten.

Das Bundesversicherungsamt stellt den Prüfdiensten eine Liste mit den durch die Stichprobe ermittelten Pseudonymen zu Prüfzwecken zur Verfügung. Auf der Grundlage einer im Einvernehmen mit den zuständigen Prüfdiensten zu treffenden Festlegung gibt es an die Prüfdienste bezogen auf die jeweilige Stichprobe die für diese Versicherten von den Krankenkassen gemeldeten Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1 und die entsprechenden Versichertenstammdaten in dem Umfang weiter oder hält sie zur Einsicht oder zum Abruf bereit, wie es für die Durchführung der Prüfung erforderlich ist. Daten, die bereits nach § 30 Absatz 4 Satz 4 bzw. § 39a Absatz 3 Satz 1 zurückgewiesen wurden, bleiben dabei selbstverständlich außer Betracht.

### Zu Absatz 3

Die Krankenkassen melden dem Bundesversicherungsamt für die Durchführung des RSA versichertenbezogen die Angaben nach § 30 Absatz 1 Satz 1. Die Meldung der Morbiditätsdaten (ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelkennzeichen) müssen auf den Angaben der Leistungserbringer in der Leistungsabrechnung beruhen, die Angaben dürfen von den Krankenkassen nicht verändert werden. Wie bereits im Rahmen der Prüfung nach § 15a haben die Krankenkassen den Prüfdiensten die jeweiligen Daten und Belege für die Prüfungen nach dieser Vorschrift zu übermitteln. Um ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, legt das Bundesversicherungsamt das Nähere zu Umfang und Art und Weise der Daten- und Belegaufbereitung fest.

Über den Abgleich der Angaben in den RSA-Datenmeldungen mit den Originaldaten und -belegen (s. dazu Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb) stellen die Prüfdienste fest, ob die entsprechenden Datenmeldungen an das Bundesversicherungsamt rechtmäßig erfolgt sind.

Das Prüfergebnis wird dokumentiert und für den jeweiligen Stichprobenversicherten an das Bundesversicherungsamt übermittelt. Das Bundesversicherungsamt erhält weiterhin die Befugnis, zur Vereinfachung der Verwaltungsabläufe nach Anhörung der zuständigen Prüfdienste das Nähere zur Mitteilung der Prüfergebnisse zu bestimmen.

Die in den Absätzen 2 und 3 vorgesehenen Datenübermittlungen an die Prüfdienste des Bundes und der Länder sind nach § 67d Absatz 1 SGB X i.V.m. §§ 69 Absatz 5 und 67c Absatz 3 SGB X zulässig. Nach § 67d Absatz 1 SGB X ist eine Übermittlung von Sozialdaten nur zulässig, soweit eine gesetzliche Übermittlungsvorschrift nach den §§ 68 bis 77 SGB X oder einer anderen Rechtsvorschrift des SGB vorliegt. Weiterhin ist nach § 69 Absatz 5 SGB X die Übermittlung von Sozialdaten für die Erfüllung der Aufgaben der Rechnungshöfe und der anderen Stellen, auf die § 67c Absatz 3 Satz 1 SGB X Anwendung findet – also auch Prüfdienste – zulässig.

### Zu Absatz 4

Die Prüfung der Richtigkeit der DMP-Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bezieht sich auf die wirksame Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 28d während der durch die Krankenkasse gemeldeten Zeiträume. Die Krankenkasse hat zur Ermittlung der Zuweisungen die Anzahl der Versichertentage zu melden, an denen die Voraussetzungen für eine wirksame Teilnahme an einem DMP nach Maßgabe des § 3 Absatz 3 Satz 7 und 8 vorliegen. Eine für die Zuweisung nach § 38 wirksame Teilnahme des Versicherten endet für den Fall, dass die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Absatz 2 Nummer 2 endet, mit dem Tag der letzten Dokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f SGB V.

Eine Reduzierung des Prüfaufwandes gegenüber dem für die Ausgleichsjahre bis 2008 geltenden Recht wird dadurch erreicht, dass für die Prüfung der maßgeblichen Voraussetzungen nur die Unterlagen des Ausgleichsjahres, des diesem vorangegangenen und des diesem nachfolgenden Kalenderjahres heranzuziehen sind. Die Einwilligungserklärungen nach § 137f Absatz 3 SGB V, die Bestätigungen einer gesicherten Diagnose und die Erstdokumentationen nach § 28d Absatz 1 Nummer 1 sowie die weiteren Dokumentationen nach § 28f werden demnach nur dann überprüft, wenn sie aus dem Ausgleichsjahr, dem diesem vorangegangenen oder dem diesem nachfolgenden Kalenderjahr datieren. Die erste Prüfung nach dieser Vorschrift ist frühestens für das Ausgleichsjahr 2010 durchzuführen.

## Zu Absatz 5

Wie bei den Prüfungen nach § 15a rechnet das Bundesversicherungsamt die im Rahmen der Prüfungen nach dieser Vorschrift festgestellten fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle hoch. Dabei kann das Bundesversicherungsamt vorsehen, dass die Hochrechnung erst dann erfolgt, wenn eine bestimmte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle überschritten wird. Hierdurch wird ermöglicht, dass das Hochrechnungsverfahren nur in den Fällen zum Tragen kommt, in denen das Fehlervolumen einen gewissen Mindestumfang erreicht hat.

Das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband. Dadurch wird die erforderliche Transparenz dieses Verfahrens sichergestellt.

## Zu Absatz 6

Als Grundlage der Stichprobenziehung nach Absatz 2 und der Hochrechnung nach Absatz 5 vergibt das Bundesversicherungsamt ein Gutachten an eine auf dem Gebiet der Statistik ausgewiesene Person oder Personengruppe, die auch über einschlägige Kenntnisse des RSA-Klassifikationssystems verfügen soll. In diesem Gutachten ist zu untersuchen, welche Stichprobenmethodik und welches Stichprobenverfahren für die Prüfung der Versichertenzeiten einerseits und für die Prüfung der gemeldeten Morbiditätsmerkmale andererseits geeignet sind. Die Stichprobenmethodik gibt dabei insbesondere auch die Kriterien zur Bestimmung des Stichprobenumfangs vor. In Bezug auf diese geeigneten Stichprobenverfahren sind die geeigneten Verfahren zur Hochrechnung darzulegen, mittels derer die durch die Prüfdienste festgestellten Fehler zuverlässig auf den Gesamtfehler einer Krankenkasse hochgerechnet werden können. Dabei sind auch Verfahren aufzuzeigen, über die die Güte der Stichprobe und der Hochrechnung sichergestellt werden kann. Zudem soll das Gutachten Vorschläge zur Weiterentwicklung der einzelnen Verfahren in nachfolgenden Prüfzyklen enthalten. Der Entwurf des Gutachtens ist dem GKV-Spitzenverband und den Prüfdiensten zur Anhörung zu übersenden.

## Zu Absatz 7

Die Korrekturbeträge, die die nach Absatz 5 hochgerechneten Fälle finanziell beziffern, macht das Bundesversicherungsamt durch Bescheid gegenüber der geprüften Krankenkasse geltend. Mit der Zusendung des Bescheids gibt das Bundesversicherungsamt der Krankenkasse den Fälligkeitstermin des zu leistenden Korrekturbetrags verbindlich auf. Bei diesem Bescheid handelt es sich um einen Zahlungsbescheid im Sinne des § 266 Absatz 6 Satz 7 SGB V, so dass hiergegen gerichtete Klagen keine aufschiebende Wirkung haben. Für verspätete Zahlungen werden Säumniszuschläge erhoben. Bei Nichtzahlung erfolgt eine Verrechnung mit den im monatlichen Abschlagsverfahren auszufällenden Zuweisungen. Auf Antrag der betroffenen Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Verrechnung auf die folgenden Ausgleichsmonate verteilen, wenn die Krankenkasse nachweist, dass sie nicht über ausreichende Mittel verfügt, den Betrag vollständig zu begleichen.

Die Einnahmen aus Korrekturbeträgen, die darauf erhobenen Säumniszuschläge sowie die daraus erzielten Zinseinnahmen stehen der GKV zu. In dem nächsten auf die Zahlung des Korrekturbetrags folgenden Jahresausgleich werden diese Einnahmen insoweit berücksichtigt, als die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds um diese Einnahmen erhöht und über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 auf die Krankenkassen verteilt werden.

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:  
NKR-Nr. 2131: Entwurf einer Vierundzwanzigsten Verordnung zur Änderung der  
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf der o. g. Verordnung geprüft.

Mit der Regelung erhöht sich der Erfüllungsaufwand der Verwaltung laut Ressort einmalig um rund 73 Tsd. Euro und jährlich um rund 162 Tsd. Euro. Der Aufwand wird aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt. Das Vorhaben hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger sowie für die Wirtschaft.

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

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Catenhusen  
Berichtersteller