

07.11.03

G

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

**Achte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (8. RSA-ÄndV)****A. Zielsetzung**

Durch die vorliegende Verordnung wird die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an zwischenzeitlich eingetretene Rechtsänderungen angepasst. Außerdem enthält sie Regelungen zur Sicherung und Erleichterung der Durchführung des Verfahrens sowie Klarstellungen zu den Datengrundlagen für das monatliche Abschlagsverfahren im Jahr 2004.

B. Lösung

Im Vordergrund der Regelungen stehen

- Folgeänderungen zur Änderung des Beitragseinzugs für geringfügig Beschäftigte (Art. 1 Nr. 3 und 4) und zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Frage des Verhältnisses einer Familienversicherung nach § 10 SGB V zum Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V (Art. 1 Nr. 1 Buchstabe a und b),
- Klarstellungen zu den Datengrundlagen im monatlichen Ausgleichsverfahren des Jahres 2004 im Risikostrukturausgleich und im Risikopool (Art. 1 Nr. 2 und 9 Buchstabe a und c Doppelbuchstabe bb),
- Regelungen zur Erleichterung und Sicherung der Durchführung des Risikostrukturausgleichsverfahrens (Art. 1 Nr. 5 bis 8) und des Risikopoolverfahrens (Art. 1 Nr. 9 Buchstabe b und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa).

C. Alternative

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

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

E. Sonstige Kosten

Als Folge der Rechtsanpassungen und Verfahrensverbesserungen in dieser Verordnung sind spürbare finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen nicht zu erwarten. Für die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen oder Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau. Zusätzliche Kosten für die Wirtschaft entstehen nicht.

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

07.11.03

G

Verordnung
des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung

**Achte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (8. RSA-ÄndV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 6. November 2003

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dieter Althaus

Sehr geehrter Herr Präsident,

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

Achte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (8. RSA-ÄndV)

mit Begründung und Vorblatt.

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

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Frank-Walter Steinmeier

**Achte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(8. RSA-ÄndV)**

Vom ... 2003

Auf Grund

- des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 bis 6, 9 und 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), von denen Nummer 3 geändert und Nummer 11 eingefügt worden sind durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) sowie Nummer 4 und 5 durch Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) und Nummer 9 durch Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 3888) geändert worden sind, und
- des § 269 Abs. 4 Nr. 1 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465) eingefügt worden ist,

jeweils in Verbindung mit § 1 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4206)

verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 28. April 2003 (BGBl. I S. 553), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird das Wort „frühestens“ gestrichen.

- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt unbeschadet eines Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

- c) Der bisherige Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind Versicherte der Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2, die vor der Bewilligung der Rente wegen Erwerbsminderung mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren, für diesen Zeitraum bis zum Eingang der Mitteilung nach § 201 Abs. 4 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Krankenkasse der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zuzuordnen.“

2. In § 7 Abs. 2 Satz 4 werden die Angabe „für die Jahre 2002 und 2003“ gestrichen, nach dem Wort „geschätzt“ ein Komma und die Wörter „solange für diese Versichertengruppen noch keine Ergebnisse einer Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen oder wenn diese Ergebnisse hierdurch verbessert werden können“ eingefügt.
3. In § 10 Abs. 1 Nr. 2 werden vor dem Wort „Arbeitgeberbeitrag“ die Wörter „von der Krankenkasse eingezogenen“ eingefügt.
4. In § 11 Abs. 1 Nr. 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „erhöhen“ die Wörter „und um die Summe der Arbeitgeberbeiträge nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu verringern“ angefügt.
5. Dem § 14 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Werden der Nachweis oder die Festsetzung einer monatlichen Ausgleichszahlung nach § 17 Abs. 6 Satz 1, Abs. 8 Satz 1 durch eine Berichtigung nach § 17 Abs. 5 Satz 4, eine Neuberechnung nach § 17 Abs. 3a oder eine Bekanntmachung nach § 19 Abs. 2 Satz 2 aufgehoben, geändert oder berichtigt, bleiben die bis dahin verwirkten Säumniszuschläge unberührt; das Gleiche gilt, wenn der Bescheid über eine Neuberechnung nach § 17 Abs. 3a durch eine Bekanntmachung nach § 19 Abs. 2 Satz 2 aufgehoben, geändert oder berichtigt wird.“

6. § 15a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt kann

1. nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen für die Prüfung nach Satz 1 einen Mindeststichprobenumfang festlegen und das Nähere über die Berechnung des Stichprobenumfangs und die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben nach den Sätzen 1, 2 und 4 sowie über die Mitteilung des Prüfergebnisses nach Satz 5 bestimmen,
2. im Benehmen mit den mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch zur Verfügung zu stellen haben und dazu Näheres bestimmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Stichprobe nach Satz 4 gelten die Sätze 1 und 2 und Absatz 2 entsprechend.“

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Im Fall des Satzes 3 steht der nach Satz 5 ermittelte Korrekturbetrag, ansonsten der Korrekturbetrag nach Satz 1 den Krankenkassen zu und wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt.“

7. Dem § 17 Abs. 3a wird folgender Satz angefügt:

„Die Spitzenverbände der Krankenkassen können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über das Berechnungsverfahren und die Übermittlung zusätzlicher Daten durch die Krankenkassen bestimmen.“

8. § 19 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung nach Satz 1 vorzunehmen.“

9. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hierfür sind für das Ausgleichsjahr 2004 ausgleichsfähige Leistungsausgaben in Höhe der im vorvergangenen Jahr durchschnittlich auf einen Kalendermonat entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen; die nach Absatz 6 Satz 4 hochgerechneten oder geschätzten Leistungsausgaben zählen zu den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres.“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

b) In Absatz 6 Satz 4 werden Wörter „für das Ausgleichsjahr 2003 hochgerechnet“ durch die Wörter „für die Ausgleichsjahre 2003 und 2004 hochgerechnet oder im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschätzt“ ersetzt.

c) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Dritte“ die Wörter „und Rabatte nach den §§ 130 und 130a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „das Ausgleichsjahr 2003“ durch die Angabe „die Ausgleichsjahre 2003 und 2004“ ersetzt.

Artikel 2

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

(2) Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a und b tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1994 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2003 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den

Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit der vorliegenden Verordnung wird die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung an zwischenzeitliche beitrags- und leistungsrechtliche Änderungen angepasst. Außerdem enthält sie insbesondere Klarstellungen zu den Datengrundlagen für das monatliche Ausgleichsverfahren im Jahr 2004 sowie Verfahrenserleichterungen.

Die Neuregelungen konzentrieren sich insbesondere auf:

- Folgeänderungen zur Änderung des Beitragseinzugs für geringfügig Beschäftigte (Art. 1 Nr. 3 und 4) und zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Frage des Verhältnisses einer Familienversicherung nach § 10 SGB V zum Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V (Art. 1 Nr. 1 Buchstabe a und b),
- Klarstellungen zu den Datengrundlagen im monatlichen Ausgleichsverfahren des Jahres 2004 im Risikostrukturausgleich und im Risikopool (Art. 1 Nr. 2 und 9 Buchstabe a und c Doppelbuchstabe bb),
- Regelungen zur Erleichterung und Sicherung der Durchführung des Risikostrukturausgleichsverfahrens (Art. 1 Nr. 5 bis 8) und des Risikopoolverfahrens (Art. 1 Nr. 9 Buchstabe b und Buchstabe c Doppelbuchstabe aa).

B. Besonderer Teil

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a und b

Die Regelung enthält eine Klarstellung zur Berücksichtigung der Versicherungszeiten Familienversicherter, die zugleich einen sogenannten nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V haben. Diese Klarstellung ist nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2002 (B 1 KR 24/01 R u. a.) erforderlich geworden. In diesen Urteilen hat das Gericht das versicherungsrechtliche Konkurrenzverhältnis zwischen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V und einem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V zu Gunsten des Vorrangs des Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V entschieden. Dies entspricht zwar der Praxis der Krankenkassen bis zum Jahr 1998. Auf Grund einer gegenteiligen Rechtsauffassung der Prüfdienste von Bund und Ländern haben die Krankenkassen im Jahr 1998 diese Praxis jedoch mit Wirkung von 1994 an umgestellt und sind von einem Vorrang der Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgegangen. Dementsprechend haben sie bei den betroffenen Versicherten im Risikostrukturausgleich Versicherungszeiten auch für den

Zeitraum berücksichtigt, in dem diese einen nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V hatten. Auf Grund der o. g. Urteile müsste diese Verfahrensweise nochmals rückwirkend geändert werden, da nach Auffassung des Bundessozialgerichts während des Bestehens eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V eine Familienversicherung nach § 10 SGB V nicht zum Tragen kommt. Dies würde nicht nur zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen führen, da alle Familienversicherungsverhältnisse manuell geprüft und gegebenenfalls korrigiert werden müssten.

Die Auffassung des Bundessozialgerichts führt auch zu Unsicherheiten bei der Bestimmung des Zeitpunkts, zu dem die Versicherungszeit eines nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen beginnt, da den Krankenkassen nicht ohne weiteres bekannt ist, ob die Betroffenen einen nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V haben. In diesem Fall dürfte bei Zugrundelegung der Urteile des Gerichts die Versicherungszeit nach § 10 SGB V erst nach dem Ende dieses Leistungsanspruchs geltend gemacht werden. Auf besondere Schwierigkeiten stößt die Umsetzung dieser Urteile im Risikostrukturausgleich dann, wenn für die Durchführung der Familienversicherung eine andere Krankenkasse zuständig ist als die Krankenkasse, die den nachgehenden Leistungsanspruch zu erfüllen hat. Um diese Probleme zu vermeiden wird klargestellt, dass die berücksichtigungsfähige Versicherungszeit eines Familienversicherten auch dann mit dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen des § 10 SGB V beginnt, wenn zusätzlich noch ein Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht. Eine entsprechende versicherungsrechtliche Klarstellung des Verhältnisses zwischen einer Familienversicherung und einem Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V ist in Art. 1 Nr. 7 des GKV-Modernisierungsgesetzes enthalten und wird am 1. Januar 2004 in Kraft treten.

Der Vorrang der Familienversicherung vor dem Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V soll rückwirkend zum 1. Januar 1994 gelten. Hierdurch soll vermieden werden, dass die Krankenkassen auf Grund der o. g. Urteile des Bundessozialgerichts sämtliche Familienversicherungszeiten rückwirkend zum 1. Januar 1994 daraufhin überprüfen müssen, ob vor dem Beginn der Familienversicherung ein Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V bestanden hat. In vielen Fällen wäre eine solche Prüfung auf Grund des Zeitablaufs ohnehin faktisch nicht mehr möglich. In jedem Fall würden die Krankenkassen hierdurch mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand belastet.

Durch das Inkrafttreten zum 1. Januar 1994 wird nicht nachträglich ändernd in abgeschlossene Sachverhalte zu Lasten einzelner Krankenkassen eingegriffen. Ziel der Regelung ist es vielmehr, eine nachträgliche Änderung der Verfahrensweise der Krankenkassen gerade zu

verhindern und klarzustellen, dass die bisherige Verfahrensweise trotz der anders lautenden Urteile des Bundessozialgerichts auch weiterhin Bestand hat. Das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot wird daher nicht verletzt.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass Versicherte, denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend für einen Zeitraum bewilligt wird, für den sie Anspruch auf Krankengeld hatten, auch dann der Versichertengruppe der Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch zuzuordnen sind, wenn das Krankengeld tatsächlich nicht zur Auszahlung gekommen ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Anspruch auf Krankengeld im fraglichen Zeitraum dem Grunde nach bestanden hat.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Änderung ermöglicht dem Bundesversicherungsamt, die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben für die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten auch über das Jahr 2003 hinaus im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu schätzen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass im Jahr 2002 noch kein strukturiertes Behandlungsprogramm zugelassen worden ist und daher auch keine Einschreibungen in ein solches Programm erfolgen konnten. Infolgedessen werden im Jahresausgleich für das Jahr 2002 auch keine standardisierten Leistungsausgaben für eingeschriebene chronisch Kranke festgestellt. Die standardisierten Leistungsausgaben des Jahres 2002 sind aber Grundlage für die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben im Abschlagsverfahren des Jahres 2004 (vgl. § 7 Abs. 2 Satz 1), sodass ohne die vorgesehene Änderung für das Abschlagsverfahren des Jahres 2004 keine vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben für die Versichertengruppen der eingeschriebenen chronisch Kranken ermittelt werden könnten.

Eine Verlängerung des Zeitraums, für den das Bundesversicherungsamt die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben schätzen kann, ist aber auch deswegen erforderlich, weil mit jeder Festlegung einer weiteren chronischen Krankheit, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden können, entsprechend neue Versichertengruppen zu bilden sind. Für diese liegen jedoch keine gesonderten Ausgabedaten auf Grund einer Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 SGB V vor. Um diese Versicherten gleichwohl bereits im Abschlagsverfahren des jeweiligen Ausgleichsjahres gesondert berücksichtigen zu können, ist eine Schätzung der entsprechenden vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben für diese Versicherten auch über das Jahr 2003 hinaus erforderlich.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung des Beitragseinzugs für geringfügig Beschäftigte. Da die Beiträge für diese Versicherten seit dem 1. April 2003 nicht mehr von der jeweiligen Krankenkasse, sondern einheitlich für alle Krankenkassen von der Bundesknappschaft eingezogen und von dieser zu Gunsten des Risikostrukturausgleichs an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte weitergeleitet werden (§ 28i Satz 5, § 28k Satz 4 SGB IV), können die entsprechenden Beträge seit diesem Zeitpunkt von den einzelnen Krankenkassen nicht mehr bei der Ermittlung ihres Beitragsbedarfs berücksichtigt werden. Lediglich soweit diese Beiträge im Ausgleichsjahr 2003 von den Krankenkassen noch tatsächlich eingezogen worden sind, ist ihre Berücksichtigung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs noch möglich. Im Übrigen werden sie bei der Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes berücksichtigt (vgl. Art. 1 Nr. 4).

Zu Nummer 4 (§ 11)

Die Änderung stellt klar, dass die von der Bundesknappschaft auf Grund des § 28k Satz 4 SGB IV eingezogenen und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abgeführten Arbeitgeberbeiträge für geringfügig Beschäftigte bei der Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes für das jeweilige Ausgleichsjahr zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 5 (§ 14)

Durch die Regelung wird klargestellt, dass bereits verwirkte Säumniszuschläge auch dann Bestand haben, wenn ein Nachweis oder die Festsetzung einer monatlichen Ausgleichszahlung oder ein Bescheid auf Grund des § 17 Abs. 3a nachträglich aufgehoben, geändert oder berichtigt wird. Auslegungsunsicherheiten, ob auch in diesen Fällen der Anspruch auf Säumniszuschläge den Bestand einer Hauptforderung voraussetzt, werden hierdurch vermieden.

Zu Nummer 6 (§ 15a)

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient dazu, die Effizienz der Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich zu meldenden Daten zu erhöhen. Sie ermöglicht es, dass die Prüfungen künftig ausschließlich auf elektronischem Weg durchgeführt werden können. Dies wäre nicht der Fall, wenn die Krankenkassen die Möglichkeit hätten, den Prüfdiensten die zu prüfenden Daten auch in Papierform zur Verfügung zu stellen. Hierdurch soll den Prüfdiensten die Einhaltung der in Absatz 1 vorgegebenen Prüfumfänge erleichtert werden.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die bei der Prüfung der neu gezogenen Stichprobe festgestellte Fehlerquote ebenfalls vom Bundesversicherungsamt hochzurechnen ist. Hierdurch soll vermieden werden, dass Krankenkassen, die bei der neu gezogenen Stichprobe eine erheblich niedrigere Fehlerquote aufweisen als bei der ersten Stichprobenziehung, gleichwohl mit dem gesamten, auf Grund der ersten Stichprobenziehung ermittelten Korrekturbetrag belastet bleiben. Aus diesem Grund ist der von der Krankenkasse letztlich zu tragende Korrekturbetrag vom Bundesversicherungsamt durch Hochrechnung der Fehlerquote der neu gezogenen Stichprobe zu ermitteln. Dabei kann es auch vorsehen, dass von einer Hochrechnung abgesehen wird, wenn die Fehlerquote einen bestimmten Schwellenwert nicht übersteigt (vgl. Absatz 2 Satz 5).

Zu Nummer 7 (§ 17)

Die Regelung ermöglicht es den Spitzenverbänden der Krankenkassen, im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt das Nähere über das Berechnungsverfahren zur Neuberechnung der monatlichen Abschlagszahlungen in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V festzulegen. Insbesondere kann in dieser Vereinbarung die Meldung weiterer, nicht personenbezogener Daten, wie zum Beispiel unterjähriger Meldungen der Versicherungszeiten durch die Krankenkassen, vorgesehen werden. Dies ermöglicht eine zeitnahe Überprüfung der von den Krankenkassen gemeldeten Beitragsbedarfe durch das Bundesversicherungsamt sowie eine Berücksichtigung der neu gebildeten Versichertengruppen der in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten im monatlichen Abschlagsverfahren.

Zu Nummer 8 (§ 19)

Nach bisherigem Recht werden die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, vom Bundesversicherungsamt gesondert für die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen berechnet. Dies setzt voraus, dass die der Berechnung zu Grunde zu legenden Daten für die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt gesondert gemeldet werden. Bei der Meldung der Daten für den Risikopool ist dies jedoch nur mit erheblichem technischem Aufwand möglich. Aus diesem Grund haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vorgesehen, dass Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, im Risikopool eine gemeinsame Datenmeldung abgeben (Anlage 2.2 Buchstabe A Nr. 4 der Vereinbarung). Auf Grund dessen ist eine Zuordnung der im Risikopool berücksichtigten Beträge zu den an der Vereinigung beteiligten Einzelkassen jedoch nicht mehr möglich. Infolgedessen können diese Beträge im Risiko-

strukturausgleich auch nicht mehr von den Leistungsausgaben dieser Krankenkassen abgezogen werden. Aus diesem Grund sollen die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, künftig nur noch gemeinsam für die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse berechnet werden.

Zu Nummer 9 (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Satzes 2 in Absatz 5 dient zum einen der Verfahrensvereinfachung. Die bisherige Vorgabe, dass im monatlichen Ausgleichsverfahren für das Jahr 2004 die durchschnittlichen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres lediglich in Höhe von 95 % zu berücksichtigen sind, hätte dazu geführt, dass im Risikostrukturausgleich für den Jahresausgleich und das monatliche Abschlagsverfahren unterschiedliche Verhältniswerte hätten ermittelt werden müssen. Dies hätte bei den Krankenkassen und beim Bundesversicherungsamt zu einem unzumutbar hohen administrativen Aufwand geführt. Auch die Haushaltsplanung der Krankenkassen und die Abgrenzung der Ansprüche und Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich für die amtliche Statistik wären erheblich erschwert worden. Der Zielsetzung der bisherigen Begrenzung, Überzahlungen im monatlichen Abschlagsverfahren zu vermeiden, wird schon dadurch ausreichend Rechnung getragen, dass die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für das Abschlagsverfahren im Jahr 2004 auf der Grundlage der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres, d. h. des Jahres 2002, erfolgt. Auf Grund der allgemeinen Preissteigerung liegen diese aber ohnehin niedriger als die Leistungsausgaben des Jahres 2004. Die Änderung entspricht einem gemeinsamen Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesversicherungsamts.

Außerdem enthält die Änderung eine Klarstellung zur Berücksichtigung der Leistungsausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse im monatlichen Abschlagsverfahren 2004. Im Ausgleichsjahr 2002 sind diese Leistungsausgaben nicht berücksichtigt worden (§ 28a Abs. 1 Satz 2). Da im monatlichen Ausgleichsverfahren für das Jahr 2004 aber die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres zu Grunde zu legen sind (§ 28a Abs. 5 Satz 2), könnten die Ausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse in diesem Ausgleichsverfahren nicht berücksichtigt werden. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die für das Ausgleichsjahr 2003 ermittelten Ausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulante Dialyse für das monatliche Ausgleichsverfahren 2004 als Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres anzusehen sind. Dies ist sachgerecht, da diese Leistungsausgaben auf Grund der Sonderregelung in § 28a Abs. 6 Satz 2 auch im monatlichen Ausgleichsverfahren für das Jahr 2003 Berücksichtigung finden.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ermöglicht es dem Bundesversicherungsamt, die Ausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse für das monatliche Ausgleichsverfahren in den Jahren 2003 und 2004 im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu schätzen. Eine solche Schätzung wird insbesondere dann in Betracht kommen, wenn eine Hochrechnung der von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten Daten nicht möglich ist. In diesem Fall kann durch eine Schätzung - etwa auf der Grundlage der KJ-1-Meldungen für das Jahr 2002 und der für die Haushaltsplanung 2003 geschätzten Verhältniswerte für diesen Leistungsbereich - eine plausible Grundlage für die Berechnung der Abschlagszahlungen geschaffen werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe a

Die auf Grund des Beitragssatzsicherungsgesetzes vom 23. Dezember 2002 eingeführten Arzneimittelrabatte nach §§ 130, 130a SGB V können nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand und mit erheblicher Zeitverzögerung versichertenbezogen erfasst werden. Aus Praktikabilitätsgründen sollen diese Abschläge daher im Risikopool pauschal berücksichtigt werden. Das Nähere zum Verfahren der Pauschalierung vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt (§ 28a Abs. 8 Satz 5).

Zu Doppelbuchstabe b

Im Jahresausgleich 2002 werden die Erstattungen Dritter im Risikopool nur pauschal berücksichtigt (§ 28a Abs. 8 Satz 4). Da auf der Grundlage dieses Jahresausgleichs die monatlichen Abschlagszahlungen im Jahr 2004 ermittelt werden, können in diesen Abschlagszahlungen die Erstattungen Dritter auch nur pauschaliert berücksichtigt werden. Eine entsprechende Regelung ist bisher jedoch nur für das monatliche Ausgleichsverfahren 2003 vorgesehen, die durch die Änderung auf das Abschlagsverfahren 2004 erweitert wird.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die wesentlichen Teile der Verordnung sollen am Tag nach der Verkündung in Kraft treten.

Zu Absatz 2

Durch das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. Januar 1994 soll vermieden werden, dass die Krankenkassen auf Grund der Urteile des Bundessozialgerichts 7. Mai 2002 (B 1 KR 24/01 R u. a.) sämtliche Familienversicherungsverhältnisse rückwirkend bis zur Einführung des Risi-

kostrukturausgleichs darauf hin überprüfen müssen, ob vor dem Beginn der Familienversicherung ein Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V bestanden hat. Ein Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot liegt hierin nicht, da nicht nachträglich ändernd in abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird. Durch das rückwirkende Inkrafttreten soll vielmehr sichergestellt werden, dass die bisherige Praxis der Krankenkassen nicht geändert werden muss (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a und b).

Zu Absatz 3

Die Möglichkeit des Bundesversicherungsamts, die Leistungsausgaben für ambulante nicht-ärztliche Dialyse im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu schätzen, soll für das monatliche Ausgleichsverfahren im Jahr 2003 gelten, d. h. auch schon für die Monate vor der Verkündung dieser Verordnung. Eine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung liegt hierin nicht, da von der Regelung nur die Abschlagszahlungen im Jahr 2003 betroffen sind. Abschlagszahlungen sind ihrer Natur nach aber immer nur vorläufig, so dass nicht nachträglich ändernd in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird.

C. Finanzielle Auswirkungen

Als Folge der Rechtsanpassungen und Verfahrensverbesserungen in dieser Verordnung sind spürbare finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen nicht zu erwarten. Für die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen oder Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau.