

25.09.02

G

**Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit**

**Fünfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (5. RSAÄndV)****A. Zielsetzung**

Durch die Verordnung sollen einheitliche Regelungen zur Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool zu meldenden Daten getroffen werden. Außerdem sollen die Verfahrensregelungen zur Umsetzung des Risikopools präzisiert und ergänzt sowie bestehende Verfahrensregelungen zum Risikostrukturausgleich mit dem Ziel der Verbesserung der Praktikabilität weiterentwickelt und an zwischenzeitlich eingetretene Rechtsänderungen angepasst werden.

B. Lösung

Im Vordergrund der Regelungen stehen

- die Festlegung von zeitlichen Mindestabständen und Mindestumfängen für die Prüfung der von den Krankenkassen zu meldenden Daten sowie von finanziellen Konsequenzen für die Meldung fehlerhafter oder nicht plausibler Daten durch die Krankenkassen,
- die Präzisierung der Regelungen über die Berücksichtigung von Erstattungen Dritter im Risikopool,
- die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Korrekturen der Versicherungszeiten durch die Krankenkassen.

C. Alternative

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

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

E. Sonstige Kosten

Für die Krankenkassen ergeben sich auf Grund dieser Verordnung nicht quantifizierbare Mehrausgaben durch eine erhöhte Personal- und Sachmittelausstattung der Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Prüfdienste der Länder, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind.

F. Preiswirkungsklausel

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

25.09.02

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

**Fünfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung (5. RSAÄndV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes
Staatssekretär Dr. Frank-Walter Steinmeier

Berlin, den 24. September 2002

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Regierenden Bürgermeister
Klaus Wowereit

Sehr geehrter Herr Präsident,

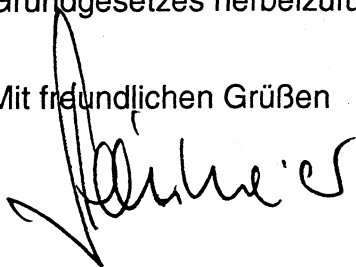
hiermit übersende ich die von dem Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Fünfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(5. RSA-ÄndV)

mit Begründung und Vorblatt.

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

Mit freundlichen Grüßen



**Fünfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(5. RSAÄndV)**

Vom

Auf Grund

- des § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1, 3 und 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), § 266 Abs. 7 zuletzt geändert durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465),
- des § 269 Abs. 4 Nr. 1 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -, § 269 eingefügt durch Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465),

verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2286), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und die zwei Vorjahre“ durch die Wörter „sowie für das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„In den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 und 5 beginnt die Versicherungszeit der Bezieher einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung vom 1. Januar 2001 an mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, für die Bezieher einer Dauerrente wegen Erwerbsminderung mit dem Tag des Beginns der Rente; liegt der Beginn der Zeitrente vor dem 1. Juli 2001, beginnt die Versicherungszeit frühestens am 1. Januar 2001. Versicherte der Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2, die vor der Bewilligung der Rente wegen Er-

werbsminderung Krankengeld bezogen haben, sind bis zum Ende des Krankengeldbezugs der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zuzuordnen.“

c) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Ausgleichsjahre, die länger als fünf Jahre vor dem Berichtsjahr liegen, werden Korrekturen nach Satz 1 nur noch in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen durchgeführt. Krankenkassen, bei denen ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung nach § 15 a Abs. 3 Satz 1 erhoben wurde, können für das Ausgleichsjahr, auf das sich die Hochrechnung bezog, nur dann Korrekturen geltend machen, wenn eine Datenmeldung gemäß § 15 a Abs. 3 Satz 4 ordnungsgemäß korrigiert wurde.“

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „höchstens“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Datenerzeugung“ durch die Wörter „dem Berichtsjahr“ ersetzt.

cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

dd) In Satz 4 wird nach der Angabe „Abs. 1“ die Angabe „Satz 3“ eingefügt.

2. In § 7 Abs. 2 Satz 2 werden nach der Zahl „6“ die Wörter „sowie der Bildung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

3. Nach § 15 wird folgender Paragraf 15a eingefügt:

**„§ 15a
Prüfung**

(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben mindestens alle drei Jahre, bezogen auf eines der drei zuletzt durchgeführten Ausgleichsjahre, die nach § 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu meldenden Daten, insbesondere die Versicherungszeiten und die Beitragsfestsetzung, bei

den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu prüfen. Abweichend von Satz 1 haben die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen bei den Krankenkassen jährlich mindestens die Unterlagen von 2 vom Hundert der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten in Bezug auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Zugehörigkeit dieser Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zu prüfen. Dabei sind auch die Ergebnisse der Berichte nach § 28g Abs. 3 einzubeziehen. Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben bei den Krankenkassen außerdem jährlich die Daten von mindestens 2 vom Hundert der nach § 28a Abs. 3 gemeldeten Fälle insbesondere in Bezug auf die Richtigkeit der gemeldeten Leistungsausgaben, die Personenidentität und das Bezugsjahr zu prüfen. Sie teilen dem Bundesversicherungsamt und dem Spitzenverband der betroffenen Krankenkasse unverzüglich das Ergebnis der Prüfungen nach den Sätzen 1, 2 und 4 mit. Das Bundesversicherungsamt kann 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) Das Bundesversicherungsamt rechnet die bei der Prüfung der Versicherungszeiten einer Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 1 festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle auf die Gesamtheit der Versicherten dieser Krankenkasse hoch. Die bei der Prüfung der Versicherungszeiten nach Absatz 1 Satz 2 festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle ist auf die Gesamtheit der Versicherten dieser Krankenkasse in den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 hochzurechnen. Wird bei der Prüfung nach Absatz 1 Satz 4 festgestellt, dass eine Krankenkasse Erstattungsleistungen aus dem Risikopool (§ 28a) zu Unrecht erhalten hat, rechnet das Bundesversicherungsamt die festgestellte Fehlerquote auf die Gesamtheit der Versicherten dieser Krankenkasse, für die die Krankenkasse Erstattungsansprüche geltend gemacht hat, hoch. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Hierbei kann es auch vorsehen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(3) Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grund der Hochrechnung nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. § 19 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend. Legt die Krankenkasse eine für das geprüfte Ausgleichsjahr auf der Grundlage einer Vollerhebung korrigierte Datenmeldung vor, wird der Korrekturbetrag

trag nach Satz 1 im nächsten Jahresausgleich an die Krankenkasse zurück gezahlt, wenn die Datenmeldung ordnungsgemäß korrigiert wurde. Die Datenmeldung gilt als ordnungsgemäß korrigiert, wenn die für die Prüfung der Krankenkasse nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle dies dem Bundesversicherungsamt auf Grund einer innerhalb von zehn Monaten nach der Vollerhebung neu gezogenen Stichprobe nach Absatz 1 bestätigt. Ansonsten steht der Korrekturbetrag den Krankenkassen zu und wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt.

4. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Das Bundesversicherungsamt berechnet jeweils zum 30. September für den Zeitraum des ersten Halbjahres und zum 31. März des Folgejahres für den Zeitraum des gesamten Vorjahres die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 sowie den vorläufigen Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 auf der Grundlage der vorliegenden Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung aller Krankenkassen neu und teilt den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte den unter Berücksichtigung der für den genannten Zeitraum angefallenen Abschlagszahlungen zu zahlenden Saldo mit. Hierfür ermittelt das Bundesversicherungsamt auch den Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 2 und den vorläufigen Wert nach § 7 Abs. 1 neu. Die für das monatliche Ausgleichsverfahren geltenden Vorschriften gelten entsprechend. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte von den in Satz 1 genannten Zeitpunkten abweichen oder von der Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 absehen.“

b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Zahl „15“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

5. § 28 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) und die beiden Vorjahre“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Krankenkassen, bei denen ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung nach § 15 a Abs. 3 Satz 1 erhoben wurde, können für das Ausgleichsjahr, auf das sich die Hochrechnung bezog, nur dann Korrekturen geltend machen, wenn eine Datenmeldung gemäß § 15 a Abs. 3 Satz 4 ordnungsgemäß korrigiert wurde.“

- b) In Absatz 5 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Weichen die vorläufigen Leistungsausgaben nach Satz 2 erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis ab, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in Einzelfällen ein hiervon abweichendes Verfahren bestimmen.“

- c) In Absatz 6 wird Satz 3 aufgehoben.

- d) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Für das Abrechnungsverfahren, den Zahlungsverkehr und die Säumniszuschläge gilt § 14 entsprechend.“

- e) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 und 9 angefügt:

„(8) Erstattungen nach § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind den betroffenen Versicherten und dem betroffenen Ausgleichsjahr zuzuordnen. Die übrigen Erstattungen von Leistungsausgaben durch Dritte werden pauschal berücksichtigt. Abweichend von Satz 1 werden alle das Ausgleichsjahr 2002 und den monatlichen Ausgleich für das Ausgleichsjahr 2003 betreffenden Erstattungen pauschaliert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung.

(9) Alle im Rahmen der Durchführung des Risikopools maschinell erzeugten Datengrundlagen und die Dokumentation der Korrekturmeldungen sind sechs Jahre aufzubewahren; § 3 Abs. 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Artikel 2

(1) Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a und c tritt am 1. Januar 2003 in Kraft.

(2) Im übrigen tritt diese Verordnung am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den

Die Bundesministerin für Gesundheit

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Risikostrukturausgleich vom 1. Januar 2002 an um einen Risikopool ergänzt worden. Gegenstand der Neuregelungen in dieser Änderungsverordnung sind die Verfahrensregelungen zur Umsetzung des Risikopools (§ 28a), die präzisiert und ergänzt werden. Außerdem enthält diese Verordnung auf der Grundlage der Ermächtigung nach § 266 Abs. 7 Nr. 11, § 269 Abs. 4 Nr. 5 SGB V Regelungen zur Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten, zu den Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie zum Verfahren der Prüfung und zu den Prüfkriterien (§ 15a). Schließlich werden bereits bestehende Verfahrensregelungen mit dem Ziel der Verbesserung der Praktikabilität weiterentwickelt (§ 3 Abs. 1, 5 und 7) und an zwischenzeitlich eingetretene Rechtsänderungen angepasst (§ 3 Abs. 3).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3 RSAV)

Zu Buchstabe a (§ 3 Abs. 1 Satz 1)

Die Erfahrungen mit der Durchführung des Ausgleichsverfahrens haben gezeigt, dass es auch nach Ablauf mehrerer Jahre nach Durchführung des Jahresausgleichs noch Veränderungen in den Versichertenbeständen der Krankenkassen geben kann. Da für jeden Versicherten ein Beitragsbedarf im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen ist, können diese Änderungen zu finanziell bedeutsamen Korrekturen der Ausgleichsrechnung im Risikostrukturausgleich führen. Nach § 266 Abs. 6 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden diese Fehlerkorrekturen im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Dieses Verfahren wurde in der Vergangenheit nicht in gleicher Weise von allen Krankenkassen praktiziert. Eine verbindliche Vereinheitlichung des Verfahrens durch eine Änderung der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kam bislang nicht zu Stande. Durch die Änderung soll das Verfahren zur Berücksichtigung nachträglicher Korrekturen der Versicherungszeiten deshalb für alle Krankenkassen verbindlich und einheitlich geregelt werden.

Zu Buchstabe b (§ 3 Abs. 3 Satz 4)

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Zeitpunkt der Zuordnung der Bezieher einer Erwerbsminderungsrente zu der für diese Versicherten maßgeblichen Versichertengruppe auf den ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente festgelegt worden (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 4 a. F.) Ziel dieser Än-

derung war, unbeabsichtigte Folgewirkungen zu beseitigen, die sich im Risikostrukturausgleich durch eine ab dem 1. Januar 2001 in Kraft getretene Reform der Erwerbsminderungsrenten ergeben hatten. Nach dieser Änderung blieb jedoch unklar, ob dies auch für die Bezieher einer Dauerrente gelten soll. Durch die Vorschrift wird deshalb klargestellt, dass dies nur für Bezieher einer Zeitrente, nicht jedoch für die Bezieher einer Dauerrente gilt. Ebenso wird klargestellt, dass die Vorschrift erstmalig für das Ausgleichsjahr 2001 gilt und die Versicherungszeit bei einem Zeitrentenbeginn vor dem 1. Juli 2001 frühestens vom 1. Januar 2001 an berücksichtigt werden kann.

Die Regelung dient außerdem der Klarstellung der Versichertengruppenzuordnung bei rückwirkender Bewilligung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In der Praxis besteht Unklarheit darüber, ob dann, wenn sich die rückwirkende Rentenbewilligung auf einen Zeitraum erstreckt, in dem Krankengeld bezogen worden ist, die Versicherten für die Dauer des Krankengeldbezugs der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 oder nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 zuzuordnen sind. Auch wenn das gezahlte Krankengeld vom Rentenversicherungsträger grundsätzlich erstattet wird, erscheint es sachgerecht, die Versicherten der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zuzuordnen, die das Bestehen eines Krankengeldanspruchs voraussetzt. Nach § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist auch bei einer Erstattung des Krankengelds durch den Rentenversicherungsträger der den Rentenzahlbetrag übersteigende Teil des Krankengelds weiterhin von der Krankenkasse zu tragen. Infolgedessen kann die Krankenkasse mit einer, wenn auch verminderten Krankengeldzahlung belastet bleiben. Eine Zuordnung der Versicherten zu der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, der nur Versicherte zuzuordnen sind, für die die Krankenkasse kein Krankengeld zu zahlen hat, würde daher der tatsächlichen Risikobelastung der Krankenkasse nicht gerecht und zu sachwidrigen Ergebnissen führen.

Zu Buchstabe c (§ 3 Abs. 5)

Satz 1 der Neuregelung bewirkt, dass nach Berücksichtigung des fünften vor dem Berichtsjahr liegenden Korrekturjahres weitere Korrekturerhebungen für länger zurückliegende Zeiträume nur noch in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen durchgeführt werden. Das Verfahren des Risikostrukturausgleichs wird dadurch vereinfacht. Der Personal- und Sachaufwand der Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs kann hierdurch in einer nicht quantifizierbaren Höhe verringert werden. Bei Satz 2 der Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 15a. Hierdurch wird vermieden, dass Krankenkassen einer doppelten Zahlungsverpflichtung auf Grund der durchgeführten Hochrechnung und auf Grund von gemeldeten Korrekturen ausgesetzt werden.

Zu Buchstabe d (§ 3 Abs. 7)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Die Vorschrift dient der Rechtsklarheit. Es wird klar gestellt, dass die Daten in jedem Fall neun Jahre aufzubewahren sind. Die Verpflichtung der Krankenkassen, nach Ablauf dieser Frist die Daten zu löschen, ergibt sich nunmehr aus Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Es wird klargestellt, dass die Frist sich auf das jeweilige Berichtsjahr bezieht. Berichtsjahr in diesem Sinne ist auch das von einer Korrektur betroffene Jahr.

Zu Doppelbuchstabe cc)

Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.

Zu Doppelbuchstabe dd)

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 2 (§ 7 Abs. 2)

Die Änderung stellt klar, dass bei der Ermittlung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben auch die Auswirkungen der Bildung gesonderter Versichertengruppen für die in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 3 (§ 15a)

Die Regelung dient der Umsetzung der Verordnungsermächtigungen in § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 11 und § 269 Abs. 4 Nr. 5 SGB V. Sie enthält Bestimmungen zum Verfahren und zu den Inhalten der bei den Krankenkassen von den mit der Prüfung nach § 274 SGB V befassten Stellen durchzuführenden Prüfungen, soweit hiervon die von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool gemeldeten Daten betroffen sind. Hierdurch soll die Rechtssicherheit des Verfahrens der Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risi-

kopools weiter erhöht werden. Die aufsichtsrechtlichen Prüfungen nach § 88 SGB IV werden durch die Regelungen nicht berührt.

Zu Absatz 1

Die Regelung legt in Satz 1 die zeitlichen Abstände fest, innerhalb derer die von einer Krankenkasse im Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten zu prüfen sind. Zur Erzielung einer möglichst hohen Prüfdichte sollen die Prüfungen nicht, wie in § 274 Abs. 1 SGB V vorgesehen, alle fünf, sondern alle drei Jahre stattfinden. Gegenstand der Prüfungen sollen insbesondere die Bereiche sein, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, d. h. die gemeldeten Versicherungszeiten und die Beitragseinstufung der Versicherten. Fehlerhafte Datenmeldungen der Krankenkassen in diesen Bereichen führen unmittelbar zu Änderungen ihrer Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen. Satz 2 enthält eine Sonderregelung für die Prüfung der Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Die Einschreibung eines Versicherten in ein solches Programm kann für die Krankenkasse finanziell vorteilhaft sein, da sie für die eingeschriebenen Versicherten standardisierte Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich geltend machen kann, die die standardisierten Leistungsausgaben nicht eingeschriebener Versicherter gleichen Alters und gleichen Geschlechts übersteigen werden. Infolgedessen haben zu Unrecht erfolgte oder aufrecht erhaltene Einschreibungen von Versicherten unmittelbare Auswirkungen auf die Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen der Krankenkassen. Um unrechtmäßige Einschreibungen von Versicherten in großer Zahl zu verhindern, soll daher jährlich bei einer Stichprobe von 2 % der eingeschriebenen Versicherten insbesondere geprüft werden, ob sie zu Recht den entsprechenden Versichertengruppen zugeordnet worden sind.

Satz 4 enthält eine vergleichbare Sonderregelung für die von den Krankenkassen im Risikopool gemeldeten Daten. Auch im Risikopool sind fehlerhafte Meldungen der Krankenkassen unmittelbar finanzwirksam. Aus diesem Grund soll über die Prüfung nach Satz 1 hinaus bei einer jährlichen Stichprobe von 2 % die Richtigkeit der gemeldeten Daten geprüft werden. Hierfür ist insbesondere eine Prüfung der Belege der Leistungsausgaben einschließlich der Erstattungen Dritter erforderlich.

Es wird davon ausgegangen, dass ein Stichprobenumfang von 2 % in der Regel ausreicht. Insbesondere bei Krankenkassen mit nur wenigen eingeschriebenen Versicherten kann jedoch die Prüfung der Unterlagen einer größeren Zahl von eingeschriebenen Versicherten erforderlich sein, um eine sachgerechte Hochrechnung der festgestellten Fehlerquote nach Absatz 2 zu ermöglichen.

Die mit der Prüfung befassten Stellen können über die in den Sätzen 1 bis 4 vorgesehenen Mindestvorgaben 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 zu einer höheren Rechtssicherheit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs bei.

Die Regelung in Satz 6 stellt sicher, dass alle Fehler in den Datenmeldungen vom Bundesversicherungsamt erfasst und korrigiert werden können. Das Bundesversicherungsamt erhält darüber hinaus in seiner Funktion als Durchführungsbehörde des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools die Befugnis, Vorgaben zu erlassen, die eine Vereinheitlichung des Prüfgeschehens ermöglichen. Hierzu gehört die Möglichkeit, einen Mindestumfang der nach Satz 1 zu prüfenden Fälle festzulegen sowie die Berechnung und die inhaltlichen Anforderungen an die Erhebung der Stichproben vorzugeben. Hierdurch wird erreicht, dass die Stichproben nach einheitlichen Kriterien erhoben werden und ihnen ein repräsentativer Charakter zukommt. Die einheitliche Übermittlung der Prüfergebnisse dient der Vereinfachung der Verwaltungsabläufe.

Zu Absatz 2

Nach geltendem Recht werden von den Krankenkassen gemeldete Versicherungszeiten, die nicht ausreichend belegt werden können, im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Dies führt zu einer entsprechenden Korrektur der Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen der betroffenen Krankenkassen. Diese Rechtsfolge hat sich jedoch als nicht ausreichend erwiesen, um die Krankenkassen zu einer sorgfältigen Pflege ihrer Versicherungsbestände anzuhalten. Aus diesem Grund werden durch die Regelung an die Meldung fehlerhafter oder nicht plausibler Daten weitergehende spürbare Konsequenzen für die jeweilige Krankenkasse geknüpft. Hierdurch wird der Anreiz für die Krankenkassen, nur ausreichend belegte Versicherungszeiten zu melden, weiter verstärkt. Kernstück der Regelung ist die dem Bundesversicherungsamt eingeräumte Möglichkeit, eine festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen. 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 voraussichtliche Korrekturvolumen einen gewissen Mindestumfang erreicht. Das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Dies stellt die erforderliche Transparenz dieses Verfahrens sicher.

Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Bereinigung aller Fehler bleibt hiervon unberührt.

Zu Absatz 3

Die Korrekturbeträge, die das Bundesversicherungsamt durch die Hochrechnung nach Absatz 2 Satz 1 bis 3 ermittelt hat, werden durch Bescheid geltend gemacht. Bei diesem Bescheid handelt es sich um einen Zahlungsbescheid im Sinne des § 266 Abs. 6 Satz 8 SGB V, sodass Rechtsmittel hiergegen keine aufschiebende Wirkung haben.

Sobald die Krankenkasse die vom Prüfdienst beanstandete Datenmeldung im Risikostrukturausgleich oder im Risikopool durch eine Vollerhebung korrigiert und diese als Korrekturmeldung in den nächsten Jahresausgleich eingebracht hat, wird der Korrekturbetrag an die Krankenkasse zurückgezahlt, wenn die Vollerhebung vom zuständigen Prüfdienst der Krankenkasse überprüft worden ist. Diese Überprüfung erfolgt auf Grund einer neu zu ziehenden Stichprobe. Um sicherzustellen, dass die Krankenkasse nicht unverschuldete Liquiditätsverluste erleidet, ist der zuständige Prüfdienst verpflichtet, diese Überprüfung innerhalb von zehn Monaten vorzunehmen. Nicht abgerufene Korrekturbeträge werden im nächsten Jahresausgleich an die Krankenkassen ausgeschüttet.

Zu Nummer 4 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Die Ergebnisse des monatlichen Abschlagsverfahrens haben – gerade in der jüngeren Vergangenheit – gezeigt, dass die Berücksichtigung vergangenheitsbezogener Werte (insbesondere hinsichtlich der Finanzkraft) zu Verwerfungen bezüglich der von der jeweiligen Krankenkasse im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnisse führt, die im Einzelfallverfahren unter den vom Bundesversicherungsamt vorgegebenen Bedingungen zwar (teilweise) ausgeglichen werden können, was aber mit einer großen Kalkulationsunsicherheit verbunden ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn – wie im Jahr 2002 – die im Einzelfallverfahren transferierten Finanzvolumina nennenswerte Dimensionen annehmen und zu hohen Schwankungen der im monatlichen Abschlagsverfahren anzuwendenden Ausgleichsbedarfssätze führen. Hinzu kommt, dass Einzelfallanträge naturgemäß nur gestellt werden, wenn hiermit eine Entlastung der Krankenkasse verbunden ist. Aus diesem Grund wird durch Einführung von Zwischenausgleichen zum 31. März und zum 30. September ein frühzeitiger und alle Krankenkassen betreffender Ausgleich von Verwerfungen zwischen Monatsverfahren und Jahresausgleich ermöglicht. Dies ist insbesondere deshalb erforderlich, weil künftig auch die zusätzlichen Auswirkungen der besonderen Berücksichtigung von in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen Versicherten sowie die Auswirkungen des Risikopools im Risikostrukturaus-

gleichsverfahren abzubilden sind. Für die Krankenkassen führt dies zu einer höheren Kalkulationssicherheit. Stellt sich im Lauf eines Ausgleichsjahres heraus, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen dem monatlichen Abschlagsverfahren und dem Jahresausgleich nicht zu erwarten sind, kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf die Durchführung eines Zwischenausgleichs verzichten oder ihn zu einem späteren Zeitpunkt durchführen. Dies dient der Verfahrenserleichterung. Die Regelung entspricht einem gemeinsamen Anliegen des Bundesversicherungsamts und der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Zu Buchstabe b

Nach § 7 Abs. 1 Satz 3 und § 11 Abs. 2 Satz 3 ist das Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Rechengrößen für das monatliche Abschlagsverfahren bis zum 20. des Monats bekannt zu geben. Grundlage dieser Bekanntmachung sind die von den Krankenkassen nach § 17 Abs. 6 Satz 1 bis zum 15. des Monats zu übermittelnden Berechnungsgrundlagen. Diese nach der Übermittlung durch die Krankenkassen verbleibende Zeitspanne hat sich, insbesondere bei unerwarteten Fehlbeträgen oder Überschüssen, als zu kurz erwiesen, um dem Bundesversicherungsamt eine rechtzeitige Bekanntgabe zu ermöglichen. Aus diesem Grund wird der Zeitpunkt für die Datenübermittlung durch die Krankenkassen auf den 10. des Monats vorgezogen. Die Krankenkassen werden hierdurch nicht unzumutbar belastet, da in der Vergangenheit die Nachweise teilweise schon vor dem 10. des Monats übermittelt worden sind.

Zu Nummer 5 (§ 28 a)

Die Vorschrift konkretisiert Verfahrensregelungen zur Durchführung des Risikopools.

Zu Buchstabe a (§ 28 a Abs. 3)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift erweitert die für die Durchführung des Risikopools notwendigen Datenerhebungen auf die dem Berichtsjahr vorangehenden beiden Vorjahre. Dadurch wird gewährleistet, dass nachträgliche Korrekturen in den Leistungsausgaben nach einem für alle Krankenkassen verbindlichen einheitlichen Verfahren berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 15a. Hierdurch wird vermieden, dass Krankenkassen einer doppelten Zahlungsverpflichtung auf Grund der durchgeführten Hochrechnung und auf Grund von gemeldeten Korrekturen ausgesetzt werden.

Zu Buchstabe b (§ 28 a Abs. 5)

Die bisherigen Verfahrensregelungen erlauben nur Einzelfallentscheidungen des Bundesversicherungsamts bei erheblichen Abweichungen des voraussichtlichen Beitragsbedarfs (§ 3 Abs. 6 Satz 5) und der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 9 Abs. 3) im Risikostrukturausgleich, nicht jedoch bei der Ermittlung der voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im Risikopool. In Anlehnung an die im Risikostrukturausgleich bei der Ermittlung des voraussichtlichen Beitragsbedarfs bereits bestehende Möglichkeit (§ 3 Abs. 6 Satz 5) werden mit dieser Änderung dem Bundesversicherungsamt entsprechende Entscheidungsmöglichkeiten auch beim Risikopool eingeräumt. Dadurch soll erreicht werden, dass das Abschlagsverfahren im Ergebnis dem Schlussausgleich möglichst nahe kommt.

Zu Buchstabe c (§ 28a Abs. 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in Buchstabe d (vgl. Abs. 8 n.F.)

Zu Buchstabe d (§ 28a Abs. 7)

Die Regelung überträgt die im Risikostrukturausgleich geltenden Bestimmungen über das Abrechnungsverfahren, den Zahlungsverkehr und die Säumniszuschläge auf den Risikopool.

Zu Buchstabe e (§ 28a Abs. 8 und 9)

Erstattungen von Leistungsausgaben müssen von den im Risikopool zu berücksichtigenden Ausgaben abgezogen werden (Absatz 3 Satz 1). Die Vorschrift in Absatz 8 konkretisiert, wie diese Erstattungen von den Leistungsausgaben abzuziehen sind. Insbesondere stellt sie klar, dass die Erstattungen grundsätzlich dem betroffenen Versicherten und dem betroffenen Ausgleichsjahr zuzuordnen sind. Eine pauschale Berücksichtigung wird jedoch in den Fällen notwendig, in denen eine genauere Zuordnung nicht möglich ist. Für diese Fälle wird das Verfahren der Pauschalierung in der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt.

Außerdem bestimmt die Vorschrift, dass für die das Jahr 2002 betreffenden Erstattungen generell eine Pauschalierung vorzusehen ist. Diese Regelung berücksichtigt, dass im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Neuregelung die für eine unmittelbare Zuordnung notwendigen Daten in den Krankenkassen noch nicht vorliegen. Diese Regelung führt zur Verfahrensvereinfachung und zu mehr Rechtssicherheit.

Die Vorschrift in Absatz 9 regelt die für die Durchführung und Überprüfung des Risikopools notwendige Aufbewahrungsfrist in Anlehnung an § 3 Abs. 7. Die Dauer der Frist orientiert sich

an der für Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung (§ 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) geltenden Aufbewahrungsfrist.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Es wird klargestellt, dass die Neuregelung des Verfahrens der obligatorischen Korrektur der Versicherungszeiten erst vom Beginn des Ausgleichsjahres 2003 an gilt.

Zu Absatz 2

Im Übrigen tritt die Verordnung am Tag nach der Verkündung in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen

Für die Krankenkassen ergeben sich auf Grund dieser Verordnung nicht quantifizierbare Mehrausgaben durch eine erhöhte Personal- und Sachmittelausstattung der Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Prüfdienste der Länder, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Für die Krankenkassen führen die Verfahrensverbesserungen in dieser Verordnung zu einer nicht quantifizierbaren Verringerung des für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlichen Personal- und Sachaufwands. Im Übrigen sind als Folge dieser Verordnung weitere finanzielle Auswirkungen für die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften sowie Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, nicht zu erwarten.