

Beschlussempfehlung^{*)}

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6432 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7123, 14/7168 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

3. zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung – Drucksache 14/5681 –

**Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen
des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung**

A. Problem

Der Risikostrukturausgleich ist ein zentrales Element der Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung, durch den eine solidarische Verteilung der Risikobelastung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung herbeigeführt und die Erlangung von Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Risiken ausgeschlossen werden soll. Die Erfahrungen seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs haben gezeigt, dass dieser seine Aufgabe grundsätzlich erfüllt hat. Gleichwohl bestehen für die Krankenkassen weiterhin Anreize, Risikoselektion zu betreiben. Dies hat seine Ursache insbesondere darin, dass die Morbiditätsunterschiede der Versicherten nur indirekt berücksichtigt werden. Dabei werden durch den Risikostrukturausgleich in seiner jetzigen

^{*)} Der Bericht des Abgeordneten Dr. Martin Pfäff wird gesondert verteilt.

Ausgestaltung auch keine Anreize für die Krankenkassen gesetzt, sich um eine Verbesserung der Versorgung kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter zu bemühen. Damit einhergehend ist eine zunehmende Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen zu verzeichnen, die zu Wettbewerbsverwerfungen und einer erneuten Auseinanderentwicklung der Beitragssätze geführt hat. Der Risikostrukturausgleich bedarf daher einer grundsätzlichen Weiterentwicklung mit dem Ziel, die noch vorhandenen Anreize zur Risiko-selektion weiter einzuengen und mittelfristig zu beseitigen sowie die Versorgungsqualität insbesondere bei chronisch Kranken zu verbessern.

B. Lösung

Mittelfristig sollen die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf der Grundlage einer direkten Erfassung der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten gebildet werden. Hierdurch wird ausgeschlossen, dass eine Selektion günstiger Risiken zu Vorteilen im Wettbewerb führt. Durch kurzfristig wirksame Maßnahmen sollen der Belastungsausgleich zwischen den Krankenkassen verbessert und zugleich die Anreize zur Verbesserung der Versorgung insbesondere von chronisch Kranken geschaffen werden. Zu diesem Zweck wird die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen finanziell gefördert, indem die Ausgaben für solche chronisch kranken Versicherten, die sich in zugelassene, qualitätsgesicherte Disease-Management-Programme eingeschrieben haben, im Risikostrukturausgleich besonders berücksichtigt werden. Schließlich wird vom 1. Januar 2002 an ein Risikopool zur solidarischen Lastenverteilung weit überdurchschnittlich hoher Leistungsausgaben eingeführt.

Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der PDS

Einstimmige Erledigterklärung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung

Einvernehmliche Kenntnisaufnahme der Unterrichtung durch die Bundesregierung

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

D. Kosten

Für den Bund ergeben sich durch dieses Gesetz Mehraufwendungen für die Bereitstellung zusätzlicher Personal- und Sachmittel aus erweiterten Aufgaben des Bundesversicherungsamts. Der damit verbundene zusätzliche Mittelbedarf wird – soweit er weder durch eine Umlage noch durch Gebühren von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren ist – aus dem Bundeshaushalt gedeckt. Im Übrigen entstehen für Bund, Länder und Gemeinden keine finanziellen Auswirkungen.

Für die Wirtschaft und die mittelständischen Unternehmen ergeben sich insgesamt keine Mehrbelastungen. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind durch dieses Gesetz nicht zu erwarten.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

in Kenntnis der Unterrichtung – Drucksache 14/5681 –

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6432 – in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
2. den Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7123 und 14/7168 – für erledigt zu erklären.

Berlin, den 7. November 2001

Der Ausschuss für Gesundheit

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Dr. Martin Pfaff
Berichterstatler

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs
in der gesetzlichen Krankenversicherung
– Drucksache 14/6432 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das
folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (860-5)

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Nach § 137e werden folgende §§ 137f und 137g eingefügt:

„§ 137f
Strukturierte Behandlungsprogramme
bei chronischen Krankheiten

(1) Der Koordinierungsausschuss in der Besetzung nach § 137e Abs. 2 Satz 2 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 *erstmalig* bis zum 30. April 2002 nach Maßgabe von Satz 2 bis zu sieben geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das
folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (860-5)

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. Nach § 137e werden folgende §§ 137f und 137g eingefügt:

„§ 137f
Strukturierte Behandlungsprogramme
bei chronischen Krankheiten

(1) Der Koordinierungsausschuss in der Besetzung nach § 137e Abs. 2 Satz 2 empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 bis zum ... **(Einfügen: letzter Tag der vierten Woche nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes)** nach Maßgabe von Satz 2 **zunächst** bis zu sieben, **mindestens jedoch vier** geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Bei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Krankheiten sind insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Entwurf

(2) Die beteiligten Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. Juni 2002 auf Grund der Empfehlung nach Absatz 1 für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung von Programmen nach Absatz 1. Zu benennen sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g.

Die Anforderungen sind unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) festzulegen. Der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

(3) Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen nach Absatz 1 freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm sowie zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Daten durch die Krankenkasse. Die Einwilligung kann widerrufen werden.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine externe Evaluation der Programme nach Absatz 1 auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) **Der Koordinierungsausschuss in der Besetzung nach § 137e Abs. 2 Satz 2 empfiehlt** dem Bundesministerium für Gesundheit für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung von **Behandlungsprogrammen** nach Absatz 1. Zu benennen sind insbesondere Anforderungen an die

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors, **und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr. 1,**
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung nach § 137g.

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt dem Koordinierungsausschuss nach Satz 1 erstmals unverzüglich nach dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitpunkt bekannt, für welche chronischen Krankheiten nach Absatz 1 die Anforderungen zu empfehlen sind; die Empfehlung ist erstmalig innerhalb von vier Wochen nach dieser Bekanntgabe vorzulegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) zu beteiligen. Den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit ihre Belange berührt sind; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen mit einzubeziehen.

(3) Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen nach Absatz 1 freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Daten durch die Krankenkasse, **die Sachverständigen nach Absatz 4 und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse.** Die Einwilligung kann widerrufen werden.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine externe Evaluation der Programme nach Absatz 1 **durch einen vom Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem Verband auf deren Kosten bestellten unabhängigen Sachverständigen** auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaft-

Entwurf

(5) Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung von Programmen nach Absatz 1.

§ 137g

Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

(1) Das Bundesversicherungsamt hat auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 zu erteilen, wenn die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen *erfüllt sind*. Dabei kann es wissenschaftliche Sachverständige hinzuziehen. Die Zulassung ist zu befristen. Für die *Zulassung* sind kostendeckende Gebühren zu erheben. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Das Nähere über die Berechnung der Kosten regelt das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

(2) Die Verlängerung der Zulassung eines Programms nach § 137f Abs. 1 erfolgt auf der Grundlage der Evaluation nach § 137f Abs. 4. Im Übrigen gilt Absatz 1 für die Verlängerung der Zulassung entsprechend.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

licher Standards zu veranlassen, die zu veröffentlichen ist.

(5) Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung von Programmen nach Absatz 1. **Die Krankenkassen können ihre Aufgaben zur Durchführung von mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Programmen nach Absatz 1 auf Dritte übertragen. § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.**

§ 137g

Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

(1) Das Bundesversicherungsamt hat auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen die Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 zu erteilen, wenn die **Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge** die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen **erfüllen**. Dabei kann es wissenschaftliche Sachverständige hinzuziehen. Die Zulassung ist zu befristen. **Sie kann mit Auflagen und Bedingungen versehen werden. Die Zulassung ist innerhalb von drei Monaten zu erteilen. Die Frist nach Satz 5 gilt als gewährt, wenn die Zulassung aus Gründen, die von der Krankenkasse zu vertreten sind, nicht innerhalb dieser Frist erteilt werden kann. Die Zulassung wird mit dem Tage wirksam, an dem die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 genannten Anforderungen erfüllt und die Verträge nach Satz 1 geschlossen sind, frühestens mit dem Tag der Antragstellung, nicht jedoch vor dem Inkrafttreten dieser Verordnungsregelungen.** Für die **Bescheiderteilung** sind kostendeckende Gebühren zu erheben. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. **Soweit dem Bundesversicherungsamt im Zusammenhang mit der Zulassung von Programmen nach § 137f Abs. 1 notwendige Vorhaltekosten entstehen, die durch die Gebühren nach Satz 8 nicht gedeckt sind, sind diese durch Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes von den Krankenkassen zu finanzieren.** Das Nähere über die Berechnung der Kosten **nach den Sätzen 9 und 10 und über die Berücksichtigung der Kosten nach Satz 11 im Risikostrukturausgleich** regelt das Bundesministerium für Gesundheit **ohne Zustimmung des Bundesrates** in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7. **In der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 kann vorgesehen werden, dass die tatsächlich entstandenen Kosten nach den Sätzen 9 und 10 auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zu berechnen sind. Klagen gegen die Gebührenbescheide des Bundesversicherungsamts haben keine aufschiebende Wirkung.**

(2) unverändert

Entwurf

(3) Das Bundesversicherungsamt berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2004 über die Auswirkungen der Regelungen in § 267 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit §§ 137f und 137g auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen sowie die Durchführung des Verfahrens zum Risikostrukturausgleich (§ 266). Das Bundesministerium für Gesundheit prüft auf der Grundlage des Berichts nach Satz 1, ob Änderungen der betroffenen gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.“

2. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 *Satz 1* wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 angefügt:
 - „3. Aufwendungen, die im Risikopool (§ 269) ausgeglichen werden.“

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 3 werden nach der Angabe „von § 267 Abs. 2“ ein Semikolon und die Wörter „hierzu gehört auch die Festlegung der Krankheiten nach § 137f Abs. 1, die Gegenstand von Programmen nach § 137g sein können, der Anforderungen an die Zulassung dieser Programme sowie der für die Durchführung dieser Programme für die jeweiligen Krankheiten erforderlichen personenbezogenen Daten“ eingefügt.
- bb) Nach Nummer 9 werden folgende Nummern 10 und 11 angefügt:
 - „10. die Verringerung der standardisierten Leistungsausgaben um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben sowie die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Ausgleichsbeträge im Risikopool,
 - 11. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) unverändert

2. § 266 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) **Satz 1 wird wie folgt geändert:**

- aaa) In Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- bbb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 angefügt:
 - „3. Aufwendungen, die im Risikopool (§ 269) ausgeglichen werden.“

bb) **In Satz 2 werden nach der Angabe „(§ 40 Abs. 6 Satz 1)“ die Wörter „sowie Ausgaben, die auf Grund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g entstehen und in der Rechtsverordnung nach Absatz 7, auch abweichend von Absatz 2 Satz 3, näher zu bestimmen sind,“ eingefügt.**

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 3 werden nach der Angabe „von § 267 Abs. 2“ ein Semikolon und die Wörter „hierzu gehört auch die Festlegung der Krankheiten nach § 137f Abs. 2 **Satz 3**, die Gegenstand von Programmen nach § 137g sein können, der Anforderungen an die Zulassung dieser Programme sowie der für die Durchführung dieser Programme für die jeweiligen Krankheiten erforderlichen personenbezogenen Daten“ eingefügt.
- bb) Nach Nummer 9 werden folgende Nummern 10 und 11 angefügt:
 - „10. die Verringerung der standardisierten Leistungsausgaben um die im Risikopool ausgeglichenen Ausgaben sowie die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der Ausgleichsbeträge im Risikopool,
 - 11. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten **durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen** einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten **sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.**“

Entwurf

3. § 267 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird *folgender Satz angefügt*:

„Die Zahl der Versicherten, die in zugelassenen Programmen nach § 137g eingeschrieben sind, wird in der Erhebung nach Satz 1 je Krankheit in weiteren gemeinsamen Versichertengruppen getrennt erhoben.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Leistungsausgaben für die Gruppen der Versicherten nach Absatz 2 Satz 4 sind bei der Erhebung nach Satz 1 nach Versichertengruppen getrennt zu erheben.“

bb) In Satz 4 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 3“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 3“ ersetzt.

4. Nach § 267 werden folgende §§ 268 und 269 eingefügt:

„§ 268

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) *Die Beitragsbedarfe der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (§ 266) werden spätestens vom 1. Januar 2007 an auf der Grundlage direkter Morbiditätsmerkmale der Versicherten bestimmt. Die Bildung der Versichertengruppen auf Grund direkter Morbiditätsmerkmale soll Anreize zu Risikoselektionen verringern, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern, praktikabel und kontrollierbar sein.*

Beschlüsse des 14. Ausschusses

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 können die Verordnungsregelungen zu Absatz 4 Satz 2 und Satz 1 Nr. 3 ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden.“

3. § 267 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird **wie folgt** geändert:

aa) **In Satz 3 werden die Wörter „Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ durch die Wörter „Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist“ ersetzt.**

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Zahl der Versicherten, die in zugelassenen **und mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten** Programmen nach § 137g eingeschrieben sind, wird in der Erhebung nach Satz 1 **bis 3** je Krankheit in weiteren Versichertengruppen getrennt erhoben.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) **In Satz 2 werden die Wörter „Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ durch die Wörter „Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist“ ersetzt.**

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Leistungsausgaben für die Gruppen der Versicherten nach Absatz 2 Satz 4 sind bei der Erhebung nach Satz 1 **bis 3** nach Versichertengruppen getrennt zu erheben.“

cc) In Satz 4 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 3“ ersetzt.

c) unverändert

4. Nach § 267 werden folgende §§ 268 und 269 eingefügt:

„§ 268

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) **Die Versichertengruppen nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs. 2 Satz 3 sind vom 1. Januar 2007 an abweichend von § 266 nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die zugleich**

1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,
3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern und
5. praktikabel und kontrollierbar sind.

Im Übrigen gilt § 266.

Entwurf

(2) Für die Auswahl geeigneter Verfahren der Gruppenbildung nach Absatz 1 gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. März 2003, bei einer Entscheidung nach Absatz 3 Satz 11 bis zum 30. Juni 2003 abgeschlossen ist. In der wissenschaftlichen Untersuchung sollen internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung berücksichtigt werden.

(3) Für die Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 erheben die Krankenkassen für die Jahre 2000 und 2001 als Stichprobe entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum 30. Juni 2002, bei einer Entscheidung nach Satz 11 bis zum 30. September 2002, getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 die Zahl der Versicherten und für jeden Versicherten die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

1. Krankenhaus einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 7 und 9 sowie die Angabe des Tages der Aufnahme und der Aufnahmediagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution und die Uhrzeit der Entlassung,
2. stationäre Anschlussrehabilitation einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 und 7, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
3. Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1,
4. Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,
5. vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der abgerechneten Punktzahlen und Kosten und der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4, jedoch ohne den Tag der Behandlung,
6. der Leistungserbringer nach § 302 einschließlich der Diagnose, des Befunds und des Tags der Leistungserbringung, jedoch ohne die Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes,
7. die nach den Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben ohne die Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 4 Satz 1.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) **Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 30. Juni 2004 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1. Dabei ist ein einvernehmlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale nach Absatz 1 einzubeziehen. Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, ob einzelne oder mehrere der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen neben den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vorgaben weitergelten; § 266 Abs. 7 Nr. 3 gilt. Für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale gibt das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag. Es hat sicherzustellen, dass die Untersuchung bis zum 31. Dezember 2003 abgeschlossen ist.**

(3) Für die **Vorbereitung der Gruppenbildung** und Durchführung der Untersuchung nach Absatz 2 **Satz 5** erheben die Krankenkassen für die Jahre 2001 und **2002** als Stichproben entsprechend § 267 Abs. 3 Satz 3 und 4 bis zum **15. August des jeweiligen Folgejahres** getrennt nach den Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 **je Versicherten die Versichertentage** und die Leistungsausgaben in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens in den Bereichen

1. Krankenhaus einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6, 7 und 9 sowie die Angabe des Tages der Aufnahme und der Aufnahmediagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution und **ohne** die Uhrzeit der Entlassung,
2. stationäre Anschlussrehabilitation einschließlich der Angaben nach § 301 Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 und 7, jedoch ohne das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
3. Arzneimittel einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1,
4. Krankengeld nach § 44 einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1,
5. vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der abgerechneten Punktzahlen und Kosten und der Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4, jedoch ohne den Tag der Behandlung,
6. der Leistungserbringer nach § 302 einschließlich der Diagnose, des Befunds und des Tags der Leistungserbringung, jedoch ohne die Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie **ohne** die Arztnummer des verordnenden Arztes,
7. die nach Nummern 1 bis 6 nicht erfassten Leistungsausgaben ohne die Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 4 Satz 1.

Entwurf

Die für die Stichprobe erforderlichen versichertenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen *nur für den Zweck nach Satz 7* zugänglich gemacht werden. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nr. 5. Die Daten sind vor der Übermittlung mit einem Pseudonym je Versicherten zu versehen, das den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierfür von den Krankenkassen übermittelt wird. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über ihren Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 6 übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen bis zum 31. März 2002 im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 sowie in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über das Verfahren der *Datenübermittlung*. § 267 Abs. 9 und 10 gilt. Kommen die Vereinbarungen nach Satz 9 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2002 in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verfahren.

(4) *Das Nähere zur Umsetzung der in Absatz 1 genannten Ziele und Vorgaben wird im Jahre 2003 in einem besonderen Gesetz geregelt. Das Gesetz soll außerdem Regelungen über das Verfahren der spätestens vom 1. Januar 2005 an von den Krankenkassen zu erhebenden und von den Leistungserbringern zu übermittelnden Daten und des spätestens vom 1. Januar 2007 an nach Absatz 1 durchzuführenden monatlichen Ausgleichs enthalten.*

§ 269

Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle vom 1. Januar 2003 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel,

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Die für die Stichprobe erforderlichen versichertenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren und darf anderen Personen **nicht** zugänglich gemacht werden. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die erforderlichen Daten zu Satz 1 Nr. 5 **bis spätestens 1. Juli des Folgejahres**. Die Daten sind vor der Übermittlung mit einem Pseudonym je Versicherten zu versehen, das den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hierfür von den Krankenkassen übermittelt wird. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach Satz 1 in pseudonymisierter und maschinenlesbarer Form über ihren Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der nach Satz 6 übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und über jede Herstellung des Versichertenbezugs ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen bis zum 31. März 2002 im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 sowie in Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der übrigen Leistungserbringer gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über **den Umfang der Stichproben und das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung. In der Vereinbarung nach Satz 9 kann die Stichprobenerhebung ergänzend auch auf das erste Halbjahr 2003 erstreckt werden.** § 267 Abs. 9 und 10 gilt. Kommen die Vereinbarungen nach Satz 9 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2002 in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verfahren. **Die Rechtsverordnung bestimmt außerdem, welche der in Satz 1 genannten Daten vom 1. Januar 2005 an für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zu erheben sind, sowie Verfahren und Umfang dieser Datenerhebung; im Übrigen gilt § 267.**

(4) **entfällt**

§ 269

Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Ergänzend zum Risikostrukturausgleich (§ 266) werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle vom 1. Januar **2002** an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung **einschließlich der übrigen**

Entwurf

nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Kranken- und Sterbegeld für einen Versicherten (ausgleichsfähige Leistungsausgaben) im Geschäftsjahr abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben die Ausgabengrenze (Schwellenwert) nach Satz 3, werden 60 vom Hundert des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Der Schwellenwert beträgt *im Jahr* 2003 20 450 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Risikopool wird aus der hierfür zu ermittelnden Finanzkraft aller Krankenkassen finanziert; dazu wird ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt. § 266 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Für die getrennt vom Risikostrukturausgleich zu ermittelnden Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen jeder Krankenkasse, die Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die Durchführung des Risikopools, das monatliche Abschlagsverfahren und die Säumniszuschläge gilt § 266 Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2, Satz 2, Abs. 5 Satz 1, Satz 2 Nr. 3, Satz 3, Abs. 6, 8 und 9 entsprechend.

(3) Für die Ermittlung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aus dem Risikopool erheben die Krankenkassen jährlich die Summe der Leistungsausgaben nach Absatz 1 Satz 2 je Versicherten. Die auf den einzelnen Versicherten bezogene Zusammenführung der Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse ist nur für die Berechnung der Schwellenwertüberschreitung zulässig; der zusammengeführte versichertenbezogene Datensatz ist nach Abschluss dieser Berechnung unverzüglich zu löschen. Überschreitet die Summe der Leistungsausgaben für einen Versicherten den Schwellenwert nach Absatz 1 Satz 3, melden die Krankenkassen diese Leistungsausgaben unter Angabe eines Pseudonyms über ihre Spitzenverbände dem Bundesversicherungsamt. Die Herstellung des Versichertenbezugs ist zulässig, soweit dies für die Prüfung der nach Satz 3 gemeldeten Leistungsausgaben oder die Berücksichtigung nachträglicher Veränderungen der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erforderlich ist. Für die Erhebung und Meldung der Leistungsausgaben, der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der Versicherten und die Abgrenzung der Versichertengruppen gilt im Übrigen § 267 Abs. 1 bis 4 und 10 entsprechend. § 267 Abs. 9 gilt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über

1. die Abgrenzung der für den Risikopool erforderlichen Daten, der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die Ermittlung der Schwellenwerte nach Absatz 1,

Beschlüsse des 14. Ausschusses

stationär erbrachten Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Kranken- und Sterbegeld für einen Versicherten (ausgleichsfähige Leistungsausgaben) im Geschäftsjahr abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben die Ausgabengrenze (Schwellenwert) nach Satz 3, werden 60 vom Hundert des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Der Schwellenwert beträgt **in den Jahren 2002 und 2003** 20 450 Euro und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Der Risikopool wird aus der hierfür zu ermittelnden Finanzkraft aller Krankenkassen finanziert; dazu wird ein gesonderter Ausgleichsbedarfssatz ermittelt. § 266 Abs. 3 gilt entsprechend. **Abweichend von Satz 2 werden die Leistungsausgaben für Leistungen der nichtärztlichen ambulanten Dialyse für das Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt.**

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über

1. die Abgrenzung der für den Risikopool erforderlichen Daten, der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die Ermittlung der Schwellenwerte nach Absatz 1 **sowie das Nähere über die Berücksichtigung der von Dritten erstatteten Ausgaben** nach Absatz 1 **Satz 2**,

Entwurf

2. die Berechnungsverfahren, die Fälligkeit der Beträge, die Erhebung von Säumniszuschlägen, das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
3. die von den Krankenkassen und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,
4. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Rechenwerte,
5. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten.

(5) Das Nähere zur Erhebung und Abgrenzung der Daten und Datenträger und zur einheitlichen Gestaltung des Pseudonyms nach Absatz 3 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 bis zum 30. April 2002 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7.

(6) Mit dem Tage des Inkrafttretens der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Abs. 1 wird der Risikopool durch eine solidarische Finanzierung für besonders aufwändige Leistungsfälle (Hochrisikopool) ersetzt.“

5. § 284 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 10 wird nach dem Wort „Leistungsträgern“ ein Komma angefügt.
 - b) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 11 angefügt:

„11. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3), *der* Programme nach § 137g, *soweit die Daten in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegt sind, und des Risikopools* (§ 269 Abs. 1 bis 3)“
6. In § 291 Abs. 2 werden in Nummer 6 nach dem Komma die Wörter „für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form“ eingefügt.
7. Dem § 295 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Für nichtärztliche Dialyseleistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 4, § 267 Abs. 1 bis 6) und des Risikopools (§ 269 Abs. 3) erforderlichen Angaben versich-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. die Berechnungsverfahren, die Fälligkeit der Beträge, die Erhebung von Säumniszuschlägen, das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
3. die von den Krankenkassen und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,
4. die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikopools erforderlichen Rechenwerte,
5. die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten **durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen** einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten **sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.**

(5) unverändert

(6) unverändert

5. § 284 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) **Satz 1 wird wie folgt geändert:**
 - aa) In Nummer 10 wird nach dem Wort „Leistungsträgern“ ein Komma angefügt.
 - bb) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 11 angefügt:

„11. die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 bis 6, § 267 Abs. 1 bis 6, § 268 Abs. 3) **und des Risikopools** (§ 269 Abs. 1 bis 3) **sowie zur Gewinnung von Versicherten für die** Programme nach § 137g **und zur Vorbereitung und Durchführung dieser Programme“**
 - b) **In Satz 2 werden nach der Zahl „8“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Zahl „9“ ein Komma und die Zahl „11“ eingefügt.**
 - c) **In Satz 3 werden nach der Zahl „9“ ein Komma und die Zahl „11“ eingefügt.**
6. unverändert
7. Dem § 295 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Für nichtärztliche Dialyseleistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 4, § 267 Abs. 1 bis 6) und des Risikopools (§ 269 Abs. 3) erforderlichen Angaben versich-

Entwurf

chertenbezogen erstmals für das erste Quartal 2002 bis zum 1. Oktober 2002 zu übermitteln sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen.“

Artikel 2

**Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(860-5-12)**

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

1. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - b) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Leistungsausgaben, die im Risikopool (§ 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgeglichen werden.“
2. In § 7 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswirkungen der Einführung des Risikopools nach § 28a Abs. 5 und 6 sind zu berücksichtigen.“
3. In § 14 Abs. 1 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 19“ die Wörter

Beschlüsse des 14. Ausschusses

chertenbezogen erstmals für das erste Quartal 2002 bis zum 1. Oktober 2002 zu übermitteln sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der Programme nach § 137g die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 festgelegten Angaben versichertenbezogen an die Krankenkassen, **soweit sie an der Durchführung dieser Programme beteiligt sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben nach Satz 1 für Versicherte, die an den Programmen nach § 137f teilnehmen, versichertenbezogen. § 137f Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.**“

Artikel 2

**Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(860-5-12)**

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

01. In § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 werden jeweils die Wörter „die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen“ durch die Wörter „deren Erwerbsfähigkeit nach §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gemindert ist“ ersetzt.
02. In § 3 Abs. 3 Satz 4 werden die Wörter „Tag des Beginns“ durch die Wörter „ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn“ ersetzt.
1. unverändert
2. § 7 Abs. 2 wird **wie folgt geändert**:
 - a) Nach Satz 1 **wird** folgender Satz eingefügt:

„Die Auswirkungen der Einführung des Risikopools nach § 28a Abs. 5 und 6 sind zu berücksichtigen.“
 - b) **Folgender Satz wird angefügt**:

„Die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben für die Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden für die Jahre 2002 und 2003 vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage verfügbarer statistischer Grundlagen, Erhebungen oder wissenschaftlicher Analysen geschätzt.“
3. unverändert

Entwurf

„sowie der Risikopool nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

4. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„§ 28a
Solidarische Finanzierung für aufwändige
Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Bei der Ermittlung der im Risikopool (§ 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind Aufwendungen zu berücksichtigen für

1. Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Krankenhausbehandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Entbindung nach § 197 der Reichsversicherungsordnung, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Mindestzuschusses nach § 39a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Arznei- und Verbandmittel nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
3. nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,
5. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 4 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesversicherungsamt legt jährlich bis zum 15. Dezember des Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest.

(3) Die Krankenkassen ermitteln jährlich je Versicherten die Summe der in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben. Die Krankenkassen übermitteln die Summen der Leistungsausgaben nach Absatz 1 der Versicherten, für die der Schwellenwert nach Absatz 2 überschritten wird, bis zum 31. August des Folgejahres auf maschinell verwertbaren Datenträgern über ihre Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt. Die Spitzenverbände prüfen die Ergebnisse nach Satz 2 vor Übermittlung an das Bundesversicherungsamt auf Plausibilität und teilen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit. Das Bundesversicherungsamt kann das Nähere über die technische Aufbereitung der Daten

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„§ 28a
Solidarische Finanzierung für aufwändige
Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Bei der Ermittlung der im Risikopool (§ 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind Aufwendungen zu berücksichtigen für

1. Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Krankenhausbehandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Entbindung nach § 197 der Reichsversicherungsordnung, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Mindestzuschusses nach § 39a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Arznei- und Verbandmittel nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
3. nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,
5. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Abweichend von Satz 1 werden die Leistungsausgaben nach Satz 1 Nr. 3 für das Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt. § 4 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) unverändert

(3) unverändert

Entwurf

im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmen.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Daten nach Absatz 3 Satz 2 für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr folgende Werte:

1. Für jede Krankenkasse wird die Summe der im Risikopool berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten berechnet. Hiervon werden 60 vom Hundert des Betrags, der den Schwellenwert übersteigt, aus dem Risikopool finanziert.
2. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen, des Ausgleichsbedarfssatzes und der Finanzkraft im Risikopool gelten die §§ 8, 9, 11 und 12 entsprechend.
3. Für die Berechnung der Höhe der Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen gilt § 16 entsprechend.

(5) Jede Krankenkasse berechnet monatlich die Höhe ihres vorläufigen Ausgleichsanspruchs oder ihrer vorläufigen Ausgleichsverpflichtung. Hierfür sind für das Ausgleichsjahr 2005 ausgleichsfähige Leistungsausgaben in Höhe von 95 vom Hundert der im vorvergangenen Jahr durchschnittlich auf einen Kalendermonat entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die Ausgleichsjahre von 2006 an einen von Satz 2 abweichenden Prozentsatz bestimmen. Für die Schätzung des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes, die Ermittlung der vorläufigen Finanzkraft und die Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen nach Satz 1 gelten § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 17 entsprechend.

(6) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt für die vorläufigen Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen jeder Krankenkasse für die Jahre 2003 und 2004 die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 5 Satz 2. Grundlage sind die von den Krankenkassen bis 30. April 2003 über ihre Spitzenverbände zu übermittelnden Leistungsausgaben nach Absatz 1 des *Jahres 2002*, soweit diese den *vom Bundesversicherungsamt bis zum 15. Dezember 2002 festgelegten* Schwellenwert überschreiten. Soweit erforderlich, werden die Leistungsausgaben nach Absatz 1 Nr. 3 vom Bundesversicherungsamt hochgerechnet. Das monatliche Verfahren wird erstmals ab August 2003 durchgeführt; die vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die vorläufige Finanzkraft des *Jahres 2003* werden auf die verbleibenden Monate des Ausgleichsjahres verteilt.

(7) Für die Durchführung des Jahresausgleichs gelten die §§ 18 und 19 entsprechend.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) unverändert

(5) Jede Krankenkasse berechnet monatlich die Höhe ihres vorläufigen Ausgleichsanspruchs oder ihrer vorläufigen Ausgleichsverpflichtung. Hierfür sind für das Ausgleichsjahr **2004** ausgleichsfähige Leistungsausgaben in Höhe von 95 vom Hundert der im vorvergangenen Jahr durchschnittlich auf einen Kalendermonat entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die Ausgleichsjahre von **2005** an einen von Satz 2 abweichenden Prozentsatz bestimmen. Für die Schätzung des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes, die Ermittlung der vorläufigen Finanzkraft und die Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen nach Satz 1 gelten § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 17 entsprechend.

(6) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt für die vorläufigen Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen jeder Krankenkasse für die Jahre **2002** und 2003 die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 5 Satz 2. Grundlage sind die von den Krankenkassen bis 30. April **des Ausgleichsjahres** über ihre Spitzenverbände zu übermittelnden Leistungsausgaben nach Absatz 1 des **Vorjahres**, soweit diese den Schwellenwert **nach § 269 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** überschreiten. **Für das Ausgleichsjahr 2002 bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. März 2002 in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, in welcher Höhe die von Dritten erstatteten Ausgaben nach Absatz 3 Satz 1 pauschal zu berücksichtigen sind.** Das monatliche Verfahren wird erstmals ab August **2002** durchgeführt; die vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die vorläufige Finanzkraft des Ausgleichsjahres werden auf die verbleibenden Monate verteilt. Soweit erforderlich, werden die Leistungsausgaben nach Absatz 1 Nr. 3 vom Bundesversicherungsamt **für das Ausgleichsjahr 2003** hochgerechnet.

(7) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 3

Artikel 3

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

unverändert

Die auf Artikel 2 beruhenden Teile der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung können auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 4

Artikel 4

Inkrafttreten

unverändert

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.