

23.01.09

G

**Verordnung  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit**

---

**Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)****A. Problem und Ziel**

Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 wurde der Gesundheitsfonds eingeführt und es treten wesentliche Änderungen zum Risikostrukturausgleich in Kraft (§ 266 bis § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, die zuletzt durch Artikel 1 Nummer 178 bis Nummer 180 des Gesetzes vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378 geändert worden sind). In dieser Verordnung sollen weitere notwendige Details für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und des Zahlungsverkehrs zwischen dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen geregelt werden.

**B. Lösung**

Mit der Verordnung werden für die zielgenaue Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs weitere Risikogruppen für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland bzw. mit Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich sowie entsprechende Datenmeldungen durch die Krankenkassen eingeführt. Außerdem werden aus Gründen der Rechtssicherheit ergänzende Regelungen zur Fälligkeit und Zahlung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen im monatlichen Ausgleich und im Jahresausgleich getroffen.

**C. Alternativen**

Keine.

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

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

## E. Sonstige Kosten

Da die zusätzlich zu übermittelnden Daten den Krankenkassen bereits vorliegen, führt ihre Erfassung im vereinbarten Datenformat allenfalls zu geringfügigen Mehraufwendungen der Kassen, deren Umfang nicht quantifizierbar ist.

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

## F. Bürokratiekosten

- a) Es werden keine Informationspflichten für Unternehmen eingeführt, vereinfacht oder abgeschafft.
- b) Für Bürgerinnen und Bürger werden keine Informationspflichten eingeführt, vereinfacht oder abgeschafft.
- c) Es wird eine Informationspflicht für die Verwaltung geändert.

Anzahl:	1
betroffene Kreise:	gesetzliche Krankenkassen
Häufigkeit/Periodizität:	einmal jährlich
erwartete Mehrkosten:	nicht quantifizierbar
erwartete Kostenreduzierung:	keine

**23.01.09**

G

**Verordnung**  
des Bundesministeriums  
für Gesundheit

---

**Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 22. Januar 2009

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Ministerpräsidenten  
Peter Müller

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)

mit Begründung und Vorblatt.

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

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Abs. 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Thomas de Maizière



## **Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)**

Vom ...

Auf Grund des § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 und 3 bis 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), dessen Nummer 2 durch Artikel 1 Nummer 178 Buchstabe h Doppelbuchstabe bb und Nummer 4 zuletzt durch Doppelbuchstabe dd des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), dessen Nummer 3 durch Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3465), und dessen Nummer 5 durch Artikel 1 Nummer 53 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) geändert worden sind, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

### **Artikel 1**

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

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

1. § 29 wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 3 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
    - bb) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. für die Ermittlung der standardisierten Krankengeldausgaben die Mitgliedergruppen nach § 267 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht.“
  - b) Satz 2 wird aufgehoben.
2. § 30 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter eingefügt:

„mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,“
    - bb) Folgende Nummern 8 und 9 werden angefügt:

„8. die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,

9. die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
  - b) In Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „§ 29 Abs. 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 29 Nummer 1 und 2“ ersetzt sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„bei den Risikogruppen nach § 29 Nummer 3 können die Versicherungszeiten des Vorjahres unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde gelegt werden.“
3. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt. Solange die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung nicht den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt zu bestimmenden Plausibilitätskriterien genügen, werden die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung zeitgleich anhand der Kriterien Alter und Geschlecht sowie Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ermittelt. Satz 9 findet erstmals im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zum 31. März 2009 Anwendung.“

- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 29 Nummer 1 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Die Risikogruppen nach Satz 1 werden erstmals im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zum 31. März 2009 auf der Grundlage von Schätzungen berücksichtigt, die Risikogruppen nach Satz 2 werden erstmals im Jahresausgleich nach § 41 für das Ausgleichsjahr 2009 berücksichtigt.“

4. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 32

Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich“.

- b) In Satz 1 werden die Angabe „§ 17“ durch „§ 39 Absatz 3“ ersetzt und die Wörter „des Ausgleichsjahres“ gestrichen.

- c) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 30 Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.“

5. In § 34 Absatz 1 wird Satz 3 aufgehoben.

6. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 39

Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung“.

- b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 3 Abs. 6 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 3 Absatz 6 Satz 4 und 5“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für ein jeweiliges Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils zum 31. März und zum 30. September des Ausgleichsjahres sowie zum 31. März des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 unter Berücksichtigung der auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen ermittelten Höhe der Zuweisungen je Versicherten und der jeweils aktuellsten Datenmeldung nach § 32 neu und teilt diese den Krankenkassen mit. Das Bundesversicherungsamt kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich nach § 41 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung des § 30 Absatz 4 Satz 4 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. § 3 Absatz 6 Satz 4 und 5 gilt entsprechend. Die bis zur Neuberechnung nach Satz 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach Satz 1 und 2 neu ermittelt.“

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

„(3a) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesversicherungsamt gibt den Fälligkeitstermin der zu leistenden Beträge mit der Zusendung des Bescheides verbindlich auf. § 14 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das für den Zahlungsverkehr zuständige Bundesversicherungsamt an die Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund tritt. Zahlt eine Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 nicht innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit vollständig an den Gesundheitsfonds, wird der noch offene Betrag mit den nach Absatz 4 auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken, verrechnet, beginnend mit dem folgenden Ausgleichsmonat. Auf Antrag einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Verrechnung nach Satz 5 auf die folgenden Ausgleichsmonate verteilen, wenn es auf der Grundlage eines von der Krankenkasse erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die bei der Krankenkasse vorhandenen Mittel nach § 260 und § 261 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der in § 155 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Ansprüche und Forderungen nicht ausreichen, die vollständige Zahlung zu bewirken; spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Fälligkeit muss die Zahlung nach Satz 2 vollständig bewirkt sein.“

7. In § 41 Absatz 4 wird Satz 4 wie folgt gefasst:  
„§ 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“

**Artikel 2**

**Inkrafttreten**

(1) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 3 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2009 in Kraft.

(2) Im Übrigen tritt diese Verordnung am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.



## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

Am 1. Januar 2009 sind die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Regelungen zum Gesundheitsfonds und zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in Kraft getreten. Durch die Berücksichtigung von 80 ausgewählten Krankheiten erhalten die Krankenkassen künftig gezielt die Zuweisungen, die sie zur Deckung des standardisierten Versorgungsbedarfs ihrer Versicherten benötigen.

Mit dieser Verordnung werden auf der Grundlage von § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 SGB V zwei weitere Versichertengruppen eingeführt. Die Krankenkassen sind grundsätzlich nicht in der Lage, für diese Versicherten die geforderten Morbiditätsmerkmale zur Bestimmung ihres standardisierten Versorgungsbedarfs zu erheben. Daher wird für diese beiden Gruppen jeweils ein gesondertes Verfahren zur Ermittlung ihrer Risikozuschläge bestimmt und ihre gesonderte Kennzeichnung im zu übermittelnden Datensatz festgelegt.

Bereits im bisherigen Risikostrukturausgleich war es in Einzelfällen zulässig, ein abweichendes Verfahren für die Ermittlung des voraussichtlichen Beitragsbedarfs einer Kasse zu bestimmen, wenn dieser erheblich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis abwich. Diese Regelung wird in der Verordnung an die veränderten Bedingungen des Gesundheitsfonds angepasst.

Auf der Grundlage von § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 bis 6 SGB V wird in dieser Verordnung zudem das Nähere zur Fälligkeit der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen, zur Erhebung von Säumniszuschlägen sowie zur Durchführung des Ausgleichs geregelt.

Die Möglichkeit einer unterschiedlichen - unmittelbaren oder mittelbaren - Betroffenheit von Frauen und Männern durch die Regelungen dieser Verordnung besteht nicht, da sich die Änderungen zu den Versicherten ausschließlich auf alle Versicherten der Krankenkassen beziehen. Diese Änderungen haben keine unterschiedlichen Auswirkungen auf weibliche oder männliche Versicherte.

Für die gesetzlichen Krankenkassen wird die Informationspflicht in § 30 RSAV geändert. Die Krankenkassen müssen in der Datenmeldung zwei weitere Kennzeichnungen vornehmen (§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und 9 RSAV – neu). Für Bürger und Unternehmen werden keine Informationspflichten eingeführt.

### B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der RSAV)

Zu Nummer 1 (§ 29)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Personenkreis mit bzw. ohne Anspruch auf Krankengeld mit Wirkung zum 1. Januar 2009 neu abgegrenzt. Der erhöhte Beitragssatz für Personen mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit entfällt. Für diese Mitglieder haben die Krankenkassen entsprechende Wahltarife anzubieten, die über Prämienzahlungen des Mitglieds finanziert werden (§ 53 Absatz 6 und 9 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes). § 267 Absatz 2 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes begrenzt die Zahl der Versichertengruppen infolge der Neuregelungen daher auf die beiden Gruppen für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld und Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Diese Änderung wird in der RSAV nachvollzogen und damit klargestellt, dass ab dem Ausgleichsjahr 2009 eine von § 2 Absatz 1 abweichende Abgrenzung dieser Versichertengruppen besteht.

Das Nähere über die Bestimmung und Anpassung des Klassifikationsmodells wurde in den §§ 30 und 31 bereits umgesetzt. Satz 2 ist daher entbehrlich.

Zu Nummer 2 (§ 30)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei der versichertenbezogenen Erhebung der für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 bleiben künftig die gesonderten, nur im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP) berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben außer Betracht (§ 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10). Unberücksichtigt bleiben ebenfalls die Aufwendungen, die den Krankenkassen auf Grund der Entwicklung und Durchführung von DMPs entstehen (§ 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11). Zur Deckung dieser standardisierten Aufwendungen erhalten die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2009 Zuweisungen nach § 38 in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für gesetzlich Krankenversicherte mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland liegen Informationen weder über Diagnosen noch über Arzneimittelwirkstoffe zeitnah und vollständig vor, so dass Risikozuschläge auf der Grundlage des vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Klassifikationsmodells (s. § 29 Nummer 1) nicht ermittelt werden können. Um für diese Versichertengruppe gesonderte Zuschläge berechnen zu können, wird daher mit § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 zunächst eine zusätzliche Pflicht zur Kennzeichnung dieser Versicherten durch die Krankenkassen eingeführt.

Die Vorschrift wird mit § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 um eine weitere Verpflichtung der Krankenkassen zur Datenmeldung für Versicherte mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung ergänzt. Für diese Versicherten liegen die Informationen über Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich in der Regel nicht in der für die Bestimmung von Risikozuschlägen erforderlichen Qualität und Form vor. Um für diese Versichertengruppe eigene Risikozuschläge berechnen zu können, sind ihre Versichertenzeiten gesondert zu ermitteln, und zwar getrennt nach Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V sowie mit Teilnahme an dem Wahltarif nach § 53 Absatz 4 SGB V, um so eine entsprechende Differenzierung der Risikogruppen nach § 31 Absatz 5 (neu) zu ermöglichen.

Die Daten sind erstmalig zum 15. August 2009 für das Berichtsjahr 2008 zu liefern (s. § 30 Absatz 4 Satz 1).

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt klar, dass fehlerhafte oder nicht termingerecht von den Krankenkassen übermittelte Daten bei der Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen und zu dem Merkmal der Erwerbsminderung nicht zu berücksichtigen sind. Die Versicherten werden nur den nach den Merkmalen Alter und Geschlecht gebildeten Versichertengruppen zugeordnet. Sofern auch diese Daten fehlerhaft oder nicht termingerecht geliefert wurden, kann auf Vorjahresdaten mit einem angemessenen Sicherheitsabzug für Mitgliederfluktuation zurückgegriffen werden (vgl. § 3 Absatz 4 Satz 5).

Zu Nummer 3 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Den gesetzlichen Krankenkassen liegen für ihre Versicherten mit Wohnsitz im Ausland in der Regel Angaben über die Leistungsausgaben nicht oder nicht zeitnah vor. Die Berücksichtigung dieser unvollständigen Ausgaben und der für die Gruppe der

Versicherten mit Wohnsitz im Ausland gemeldeten Versicherungszeiten bei der Ermittlung der Zu- und Abschläge würde daher zu einer Verzerrung führen. Die Risikozuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland werden nach § 31 Absatz 5 gesondert ermittelt.

Die Daten im Bereich der zahnärztlichen Versorgung liegen den Krankenkassen bislang nur unzureichend vor. Aus diesem Grund ist eine versichertenbezogene Meldung dieser Daten und damit eine Berücksichtigung im Regressionsverfahren derzeit nicht möglich. Um bereits im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 eine erhöhte Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erreichen, werden, bis die Datenmeldungen den vom Spitzenverband Bund im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt geforderten Plausibilitätskriterien genügen, die Zuweisungen für die standardisierten zahnärztlichen Leistungsausgaben entsprechend den Zuweisungen für die standardisierten Krankengeldausgaben zeitgleich nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus ermittelt. Die Berücksichtigung erfolgt erstmals im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zum 31. März 2009.

Zu Buchstabe b

Die Neufassung des Absatzes 5 regelt die Ermittlung der Risikozuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland sowie für Versicherte, die Kostenerstattung für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung gewählt haben, da die notwendigen Morbiditätsmerkmale von den Krankenkassen in der Regel nicht erhoben werden können.

So liegen den gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz im Ausland in der Regel weder Angaben über die im Ausland entstandenen tatsächlichen Behandlungskosten noch die Diagnosen und verordneten Arzneimittelwirkstoffe vor. Der Ausgleich der Behandlungskosten erfolgt in der Regel durch eine Pauschalzahlung der gesetzlichen Krankenkasse, die über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) abgewickelt wird. Auf Grund der fehlenden Diagnosedaten und Arzneimittelinformationen können Risikozuschläge auf der Grundlage des vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Versichertenklassifikationsmodells für Versicherte mit Wohnort im Ausland, die sich dort auch behandeln lassen, daher nicht ermittelt werden (s. § 29 Nummer 1). Da die tatsächlichen Ausgaben nicht bzw. nicht zeitnah vorliegen, kann eine separate Risikogruppe – wie für die Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich – nicht gebildet werden. Für Versicherte mit dauerhaftem Wohnort im Ausland ist daher eine gesonderte Versichertengruppe zu bilden, für die gesonderte Risikozuschläge ermittelt werden. Maßgeblich für die Zuordnung zu der Gruppe ist, dass die Versicherten während des überwiegenden Teils des Vorjahres ihren Wohnsitz im Ausland hatten. Diese Versichertengruppe soll Risikozuschläge erhalten, die den durchschnittlichen für die übrigen GKV-Versicherten ermittelten Risikozuschlägen der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe entsprechen. Die Ermittlung der Zuschläge für die Gruppen nach § 29 Nummer 2 (Erwerbsminderung) und Nummer 3 (Alter und Geschlecht) bleibt unberührt. Das Bundessozialgericht hat für den Status-quo-RSA mit Urteil vom 24. Januar 2003 (Az.: B 12 KR 2/02 R) entschieden, dass im Ausland lebende Familienversicherte, für die Abrechnungsdaten nicht vorliegen und für deren Behandlungskosten die Krankenkassen Pauschalzahlungen leisten, bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs einzubeziehen und damit wie im Inland lebende Versicherte zu behandeln sind. Diese Grundsätze werden unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA entsprechend berücksichtigt. Da für die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland eine gesonderte Gruppe mit gesonderten Risikozuschlägen eingeführt wird, werden ggf. gemeldete Diagnosen für diese Versicherten (ambulant und stationär) nicht berücksichtigt.

Versicherte, die für den ambulanten Bereich Kostenerstattung gewählt haben (gemäß § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V), nehmen in der Regel privatärztliche Behandlung in Anspruch und reichen die Rechnung anschließend bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur Erstattung ein. Im Rahmen der nichtvertragsärztlichen Behandlung besteht aber keine Verpflichtung zur Verschlüsselung der Diagnosen nach den ICD-Codes und zur Sicherung der Diagnosequalität. Damit liegt ein wesentlicher Teil der

Angaben zur Ermittlung der Morbiditätszuschläge auf der Grundlage des vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Klassifikationsmodells (s. § 29 Nummer 1) für diese Versicherten nicht vor. Um die Risikostruktur dieser Versicherten abbilden und entsprechende Zuschläge berechnen zu können, wird daher abweichend von § 29 Nummer 1 eine zusätzliche Versichertengruppe eingeführt. Der für diese Risikogruppe maßgebliche Risikozuschlag ermittelt sich durch Berücksichtigung dieser zusätzlichen Gruppe bei der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren im Rahmen des Regressionsverfahrens nach § 31 Absatz 4 Satz 1. Da die Aufwendungen für einen Wahltarif nach § 53 Absatz 9 SGB V aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu erzielen sind, sind diese Mehraufwendungen nicht zu berücksichtigen (s. auch § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 in Verbindung mit § 4). Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine weitere Differenzierung innerhalb dieser Versichertengruppe vorsehen, wenn dadurch die Zielgenauigkeit verbessert wird. Die Ermittlung der Zuschläge für die Gruppen nach § 29 Nummer 2 (Erwerbsminderung) und Nummer 3 (Alter und Geschlecht) bleibt unberührt. Da für die Versicherten mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung eine gesonderte Gruppe mit gesonderten Risikozuschlägen eingeführt wird, werden ggf. gemeldete Diagnosen für diese Versicherten (ambulant und stationär) nicht berücksichtigt.

Sollten Versicherte die Voraussetzungen für die Zuordnung sowohl zur Gruppe der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland als auch zur Gruppe der Kostenerstatter erfüllen, werden sie der Versichertengruppe der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland zugeordnet. Da die Voraussetzung für die Zuordnung zu diese Gruppe ist, dass der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt während des überwiegenden Teils des Vorjahres im Ausland bestand, ist davon auszugehen, dass Leistungsausgaben vorrangig im Ausland anfallen und den Krankenkassen Angaben darüber nicht oder nicht zeitnah vorliegen.

Bis zum Inkrafttreten dieser Regelung gilt § 39 Absatz 2 in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes. Die Risikogruppe der Versicherten mit Wohnort im Ausland wird erstmalig im Rahmen des monatlichen Ausgleichs nach § 39 Absatz 3 (neu) berücksichtigt. Versicherte mit Anspruch auf Kostenerstattung für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung werden erstmals im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2009 berücksichtigt. Unabhängig von der Berücksichtigung dieser Risikogruppe im Jahresausgleich besteht für betroffene Krankenkassen die Möglichkeit, einen Einzelfallantrag nach § 39 Absatz 3 (neu) zu stellen.

Die bisherige Regelung über die Kostentragung wird aufgehoben. Sie ist entbehrlich, da in § 39 Absatz 5 in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 bestimmt ist, dass die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds und der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (einschließlich seiner Weiterentwicklung) entstehenden Kosten aus den Einnahmen des Fonds zu tragen sind.

Zu Nummer 4 (§ 32)

Zu den Buchstaben a und b

Die Überschrift dieser Vorschrift wird an ihren Regelungsinhalt angepasst. Die Vorschrift regelt die Zeitpunkte der Datenerhebung, den Übermittlungsweg und die Übermittlungsart für den monatlichen Ausgleich. Der monatliche Ausgleich wird ab dem 1. Januar 2009 in § 39 geregelt, der Verweis in Satz 1 wird entsprechend angepasst. Klargestellt wird außerdem, dass maßgeblich für die Datenmeldung im Sinne dieser Vorschrift die Berichtszeiträume sind, weshalb die Bezugnahme auf das Ausgleichsjahr hier entfallen kann.

Zu Buchstabe c

§ 30 Absatz 4 Satz 4 regelt die Folgen von fehlenden oder verspätet gelieferten Datenmeldungen für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA. Durch den

angefügten Satz wird sichergestellt, dass die entsprechenden Folgen auch bei den Datenmeldungen für das monatlichen Verfahren eintreten.

Zu Nummer 5 (§ 34)

Im Rahmen der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds bleiben Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland unberücksichtigt (§ 33 Absatz 3 in der Fassung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes). Die Angaben über die Zahl dieser Versicherten sind im Rahmen des § 34 dennoch zu erheben, um die Nichtberücksichtigung dieser Versicherten im monatlichen Ausgleich zu den Übergangsregelungen zu gewährleisten. § 39 Absatz 2 sieht eine monatliche Anpassung der Zuweisungen an die Veränderungen der Versichertenzahlen vor. Die monatlichen Meldungen weisen die Versicherten mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland jedoch nicht gesondert aus. Um diese Versicherten anteilig aus der gemeldeten Gesamtzahl der Versicherten herausrechnen zu können, müssen die entsprechenden Angaben auf der Grundlage von § 34 erfasst sein.

Zu Nummer 6 (§ 39)

Zu den Buchstaben a und b

Die Überschrift der Vorschrift wird an ihren Regelungsinhalt angepasst.

Der bisherige Verweis auf die Regelung zu den Einzelfallanträgen nach § 3 Absatz 6 Satz 6 entfällt an dieser Stelle, da diese in § 39 Abs. 3 neu geregelt werden.

Zu Buchstabe c

Künftig werden für ein Ausgleichsjahr im Rahmen des monatlichen Ausgleichs drei monatliche Ausgleichs nach § 39 Absatz 3 als Anpassung an die unterjährigen Veränderungen in der Versichertenstruktur durchgeführt (Satz 1). Neu ist die erste Anpassung zum 31. März des Ausgleichsjahres, bei der auf Grund der Datenmeldung nach § 32 aktuelle Daten aus dem Vorjahr über die Verteilung der Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen vorliegen. So kann eine höhere Zielgenauigkeit der monatlichen Abschlagszahlungen erreicht werden. Dabei bleibt das Zuweisungsvolumen je Versicherten, das vorab auf der Grundlage der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen festgelegt wurde, unverändert.

Die Anpassungen gelten nach Satz 1 und 2 für die zukünftigen Abschlagszahlungen und nach Satz 5 zur Korrektur der bislang geleisteten Abschlagszahlungen. Während für die Anpassung nach Satz 1 die zuletzt festgestellte Versichertenstruktur ausschlaggebend ist, kann bei den Korrekturen nach Satz 5 die versichertentaggenaue Erfassung der Versichertenstrukturen zugrunde gelegt werden. Hierzu kann das Bundesversicherungsamt die Feststellung nach Satz 1 entsprechend differenziert vornehmen.

Die Möglichkeit Einzelfallanträge zu stellen (s. bisherige Regelung in § 3 Absatz 6 Satz 4 bis 6) besteht auch über das Jahr 2008 hinaus fort. Die Vorschrift wird an die Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA und des Gesundheitsfonds angepasst sowie die Durchführung in das Verfahren der unterjährigen Anpassung an die Versichertenstruktur eingegliedert. Die Antragsbefugnis geht auf die einzelnen Krankenkassen über, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist vor der Entscheidung des Bundesversicherungsamtes über den Einzelfall anzuhören. § 30 Absatz 4 Satz 4, der bestimmte Folgen an die Fälle fehlerhafter oder nicht termingerechtem übermittelter Daten knüpft, ist zu berücksichtigen. Der mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz eingeführte Satz 2 wird Satz 5 und redaktionell angepasst.

Zu Buchstabe d

Entsprechend der Regelung in § 41 zum Jahresausgleich werden auch für den monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 die Fälligkeitstermine für die im Rahmen der Anpassungen an die Veränderungen in den Versichertenstrukturen festgestellten Ausgleichsansprüche bzw. -verpflichtungen eingefügt. Zahlt eine Krankenkasse trotz Fälligkeit der gegen sie bestehenden Ausgleichsforderung nicht, wird die offene Forderung nach einem weiteren Zeitraum von 14 Tagen mit ihren monatlichen Zuweisungen verrechnet, um die Liquidität des Gesundheitsfonds sicherzustellen. Die Verrechnung der offenen Forderung mit den in Teilbeträgen auszahlenden monatlichen Zuweisungen erfolgt jeweils in der Höhe, in der sich die gegenseitigen Forderungen der Höhe nach decken, bis die Zahlung vollständig bewirkt ist. Sind die Betriebsmittel und Rücklagen einer Krankenkasse nicht ausreichend, um die Zahlung bei Fälligkeit vollständig zu bewirken, kann das Bundesversicherungsamt auf Antrag der Krankenkasse bei entsprechendem Nachweis die Verrechnung auch auf die künftigen Ausgleichsmonate erstrecken. Es ist sicherzustellen, dass die Kasse die Ansprüche der Leistungserbringer und der Versicherten sowie die Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts befriedigen kann. Innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Fälligkeit muss die Zahlung jedoch vollständig bewirkt sein. Säumniszuschläge sind unabhängig von der Möglichkeit der Stundung der Ausgleichsforderung zu erheben, soweit die Forderung noch offen ist (s. § 14 Absatz 3 Satz 1).

Zu Nummer 7 (§ 41)

Die Fälligkeit der im Jahresausgleich ermittelten Ausgleichsansprüche bzw. -verpflichtungen wird entsprechend § 19 Absatz 3 Satz 2 geregelt, um die Flexibilität der Zahlungen (in Abhängigkeit von der Liquidität des Gesundheitsfonds) zu gewährleisten. Für verspätete Zahlungen werden Säumniszuschläge erhoben. Um die Liquidität des Gesundheitsfonds zu gewährleisten, erfolgt eine Verrechnung der offenen Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse entsprechend der Regelung in § 39 Absatz 3a (neu).

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Durch das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. Januar 2009 soll sichergestellt werden, dass die neu eingeführten Versichertengruppen für das gesamte Ausgleichsjahr 2009 Berücksichtigung finden und die Krankenkassen zielgenau Zuweisungen zur Versorgung ihrer Versicherten erhalten.

Die Ergänzung in § 29 um die Versichertengruppen der Personen ohne Anspruch auf Krankengeld bzw. mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung stellt lediglich die seit dem 1. Januar 2009 ohnehin geltende Rechtslage klar (§ 267 Absatz 2 Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes), so dass durch das rückwirkende Inkrafttreten dieser Regelung keine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung besteht.

Die rückwirkende Einführung der Vorgaben zur Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten zahnärztlichen Leistungsausgaben verstößt ebenfalls nicht gegen das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot. Die Regelung wirkt sich erstmals im monatlichen Verfahren zum 31. März 2009 aus. Da die monatlichen Zuweisungen noch nicht der endgültigen Festsetzung der Zuweisungen an die Krankenkassen im Jahresausgleich entsprechen, wird nicht nachträglich ändernd in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingegriffen (unechte Rückwirkung). Die Regelung bewirkt vielmehr, dass bereits im monatlichen Verfahren eine zielgenaue Verteilung der Zuweisungen im Hinblick auf den Ende 2010 durchzuführenden Jahresausgleich erreicht wird.

Auch in der Einführung der Versichertengruppen der Personen mit Wohnsitz im Ausland mit entsprechender Nichtberücksichtigung ihrer Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1

sowie in der Einführung der Versichertengruppe der Personen mit Anspruch auf Kostenerstattung für den ambulanten Bereich zum 1. Januar 2009 zwecks gesonderter Ermittlung von Risikozuschlägen liegt kein Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot. Von der Regelung sind nur die im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen bzw. nur der erst Ende 2010 durchzuführende Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2009 betroffen. Die monatlich gezahlten Zuweisungen sind aber immer nur vorläufig, erst bei Durchführung des Jahresausgleichs wird die endgültige Höhe der Zuweisungen für die Krankenkassen ermittelt (vgl. § 266 Absatz 6 Satz 1, 4 und 5 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes), so dass nicht nachträglich ändernd in abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird (unechte Rückwirkung). Für die Krankenkassen wird mit der Neuregelung die Zielgerechtigkeit der Zuweisungen zur Deckung des standardisierten Versorgungsbedarfs ihrer Versicherten nochmals verbessert.

Zu Absatz 2

Die übrigen Vorschriften treten am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.





**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKR-Gesetz:  
NKR-Nr. 825 Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-  
Ausgleichsverordnung (19. RSA-ÄndV)**

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

Für Unternehmen und Bürger werden mit der Änderungsverordnung keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder abgeschafft. Für die Verwaltung wird eine Informationspflicht geändert. Die Krankenkassen müssen künftig für die neu eingeführten Risikogruppen die entsprechenden Daten von den Versicherten erheben.

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

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Catenhusen  
Berichterstatter