

23.05.96

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Erste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (RSAV)

A. Zielsetzung

Durch die Verordnung sollen das seit 1994 praktizierte Verfahren des Risikostrukturausgleichs verbessert, mehr Rechtssicherheit für die Beteiligten geschaffen und die Regelungen an zwischenzeitliche Rechtsänderungen angepaßt werden.

B. Lösung

Im Vordergrund der Regelungen stehen

- die Verbesserung der Datengrundlagen für die Berechnung des Risikostrukturausgleichs,
- die Herstellung zeitnaher Ausgleichsmöglichkeiten bei Zahlungsverzug,
- rechtliche Klarstellungen zur Umsetzung des vorläufigen Jahresausgleichs 1994.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

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

23.05.96

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Erste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (RSAV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes
031 (312) - 811 00 - Ri 6/96

Bonn, den 23. Mai 1996

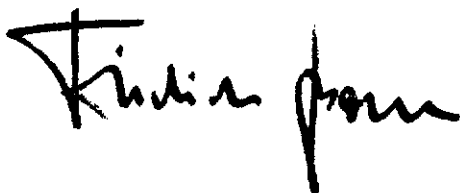
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von dem Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Erste Verordnung zur Änderung der
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(RSAV)

mit Begründung und Vorblatt.

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



Erste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)

vom

Auf Grund des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), der durch Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) neu gefaßt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

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

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

"(4) Die Krankenkassen legen die Daten nach Absatz 1 bis zum 16. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres den für sie nach § 79 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständigen Stellen auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen leiten die Daten nach Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität spätestens vier Wochen nach dem in Satz 1 genannten Abgabetermin an das Bundesversicherungsamt auf maschinell verwertbaren Datenträgern weiter. Das Ergebnis ihrer Prüfung nach Satz 2 teilen die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt schriftlich mit. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen. Liegen die Daten dem Bundesversicherungsamt nicht bis zu dem in Satz 2 genannten Termin vor oder stellt das Bundesversicherungsamt erhebliche Fehler fest, kann es nach Anhörung der betroffenen Spitzenverbände oder Krankenkassen die Versicherungszeiten des Vorjahres unter Berücksichtigung der Mitgliederfluktuation und eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde legen."

c) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

"Weicht die Zahl der nach Satz 3 zum Ersten des Vormonats zu berücksichtigenden Mitglieder einer Krankenkasse erheblich von der Zahl der Mitglieder im Ausgleichsmonat ab und ist diese Abweichung für weitere Monate zu erwarten, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spit-

zenverbandes der betroffenen Krankenkasse in begründeten Einzelfällen ein von Satz 1 und 2 abweichendes Verfahren bestimmen."

2. In § 4 Abs. 3 werden die Wörter "§ 200 a der Reichsversicherungsordnung," gestrichen.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

"(3) Zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse können die nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhobenen Beträge vom Bundesversicherungsamt durch statistische Berechnungsverfahren bereinigt oder für einzelne oder mehrere Leistungsarten durch andere verfügbare statistische Grundlagen, Erhebungen oder wissenschaftliche Analysen ergänzt oder ersetzt werden. Ob eine Verbesserung der Stichprobenergebnisse nach Satz 1 erforderlich ist, bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Ein einheitlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse nach Satz 1 ist vom Bundesversicherungsamt zu berücksichtigen."

b) Folgende Absätze werden angefügt:

"(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 15. August, die Ergebnisse zu den Krankengeldausgaben und Krankengeldtagen bis zum 31. Mai des Folgejahres über ihre Spitzenverbände dem Bundesversicherungsamt auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor. Die Spitzenverbände prüfen die Ergebnisse nach Satz 1 vor Übermittlung an das Bundesversicherungsamt auf Vollständigkeit und Plausibilität und teilen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen; die Bestimmung ersetzt insoweit die Vereinbarung

nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(5) Zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse nach Absatz 3 erheben die Krankenkassen nach Abstimmung mit ihrem Spitzenverband für die in § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungsarten und die Versichertengruppen nach § 2 auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsunterlagen nicht versichertenbezogen ergänzende Daten, wenn und soweit dies der Vorschlag der Spitzenverbände nach Absatz 3 Satz 3 vorsieht."

4. Dem § 8 Abs. 4 Nr. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Die Krankenkasse paßt den Betrag nach Satz 1 an die Entwicklung der Zahl der Rentner an; das Nähere hierzu bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen."

5. Dem § 9 wird folgender Absatz angefügt:

"(5) Weicht die Zahl der nach Absatz 1 Satz 2 zum Ersten des Vormonats zu berücksichtigenden Mitglieder einer Krankenkasse erheblich von der Zahl der Mitglieder im Ausgleichsmonat ab und ist diese Abweichung für weitere Monate zu erwarten, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in begründeten Einzelfällen ein von Absatz 1 Satz 2 abweichendes Verfahren bestimmen. Weicht die Veränderung der voraussichtlichen durchschnittlichen Summen der beitragspflichtigen Einnahmen (Absatz 2) einer Krankenkasse erheblich von der nach Absatz 2 geschätzten Veränderung ab, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in begründeten Einzelfällen ein von Absatz 2 abweichendes Verfahren bestimmen."

6. In § 11 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
"Die Schätzung ist an zwischenzeitliche Veränderungen der Beitragsbedarfssumme und der Ausgleichsgrundlohnsumme anzupassen."
7. § 13 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird Absatz 1.
 - b) Folgender Absatz wird angefügt:
"(2) Das Bundesversicherungsamt kann
 1. in §§ 6, 7 und 10 vorgeschriebene Berechnungsschritte zur Ermittlung des Beitragsbedarfs zur Vereinfachung zusammenfassen,
 2. für Berechnungen und Bekanntmachungen anstelle des Versichertenjahres den Versichertentag zugrunde legen,
 3. die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben (§ 7) für ein Kalenderjahr im voraus festsetzen,
 4. im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten (§ 8 Abs. 4) von dem in § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Stichtag abweichen."
8. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
"Die Krankenkassen verrechnen den ihnen nach Absatz 2 zustehenden Betrag einschließlich der ihnen nach § 255 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehenden Beiträge aus Renten mit den für die Bundesversicherungs-

anstalt für Angestellte in dem jeweiligen Ausgleichsmonat eingezogenen Beiträgen."

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

"(5) Die Krankenkassen verrechnen den nach Absatz 3 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zustehenden Betrag mit den ihnen nach § 255 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehenden Beiträgen aus Renten. Übersteigen die Beiträge aus Renten den Unterschiedsbetrag nach Absatz 3, gilt Absatz 4 Satz 2 und 3 entsprechend. Übersteigt der Unterschiedsbetrag nach Absatz 3 die Beiträge aus Renten, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bis zum 15. des jeweiligen Ausgleichsmonats zu zahlen. Sofern die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nichts anderes bestimmt, sind die Zahlungen an sie auf die für die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge maßgebenden Konten zu leisten. Die Zahlung durch Scheck ist nicht zulässig."

c) Folgender Absatz wird angefügt:

"(9) Werden Verpflichtungen zur Zahlung nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht erfüllt, gilt § 19 Abs. 4 entsprechend. Liegt der Nachweis nach Absatz 7 Satz 1 nicht fristgemäß vor, kann das Bundesversicherungsamt für die Krankenkasse die Höhe des Anspruchs oder der Verpflichtung für den Ausgleichsmonat auf der Grundlage verfügbarer oder geschätzter Daten verbindlich festsetzen. Für die Erhebung der Verzugszinsen gilt der Zeitpunkt nach Absatz 5 Satz 3. Absatz 4 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Zugangs der Anforderung der Zugang der Festsetzung durch das Bundesversicherungsamt tritt."

9. § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

"§ 17 Abs. 4 Satz 1 und § 17 Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend."

b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"§ 17 Abs. 5 Satz 2 und 3 und § 17 Abs. 6 gilt entsprechend."

c) Folgender Absatz wird angefügt:

"(4) Werden Verpflichtungen zur Zahlung nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht erfüllt, kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zur Vermeidung von Belastungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte den Fehlbetrag bis zu seiner Zahlung bei der Festsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes für den monatlichen Ausgleich (§ 11 Abs. 2) berücksichtigen. Verzugszinsen, die über den 15. des Monats, für den der Ausgleichsbedarfssatz nach Satz 1 gilt, hinaus anfallen, stehen den Krankenkassen zu. Sie sind bei der Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes im Jahresausgleich zu berücksichtigen."

10. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

"(2) Werden nach Abschluß des Jahresausgleichs nach § 25 Abs. 1 Satz 1 erhebliche Fehler in den gemeldeten Versicherungszeiten (§ 3) festgestellt, kann das Bundesversicherungsamt diese bei der Festsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes für den monatlichen Ausgleich (§ 11 Abs. 2) berücksichtigen. Das Nähere bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen."

11. Dem § 23 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Für den monatlichen Ausgleich im Geschäftsjahr 1996 gilt § 2 und § 25 Abs. 2 Satz 3."

12. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird nach der Angabe "1994" die Angabe "und 1995" eingefügt.
- b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
"Satz 1 gilt nicht, wenn die Datenerhebung zu teilweise verwertbaren Ergebnissen geführt hat und mit dem Jahresausgleich nach Absatz 1 Satz 1 die Ergebnisse des monatlichen Ausgleichs verbessert werden können. Zur Verbesserung und Ergänzung der Stichprobenergebnisse nach Satz 2 können für die Bestimmung der Verhältnismerte wissenschaftlich-statistische Auswertungen anderer Datenquellen und Schätzungen zugrunde gelegt werden."
- c) Folgender Absatz wird angefügt:
"(3) Auf der Grundlage der 1996 durchgeführten Erhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen die Verhältnismerte für 1994 und 1995 im Jahresausgleich für 1996 korrigieren. Ein einheitlicher Vorschlag aller Spitzenverbände der Krankenkassen ist zu berücksichtigen."

Artikel 2 Inkrafttreten

Artikel 1 Nummer 10, Nummer 11 und Nummer 12 Buchstabe b tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1995 in Kraft. Die übrigen Vorschriften dieser Verordnung treten am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den

Der Bundesminister für Gesundheit

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Seit dem 1. Januar 1994 wird in der gesetzlichen Krankenversicherung der Risikostrukturausgleich durchgeführt. Mit Wirkung ab 1. Januar 1995 wurden die Risikobelastungen für pflichtversicherte Rentner in den Ausgleich einbezogen und der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner abgeschafft (§§ 266, 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch i.V.m. Artikel 34 §§ 1 und 2 und Artikel 35 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes). Das Nähere über das Verfahren des Risikostrukturausgleichs, insbesondere über die Ermittlung und Abgrenzung der Rechenwerte sowie die Art und den Umfang der erforderlichen Daten regelt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (§ 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Mit der ersten Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sollen das Verfahren zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbessert und die Regelungen an zwischenzeitliche Rechtsänderungen angepaßt werden. Die Änderungen berücksichtigen die Erfahrungen mit der Durchführung des monatlichen Ausgleichs seit Januar 1994 und des ersten vorläufigen Jahresausgleichs für 1994, der im Dezember 1995 durchgeführt wurde. Rechtsunsicherheiten, die dabei entstanden sind, werden beseitigt.

Die Neuregelungen konzentrieren sich auf

- eine zeitnahe Verbesserung der Ausgleichsergebnisse (Art. 1 Nr. 1, 3, 4 bis 6),
- die Vermeidung unvertretbarer Finanzierungssalden im monatlichen Ausgleich und im Jahresausgleich (Art. 1 Nr. 8 Buchstabe c und Nr. 9 Buchstabe c),
- die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, die in der Einführungsphase nach Durchführung der ersten Datenerhebungen entstanden sind (Art. 1 Nr. 3, Nr. 10 bis 12),

- Angleichungen an zwischenzeitliche Änderungen im Leistungs- und Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (Art. 1 Nr. 2, Nr. 8 Buchstabe a und b),
- Verfahrenserleichterungen (Art. 1 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 3 Buchstabe b und Nr. 7).

Insgesamt wird mit der Verordnung mehr Ausgleichsgerechtigkeit für die Krankenkassen und mehr Flexibilität bei der Umsetzung durch das Bundesversicherungsamt geschaffen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 3)

Die Vorschrift berücksichtigt die Erfahrungen mit der Erhebung der Versicherungszeiten nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahre 1994.

Zu Buchstabe a

Die Berechnung der Versicherungszeiten in Jahren hat sich als unzweckmäßig erwiesen. Durch die Streichung wird eine Berechnung in Tagen ermöglicht und das Verfahren vereinfacht.

Zu Buchstabe b

In Absatz 4 Satz 2 und 3 wird die Pflicht der Spitzenverbände der Krankenkassen konkretisiert, die von den Krankenkassen erhobenen Daten vor Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt zu prüfen. Hierzu gehört auch, bei festgestellten Unvollständigkeiten, Fehlern oder Unplausibilitäten eine umgehende Korrektur der Daten durch die Krankenkassen zu veranlassen. Dadurch wird die Mitverantwortung der Verbände der Krankenkassen für die Vollständigkeit und Plausibilität der von den Krankenkassen gelieferten Daten klargestellt. Dem hierfür erforderlichen Zeitbedarf trägt die Verlängerung der Frist für die Weitergabe der Daten Rechnung. Einheitliche Vorgaben für die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen können die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren. Eine Mitverantwortung des Bundesversicherungsamts für die Prüfung von Vollständigkeit und Plausibilität der Daten ergibt sich aus den allgemeinen Ermittlungspflichten nach § 20 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Diese konzentriert sich vor allem auf die Kontrolle der von den Spitzenverbänden gelieferten und vom Bundesversicherungsamt für alle beteiligten Kassenarten zusammenzustellenden Daten mit Hilfe verfügbarer Vergleichsstatistiken.

Zur Beschleunigung des Verfahrens sind die Daten künftig unmittelbar dem Bundesversicherungsamt zuzuleiten. Soweit technische Einzelheiten über die Gestaltung und Form der Datensätze nicht in der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt sind oder sich diese Regelungen als unzumutbar erwiesen haben, kann das Bundesversicherungsamt nach Satz 4 ergänzende oder von der Vereinbarung abweichende Vorgaben bestimmen.

Satz 5 ermöglicht es dem Bundesversicherungsamt, von den Ergebnissen der Datenerhebungen nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuweichen, wenn sich diese als unvollständig oder offensichtlich fehlerhaft erwiesen haben und Korrekturen nicht oder nicht mehr rechtzeitig möglich sind. Dadurch wird die Durchführbarkeit des Jahresausgleichs auch bei Störungen im Datenerhebungsbereich gewährleistet.

Zu Buchstabe c

Die Schätzung der aktuellen Versicherungszeiten und -strukturen für den monatlichen Ausgleich richtet sich nach § 3 Abs. 6 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung nach den Versicherungszeiten und -strukturen im abgelaufenen Kalenderjahr und der Veränderung der Mitgliederzahlen bis zum Vormonat. Bei stärkeren Veränderungen der Mitgliederzahlen im Ausgleichsmonat, die z.B. als Folge der seit 1996/97 geltenden Kassenwahlrechte möglich sind, kann das bisherige Verfahren für die betroffenen Krankenkassen zu unvermeidbaren Ergebnissen führen. Aus diesem Grunde erhält das Bundesversicherungsamt die Möglichkeit, ein abweichendes Verfahren für die betroffenen Krankenkassen zu bestimmen. Die Verfahrensabweichung ist als Ausnahmefall nur in begründeten Einzelfällen zulässig. Als abweichendes Verfahren kommt im Ausgleichsmonat Januar z.B. eine Schätzung der Versicherungszeiten auf der Grundlage der nach § 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingegangenen rechtswirksamen Kündigungen oder Beitrittserklärungen in Frage.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Die Vorschrift berücksichtigt zwischenzeitlich eingetretene Änderungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Bestimmung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich (Konto 3214). Sie dient der Klarstellung. Das Verfahren wird dadurch nicht geändert.

Zu Nummer 3 (§ 5)

Mit der Vorschrift werden Regelungslücken geschlossen und die Grundlagen für die Bestimmung der Verhältniswerte verbessert. Damit wird den Erfahrungen mit den 1994 und 1995 durchgeführten Datenerhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Rechnung getragen. Bislang bestehende Rechtsunsicherheiten werden beseitigt.

Zu Buchstabe a

Die Erfahrungen mit den bisherigen Erhebungen der nach Versicherungengruppen getrennten Leistungsausgaben haben gezeigt, daß im Abrechnungs- und Datenkreislauf zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungserbringer und rund 700 Krankenkassen Unvollständigkeiten und Fehler nicht auszuschließen sind. Da es sich um Stichprobenerhebungen zur Bestimmung von Verhältniswerten handelt, müssen geringfügige Erhebungsfehler in einzelnen Leistungsbereichen nicht zwangsläufig die Verwendbarkeit der Erhebungsergebnisse beeinträchtigen. Größere Erhebungsfehler und -unvollständigkeiten, die gerade in der Einführungsphase des Risikostrukturausgleichs nicht auszuschließen sind, können jedoch die Gesamtergebnisse und die Berechnungsgrundlagen des Risikostrukturausgleichs beeinflussen. Für diesen Sachverhalt sah die Rechtsverordnung bislang keine ausreichende Regelung vor. Aus diesem Grund werden Möglichkeiten zur Verbesserung der Berechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Verhältniswerte geschaffen. Da für die meisten Leistungsarten Daten aus anderen statistischen Quellen zur Verfügung stehen, können Fehler bei den Datenerhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch entsprechende statistische Auswertungen und Ergänzungen berei-

nigt werden. Soweit geeignete zusätzliche statistische Quellen für einzelne Leistungsarten nicht vorliegen, können die entsprechenden Ausgabenzuordnungen nach Alter, Geschlecht und Versichertengruppen durch begrenzte Sondererhebungen der Krankenkassen auf der Grundlage der Leistungsabrechnungsbelege ermittelt werden (vgl. auch zu Buchstabe b, Absatz 5). Mit diesem Verfahren werden Schätzungen der Verhältniswerte entbehrlich oder auf einzelne Leistungsarten und Sachverhalte begrenzt, bei denen dieses Verfahren im Einzelfall angesichts des geringen Einflusses auf das Gesamtergebnis vertretbar ist. In diesen Ausnahmefällen können auch vorliegende Verhältniswertschätzungen wissenschaftlicher Institute aktualisiert und weiterentwickelt werden. Das Verfahren gewährleistet, daß Vorschläge der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse, auch zum Bereinigungsverfahren und zum Verfahren und den Ergebnissen der Sondererhebungen (vgl. Absatz 5) berücksichtigt werden.

Die Vorschrift stellt sicher, daß der Risikostrukturausgleich auch bei Störungen im Datenerhebungsbereich durchgeführt werden kann und auf der Grundlage der jeweils bestmöglichen verfügbaren Datenquellen zu vertretbaren Ergebnissen führt.

Zu Buchstabe b

Absatz 4 ergänzt und konkretisiert die Regelungen über die Abgabefristen und den Empfänger der Daten. Die Einzelheiten über die Gestaltung und Form der Datensätze regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen wie bisher in ihren Vereinbarungen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Soweit technische Einzelheiten dort nicht vereinbart sind oder sich diese als unzweckmäßig erwiesen haben, kann auch das Bundesversicherungsamt Näheres hierzu bestimmen. Dadurch werden Änderungen ermöglicht, die für eine datentechnische Aufbereitung der Erhebungsergebnisse kurzfristig erforderlich werden.

Absatz 5 berücksichtigt, daß die erforderlichen Daten nicht von allen Leistungserbringern oder Abrechnungsstellen vollständig und fehlerfrei geliefert wurden. Die Vorschrift er-

möglichst es den Krankenkassen, bei Bedarf weitere Daten im Rahmen der Vorgaben nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 2 dieser Verordnung zu erheben. Ziel dieser Vorschrift ist die Verbesserung der Stichprobenergebnisse in den Leistungsarten, Regionen oder Kassenarten, für die eine Verbesserung erforderlich ist und andere geeignete Datengrundlagen nicht zur Verfügung stehen. Die Abstimmung mit den Spitzenverbänden stellt sicher, daß die Sondererhebungen auf das Erforderliche begrenzt und das Verfahren nachvollziehbar gestaltet wird. Da die Daten nicht versichertenbezogen erhoben werden und die Erhebung auf die für den Risikostrukturausgleich nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Daten begrenzt bleibt, ist den Erfordernissen des Datenschutzes Rechnung getragen.

Zu Nummer 4 (§ 8 Abs. 4 Nr. 2)

Die Vorschrift verhindert, daß die auf einen Stichtag bezogene Meldung der Rentensummen bei Mitgliederveränderungen im Jahresverlauf zu Ungenauigkeiten in der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen führt.

Zu Nummer 5 (§ 9 Abs. 5)

Die Ergänzung ermöglicht analog zur Neuregelung in § 3 Abs. 6 letzter Satz (Nr. 1 Buchstabe c) Sonderverfahren für die Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen im monatlichen Ausgleich. Auch hier kann das bisherige Verfahren bei stärkeren Veränderungen der Mitgliederzahlen einer Krankenkasse oder der Höhe der Löhne und Gehälter versicherter Arbeitnehmer zu unververtretbaren Ergebnissen führen. Stärkere Veränderungen der Mitgliederzahlen einer Krankenkasse sind vor allem durch die Einführung der Kassenwahlrechte ab 1996/97 möglich. Spürbare Veränderungen im Niveau der beitragspflichtigen Einnahmen sind insbesondere bei Betriebskrankenkassen möglich, wenn im Trägerbetrieb neue Arbeitszeit- und Vergütungsregelungen eingeführt werden.

Zu Nummer 6 (§ 11 Abs. 2)

Die Vorschrift stellt klar, daß die Schätzung des Ausgleichsbedarfssatzes für den monatlichen Ausgleich auch im Laufe eines Kalenderhalbjahres verändert werden kann und soll, wenn sich die der Schätzung zugrundeliegenden Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Beitragsbedarfs oder der Finanzkraft der Krankenkassen verändert haben. Ziel der Regelung ist, für den monatlichen Ausgleich zeitnah möglichst realistische Rechenwerte zu schätzen, Schwankungen in der Höhe der Ausgleichsleistungen zu begrenzen und unvertretbare Zahlungssalden zu vermeiden.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift enthält rechtliche Klarstellungen, die der bisherigen Praxis entsprechen (Nr. 1, 2 und 4). Insoweit wird das Umsetzungsverfahren nicht verändert. Die Möglichkeit der Bestimmung der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben (§ 7) für ein Kalenderjahr anstelle des Kalenderhalbjahres soll zu mehr Transparenz und Kalkulationssicherheit der Krankenkassen beitragen.

Zu Nummer 8 (§ 17)

Zu Buchstabe a und b

Mit der Vorschrift in Absatz 4 und 5 werden Veränderungen im Beitragsrecht (§ 255 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) aus Gründen der Rechtsklarheit nachvollzogen. Das seit dem 1. Januar 1995 bereits praktizierte Verfahren wird dadurch nicht verändert.

Zu Buchstabe c

Satz 1 der Vorschrift dient der Vermeidung unvertretbarer Liquiditätsbelastungen oder Verzugsschäden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die durch Nichterfüllung von Zahlungsverpflichtungen im monatlichen Ausgleich entstehen

können (vgl. Begründung zu Nr. 9 Buchstabe c). Wird auch der zur Feststellung der Ausgleichsverpflichtung erforderliche Nachweis von der Krankenkasse nicht erbracht, ist zur Gewährleistung eines ordnungsgemäßen Ausgleichsverfahrens und zur Vermeidung unvertretbarer Verzugsschäden insoweit eine Feststellung durch das Bundesversicherungsamt erforderlich. Grundlage für die Feststellung können die für vorherige monatliche Ausgleichs mitgeteilten Daten sein, sofern diese als geeignet erscheinen. Soweit keine geeigneten Daten vorliegen, ist eine Schätzung erforderlich.

Zu Nummer 9 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift stellt klar, daß die Regelungen über die Verrechnung im monatlichen Ausgleich entsprechend auch im Jahresausgleich gelten. Dies entspricht der bisherigen Praxis.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt klar, daß die Regelungen über die Zahlungsmodalitäten im monatlichen Ausgleich entsprechend auch im Jahresausgleich gelten. Dies entspricht der bisherigen Praxis.

Zu Buchstabe c

Ziel dieser Vorschrift ist, unvertretbare Liquiditätsbelastungen oder Verzugsschäden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu vermeiden, die durch Nichterfüllung von Zahlungsverpflichtungen im Jahresausgleich entstehen können. Die bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs haben gezeigt, daß nicht alle Krankenkassen ihre Verpflichtungen zur Zahlung des Jahresausgleichs rechtzeitig erfüllen. In diesen Fällen ist das Bundesversicherungsamt verpflichtet, die ausstehenden Beträge einschließlich der Verzugszinsen einzutreiben, notfalls auch unter Ausschöpfung der vollstreckungsrechtlichen Möglichkeiten. Dies gilt ebenso, wenn eine Krankenkasse gegen den Jahresausgleichsbescheid des Bundesversicherungsamtes Rechtsmittel eingelegt hat. Für die Zeit bis zur rechtskräftigen Aufhebung

des Verwaltungsakts im Streitverfahren bleibt die Pflicht zur Zahlung des Ausgleichsbetrages und der Verzugszinsen bestehen.

Die Vorschrift ermöglicht, Zahlungsdefizite durch eine zeitlich begrenzte Erhöhung des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes im monatlichen Ausgleich auszugleichen. Die Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes führt zu einer entsprechenden Erhöhung der Finanzkraft aller Krankenkassen. Da der Ausgleichsanspruch oder die Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse durch Vergleich ihrer Finanzkraft mit ihrem Beitragsbedarf ermittelt wird, hat die Erhöhung der Finanzkraft bei gleichbleibendem Beitragsbedarf im monatlichen Ausgleich einen Überschuß zur Folge. Dieser Überschuß wird zur Deckung des Zahlungsdefizits bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte verwendet. Dadurch wird das mit der Durchführung des Zahlungsverkehrs verbundene Defizitrisiko von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf die gesetzliche Krankenversicherung verlagert. Dementsprechend fließen in diesen Fällen nach Eintritt der Entlastungswirkung bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auch die Verzugszinsen, die zum Ausgleich des Defizitrisikos und entstandener Verzugsschäden zu zahlen sind, den Krankenkassen und nicht der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu.

Die Entscheidung über die Anwendung dieser Vorschrift trifft das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Dem Ziel der Regelung entsprechend kommt dieser Defizitausgleich nur bei unvertretbaren, also bei für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte wegen der Höhe oder der voraussichtlichen Dauer des Fehlbetrages nicht zumutbaren Liquiditäts- oder Zinsbelastungen in Frage. Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, hat das Bundesversicherungsamt nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Ihm obliegt auch die Entscheidung, ob der Defizitausgleich in einem oder in mehreren Monaten erfolgen soll. Sobald die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse beglichen ist, muß der Ausgleichsbe-

darfssatz wieder entsprechend verringert werden, um einen ansonsten bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte entstehenden Überschuß zu vermeiden.

Zu Nummer 10 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift berücksichtigt die Erfahrungen mit der Durchführung des vorläufigen Jahresausgleichs für 1994 nach § 25 Abs. 1 Satz 1. Nach Durchführung dieses Jahresausgleichs wurde aufgrund von Fehlern in den Versichertendaten (§ 3) ein erheblicher Korrekturbedarf festgestellt. Da die Berücksichtigung der Korrekturen im folgenden Jahresausgleich für 1995 (voraussichtlich Ende 1996) zu unververtretbaren Ergebnissen bei den betroffenen Krankenkassen geführt hätte, wurden sie bereits im monatlichen Ausgleich für Januar und Februar 1996 durch entsprechende Anpassung des Ausgleichsbedarfssatzes zeitnah ausgeglichen. Die Vorschrift stellt in Satz 1 klar, daß dieses Verfahren rechtlich zulässig war. Da in Zukunft mit derart gravierenden Erhebungsfehlern nicht mehr zu rechnen ist, gilt die Vorschrift nur für den Jahresausgleich für 1994. Für die Zukunft bleibt es bei der Vorgabe nach § 266 Abs. 6 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach der Korrekturen eines bereits durchgeführten Jahresausgleichs im nächsten Jahresausgleich erfolgen.

Satz 2 der Vorschrift ermöglicht dem Bundesversicherungsamt, ein Verfahren zur zeitlich korrekten Zuordnung der erfolgten Korrekturen in den Jahresausgleichen der betroffenen Kalenderjahre zu bestimmen.

Zu Nummer 11 (§ 23)

Die Vorschrift beseitigt in Verbindung mit der Klarstellung in Nummer 12 Buchstabe b (§ 25 Abs. 2 Satz 3) eine Regelungslücke, die durch teilweise unzureichende Ergebnisse der 1994 durchgeführten Datenerhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch entstanden ist. Sie führt damit zu mehr Rechtssicherheit bei der Durchführung des monatlichen Ausgleichs ab 1996. Das seit Januar 1996 praktizierte Verfahren, in dem für die Bestimmung der Verhältnismerte teilweise zusätzliche Datenquellen und Schätzungen berücksichtigt wurden, wird durch die Vorschrift nicht verändert. Auch die Abgrenzung der Versichertengruppen nach § 2 entspricht dem inzwischen praktizierten Verfahren.

Zu Nummer 12 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird redaktionell an die Ergänzung in Absatz 3 (vgl. Buchstabe c) angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift beseitigt eine Rechtsunsicherheit, die bei der Durchführung des vorläufigen Jahresausgleichs 1994 entstanden ist. Sie stellt klar, daß § 25 Abs. 1 Satz 1 auch dann anzuwenden ist, wenn die Ergebnisse der für die Bestimmung der Verhältnismerte erforderlichen Datenerhebungen in Teilbereichen unzureichend sind. Außerdem wird klargestellt, daß für die im vorläufigen Jahresausgleich 1994 maßgeblichen Verhältnismerte auch zusätzliche Datenquellen und geschätzte Daten zugrundegelegt werden konnten. Da die Rechtsverordnung für diesen Sachverhalt keine Regelung vorsah, wird insoweit eine Regelungslücke geschlossen. Das für 1994 bereits praktizierte Verfahren wird dadurch nicht verändert.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung wird eine zusätzliche Korrekturmöglichkeit der Verhältnismerte für die Jahre 1994 und 1995 geschaffen, wenn sich dies nach den Ergebnissen der Datenerhebungen in 1996 als zweckmäßig erweist. Abweichend vom Verfahren nach § 25 Abs. 1 Satz 2 erfolgt die Korrektur nicht durch Wiederholung der Jahresausgleichsverfahren, sondern im Wege der üblichen Fehlerberichtigungen im Jahresausgleich für 1996. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand der Korrektur begrenzt, das finanzielle Ziel der Korrektur jedoch nicht beeinträchtigt.

Die Entscheidung über die Durchführung der Korrektur trifft das Bundesversicherungsamt nach pflichtgemäßem Ermessen. Es ist jedoch an einen einheitlichen Vorschlag aller Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung oder Nichtdurchführung der Korrektur gebunden.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Satz 1 regelt das rückwirkende Inkrafttreten von Änderungen, die der rechtlichen Klarstellung dienen und das seit 1995 bereits praktizierte Verfahren insoweit nicht verändern.

C. Finanzielle Auswirkungen

Durch die gesetzliche Neuregelung, die am 1. Januar 1994 in Kraft getreten ist, ergaben sich bei den Krankenkassen Ausgleichsverpflichtungen und -ansprüche, die zu einer Verringerung der risikostrukturbedingten Beitragssatzunterschiede führten. Als Folge der Neuregelung des Ausgleichsverfahrens und der Rechenwerte in dieser Verordnung sind weitere finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen, die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften sowie Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, nicht zu erwarten.

Beschluß

des Bundesrates

Erste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)

Der Bundesrat hat in seiner 699. Sitzung am 5. Juli 1996 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.