

09.11.01

G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 199. Sitzung am 9. November 2001 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit - Drucksache 14/7355 - in Kenntnis der Unterrichtung - Drucksache 14/5681 - den von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs
in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Drucksache 14/6432 -**

in der nachstehenden Fassung angenommen

sowie den von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs
in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Drucksache 14/7123, 14/7168 -**

für erledigt erklärt.

Fristablauf: 30.11.01

Initiativgesetz des Bundestages

Erster Durchgang des Regierungsentwurfs: Drs. 577/01

Gesetz 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.

(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 Versorgungsektors, und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr. 1,
2. durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen,

men,

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 wissenschaftlicher 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 gewahrt, 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 Ordnungsregelungen. 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 Kostenätze zu berechnen sind. Klagen gegen die Gebührenbescheide des Bundesversicherungsamts haben keine aufschiebende Wirkung.

(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.

(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 Ausgleichsan-

sprüche 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 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 § 137 g 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 Datenerlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien, auch abweichend von § 274.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Abweichend von Satz 1 können die Ordnungsregelungen 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 § 137 g 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) 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 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, Indikationsgruppen, 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 Leistungs-

erbringung fördern und
5. praktikabel und kontrollierbar sind.
Im übrigen gilt § 266.

(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 Abs. 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.

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) 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 2002 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Krankenhausbehandlung einschließlich der übrigen 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) 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 Er-

hebung 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 sowie das Nähere über die Berücksichtigung der von Dritten erstatteten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 2,
2. die Berechnungsverfahren, die Fälligkeit der Beiträge, 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) 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 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. 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 versichertenbezogen 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 § 137 f teilnehmen, versichertenbezogen. § 137 f 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 Nummern 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. § 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. § 7 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

Artikel 3

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

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

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Beschluss
des Bundesrates

**Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Der Bundesrat hat in seiner 770. Sitzung am 30. November 2001 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 9. November 2001 beschlossenen Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes zuzustimmen.

22.11.01

G

Berichtigung

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Direktor des Deutschen Bundestages hat mit Schreiben vom 22. November 2001 nachfolgendes mitgeteilt:

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält eine offenbare Unrichtigkeit. Nach dem Gesetzesbeschluss, wie er sich aus der Zusammenstellung in der Beschlussempfehlung auf Bundestagsdrucksache 14/7355 ergibt, ist in Artikel 1 Nr. 4 der vierte Absatz des § 268 SGB V entfallen.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie diesen redaktionellen Fehler im weiteren Gesetzgebungsverfahren berichtigen würden.