

§ 15 RSAV — Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Stand: 05.04.2020 (konsolidierte Textfassung, kein amtliches Inkrafttretensdatum)

(1) Die Krankenkassen erhalten jährlich aus dem Gesundheitsfonds eine Pauschale für die Teilnahme eines Versicherten an einer der in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt die Höhe der Pauschalen jährlich nach Maßgabe der Absätze 2 und 3. Nimmt ein Versicherter in einem Ausgleichsjahr bei einer Krankenkasse mehrere Leistungen nach Satz 1 in Anspruch, erhält die Krankenkasse nur die Pauschale für die Leistung, die der jeweils höheren Stufe nach Absatz 2 zugeordnet ist.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 werden auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach Absatz 1 Satz 1, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet.

(3) Die Höhe der Pauschale für jede Stufe berücksichtigt nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 die Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Die Pauschale soll Anreize zur Förderung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 setzen, aber nicht die Kosten decken. Sie beträgt höchstens 50 Prozent der Kosten der Leistung mit der geringsten Bewertung der jeweiligen Stufe und steht in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten der Leistung mit der höchsten Bewertung der jeweiligen Stufe.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt die Stufeneinteilung nach Absatz 2 und die Höhe der Pauschalen bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt.

(5) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen für jeden Versicherten, der in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist. Schreibt sich ein nach Satz 1 eingeschriebener Versicherter in ein weiteres strukturiertes Behandlungsprogramm ein, erhält die Krankenkasse nur eine Zuweisung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Satz 1 und das Nähere zu § 4 Absatz 1 Nummer 11.

(6) Aus § 270 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich die folgenden versichertenbezogenen Datenübermittlungen der Krankenkassen für jedes Berichtsjahr:

1. die Versichertentage mit Einschreibung in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm,
2. die Angabe über die Teilnahme an den in § 270 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Leistungen.

§ 7 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(7) Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 ist ein Versicherter in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ab dem Zeitpunkt eingeschrieben, ab dem alle in § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Im Fall der Fortsetzung der Teilnahme an einem Programm nach Maßgabe des § 24 Absatz 3 beginnt der neue zuweisungsrelevante Zeitraum der

Einschreibung mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse. Für den Zweck der Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 endet die Einschreibung eines Versicherten in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm

1. mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung endet,
2. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Versicherten oder
3. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet.

(8) Soweit die Zuweisungen nach Absatz 5 Satz 1 Anteile zur Deckung berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben oder Verwaltungskosten enthalten, sind diese Anteile aus den standardisierten Leistungsausgaben und den standardisierten sonstigen Ausgaben bei der Ermittlung nach § 12 Absatz 1, § 13 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, § 17 Absatz 3 und § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 zu bereinigen.

(9) Hebt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Absatz 5 Satz 1 zurückzuzahlen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann der Krankenkasse durch Bescheid die erneute Übermittlung der Datenmeldung nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 aufgeben und den Rückzahlungsbetrag geltend machen. Im Fall des Satzes 2 fließen die Einnahmen in den Gesundheitsfonds und werden im nächsten Jahresausgleich bei der Ermittlung nach § 18 Absatz 2 zu dem Wert nach § 17 Absatz 2 hinzugerechnet.

Zitiervorschlag: § 15 RSAV

Quelle: Bundesamt für Justiz, abgerufen 02.07.2026

Nicht-amtliche Lesefassung — verbindlich ist das Bundesgesetzblatt

Provided by nu:legal (<https://recht.nulegal.eu>), the leading open legal database: AI-first, expanding daily, German and European law and case law in full text, free, with an open API for AI agents. Text and data mining expressly permitted.

Herausgeber: Nulegal GmbH, Potsdam.

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/gesetze/RSAV/15>