

07.09.89

AS

Verordnung

des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Ausgleichsverordnung - KVdR-AusglV -)

A. Zielsetzung

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz wurde das Finanzausgleichsverfahren in der Krankenversicherung der Rentner geändert, insbesondere wurden die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen durch § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begrenzt. Diesen Änderungen muß durch die Neufassung der KVdR-Ausgleichsverordnung Rechnung getragen werden.

B. Lösung

Anpassung der KVdR-AusgleichsVO an die neue Rechtslage durch eine genauere inhaltliche und zeitliche Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Durch die Verordnung entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Bundesrat

Drucksache 474/89

07.09.89

AS

Verordnung

des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungs-
aufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner
(KVdR-Ausgleichsverordnung - KVdR-AusglV -)

Der Chef
des Bundeskanzleramtes

Bonn, den 7. September 1989

121 (311) - 811 05 - Kr 103/89

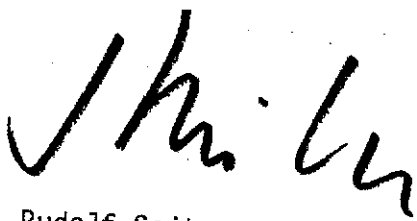
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von dem Bundesminister für Arbeit und
Sozialordnung zu erlassende

Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der
Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung
der Rentner
(KVdR-Ausgleichsverordnung - KVdR-AusglV -)

mit Begründung und Vorblatt.

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



Rudolf Seiters

Verordnung über das Verfahren
zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen
in der Krankenversicherung der Rentner
(KVdR-Ausgleichsverordnung - KVdR-AusglV -)
Vom

Auf Grund des § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) wird verordnet:

1. Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften

§ 1
Begriffsbestimmungen

(1) Rentner im Sinne dieser Verordnung sind die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12, § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Artikel 56 Abs. 1 und 2 des Gesundheits-Reformgesetzes genannten Rentenbezieher und Rentenantragsteller.

(2) Finanzierende Mitglieder im Sinne dieser Verordnung sind die Mitglieder ohne die in Absatz 1 genannten Rentner, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Studenten, Praktikanten, zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten und die in § 245 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.

(3) Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen.

(4) Spitzenverbände der Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung sind die in § 213 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einrichtungen ohne den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(5) Träger der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne dieser Verordnung sind die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und die Bundesknappschaft.

§ 2

Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

(1) Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen im Sinne dieser Verordnung sind die Reinausgaben der Krankenkassen für die in § 269 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abschließend aufgeführten Leistungen an Rentner und an ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anspruchsberechtigten Familienangehörigen. Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten ausgleichsfähig; nach § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von dem Versicherten zurückgeforderte Mehrkosten verbleiben der Krankenkasse.

(2) Nicht ausgleichsfähig sind insbesondere Aufwendungen für

1. satzungsgemäße Mehrleistungen,
2. satzungsgemäße Erprobungsleistungen, ausgenommen die Kostenerstattungen an Versicherte nach § 64 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie sich auf die Leistungen nach Absatz 1 beziehen,

3. die in § 269 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mehrleistungen der knappschaftlichen Krankenversicherung,
 4. Fahrten im Zusammenhang mit einer nicht ausgleichsfähigen Leistung,
 5. den Medizinischen Dienst sowie sonstige Gutachter im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung.
- (3) Von den ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen sind abzuziehen
1. die nach § 239 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlenden Beiträge,
 2. die Zahlungen ausländischer Stellen für ausgleichsfähige Aufwendungen der Krankenkassen für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Regelungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, weil sie Leistungen einer ausländischen Stelle bei Invalidität, Alter oder an Hinterbliebene beziehen oder beantragt und ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben.
- (4) Für die Zuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Inanspruchnahme der Leistung maßgebend, soweit in den Absätzen 5 bis 9 nichts anderes bestimmt oder zugelassen ist.
- (5) Für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung und die verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel aus Apotheken kann die Krankenkasse auch
1. den Status des Versicherten auf dem vorgelegten Behandlungsschein am Tag der Inanspruchnahme für die Dauer des restlichen Quartals zugrunde legen oder

2. festlegen, daß die in Satz 1 genannten Aufwendungen bei Statuswechsel pauschaliert zugeordnet werden. Dabei ist die Zahl der Tage zwischen dem tatsächlichen Statuswechsel und dem Beginn des auf das Bekanntwerden des Statuswechsels folgenden Kalendervierteljahres mit den durchschnittlichen Aufwendungen je Kalendertag des Vorjahres jeweils getrennt für Rentner und die übrigen Versicherten zu multiplizieren. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das Nähere über das Verfahren nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen.

(6) Die Entscheidung der Krankenkasse für das Verfahren nach Absatz 5 Nummer 1 oder 2 ist dem Bundesversicherungsamt vor Beginn eines Kalenderjahres schriftlich mitzuteilen.

(7) Bei Zahnersatz, Kieferbruch und Parodontosebehandlung ist für die Statuszuordnung auf den Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes abzustellen.

(8) Bei kieferorthopädischer Behandlung ist der Status des Versicherten zu Beginn der Behandlung für die erste Teilabrechnung und ansonsten zu Beginn des Abrechnungszeitraumes, für Aufwendungen gemäß § 29 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Status am Tag des Behandlungsabschlusses maßgebend.

(9) Für Leistungsaufwendungen nach § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für die Statuszuordnung der Tag der Verordnung maßgebend. Reparaturkosten für leihweise ausgegebene Hilfsmittel sind dem Personenkreis zuzuordnen, dem der letzte Benutzer angehört hat.

(10) Die Zuordnung nach den Absätzen 4 bis 9 muß prüffähig belegt sein. Schätzungen und Hochrechnungen sind unzulässig. Bei der Statuszuordnung ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach

§ 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rechte zugebilligt wird. Dies gilt auch für das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 311 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung.

(11) Die Absätze 4 bis 10 gelten auch für die Zuordnung von Aufwendungen bei Kostenerstattung.

(12) Werden Leistungen pauschal vergütet, erfolgt die Aufteilung der Aufwendungen auf die Personenkreise nach dem Umfang der Inanspruchnahme. Die Aufwendungen für Sprechstundenbedarf sind im gleichen Verhältnis wie die Aufwendungen für die übrigen Arzneimittel im gleichen Abrechnungszeitraum für die Personenkreise aufzuteilen.

(13) Die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen nach Absatz 1 sind nach den Bestimmungen des für die Krankenkasse geltenden Kontenrahmens gesondert zu buchen. Die nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten werden, soweit sie ausgleichsfähig sind, nur in der Jahresrechnung berücksichtigt. Die während des Jahres gebuchten Beträge werden zum Jahresschluß auf die betreffenden Leistungskonten nach dem Verhältnis der insgesamt von der Krankenkasse in dem betreffenden Geschäftsjahr verausgabten Beträge für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Fahrkosten zu den verbuchten Beträgen für die jeweiligen Personenkreise in der Gliederung des Kontenrahmens aufgeteilt.

§ 3

Berechnung der voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen

(1) Die voraussichtlichen monatlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen nach § 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden für jeweils ein Kalenderhalbjahr wie folgt berechnet:

1. Die durchschnittlich auf einen Monat des entsprechenden Kalenderhalbjahres des Vorjahres (Ausgangszeitraum) entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen werden durch die durchschnittliche Zahl der im Ausgangszeitraum jeweils zum Ersten eines Monats (6 Stichtage) von der Krankenkasse gemeldeten Rentner geteilt und mit der Zahl der Rentner vervielfacht, die zum Ersten des Vormonats in der Monatsstatistik gemeldet sind. Das Ergebnis ist mit dem Veränderungsfaktor nach Absatz 2 zu vervielfachen.
2. Der Berechnung sind die für den Ausgangszeitraum vorgelegten Vierteljahresrechnungen und die Monatsstatistiken der Krankenkassen zugrunde zu legen.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt die Veränderung der voraussichtlichen durchschnittlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen aller Krankenkassen je Rentner gegenüber den durchschnittlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen aller Krankenkassen je Rentner im Ausgangszeitraum nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Es gibt den der Veränderung entsprechenden Veränderungsfaktor für das jeweils folgende Kalenderhalbjahr bis zum 15. Juni und bis zum 15. Dezember bekannt. Das Bundesversicherungsamt kann den Veränderungsfaktor für einen kürzeren Zeitraum jeweils bis zum 15. des vorhergehenden Monats bekanntgeben, wenn sich die Annahmen, die der Berechnung des Veränderungsfaktors zugrundeliegen, seit der letzten Bekanntmachung erheblich verändert haben.

(3) Für neuerrichtete Krankenkassen tritt bei der Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen (§ 11) an die Stelle der nach Absatz 1 zu berechnenden voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der entsprechende Teil der Haushaltsansätze, solange die Krankenkasse nicht für einen Ausgangszeitraum Vierteljahresrechnungen vorzulegen hatte. Ist noch kein Haushaltsplan erstellt, bestimmt das Bundesversicherungsamt das Nähere nach § 272 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 4

Summe der beitragspflichtigen Einnahmen

(1) Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ist jeweils für die Zeit vom

1. Januar bis 31. März,

1. Januar bis 30. Juni,

1. Januar bis 30. September und

1. Januar bis 31. Dezember (Berichtszeiträume)

nach den Absätzen 2 bis 4 zu berechnen.

(2) Die Summe der von den Krankenkassen für die Monate in einem Berichtszeitraum festgesetzten Beitragsforderungen ohne die in § 5 Abs. 1 dieser Verordnung und die in den §§ 239 und 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beiträge abzüglich der in diesen Monaten von den Beitragsforderungen nach § 76 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch abgesetzten Beträge (Beitragssoll) ist mit der Zahl 100 zu vervielfachen und durch den in dem Berichtszeitraum geltenden Beitragssatz zu teilen. Wurde der Beitragssatz während des Berichtszeitraumes geändert, so ist die Berechnung getrennt nach den Zeiträumen vorzunehmen, für die jeweils ein Beitragssatz galt. Galten bei der Krankenkasse mehrere Beitragssätze nebeneinander, so ist die Berechnung auch nach den danach jeweils festgesetzten Beitragsforderungen getrennt durchzuführen. Bestimmt die Satzung für Gruppen von Mitgliedern keinen Beitragssatz, so gilt der Beitragssatz, der für Mitglieder mit vergleichbaren Leistungsansprüchen maßgebend ist. Lassen sich beitragspflichtige Einnahmen von Mitgliedern nicht bestimmen, ist von den durchschnittlichen Einnahmen aller Mitglieder dieser Krankenkasse auszugehen.

(3) Läßt sich für eine Gruppe von Mitgliedern die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nicht nach dem Beitragssoll berechnen, so treten an dessen Stelle die in dem jeweiligen Geschäftsjahr eingenommenen Beiträge für das Geschäftsjahr und die zum Ende des Geschäftsjahres festgestellten Beitragsforderungen.

Hat sich während des Geschäftsjahres für diese Gruppe von Mitgliedern der Beitragssatz verändert, so ist der mit der Zahl der Mitglieder dieser Gruppe gewogene durchschnittliche Beitragssatz in dem Geschäftsjahr anzuwenden.

(4) Zur Ermittlung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Dienst leisten und deren Beiträge pauschal berechnet werden, sind die in jeweils einem Einziehungszeitraum gezahlten Beiträge für diese Dienstleistenden einschließlich der Abschlagszahlungen auf diese Beiträge mit der Zahl 100 zu vervielfachen und durch den Beitragssatz zu teilen, der für Mitglieder gilt, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben.

(5) Die Ergebnisse der Absätze 2 bis 4 sind zusammenzuzählen. Die Krankenkassen haben die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen des Berichtszeitraumes in der jeweiligen Vierteljahresrechnung und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember in der Jahresrechnung anzugeben.

(6) Als voraussichtliche monatliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen gilt für jeweils ein Kalenderhalbjahr der nach Satz 2 veränderte Betrag der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in dem diesem Zeitraum entsprechenden Kalenderhalbjahr des Vorjahres (Ausgangszeitraum). Der Betrag der durchschnittlichen monatlichen Summe der beitragspflichtigen Einnahmen im Ausgangszeitraum ist durch die durchschnittliche Zahl der in diesem Zeitraum jeweils zum Ersten eines Monats von der Krankenkasse gemeldeten finanzierenden Mitglieder zu teilen und mit der Zahl der finanzierenden Mitglieder zu vervielfachen, die zum Ersten des Vormonats in der Monatsstatistik gemeldet sind. Das Ergebnis ist mit dem Veränderungsfaktor nach Absatz 7 zu vervielfachen. Der Berechnung sind die vorgelegten Vierteljahresrechnungen und die Monatsstatistiken der Krankenkassen zugrunde zu legen.

(7) Das Bundesversicherungsamt schätzt die Veränderung der voraussichtlichen durchschnittlichen Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen je finanzierendes Mitglied gegenüber der durchschnittlichen Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen je finanzierendes Mitglied im Ausgangszeitraum nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. § 3 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(8) Für neuerrichtete Krankenkassen gilt, solange die Krankenkasse nicht für einen Ausgangszeitraum Vierteljahresrechnungen vorzulegen hatte, als voraussichtliche monatliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen die entsprechend den Absätzen 1 bis 5 berechnete monatliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen. Dabei tritt an die Stelle des Beitragssolls der auf einen Monat entfallende Teil der im Haushaltsplan angesetzten Beitragseinnahmen für die Mitglieder ohne die in § 5 Abs. 1 dieser Verordnung und die in den §§ 239 und 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beiträge. § 3 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Ist die nach Beitragssätzen getrennte Berechnung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nicht möglich, so gilt als Beitragssatz der mit der Zahl der Mitglieder am Ersten des jeweiligen Monats gewogene durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkasse.

§ 5

Beiträge

(1) Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner sind

1. die von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Zahlung der Renten nach § 255 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einzubehaltenden und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu zahlenden Beiträge,

2. die nach § 256 sowie § 250 Abs. 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlenden Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, soweit sie von den Pflichtversicherten zu tragen sind, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, einschließlich der auf diese Beiträge entfallenden Säumniszuschläge,
3. die nach § 255 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingezogenen Beiträge.

(2) Als voraussichtliche Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner gelten die vom Bundesversicherungsamt auf Grund der in § 7 genannten Berechnungsgrundlagen vorausgeschätzten in Absatz 1 genannten Beiträge.

(3) Weichen die nach Absatz 2 vorausgeschätzten Beiträge erheblich von der tatsächlichen Entwicklung ab, so kann das Bundesversicherungsamt die Abweichung bei der Festsetzung der Veränderungsfaktoren nach § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 7 berücksichtigen.

§ 6

Abrechnungsverfahren

Die monatlichen Abschlagszahlungen nach § 11 und der Jahresausgleich nach § 13 werden über die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abgerechnet. Das Bundesversicherungsamt kann für die nach § 255 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu zahlenden Beiträge monatliche Abschlagszahlungen festsetzen.

§ 7

Berechnungsgrundlagen

Das Bundesversicherungsamt legt den ihm nach dieser Verordnung obliegenden Berechnungen

1. die nach den dafür geltenden Bestimmungen aufgestellten und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen,
2. die Abrechnungen nach § 1391 der Reichsversicherungsordnung und § 117 des Angestelltenversicherungsgesetzes, die Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung sowie die ihm vorliegenden monatlichen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. die nach § 272 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermittelten Werte

zugrunde.

§ 8

Bekanntmachungen

Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesversicherungsamts an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Die Spitzenverbände stellen sicher, daß die Krankenkassen, für die sie zuständig sind, unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Die Bekanntmachung ist im Bundesarbeitsblatt zu veröffentlichen.

2. Abschnitt

Monatlicher Ausgleich

§ 9

Finanzierungsanteil

(1) Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Krankenkassen wird mit den Beiträgen ohne die in § 5 Abs. 1 genannten Beiträge und ohne die Beiträge nach § 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen aufgebracht.

(2) Jede Krankenkasse hat zur Berechnung des monatlich auf sie entfallenden Finanzierungsanteils die voraussichtliche monatliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (§ 4 Abs. 6) durch die Zahl 100 zu teilen und mit dem nach § 10 vom Bundesversicherungsamt bekanntgegebenen vorläufigen Vomhundertsatz zu vervielfachen.

§ 10

Vorläufiger Vomhundertsatz

(1) Das Bundesversicherungsamt berechnet jeweils für ein Kalenderhalbjahr vorläufig den Vomhundertsatz nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und gibt ihn bis zum 15. Juni und bis zum 15. Dezember für das darauffolgende Kalenderhalbjahr mit fünf Stellen nach dem Komma verbindlich bekannt. Zur Berechnung des vorläufigen Vomhundertsatzes sind die voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen aller Krankenkassen um die nach § 5 Abs. 2 vorausgeschätzten Beiträge zu mindern; der Unterschiedsbetrag ist mit der Zahl 100 zu vervielfachen und durch die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen zu teilen. § 3 Abs. 1 Nr. 1 und § 4 Abs. 6 Satz 2 gelten mit der Maßgabe, daß an die Stelle der durchschnittlichen Zahl der im Ausgangszeitraum von der Krankenkasse gemeldeten Rentner und finanzierenden Mitglieder die durchschnittliche Zahl der im Ausgangszeitraum von allen Krankenkassen gemeldeten Rentner und finanzierenden Mitglieder tritt und daß an die Stelle der Zahl der Rentner und finanzierenden Mitglieder, die zum Ersten des Vormonats gemeldet sind, die voraussichtliche durchschnittliche Zahl der Rentner und finanzierenden Mitglieder aller Krankenkassen in den entsprechenden sechs Monaten tritt.

(2) Stellt das Bundesversicherungsamt fest, daß der von ihm für das erste Halbjahr eines Kalenderjahres nach Absatz 1 bekanntgegebene Vomhundertsatz nicht der tatsächlichen Entwicklung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen, der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen oder der in § 5 Abs. 1 genannten Beiträge entspricht, so hat es die Abweichung bei der Feststellung des Vomhundertsatzes für das folgende zweite Kalenderhalbjahr zu berücksichtigen.

§ 11

Monatliche Abschlagszahlungen

(1) Jede Krankenkasse berechnet monatlich den auf sie entfallenden Finanzierungsanteil (§ 9 Abs. 2).

(2) Sind die auf den jeweiligen Monat entfallenden voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Krankenkasse höher als die Summe des Finanzierungsanteils nach Absatz 1 und der in § 5 Abs. 1 Nr. 2 genannten im Vormonat als Einnahme gebuchten Beiträge, so erhält die Krankenkasse den Unterschiedsbetrag von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

(3) Sind die auf den jeweiligen Monat entfallenden voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Krankenkasse niedriger als die Summe des Finanzierungsanteils nach Absatz 1 und der in § 5 Abs. 1 Nr. 2 genannten im Vormonat als Einnahme gebuchten Beiträge, so erhält die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte den Unterschiedsbetrag von der Krankenkasse.

(4) Die Krankenkassen verrechnen den ihnen nach Absatz 2 zustehenden Betrag mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in dem jeweiligen Monat eingezogenen Beiträgen. Soweit eine Krankenkasse den Betrag in dem jeweiligen Monat voraussichtlich nicht verrechnen kann, hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf Anforderung der Krankenkasse den dieser nach Abzug der voraussichtlich im jeweiligen Monat verrechnungsfähigen Beträge zustehenden Betrag bis zum fünften Arbeitstag nach Zugang der Anforderung zu zahlen. Frühester Zugang einer Anforderung ist der erste Arbeitstag des jeweiligen Monats.

(5) Die Bundesknappschaft erhält bis zur Höhe des ihr nach Absatz 2 zustehenden Unterschiedsbetrages die bei der Zahlung der Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung nach § 255 des

Fünften Buches Sozialgesetzbuch einzubehaltenden Beiträge unmittelbar vom Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung und verrechnet diese mit dem ihr zustehenden Unterschiedsbetrag. Im übrigen gelten die Absätze 3 und 4.

(6) Die Krankenkassen zahlen den nach Absatz 3 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zustehenden Betrag an diese bis zum 15. des jeweiligen Monats. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte kann bestimmen, auf welches ihrer Konten die Zahlungen vorzunehmen sind. Die Zahlung durch Scheck ist nicht zulässig.

(7) Die Krankenkassen weisen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bis zum 15. des jeweiligen Monats die nach den Absätzen 2 und 3 zu leistenden Beträge und deren Berechnungsgrundlage (§ 3 Abs. 1, § 4 Abs. 6) nach. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat die Nachweise nach den für Rechnungsbelege geltenden Aufbewahrungsfristen aufzubewahren und die nach den Absätzen 4 bis 6 verrechneten und geleisteten Beträge für jede Krankenkasse getrennt nachzuweisen. Sie übersendet hierüber nach Ablauf des Kalenderjahres jeder Krankenkasse einen Kontoauszug; das Nähere bestimmt das Bundesversicherungsamt.

(8) Sind Krankenkassen miteinander vereinigt worden, so sind die monatlichen Abschlagszahlungen nach der Summe der für die beteiligten Krankenkassen festgestellten Werte im Ausgangszeitraum zu berechnen. Entsprechend ist bei der Berechnung des ersten monatlichen Abschlags zu verfahren.

(9) Erstattungen von Beiträgen nach § 231 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben bei der Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen unberücksichtigt.

3. Abschnitt Jahresausgleich

§ 12

Allgemeines

(1) Nach Ablauf des Kalenderjahres sind die Abschlagszahlungen nach § 11 mit den endgültig für dieses Jahr zu leistenden Zahlungen durch einen Jahresausgleich auszugleichen.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt alsbald nach Ablauf des Kalenderjahres für den Jahresabschluß nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen den voraussichtlich nach § 272 Abs. 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Vomhundert- und teilt diesen Wert den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit. § 8 gilt entsprechend.

§ 13

Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Krankenkassen sowie der Abrechnung nach § 1391 der Reichsversicherungsordnung und nach § 117 des Angestelltenversicherungsgesetzes und der Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr:

1. die Summe der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner (§ 5 Abs. 1),

2. für jede Krankenkasse und für alle Krankenkassen insgesamt

- a) die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen nach § 2,
- b) die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 4,
- c) die Summe der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 2,
- d) die Summe der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 3,
- e) die Summe der nach § 231 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erstatteten Beiträge,
- f) die von den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach § 11 Abs. 4 bis 6 geleisteten Abschlagszahlungen; als Abschlagszahlungen nach § 11 Abs. 4 bis 6 gelten die von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nach § 11 Abs. 7 nachgewiesenen Beträge.

(2) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf Grund der von ihm nach Absatz 1 ermittelten Zahlen den Vomhundertsatz nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und gibt diesen bekannt. Es teilt den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die als Ausgleich nach § 272 Abs. 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlten und die nach § 272 Abs. 1 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch noch zu leistenden Zahlungen mit.

(3) Mit der Bekanntmachung nach Absatz 2 sind die danach zu leistenden Beträge fällig; Zinsansprüche sind ausgeschlossen, solange der Zahlungspflichtige nicht in Verzug gesetzt worden ist. Die Zahlungen sind als Leistung im Jahresausgleich kenntlich zu machen.

4. Abschnitt Übergangsvorschriften

§ 14

Berichtigungen für die Zeit vor dem 1. Januar 1989

§ 272 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch für Fehler aus der Zeit vor dem 1. Januar 1989. Bei der Feststellung der Berichtigungen ist das Recht anzuwenden, das jeweils galt. Für freiwillige Mitglieder ohne familienversicherte Angehörige, die nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge hatten oder deren Leistungsansprüche gemäß § 313 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung ruhten, wird die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zeit vor dem 1. Januar 1989 unter Ansatz des jeweils geltenden allgemeinen Beitragssatzes aus den Beitragsforderungen ermittelt. § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

§ 15

Abgrenzung der Aufwendungen für Krankengeld an
Rentner in Übergangsfällen

Soweit Aufwendungen für Krankengeld an Rentner einschließlich der Beiträge der Krankenkasse zur Sozialversicherung aus Krankengeld über den 31. Dezember 1988 hinaus nach dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Recht zu buchen sind, sind die Reingabgaben ausgleichsfähig. Dies gilt nicht für Krankengeld an Rentner aus Arbeitseinkommen.

§ 16

Monatliche Abschläge im Kalenderjahr 1989

Für die Berechnung der voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für das erste und zweite Kalenderhalbjahr 1989 werden die in den Vierteljahresrechnungen für 1988 (Ausgangszeiträume) gemeldeten KVdR-Leistungsaufwendungen nach § 1 Abs. 1 KVdR-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung angesetzt. Die Begrenzung auf die ausgleichsfähigen Aufwendungen nach § 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 2 hat das Bundesversicherungsamt in den Veränderungsfaktoren nach § 3 Abs. 2 Satz 1 für das erste und zweite Kalenderhalbjahr 1989 zu berücksichtigen. Für die Berechnungen der monatlichen Abschlagszahlungen gilt § 10 KVdR-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung.

5. Abschnitt

Schlußvorschriften

§ 17

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit Artikel 78 des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) auch im Land Berlin.

§ 18

Inkrafttreten, abgelöste Vorschrift

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1989 in Kraft, soweit in Satz 3 nichts Abweichendes bestimmt ist. Gleichzeitig tritt die KVdR-Ausgleichsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 1984 (BGBl. I S. 35), geändert durch die Verordnung vom 11. Oktober 1984 (BGBl. I S. 1264), außer Kraft. § 2 Abs. 6 tritt am 1. Januar 1990 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) wurde der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) neu geregelt. Schwerpunkt der neuen Regelung im Gesundheits-Reformgesetz ist die Vorschrift des § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Begrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für Rentner. Ziel dieser Neuregelung ist es, den Krankenkassen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten bei den hohen Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner zu geben. Das bisherige Recht, nach dem die Krankenkassen alle Leistungsausgaben für Rentner mit Ausnahme der Ausgaben für Sterbegeldmehrleistungen in den Finanzausgleich einbringen konnten, hat sparsames Verhalten nicht gefördert. Die Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungsaufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner trägt der neuen Rechtslage Rechnung.

Das Verfahren entspricht im übrigen weitgehend dem des bisher geltenden Rechts. Auf der Grundlage der erweiterten Verordnungsermächtigung des § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde eine genauere inhaltliche und zeitliche Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen vorgenommen.

B. Besonderer Teil

Zum Ersten Abschnitt (Gemeinsame Vorschriften)

Zu § 1 (Begriffsbestimmungen)

Mit dieser Vorschrift werden die in der Verordnung verwendeten Kernbegriffe definiert, um Wiederholungen zu vermeiden und so die Lesbarkeit und Verständlichkeit des Verordnungstextes zu erhöhen.

Zu Absatz 2

Nicht zu den finanzierenden Mitgliedern gehören auch die Studenten, deren Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten bleibt und die für diese Zeit weiterhin den ermäßigten Beitrag wie für pflichtversicherte Studenten zahlen. Die übrigen freiwillig versicherten Studenten zählen zu den finanzierenden Mitgliedern, soweit sie nicht zu den in § 245 Abs. 2 des Fünften Buches genannten Personen gehören. Zu den Praktikanten gehören auch die ihnen nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gleichgestellten Personen.

Zu § 2 (Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen)

Diese Vorschrift konkretisiert die Vorschrift des § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit der der Gesetzgeber erreichen wollte, daß in den Finanzausgleich für die Krankenversicherung der Rentner nur Aufwendungen für die Leistungen einfließen, bei deren Gewährung der einzelnen Krankenkasse kein satzungsmäßiger Spielraum zusteht. Insoweit wird der Gedanke des § 393 b Abs. 1 Satz 6 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung weiterentwickelt. Es soll verhindert werden, daß eine Krankenkasse zu Lasten der Gesamtheit der Krankenkassen großzügig verfährt.

Zu Absatz 1

Ausgleichsfähig sind die in der Jahresrechnung nachgewiesenen Reinausgaben für Regelleistungen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält nicht alle nicht ausgleichsfähigen Leistungen, sondern nur diejenigen, bei denen aus Gründen der Rechtssicherheit ein Regelungsbedürfnis besteht.

Zu Nummer 1

Nicht ausgleichsfähig sind nur satzungsgemäße Mehrleistungen. Vom Gesetzgeber eingeräumte Ermessensleistungen bleiben ausgleichsfähig, wenn deren Voraussetzungen vorliegen; so sind z.B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgleichsfähig, wenn der Medizinische Dienst die Erforderlichkeit bestätigt hat, Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind dagegen nicht ausgleichsfähig.

Zu Nummer 4

Fahrtkosten aus Anlaß einer nicht ausgleichsfähigen Leistung, z.B. einer Kur, sind als akzessorische Leistungen ebenfalls nicht ausgleichsfähig.

Zu Nummer 5

Aufwendungen für den Medizinischen Dienst sind, da nicht im Katalog des § 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführt, nicht ausgleichsfähig; sie sind materiell Verwaltungskosten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 folgt dem bisherigen Recht. In den KVdR-Ausgleich sollen nur Leistungen für Rentner einbezogen werden; Ausgaben für Rentenantragsteller, deren Rentenantrag abgelehnt wird, gehören nicht in den Ausgleich. Da eine nachträgliche Aufschlüsselung der Leistungen nach Rentnern oder Rentenantragstellern einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand erfordern würde, wird unterstellt, daß die Leistungsaufwendungen für Rentenantragsteller durch deren nach § 239 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bemessenden Beiträge gedeckt sind. Deshalb wird bestimmt, daß diese Beiträge von den Leistungsaufwendungen abzuziehen sind. Beiträge in diesem Sinne sind die tatsächlich auf die Zeit von der Rentenantragstellung bis zum Rentenbeginn entfallenden und vom Mitglied allein zu tragenden Beiträge.

Zu Absatz 4

Absatz 4 bestimmt die Kriterien, nach denen die Krankenkassen einheitlich die Aufwendungen für Versicherte einschließlich deren Familienangehörige entsprechend ihrem Status zuzuordnen haben. Maßgebend ist in der Regel der Status am Tag der Inanspruchnahme der Leistung, insbesondere auch bei Krankenhauspflege. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind in den nachfolgenden Absätzen aufgeführt.

Zu Absatz 5

Bei Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel ist für den Status des Versicherten grundsätzlich der Tag der Inanspruchnahme maßgebend. Die Krankenkasse kann jedoch auch

aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung hiervon abweichen und den Status auf dem vorgelegten Behandlungsschein am Tag der Inanspruchnahme für die Dauer des restlichen Quartals bestehen lassen. Die Krankenkasse kann sich drittens für die Möglichkeit einer pauschalen Umbuchung der Aufwendungen nach dem tatsächlichen Statuswechsel entscheiden. Näheres zum Verfahren bei Statuswechsel bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Zu Absatz 6

Falls die Krankenkasse nicht nach dem Grundsatz des Absatzes 4 verfährt, hat sie das von ihr gewählte Verfahren nach Absatz 5 jährlich erneut vor Beginn des Kalenderjahres dem Bundesversicherungsamt schriftlich mitzuteilen. Diese Entscheidung kann für 1989 auch noch rückwirkend erfolgen (vgl. § 18 Satz 3).

Zu Absatz 7

Bei länger dauernden Zahnbehandlungen ist bei der Zuordnung der Leistungsaufwendungen auf den Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes abzustellen.

Zu Absatz 8

Bei kieferorthopädischer Behandlung ist der Beginn des jeweiligen Teilabrechnungszeitraumes maßgebend, da aufgrund der zeitnahen Abrechnungen eine aktuelle Statuszuordnung erfolgen kann. Für die Erstattung des Eigenanteils eines Versicherten bei kieferorthopädischer Behandlung richtet sich die Zuordnung der Aufwendungen nach dem Status des Versicherten am Tag des Abschlusses der Behandlung.

Zu Absatz 9

Die Einbeziehung von Kosten für Hilfsmittel in den Ausgleich setzt voraus, daß der Empfänger am Tage der Verordnung Rentner ist. Die Zuordnung der Reparaturkosten von Hilfsmitteln richtet sich nach dem Status des letzten Benutzers des Hilfsmittels.

Zu Absatz 10

Ausgleichsfähig sind nur belegbare Aufwendungen. Die in der Vergangenheit von einigen Krankenkassen vorgenommenen pauschalen Umbuchungen aufgrund von Hochrechnungen und Schätzungen sind nicht mehr zulässig.

Zu Absatz 11

Absatz 11 stellt klar, daß die Grundsätze der Absätze 4 bis 10 auch für den Ausgleich von Leistungsaufwendungen bei Kostenerstattungen gelten.

Zu Absatz 12

Die Buchung von Aufwendungen nach Personenkreisen ist auch bei pauschalierter Berechnung nach der tatsächlichen Inanspruchnahme vorzunehmen (z.B. Fallpauschalen, Kopfpauschalen). Aufwendungen für Sprechstundenbedarf sind nach einem Schlüssel entsprechend dem Verhältnis der Aufwendungen für die übrigen Arzneimittel für Mitglieder, Familienangehörige und Rentner zueinander in dem jeweiligen Abrechnungszeitraum auf die Konten für die Personenkreise zu verteilen. Letzteres kann auch einmal jährlich erfolgen.

Zu Absatz 13

Satz 1 bestimmt, daß die ausgleichsfähigen Aufwendungen von allen Krankenkassen einheitlich nach den Vorschriften des Kontenrahmens gesondert zu buchen sind. Diese Vorschrift enthält eine Vorgabe, die bei der Aufstellung des Kontenrahmens zu beachten ist.

Die Aufwendungen bei Kostenübernahme in Härtefällen werden nur in der Jahresrechnung nach einem bestimmten Schlüssel berücksichtigt, weil eine andere Regelung verwaltungstechnisch nicht wirtschaftlich durchführbar wäre und auch zu unberechtigten Vor- oder Nachteilen für die beteiligten Krankenkassen führen würde.

Zu § 3 (Berechnung der voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Verfahrensweise zur Vor- ausberechnung der monatlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen durch das Bundesversicherungsamt. Zukünftig werden für die Berechnungen die Mitgliederzahlen des Vormonats zugrunde gelegt.

Zu § 4 (Summe der beitragspflichtigen Einnahmen)

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen die bisherige Berechnung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen. Beitragsrück- erstattungen nach § 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mindern nicht das Beitragssoll, da sie im voraus nicht zu kalkulieren sind.

Absatz 2 enthält eine Änderung gegenüber dem geltenden Recht. Für Mitglieder, für die kein Beitragssatz festgesetzt ist, gilt der Beitragssatz, der für Mitglieder mit vergleichbaren Leistungs- ansprüchen maßgebend ist. Bei Mitgliedern, deren beitragspflichtige Einnahmen sich nicht bestimmen lassen, gelten als Einnahmen die durchschnittlichen Einnahmen aller Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse.

Zu § 5 (Beiträge)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Verfahrensregelung, die zukünftig auch für rückständige Beiträge gelten soll, die von den Krankenkassen eingezogen werden. Diese Beiträge werden wegen ihrer geringen Bedeutung beim KVdR-Ausgleich nur im Jahresausgleich berücksichtigt.

Zu § 6 (Abrechnungsverfahren)

Die Abwicklung des KVdR-Finanzausgleichs erfolgt weiterhin über die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Zu § 7 (Berechnungsgrundlagen)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung.

Zu § 8 (Bekanntmachungen)

Die Bekanntmachungen des Bundesversicherungsamtes erfolgen zukünftig nur noch an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Da die Landesversicherungsanstalten ab 1. Januar 1990 keine Aufgaben der Krankenversicherung mehr durchführen, sind zukünftig die Bekanntmachungen zum KVdR-Finanzausgleich ihnen gegenüber entbehrlich.

Zum Zweiten Abschnitt (Monatlicher Ausgleich)

Zu § 9 (Finanzierungsanteil)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung.

Zu § 10 (Vorläufiger Vomhundertsatz)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung, jedoch wird für die Berechnung die Zahl der Mitglieder des Vormonats zugrunde gelegt.

Zu § 11 (Monatliche Abschlagszahlungen)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung.

Die Verrechnungsmöglichkeiten der monatlichen KVdR-Abschlagszahlungen sind für die Krankenkassen wegen der Änderungen des Beitragseinzugs für die bei den Ersatzkassen freiwillig versicherten Mitglieder mit Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze seit dem 1. Januar 1989 stark eingeschränkt. Sie haben daher vermehrt Abschlagszahlungen bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu beantragen. Daher wird bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mehr auf die tatsächliche Mitgliederzahl des laufenden Monats, die erst etwa Mitte des Monats vorliegt, abgestellt; die Krankenkassen fordern vielmehr die Abschlagszahlungen auf der Grundlage der Mitgliederzahlen des Vormonats bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte an.

Zum Dritten Abschnitt (Jahresausgleich)

Zu § 12 (Allgemeines)

Der vorläufige Jahresausgleich hat sich als entbehrlich erwiesen und ist daher nicht mehr durchzuführen.

Zu § 13 (Jahresausgleich)

Die Vorschrift übernimmt die bisherige Regelung.

Zum Vierten Abschnitt (Übergangsvorschriften)

Zu § 14 (Berichtigungen für die Zeit vor dem 1. Januar 1989)

Für die Zeit vor dem Inkrafttreten des Gesetzes gilt rückwirkend eine Sonderregelung zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen für Heilfürsorgeberechtigte und Personen, deren Leistungsansprüche wegen Auslandsaufenthalts ruhten. Aus den tatsächlich vereinnahmten Beiträgen werden unter Zugrundelegung des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen dieser Mitglieder ermittelt. In beiden Fallgruppen haben zwar einzelne Krankenkassen von den betreffenden Versicherten - rechtlich unzulässig - zu geringe Beiträge erhoben. Da jedoch einzelne Aufsichtsbehörden dies geduldet und die betreffenden Krankenkassen nicht entsprechend angewiesen haben, sollen rückwirkende Berichtigungen unterbleiben, zumal die genaue Feststellung dieser beitragspflichtigen Einnahmen nicht mehr in allen Fällen möglich ist. Die Übergangsvorschrift dient damit der Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten.

Ab dem 1. Januar 1989 sind Ausnahmen von dem Grundsatz, daß auch ermäßigte Beiträge mindestens den vollen Umfang des Finanzierungsanteils an der Krankenversicherung der Rentner und des Verwaltungskostenanteils enthalten müssen (§ 243 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nicht mehr zulässig. Sollten die Krankenkassen dennoch zu geringe Beiträge erheben oder gar von einer Beitragserhebung völlig absehen, so haben sie gleichwohl Beiträge entsprechend des Mindestsatzes nach § 243 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den KVdR-Ausgleich einzubringen.

Zu § 15 (Abgrenzung der Aufwendungen für Krankengeld an Rentner)

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes sind die Voraussetzungen für die Zahlung von Krankengeld geändert worden. Eine ausdrückliche Übergangsregelung für die Fälle, in denen vor dem 1. Januar 1989 der Anspruch auf wiederkehrendes Krankengeld entstanden ist und die Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus andauert, ist nicht getroffen worden. Da es zu vom Gesetzgeber nicht gewollten Härten führen würde, wenn laufende Krankengeldzahlungen eingestellt würden, wird in diesen Fällen das Krankengeld von den Krankenkassen längstens bis zur Höchstbezugsdauer weitergezahlt. Soweit Rentner davon betroffen sind, sollen diese Krankengelder folgerichtig noch als ausgleichsfähig angesehen werden.

Zu § 16 (Monatliche Abschläge im Kalenderjahr 1989)

Schon im ersten Halbjahr 1989 hat das Bundesversicherungsamt darauf zu achten, daß nur ausgleichsfähige Leistungen ausgeglichen werden. Die Berechnungen der monatlichen Abschlagszahlungen sind aufgrund des rückwirkenden Inkrafttretens dieser Verordnung nicht neu zu erstellen.

474/89

Zum Fünften Abschnitt (Schlußvorschriften)

Zu § 17 (Berlin-Klausel)

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu § 18 (Inkrafttreten, abgelöste Vorschrift)

Die Verordnung tritt mit der in dem Gesundheits-Reformgesetz vorgesehenen Ermächtigungsnorm in Kraft und hebt die Verordnung vom 20. Dezember 1977 in der Fassung vom 11. Oktober 1984 auf. § 2 Abs. 6 tritt erst am 1. Januar 1990 in Kraft, da eine vorherige Mitteilung der Krankenkasse für das Jahr 1989 nicht mehr möglich ist.

20.10.89

Beschluß

des Bundesrates

zur

Verordnung über das Verfahren zum Ausgleich der Leistungs-
aufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner
(KVdR-Ausgleichsverordnung - KVdR-AusglV -)

Der Bundesrat hat in seiner 605. Sitzung am 20. Oktober 1989 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.