

30.08.93 72 Seiten

G - AS

Verordnung

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV)

A. Zielsetzung

Nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (GSG) wird ab 1. Januar 1994 zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein bundesweiter Risikostrukturausgleich eingeführt. Er soll die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen ausgleichen. Dadurch sollen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gleiche Startbedingungen hergestellt und die Beitragsgerechtigkeit für die Beitragszahler verbessert werden.

B. Lösung

Durch die Verordnung werden die für die Durchführung des Ausgleichs erforderlichen Berechnungs- und Abrechnungsverfahren geregelt.

C. Alternativen

Keine

...

6/11/93

D. Kosten

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

30.08.93

G - AS

Verordnung

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der
gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsver-
ordnung - RSAV)

Der Chef
des Bundeskanzleramtes
021 (313) - 811 00 - R1 2/93

Bonn, den 30. August 1993

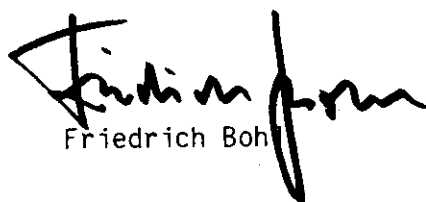
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von dem Bundesministerium für Gesundheit zu er-
lassende

Verordnung über das Verfahren zum Risiko-
strukturausgleich in der gesetzlichen Kran-
kenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichs-
verordnung - RSAV)

mit Begründung und Vorblatt.

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


Friedrich Bohm

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV)
vom.....

Auf Grund des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 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:

Erster Abschnitt
Gemeinsame Vorschriften

§ 1

Begriffsbestimmungen

(1) Versicherte im Sinne dieser Verordnung sind alle versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder und Familienversicherten.

(2) Mitglieder im Sinne dieser Verordnung sind alle nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und nach Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtig oder nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig versicherten 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

Versichertengruppen

(1) Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse nach § 266 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) getrennt zu ermitteln. Versichertengruppen sind nach Alter, Geschlecht und folgenden weiteren Statusmerkmalen getrennt zu bilden:

1. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die in Nummer 4 genannten Versicherten,
2. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die in Nummer 5 genannten Versicherten,
3. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ohne die in Nummer 6 genannten Versicherten,
4. die in Nummer 1 genannten Versicherten, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen,
5. die in Nummer 2 genannten Versicherten, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen,
6. die in Nummer 3 genannten Versicherten, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Freiwillig Versicherte, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 1 oder 4 zuzuordnen. Frei-

willig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 2 oder 5 zuzuordnen. Freiwillig Versicherte, für die der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 3 oder 6 zuzuordnen.

(3) Die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null und Versicherte mit einem Alter über 90 Jahre dem Alter 90 Jahre zuzuordnen. In den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 4 bis 6 sind Versicherte mit einem Alter unter 35 Jahre dem Alter 35 zuzuordnen.

(4) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.

(5) Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen, sind in den Versichertengruppen nach Absatz 1 nicht enthalten.

§ 3

Erhebung der Versicherungszeiten

(1) Die Krankenkassen erheben jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten der Versicherten in den Versichertengruppen nach § 2. Die Ergebnisse sind in Jahren zu berechnen.

(2) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 sind die Statusmerkmale nach § 2 Abs. 1 und das Alter nach § 2 Abs. 3 im Erhebungszeitraum maßgebend.

(3) Eine Versicherungszeit nach Absatz 1 beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Versichertengruppe nach § 2 vorliegen; sie endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen wegfallen. Bei Versicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt die Versicherungszeit frühestens mit dem Tag, an dem die Familienversicherung beginnt; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Abs. 6 oder nach § 289 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Die Familienversicherung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft. In den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag des Beginns der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Ausgleichsjahres.

(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 Plausibilität spätestens vierzehn Tage nach dem in Satz 1 genannten Abgabetermin an die in § 267 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Stelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern weiter. Diese Stelle übermittelt die Daten unverzüglich dem Bundesversicherungsamt.

(5) Korrekturen der Versicherungszeiten nach Absatz 1 werden für den Jahresausgleich bei der Erhebung für das Jahr berücksichtigt, in dem sie festgestellt werden.

(6) Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 legen die Krankenkassen die für das letzte Kalenderjahr ermittelten und mit einem Veränderungsfaktor vervielfachten Versicherungszeiten zugrunde. Sind die Versicherungszeiten des letzten Kalenderjahres noch nicht bekannt, legen die Krankenkassen die mit einem Verände-

rungsfaktor vervielfachten Versicherungszeiten des vorletzten Kalenderjahres zugrunde. Der Veränderungsfaktor entspricht dem Verhältnis der Mitgliederzahl der Krankenkasse, die zum Ersten des Vormonats in der Monatsstatistik gemeldet ist, zur durchschnittlichen monatlichen Mitgliederzahl des letzten Erhebungszeitraums nach Satz 1 oder 2.

§ 4

Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

(1) Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach den §§ 6 und 7 sind insbesondere Aufwendungen zu berücksichtigen für

1. Leistungen zur Gesundheitsförderung, zur Verhütung von Zahnerkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Gesundheits- und Kinderuntersuchungen nach § 20 Abs. 1, den §§ 21 und 22, 23 Abs. 1 und den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation,
2. Krankenbehandlung nach § 18 Abs. 3, den §§ 27a bis 33, 37 Abs. 1 Satz 1 bis 3 und Abs. 2 Satz 1, § 38 Abs. 1, den §§ 39, 42 und 43a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der für diese Leistungen in Härtefällen nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
3. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,
4. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 195 bis 200 und 200b der Reichsversicherungsordnung, sowie Leistungen nach den §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. Leistungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Maß-

nahme im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (Anschlußheilbehandlung) sowie Beiträge für nach § 539 Abs. 1 Nr. 17 Buchstabe a der Reichsversicherungsordnung in der Unfallversicherung versicherte Personen,

6. Sterbegeld nach den §§ 58 und 59 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Fahrkosten nach § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie von den Krankenkassen zu tragen sind,
8. den Medizinischen Dienst nach § 281 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Vertragsärzte und -zahnärzte.

(2) Zu den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 gehören insbesondere nicht Aufwendungen für

1. satzungsgemäße Mehrleistungen bei ambulanten Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen bei ambulanten Rehabilitationskuren nach § 40 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, für Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen bei Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 bis 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei ambulanten Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei stationären Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei stationären Rehabilitationskuren mit Ausnahme der Anschlußheilbehandlung nach § 40 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei Müttervorsorge- und -genesungskuren nach § 24 Abs. 1 und § 41 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bei ergän-

- zenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Erprobungsleistungen nach den §§ 63, 66 und 67 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 4. Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822 - 4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist,
 5. Forschungsvorhaben, insbesondere nach § 287 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 6. Krankenhausinvestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes.

(3) Erstattungen und Einnahmen, insbesondere nach § 19 des Bundesversorgungsgesetzes, § 39 Abs. 2 und § 49 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 200a der Reichsversicherungsordnung, dem Bundes-Seuchengesetz, Artikel 63 des Gesundheits-Reformgesetzes, §§ 102 bis 117 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und Zahlungen ausländischer Stellen auf Grund zwischen- oder überstaatlicher Regelungen mindern die nach Absatz 1 zu berücksichtigenden Aufwendungen für Leistungen.

(4) Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sind die Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Ausgleichsjahr zuzuordnen, auf das sie nach § 34 Abs. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 (Beilage zum BAnz Nr. 153) in der im Erhebungszeitraum geltenden Fassung und nach Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen.

§ 5

Verhältniswerte für die Ermittlung der standardisierten
Leistungsausgaben

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für alle Krankenkassen die Verhältniswerte nach § 266 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 5 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wie folgt:

1. Die für jede Versichertengruppe (§ 2 Abs. 1) nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermittelten Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 4) sind in jeder Versichertengruppe durch die Zahl der Versichertenjahre der in die Stichprobe einbezogenen Versicherten (Stichprobenversichertenjahre) zu teilen.
2. Die Summe der Leistungsausgaben nach Nummer 1 aller Versichertengruppen wird außerdem durch die Summe der Stichprobenversichertenjahre geteilt.
3. Die Ergebnisse nach Nummer 1 werden jeweils durch das Ergebnis nach Nummer 2 geteilt und mit 100 vervielfacht.

(2) Die Verhältniswerte nach Absatz 1 Nr. 3 sind nach jeder Stichprobenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermitteln und durch das Bundesversicherungsamt bekanntzugeben.

(3) Zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse werden die nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhobenen Beträge vom Bundesversicherungsamt durch statistische Berechnungsverfahren bereinigt, soweit die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Bereinigung vorsieht.

§ 6

Standardisierte Leistungsausgaben

Das Bundesversicherungsamt stellt für das vorherige Geschäftsjahr (Ausgleichsjahr) in jeder Versichertengruppe (§ 2) die standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr (§ 3) für alle Krankenkassen wie folgt verbindlich fest:

1. Die Summe der im Ausgleichsjahr berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 4) aller Krankenkassen wird durch die Summe der Versichertenjahre (§ 3) aller Versichertengruppen geteilt.
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 wird für jede Versichertengruppe mit dem jeweiligen Verhältniswert nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 vervielfacht und durch 100 geteilt.
3. Die Ergebnisse nach Nummer 2 werden für jede Versichertengruppe mit der entsprechenden Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen vervielfacht und die Summe dieser Ergebnisse durch die Summe der Versichertenjahre aller Versichertengruppen geteilt.
4. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch das Ergebnis nach Nummer 3 zu teilen (Korrekturfaktor).
5. Die Ergebnisse nach Nummer 2 sind mit dem Korrekturfaktor nach Nummer 4 zu vervielfachen.

§ 7

Voraussichtliche standardisierte Leistungsausgaben

Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 stellt das Bundesversicherungsamt im voraus für ein Kalenderhalbjahr die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr in jeder Versichertengruppe wie folgt fest:

1. Die durchschnittlich auf einen Monat des entsprechenden Kalenderhalbjahres des Vorjahres (Ausgangszeitraum) entfallenden berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Krankenkassen werden durch die nach § 3 Abs. 6 Satz 1 oder Satz 2 ermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen geteilt. Der Berechnung sind die für den Ausgangszeitraum vorgelegten Vierteljahresrechnungen zugrunde zu legen.
2. Das Bundesversicherungsamt schätzt die Veränderung der durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen gegenüber den durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten im Ausgangszeitraum nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Bundesversicherungsamt gibt den entsprechenden Veränderungsfaktor unter Berücksichtigung des zuletzt festgestellten Korrekturfaktors nach § 6 Nr. 4 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 zugrunde liegen, seit der letzten Bekanntmachung erheblich verändert haben.
3. Das mit dem Veränderungsfaktor nach Nummer 2 gewichtete Ergebnis nach Nummer 1 ist mit den zuletzt festgestellten Verhältniswerten nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 auf die Versicher-

tengruppen umzurechnen. Für die Berechnung gilt im übrigen § 6 entsprechend. Für die Mitteilung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten in jeder Versichertengruppe gilt Nummer 2 Satz 2 und 3 entsprechend.

§ 8

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Für die Ermittlung der Finanzkraft nach § 12 berechnen die Krankenkassen nach Absatz 2 bis 6 die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder 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) des Ausgleichsjahres.

(2) Die Summe der von den Krankenkassen für die Monate in einem Berichtszeitraum festgesetzten Beitragsforderungen ohne die in Absatz 4 genannten und abzüglich der in diesen Monaten von den Beitragsforderungen nach § 76 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch abgesetzten Beträge (Beitragssoll) und abzüglich der Beitragserstattungen nach § 231 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für die in den §§ 241 bis 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitglieder und die in § 248 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einkommensarten mit der Zahl 100 zu vervielfachen und durch den in dem Berichtszeitraum geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu teilen. Wurde der Beitragssatz während des Berichtszeitraumes geändert, so ist die Berechnung getrennt nach den Zeiträumen vorzunehmen, für die jeweils ein Beitragssatz galt. 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.

(4) Die an nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtige Mitglieder gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sind als beitragspflichtige Einnahmen wie folgt zu berücksichtigen:

1. Für die Berichtszeiträume 1. Januar bis 31. März, 1. Januar bis 30. Juni und 1. Januar bis 30. September des Ausgleichsjahres ist die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 Abs. 1 anzusetzen.
2. Für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember des Ausgleichsjahres ist die mit dem Korrekturfaktor nach Absatz 5 zu vervielfachende Summe der nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldeten Renten anzusetzen.

(5) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für alle Krankenkassen verbindlich den Korrekturfaktor nach Absatz 4 Nr. 2 wie folgt:

1. Die Summe der Beiträge aller Krankenkassen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der versicherungspflichtigen Mitglieder für das Ausgleichsjahr wird mit der Zahl 100 vervielfacht und durch den durchschnittlichen im Ausgleichsjahr geltenden Beitragssatz nach § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geteilt.
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldeten Renten zu teilen (Korrekturfaktor).

(6) Der Korrekturfaktor nach Absatz 5 Nr. 2 wird vom Bundesversicherungsamt bekanntgegeben.

(7) Die Summe der Ergebnisse nach Absatz 2 und 3 und die beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 4 sind getrennt in der jeweiligen Vierteljahresrechnung und zusätzlich für den Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember in der Jahresrechnung anzugeben.

§ 9

Voraussichtliche beitragspflichtige Einnahmen

(1) Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 gelten als voraussichtliche monatliche Summen der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2, 3 und 4 für jeweils ein Kalenderhalbjahr die nach den Sätzen 2 und 3 veränderten Beträge der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Summen 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 Mitglieder zu teilen und mit der Zahl der Mitglieder zu vervielfachen, die zum Ersten des Vormonats in der Monatsstatistik gemeldet sind. Die Berechnung ist für die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2 und 3 und für die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 4 getrennt vorzunehmen. Für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2 und 3 sind die Mitglieder ohne die in Satz 5 genannten Mitglieder maßgebend. Für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 4 sind die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12, § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 Abs. 1 und 2 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes genannten Mitglieder (Rentenbezieher und Rentenantragsteller), der Gesamtbetrag der nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialge-

setzbuch zuletzt gemeldeten Renten und der Korrekturfaktor nach § 8 Abs. 5 maßgebend. Das Ergebnis der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2 und 3 und das Ergebnis der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 4 ist jeweils getrennt mit dem dafür geschätzten Veränderungsfaktor nach Absatz 2 zu vervielfachen. Der Berechnung sind die vorgelegten Vierteljahresrechnungen und Monatsstatistiken der Krankenkassen zugrunde zu legen.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt die Veränderungen der voraussichtlichen durchschnittlichen Summen der beitragspflichtigen Einnahmen für alle Krankenkassen je Mitglied nach § 8 Abs. 2 und 3 und hiervon getrennt nach § 8 Abs. 4 gegenüber den durchschnittlichen Summen der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen jeweils getrennt je Mitglied nach § 8 Abs. 2 und 3 und nach § 8 Abs. 4 im Ausgangszeitraum nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. § 7 Nr. 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(3) Für neuerrichtete Krankenkassen gilt, solange die Krankenkasse nicht für einen Ausgangszeitraum Vierteljahresrechnungen vorzulegen hatte, als voraussichtliche monatliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen die entsprechend § 8 Abs. 1 bis 3 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 § 8 Abs. 4 genannten Beträge.

(4) Das Bundesversicherungsamt bestimmt bei neuerrichteten Krankenkassen das Nähere über

1. die Berechnung der voraussichtlichen monatlichen Summe der beitragspflichtigen Einnahmen für die in § 8 Abs. 4 genannten Renten und
2. die Berechnung der voraussichtlichen monatlichen Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3, wenn noch kein Haushaltsplan erstellt ist.

§ 10

Beitragsbedarf

(1) Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist für das Ausgleichsjahr wie folgt zu ermitteln:

1. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr (§ 6) sind in jeder Versichertengruppe (§ 2) mit der Zahl der Versichertenjahre (§ 3) zu vervielfachen.

2. Die Ergebnisse nach Nummer 1 sind zusammenzuzählen.

(2) Für die Ermittlung des Beitragsbedarfs für den Ausgleich nach § 19 legt das Bundesversicherungsamt die nach § 6 standardisierten Leistungsausgaben und die nach § 3 Abs. 4 gemeldeten Versicherungszeiten zugrunde.

(3) Für die Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs für den monatlichen Ausgleich nach § 17 legen die Krankenkassen die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 7 und die voraussichtlichen Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 zugrunde.

§ 11

Ausgleichsbedarfssatz

(1) Den Ausgleichsbedarfssatz nach § 266 Abs. 3 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermittelt das Bundesversicherungsamt für jedes Ausgleichsjahr als Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen wie folgt:

1. Die Beitragsbedarfe (§ 10) aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen (Beitragsbedarfssumme).
2. Die beitragspflichtigen Einnahmen (§ 8) der Mitglieder aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen (Ausgleichsgrundlohnsomme).
3. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist mit 100 zu vervielfachen und durch das Ergebnis nach Nummer 2 zu teilen (Ausgleichsbedarfssatz).

(2) Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 ist der vorläufige Ausgleichsbedarfssatz vom Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu schätzen. Für die Schätzung des voraussichtlichen Beitragsbedarfs und der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen gelten § 3 Abs. 6, § 7 Nr. 2, §§ 9 und 10 entsprechend.

§ 12

Finanzkraft

(1) Die Finanzkraft einer Krankenkasse im Ausgleichsjahr ist das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (§ 8) und dem Ausgleichsbedarfssatz (§ 11).

(2) Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 ermittelt die Krankenkasse ihre Finanzkraft auf der Grundlage der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 und des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes nach § 11 Abs. 2.

§ 13

Berechnungsgrundlagen

Das Bundesversicherungsamt legt den ihm nach dieser Verordnung obliegenden Berechnungen

1. die nach den dafür geltenden Bestimmungen aufgestellten und den nach § 79 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständigen Stellen vorgelegten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen,
2. die Abrechnung nach § 227 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,
3. die nach § 267 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Ergebnisse

zugrunde.

§ 14

Abrechnungsverfahren

Die monatlichen Abschlagszahlungen nach § 17 und der Jahresausgleich nach § 19 werden über die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte abgerechnet. Das Nähere über das Abrechnungsverfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

§ 15

Bekanntmachungen

Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesversicherungsamtes 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.

Zweiter Abschnitt
Monatlicher Ausgleich

§ 16

Ansprüche und Verpflichtungen

Für die Berechnung der Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung der Krankenkasse wird von ihrer Finanzkraft (§ 12) ihr Beitragsbedarf (§ 10) abgezogen. Übersteigt die Finanzkraft den Beitragsbedarf, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren Beitragsbedarf ihre Finanzkraft übersteigt.

§ 17

Monatlicher Ausgleich

(1) Jede Krankenkasse berechnet monatlich die Höhe ihres Anspruchs oder ihrer Verpflichtung im Risikostrukturausgleich (§ 16).

(2) Ist der auf den jeweiligen Monat (Ausgleichsmonat) entfallende voraussichtliche Beitragsbedarf (§ 10 Abs. 3) höher als die voraussichtliche Finanzkraft (§ 12 Abs. 2), so erhält die Krankenkasse den Unterschiedsbetrag von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

(3) Ist der auf den jeweiligen Monat entfallende voraussichtliche Beitragsbedarf niedriger als die voraussichtliche Finanzkraft, 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 Ausgleichsmonat eingezogenen Beiträgen. Soweit eine Krankenkasse den Betrag in dem jeweiligen Monat nicht verrechnen kann, hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf Anforderung der Krankenkasse den dieser zustehenden Betrag nach Abzug der voraussichtlich im jeweiligen Monat verrechnungsfähigen Beträge bis zum fünften Arbeitstag nach Zugang der Anforderung zu zahlen. Frühester Zugang einer Anforderung ist der erste Arbeitstag des jeweiligen Ausgleichsmonats.

(5) Die Krankenkassen zahlen den nach Absatz 3 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zustehenden Betrag an diese bis zum 15. des jeweiligen Ausgleichsmonats. 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.

(6) Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung auf dem Konto des Zahlungspflichtigen als erfüllt. Beträge ab 500000 Deutsche Mark sind durch beschleunigte Überweisungsverfahren dem Konto des Zahlungsempfängers zur Verfügung zu stellen. Zinsansprüche für verspätete Zahlungen sind mit zwei vom Hundert über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu berechnen.

(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 (§ 10 Abs. 3, § 12 Abs. 2) nach. Die Nachweise können der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte auf den für den monatlichen Ausgleich vorgesehenen Vordrucken per Telefax übersandt werden. Die Berechnung der für den monatlichen Ausgleich erforderlichen Summen der beitragspflichtigen Einnahmen im Ausgangszeitraum nach § 9 Abs. 1 Satz 1 ist für das erste Kalenderhalbjahr bis zum 31. Oktober des Ausgleichsvorjahres und für

res an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu übersenden. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat die Nachweise nach den für Rechnungsbelege geltenden Aufbewahrungsfristen aufzubewahren und die nach den Absätzen 4 und 5 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.

Dritter Abschnitt Jahresausgleich

§ 18

Allgemeines

(1) Nach Ablauf des Kalenderjahres sind die Abschlagszahlungen nach § 17 mit den endgültig für dieses Jahr zu leistenden Zahlungen durch einen Jahresausgleich auszugleichen.

(2) Das Bundesversicherungsamt schätzt unverzüglich nach Ablauf des Kalenderjahres für den Jahresabschluß nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen die voraussichtliche Höhe der standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr in jeder Versichertengruppe und des Ausgleichsbedarfssatzes und gibt diese Werte bekannt. Die §§ 6, 11 Abs. 1 und § 15 gelten entsprechend.

§ 19

Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen sowie der Abrechnung nach § 227 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und der Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr):

1. für alle Krankenkassen:

- a) die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr in jeder Versichertengruppe nach § 6 auf der Grundlage der Verhältnisswerte nach § 5,
 - b) den Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 1;
2. für jede Krankenkasse und für alle Krankenkassen insgesamt:
- a) die Summen der Versicherungszeiten in jeder Versicherten-
gruppe nach § 3,
 - b) die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
nach § 4,
 - c) die Höhe des Beitragsbedarfs nach § 10 Abs. 1,
 - d) die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8,
 - e) die Höhe der Finanzkraft nach § 12 Abs. 1,
 - f) die von den Krankenkassen und der Bundesversicherungs-
anstalt für Angestellte nach § 17 Abs. 4 und 5 geleisteten
Abschlagszahlungen; als Abschlagszahlung nach § 17 Abs. 4
und 5 gelten die von der Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte nach § 17 Abs. 6 nachgewiesenen Beträge.

(2) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der von ihm nach Absatz 1 ermittelten Zahlen für jede Krankenkasse den Ausgleichsanspruch oder die Ausgleichsverpflichtung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Es teilt den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die als Ausgleich nach § 266 Abs. 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geleisteten Zahlungen und die nach § 266 Abs. 6 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch noch zu leistenden Zahlungen mit. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist jeweils eine gesonderte Berechnung nach Satz 1 vorzunehmen.

(3) Mit der Bekanntmachung nach Absatz 2 sind die danach zu leistenden Beträge fällig. Das Bundesversicherungsamt gibt den Fälligkeitstermin der zu leistenden Beträge den Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte mit Zusendung der Abrechnung nach Absatz 2 verbindlich auf. Für Zinsansprüche gilt § 17 Abs. 6 Satz 3. § 17 Abs. 5 Satz 2 gilt entsprechend.

**Vierter Abschnitt
Übergangsvorschriften**

§ 20

Versichertengruppen 1994 und 1995

(1) Bis die Ergebnisse der Datenerhebung nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen und die Verhältniswerte (§ 5) auf der Grundlage der Ergebnisse der im Jahre 1994 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt sind, ist in den Geschäftsjahren 1994 und 1995 für den monatlichen Ausgleich nach § 17 abweichend von § 2 von Versichertengruppen auszugehen, die nach Alter, Geschlecht und folgenden Statusmerkmalen getrennt sind:

1. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 und § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12, §§ 10, 189 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes.

(2) Bis zu dem in Absatz 1 genannten Zeitpunkt betragen die Altersabstände für den monatlichen Ausgleich abweichend von § 2 Abs. 3 fünf Jahre. Versicherte in den Altersgruppen bis unter 15 Jahre und Versicherte mit einem Alter ab 80 Jahre werden jeweils zu einer Altersgruppe zusammengefaßt.

(3) Für das Geschäftsjahr 1994 sind in den Versichertengruppen nach Absatz 1 nicht die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12, § 189

Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragsteller und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen enthalten. Für das Geschäftsjahr 1994 sind Versicherte, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen und nicht zu den in Satz 1 genannten Versicherten gehören, in den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 enthalten; § 2 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 gilt insoweit nicht.

§ 21

Versichertenzahl 1994 und 1995

Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 sind in den Geschäftsjahren 1994 und 1995 abweichend von den in § 3 Abs. 6 genannten Versicherungszeiten die Zahl der Versicherten in den Versichertengruppen nach § 20 zum Stichtag 1. Oktober des Vorjahres zugrunde zu legen. Sie wird nach den §§ 2 und 3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 4. Januar 1984 (BAnz S. 289) in der am Erhebungsstichtag geltenden Fassung erhoben. § 3 Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 22

Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben 1994

Für das Geschäftsjahr 1994 ist von der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 Abs. 1 und der Summe der Beträge nach § 4 Abs. 3 die Summe der Beträge abzuziehen, soweit sie auf nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und

§ 189 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen entfallen.

§ 23

Verhältniswerte 1994 und 1995

(1) Bis die Ergebnisse der Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erstmalig vorliegen, hat das Bundesversicherungsamt die Verhältniswerte nach § 5 für den monatlichen Ausgleich (§ 17) in den Geschäftsjahren 1994 und 1995 nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen für alle Krankenkassen verbindlich zu schätzen und bekanntzumachen. Dabei sind die Versichertengruppen nach § 20 zugrunde zu legen. Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind ausschließlich bei der Versichertengruppe nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 dieser Verordnung zu berücksichtigen.

(2) Die Schätzung nach Absatz 1 ist vor Abschluß der Datenerhebung nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu verändern, sobald aus verwertbaren vorläufigen Ergebnissen oder Teilergebnissen der Datenerhebung Abweichungen zu den geschätzten Verhältniswerten erkennbar werden. § 7 Nr. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Im Geschäftsjahr 1994 kann die Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für einen kürzeren Zeitraum als das Kalenderjahr erfolgen.

§ 24

Beitragspflichtige Einnahmen 1994

(1) Für das Geschäftsjahr 1994 sind in den beitragspflichtigen Einnahmen nach den §§ 8 und 9 die Beträge der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens, die bei versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zur Beitragsbemessung herangezogen wurden, nicht enthalten. Satz 1 gilt entsprechend für die beitragspflichtigen Einnahmen der nach § 189 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Rentenantragsteller.

(2) Für das Geschäftsjahr 1994 sind von den Beitragsforderungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Beitragserstattungen nach § 231 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht abzuziehen.

§ 25

Jahresausgleich für 1994

(1) Der Jahresausgleich für das Geschäftsjahr 1994 erfolgt zunächst auf der Grundlage der Verhältnismerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1994 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind. Auf der Grundlage der Verhältnismerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1995 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind, wird der vorläufige Jahresausgleich für das Geschäftsjahr 1994 berichtigt. Mit Zustimmung aller Spitzenverbände der Krankenkassen nach Feststellung der Verhältnismerte

nach Satz 2 kann das Bundesversicherungsamt bestimmen, daß eine Berichtigung nach Satz 2 nicht erfolgt.

(2) Kommt die Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahre 1994 nicht zustande, erfolgt der Jahresausgleich für das Jahr 1994 auf der Grundlage der Verhältnisswerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1995 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind.

§ 26

Verrechnungen

Fällige Forderungen und Verpflichtungen aus dem Risikostrukturausgleich sind mit gleichzeitig fälligen Verpflichtungen und Forderungen aus dem Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner zu verrechnen.

**Fünfter Abschnitt
Sonderregelungen**

§ 27

Beitrittsgebiet

(1) Bis zum Außerkrafttreten des § 313 Abs. 10 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird der Risikostrukturausgleich für das Beitrittsgebiet getrennt durchgeführt.

(2) Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt, erheben die Versicherungszeiten nach § 3, die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 und die beitragspflichtigen Einnahmen nach den §§ 8 und 9 der in diesem Gebiet Versicherten bis zu dem in Absatz 1 genannten Zeitpunkt getrennt. Für den Ausgleich im Jahre 1994 gilt § 3 Abs. 3 Satz 2 mit der Maßgabe, daß die Meldung nach dem 31. Dezember 1992 erfolgt sein muß.

(3) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Verhältniswerte nach § 5, die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 7, den vorläufigen Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 2 und die in § 19 genannten Werte für die in Absatz 2 genannten Krankenkassen bis zu dem in Absatz 1 genannten Zeitpunkt getrennt.

§ 28

Berlin

(1) Für Versicherte im Land Berlin ist der Risikostrukturausgleich nach den für das bisherige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen; § 27 gilt insoweit nicht.

(2) Für das Geschäftsjahr 1994 ermitteln die Krankenkassen die beitragspflichtigen Einnahmen nach den §§ 8 und 9 für Mitglieder in dem Teil des Landes Berlin, in dem das Grundgesetz bis zum Inkrafttreten des Einigungsvertrages nicht galt, wie folgt:

1. Die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder im Land Berlin werden durch die Zahl aller Mitglieder im Land Berlin geteilt.
2. Die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder in dem in Satz 1 genannten Gebiet werden durch die Zahl der Mitglieder in dem in Satz 1 genannten Gebiet geteilt.
3. Die Summe der Ergebnisse nach Nummer 1 und 2 wird durch zwei geteilt und mit der Zahl der Mitglieder in dem in Satz 1 genannten Gebiet vervielfacht.

(3) Solange und soweit Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich über das in Absatz 2 Satz 1 genannte Gebiet hinaus erstreckt, die dem Ausgleich zugrunde zu legende Zahl der Versicherten (§ 21) in den Versichertengruppen (§ 20), die Höhe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§§ 4, 22) oder die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 2 für das in Absatz 2 Satz 1 genannte Gebiet nicht ermitteln können, sind diese Daten für den monatlichen Ausgleich im Jahre 1994 wie folgt zu schätzen:

1. Das Verhältnis der Zahl der Familienversicherten zur Zahl der Mitglieder der Krankenkasse in dem in Absatz 2 Satz 1 genannten Gebiet entspricht dem Verhältnis der Zahl der Familienversicherten zur Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen der entsprechenden Kassenart im Beitrittsgebiet. Satz 1 gilt entsprechend für die Verteilung der Familienversicherten auf die Versichertengruppen.
2. Das Verhältnis der durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten der Krankenkasse zu den durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten der Ortskrankenkasse in dem in Absatz 2 Satz 1 genannten Gebiet entspricht dem Verhältnis der durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen der entsprechenden Kassenart zu den durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten aller Ortskrankenkassen im Beitrittsgebiet.
3. Das Verhältnis der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der Krankenkasse zu den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der Ortskrankenkasse in dem in Absatz 2 Satz 1 genannten Gebiet entspricht dem Verhältnis der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen der entsprechenden Kassenart zu den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Ortskrankenkassen im Beitrittsgebiet.
4. Das Verhältnis der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der Krankenkasse nach § 313 Abs. 10 Buchstabe b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (arithmetisches Mittel) zu den beitragspflichtigen Einnahmen nach Nummer 3 entspricht dem Verhältnis der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin nach § 313 Abs. 10 Buchstabe b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu

ihren beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in dem in Absatz 2 Satz 1 genannten Gebiet.

Die regionale Zuordnung erfolgt für beschäftigte Mitglieder und ihre versicherten Familienangehörigen nach dem Beschäftigungsort und für die übrigen Versicherten nach dem Wohnort.

(4) Absatz 3 gilt für den Jahresausgleich 1994 entsprechend.

(5) Das Nähere über die Schätzung nach Absatz 3 bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von Absatz 3 abweichende Schätzverfahren bestimmen.

**Sechster Abschnitt
Schlußvorschriften**

§ 29

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1994 in Kraft.

Bonn, den

Der Bundesminister für Gesundheit

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Mit Wirkung vom 1. Januar 1994 an werden die bisherigen kassenarteninternen Finanzausgleiche (§§ 266, 267 a.F. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) durch einen bundesweiten Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen und Kassenarten ersetzt. Ab 1. Januar 1995 wird die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in den Risikostrukturausgleich einbezogen und der bisherige Finanzausgleich nach §§ 268 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgeschafft (§§ 266, 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit Artikel 34 §§ 1 und 2 und Artikel 35 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes).

Mit dem Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen sollen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen abgebaut, eine gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten erreicht und Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Krankenkassen gestärkt werden. Damit werden die Voraussetzungen für den ab 1996 mit der Neuregelung der Kassenwahlrechte veränderten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geschaffen. Zugleich hat der Gesetzgeber mit der Regelung des Risikostrukturausgleichs die Konsequenzen aus den Erfahrungen mit den bisherigen ausgabenorientierten Finanzausgleichen gezogen. Das Wirtschaftlichkeitsinteresse der Krankenkassen wurde vor allem durch den Ausgabenausgleich in der Krankenversicherung der Rentner beeinträchtigt. Dieser Nachteil wird durch die Beschränkung des Risikostrukturausgleichs auf die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Risikobelastungen der Krankenkassen vermieden.

Die Verordnung regelt das Nähere über das Verfahren des Risikostrukturausgleichs (§§ 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Ausgangspunkt für die Verfahrensregelungen

ist das gesetzlich vorgegebene Konzept: Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen einer Krankenkasse ergeben sich durch Vergleich zwischen ihrem risikobedingten Beitragsbedarf und ihrer Finanzkraft. Dabei ist der Beitragsbedarf für nach Alter, Geschlecht und weiteren Statusmerkmalen zu bildenden Versichertengruppen getrennt zu ermitteln.

Für die Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse regelt die Verordnung

- die Abgrenzung von nach Alter, Geschlecht und weiteren Statusmerkmalen getrennten Versichertengruppen auf der Grundlage der Vorgaben in § 266 Abs. 2 in Verbindung mit § 267 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§ 2),
- Einzelheiten zur Erhebung der Versichertenzeiten in den jeweiligen Versichertengruppen (§ 3),
- die Bestimmung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsaufwendungen (§ 4),
- das Verfahren zur Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten in jeder Versichertengruppe auf der Grundlage des in besonderen Datenerhebungen festgestellten Verhältnisses der Leistungsausgaben in den jeweiligen Versichertengruppen zueinander (§§ 5 bis 7),
- das Verfahren zur Berechnung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse auf der Grundlage der erhobenen Versichertenjahre in den einzelnen Versichertengruppen und der standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr (§ 10).

Für die Ermittlung der Finanzkraft einer Krankenkasse regelt die Verordnung

- das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (§§ 8,9),

- die Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes durch das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder aller Krankenkassen und der Summe der Beitragsbedarfe aller Krankenkassen (§ 11),
- das Verfahren zur Berechnung der Finanzkraft einer Krankenkasse (§ 12).

Ferner regelt die Verordnung

- das Verfahren zur Ermittlung des monatlichen Ausgleichs durch die Krankenkassen (§§ 16, 17) und des Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt (§§ 18, 19),
- Einzelheiten zur Abgrenzung der Versichertengruppen und zur Bestimmung der Rechenwerte in der Startphase des Risikostrukturausgleichs, in der die Ergebnisse der besonderen Datenerhebungen noch nicht vollständig vorliegen (§§ 20 bis 25) und
- Besonderheiten für den im Beitrittsgebiet getrennt durchzuführenden Risikostrukturausgleich (§ 27) und für die Ermittlung der Rechenwerte im Land Berlin (§ 28).

In der Höhe des Beitragsbedarfs drückt sich die risikobedingte Belastung einer Krankenkasse aus. Die Risikobelastung einer Krankenkasse hängt vor allem von der Zahl ihrer Versicherten in bestimmten Versichertengruppen ab, die nach den Risikofaktoren Alter und Geschlecht und weiteren Statusmerkmalen differenziert werden. Die gesetzlich vorgeschriebene Trennung von Versichertengruppen erfolgt, um Unterschiede in der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben in den einzelnen Gruppen berücksichtigen zu können. Die über die Risikomerkmale Alter und Geschlecht hinausgehende Trennung von Versichertengruppen ist erforderlich, weil die den jeweiligen Versicherten in diesen Gruppen zuzuordnenden standardisierten

Leistungsausgaben nicht nur von alters- und geschlechtsbedingten Morbiditätsunterschieden, sondern auch von rechtlichen Besonderheiten beeinflusst werden. Die Trennung von Versicherten ohne Anspruch auf Krankengeld (insbesondere Familienangehörige, Rentner und Studenten) von Versicherten mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld (insbesondere freiwillig versicherte Selbständige) und von Versicherten mit Krankengeldanspruch ab Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit folgt den leistungs- und beitragsrechtlichen Differenzierungen in den §§ 241 bis 243, 245 und 246 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Auch für Versicherte, deren Leistungsansprüche für längere Zeit ruhen (z.B. Wehr- und Zivildienstleistende; § 19 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), ist eine Trennung erforderlich, weil den Krankenkassen für diese Versicherten ein Beitragsbedarf nicht entsteht.

Die weitere Trennung der Versichertengruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner oder Bezieher einer Rente für Bergleute (§ 267 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist erforderlich, weil der den Rentenanspruch wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 33 Abs. 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) auslösende Versicherungsfall in der Regel mit einem dauerhaft erhöhten medizinischen Leistungsbedarf verbunden ist.

Um den Beitragsbedarf in den Versichertengruppen ermitteln zu können, ist für jede Versichertengruppe die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten festzustellen. Aus den Jahresrechnungen und den Versichertenstatistiken der Krankenkassen können nur durchschnittliche Leistungsausgaben für alle Versicherten, nicht aber nach Versichertengruppen getrennte Durchschnittsausgaben ermittelt werden. Nach Alter, Geschlecht und den weiteren Statusmerkmalen differenzierte Leistungsdaten sind in den Abrechnungswegen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bislang nicht erhoben worden. Aus diesem Grunde ist für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs eine zusätzliche Datenerhebung

gesetzlich vorgeschrieben (§ 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Mit dieser Datenerhebung, die über Stichproben erfolgen kann, wird die durchschnittliche Höhe der Leistungsausgaben je Versicherten in jeder Versichertengruppe getrennt festgestellt. Auf der Grundlage dieser in Verhältniswerte umgerechneten Daten und den aktuellen Leistungsdaten der Krankenkassen lassen sich die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten und Versichertengruppe ermitteln. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ergibt sich dann aus der Vervielfachung dieser Werte mit den entsprechenden Versichertenzahlen (Versichertenjahre) in jeder Versichertengruppe und der Addition der Ergebnisse.

Die Finanzkraft einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (Grundlöhne) mit dem Ausgleichsbedarfssatz. Den Ausgleichsbedarfssatz errechnet das Bundesversicherungsamt. Er entspricht dem Verhältnis der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder aller Krankenkassen zur Summe der Beitragsbedarfe aller Krankenkassen. Da der Ausgleichsbedarfssatz aus den Finanzierungs- und Belastungsdaten aller Krankenkassen ermittelt wird, zeigt er das durchschnittliche Verhältnis zwischen den Risikobelastungen und den Grundlohnsummen aller Krankenkassen an.

Ist der Beitragsbedarf einer Krankenkasse höher als ihre Finanzkraft, erhält sie wegen ihrer überdurchschnittlichen Risikobelastung Ausgleichsleistungen von Krankenkassen, deren Beitragsbedarf die Finanzkraft unterschreitet.

Ebenso wie der bisherige KVdR-Finanzausgleich wird auch der Risikostrukturausgleich in einem zweistufigen Verfahren durchgeführt:

- Auf der Grundlage von geschätzten Grundlohn- und Leistungsdaten ermitteln die Krankenkassen monatlich vorläufige Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen.

- Im Folgejahr führt das Bundesversicherungsamt den Jahresausgleich auf der Grundlage der inzwischen erhobenen Grundlohn- und Leistungsdaten unter Verrechnung der bereits geleisteten Ausgleichszahlungen durch.

Dieses Verfahren hat sich bewährt und trägt dem aktuellen risikobedingten Finanzierungsbedarf der Krankenkassen Rechnung. Auch die Regelungen über die Schätzung der Grundlohn- und Leistungsdaten für den vorläufigen monatlichen Ausgleich entsprechen weitgehend den bisherigen Schätzverfahren im KVdR-Finanzausgleich. Das gilt ebenfalls für das Abrechnungsverfahren über die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und für die Verrechnung von Ausgleichsansprüchen der Krankenkassen mit ihren Zahlungsverpflichtungen an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aus dem Einzug der Rentenversicherungsbeiträge.

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 1

Der Begriff des Versicherten im Sinne dieser Verordnung umfaßt sowohl die versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder als auch die Familienversicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Leistungsberechtigte nach § 19 Abs. 2 oder 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht Versicherte im Sinne dieser Verordnung.

Zu Absatz 2

Die Regelung definiert den allgemein üblichen Begriff der Mitglieder. Hierzu gehören nicht die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen oder nach § 19 Abs. 2 oder 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungsberechtigte.

Zu Absatz 3 und 4

Es wird klargestellt, daß landwirtschaftliche Krankenkassen nicht zu den Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung gehören, weil sie nach § 266 Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen.

Zu § 2 (Versichertengruppen)

Mit dem Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der beitragsfrei Familienversicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennt zu bildende Versichertengruppen ausgeglichen. Die Risikobelastung (vgl. Beitragsbedarf § 10) einer Krankenkasse muß somit ermittelt und mit der Einnahmenseite (vgl. Finanzkraft § 12) verglichen werden. Die Höhe des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten und der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherungsjahr in den Versichertengruppen. Nach § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 Satz 3, Abs. 5 Nr. 1 und 2, Abs. 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind als Risikomerkmale das Alter und Geschlecht bei den nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu trennenden Versichertengruppen zugrunde zu legen. Diese Vorschrift konkretisiert die nach den gesetzlichen Vorgaben erforderliche Trennung von Versichertengruppen.

Zu Absatz 1

Die Zuordnung von Versicherten zu Versichertengruppen erfolgt nach den in § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Risikomerkmale Alter und Geschlecht und den in § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten weiteren Statusmerkmalen. Die in dieser Vorschrift geregelte Zuordnung der Versicherten zu Versichertengruppen ist bei den Datenerhebungen nach § 267 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Bereits in der Vergangenheit waren aus leistungsrechtlichen Gründen und für die Durchführung des Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner Zuordnungen der Versicherten zu verschiedenen Versichertenstatusgruppen erforderlich. Bei der für den Risikostrukturausgleich notwendigen weiteren Untergliederung der Versicherten handelt es sich ebenfalls um Versichertenstatusdifferenzierungen. Es wird davon ausgegangen, daß die Spit-

zenverbände der Krankenkassen in ihren Vereinbarungen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch eine numerische Kennzeichnung der Versichertengruppen regeln. Da es sich bei diesen Kennzeichnungen um Versicher-tenstatus-Kennzeichnungen im Sinne des § 291 Abs. 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch handelt, können sie für die Durchführung der nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozial-gesetzbuch vorgeschriebenen Datenerhebung auf der Krankenver-sichertenkarte verwendet werden. Damit wird die Aufbereitung und Übermittlung der Abrechnungsdaten durch die Leistungser-bringer nach § 267 Abs. 5 Satz 5 des Fünften Buches Sozialge-setzbuch auf maschinell verwertbaren Datenträgern ermöglicht.

Zu Nr. 1 bis 3

Wegen der unterschiedlichen Leistungsansprüche werden die in §§ 241 bis 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versicherten verschiedenen Versichertengruppen zugeordnet (§ 267 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Damit wird berücksichtigt, daß für diese Versichertengruppen auch bei gleichem Alter und Geschlecht aus rechtlichen Gründen unterschiedlich hohe Leistungsausgaben entstehen. Studenten, Praktikanten (§ 245 des Fünften Buches Sozialge-setzbuch) und Rentner sind den Versichertengruppen nach Nr. 3 bzw. Nr. 6 zugeordnet, weil sich die Leistungsansprüche für diese Versicherten nicht von den Leistungsansprüchen der übrigen Versicherten gleichen Geschlechts und Alters in die-sen Versichertengruppen unterscheiden.

Zu Nr. 4 bis 6

Die weitere Trennung der Versicherten, die eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder eine Rente für Bergleute erhalten, folgt der gesetzlichen Vorgabe in § 267 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Von der Regelung sind alle Versicherten betroffen, die eine der in § 33 Abs. 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder in Artikel 2 § 2 Abs. 3 des Renten-Überleitungsgesetzes genannten Rentenarten beziehen. Berufs- oder erwerbsunfähig sind Personen, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung in

besonderem Ausmaß gesunken ist (vgl. § 43 Abs. 2, § 44 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Auch Bezieher einer Rente für Bergleute sind im Bergbau vermindert berufsfähig (vgl. § 45 Abs. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Die Zuordnung dieser Versicherten zu getrennten Versicherten-gruppen berücksichtigt, daß sich die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit erheblich auf die Höhe der Leistungsausgaben der Krankenkassen für diese Personen auswirkt. In bestimmten Altersgruppen sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Versicherten um ein Vielfaches höher als die Leistungsausgaben von Versicherten ohne Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Beim Übergang in die Regelaltersrente (§ 33 Abs. 2 Nr. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) werden diese Versicherten den Versicherten-gruppen nach Nr. 1 bis 3 zugeordnet, weil das Fortbestehen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht mehr feststellbar ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß freiwillig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld auch dann den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 4 oder 5 zuzuordnen sind, wenn ein Lohn- oder Gehaltsfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall nicht besteht.

Zu Absatz 3

Abweichend von § 267 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden einjährige anstelle fünfjähriger Altersabstände geregelt. Damit wird berücksichtigt, daß altersbedingte Ausgabenunterschiede bereits bei kürzeren Altersabständen bestehen können. Die Regelung dient somit der Ausgleichsgerechtigkeit. Der zusätzliche Verwaltungsaufwand bei der entsprechend differenzierten Datenerhebung und bei der Umsetzung des Risikostrukturausgleichs ist vergleichsweise gering.

Die Zuordnung der berufs- oder erwerbsunfähigen Versicherten mit Alter unter 35 Jahren zu einer gemeinsamen Altersgruppe ist notwendig, um statistische Unsicherheiten zu vermeiden,

die wegen der geringen Zahl der betreffenden Personen in diesem Alter entstehen können.

Zu Absatz 4

Die Regelung stellt klar, daß eine auf § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruhende Mitgliedschaft Vorrang vor einer auf § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruhenden Mitgliedschaft hat und eine nachträgliche Rentenbewilligung nicht zu einer Korrektur der Gruppenzuordnung führt. Eine Korrektur der Gruppenzuordnung als Folge rückwirkender Rentenbewilligung kann bei nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherten nur unter den in § 3 Abs. 3 Satz 4 genannten Voraussetzungen erfolgen.

Zu Absatz 5

Versicherte Wehrdienstleistende, Heilfürsorgeberechtigte, Entwicklungshelfer und Gesundheitsfürsorgeberechtigte nach dem Strafvollzugsgesetz, deren Leistungsansprüche ruhen, werden nicht in die Berechnung des Beitragsbedarfs einbezogen, weil den Krankenkassen für diese Versicherten über längere Zeiträume keine Belastungen entstehen.

Zu § 3 (Erhebung der Versicherungszeiten)

Die Vorschrift regelt für die Erhebung nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs einheitliche Abgrenzungen und Verfahren.

Zu Absatz 1

Abweichend von § 267 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen für den Risikostrukturausgleich nicht die Zahl der Versicherten an einem Stichtag im Jahr, sondern die tatsächlichen Versicherungszeiten zugrunde gelegt werden. Damit werden Ungenauigkeiten vermieden, die durch Änderungen des Versichertenbestandes im Jahresverlauf entstehen können. Erhebungszeitraum ist das jeweilige Kalenderjahr.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß bei einer Änderung der Statusmerkmale nach § 2 Abs. 1 während des Erhebungsjahres auch die entsprechende Versicherungszeit getrennt zu erheben ist. Aus Gründen der Praktikabilität wird im Erhebungszeitraum ein rechnerisches Alter zugrunde gelegt. Dadurch wird verhindert, daß sich die Zuordnung des Versicherten zu einer Altersgruppe im Erhebungszeitraum ändert.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift definiert den Beginn und das Ende einer Versicherungszeit. Bei Familienversicherten ist die Versicherungszeit durch eine formelle Meldung des Mitglieds nach § 10 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Familienversicherten nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Als Beleg ist eine schriftliche Meldung anzusehen, die alle für die Prüfung der Familienversicherung notwendigen Angaben enthält. Die Höhe der Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen wird erheblich von der Zahl der versicherten Familienangehörigen beeinflusst. Die Familienversichertenstatistik einer Krankenkasse muß deshalb auf überprüfbaren und aktuellen Informationen beruhen. Es wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen die entsprechenden Meldungen der Versicherten fortlaufend - spätestens im Rhythmus der Ausgabe der Krankenversichertenkarte - aktualisieren. Eine interne Überprüfung der Meldungen durch die Krankenkassen sollte jährlich erfolgen und bei Anhaltspunkten für eine mögliche Veränderung des Versicherungsverhältnisses (z.B. Alter des Kindes, Einkommen) eine erneute Meldung durch den Versicherten veranlaßt werden. Es wird ferner davon ausgegangen, daß das Bundesversicherungsamt seine Möglichkeiten zur Überprüfung dieser Belege wahrnimmt (§ 266 Abs. 5 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Für die Meldungen sind zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitliche Meldevordrucke verbindlich zu vereinbaren. Das gilt auch für das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen (§ 10 Abs. 6 des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch). Die Krankenkassen können die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der ordnungsgemäßen Meldung des Familienangehörigen abhängig machen (§ 15 Abs. 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Auf diesem Wege kann sichergestellt werden, daß im Risikostrukturausgleich nur die tatsächlich versicherten Familienangehörigen berücksichtigt werden. Zu den Versicherungszeiten gehören auch die Versicherungszeiten von im Ausland lebenden Familienangehörigen ausländischer Mitglieder, für die Leistungen von den Versicherungsträgern im Heimatland im Rahmen der Sozialversicherungsabkommen gewährt und pauschal mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Die Regelung in Satz 4 stellt klar, in welcher Versichertengruppe die Versicherungszeiten bei rückwirkender Bewilligung einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen sind. Liegt der Beginn der Rente in einem bereits abgelaufenen Kalenderjahr, erfolgt die Zuordnung zu den in § 2 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 genannten Versichertengruppen frühestens zum 1. Januar des Kalenderjahres der Rentenbewilligung. Damit sollen Korrekturen von Jahresausgleichen weitgehend vermieden werden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt den Empfänger der Daten. Die Einzelheiten über die Gestaltung und Form der Datensätze regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Absatz 5

Korrekturen von Erhebungsfehlern oder nachträglichen Veränderungen der Versicherungszeiten können nur im Jahresausgleich für das aktuelle Ausgleichsjahr berücksichtigt werden. Dadurch sollen nachträgliche Veränderungen der Ergebnisse bereits abgeschlossener Jahresausgleiche vermieden werden.

Zu Absatz 6

Für den monatlichen Ausgleich sind die aktuellen Versicherungszeiten den Krankenkassen in der Regel nicht bekannt. Deshalb regelt die Vorschrift das Verfahren zur Schätzung der Versicherungszeiten. Bei dem Verfahren nach Satz 3 ist für die Schätzung in allen Versichertengruppen derselbe Veränderungsfaktor zugrunde zu legen. Grundlage für die Mitgliederzahl im Erhebungszeitraum ist die Statistik nach dem Vordruck KM 1/13 über Mitglieder und Kranke im Jahresdurchschnitt.

Zu § 4 (Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Die Vorschrift regelt die Abgrenzung der für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und des Beitragsbedarfs berücksichtigungsfähigen und nicht berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach der Vorgabe in § 266 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Verwaltungskosten sind in dieser Vorschrift nicht genannt, weil sie keine Leistungsausgaben sind und deshalb im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt werden.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift benennt Leistungsarten, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben zugrunde zu legen sind. Es handelt sich um Regel- und Rechtsanspruchsleistungen. Die Vorschrift führt alle nach gegenwärtiger Rechtslage berücksichtigungsfähigen Leistungsarten vollständig auf. Durch das Wort "insbesondere" in Satz 1 sollen kurzfristige Anpassungen der Rechtsverordnung als Folge von Änderungen im Leistungsrecht weitgehend vermieden werden. Aus gesundheitspolitischen Gründen werden die Ausgaben für Anschlußheilbehandlung (§ 40 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) als einzige Ermessensleistung in den Risikostrukturausgleich einbezogen (§ 266 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Der Verordnungsgeber geht davon

aus, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitliche Verfahren zur Abgrenzung der Ausgaben für Anschlußheilbehandlung vereinbaren.

Berücksichtigungsfähig sind die in der Jahresrechnung ausgewiesenen Reinausgaben.

Zu Nr. 1

Es handelt sich um die in den Kontenarten 415 bis 417, 510 bis 511, 516 und 520 bis 523 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 2

Es handelt sich um die in den Kontenarten 400 bis 401, 410 bis 414, 418 bis 419, 422 bis 425, 430 bis 432, 440 bis 449, 450 bis 459, 460 bis 463, 540, 545, 563 bis 565 und 567 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 3

Es handelt sich um die in den Kontenarten 470 bis 478 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 4

Es handelt sich um die in den Kontenarten 530 bis 539, 540 und 550 bis 557 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 5

Es handelt sich um die in der Kontenart 464 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 6

Es handelt sich um die in der Kontenart 580 zu buchenden Regelleistungsausgaben.

Zu Nr. 7

Zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gehören auch Fahrkosten aus Anlaß einer nicht berücksichtigungsfähigen Mehr- oder Ermessensleistung, weil die Fahrkosten auch in diesen Fällen Regelleistung sind. Es handelt sich um die in

den Kontenarten 490 bis 496 und 499 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 8

Es handelt sich um die in den Kontenarten 590, 591 und 599 zu buchenden Ausgaben. Aufwendungen für den medizinischen Dienst sind nur berücksichtigungsfähig, soweit sie nicht von der Pflegeversicherung getragen werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift benennt Leistungsarten, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht zugrunde zu legen sind. Es handelt sich um Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen.

Zu Nr. 1

Es handelt sich um die in den Kontenarten 501, 503 bis 504, 566 und 569 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 2

Es handelt sich um die in den Kontenarten 484, 500, 502, 505 bis 509, 513, 518, 541 bis 542 und 568 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 3

Es handelt sich um die in den Kontenarten 512, 514 bis 515 und 517 zu buchenden Leistungsausgaben.

Zu Nr. 4

Es handelt sich um die in den Kontenarten 460, 463, 531 und 552 zu buchenden Mehrleistungen der Bundesknappschaft.

Zu Nr. 5

Die Vorschrift stellt klar, daß Aufwendungen für Forschungsvorhaben generell nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie keine Leistungsausgaben im Sinne dieser Verordnung sind (Kontenart 519).

Zu Nr. 6

Die Regelung entspricht der Vorgabe in Artikel 14 Abs. 4 des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift benennt von Dritten erstattete Ausgabearten und bestimmte Einnahmearten, die von den nach Absatz 1 ermittelten Leistungsausgaben abzuziehen sind. Es handelt sich um die in den Kontenarten 320, 321, 323, 324 und 340 zu buchenden Beträge.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die zeitliche Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach den Bestimmungen des Rechnungswesens und Kontenrahmens.

Zu § 5 (Verhältnismerte)

Die Vorschrift regelt Einzelheiten zur Berechnung der für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben erforderlichen Verhältnismerte nach § 266 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 5 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Verhältnismerte zeigen das jeweilige Verhältnis der Höhe der in den Stichproben nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für jede Versichertengruppe getrennt erhobenen Leistungsausgaben je Versichertenjahr zu der Höhe der Leistungsausgaben aller Stichprobenversicherten je Versicherungsjahr.

Zu Absatz 1

Für die Berechnung der Verhältnismerte werden für jede Versichertengruppe (§ 2) die durchschnittliche Höhe der erhobenen Leistungsausgaben je Stichprobenversichertenjahr ermittelt und diese Werte ins Verhältnis zu der durchschnittlichen Höhe der Leistungsausgaben aller Stichprobenversichertenjahre aller Versichertengruppen gesetzt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die zeitlichen Abstände der Ermittlung, die sich nach den Abständen der Stichprobenerhebung richten. Die Abstände dürfen nach § 266 Abs. 5 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens drei Jahre betragen.

Zu Absatz 3

Mit Hilfe statistischer Verfahren können die Stichprobenergebnisse geglättet und verbessert werden. Das Verfahren regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 6 (Standardisierte Leistungsausgaben)

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Ermittlung der für alle Krankenkassen einheitlichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr und Versichertengruppe.

Zu Nr. 1 und 2

Die Höhe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich aus den Jahresabschlüssen der Krankenkassen. Die Gesamtzahl der Versicherungsjahre aller Krankenkassen und aller Versichertengruppen ergibt sich aus den Ergebnissen der Datenerhebung nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 3 dieser Verordnung.

Zu Nr. 3 bis 5

Die der Ermittlung der Durchschnittsbeträge nach den Nr. 1 bis 3 zugrundeliegende Verteilung der Versicherten auf die Versichertengruppen weicht voraussichtlich von der Verteilung ab, die der Stichprobenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegt. Deshalb müssen die Ergebnisse nach Nummer 2 mit einem Korrekturfaktor bereinigt werden. Die Ergebnisse nach Nummer 5 sind die für die Berech-

nung des Beitragsbedarfs maßgeblichen standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr und Versichertengruppe.

Zu § 7 (Voraussichtliche standardisierte Leistungsausgaben)

Da die standardisierten Leistungsausgaben bei der Durchführung des monatlichen Ausgleichs noch nicht bekannt sind, sind vorläufige standardisierte Leistungsausgaben zugrunde zu legen. Die Vorschrift regelt das Schätzverfahren in Anlehnung an das bisherige Verfahren zur Schätzung der voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben im KVdR-Finanzausgleich (§ 3 KVdR-Ausgleichsverordnung). Für die Schätzung werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des entsprechenden Halbjahres des Vorjahres zugrunde gelegt. Dieser auf den Monat umgerechnete Wert wird mit einem Veränderungsfaktor gewichtet, mit dem die zwischenzeitlichen Veränderungen in der Höhe der Leistungsausgaben vom Bundesversicherungsamt geschätzt werden. Der Veränderungsfaktor berücksichtigt auch den zuletzt festgestellten Korrekturfaktor nach § 6 Nr. 4.

Zu § 8 (Beitragspflichtige Einnahmen)

Die Vorschrift orientiert sich am bisherigen Verfahren zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im KVdR-Finanzausgleich (§ 4 KVdR-Ausgleichsverordnung). Die Absätze 2 und 3 regeln das Berechnungsverfahren für alle Arten beitragspflichtiger Einnahmen mit Ausnahme der beitragspflichtigen Renten; für beitragspflichtige Renten gelten die Absätze 4 und 5.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Zeiträume, für die beitragspflichtige Einnahmen zu ermitteln sind. Sie entspricht dem bisherigen Recht im KVdR-Finanzausgleich.

Zu Absatz 2 und 3

Da den Krankenkassen die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder nicht vollständig bekannt sind, müssen diese aus den tatsächlichen Beitragseinnahmen bzw. Beitragssforderungen ermittelt werden. Die Berechnung erfolgt für alle Mitgliedergruppen einheitlich auf der Grundlage des allgemeinen Beitragssatzes. Ziel der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ist, die Finanzkraft der Krankenkasse ermitteln zu können. Für jede der in den §§ 241 bis 248 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitgliedergruppen ist deshalb von ihrem tatsächlichen Beitrag zur Finanzkraft der Krankenkasse auszugehen. Bei Mitgliedergruppen mit erhöhtem oder ermäßigtem Beitragssatz kann für die Ermittlung ihres Beitrags zur Finanzkraft nicht vom tatsächlich erhobenen Beitragssatz ausgegangen werden. Dieses Berechnungsverfahren ergäbe z.B. bei Wehrpflichtigen oder Studenten mit ermäßigtem Beitragssatz einen Grundlohn, der erheblich höher wäre als der dem tatsächlichen Finanzierungsbeitrag dieser Mitglieder rechnerisch entsprechende Grundlohn. Bei Mitgliedern mit erhöhtem Beitragssatz würde auf diesem Wege ein zu niedrigerer Grundlohn errechnet. Die Vorschrift sieht deshalb für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder (Ausnahme: Rentner) ein einheitliches Verfahren vor.

Zu Absatz 4

Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten erfahren die Krankenkassen von den Rentenversicherungsträgern im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Stichtag 1. Oktober des Ausgleichsjahres. In den Vierteljahresrechnungen für die Berichtszeiträume bis zum 30. September sind deshalb die beitragspflichtigen Einnahmen anzugeben, die sich aus der Berechnung der vorläufigen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 ergeben.

Zu Absatz 5

Mit dem Korrekturfaktor sollen Ungenauigkeiten, die beim Meldeverfahren nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen können, bereinigt werden. Der Korrekturfaktor entspricht dem Verhältnis zwischen den nach Nummer 1 und nach Nummer 2 zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten. Die Summe der Renten nach Nummer 1 ist aus den verfügbaren Informationen über die für das Ausgleichsjahr gezahlten KVdR-Beiträge und die diesen Beiträgen zugrunde liegenden Beitragssätze (§ 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu errechnen. Da sich diese Beitragssätze mit Wirkung vom 1. Juli des Ausgleichsjahres ändern, kann als Beitragssatz für das gesamte Ausgleichsjahr das einfache arithmetische Mittel aus beiden Halbjahresbeitragssätzen zugrunde gelegt werden.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift regelt die Bekanntgabe des Korrekturfaktors (Absatz 5).

Zu Absatz 7

Die Vorschrift regelt die Angabe der Ergebnisse in der jeweiligen Vierteljahresrechnung und in der Jahresrechnung der Krankenkasse.

Zu § 9 (Voraussichtliche beitragspflichtige Einnahmen)

Für den monatlichen Ausgleich liegen die Informationen für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen noch nicht vor. Die Vorschrift übernimmt deshalb weitgehend das Verfahren zur Schätzung der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen im KVdR-Finanzausgleich (§ 4 Abs. 6 KVdR-Ausgleichsverordnung).

Zu Absatz 1 und 2

Für die Schätzung werden die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied des entsprechenden Halbjahres im Vorjahr zugrunde gelegt. Dieser auf den Monat umgerechnete Wert wird mit einem vom Bundesversicherungsamt geschätzten Veränderungsfaktor gewichtet und mit der zwischenzeitlich veränderten Zahl der Mitglieder vervielfacht. Für beitragspflichtige Einnahmen aus Renten wird der Schätzung die letzte Meldung der Rentensummen nach § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der vom Bundesversicherungsamt geschätzte Korrekturfaktor (§ 8 Abs. 5) zugrunde gelegt.

Zu Absatz 3 und 4

Ebenso wie im bisherigen KVdR-Finanzausgleich wird für neuerrichtete Krankenkassen ein besonderes Schätzverfahren geregelt.

Zu § 10 (Beitragsbedarf)

Die Höhe der Ansprüche und Verpflichtungen einer Krankenkasse im Risikostrukturausgleich ergibt sich aus dem Vergleich ihres Beitragsbedarfs und ihrer Finanzkraft. Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zur Ermittlung des Beitragsbedarfs für den Jahresausgleich und den monatlichen Ausgleich.

Zu Absatz 1 und 2

Die Vorschrift regelt die Ermittlung des Beitragsbedarfs für den Jahresausgleich. Beitragsbedarf ist die Summe der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkasse.

Zu Absatz 3

Für den monatlichen Ausgleich wird der Beitragsbedarf auf der Grundlage der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben und Versicherungszeiten ermittelt.

Zu § 11 (Ausgleichsbedarfssatz)

Für die Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich ist der Ausgleichsbedarfssatz eine zentrale Rechengröße. Aus dem Ausgleichsbedarfssatz und der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkasse ergibt sich die Höhe ihrer Finanzkraft.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Berechnung des für alle Krankenkassen einheitlichen Ausgleichsbedarfssatzes für den Jahresausgleich. Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme und der Grundlohnsumme aller Krankenkassen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Schätzung des für den monatlichen Ausgleich erforderlichen vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes. Das Schätzverfahren entspricht dem Verfahren zur Schätzung des voraussichtlichen Beitragsbedarfs und der voraussichtlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen.

Zu § 12 (Finanzkraft)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Berechnung der Finanzkraft einer Krankenkasse für den Jahresausgleich.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Schätzung der vorläufigen Finanzkraft für den monatlichen Ausgleich. Der Schätzung werden die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen und der voraussichtliche Ausgleichsbedarfssatz zugrunde gelegt.

Zu § 13 (Berechnungsgrundlagen)

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die bisherige Regelung in § 7 KVdR-Ausgleichsverordnung. Nummer 2 gilt für die Bundesknappschaft entsprechend.

§ 14 (Abrechnungsverfahren)

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die bisherige Regelung in § 6 KVdR-Ausgleichsverordnung.

Zu § 15 (Bekanntmachung)

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die bisherige Regelung in § 8 KVdR-Ausgleichsverordnung.

Zum Zweiten Abschnitt (Monatlicher Ausgleich)

Zu § 16 (Ansprüche und Verpflichtungen)

Die Vorschrift regelt allgemeine Grundsätze zur Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich.

Zu § 17 (Monatlicher Ausgleich)

Das Verfahren des monatlichen Ausgleichs entspricht weitgehend dem bisherigen Verfahren im KVdR-Finanzausgleich (§ 11 KVdR-Ausgleichsverordnung).

Zu Absatz 1

Der monatliche Ausgleich wird - ebenso wie im bisherigen KVdR-Finanzausgleich - von der Krankenkasse berechnet.

Zu Absatz 2 bis 5

Die Ansprüche der Krankenkassen im monatlichen Ausgleich werden - ebenso wie im bisherigen KVdR-Finanzausgleich - mit den Zahlungsverpflichtungen an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte aus den eingezogenen Rentenversicherungsbeiträgen verrechnet. Ihre Zahlungsverpflichtungen erfüllt die Krankenkasse ebenfalls gegenüber der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Auf diesem Wege werden verwaltungsaufwendige Zahlungsströme zwischen den Krankenkassen unmittelbar vermieden. Ebenso wie im bisherigen KVdR-Finanzausgleich erfolgen die Zahlungen und Verrechnungen in dem Monat für den der Ausgleich durchgeführt wird. Dieses Verfahren führt zu einem zeitnahen Ausgleich der Unterschiede im risikobedingten Finanzbedarf der Krankenkassen.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift soll den Zahlungsfluß bei höheren Beträgen beschleunigen und den rechtzeitigen Eingang der Zahlungen sicherstellen. Bei Zahlungsverzug entstehende Zinsverluste der

Zahlungsempfänger werden durch die Verzugszinsen ausgeglichen.

Zu Absatz 7 und 8

Die Vorschrift entspricht der Praxis und den bisherigen Regelungen im KVdR-Finanzausgleich (§ 11 Abs. 7 und 8 KVdR-Ausgleichsverordnung).

Zum Dritten Abschnitt (Jahresausgleich)

Die Vorschriften zum Verfahren des Jahresausgleichs übernehmen weitgehend die bisherigen Regelungen im KVdR-Finanzausgleich (§§ 12 f. KVdR-Ausgleichsverordnung).

Zu § 18 (Allgemeines)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 12 Abs. 1 KVdR-Ausgleichsverordnung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht weitgehend der bisherigen Regelung in § 12 Abs. 2 KVdR-Ausgleichsverordnung. Sie ermöglicht es den Krankenkassen, ihre voraussichtlichen Forderungen und Verbindlichkeiten im Jahresabschluß zu berücksichtigen.

Zu § 19 (Jahresausgleich)

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die bisherigen Regelungen in § 13 KVdR-Ausgleichsverordnung.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift führt die für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlichen und vom Bundesversicherungsamt zu ermittelnden Rechenwerte auf.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die bisherige Regelung in § 13 Abs. 2 KVdR-Ausgleichsverordnung.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift vereinfacht das Verfahren des Zahlungsverkehrs. Die Zahlungspflichtigen müssen zum Zwecke der Zinsberechnung im Säumnisfall nicht in Verzug gesetzt werden, weil der Fälligkeitstermin bereits mit der Abrechnung des Jahresausgleichs vorgegeben ist.

Zum Vierten Abschnitt (Übergangsvorschriften)

Zu § 20 (Versichertengruppen 1994 und 1995)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift berücksichtigt, daß die Ergebnisse der erstmaligen Datenerhebung nach § 267 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe des Jahres 1995 vorliegen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Altersabstände in den Versichertengruppen, die für den monatlichen Ausgleich bis zu dem Zeitpunkt zugrunde zu legen sind, in dem die Ergebnisse der Datenerhebungen bei den Krankenkassen vorliegen. Die Altersabstände entsprechen der bisherigen Erhebungspraxis nach den Statistikvordrucken KM 2 und KM 5.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt Besonderheiten, die sich aus dem späteren Inkrafttreten des Risikostrukturausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner zum 1. Januar 1995 ergeben. Die Trennung der Versichertengruppen für Versicherte, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen (§ 33 Abs. 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), erfolgt nach Satz 2 der Regelung erst mit Wirkung vom 1. Januar 1995 an. Damit wird berücksichtigt, daß der weit überwiegende Teil dieser Versicherten als Rentner pflichtversichert ist und ihre Leistungsausgaben im Jahre 1994 noch im KVdR-Finanzausgleich ausgeglichen werden. Erst mit der Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner in den Risikostrukturausgleich ab 1995 sollen deshalb auch alle Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und Bezieher einer Rente für Bergleute in einer nach Alter und Geschlecht getrennten Versichertengruppe zusammengefaßt werden. Da für außerhalb der Krankenversicherung der Rentner versicherte Bezieher der genannten Renten im Jahre 1994 keine besondere Versichertengruppe zu bilden ist,

wird die verwaltungstechnische Umsetzung des Risikostrukturausgleichs im Einführungsjahr 1994 erleichtert.

Zu § 21 (Versichertenzahl 1994 und 1995)

Die Vorschrift berücksichtigt, daß die Ergebnisse der erstmaligen Datenerhebung nach § 267 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe des Jahres 1995 vorliegen.

Zu § 22 (Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben 1994)

Die Vorschrift regelt Besonderheiten, die sich aus dem späteren Inkrafttreten des Risikostrukturausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner zum 1. Januar 1995 ergeben.

Zu § 23 (Verhältnismerte 1994 und 1995)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift berücksichtigt, daß die Ergebnisse der erstmaligen Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe des Jahres 1995 vorliegen. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen die Verhältnismerte für den monatlichen Ausgleich (§ 5) auf der Grundlage vorhandener Daten und statistischer Auswertungen geschätzt werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift verpflichtet das Bundesversicherungsamt, die Schätzung der Verhältnismerte an zwischenzeitlich aus der Datenerhebung zur Verfügung gestellte verwertbare vorläufige Ergebnisse oder Teilergebnisse anzupassen. Es ist davon auszugehen, daß diese Veränderung nur erfolgt, wenn die vorliegenden Daten eine hinreichend sichere Beurteilung der vorläufigen Verhältnismerte ermöglichen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß die Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahre 1994 ausnahmsweise auch für einen kürzeren Zeitraum (z.B. Halbjahr) als gesetzlich vorgesehen erfolgen kann. Die für die Erhebung erforderlichen Statuskennzeichen können von den Krankenkassen auf der Krankenversichertenkarte angegeben werden (§ 291 Abs. 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die Ausnahmeregelung berücksichtigt, daß die Krankenversichertenkarte teilweise erst im Laufe des Jahres 1994 eingeführt wird.

Zu § 24 (Beitragspflichtige Einnahmen 1994)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt Besonderheiten, die sich aus dem späteren Inkrafttreten des Risikostrukturausgleichs für die Krankenversicherung der Rentner zum 1. Januar 1995 ergeben.

Zu Absatz 2

Die Beitragserstattungen an Rentner sind im Jahre 1994 bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht abzuziehen, weil sie im KVdR-Finanzausgleich zu berücksichtigen sind.

Zu § 25 (Jahresausgleich für 1994)

Zu Absatz 1

Nach der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 267 Abs. 7 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) soll die erste Stichprobenerhebung aus technischen und organisatorischen Gründen für das zweite Halbjahr 1994 und im Jahre 1995 erneut eine Erhebung erfolgen. Die statistische Sicherheit der 1995 durchgeführten Erhebung ist voraussichtlich größer als die vorherige nur auf ein Halbjahr bezogene Datenerhebung. Aus diesem Grunde regelt die Vorschrift, daß der erstmalig für 1994 durchzuführende Jahresausgleich auf der Grundlage der Erhebungsergebnisse aus 1995 zu korrigieren

ist. Auf eine Korrektur kann nur verzichtet werden, wenn dem alle Spitzenverbände der Krankenkassen zustimmen. Eine Zustimmung wird voraussichtlich nur erteilt, wenn der Verwaltungsaufwand der Korrektur die Ausgleichskorrekturbeträge übersteigt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt das Ausgleichsverfahren für den Fall, daß eine Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - z.B. aus technischen oder organisatorischen Gründen - nicht zustande kommt. In diesem Fall erfolgt der Jahresausgleich ein Jahr später als nach dieser Verordnung im Normalfall vorgesehen ist.

Zu § 26 (Verrechnungen)

Im Jahre 1994 sind der Risikostrukturausgleich und der KVdR-Finanzausgleich nebeneinander durchzuführen. Zur Vereinfachung und Verringerung der Zahlungsströme regelt die Vorschrift, daß Forderungen und Verpflichtungen aus beiden Ausgleichsverfahren zu verrechnen sind. Eine Krankenkasse, die z.B. eine Zahlungsverpflichtung im KVdR-Finanzausgleich, jedoch einen höheren Anspruch im Risikostrukturausgleich hat, kann zu dem in § 17 Abs. 4 genannten Termin nur den Nettobetrag gegenüber der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geltend machen. Ist eine Forderung im KVdR-Finanzausgleich niedriger als eine Zahlungsverpflichtung im Risikostrukturausgleich, hat die Krankenkasse zu dem in § 17 Abs. 5 genannten Termin den Unterschiedsbetrag zu zahlen. Sie setzt die gleichzeitige Übersendung der monatlichen Berechnungen für den Risikostrukturausgleich und für den KVdR-Finanzausgleich an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte voraus. Die Regelung gilt auch für Verrechnungen mit KVdR-Finanzausgleichsforderungen oder -verpflichtungen, die sich aus nach dem letzten KVdR-Finanzausgleich festgestellten Unrichtigkeiten in den für den Finanzausgleich maßgeblichen Werten ergeben.

Zum Fünften Abschnitt (Sonderregelungen)

Zu § 27 (Beitrittsgebiet)

Die Vorschrift regelt das im Beitrittsgebiet getrennt durchzuführende Verfahren des Risikostrukturausgleichs (§ 313 Abs. 10 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Nach Artikel 35 Abs. 9 des Gesundheitsstrukturgesetzes gilt dies bis zum Ablauf des Jahres, in dem die Bezugsgröße im Beitrittsgebiet (§ 18 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) erstmalig 90 vom Hundert der Bezugsgröße im übrigen Bundesgebiet überschreitet. Den Tag des Außerkrafttretens des § 313 Abs. 10 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gibt der Bundesminister für Gesundheit im Bundesgesetzblatt bekannt.

Zur Bedeutung der Zahl der versicherten Familienangehörigen für die Höhe der Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen wird auf die Begründung zu § 3 Abs. 3 verwiesen. Nach den Erfahrungen in der Aufbauphase nach Einführung des Krankenversicherungsrechts in den neuen Ländern ist davon auszugehen, daß die bei den Krankenkassen in den Jahren 1991 und 1992 gemeldete Zahl der Familienversicherten erheblich von der tatsächlichen Zahl der versicherten Familienangehörigen abweicht. Statistische Auswertungen der Jahre 1991 und 1992 bestätigen dies. Auch von wissenschaftlichen Instituten wurde wiederholt festgestellt, daß die Familienversichertenstatistik der Jahre 1991 und 1992 für den Risikostrukturausgleich in den neuen Ländern eine ungeeignete Grundlage ist. Erst mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes konnte den Krankenkassen die veränderte finanzielle Bedeutung dieser Statistik bewußt werden. Aus diesen Gründen wird eine generelle Aktualisierung der dieser Statistik zugrundeliegenden Meldungen, die vor dem 1. Januar 1993 erfolgten, vorgeschrieben. Es wird davon ausgegangen, daß diese Aktualisierung nach für alle Krankenkassen einheitlichen Verfahren

und Vordrucken erfolgt. Dadurch wird der Versichertenbestand der Krankenkassen auf eine verlässlichere Grundlage gestellt.

Zu § 28 (Berlin)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt für den zum Beitrittsgebiet gehörenden Teil Berlins (Berlin-Ost) ein besonderes Verfahren: Der Risikostrukturausgleich wird nicht nach den für das Beitrittsgebiet sondern nach den für das übrige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchgeführt.

Zu Absatz 2

Um dem erheblichen Unterschied in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder in Berlin-Ost und in den alten Ländern Rechnung zu tragen, regelt die Vorschrift für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen in Berlin-Ost für 1994 ein besonderes Verfahren (§ 313 Abs. 10 Buchstabe b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Es wird ein fiktiver Wert aus dem einfachen arithmetischen Mittel zwischen den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der in Berlin-Ost versicherten Mitglieder und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller im Land Berlin versicherten Mitglieder der Krankenkasse ermittelt. Ab 1995 werden die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller im Land Berlin und dem übrigen Bundesgebiet versicherten Mitglieder der Krankenkasse zugrunde gelegt.

Zu Absatz 3 und 4

Die Vorschrift regelt, daß die für den Ausgleich erforderlichen Daten bei Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich über Berlin-Ost hinaus erstreckt, geschätzt werden. Voraussetzung für die Schätzung ist, daß die tatsächlichen Daten für Berlin-Ost nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand getrennt vom übrigen Beitrittsgebiet ermittelt werden können. Diese Situation ist vor allem bei Ersatzkassen und Betriebs-

krankenkassen möglich. Das Schätzverfahren geht von der Annahme aus, daß die Zahlen der Familienversicherten, die Höhe der zu berücksichtigenden Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen der betroffenen Kassenarten im Beitrittsgebiet das gleiche Verhältnis zu den entsprechenden Werten der Ortskrankenkassen aufweisen wie in Berlin-Ost. Da § 313 Abs. 10 Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Berlin-Ost für 1994 ein besonderes Ausgleichsverfahren mit fiktiven Rechenwerten vorschreibt, ist es vertretbar, auch bei den hierfür erforderlichen Daten - soweit sie nicht ermittelbar sind - von Schätzungen auszugehen. Auf anderen Wegen wäre die gesetzliche Regelung nicht frist- und zielgerecht mit vertretbarem Verwaltungsaufwand umsetzbar.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesversicherungsamt, weitere technische Einzelheiten des Schätzverfahren oder - im Einvernehmen mit den betroffenen Verbänden - andere Schätzverfahren zu bestimmen.

Zum Sechsten Abschnitt (Schlußvorschriften)

Zu § 29 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

C. Finanzielle Auswirkungen

Durch die gesetzliche Neuregelung ergeben sich bei den Krankenkassen nicht quantifizierbare Ausgleichsverpflichtungen und -ansprüche, die zu einem Abbau der risikostrukturebedingten Beitragssatzunterschiede führen. Als Folge der Ausführung der Regelung des Ausgleichsverfahrens und der Rechenwerte in dieser Verordnung sind weitere finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen, die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften nicht zu erwarten.

Nicht quantifizierbare Veränderungen von Einzelpreisen sind als Folge der gesetzlichen Neuregelung zu erwarten. Die Ausgleichsleistungen führen bei den Krankenkassen zu Beitragssatzerhöhungen oder -senkungen, die zu kostenmäßigen Be- und Entlastungen der Wirtschaft führen. Infolge dessen ist je nach Konjunkturlage und Wettbewerbssituation der betroffenen Unternehmen mit Preiserhöhungen oder Preissenkungen zu rechnen. Diese lassen sich aber nicht quantifizieren. In welchem Ausmaß sich diese Effekte auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau auswirken, läßt sich nicht abschätzen. Als Folge der Ausführung der Verordnungsregelungen sind weitere Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten.

15.10.93

Beschluß
des Bundesrates

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV)

Der Bundesrat hat in seiner 661. Sitzung am 15. Oktober 1993 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes mit folgender Maßgabe zuzustimmen:

Zu § 17 Abs. 7 Satz 3

In § 17 Abs. 7 Satz 3 sind die Worte "und für res" zu ersetzen durch die Worte "und für das zweite Kalenderhalbjahr bis zum 30. April des Ausgleichsjahres".

Begründung:

Korrektur eines offensichtlichen schreibtechnischen Versehens.