

08.09.97

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Zweite Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (2. RSAÄndV)

A. Zielsetzung

Durch die Verordnung sollen die Regelungen zum Risikostrukturausgleich an zwischenzeitliche Rechtsänderungen angepaßt und das Verfahren verbessert und erleichtert werden.

B. Lösung

Im Vordergrund stehen neben Rechtsanpassungen und -klarstellungen Regelungen zur

- Erleichterung des Verfahrens insbesondere durch eine Verringerung der Zahl der Versichertengruppen und
- Verbesserung der Ausgleichsergebnisse im monatlichen Abschlagsverfahren.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Mit der Durchführung der Verordnung entstehen für die öffentlichen Haushalte keine zusätzlichen Kosten.

E. Sonstige Kosten

Sonstige Kosten entstehen durch die Verordnung nicht.

08.09.97

G

Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit

Zweite Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (2. RSAÄndV)

Der Chef des Bundeskanzleramtes
031 (312) - 811 00 - Ri 6/97

Bonn, den 5. September 1997

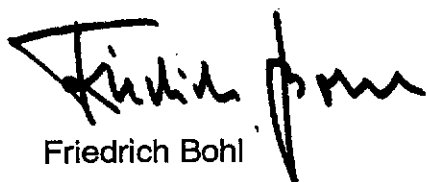
An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von dem Bundesministerium für Gesundheit zu
erlassende

Zweite Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (2. RSAÄndV)

mit Begründung und Vorblatt.

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


Friedrich Bohl

Zweite Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2. RSAÄndV)

Vom

Auf Grund des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), der durch Gesetz vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) geändert worden ist, in Verbindung mit Artikel 16 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 2 wird die Zahl „5“ durch die Zahl „4“ ersetzt.
- bb) In Nummer 3 wird die Zahl „6“ durch die Zahl „5“ ersetzt.
- cc) In Nummer 4 wird nach der Zahl „1“ die Angabe „und 2“ eingefügt.
- dd) Nummer 5 wird aufgehoben.
- ee) Nummer 6 wird Nummer 5.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 wird die Zahl „5“ durch die Zahl „4“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
„Freiwillig Versicherte, für die ein ermäßigter Beitragssatz gilt, sind den Versicherungengruppen nach Absatz 1 Nr. 3 oder 5 zuzuordnen; Beitragsermäßigungen nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt“.

c) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „bis 6“ durch die Angabe „und 5“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „(Berichtsjahr)“ die Worte „und die zwei Vorjahre“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 4 werden die Angabe „bis 6“ durch die Angabe „und 5“ ersetzt und die Worte „frühestens mit dem ersten Tag des Ausgleichsjahres“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 Satz 5 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Worte „Absatz 5 gilt entsprechend.“ angefügt.

- d) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:
„(5) Korrekturen in den Versicherungszeiten nach Absatz 1 werden im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres bei der Berechnung der noch nicht ermittelten Werte berücksichtigt; im übrigen werden sie bei der Berechnung des Beitragsbedarfs im nächsten Jahresausgleich nach den dafür geltenden Vorschriften berücksichtigt.“
 - e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 wird jeweils das Wort „Mitgliederzahl“ durch das Wort „Versicherten-
zahl“ ersetzt.
 - bb) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
„Weicht der voraussichtliche Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 aufgrund des Berechnungsverfahrens nach Satz 1 bis 3 unter Berücksichtigung der zuletzt bekanntgemachten Berechnungsfaktoren erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis ab, kann das Bundesversicherungs-
amt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in Einzelfällen ein von Satz 1 bis 3 abweichendes Verfahren bestimmen.“
3. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird das Wort „Gesundheitsförderung“ durch das Wort
„Krankheitsverhütung“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 5 werden die Worte „stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach
§ 40 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Maßnahme im An-
schluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (Anschlußheilbehand-
lung)“ durch die Worte „einer stationären Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6
Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer an-
gefügt:
„9. stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Min-
destzuschusses nach § 39 a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden das Wort „Gesundheitsförderung“ durch das Wort „Krankheitsverhütung“, die Angabe „3a“ durch die Zahl „3“ und die Worte „Anschlußheilbehandlung nach § 40 Abs. 2“ durch die Worte „stationären Anschlußrehabilitation nach § 40 Abs. 6 Satz 1“ ersetzt.

bb) Nummer 3 wird wie folgt gefaßt:

„3. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 und § 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

cc) In Nummer 6 wird nach dem Wort „Gesundheitsstrukturgesetzes“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„7. erweiterte Leistungen nach § 56 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Nummer 3 folgender Satz angefügt:

„Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von den Berechnungsvorgaben nach Nummer 1 bis 3 abweichen, wenn die Verhältnismerte dadurch verbessert werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Bundesversicherungsamt“ die Worte „im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ eingefügt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

c) In Absatz 5 werden das Wort „erheben“ durch das Wort „können“ und die Worte „wenn und soweit dies der Vorschlag der Spitzenverbände nach Absatz 3 Satz 3 vorsieht“ durch das Wort „erheben“ ersetzt.

5. § 7 wird wie folgt gefaßt:

„§ 7

Voraussichtliche standardisierte Leistungsausgaben

(1) Das Bundesversicherungsamt stellt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen im voraus für ein Kalenderjahr den vorläufigen Wert nach § 6 Nr. 1 für alle Krankenkassen verbindlich fest. Es gibt ihn bis zum 15. Dezember für das folgende Kalenderjahr bekannt. Das Bundesversicherungsamt kann den vorläufigen Wert nach Satz 1 anpassen und für einen kürzeren Zeitraum jeweils bis zum 20. des vorhergehenden Monats bekanntgeben, wenn sich die der Feststellung zugrunde gelegten Annahmen seit der letzten Bekanntmachung erheblich verändert haben.

(2) Der vorläufige Wert nach Absatz 1 ist mit den zuletzt festgestellten Verhältniswerten (§ 5 Abs. 1 Nr. 3) auf die Versichertengruppen umzurechnen. Für die Berechnung und Bekanntmachung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben gelten § 6 und Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.“

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für die Ermittlung der Finanzkraft (§ 12) berechnen die Krankenkassen nach Absatz 2 bis 5 die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder jeweils für jeden Monat des Ausgleichsjahres.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „Berichtszeitraum“ jeweils durch das Wort „Ausgleichsjahr“ ersetzt und nach der Angabe „§ 231 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Worte „und abzüglich der Beiträge nach § 56 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach Artikel 17 § 2 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Berichtszeitraumes“ durch das Wort „Ausgleichsjahres“ ersetzt.

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen nicht nach Absatz 2 bestimmbar sind, deren Beiträge nicht nach §§ 226 bis 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bemessen oder deren Beiträge nach einem von §§ 241 bis 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichenden Beitragssatz erhoben wurden, gelten als Beiträge im Sinne des Absatzes 2 die in dem jeweiligen Ausgleichsjahr eingenommenen Beiträge und die zum Ende des Ausgleichsjahres festgestellten Beitragsforderungen. Lassen sich die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 nicht bestimmen, sind für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, für die übrigen Mitglieder die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder dieser Krankenkasse zugrunde zu legen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die im Ausgleichsjahr an nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtige Mitglieder gezahlten und in den Beitragsnachweisen der Rentenversicherungsträger monatlich gemeldeten Renten sind als beitragspflichtige Einnahmen zugrunde zu legen.“

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Anstelle der nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermäßigten Beiträge hat die Krankenkasse die Beiträge zugrunde zu legen, die ohne diese Ermäßigung zu erheben wären.“

f) Absatz 6 wird aufgehoben und Absatz 7 wird Absatz 6.

7. § 9 wird wie folgt gefaßt:

„§ 9

Voraussichtliche beitragspflichtige Einnahmen

(1) Für den monatlichen Ausgleich (§ 17) sind die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2 und 3 des Monats zugrunde zu legen, der dem Vormonat des Ausgleichsmonats vorangeht. Für die Renten im jeweiligen Ausgleichsmonat gilt § 8 Abs. 4 entsprechend.

(2) Bei neuerrichteten Krankenkassen, für die eine Berechnung nach § 8 noch nicht erstellt ist, bestimmt das Bundesversicherungsamt das Nähere über die Berechnung der voraussichtlichen monatlichen Summen der beitragspflichtigen Einnahmen.

(3) Das Bundesversicherungsamt kann in begründeten Einzelfällen auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse ein von Absatz 1 abweichendes Verfahren bestimmen. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen für alle Krankenkassen ein von Absatz 1 abweichendes Verfahren bestimmen."

8. In § 11 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 7 Nr. 2, §§ 9 und 10 entsprechend“ durch die Angabe „§§ 7, 9 und 10“ ersetzt.

9. § 13 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird nach der Angabe „§§“ die Angabe „5,“ eingefügt.

b) Nummer 3 wird aufgehoben und Nummer 4 wird Nummer 3.

10. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 14

Abrechnungsverfahren, Zahlungsverkehr, Säumniszuschläge“

b) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden Absatz 1.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Sofern die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nichts anderes bestimmt, sind die Zahlungen an sie auf die für die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge maßgebenden Konten zu leisten. Bei Beträgen ab 500.000 Deutsche Mark sind beschleunigte Überweisungsverfahren vorzunehmen. Die Zahlung durch Scheck ist nicht zulässig. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluß am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt.“

(3) Für verspätete Ausgleichszahlungen ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages an den Zahlungsempfänger zu zahlen. Für die Erhebung der Säumniszuschläge im monatlichen Ausgleich gilt der Zeitpunkt nach § 17 Abs. 5 Satz 3; § 17 Abs. 4 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Zugangs der Anforderung der Zugang der Festsetzung durch das Bundesversicherungsamt tritt. Für die Erhebung der Säumniszuschläge im Jahresausgleich gilt der Fälligkeitstermin nach § 19 Abs. 3 Satz 2. Bei einer unverschuldeten Gutschriftverzögerung kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Einzelfall bestimmen, daß von der Höhe nach Satz 1 abgewichen wird.

(4) Soweit die durch Säumnis entstehenden Fehlbeträge der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nicht durch Überschüsse im monatlichen Ausgleich oder Anpassungen des Ausgleichsbedarfssatzes im monatlichen Ausgleich oder Jahresausgleich ausgeglichen werden, stehen die Säumniszuschläge nach Absatz 3 der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu. Im übrigen stehen sie den Krankenkassen zu und werden im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Das Nähere über die Aufteilung und Abrechnung der Säumniszuschläge bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte."

11. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in dem jeweiligen Ausgleichsmonat eingezogenen Beiträgen“ durch die Worte „mit den an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in dem jeweiligen Ausgleichsmonat weiterzuleitenden Beiträgen“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 werden die Sätze 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt:
„Ausgleichsbeträge aufgrund von Berichtigungen der Nachweise nach Absatz 6 Satz 1 sind bis zum fünften Arbeitstag nach Feststellung oder Zugang der Anforderung bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu zahlen, soweit keine andere Fälligkeit vom Bundesversicherungsamt bestimmt wird.“
- c) Absatz 6 wird aufgehoben.
- d) Die Absätze 7 und 8 werden die Absätze 6 und 7.

e) In Absatz 6 wird Satz 3 aufgehoben.

f) Absatz 9 wird Absatz 8 und wie folgt gefaßt:

„(8) Liegen die Nachweise nach Absatz 6 Satz 1 nicht fristgemäß vor, sind diese fehlerhaft oder werden die sich daraus ergebenden Zahlungen nicht geleistet, kann das Bundesversicherungsamt für die Krankenkasse die Höhe der Zahlung nach Absatz 2 oder 3 für den Ausgleichsmonat auf der Grundlage verfügbarer oder geschätzter Daten verbindlich festsetzen. Werden Zahlungen nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht geleistet, gilt § 19 Absatz 4 entsprechend.“

12. § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 wie folgt gefaßt:

„§ 17 Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist jeweils eine gesonderte Berechnung nach Satz 1 vorzunehmen, soweit die für die Berechnung erforderlichen Werte für die vereinigten Krankenkassen gesondert vorliegen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Worte „der Abrechnung“ durch die Worte „des Bescheides“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Werden Zahlungen nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht geleistet, kann das Bundesversicherungsamt zur Vermeidung von finanziellen Belastungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte den Fehlbetrag bis zu seiner Zahlung bei der Festsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes für den monatlichen Ausgleich (§ 11 Abs. 2) und den Jahresausgleich berücksichtigen. Satz 1 gilt entsprechend für Fehlbeträge oder Überschüsse, die nach Ablauf eines Kalenderjahres bis zur Durchführung des Jahresausgleichs im monatlichen Ausgleich verblieben sind.“

d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Der Jahresausgleich ist bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres durchzuführen.“

13. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 25

Jahresausgleiche bis 1997“

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Auf der Grundlage der bis zum Berichtsjahr 1997 durchgeführten Erhebungen nach § 267 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen die Verhältniswerte für 1994, 1995 und 1996 im Jahresausgleich für 1997 korrigieren.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe e, Nr. 6 Buchstabe a und b und Nr. 7 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft. Im übrigen tritt diese Verordnung am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den

Der Bundesminister für Gesundheit

Begründung

A. Allgemeiner Teil

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

Mit der zweiten Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sollen die Regelungen an zwischenzeitliche Änderungen im Leistungs- und Beitragsrecht angepaßt, Ausgleichsnachberechnungen im Jahresausgleich begrenzt und das Verfahren insgesamt vereinfacht werden. Die Änderungen berücksichtigen die Erfahrungen mit der Durchführung der ersten endgültigen Jahresausgleiche für die Jahre 1994 und 1995. Rechtsunsicherheiten, die dabei entstanden sind, werden beseitigt.

Die Neuregelungen konzentrieren sich auf

- Anpassungen an Rechtsänderungen insbesondere durch das Beitragsentlastungsgesetz sowie die GKV-Neuordnungsgesetze (Art. 1 Nr. 3, 6 Buchstabe b, d und e, Nr. 10 Buchstabe c),
- Verbesserungen der Ausgleichsergebnisse vor allem im monatlichen Ausgleich (Art. 1 Nr. 2 Buchstabe a, Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, Nr. 6 Buchstabe a, Nr. 7 und 13),
- Verfahrensvereinfachungen (Art. 1 Nr. 1, Nr. 2 Buchstabe b, Buchstabe e Doppelbuchstabe bb, Nr. 4 Buchstabe b, Nr. 5, Nr. 10),
- die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, die insbesondere in der Einführungsphase nach Durchführung der ersten endgültigen Jahresausgleiche für die Jahre 1994 und 1995 entstanden sind (Art. 1 Nr. 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 2 Buchstabe c, d, Nr. 4 Buchstabe a, Nr. 6 Buchstabe c, Nr. 9 Buchstabe a, Nr. 11 Buchstabe a, b und f, Nr. 12).

Insgesamt werden mit der Verordnung mehr Ausgleichsgerechtigkeit für die Krankenkassen und Verfahrenserleichterungen für alle Beteiligten geschaffen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 2)

Die Vorschrift berücksichtigt die im Jahresausgleich 1995 gesammelten Erfahrungen mit der Differenzierung der Versichertengruppen. Dabei ist deutlich geworden, daß für Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die bei Arbeitsunfähigkeit einen sofortigen Krankengeldanspruch haben (bisher Absatz 1 Nr. 5), wegen der geringen Zahl der hiervon betroffenen Versicherten eine eigene Versichertengruppe nicht erforderlich ist. Diese Versicherten werden deshalb mit der Gruppe der Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zusammengefaßt, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens 6 Wochen haben (vgl. Absatz 1 Nr. 4). Das Verfahren und die Durchführung werden dadurch vereinfacht, ohne das Ziel des Risikostrukturausgleichs zu gefährden.

Zu Buchstabe a

Durch die Vorschrift werden die bisher in Absatz 1 Nr. 5 genannten Versicherten mit den in Absatz 1 Nr. 4 genannten Versicherten zu einer Gruppe zusammengefaßt. Dies bewirkt, daß bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse für die bisher in Absatz 1 Nr. 5 genannten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld keine getrennten Verhältniswerte (§ 5) und standardisierten Leistungsausgaben (§§ 6, 7) mehr berücksichtigt werden. Die betroffenen Versicherten gehen in die Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse künftig mit den gleichen Rechenwerten ein wie die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe a. Zugleich wird klargestellt, daß alle freiwillig versicherten Mitglieder den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 3 bzw. Nr. 5 zuzuordnen sind, wenn sie nach der Satzung ihrer Krankenkasse einen ermäßigten Beitrag zu zahlen haben. Damit werden Zuordnungsunklarheiten in Fällen vermieden, in denen eine Satzung unterhalb des allgemeinen Bei-

tragssatzes (§ 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) verschiedene ermäßigte Beitragssätze vorsieht. In diesen Fällen sind für die betroffenen Versicherten auch dann die standardisierten Leistungsausgaben für Versicherte ohne Krankengeldanspruch (Abs. 1 Nr. 3 und 5) zu berücksichtigen, wenn der Anspruch auf Krankengeld nicht für die vollständige Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 44 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Mit dem zweiten Halbsatz wird klargestellt, daß Beitragsermäßigungen nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von dieser Vorschrift nicht betroffen sind.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe a.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Ebenso wie im ehemaligen Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner sind nach Abschluß eines Jahresausgleichs Routinekorrekturen der für die Vorjahre bereits gemeldeten Versicherungszeiten zu erwarten. Zur Vereinheitlichung des Korrekturverfahrens werden die Erhebungen der Versicherungszeiten für die jeweiligen zwei Vorjahre deshalb regelmäßig wiederholt. Die Einzelheiten dieses Korrekturverfahrens haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt. Die Änderung in § 3 Abs. 1 entspricht dieser Vereinbarung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Nummer 1 Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, daß bei Vorliegen geeigneter Daten eine spätere Korrektur der Versicherungszeiten erfolgt.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift präzisiert die bisherige Regelung zur Berücksichtigung von Korrekturen in den gemeldeten Versicherungszeiten und konkretisiert zugleich den Begriff des Abschlusses der Ermittlungen in § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V. Werden danach während der Berechnung der Werte für den Jahresausgleich Erhebungsfehler oder nachträgliche Änderungen in den für das Ausgleichsjahr bereits gemeldeten Versicherungszeiten einzel-

ner Krankenkassen festgestellt, fließen die entsprechenden Korrekturen in die noch andauernde Berechnung der Werte ein, deren Ermittlung auf der Grundlage der von den Krankenkassen übermittelten Daten noch nicht abgeschlossen ist. Dies stellt sicher, daß die Korrekturen möglichst zeitnah, d.h. noch im Jahresausgleich des aktuellen Ausgleichsjahres, stattfinden. Die Werte, deren Ermittlung bereits abgeschlossen ist, werden dagegen nicht neu berechnet, um die Jährlichkeit der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 19 Abs. 5 - neu - RSAV) nicht zu gefährden.

Korrekturen, die festgestellt werden, nachdem die Ermittlung aller für die Durchführung des Jahresausgleichs erforderlichen Werte bereits abgeschlossen ist, werden im nächsten Jahresausgleich bei der Berechnung des Beitragsbedarfs berücksichtigt. Hierdurch wird klargestellt, daß eine Neuberechnung von Verhältniswerten außer im Fall des § 25 nicht erfolgt. Haben sich gegenüber dem Ausgleichsjahr die rechtlichen Vorgaben, etwa über die Zuordnung zu einzelnen Versichertengruppen, geändert, sind bei der Berücksichtigung von Korrekturen nicht die für das Ausgleichsjahr geltenden Vorschriften, sondern das jeweils geltende Recht zugrunde zu legen. Hierdurch wird vermieden, daß auf einen in der Vergangenheit liegenden Rechtszustand zurückgegriffen werden muß.

Zu Buchstabe e

Die Vorschrift dient der Verbesserung der Ausgleichsergebnisse und der Vereinfachung des monatlichen Abschlagsverfahrens.

Zu Doppelbuchstabe aa

Bisher wurden im monatlichen Ausgleich die Versichertenzahlen und -strukturen des Vorjahres zugrundegelegt und mit einem Faktor gewichtet, der aus der zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungsrate der Mitgliederzahl - ohne Berücksichtigung gleichzeitiger Veränderungen der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen - ermittelt wurde. Bei größeren Mitglieder- und Versichertenfluktuationen, wie sie seit Inkrafttreten der Kassenwahlrechte ab 1996 eintreten können, führt die Änderung zu aktuelleren und gerechteren Ausgleichsergebnissen. Nachberechnungen des Jahresausgleichs werden dadurch verringert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorschrift erweitert die bereits in Satz 4 vorgesehene Ausnahmeregelung für vom Normalfall abweichende Entwicklungen bei einzelnen Krankenkassen. Das in Absatz 6 Satz 3 vorgesehene Berechnungsverfahren des monatlichen Ausgleichs berücksichtigt bei der Aktualisierung der Vorjahresversicherungszeiten nur Veränderungen der Zahl der

Versicherten, nicht aber der Struktur der Versicherten. In Einzelfällen auftretende Strukturbrüche können deshalb für die betroffenen Krankenkassen zu unververtretbaren Ergebnissen und erheblichen Nachberechnungen im Jahresausgleich führen. Mit der Neuregelung erhält das Bundesversicherungsamt deshalb die Möglichkeit, in diesen Ausnahmefällen auf Vorschlag des jeweiligen Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse abweichende Verfahren anzuwenden. Der bisher in Satz 4 geregelte Ausnahmetatbestand bleibt in der Neufassung enthalten.

Da die Krankenkassen neben der Mitgliederzahl seit dem 1. Januar 1997 auch zeitnahe Versichertendaten - inklusive der mitversicherten Familienangehörigen - erheben, ist die künftige Orientierung des monatlichen Ausgleichs an der Versicherten- anstelle der Mitgliederentwicklung ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand möglich.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Die Vorschrift berücksichtigt zwischenzeitliche Änderungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Änderung in Artikel 2 Nr. 3 des Beitragsentlastungsgesetzes.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Änderung in Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Änderung im Artikel 1 Nr. 12 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes. Die neue Leistung wird in der Kontenart 594 gebucht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen an die Änderungen in Artikel 2 Nr. 3 des Beitragsentlastungsgesetzes und in Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung in Artikel 1 Nr. 21 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes. Die Aufwendungen werden in den Kontenarten 525 und 526 verbucht.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Änderung in Artikel 1 Nr. 15 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes. Die neue Leistung wird in der Kontengruppe 57 verbucht.

Zu Nummer 4 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift stellt klar, daß das Bundesversicherungsamt bei der Ermittlung der Verhältniswerte von dem in Nummer 1 bis 3 vorgegebenen Rechenweg abweichen kann. Derartige Abweichungen sind vor allem dann zweckmäßig, wenn die Daten in den verschiedenen Leistungsarten mit unterschiedlichen Stichprobenauswahlsätzen bzw. teilweise als Vollerhebung erfaßt wurden oder Stichproben- oder Erhebungsumfang zwischen den Versichertengruppen, den Krankenkassen oder den Leistungsarten (§ 267 Abs. 5 Satz 5 SGB V) Unterschiede aufweisen. Inhaltlich neu ist, daß das Bundesversicherungsamt derartige Abweichungen künftig nur noch im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vornehmen darf. Diese Änderung berücksichtigt, daß die Verarbeitung der von den Krankenkassen über ihre Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt zu übermittelnden Stichprobenergebnisse sachlich in engem Zusammenhang mit dem von den Spitzenverbänden nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Stichprobenkonzept und -verfahren steht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung soll die Umsetzung des Risikostrukturausgleichs durch das Bundesversicherungsamt erleichtert und die Verantwortlichkeit des Amtes für die Durchführung der ihm zugewiesenen Aufgaben klarer abgegrenzt werden. Der Ordnungsgeber geht davon aus, daß einheitliche Vorschläge aller Spitzenverbände unter Berücksichtigung des für umfassendere Verfahrensumstellungen erforderlichen Zeitbedarfs weiterhin vom Bundesversicherungsamt berücksichtigt werden. Allerdings darf dabei der Grundsatz der Jährlichkeit der Durchführung (§ 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 19 Abs. 5 RSAV - neu -) nicht gefährdet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb und cc

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Regelung unter Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 5 (§ 7)

Durch die Regelung in Absatz 1 wird das Verfahren der Schätzung der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben für das Bundesversicherungsamt vereinfacht und bei Anpassungen der Schätzung an zwischenzeitliche Veränderungen der Bekanntmachungstermin vom 15. auf spätestens den 20. eines Monats verschoben.

Absatz 2 entspricht weitgehend der bisherigen Nummer 3.

Zu Nummer 6 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Die Umstellung der Zeiträume, für die die Krankenkassen die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder ermitteln, ermöglicht die aktuellere Bestimmung der vorläufigen beitragspflichtigen Einnahmen im monatlichen Ausgleich nach § 9 (vgl. zu Nr. 7). Da die beitragspflichtigen Einnahmen für die allgemeine Krankenversicherung von den meisten Krankenkassen bereits in der Vergangenheit monatlich erhoben wurden und für die Krankenversicherung der Rentner sich seit dem 1. Juli 1997 aus den monatlichen Beitragsnachweisen der Rentenversicherungsträger ergeben, entsteht durch die Umstellung kein unvertretbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschrift bewirkt, daß Beiträge für erweiterte Leistungen (Kontenart 250) und zur Finanzierung von Instandhaltungsinvestitionen in Krankenhäusern (Kontenart 260) keinen Einfluß auf die Finanzkraft der Krankenkasse haben. Außerdem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Mit der Neufassung von Absatz 3 sollen sämtliche Ausnahmeregelungen zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen zusammengefaßt und die bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung des Ausgleichs berücksichtigt werden.

Satz 1 konkretisiert das bisherige Verfahren zur Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Mitglieder, für die Beiträge nicht oder nicht den rechtlichen Vorgaben entsprechend erhoben wurden oder deren Beitragshöhe noch streitig ist. In diesen Fällen sind neben den erhobenen Beiträgen wie bisher auch die Beitragsforderungen anzusetzen. Ist dieses Verfahren nicht anwendbar, weil Beitragsforderungen z.B. noch nicht festgesetzt sind, ist - der bisherigen Regelung in Absatz 2 Satz 3 entsprechend - vom Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder auszugehen. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, ist in diesen Fällen von der Beitragsbemessungsgrenze (§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V) auszugehen. Diese Änderung berücksichtigt, daß der bisher geltende Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder für diese Mitgliedergruppe in der Regel zu einer zu niedrigen Beitragsbemessung führt.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift paßt die Regelungen zur Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen von Rentenbeziehern an das seit dem 1. Juli 1997 veränderte Verfahren der Beitragsbemessung und -zahlung aus Renten an (§ 255 Abs. 3 und 4 SGB V).

Zu Buchstabe e

Die Vorschrift bewirkt, daß Beitragsermäßigungen für Selbstbehalte - ebenso wie dies bisher auch schon für Beitragsrückerstattungen galt - keinen Einfluß auf die Höhe der Finanzkraft der Krankenkasse haben.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe d.

Zu Nummer 7 (§ 9)

Die Vorschrift verändert in Absatz 1 das Verfahren der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen im monatlichen Ausgleich. Bislang wurden die beitragspflichtigen Einnahmen für die allgemeine Krankenversicherung auf der Grundlage der entsprechenden Vorjahreswerte bestimmt und mit der Mitgliederveränderungsrate und einer vom Bundesversicherungsamt für alle Krankenkassen einheitlich geschätzten Grundlohnveränderungsrate aktualisiert. Für die beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten wurde ein ähn-

liches Verfahren auf der Grundlage der von den Rentenversicherungsträgern zuletzt übermittelten Jahresrentensummen angewendet. Dieses Verfahren hatte den Nachteil, daß zwischenzeitliche Veränderungen der Mitgliederstrukturen im monatlichen Ausgleich nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Künftig ist deshalb von den im Vormonat durch die Krankenkasse ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen und den aktuellen Rentenzahlbeträgen auszugehen. Grundlage dieser Ermittlungen durch die Krankenkassen sind weiterhin die tatsächlichen Beitragseinnahmen der jeweiligen Krankenkasse, die nach § 8 Abs. 2 und 3 in beitragspflichtige Einnahmen umgerechnet werden. Für Rentner ist von den Beitragsnachweisen der Rentenversicherungsträger für den jeweiligen Ausgleichsmonat auszugehen. Dadurch wird im monatlichen Abschlagsverfahren eine zeitnähere und realitätsgerechtere Bestimmung der Finanzkraft ermöglicht. Vor allem können nach der Umstellung Veränderungen der Mitgliederstrukturen der einzelnen Krankenkasse bereits im monatlichen Ausgleich berücksichtigt werden. Auch Besonderheiten in der Einnahmenentwicklung einzelner Krankenkassen, die von der allgemeinen Entwicklung abweichen, werden dadurch in die Abschlagsrechnung einbezogen. Nachberechnungen im Jahresausgleich werden auf diese Weise verringert.

Die Neuregelung bewirkt, daß monatliche Schwankungen in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, wie sie z.B. durch betriebliche oder tarifvertragliche Umstellungen oder durch Einmalzahlungen (z.B. Weihnachtsgratifikationen) entstehen können, jeweils mit einer zweimonatigen Verzögerung im monatlichen Ausgleich berücksichtigt werden. Soweit es durch die Neuregelung zu zeitlich begrenzten Veränderungen der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen kommt, sind diese bei der Festsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes im monatlichen Ausgleich entsprechend zu berücksichtigen. Außerdem hat das Bundesversicherungsamt künftig die Möglichkeit, im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine für alle Krankenkassen verbindliche ergänzende Verfahrensregelung zu treffen (vgl. hierzu Absatz 3).

Absatz 2 faßt die bisher in Absatz 3 und 4 getroffenen Regelungen für neu errichtete Krankenkassen zusammen und paßt sie an die Änderungen in § 8 (vgl. zu Nummer 6) und in Absatz 1 an.

In Absatz 3 Satz 1 wird die bisher in Absatz 5 getroffene Ausnahmebestimmung für vom Standard abweichende Einzelfälle an die Neuregelungen in Nummer 6 (§ 8) und in Absatz 1 angepaßt und vereinfacht. Die Regelung in Satz 2 ermöglicht dem Bundesversicherungsamt, für alle Krankenkassen verbindliche abweichende Verfahren für den Fall zu treffen, in dem eine Steuerung der Finanzkraft über den Ausgleichsbedarfssatz allein nicht hinreichend erscheint.

Zu Nummer 8 (§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 7 (vgl. zu Nummer 5).

Zu Nummer 9 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt klar, daß in die Zusammenfassung von Berechnungsschritten zur Ermittlung des Beitragsbedarfs auch die Verhältnisswerte (§ 5) einbezogen werden können. Das bisherige Verfahren wird dadurch nicht verändert.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in § 7 (vgl. zu Nummer 5).

Zu Nummer 10 (§ 14)

Die Vorschrift faßt bisher in verschiedenen Regelungen getroffene Bestimmungen über die Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten im monatlichen Ausgleich und im Jahresausgleich zusammen. Geringfügige Änderungen berücksichtigen die bisherigen Erfahrungen und dienen der Verbesserung der Rechtsklarheit und der Erleichterung des Abrechnungsverfahrens insbesondere für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Zu Buchstabe a und b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeregelungen zu den Änderungen in Buchstabe c.

Zu Buchstabe c

Absatz 2 übernimmt im wesentlichen den bisherigen Inhalt in § 17 Abs. 5 Satz 4 und 5 und Abs. 6 Satz 1 und 2. Art der Überweisung und Bestimmung der Empfängerbankverbindung richten sich wie bisher nach § 3 Abs. 2 Beitragszahlungsverordnung. Die Sätze 2 bis 4 beziehen sich wie bisher auf alle nach §§ 17 und 19 zur Zahlung verpflichteten Sozialversicherungsträger.

Absatz 3 enthält Folgeregelungen zur Einführung der Säumniszuschläge durch Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe c des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes. Die Sätze 2 und 3 konkretisieren den für den Beginn der Säumniszuschläge maßgeblichen Zeitpunkt. Mit der Regelung in Satz 4 sollen unbillige Härten vermieden werden, die bei unverschuldeter Gutschriftverzögerung entstehen können. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte kann insbesondere bei unverschuldet fehlgeleiteten Überweisungsaufträgen, bankseitigen Gut-

schriftverzögerungen, Ausfällen in der Datenfernübertragung und Fehlleitungen niedrigere Säumniszuschläge erheben oder in Einzelfällen auf die Erhebung verzichten.

Absatz 4 regelt die für die Aufteilung der Säumniszuschläge auf die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und die Krankenkassen maßgeblichen Grundsätze, die vom Bundesversicherungsamt näher zu konkretisieren sind. Die Pflicht zur Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte dient dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen der Verfahrensbeteiligten.

Zu Nummer 11 (§ 17)

Es handelt sich insbesondere um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 14 (vgl. zu Nummer 10) und Klarstellungen.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift enthält Klarstellungen zur Fälligkeit bei Berichtigungen von Nachweisen im monatlichen Ausgleichsverfahren.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Zusammenfassung der Zahlungs- und Abrechnungsregelungen in § 14 (vgl. zu Nummer 10 Buchstabe c).

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Streichung des Absatz 6 (vgl. Buchstabe c).

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umstellung des monatlichen Ausgleichsverfahrens in § 9 (vgl. zu Nummer 7).

Zu Buchstabe f

Die Vorschrift stellt klar, daß das Bundesversicherungsamt auch bei fehlerhaften oder fehlenden Nachweisen und bei Zahlungsverweigerungen trotz Vorlage des Nachweises einen Bescheid im monatlichen Ausgleichsverfahren erteilen kann. Diese Regelung entspricht der bisherigen Praxis des Bundesversicherungsamts, die nicht geändert werden soll.

Zu Nummer 12 (§ 19)

Die Vorschrift enthält insbesondere Klarstellungen und Folgeregelungen zu den Änderungen in §§ 14 und 17 (vgl. zu Nummer 10 Buchstabe c und Nummer 11).

Zu Buchstabe a

In Absatz 2 Satz 3 wird ein redaktioneller Fehler in der ersten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung korrigiert. Die durch den Verweis auf § 17 Abs. 4 Satz 1 entstandene Rechtsunklarheit hinsichtlich der Verrechnungsmöglichkeiten mit den der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zustehenden anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträgen wird damit beseitigt.

Absatz 2 Satz 4 begrenzt die bisherige Ausnahmeregelung für neu errichtete Krankenkassen auf solche, für die dem Bundesversicherungsamt nach einer Kassenvereinigung die für eine Trennung der Ausgleichsrechnung erforderlichen Werte vorliegen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschrift stellt klar, daß vom Bundesversicherungsamt rechtsmittelfähige Bescheide erteilt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Zahlungsmodalitäten in § 14 (vgl. zu Nummer 10 Buchstabe c).

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt in Satz 1 klar, daß die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte von Fehlbeträgen auch dann entlastet werden kann, wenn Zahlungen z.B. nach Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nicht geleistet, über die Verpflichtung dem Grunde und der Höhe nach aber im Hauptsacheverfahren noch nicht entschieden wurde. Außerdem wird klargestellt, daß die Regelungen auch im Jahresausgleich gelten und bei Fehlbeträgen oder Überschüssen im monatlichen Ausgleich, die nach Ablauf eines Kalenderjahres entstehen können, entsprechend anzuwenden ist.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift wiederholt inhaltlich die Verpflichtung zur jährlichen Durchführung nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Sie dient der Klarstellung; das bisher praktizierte Verfahren soll nicht geändert werden. Ohne Berücksichtigung dieses Jährlichkeitsgrundsatzes kann es für die Krankenkassen zu erheblichen Kalkulationsunsicherheiten kommen. Auch die Durchführung der Ausnahmeregelung nach § 221 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch könnte ansonsten gefährdet werden.

Zu Nummer 13 (§ 25)

Mit der Vorschrift wird eine zusätzliche Korrekturmöglichkeit der Verhältniswerte für die Jahre 1994, 1995 und 1996 geschaffen, falls sich diese nach den Ergebnissen der Datenerhebungen in 1997 als zweckmäßig erweist. Abweichend vom Verfahren nach Absatz 1 Satz 2 erfolgt die Korrektur nicht durch Wiederholung der Jahresausgleichsverfahren, sondern im Wege der für die übrigen Rechenwerte üblichen Fehlerberichtigungen. Die ab 1997 geltenden Änderungen und Ergänzungen in der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden damit berücksichtigt.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Satz 1 regelt ein späteres Inkrafttreten, weil die betroffenen Regelungen erst vom monatlichen Ausgleich Januar 1998 an gelten sollen. Im übrigen sollen die Änderungen bereits im Jahresausgleich für 1996 berücksichtigt werden.

C. Finanzielle Auswirkungen

Durch die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung ab 1. Januar 1994 getroffene gesetzliche Neuregelung ergaben sich bei den Krankenkassen Ausgleichsverpflichtungen und -ansprüche, die zu einer Verringerung der risikostrukturebedingten Beitragssatzunterschiede führten. Als Folge der Rechtsanpassungen, technischen Verfahrensänderungen und Klarstellungen in dieser Verordnung sind weitere finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen, die übrigen Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Gebietskörperschaften sowie Veränderungen der Einzelpreise und Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau nicht zu erwarten.

17.10.97

Beschluß
des Bundesrates

Zweite Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung (2. RSAÄndV)

Der Bundesrat hat in seiner 717. Sitzung am 17. Oktober 1997 beschlossen, der
Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.