

**Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 für die
Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6
und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV
für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2014
in der Fassung vom 06.06.2014**

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 sind mit Wirkung zum 1. August 2014 Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) in Kraft getreten. Aus der Änderungsbekanntgabe für die Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV ergibt ebenfalls Änderungsbedarf für die Verfahrensbestimmung nach § 39 Abs. 3 Satz 6 RSAV und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV.

Um Richtigkeit und Vollständigkeit der Verfahrensbestimmung im Einklang mit den vorgenannten Entwicklungen im höherrangigen Recht und den daraus erfolgten Anpassungen der mit der Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zu wahren, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren und im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2014 in der Fassung vom 06.06.2014 entsprechend wie folgt angepasst:

Der einleitende Abschnitt wird wie folgt formuliert:

„Diese Änderungsbekanntgabe tritt **am 26.09.2014** in Kraft und ergänzt die Verfahrensbestimmung für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2014 vom **06.06.2014**.“

Die Vorbemerkungen zu Abschnitt „I. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das Ausgleichsjahr“ werden wie folgt gefasst:

„Vorbemerkungen

- Soweit nicht anders angegeben werden alle vom Bundesversicherungsamt (BVA) bekanntzugebenden Werte auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- Soweit im Folgenden von geschätzten, voraussichtlichen oder erwarteten Größen die Rede ist, beziehen sich diese auf die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2014 zu Grunde gelegten Werte.
- ~~Soweit im Folgenden von Mitgliederzahlen die Rede ist, sind diese um die Zahl der Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V verringert.~~

Abschnitt „R.5.d Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG“ wird wie folgt gefasst:

~~„Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den vorläufigen Zuschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG, indem bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag aus P.6.b addiert und die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii subtrahiert wird.~~

R.5.d.i Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben ergeben sich, indem auf die vorläufigen Zuschläge nach R.5.c bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag aus P.6.b addiert wird.

R.5.d.ii Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die AusAGG nach R.5.d.i und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach R.5.d.i werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 und 4830, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

R.5.d.iii Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den Risikozuschlägen nach R.5.d.ii, indem bei den AGG und AusAGG die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii subtrahiert wird.“

Abschnitt „T.1 Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben“ wird wie folgt gefasst:

„T.1.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit der Grundpauschalen je Versichertentag nach B.1.b.iii zuzüglich der Summe der Produkte der Zu- und Abschläge nach R.5.d mit den nach S.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG.

T.1.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach R.6.c für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten nach S.1.b. Die Zuweisungen für das Krankengeld an die Krankenkasse ergeben sich aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und SGB V).“

In der Übersicht zum Korrekturverfahren für den Jahresausgleich 2013 zum Abschluss des Dokuments wird der Korrekturfaktor KG abweichend zu den Korrekturfaktoren LAoKG, VwA und SEL wie folgt beschrieben:

„Korrekturfaktor KG:

Zuweisungen für KG, so dass

Summe der Zuweisungen aufgrund
der KGG-Zuschläge

=

Summe der Zuweisungen aufgrund der
KGG-Zuschläge im JA 2013“