

RSA-Leitfaden

Erläuterungen zu den Grundlagen, Berechnungen und zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs im BVA

Jahresausgleich 2006



Bundesversicherungsamt

Referat VII 2

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Internet: www.bundesversicherungsamt.de
Mail: RSA.VII2@BVA.DE

Stand: 07.02.2008

Impressum:

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Einführung in den Risikostrukturausgleich | Traute Blohm-Wessel |
| 2. Datengrundlagen | Michaela Jüris |
| 3. Berechnungen zum Jahresausgleich | Janet Hoffmann |
| | Michaela Jüris |
| 4. GKV-Schätzerkreis | Meik Brömmelhaus |

Inhaltsverzeichnis:

1. EINFÜHRUNG IN DEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	7
1.1. ALLGEMEINES	7
1.2. ZUR UMSETZUNG DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS	8
1.2.1. BERECHNUNG DES BEITRAGSBEDARFES	8
1.2.1.1. ERFASSUNG DER LEISTUNGSAusGABEN	8
1.2.1.2. ZUORDNUNG ZU DEN RSA-ZELLEN	9
1.2.1.3. BERECHNUNG DER STANDARDISIERTEN LEISTUNGSAusGABEN	11
1.2.1.4. BEITRAGSBEDARF	12
1.2.2. BERECHNUNG DER FINANZKRAFT	12
1.2.2.1. ERMITTLUNG DES AUSGLEICHSBEDARFSSATZES (ABS)	12
1.2.2.2. FINANZKRAFT EINER KRANKENKASSE	12
1.2.3. GEGENÜBERSTELLUNG VON BEITRAGSBEDARF UND FINANZKRAFT	13
1.2.4. VERFAHREN	13
1.2.4.1. PRAKTISCHE ABWICKLUNG	13
1.2.4.2. DATENMELDUNGEN	14
1.2.4.3. GESAMTDEUTSCHER RSA	14
1.2.4.4. KORREKTURVERFAHREN	15
1.3. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	16
2. DATENGRUNDLAGEN	16
2.1. DATENMELDUNGEN IM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	16
2.1.1. MELDUNG DER VERSICHERUNGSZEITEN	16
2.1.1.1. VERSICHERUNGSZEITEN DES AUSGLEICHSJAHRES	16
2.1.1.2. VERSICHERUNGSZEITEN FÜR VORJAHRE	20
2.1.2. MELDUNG DER LEISTUNGSAusGABEN	22
2.1.2.1. LEISTUNGSAusGABEN OHNE KRANKENGELD	22
2.1.2.2. KRANKENGELDAUSGABEN UND KRANKENGELDTAGE	23
2.2. GESCHÄFTS- UND RECHNUNGSERGEBNISSE	23
2.2.1. ZUSÄTZLICHE DATENMELDUNG (SATZART 43)	23
2.2.2. JÄHRLICHE RECHNUNGSERGEBNISSE (KJ1)	24
2.2.2.1. BEITRAGSPFLICHTIGE EINNAHMEN (BPÉ) (POSITION 9993)	24
2.2.2.2. RENTENSUMME (POSITION 9994)	25
2.2.2.3. BEITRÄGE AUS GERINGFÜGIGER BESCHÄFTIGUNG (POSITION 9997)	25
2.2.2.4. KRANKENGELD UND BEITRÄGE AUS NACHZAHLUNGEN (POSITION 9998)	26

2.2.2.5.	PAUSCHALE ABGELTUNG DES BUNDES NACH § 221 SGB V (POSITION 3260)	26
2.3.	SONSTIGE DATENMELDUNGEN	26
2.3.1.	RISIKOPOOLDATENMELDUNG	26
2.3.2.	BEITRÄGE AUS GERINGFÜGIGER BESCHÄFTIGUNG (ZENTRALER EINZUG)	27
2.3.3.	DMP-VORHALTEKOSTEN	28
2.3.4.	BEITRÄGE DER KRANKENVERSICHERUNG DER RENTNER (KVDR) NACH ALTEM RECHT	30
2.3.5.	SÄUMNISZUSCHLÄGE	30
2.4.	MELDEZEITPUNKTE FÜR DIE DATENMELDUNGEN	32
2.4.1.	ÜBERMITTLUNG DER KRANKENKASSEN AN DEN JEWELIGEN SPITZENVERBAND	32
2.4.2.	ÜBERMITTLUNG DER SPITZENVERBÄNDE AN DAS BUNDESVERSICHERUNGSAMT	32
3.	<u>BERECHNUNGEN ZUM JAHRESAUSGLEICH</u>	33
3.1.	BERECHNUNGEN AUF EINZELKASSENEBENE	33
3.1.1.	BERECHNUNG DER NETTO-FAKTOREN UND NETTO- SATZART 43 (ANLAGE 1.7.)	34
3.1.1.1.	ARZNEIMITTEL-RABATTFAKTOR (ARF)	35
3.1.1.2.	FAKTOR FÜR DIE ANSCHUBFINANZIERUNG IN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG (FIVA)	35
3.1.1.3.	FAKTOR FÜR DIE RÜCKZAHLUNGEN UND VORAUSZAHLUNGEN AUF ZUZAHLUNGEN (FRVZ)	35
3.1.1.4.	FAKTOR FÜR KOMPLEXPAUSCHALEN UND RABATTE IN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG (FIVKUR)	36
3.1.1.5.	ERSTATTUNGSFAKTOR FÜR LEISTUNGS-AUSGABEN OHNE KRANKENGELD (EfLAOKG)	37
3.1.1.6.	ERSTATTUNGSFAKTOREN FÜR DAS KRANKENGELD (EfKG)	37
3.1.2.	BILDUNG DER NETTO-SATZART 43 (ANLAGE 1.6)	38
3.1.3.	HOCHRECHNUNG	41
3.1.3.1.	SATZART 40 FÜR LEISTUNGS-AUSGABEN (SA 40_LA)	41
3.1.3.2.	BILDUNG DER VOLLERHEBUNGS-PRO-TAG-WERTE (VOLL-PTW)	41
3.1.3.3.	BILDUNG DER STICHPROBEN-PRO-TAG-WERTE (STICH-PTW)	42
3.1.3.4.	ERSTE GRENZWERTPRÜFUNG	42
3.1.3.5.	BERECHNUNG DER AUSSCHÖPFUNGSQUOTEN	43
3.1.3.6.	ERMITTLUNG DES 1. HOCHRECHNUNGSFAKTORS (1. HF)	44
3.1.3.7.	BILDUNG SA 41/42 NETTO NACH 1. HOCHRECHNUNGSFAKTOR	44
3.1.3.8.	ZWEITE GRENZWERTPRÜFUNG	44
3.1.3.9.	BERECHNUNG DER LEISTUNGS-AUSGABEN AUF IK-EBENE	44
3.2.	BERECHNUNGEN AUF GKV-EBENE	45
3.2.1.	AGGREGATION AUF GKV-EBENE	45
3.2.2.	GKV-HOCHRECHNUNG UND RISIKOPOOLBEREINIGUNG	46
3.2.2.1.	LEISTUNGS-AUSGABEN OHNE KRANKENGELD UND 2. HOCHRECHNUNG	46
3.2.2.2.	KRANKENGELD	47

3.2.2.3.	ÜBERGANGSREGELUNG FÜR DEN JAHRESAUSGLEICH 2006	48
3.2.2.4.	RISIKOPOOLBEREINIGUNG	48
3.2.2.5.	DRITTE HOCHRECHNUNG BZW. HOCHRECHNUNG DER SA 41	49
3.2.3.	GLÄTTUNGSVERFAHREN	49
3.2.4.	ERMITTLUNG DER PRO-TAG-WERTE	51
3.2.5.	ERMITTLUNG DES 100%-WERTES	51
3.2.6.	BERECHNUNG DER VERHÄLTNISSWERTE	52
3.2.7.	VORLÄUFIGE STANDARDISIERTE LEISTUNGSAusGABEN (VORL. sLA)	53
3.3.	GESAMTDEUTSCHER RSA – RECHTSKREISANGLEICHUNG	53
3.3.1.	BERECHNUNG DER ENDGÜLTIGEN VERHÄLTNISSWERTE	53
3.3.2.	VORLÄUFIGE STANDARDISIERTE LEISTUNGSAusGABEN	54
3.3.3.	KORREKTURFAKTOR FÜR STANDARDISIERTE LEISTUNGSAusGABEN (KORRF_sLA)	54
3.3.4.	ENDGÜLTIGE STANDARDISIERTE LEISTUNGSAusGABEN JE TAG	55
3.4.	KORREKTURVERFAHREN FÜR VORJAHRE	55
3.4.1.	KORREKTUR DER VERSICHERUNGSZEITEN	55
3.4.1.1.	FAKULTATIVE KORREKTURJAHRE	56
3.4.1.2.	OBLIGATORISCHE KORREKTURJAHRE	56
3.4.1.3.	„NULLSUMMENSPIEL“ IN DEN VORJAHREN	57
3.4.2.	KORREKTUR DER BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGEN LEISTUNGSAusGABEN	58
3.4.3.	KORREKTUR DER BEITRAGSPFLICHTIGEN EINNAHMEN	58
3.4.4.	KORREKTUR DES RISIKOPOOLS	58
3.5.	BERECHNUNG DER BESCHEIDE	58
3.5.1.	BESCHEIDVORDRUCK	59
3.5.2.	BESCHEIDBERECHNUNG	67
3.5.3.	BERECHNUNG DES AUSGLEICHSBEDARFSSATZES (ABS)	73
4.	GKV-SCHÄTZERKREIS	79
4.1.	SCHÄTZTABLEAU	81
4.2.	BERÜCKSICHTIGUNG DER DMP	86
4.3.	BERECHNUNG DES RECHTSKREISTRANSFERS	87
4.3.1.	FINANZKRAFTTRANSFER (FK-TRANSFER)	87
4.3.2.	BEITRAGSBEDARFTRANSFER (BB-TRANSFER)	88
4.4.	BERECHNUNG DER NIVELLIERUNGSFAKTOREN UND MORBIDITÄTSFAKTOREN	89
4.4.1.	NIVELLIERUNGSFAKTOREN (NIVF)	89
4.4.2.	MORBIDITÄTSFAKTOR	90
4.5.	UNTERJÄHRIGE BERECHNUNG VON RSA-FORDERUNGEN UND –VERPFLICHTUNGEN	91
4.5.1.	KV45 FORDERUNG/VERPFLICHTUNG	91

4.5.2. KJ1 FORDERUNG/VERPFLICHTUNG

93

5. GLOSSAR

94

1. Einführung in den Risikostrukturausgleich

1.1. Allgemeines

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde am 1. Januar 1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt. Im Jahr 1994 erstreckte er sich nur auf den Bereich der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV), ab 1995 wurde auch die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) unter Wegfall des KVdR-Finanzausgleiches mit einbezogen.

Der RSA ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Die Durchführung obliegt dem Bundesversicherungsamt. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am RSA beteiligt.

Grundgedanke bei der Einführung des RSA war es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die zu den erheblichen Beitragssatzdifferenzen in der Kassenlandschaft geführt hatten, aufzuheben.

Nach seiner Einführung sollte jede Krankenkasse so gestellt sein, als entspräche der Anteil, den sie zur Bewältigung dieser Risiken aufbringt, genau dem Durchschnitt aller Krankenkassen. Ziel ist, Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit ungünstigen Versichertenstrukturen abzubauen und Anreize für eine höhere Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Daher werden im Rahmen dieses Ausgleichs nicht die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen berücksichtigt, sondern durchschnittliche Leistungsausgaben (sogenannte standardisierte Leistungsausgaben).

Der RSA gleicht folgende strukturbedingte Unterschiede zwischen den Krankenkassen aus:

- **Einnahmenunterschiede** aufgrund der unterschiedlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der Mitglieder einer Krankenkasse (Grundlohnsummen)
- **Belastungsunterschiede** aufgrund
 - unterschiedlicher Verteilung der Morbiditätsrisiken der Versicherten einer Krankenkasse
 - unterschiedlicher Anteile von beitragsfrei versicherten Familienangehörigen.

Zur Erfassung der Morbiditätsrisiken werden die **Risikofaktoren**

- Alter
- Geschlecht
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (= Risikogruppe)
- Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (Disease-Management Programme (DMP))

herangezogen. Hinzu kommt eine leistungsrechtliche Unterscheidung nach dem Krankengeldanspruch. Unterschiede in den Leistungsausgaben, die nicht auf diesen abschließend aufgezählten Risikomerkmale beruhen, sind nicht ausgleichsrelevant.

Familienlasten werden im RSA dadurch berücksichtigt, dass alle Berechnungen auf der Ebene des Versicherten und nicht des Mitglieds erfolgen.

1.2. Zur Umsetzung des Risikostrukturausgleichs

Kernelemente des RSA sind die **Finanzkraft** und der **Beitragsbedarf**. Während die Finanzkraft das Potenzial der Krankenkasse bezeichnet, einkommensabhängige Beiträge zu erheben, gibt der Beitragsbedarf die finanziellen Ressourcen wieder, die eine Krankenkasse durchschnittlich zur Versorgung ihrer Ausgabenrisiken benötigt. Man kann daher den Beitragsbedarf auch als die „benötigte Finanzkraft“ bezeichnen.

Sowohl bei der Berechnung des Beitragsbedarfes, als auch bei der Berechnung der Finanzkraft wird die Versichertenstruktur jeder Krankenkasse rechnerisch dem GKV-Durchschnitt angepasst. Durch einen Vergleich dieser beiden Rechengrößen wird die Höhe des Ausgleichsanspruches bzw. der Ausgleichsverpflichtung aller Krankenkassen im RSA ermittelt. Damit ist gewährleistet, dass die einkommensabhängig erhobenen Beiträge der Krankenkassen nach Umverteilung durch den RSA als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen.

1.2.1. Berechnung des Beitragsbedarfes

1.2.1.1. Erfassung der Leistungsausgaben

Nicht alle Ausgaben einer Krankenkasse sind im RSA berücksichtigungsfähig. Grundsätzlich sind nur Leistungsausgaben und keine Verwaltungsausgaben berücksichtigungsfähig. Auch satzungsmäßige Mehr- und Erprobungsleistungen sowie Leistungen, für die kein Rechtsanspruch besteht, bleiben außen vor. Weiter bleiben

Erstattungen und Aufwendungen, die im Risikopool ausgeglichen werden, bei den Berechnungen außer Betracht.

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (bLA) werden in acht Hauptleistungsbereichen (HLB) erfasst. Diese sind:

- HLB 1: Ärzte
- HLB 2: Zahnärzte
- HLB 3: Apotheken
- HLB 4: Krankenhäuser
- HLB 5: Sonstige Leistungsausgaben
- HLB 6: Krankengeld
- HLB 7: Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse (seit 2003)
- HLB 8: nicht belegt
- HLB 9: Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für in strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 SGB V eingeschriebene Versicherte (seit 2003)

Der HLB 9 wurde eingeführt, um Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für eingeschriebene chronisch Kranke erbracht werden, berücksichtigen zu können.

Eine genaue Auflistung, der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und deren Zuordnung zu den HLB, findet sich in Anlage 1.1 der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

Die Erhebung der Daten erfolgt für die HLB 2 und 5 als eine Stichprobenerhebung. In den übrigen HLB werden die Daten im Rahmen einer Vollerhebung erfasst. Im HLB 5 ist seit dem Jahresausgleich 2006 alternativ auch eine Vollerhebung möglich.

1.2.1.2. Zuordnung zu den RSA-Zellen

Der RSA verfolgt einen sogenannten **Zellenansatz**, d.h. die Leistungsausgaben werden RSA-Zellen zugeordnet, die gemäß den **Risikofaktoren** gebildet werden. Diese Risikofaktoren werden wie folgt in den RSA-Zellen differenziert:

Krankengeldanspruch:

- kein Krankengeldanspruch
- Krankengeldanspruch nach sechs Wochen

- Krankengeldanspruch nach weniger als sechs Wochen

Alter:

- 0 Jahre
- 1 Jahr
- 2 Jahre
-
- 90 Jahre (= 90 und älter)

Geschlecht:

- männlich
- weiblich

Erwerbsminderungsrentner:

- ja
- nein

Einschreibung in ein strukturiertes**Behandlungsprogramm:**

- nein
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankung - COPD -

Ohne strukturierte Behandlungsprogramme errechnen sich insgesamt $3 \times 91 \times 2 \times 2 = 1.092$ theoretisch mögliche RSA-Zellen. Die Versichertengruppen für Erwerbsminderungsrentner werden nur für die Altersgruppen 35 bis 65 belegt und die Kombination „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ und „erhöhter Krankengeldanspruch“ ist nicht zu berechnen. Damit verbleiben 670 Zellen, innerhalb derer die Leistungsausgaben – einschließlich Krankengeld – einer Krankenkasse zu erfassen sind.

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für Versicherte, die sich in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V eingeschrieben haben, zusätzliche RSA-Zellen gebildet. Für jedes zu berücksichtigende Programm erhöht sich die Zahl der RSA-Zellen im Jahresausgleich um weitere 670 Zellen. Für das Programm

Brustkrebs ergeben sich nur 375 zusätzliche Zellen, da Männer sich nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm einschreiben dürfen.

Krankenkassen, die sich auf die alten und die neuen Bundesländer erstrecken, haben bis zum Jahr 2007 die Zuordnung zu den vorgenannten RSA-Zellen differenziert nach den Rechtskreisen West und Ost vorzunehmen (vgl. 1.2.4.2 und 1.2.4.3).

1.2.1.3. Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben

Neben den Leistungsausgaben ist von den Krankenkassen auch die Zahl ihrer Versicherten in der Differenzierung der RSA-Zellen zu melden. Die Meldung erfolgt auf der Basis von Versichertentagen. Damit kann für jede der vorgenannten Zellen berechnet werden, wie hoch die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertentag waren – die sogenannten **Pro-Tag-Werte (PTW)** oder auch **standardisierten Leistungsausgaben (sLA)**.

Für jede Merkmalsausprägung der oben aufgeführten Risikofaktoren kann somit ein Durchschnittswert ermittelt werden. Die Verläufe dieser Pro-Tag-Werte über die Altersstufen hinweg bilden dann die **versichertengruppenbezogenen Ausgabenprofile**. Sie zeigen typische Verläufe, die über die Jahre hinweg nur geringfügige Änderungen aufweisen. Die Ausgabenprofile der Vorjahre werden daher vom Bundesversicherungsamt auch zur Plausibilitätsprüfung der Datenmeldungen herangezogen.

Dieselbe Berechnung, die pro RSA-Zelle durchgeführt wird, ist auch über alle Zellen hinweg durchzuführen: d.h. die Summe der gemeldeten Gesamtausgaben wird durch die Summe aller gemeldeten Versichertentage aller Krankenkassen dividiert. Das Ergebnis sind die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag, bezeichnet als **Hundert-Prozent-Wert (100%-Wert)**.

Verhältniswerte (VHW) geben die standardisierten Leistungsausgaben jeder einzelnen RSA-Zelle in Prozent bezogen auf den Hundert-Prozent-Wert wieder. Mit dieser Trennung gewinnt das Bundesversicherungsamt eine Steuerungsvariable, die schnell angepasst werden kann. Kommt es zum Beispiel zu einer allgemeinen Ausgabenerhöhung im Gesundheitswesen, so kann diese durch eine Erhöhung des Hundert-Prozent-Wertes im monatlichen Verfahren bei konstanten Verhältniswerten berücksichtigt werden.

1.2.1.4. Beitragsbedarf

Für die Berechnung des kassenindividuellen Beitragsbedarfs einer Krankenkasse sind über alle Versichertengruppen hinweg die Versicherungszeiten der Krankenkassen mit den berechneten standardisierten Leistungsausgaben der jeweiligen RSA-Zelle zu multiplizieren. Die Summe hieraus ergibt den Beitragsbedarf, den die jeweilige Krankenkasse aus dem RSA zugewiesen bekommt.

Insgesamt erhält die Krankenkasse für jeden Versicherten den Geldbetrag zugewiesen, der GKV-durchschnittlich – gemessen an den im RSA berücksichtigten Risikomerkmale – zu seiner Versorgung notwendig war, so dass Selektionsanreize für die Krankenkassen weitgehend entfallen. Beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen z.B. wird ein Beitragsbedarf im gleichen Umfang wie beitragszahlenden Mitgliedern mit denselben Risikomerkmale zugewiesen.

Wenn Krankenkassen einen Versicherten günstiger als im GKV-Durchschnitt versorgen können – d.h. bleiben die tatsächlichen Leistungsausgaben unter dem Beitragsbedarf – verbleibt der „Deckungsbetrag“ bei der entsprechenden Krankenkasse. Umgekehrt erhält eine Krankenkasse keine zusätzliche Erstattung aus dem RSA, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben den Beitragsbedarf übersteigen.

1.2.2. Berechnung der Finanzkraft

1.2.2.1. Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes (ABS)

Zur Ermittlung der **Finanzkraft** einer Krankenkasse wird zunächst der GKV-weite Ausgleichsbedarfssatz berechnet. Hierfür wird die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben über alle GKV-Versicherten ins Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen gesetzt. Der so ermittelte Ausgleichsbedarfssatz ist daher ein fiktiver GKV-weiter durchschnittlicher Beitragssatz zur Finanzierung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

1.2.2.2. Finanzkraft einer Krankenkasse

Die Finanzkraft der einzelnen Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse mit dem für alle Krankenkassen gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Die so ermittelte Finanzkraft entspricht dem Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen, den die Krankenkasse zur Finanzierung des bundesweiten RSA erbringen muss.

Dadurch, dass der einheitliche Ausgleichsbedarfssatz angesetzt wird, und nicht der kassenindividuelle Beitragssatz, wird sichergestellt, dass jeder Beitragszahler im gleichen Maße zur Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben herangezogen wird. Außerdem unterliegt der rechnerische Ausgleichsbedarfssatz gegenüber einem durchschnittlichen Beitragssatz keinen beitragsatzpolitischen Einflüssen.

1.2.3. Gegenüberstellung von Beitragsbedarf und Finanzkraft

Vereinfacht kann gesagt werden, dass jede Krankenkasse ihre Finanzkraft in den RSA abführen muss, aber andererseits aus dem RSA ihren Beitragsbedarf überwiesen bekommt. Hieraus wird ersichtlich, dass in der Summe der Finanzkraft über alle Krankenkassen genau der Summe der Beitragsbedarfe entsprechen muss.

Tatsächlich werden die beiden Zahlungsströme miteinander saldiert. Ist der Beitragsbedarf einer Krankenkasse größer als die Finanzkraft, wird die Krankenkasse zu einer Empfängerkasse, d.h. die Krankenkasse hat einen Ausgleichsanspruch in der Höhe der Differenz zwischen Beitragsbedarf und Finanzkraft. Ist umgekehrt die Finanzkraft größer als der Beitragsbedarf, wird die Krankenkasse zur Zahlerkasse und muss einer entsprechenden Ausgleichsverpflichtung nachkommen.

Das bedeutet:

Beitragsbedarf	>	Finanzkraft	→ Ausgleichsanspruch
Beitragsbedarf	<	Finanzkraft	→ Ausgleichsverpflichtung

Diese Unterscheidung zwischen Zahlerkassen und Empfängerkasse ist jedoch problematisch. Tatsächlich hat jede Krankenkasse Verpflichtungen (Finanzkraft) und Ansprüche (Beitragsbedarf) gegenüber dem RSA. Die Bezeichnungen Zahlerkasse und Empfängerkasse beziehen sich nur auf ein rechnerisches Saldo.

1.2.4. Verfahren

1.2.4.1. Praktische Abwicklung

Die praktische Umsetzung des RSA erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Im monatlichen Verfahren werden voraussichtliche Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft angesetzt. Der sich ergebende Saldo wird monatlich mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) abgerechnet und unter Verrechnung mit den Beiträgen aus Renten abgewickelt. Zweimal im Jahr, im September, wenn die vorläufigen Rechnungsergebnisse für das erste Halbjahr vorliegen und im März des Folgejahres, wenn die vorläufigen Rechnungsergebnisse für das Jahr vorliegen, werden die Abschlagszahlungen neu berechnet (Zwischenausgleich). Nach Ablauf des

Kalenderjahres werden der Beitragsbedarf und die Finanzkraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen, sowie erforderlichen Datenmeldungen für den RSA (Versicherungszeiten und Leistungsausgaben) endgültig ermittelt. Die im monatlichen Abschlagsverfahren und in den Zwischenausgleichen geleisteten Abschlagszahlungen werden hierbei angerechnet. Auch im Jahresausgleich wurde die Durchführung des Zahlungsverkehrs an die DRV Bund übertragen.

1.2.4.2. Datenmeldungen

Die Datenmeldungen im RSA sind von den Krankenkassen als sogenannte „Satzarten“ zu liefern:

- Meldungen der Versicherungszeiten („Satzart 40“)
- Meldungen der Leistungsausgaben ohne Krankengeld („Satzart 41“)
- Meldungen des Krankengeldes und der Krankengeldtage („Satzart 42“)
- sowie die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse („KJ1“)
Sonderdatensatz über auf HLB aggregierte Ausgaben und Erstattungen gemäß den Jahresrechnungen KJ1 („Satzart 43“)

Die Meldungen der Versicherungszeiten und der Leistungsausgaben einschließlich Krankengeld erfolgen in der Systematik der RSA-Zellen. Die getrennte Meldung des Krankengeldes erfolgt aus historischen Gründen.

1.2.4.3. Gesamtdeutscher RSA

Bei Einführung des RSA wichen Grundlohnsummen und Leistungsausgaben in den alten und neuen Bundesländern erheblich voneinander ab. Es waren daher für die Rechtskreise Ost und West getrennte Ausgleichbedarfsätze sowie getrennte standardisierte Leistungsausgaben zu ermitteln; wobei das Bundesland Berlin zum Rechtskreis West gehört. Aufgrund des niedrigeren Lohnniveaus im Rechtskreis Ost ermittelte sich hier ein höherer Ausgleichsbedarfssatz. Die standardisierten Leistungsausgaben hingegen waren infolge des geringeren Ausgabenniveaus niedriger als im Rechtskreis West.

Seit nunmehr 1999 wird zur Berechnung der Finanzkraft der Krankenkassen ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für die Rechtskreise Ost und West ermittelt und angewandt.

Auch die Berechnung des Beitragsbedarfes der Krankenkassen soll grundsätzlich seit dem Jahr 2001 für die Krankenkassen in den alten und neuen Bundesländern auf Grundlage einheitlicher standardisierter Leistungsausgaben erfolgen. Da das Ausgabenniveau der Krankenkassen jedoch auch heute noch voneinander abweicht, wird der gesamtdeutsche RSA für den Beitragsbedarf stufenweise eingeführt:

Es gibt seit 2001 einheitliche Bemessungsgrundlagen im gesamten Bundesgebiet. Dennoch sind bis zur endgültigen Rechtsangleichung im Jahre 2007 die Verhältniswerte, die standardisierten Leistungsausgaben sowie der Beitragsbedarf nicht nur für den Bereich Bund, sondern auch weiterhin getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln. Die finanziellen Auswirkungen des gesamtdeutschen RSA, d.h. die Differenz zwischen der Bundberechnung und einer nach Rechtskreisen getrennten Berechnung (in der Regel zu Lasten des Rechtskreises West und zugunsten des Rechtskreises Ost), werden im Jahresausgleich mit einem Gewichtungsfaktor berücksichtigt. Dieser Gewichtungsfaktor steigt ausgehend von 25 Prozent im Jahr 2001 jährlich um 12,5 Prozentpunkte an. Die endgültige Rechtskreisangleichung wird damit im Jahresausgleich 2007 erreicht.

1.2.4.4. Korrekturverfahren

Der RSA wird jährlich – bezogen auf das Kalenderjahr – durchgeführt. Unterjährig sind keine Korrekturen des Jahresausgleichs möglich. Diese werden im nächsten Jahresausgleich nach den dafür geltenden Vorschriften berücksichtigt.

Allerdings sind alle Krankenkassen verpflichtet, die Versicherungszeiten gemäß Satzart 40 jährlich nicht nur für das jeweilige Berichtsjahr, sondern darüber hinaus als Wiederholungslauf für das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr zu erzeugen (obligatorische Korrekturjahre).

Ergeben sich Korrekturnotwendigkeiten für das zweite bis vierte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr, sind ebenfalls Wiederholungsläufe für die korrekturbedürftigen Jahre durchzuführen (fakultative Korrekturjahre). Korrekturen bei den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden im Rahmen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse (KJ1) in der dafür vorgesehenen Korrekturspalte gebucht. Korrekturen der beitragspflichtigen Einnahmen werden hingegen in das laufende Beitragssoll gebucht.

Für weiter zurückliegende Jahre dürfen Korrekturen der Versicherungszeiten nur in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen umgesetzt werden.

1.3. Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen des Ausgleichsverfahrens finden sich in § 266 ff SGB V sowie der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV). Für die Durchführung der Datenerhebung regeln die Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen das Nähere in einer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

2. Datengrundlagen

2.1. Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich

2.1.1. Meldung der Versicherungszeiten

2.1.1.1. Versicherungszeiten des Ausgleichsjahres

Gemäß § 267 Abs. 2 SGB V erheben die Krankenkassen jährlich zum 01.10. die Zahl ihrer Versicherten nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Versichertengruppen und Geschlecht. Abweichend davon regelt der § 3 Abs. 1 RSAV eine tagesgenaue Erfassung der tatsächlichen Versicherungszeiten, womit Ungenauigkeiten vermieden werden sollen, die sonst durch Änderungen des Versichertenbestandes im Jahresverlauf entstehen könnten. In § 2 Abs. 3 RSAV werden die Altersabstände auf ein Jahr festgesetzt. Die ermittelten Versicherungszeiten sind zwecks Durchführung des RSA dem Bundesversicherungsamt in Form einer Satzart 40 zu melden. Die Versicherungszeiten sind bestimmten Versichertengruppen (VG) zuzuordnen, die nach folgenden Kriterien gebildet werden:

1) den allgemeinen Grundsätzen

Hierbei gilt:

- Die Erhebung erfolgt nach Altersgruppen mit Altersabständen von einem Jahr, getrennt nach Versichertengruppen und Geschlecht.
- Versicherte sind dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet.
- Versicherte mit dem Alter von unter einem Jahr sind dem Alter „0“ zuzuordnen und Versicherte mit einem Alter über 90 dem Alter „90“.
- Bei Versichertengruppen für Erwerbsminderungsrentner werden die Zellen nur zwischen dem 35. und 65. Lebensjahr belegt. Dabei werden Versicherte unter 35 Jahren dem Alter „35“ zugeordnet. Versicherte ab 66 Jahren und 65-Jährige gehören mit Ablauf des Monats in dem sie ihr 65. Lebensjahr vollenden nicht in diese Versichertengruppe.

- Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird. Eine Umstufung aus einer Versichertengruppe mit Krankengeldbezug in eine Versichertengruppe ohne Krankengeldbezug aufgrund rückwirkender Rentenzubilligung ist ausschließlich bei Erwerbsminderungsrentnern möglich (§ 3 Abs. 3 RSAV).
- Versicherte, deren Leistungsansprüche für längere Zeit ruhen (z.B. bei Wehrdienstleistenden) werden im RSA nicht berücksichtigt (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V). Versicherte, deren Leistungsansprüche wg. Auslandsaufenthalts ruhen, werden hingegen berücksichtigt (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V); dies gilt allerdings nicht für Versicherte, für deren Beitragsbemessung § 240 Abs. 4a SGB V gilt.
- Ändern sich Statusmerkmale im Erhebungszeitraum, so sind die entsprechenden Versicherungszeiten getrennt zu erheben.
- Die Daten sind von allen Krankenkassen vorzulegen, auch von solchen, die im Laufe des Geschäftsjahres aufgelöst worden sind oder sich mit einer anderen Krankenkasse vereinigt haben.
- Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer erstrecken, haben die Daten für Versicherte in diesem Gebiet bis zum 31.12.2007 getrennt zu erheben (§ 313a Abs. 2 SGB V).

2) DMP-Status

Hierzu zählen Versicherte, die in zugelassenen und mit zugelassenen Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Programmen nach § 137g eingeschrieben sind. Maßgeblich für eine RSA-wirksame Einschreibung sind folgende Punkte:

- Tag der Einschreibung in ein zugelassenes, strukturiertes Behandlungsprogramm.
- Die Einschreibungsvoraussetzungen sind von dem Tag an erfüllt, an dem die schriftliche Bestätigung der Diagnose, die Dokumentation der Einschreibekriterien, die Erstdokumentation, Einwilligungserklärung und die schriftliche Bestätigung der Information vorliegen.
- Die Versicherungszeit endet mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms endet, mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung, mit dem Tag der letzten Dokumentation, wenn die Teilnahme des Versicherten endet.
- Bei Mehrfacheinschreibung bestimmt die Krankenkasse, welchem Programm der Versicherte RSA-wirksam zuzuordnen ist. Die Zuordnung kann nur mit Wirkung vom Beginn des nächsten Geschäftsjahres an geändert werden.

3) Status des Erwerbsminderungsrentners

- Die Zahl der Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist, bilden eine gemeinsame, weitere Versichertengruppe. Für die Einstufung ist dabei nicht der tatsächliche Rentenbezug, sondern der Eintritt der Erwerbsminderung maßgebend, der die Voraussetzungen der o.g. Paragraphen erfüllt. Auch Bezieher einer Rente nach § 308 SGB VI und nach dem Rentenüberleitungsgesetz (RÜG) gelten als erwerbsgemindert in diesem Sinne.
- Die Versicherungszeit als Erwerbsminderungsrentner beginnt bei einer Dauerrente am Tag des Rentenbeginns, bei einer Zeitrente am ersten Tag des sechsten Monats vor Beginn der Rente.
- Versicherte, die nach dem Krankengeldbezug rückwirkend eine Erwerbsminderungsrente erhalten, werden für den Zeitraum der Rückwirkung der Versichertengruppe der Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch und Entgeltfortzahlungsanspruch von sechs Wochen zugerechnet.

4) Krankengeldanspruch

- Krankengeldanspruch und Entgeltfortzahlungsanspruch von mindestens sechs Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit: Greift bei freiwillig Versicherten, für die der allgemeine Beitragssatz maßgebend ist sowie bei versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern und Auszubildenden, Empfängern von Leistungen nach dem AFG, Künstlern und Publizisten, freiwillig versicherten Arbeitnehmern, soweit diese nicht einer der beiden folgenden Gruppen zuzuordnen sind.
- Krankengeldanspruch und Entgeltfortzahlungsanspruch von weniger als sechs Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit: Betroffen sind freiwillig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz gilt, versicherungspflichtige Arbeitnehmer, die aufgrund einer zeitlichen Befristung des Arbeitsverhältnisses auf weniger als sechs Wochen bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf sechswöchige Entgeltfortzahlung haben, nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherte Künstler, die eine Erklärung nach § 46 Satz 3 SGB V abgegeben haben.
- Eine weitere Versichertengruppe bilden Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Darunter fallen freiwillig Versicherte, für die der ermäßigte Beitragssatz maßgebend ist, versicherungspflichtige Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, versicherungspflichtige Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, sofern sie kein Übergangsgeld erhalten, versicherungspflichtige Rentner, Studenten und Praktikanten, Familienversicherte, also Personen, die in keinem regulären Arbeitsverhältnis stehen.

5) Zusammenfassung aktuell existenter Versichertengruppen

Unter Berücksichtigung bisheriger Ausführungen ergibt sich für die Meldung der Versicherungszeiten (Satzart 40) folgende Matrix:

Satzart 40
Versichertentage

X = Platzhalter für
DMP-Programm

Geschl.	DMP	Alter	VG X1			VG X2			VG X3			VG X4			VG X5			VG X6		
			Ost	West	Bund	Ost	West	Bund	Ost	West	Bund	Ost	West	Bund	Ost	West	Bund	Ost	West	Bund
Männer	0	0	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Männer	0	1	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Männer	0	2	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Männer	0	3	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Männer	0	4	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Frauen	3	86	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Frauen	3	87	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Frauen	3	88	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Frauen	3	89	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Frauen	3	90	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>

1.Stelle der Versichertengruppe (VG):

- 0 = Nicht-DMP-Versicherte
- 1 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ II
- 2 = DMP-Versicherte Brustkrebs
- 3 = DMP-Versicherte KHK
- 4 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ I
- 5 = DMP-Versicherte Asthma bronchiale
- 6 = DMP-Versicherte COPD

2.Stelle der Versichertengruppe:

- 1 = KG Anspruch + reguläre EFZ (allg.BS)
 - 2 = KG Anspruch + reduzierte EFZ (erhöhter BS)
 - 3 = kein KG Anspruch
 - 4 = KG Anspruch + reguläre EFZ (allg.BS)*
 - 5 = KG Anspruch + reduzierte EFZ (erhöhter BS)*
 - 6 = kein KG Anspruch
- } Nicht-Erwerbsminderungsrentner
- } Erwerbsminderungsrentner

(die Versicherungszeiten für die VG X5 werden zwar erhoben, werden aber seit dem Jahresausgleich 1996 für die weitere Berechnung in die VG 04 überführt. Die in der VG 05 ausgewiesenen Verhältniswerte sind identisch mit denen in der VG4).

6) Bedeutung der Versicherungszeiten

Die Versicherungszeiten haben nicht nur für die Krankenkassen selbst, sondern auch für die GKV insgesamt eine hohe Bedeutung. Unter anderem aus diesem Grund findet sich daher der Gesamtwert an Versicherungsjahren in der Jahresrechnung der Krankenkasse wieder (Schlüsselnummer 9996).

Die Satzart 40 wird benötigt zur:

- Ermittlung des kassenindividuellen Beitragsbedarfs
- Bestimmung der für alle Krankenkassen gleichermaßen geltenden durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertentag (=100 %-Wert)
- Bestimmung des für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen Korrekturfaktors (§ 6 Nr.4 RSAV)
- Anwendung von Hochrechnungsverfahren für die Stichprobenergebnisse der einzelnen Krankenkasse (Satzart 41)

2.1.1.2. Versicherungszeiten für Vorjahre

Nach Abschluss des Jahresausgleichs ergeben sich häufig noch Korrekturen der bereits gemeldeten Versicherungszeiten. Im Rahmen entsprechender Korrekturverfahren haben die Krankenkassen die Möglichkeit, diese zu melden und im darauffolgenden Jahresausgleich in die Berechnung der Ausgleichsforderung/-verpflichtung mit einfließen zu lassen. Man unterscheidet drei Korrekturverfahrensarten:

1) Das obligatorische Korrekturverfahren

Hierbei erheben die Krankenkassen verpflichtend für das erste und fünfte Kalenderjahr vor dem Berichtsjahr die Versicherungszeiten erneut. Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen gelten die Ausführungen unter Punkt 2.1.1.1 entsprechend. Eine Ausnahme hinsichtlich der Teilnahme am obligatorischen Korrekturverfahren gilt für Krankenkassen, bei denen ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung nach § 15a Abs. 3 Satz 1 RSAV erhoben und durch den Bescheid geltend gemacht wurde. Davon betroffene Krankenkassen können für das Ausgleichsjahr, auf das sich die Hochrechnung bezog, nur dann Korrekturen geltend machen, wenn eine Datenmeldung gemäß § 15a Abs. 3 Satz 4 ordnungsgemäß korrigiert wurde.

Die Krankenkassen legen die Daten ihrem Spitzenverband vor. Diese leiten sie nach Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität an das Bundesversicherungsamt weiter. Im Falle von Kassenfusionen meldet die rechtsnachfolgende Krankenkasse. Mittels der gemeldeten korrigierten Versicherungszeiten wird der Gesamtbeitragsbedarf des Korrekturjahres neu ermittelt und die Differenz zum im Korrekturjahr selbst bereits beschiedenen Beitragsbedarf entsprechend im aktuellen Jahresausgleich berücksichtigt. Hinsichtlich der genauen Berechnung des Korrekturvolumens wird auf Punkt 3.4 verwiesen.

2) Das fakultative Korrekturverfahren

Das fakultative Korrekturverfahren umfasst das zweite bis vierte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr. Im fakultativen Rahmen prüft die Krankenkasse selbst, ob eine Teilnahme am Verfahren angezeigt ist. Der Anlass besteht grundsätzlich, wenn Korrekturen durch Stornierungen oder Zusetzungen von Versicherungszeiten vorgenommen wurden, die Krankenkasse Hinweise auf Korrekturen in ihrem Versichertenbestand erhalten hat, oder im Rahmen von Aufsichtsprüfungen Unstimmigkeiten oder nicht ausreichend dokumentierte Versicherungszeiten festgestellt wurden. Die Ausführungen unter Punkt 1) zur Berücksichtigung der korrigierten Versicherungszeiten im Rahmen der Durchführung des aktuellen Jahresausgleichs gelten entsprechend.

3) Ausnahmetatbestände nach § 3 Abs. 5 RSAV

Für Ausgleichsjahre, die länger als fünf Jahre vor dem Berichtsjahr liegen, werden Korrekturen der Versicherungszeiten nur noch in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen durchgeführt. Mit dieser Regelung soll die Zahl der Korrekturjahre zur Vereinfachung des Verfahrens begrenzt werden. Um den Ausnahmetatbestand zu prüfen, muss ein Antrag seitens der Krankenkasse bis zum 15. Mai des laufenden Jahres gestellt werden.

Nachmeldungen nach § 3 Absatz 5 Satz 2 RSAV sind dann zuzulassen, wenn es Krankenkassen nicht möglich war, in der 5-Jahres-Frist die Fehler bzw. deren Grundlagen zu erkennen. Hierunter können systematische Fehler fallen, die sich z.B. bei Verwendung eines fehlerhaften Software-Programms ergeben oder nicht erkennbar fehlerhaften inneren Organisationsabläufen ergeben.

Ein weiterer Fall ist der für die Krankenkasse nicht erkennbare Fehler bei Verortung in einer anderen Risikosphäre, wie der eines externen Dienstleisters.

Auch die rückwirkende Änderung der Rechtslage durch eine geänderte oder neugefasste Rechtsprechung der Obergerichte begründet einen für die Krankenkassen nicht erkennbaren Fehler.

Das Vorliegen finanzieller Auswirkungen allein begründet indes keinen Fall des Satz 2, da diese immer, d.h. auch bei Erkennbarkeit der Fehlerhaftigkeit der Daten, gegeben ist. Beim Fehlen des Ausnahmetatbestands scheidet eine Korrektur für weiter zurückliegende Zeiträume aus.

2.1.2. Meldung der Leistungsausgaben

Neben den Versicherungszeiten melden die Krankenkassen zur Ermittlung des Beitragsbedarfs nicht versichertenbezogen ihre Leistungsausgaben (§ 267 Abs. 3 SGB V). Ausschließlich berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben fließen in den Jahresausgleich ein. Dies sind grundsätzlich Regel- und Rechtsanspruchsleistungen. Darunter fallen im Allgemeinen die Vorsorgeleistungen, Leistungen der Krankenbehandlung, Krankengeld, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und ergänzende Leistungen zur Reha, Fahrkosten, Aufwendungen für den Medizinischen Dienst, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, Krankenhausinvestitionen nach Art. 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes, Programmkosten für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte. Nicht berücksichtigungsfähig sind hingegen Mehr-, Ermessens- und Erprobungsleistungen (z.B. Kuren), teilweise im Ausland erbrachte Leistungen als auch Ausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden. Für die zeitliche Abgrenzung ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) maßgebend. Die zu berücksichtigenden Aufwendungen sind um die Erstattungen zu mindern.

2.1.2.1. Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Leistungsausgaben im Rahmen der Satzart 41 werden für folgende neun Hauptleistungsbereiche (HLB) gemeldet:

- HLB 1 Ärzte
- HLB 2 Zahnärzte
- HLB 3 Apotheken
- HLB 4 Krankenhaus
- HLB 5 sonstige Leistungsausgaben
- HLB 6 Krankengeldausgaben (werden nicht hier, sondern in der SA 42 gesondert erfasst)
- HLB 7 nichtärztliche Leistungsausgaben ambulanter Dialyse
- HLB 8 nicht besetzt
- HLB 9 Mehrleistungen DMP

Die Leistungsausgaben werden ohne Differenzierung nach dem Krankengeldanspruch erfasst, d.h. die VG X1, X2 und X3 werden zur VG X7 zusammengefasst, die VG X4, X5, und X6 zur X8 (vgl. Abschnitt 2.1.1.1). Alle HLB mit Ausnahme der Bereiche Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben sind Vollerhebungsbereiche (seit dem Jahresausgleich 2006 ist im HLB sonstige Leistungsausgaben wahlweise auch eine Vollerhebung möglich). In den Bereichen Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben werden Stichprobenversicherungszeiten erfasst. Von den Krankenkassen ist eine repräsentative Stichprobe zu ziehen. Auswahlkriterium ist der Geburtstag des

Versicherten. Die Zuordnung erfolgt per Merkmal auf der Versichertenkarte. Bei DMP-Versicherten beträgt der Auswahlatz 100%.

2.1.2.2. Krankengeldausgaben und Krankengeldtage

In der nur den HLB 6 abdeckenden Satzart 42 werden die Krankengeldtage und die Krankengeldausgaben (KG) gemeldet. Aufgeführt werden entsprechend die Versichertengruppen X1, X2 und X4 (inklusive X5), da nur in diesen der Krankengeldanspruch besteht. Die Krankengeldzeiten gehen nicht in die weitere Berechnung ein. Sie dienen lediglich einer von den Spitzenverbänden durchzuführenden Plausibilitätsprüfung zur Feststellung, ob der vom BVA ermittelte Krankengeldhöchstbetrag nicht überschritten wird. Die in der SA 42 ausgewiesenen Beträge umfassen das Krankengeld einschließlich der anteiligen Beiträge zur Sozialversicherung (Renten-, Pflegeversicherung, Bundesagentur für Arbeit) der Versicherten und den Beitragsanteil, den die Krankenkasse zu tragen hat.

2.2. Geschäfts- und Rechnungsergebnisse

2.2.1. Zusätzliche Datenmeldung (Satzart 43)

Bei der Satzart 43 handelt es sich um eine Auswahl aus den Jahresrechnungsergebnissen der Krankenkassen (KJ1), in der die Leistungsausgaben noch mal nach HLB in der Gesamtsumme ausgewiesen werden (keine Zuordnung mehr nach Versichertengruppen). Hier werden die Einnahmen und Erstattungen, erfasst. Die Erstattungen werden getrennt nach Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld, Erstattungen für Krankengeld bei Erwerbsminderungsrentnern sowie Erstattungen für Krankengeld bei Nicht-Erwerbsminderungsrentnern erfasst. Ferner sind hier die Arzneimittelrabatte, die Rück- und Vorauszahlungen von Zuzahlungen nach § 62 SGB V (= Belastungsgrenze), die Komplexpauschale (integrierte Versorgung) als auch die Anschubfinanzierung (integrierte Versorgung) auszuweisen. Diese Angaben dienen dem Hochrechnungsverfahren im RSA-Jahresausgleich.

Bei den Einnahmen und Erstattungen handelt es sich um:

- KG-Erstattungen der Nicht-EM-Rentner (Kontenart (KA) 2315, KA 3217)
- KG-Erstattungen der Nicht-EM-Rentner (KA 3218)
- Übergangsgeld
- KG-Erstattungen der EM-Rentner

- Sonstige Erstattungen
- Arzneimittelrabatte
- Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
- Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung
- Ausgaben der Komplexpauschalen der integrierten Versorgung
- Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung

2.2.2. Jährliche Rechnungsergebnisse (KJ1)

Die jährlichen Rechnungsergebnisse (§ 9 KSVwV) beziehen sich auf das abgelaufene Kalenderjahr und sind bis zum 15.05. des dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres beim Spitzenverband einzureichen. Die Spitzenverbände leiten bis zum 15.06. die Statistik an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weiter. Sie beinhaltet im Einzelnen:

- die Vermögensrechnung (Aktiva, Passiva)
- die Erfolgsrechnung (Beiträge, Vermögenserträge und sonstige Einnahmen, Leistungsaufwendungen der KV, Vermögensaufwendungen und Verwaltungskosten)
- den Investitionshaushalt (z.B. Aufwendungen für Grundstücke)
- Einnahmen und Ausgaben des Ausgleichs nach dem LFZ-Gesetz
- zusammenfassende Übersicht (darunter Angaben zum RSA)

Die KJ1 gibt demzufolge Auskunft über die finanzielle Ausstattung der Krankenkassen. Sie dient zu Zwecken statistischer Auswertungen, Beitragssatzkalkulationen, der Ermittlung kostendeckender Beitragssätze und der Durchführung des Jahresausgleichs. Im Rahmen des Jahresausgleichs werden die Krankenkassen zu den nachfolgend erläuterten bescheidrelevanten Positionen angehört.

2.2.2.1. Beitragspflichtige Einnahmen (bpE) (Position 9993)

Die bpE werden aus den RSA-relevanten Beitragssollbeträgen der pflichtversicherten und freiwilligen Mitglieder ermittelt. Zur Ermittlung der bpE nicht heranzuziehen sind:

- vom Beitragssoll abgesetzte Beträge nach § 76 Abs. 2 Nr. und 3 SGB IV
- Beitragssatzerstattungen nach § 231 SGB V
- Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung
- Säumniszuschläge auf KV-Beiträge

Das so errechnete Beitragssoll ist durch den im Ausgleichsjahr geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 SGB V zu teilen. Bei unterjährigen Beitragssatzänderungen ist die Berechnung für getrennte Zeiträume vorzunehmen. Der allgemeine Beitragssatz wird für alle Mitgliedergruppen einheitlich angewandt. Bei Mitgliedergruppen, für die der allgemeine Beitragssatz nicht gilt (Studenten, Wehrpflichtige, erhöhter und ermäßigter Beitragssatz, Gleitzone), wird der dem tatsächlichen Finanzierungsbeitrag dieser Mitglieder rechnerisch entsprechende Grundlohn angesetzt. Einen Ausnahmefall stellen Mitglieder dar, für die Beiträge nicht oder nicht den rechtlichen Vorgaben entsprechend erhoben wurden oder deren Beitragshöhe noch strittig ist. In diesen Fällen sind neben den erhobenen Beträgen auch die Beitragsforderungen anzusetzen. Ansonsten ist vom Durchschnitt der bpE aller Mitglieder auszugehen. Bei freiwillig versicherten Selbständigen ist die Beitragsbemessungsgrenze maßgebend.

Die Summe der bpE in der KJ1 beinhaltet neben dem Beitragsaufkommen des Ausgleichsjahres auch die Berichtigungen für die Vorjahre. Im Rahmen der Anhörung haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die gemeldete Zahl zu überprüfen und ggf. noch zu korrigieren, bevor sie zur Ermittlung der Finanzkraft in den Jahresausgleichsbescheid einfließt.

2.2.2.2. Rentensumme (Position 9994)

Auch die Rentensumme stellt eine die Finanzkraft der Krankenkasse beeinflussende bescheidrelevante Position dar. Sie wird der Krankenkasse im Rahmen der monatlichen Beitragsnachweise der Rentenversicherung unmittelbar von den Rentenversicherungsträgern mitgeteilt. Die Beitragszahlungen aus der Rente werden den Kassen über das monatliche Abschlagsverfahren zur Verfügung gestellt. Sie dienen als Verrechnungspotential für RSA-Verpflichtungen.

2.2.2.3. Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (Position 9997)

Bis zum 31. März 2003 wurden die von der Krankenkasse eingezogenen Pauschalbeiträge unter das Konto 2700 gebucht und vom Beitragsbedarf der Krankenkasse abgesetzt (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 RSAV). Damit minderten sie gleichzeitig den Ausgleichsbedarfssatz. Seit dem 01. April 2003 werden alle Pauschalbeiträge von der Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (KBS) zentral eingezogen. Die KBS leitet die eingezogenen Beiträge monatlich zugunsten des RSA an die DRV Bund weiter. Die Beiträge werden durch die Absenkung des Ausgleichsbedarfssatzes an die Krankenkassen gemäß ihrer Finanzkraft verteilt. Die Position 9997 (Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung) der KJ1 kann in Spalte 3 nur noch Korrekturen für weiter zurückliegende Zeiträume beinhalten.

2.2.2.4. Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen (Position 9998)

Diese Position beinhaltet die Summe der Krankengeldnachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V und die darauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge. Diese Ausgabe resultiert aus Ansprüchen auf Krankengeld, die vor dem 22. Juni 2000 entstanden sind. Abweichend von § 266 Abs. 2 Satz 3 SGB V werden diese Ausgaben der Krankenkassen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht berücksichtigt. Der Beitragsbedarf ist jedoch um die angefallenen Krankengeldnachzahlungen zu erhöhen.

2.2.2.5. Pauschale Abgeltung des Bundes nach § 221 SGB V (Position 3260)

Nach § 221 SGB V beteiligt sich der Bund im Rahmen einer pauschalen Abgeltung an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Die jährliche Pauschale in Höhe von 1 Mrd. Euro (2004), 2,5 Mrd. Euro (2005), 4,2 Mrd. Euro (2006) und 2007 in Höhe von 1,5 Mrd. Euro ist jeweils zur Hälfte am 01.05. und 01.11. über das Bundesversicherungsamt und eine zentrale Stelle (= AOK Bundesverband) an die Krankenkassen weiterzuleiten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse die Höhe ihres anteiligen Betrages an der pauschalen Abgeltung des Bundes für versicherungsfremde Leistungen anhand des Ausgabevolumens in den entsprechenden Schlüsselnummern der KV 45. Der zentralen Stelle wird die Höhe der ermittelten Beträge für jede Krankenkasse und die Summe für jede Kassenart rechtzeitig vor dem 01. Mai und 01. November schriftlich und in maschinell verwertbarer Form durch das Bundesversicherungsamt mitgeteilt. Die pauschale Abgeltung des Bundes wirkt sich beitragsbedarfsmindernd aus und senkt den Ausgleichsbedarfssatz.

2.3. Sonstige Datenmeldungen

2.3.1. Risikopooldatenmeldung

Ergänzend zum RSA werden die finanziellen Belastungen für besonders aufwändige Leistungsfälle vom 01.01.2002 an zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Als risikopoolfähig gelten die Ausgaben folgender HLB: Krankenhaus, Apotheken, nichtärztliche Leistungen ambulanter Dialyse und Krankengeld. Diese werden in der Satzart 45 gemeldet. Übersteigt die Summe über diese HLB abzüglich der von Dritten geleisteten Erstattungen einen im § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V festgelegten Schwellenwert, so werden 60% des übersteigenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert. Die Ausgaben sind

versichertenbezogen und pseudonymisiert zu melden. Alle Krankenkassen haben die Meldung abzugeben. Krankenkassen, die keinen RP-Fall haben, melden einen leeren Datensatz.

2.3.2. Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (zentraler Einzug)

Mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 wurde die KBS mit Wirkung vom 1. April 2003 zur zentralen Einzugsstelle für den pauschalen Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung nach § 249b SGB V.

Bei geringfügigen Beschäftigungen werden gem. § 28k Abs. 2 SGB IV die Beiträge zur Krankenversicherung zugunsten des RSA an die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), bei Versicherten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen weitergeleitet.

Gemäß Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der am RSA beteiligten Krankenkassen und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, erfolgt die Aufteilung der eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge auf Grundlage der im Kalenderjahr 2002 nach den Jahresrechnungen (KJ1) eingezogenen Beiträge für geringfügig Beschäftigte. Dieser Aufteilungsschlüssel wird jährlich entsprechend dem Verhältnis, in dem sich die Zahl der aktiven Mitglieder und Rentner in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zur Gesamtzahl der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten aktiven Mitglieder und Rentner zu Stichtag 01.07. des vorangegangenen Kalenderjahres verändert, dynamisiert.

Der Beitragsanteil der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wurde danach von der KBS von 1,33 v. H., ab Februar 2004 auf 1,3 v. H., ab Februar 2005 auf 1,27 v. H., ab Januar 2006 auf 1,25 v. H. und ab Januar 2007 auf 1,23 v.H. des Gesamtbeitrages festgesetzt.

Auch die bei der Verwaltung der Krankenversicherungsbeiträge erzielten Gewinne (Zinsen) sind von der KBS nach diesem Schlüssel aufzuteilen (§ 28l Abs. 2 SGB IV). Gemäß Vereinbarung zwischen den am RSA beteiligten Spitzenverbänden und der KBS werden die arbeitstäglich eingezogenen Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung bis zum Abführungstermin (6. Werktag des Folgemonats) an den RSA-Pool bei der DRV Bund verzinst.

Die Abrechnung der von der KBS monatlich eingezogenen Beiträge für geringfügig Beschäftigte – unter Berücksichtigung der Vergütung (§ 28l Abs. 1 SGB IV) und der

Verzinsung (§ 28l Abs. 2 SGB IV) – erfolgt über die Monatsabrechnung (MoA) und ist bis zum 6. Werktag der DRV Bund zur Verfügung zu stellen.

Die Berücksichtigung im Jahresausgleich erfolgt, anders als die bpE (Sollbuchung), nach dem Zuflussprinzip.

2.3.3. DMP-Vorhaltekosten

Bei den Disease Management Programmen nach § 137f SGB V handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Durch diese Programme soll der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V gibt an das Bundesgesundheitsministerium eine Empfehlung ab, für welche chronischen Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Nach der gesetzlichen Festlegung, für welche chronischen Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, setzen die Krankenkassen diese Programme um. Bisher dürfen für folgende chronische Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme umgesetzt werden:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus Typ 1
- Asthma bronchiale
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen

Für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig. Insbesondere ist die Zulassung der Behandlungsprogramme erforderlich, damit die Leistungsausgaben der Programme im RSA berücksichtigt werden können. Gem. § 137g Abs. 1 SGB V hat das BVA auf Antrag der Krankenkassen (oder deren Spitzenverbänden) die Zulassung der Programme nach § 137f Abs. 1 SGB V zu erteilen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge, die in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V genannten Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme sind in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) geregelt (§ 28b bis § 28g RSAV).

Durch das Zulassungsverfahren werden beim BVA Kosten verursacht, die nach § 137g Abs. 1 SGB V dem BVA von den Krankenkassen zu erstatten sind. Nach § 137g Abs. 1 SGB V sind die kostendeckenden Gebühren für die Bescheiderteilung dem BVA von den Krankenkassen direkt zu erstatten. D.h. diese Gebühren decken alle Kosten, die dem BVA unmittelbar durch die Bearbeitung bzw. mit der Bescheidung eines Antrages auf Zulassung oder Verlängerung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms entstanden sind. Die Kosten für die Gebühren werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Für die Berechnung werden die vom Bundesministerium der Finanzen (BMF) erstellten Übersichten über die Personalkostensätze für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger zu Grunde gelegt. Zudem wird die Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes oder Beschäftigten in der Bundesverwaltung in die Berechnung miteinbezogen. Hierzu werden jeweils die jüngsten Fassungen der Übersichten des BMF herangezogen. Die Personalkostensätze werden je Arbeitsstunde angesetzt. Zudem werden die entstandenen Verwaltungsausgaben in ihrer tatsächlichen Höhe den Personalkosten hinzugerechnet. Für den Fall, dass ein Zulassungsantrag vor der Bescheiderteilung zurückgezogen wird, werden die Gebühren vom BVA nach dem bis dahin angefallenen Bearbeitungsaufwand berechnet.

Die im Zusammenhang mit der Zulassung der Programme entstandenen Kosten, die nicht unmittelbar in die Berechnung der Gebühren miteinbezogen werden können, müssen ebenfalls von den Krankenkassen dem BVA erstattet werden. Nach § 28h Abs. 2 RSAV sind die Vorhaltekosten als die anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme veranlasst werden, aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen, definiert. Hierbei kann es sich z. B. um Fortbildungen etc. handeln. Berechnet werden die Vorhaltekosten, indem die Summe der Personal- und Sachkosten, die in dem Ausgleichsjahr angefallen sind, um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren, verringert wird:

$$\text{Vorhaltekosten} = \sum \text{Personal_u_Verwaltungskosten}_{\text{Ausgleichsjahr}} - \sum \text{Gebühren}_{\text{Ausgleichsjahr}}$$

Die Finanzierung der Vorhaltekosten wird über die Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes (ABS) (siehe Nr. 3.5.3) sichergestellt. Im Jahresausgleich 2006 sind 2.769.167,08 € an Vorhaltekosten angefallen, die von den Krankenkassen zu finanzieren gewesen sind.

2.3.4. Beiträge der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach altem Recht

Bis zum 07.07.1997 wurden die KVdR-Beiträge aus Renten den Krankenkassen über das monatliche RSA-Verfahren durch die heutige Rentenversicherung Bund zur Verfügung gestellt. Gem. § 255 Abs. 4 Satz 1 SGB V war das BVA für die Verteilung der Beiträge zuständig, indem die Beiträge nach dem allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatz berechnet wurden. Ab dem 01.07.1997 wurde das Verfahren dahingehend geändert, dass ab diesem Zeitpunkt der Beitragssatz der Krankenkassen angewendet wird.

Von den Rentenversicherungsträgern werden noch KVdR-Beiträge oder Korrekturen dieser gemeldet, die keiner Krankenkasse zugeordnet werden können. Da diese Gelder aber prinzipiell den Krankenkassen zustehen, werden diese den Krankenkassen über den Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 1 RSAV zur Verfügung gestellt. Bei der ABS-Berechnung werden sie in einem Verhältnis von 70% auf den Rechtskreis West und zu 30% auf den Rechtskreis Ost aufgeteilt.

2.3.5. Säumniszuschläge

Die in den Jahresausgleichsbescheiden festgestellten Ausgleichszahlungen sind bis zu dem im Bescheid genannten Datum an die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zu überweisen. Nach § 266 Abs. 8 SGB V sind für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht geleistet werden, je angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag i.H.v. 1 vom Hundert des rückständigen Betrages zu zahlen. Diese Regelung macht deutlich, wie wichtig im Jahresausgleichsverfahren die termingerechte Erfüllung der Ausgleichszahlungen ist. Unter anderem wird durch diese Regelung sichergestellt, dass die Durchführung des RSA nicht gefährdet wird. Auch § 266 Abs. 6 Satz 8 SGB V stellt die rechtzeitige Erfüllung der Ausgleichszahlungen sicher, indem Klagen gegen die Zahlungsbescheide einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten keine aufschiebende Wirkung haben. Die Ausgleichszahlung der verpflichteten Kassen gleichen sofort die Ausgleichsansprüche der ausgleichsberechtigten Kassen aus, da für die Abwicklung des Risikostrukturausgleichs keine „Finanzpolster“ zur Verfügung stehen. Das heißt, wenn Kassen ihrer Zahlungsverpflichtung nicht nachkommen, indem sie gegen den Bescheid klagen, können die Gelder an die anspruchsberechtigten Kassen nicht ausgezahlt werden. Für diesen Fall, dass die Krankenkassen nicht rechtzeitig ihren Zahlungsverpflichtungen nachkommen, muss die DRV Bund, die die Abwicklung des Zahlungsverkehrs durchführt, in Vorleistung treten. Etwaige längerfristige Zahlungsrückstände werden daher im monatlichen Verfahren über den Ausgleichsbedarfssatz (ABS) abgewickelt. Das bedeutet, dass im monatlichen Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund die Zahlungslücke über die

Belastung aller Krankenkassen ausgeglichen wird. Das Nähere über die Fälligkeit der Ausgleichsbeträge und die Erhebung von Säumniszuschlägen regelt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Zustimmung des Bundesrates in der Rechtsverordnung. Nach § 266 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 14 Abs. 3 RSAV sind daher für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstermins nicht geleistet werden, für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag i.H.v. 1 vom Hundert des rückständigen Betrages zu leisten.

Die Zahlung der Ausgleichsbeträge gilt gem. § 14 Abs. 2 Satz 4 RSAV mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. Der Gesetzgeber hat in § 14 Abs. 3 RSAV festgelegt, dass für die Erhebung der Säumniszuschläge im monatlichen Ausgleichsverfahren als Zeitpunkt der in § 17 Abs. 5 Satz 3 RSAV genannte Termin gilt. Demnach ist der Unterschiedsbetrag gem. § 17 Abs. 3 RSAV, der die Beiträge aus Renten übersteigt, bis zum 15. des jeweiligen Ausgleichsmonats an die DRV Bund zu zahlen.

Zur Vereinfachung des monatlichen Abschlagsverfahrens bzw. zur Vermeidung zahlreicher Hin- und Herüberweisungen werden nach § 17 Abs. 4 RSAV die den Krankenkassen nach § 17 Abs. 2 RSAV zustehenden Beträge einschließlich der ihnen nach § 255 Abs. 3 Satz 1 SGB V zustehenden Beiträge aus Renten mit den an die DRV Bund im jeweiligen Ausgleichsmonat weiter zu leitenden Beträge verrechnet.

Der Fälligkeitstermin für die Ausgleichszahlungen für den Jahresausgleich ist gem. § 14 Abs. 3 Satz 3 RSAV in § 19 Abs. 3 Satz 2 RSAV geregelt. Hiernach wird der Fälligkeitstermin der zu leistenden Beiträge den Krankenkassen und der DRV Bund mit der Zusendung des RSA-Bescheides verbindlich aufgegeben. In der Regel wird der Bescheid am Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres bzw. Anfang November versandt. Der Fälligkeitstermin wird auf 14 Tage nach Zustellung festgelegt. Die pünktliche Erfüllung der Ausgleichsverpflichtung hat so eine große Bedeutung, dass der Gesetzgeber festgelegt hat, dass selbst die Säumniszuschläge unberührt bleiben, die bis zu dem Zeitpunkt geleistet worden sind, wenn z.B. eine Neuberechnung des Bescheides erfolgen müsste.

Ein kleiner Ermessungsspielraum bleibt der DRV Bund, wenn es zu einer Gutschriftverzögerung kommt, die nachweislich nicht von der Krankenkasse verursacht worden ist. Dann kann diese im Einzelfall bestimmen, dass von der Höhe der Säumniszuschläge noch abgewichen wird.

Grundsätzlich stehen die erhobenen Säumniszuschläge den am RSA-Verfahren teilnehmenden Krankenkassen zu und werden im nächsten Jahresausgleich ABS-mindernd eingesetzt. Durch die ABS-Minderung werden den Kassen die erhobenen Säumniszuschläge zurückerstattet. Das gilt nur, wenn die durch die Säumnis entstehenden Fehlbeträge nicht durch die Überschüsse im monatlichen Ausgleichsverfahren oder über den ABS im monatlichen Verfahren ausgeglichen werden können, dann stehen die Säumniszuschläge der DRV Bund zu. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass das BVA nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DRV Bund das Nähere über die Aufteilung und Abrechnung der Säumniszuschläge bestimmt. In Absprache mit diesen hat das BVA festgelegt, dass ein Drittel der DRV Bund als Ausgleich und zwei Drittel den Krankenkassen zustehen. Der DRV Bund werden durch dieses Drittel die entstehenden Kosten für die Fehlbeträge, die ihr durch die Bereitstellung der Mittel entstehen, erstattet. Die anderen zwei Drittel werden, wie oben beschrieben, den Krankenkassen durch die ABS-Berechnung zur Verfügung gestellt.

2.4. Meldezeitpunkte für die Datenmeldungen

2.4.1. Übermittlung der Krankenkassen an den jeweiligen Spitzenverband

- Meldung der Daten über die Versicherten (Satzart 40) bis spätestens 15.06.
- Korrekturmeldungen der Daten über die Versicherten bis spätestens 16.05.
- Meldung der Daten über die Leistungsausgaben (Satzart 41) bis spätestens 31.07.
- Meldung der Daten über die Krankengeldausgaben und die Krankengeldtage (Satzart 42) bis spätestens 30.06.

2.4.2. Übermittlung der Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt

- Meldung der Daten über die Versicherten (Satzart 40) bis spätestens 15.07.
- Korrekturmeldungen der Daten über die Versicherten bis spätestens 30.06.
- Meldung der Daten über die Leistungsausgaben (Satzart 41) bis spätestens 15.08.
- Meldung der Daten über die Krankengeldausgaben und die Krankengeldtage (Satzart 42) bis spätestens 31.07.
- zusätzliche Datenmeldung über auf HLB aggregierte Ausgaben und Erstattungen gemäß den Jahresrechnungen jeder Einzelkasse (Satzart 43) bis spätestens 30.06.

Die Termine beziehen sich jeweils auf das dem Ausgleichsjahr folgende Jahr.

3. Berechnungen zum Jahresausgleich

Den größten Teil der Berechnungen zum Jahresausgleich nimmt die Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben (sLA) ein. Hierbei werden die gesamten Datenmeldungen (Satzarten 40, 41, 42, 43, 45 und KJ1) des Ausgleichsjahres herangezogen und verarbeitet. Bei den sLA handelt es sich um ein nach Geschlecht, Alter und Versichertengruppen differenziertes, über alle teilnehmenden Krankenkassen gebildetes Leistungsausgabenbild – kurz: durchschnittliche Kosten je Alterszelle.

Die sLA werden in zwei Stufen ermittelt. Die erste Stufe – die Einzelkassenebene – beinhaltet die für jede einzelne Kasse durchzuführenden Berechnungen und Standardisierungsvorgänge (s. 3.1 Berechnungen auf Einzelkassenebene). In der zweiten Stufe – der GKV-Ebene – werden die Ergebnisse aller Krankenkassen aus der Einzelkassenebene zu GKV-Summen aggregiert. Mit dieser GKV-Matrix werden weitere Berechnungen und Standardisierungen durchgeführt, die letztendlich in den sLA münden (s. 3.2 Berechnungen auf GKV-Ebene).

Weitere Berechnungen sind notwendig für die Berechnungen aufgrund von Korrekturmeldungen zu den zurückliegenden Jahresausgleichen.

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Berechnungen münden in einzelne Bescheidpositionen und sind somit Teil der Berechnung einer Forderung oder Verpflichtung im Risikostrukturjahresausgleich (s. 3.5 Berechnung der Bescheide).

3.1. Berechnungen auf Einzelkassenebene

Für die Berechnung auf Einzelkassenebene werden folgende Datenerhebungen, die hier nur ganz kurz beschrieben werden, (eine genauere Beschreibung ist unter „2.1 Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich“ zu finden) von den Krankenkassen benötigt:

Satzart 40 (SA 40):

Hierbei handelt es sich um eine Erhebung der Versicherungszeiten der Versicherten einer Krankenkasse. Die Erhebung wird differenziert nach den einzelnen Versichertengruppen vorgenommen (§ 267 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 2 RSAV). Die Meldung der Krankenkassen an die Spitzenverbände erfolgt bis spätestens zum 15.06., die Weiterleitung an das BVA bis zum 15.07. eines jeden Jahres.

Satzart 41 (SA 41):

In dieser Datenerhebung sind die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkassen erfasst. Welche Ausgaben berücksichtigungsfähig sind, ergibt sich aus der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V¹ - Anlage 1.1 Abschnitt A. Die Zuordnung der Buchungspositionen zu den einzelnen HLB ergibt sich aus der Anlage 1.1. Abschnitt B. Die Leistungsausgaben sind in neun (Hauptleistungsbereiche) HLB unterteilt. Die Unterteilung ist unter Nr. 2.1. zu finden. Die Meldung der Krankenkassen an die Spitzenverbände erfolgt bis spätestens zum 31.07., die Weiterleitung an das BVA bis zum 15.08. eines jeden Jahres.

Satzart 42 (SA 42):

In dieser Datenerhebung sind die Krankengeldausgaben einschließlich der darauf entfallenden Beiträge zur Sozialversicherung sowie die dazugehörigen Krankengeldtage erfasst. Die Meldung der Krankenkassen an die Spitzenverbände erfolgt bis spätestens zum 30.06. und die Weiterleitung an das BVA erfolgt bis zum 31.07.

Satzart 43 (SA 43):

Hierbei handelt es sich um die über die einzelnen HLB aggregierten Leistungsausgaben und Einnahmen und Erstattungen gemäß der von den Krankenkassen erstellten Jahresrechnungen (KJ1). Der Aufbau der Datenmeldung entspricht den HLB der SA 41, nur dass hier zudem die Einnahmen und Erstattungen erfasst werden. Zudem ist die SA 43 nicht in Versichertengruppen unterteilt.

3.1.1. Berechnung der Netto-Faktoren und Netto- Satzart 43 (Anlage 1.7.)

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der SA 41 müssen um die Erstattungen und Einnahmen (Anlage 1.1 Abschnitt C) gemindert werden. Diese werden jedoch nur in der SA 43 erfasst und liegen dort nicht versichertenbezogen vor. Die Berücksichtigung der Erstattungen und Einnahmen in der SA 41 wird erreicht, indem die SA 41 im später erläuterten Hochrechnungsverfahren auf die Netto-SA 43 hochgerechnet wird. Bei der Netto-SA 43 handelt es sich um die um Einnahmen und Erstattungen reduzierte SA 43. Problematisch beim Abzug der Einnahmen und Erstattungen ist, dass diese in verschiedenen Leistungsbereichen (HLB) anteilig abgezogen werden müssen. Dies wird erreicht, indem für jede Einzelkasse die entsprechenden Faktoren (siehe 3.1.1.1 bis 3.1.1.6) gebildet werden, mit der die einzelnen HLB später multipliziert werden. Um die Auswirkungen der

¹ Wird aus Vereinfachungsgründen im weiteren Text nicht mehr explizit erwähnt

unterschiedlichen Einnahmen und Erstattungen im einzelnen sehen zu können, werden für jeden Bereich gesonderte Faktoren gebildet.

3.1.1.1. Arzneimittelrabattfaktor (ARF)

Bei den Arzneimittelrabatten handelt es sich um die Rabatte nach § 130 und § 130a SGB V. Da die Ausgaben im HLB 3 (Apotheken) ohne Abzug der Rabatte ausgewiesen sind, wird für jede Krankenkasse der ARF gebildet, indem die Leistungsausgaben für Arzneimittel (LafAM) um die Arzneimittelrabatte (AR) gemindert werden (die Werte sind der SA 43 zu entnehmen, wobei die LafAM den Ausgaben des HLB 3 entsprechen). Das Ergebnis ist durch die Leistungsausgaben für Arzneimittel zu dividieren.

$$ARF = \frac{LafAM - AR}{LafAM}$$

Hinweis: Für die Berechnung im RSA wird der ARF nicht benötigt, da die Arzneimittelrabatte direkt vom HLB 3 der SA 43 abgezogen werden. Der ARF wird jedoch in der Berechnung beim Risikopool benötigt.

3.1.1.2. Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung (FIVA)

Die für Zwecke der integrierten Versorgung verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140 a SGB V (IVA) müssen bei jeder Krankenkasse anteilmäßig von den Ausgaben der Ärzte (HLB 1) und Krankenhäuser (HLB 4) abgesetzt werden, da in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen die einbehaltenen Mittel in diesen HLB nicht abgezogen werden. Zur Berechnung werden die Ausgaben der Ärzte (HLB 1), der Krankenhäuser (HLB 4) und der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung (IVA) aus der SA 43 benötigt. Die Bildung des o.g. Faktors erfolgt, indem die um die IVA geminderte Summe der Ausgaben aus HLB 1 und HLB 4 durch die Summe der Ausgaben aus HLB 1 und HLB 4 dividiert wird.

$$FIVA = \frac{HLB1 + HLB4 - IVA}{HLB1 + HLB4}$$

3.1.1.3. Faktor für die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (FRVZ)

Hierbei handelt es sich um die den Versicherten erstatteten Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die über der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V liegen. Ebenso werden hier von den Versicherten geleistete Vorauszahlungen auf Zuzahlungen berücksichtigt.

Auch hierfür ist die Bildung eines Faktors notwendig, da die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen nicht getrennt nach den einzelnen Hauptleistungsausgaben verbucht werden können und somit anteilig von den Leistungsausgaben abgesetzt werden müssen. Für die Berechnung des Faktors müssen zunächst alle Leistungsausgaben der HLB 1 bis 9, jedoch ohne das Krankengeld (HLB 6) aufaddiert werden. Die Summe stellt die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) dar. Die LAoKG müssen noch um die Arzneimittelrabatte (AR) und die Kosten für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung gemindert und um die Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen erhöht werden. Die Bildung des FRVZ erfolgt, indem die zuvor gebildete Summe durch die um die AR und IVA reduzierte Summe der LAoKG dividiert wird.

$$LAoKG = HLB1 + HLB2 + HLB3 + HLB4 + HLB5 + HLB7 + HLB9$$

$$FRVZ = \frac{LAoKG - AR - IVA + RVZ}{LAoKG - AR - IVA}$$

3.1.1.4. Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der integrierten Versorgung (FIVKuR)

Grundsätzlich werden die Ausgaben für die integrierte Versorgung nach HLB getrennt erfasst und berücksichtigt. In Ausnahmefällen können jedoch versichertenbezogen abgerechnete Leistungen der integrierten Versorgung, die nicht nach den tatsächlich erbrachten Leistungen differenziert werden können – z.B. Komplexpauschalen – pauschal berücksichtigt werden.

Die Bildung des FIVKuR erfolgt, indem die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) um die Arzneimittelrabatte (AR) und die Kosten der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung (IVA) reduziert und um die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ) sowie die Komplexpauschalen und Rabatte für im Rahmen der integrierten Versorgung (IVK) verausgabten Mittel erhöht werden. Das Ergebnis wird durch die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG), welches um die Arzneimittelrabatte und die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) vermindert und um die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ) erhöht wurde, dividiert.

$$FIVKuR = \frac{LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVKuR}{LAoKG - AR - IVA + RVZ}$$

3.1.1.5. Erstattungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld (EfLAoKG)

Für die Erstattungen gilt, dass die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1., Abschnitt C aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig auf die HLB ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet werden. Die EoEKG bilden sich aus den:

- Erstattungen nach § 19 BVG a.F.
- Erstattungen Art. 32 AVmG
- Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz
- Erstattungen nach § 19 BVG n.F.
- und Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte.

Der Erstattungsfaktor ergibt sich dann aus den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) abzüglich der Arzneimittelrabatte (AR), der Kosten der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung (IVA) und der EoEKG zuzüglich der Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ) und der Komplexpauschalen im Rahmen der integrierten Versorgung (IVK) verausgabten Mittel, dividiert durch die LAoKG abzüglich AR und IVA, zuzüglich RVZ und IVK.

$$EfLAoKG = \frac{LAoKG - AR - IVA - EoEKG + RVZ + IVK}{LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVK}$$

3.1.1.6. Erstattungsfaktoren für das Krankengeld (EfKG)

Die Berechnung erfolgt getrennt nach den Versichertengruppen der Nicht-Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch und der Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch, d.h. es werden getrennte Erstattungsfaktoren gebildet. Hierzu werden die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) getrennt nach EKG für EM-Rentner (EKGEM) im Geschäftsjahr entsprechend den Konten 3214 und 3216 und nach EKG für die sonstigen Fälle (EKG Nicht-EM) entsprechend den Konten 3215, 3217, 3218 und 3219 ermittelt. Die Erstattungsfaktoren ergeben sich aus den jeweiligen EKG und dem Krankengeld (KG) für EM-Rentner (KG EM) und den KG für Nicht-EM-Rentner (KG Nicht-EM), indem die jeweilige Teilsumme abzüglich der jeweiligen EKG durch die entsprechende Teilsumme dividiert wird. Zuvor muss daher das KG EM und das KG Nicht-EM berechnet werden. Da das Krankengeld in der SA 43 nicht nach den Ausgaben für Nicht-EM-Rentner und EM-Rentner unterschieden wird, muss die Aufteilung der Ausgaben auf diese beiden Gruppen anteilmäßig, analog zu der in der SA 42 vorgegebenen Aufteilung vorgenommen werden. Hierzu ist es erforderlich, die

Krankengeldausgaben aus der SA 42 der Versichertengruppen VG 1 und 2 (Nicht-Erwerbsminderungsrentner) und der Versichertengruppen 4 und 5 (Erwerbsminderungsrentner) summarisch zusammenzufassen und diese ins Verhältnis zueinander zu setzen bzw. über die Bildung eines Aufteilungsfaktors die entsprechende Aufteilung der Krankengeldausgaben der SA 43 vorzunehmen. Die Aufteilungsfaktoren werden wie folgt gebildet:

Aufteilungsfaktor Erwerbsminderungsrentner (Faktor EMR)

$$FaktorEMR = \frac{SA42_{EMR}}{SA42_{N-EMR} + SA42_{EMR}}$$

Aufteilungsfaktor Nichterwerbsminderungsrentner (Faktor N-EMR)

$$FaktorN-EMR = \frac{SA42_{N-EMR}}{SA42_{N-EMR} + SA42_{EMR}}$$

Mit den zuvor gebildeten Faktoren wird die SA 43 in Krankengeldausgaben für Nicht-Erwerbsminderungsrentner ($KG_{Nicht-EM}$) und für Erwerbsminderungsrentner (KG_{EM}) aufgeteilt, indem sie mit diesen multipliziert wird:

$$KG_{EM} = SA43_KG \times Faktor-EMR$$

$$KG_{Nicht-EM} = SA43_KG \times FaktorN-EMR$$

$$EfKG_{EM} = \frac{KG_{EM} - EKG_{EM}}{KG_{EM}}$$

$$EfKG_{Nicht-EM} = \frac{KG_{Nicht-EM} - EKG_{Nicht-EM}}{KG_{Nicht-EM}}$$

3.1.2. Bildung der Netto-Satzart 43 (Anlage 1.6)

Die Bildung der Netto-Satzart 43 erfolgt bis auf eine Ausnahme (HLB 3), indem die einzelnen HLB mit den entsprechenden Abzugs- bzw. Anrechnungsfaktoren multipliziert werden, da die dazugehörigen Einnahmen und Erstattungen in der SA 43 zwar pauschal erfasst, jedoch noch nicht in den davon betroffenen HLB berücksichtigt werden. Die Netto-SA 43 wird für die Hochrechnung der SA 41 auf die SA 43 benötigt. Das Hochrechnungsverfahren ist erforderlich, um auch in der SA 41 die Einnahmen

und Erstattungen berücksichtigen zu können. Hierzu muss gesagt werden, dass die SA 43 die Kalenderjahresrechnung der Krankenkassen widerspiegelt bzw. dort die Leistungsausgaben so erfasst sind, wie die Krankenkassen diese gebucht haben. In der SA 41 werden im Gegensatz dazu die Leistungsausgaben versichertenbezogen erfasst, wobei es zu Über- und Untererfassungen kommen kann. Daher muss das Ausgabenniveau unter Berücksichtigung der Einnahmen und Erstattungen der SA 41 auf den Stand der SA 43 gebracht werden. Zunächst müssen aber in den HLB der SA 43 die Einnahmen und Erstattungen berücksichtigt werden:

In allen HLB (außer dem HLB Krankengeld) wirken sich die Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die Ausgaben der Komplexpauschalen der integrierten Versorgung (IVK) und die Erstattungen und Einnahmen, die die Leistungsausgaben ohne Krankengeld betreffen, ausgabenmindernd bzw. ausgabenerhöhend aus. Zur Berechnung der Nettoausgaben der SA 43 werden alle HLB mit den Faktoren FRVZ, FIVK und EfLAoKG multipliziert.

➤ Ausgaben Ärzte – HLB 1

Bei den Leistungsausgaben für die Ärzte müssen zusätzlich die für Zwecke der integrierten Versorgung verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung (IVA) abgezogen werden. Für die Berechnung der Nettoausgaben des HLB 1 werden die Ausgaben mit folgenden Faktoren multipliziert: FIVA, FRVZ, FIVK und EfLAoKG.

$$\text{NettoSA43_HLB1} = \text{HLB1} \times \text{FIVA} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Ausgaben Zahnärzte – HLB 2

Formel für die Berechnung der Nettoausgaben der Zahnärzte für die SA 43:

$$\text{NettoSA43_HLB2} = \text{HLB2} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Ausgaben Apotheken – HLB 3

Die Ausgaben des HLB 3 müssen zusätzlich um die Arzneimittelrabatte gemindert werden.

$$\text{NettoSA43_HLB3} = (\text{HLB3} - \text{Arzneimittelrabatte}) \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Ausgaben Krankenhaus - HLB 4

Beim HLB 4 müssen, wie bei den Ärzteausgaben, die verwendeten Mittel der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung (IVA) abgetragen werden.

$$\text{NettoSA43_HLB4} = \text{HLB4} \times \text{FIVA} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Sonstige Leistungsausgaben – HLB 5

Die Ausgaben des HLB 5 werden mit den Faktoren FRVZ, FIVK und EfLAoKG multipliziert. Man erhält die Nettoausgaben der Sonstigen Leistungen für die SA 43.

$$\text{NettoSA43_HLB5} = \text{HLB5} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Krankengeldausgaben – HLB 6

Die Ausgaben des HLB 6 werden nicht in der SA 41 erfasst, sondern in der SA 42. Um nun die Nettoausgaben des Krankengeldes in der SA 43 zu berechnen, müssen die Krankengelderstattungen von den Krankengeldausgaben abgezogen werden. Dieses kann einmal durch den direkten Abzug der Krankengelderstattungen aus der SA 43 erfolgen, oder aber durch die Multiplikation der aufgeteilten Krankengeldausgaben mit den unter Nr. 3.1.1.6 gebildeten Erstattungsfaktoren für Krankengeld (EfKG).

$$\text{Netto} - \text{SA43}_{\text{KG} - \text{N} - \text{EMR}} = \text{SA43}_{\text{KG} - \text{N} - \text{EMR}} \times \text{EfKG}_{\text{Nicht-EM}}$$

$$\text{Netto} - \text{SA43}_{\text{KG} - \text{EMR}} = \text{SA43}_{\text{KG} - \text{EMR}} \times \text{EfKG}_{\text{EM}}$$

➤ Ausgaben Nichtärztliche ambulante Dialyse – HLB 7

Die Ausgaben des HLB 7 werden mit den Faktoren FRVZ, FIVK und EfLAoKG multipliziert. Man erhält die Nettoausgaben der nichtärztlichen ambulanten Dialyse für die SA 43.

$$\text{NettoSA43_HLB7} = \text{HLB7} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

➤ Ausgaben Mehrleistungen DMP – HLB 9

Die Ausgaben des HLB 9 werden mit den Faktoren FRVZ, FIVK und EfLAoKG multipliziert. Man erhält die Nettoausgaben für Mehrleistungen DMP der SA 43.

$$\text{NettoSA43_HLB9} = \text{HLB9} \times \text{FRVZ} \times \text{FIVK} \times \text{EfLAoKG}$$

3.1.3. Hochrechnung

Um Unter- bzw. Übererfassungen im Rahmen der Datenerhebung für den RSA zu bereinigen, werden die gemeldeten Daten auf Ebene der Einzelkasse auf die Werte der Jahresrechnung KJ1 hochgerechnet. Ferner findet hier eine Ausreißerbereinigung statt.

3.1.3.1. Satzart 40 für Leistungsausgaben (SA 40_LA)

Um die Satzarten 41 und 42 auf die SA 43 hochrechnen zu können, müssen Pro-Tag-Werte gebildet werden. Das setzt voraus, dass die Satzarten 40, 41, 42 und 43 den gleichen Aufbau haben. Bei den Satzarten 41 und 42 werden die Versicherungszeiten im Gegensatz zur Satzart 40 lediglich nach Versicherten mit EMR-Bezug bzw. ohne EMR-Bezug unterschieden (vgl. Abschnitt 2.1.2.1). Daher werden in der Satzart 40 die Versichertengruppen x1, x2 und x3 zur Versichertengruppe x7 (Versicherte ohne EMR-Bezug) und die Versichertengruppen x4, x5 und x6 zur Versichertengruppe x8 (Versicherte mit EMR-Bezug) aufaddiert.

Besonderheit bei der SA 42:

Bei den Erwerbsminderungsrentnern (EM-Rentner) wird nicht nach dem unterschiedlichen KG-Anspruch der Versichertengruppen x4 und x5 unterschieden (§ 2 Abs. 1 RSAV). Aus datentechnischen Gründen erfolgt die Datenerhebung noch differenziert nach den Versichertengruppen x4 und x5, für die Hochrechnung werden diese Versichertengruppen von vornherein zusammengefasst.

3.1.3.2. Bildung der Vollerhebungs-Pro-Tag-Werte (Voll-PTW)

Je Krankenkasse werden die Leistungsausgaben (hierbei handelt es sich um die Bruttowerte) in jedem HLB, die mittels Vollerhebung erhoben wurden, mit den entsprechenden Versicherungszeiten der SA 40_LA verknüpft. Bei der SA 41 handelt es sich bei den Leistungsausgaben der HLB 1, 3, 4, 5 (wenn die Krankenkasse hier eine Vollerhebung statt Stichprobe durchgeführt hat), 7 und 9 um Vollerhebungen. Um die Voll-PTW zu berechnen, werden die Leistungsausgaben jeden HLB's für jede VG getrennt nach Alter und Geschlecht durch die jeweiligen Versicherungszeiten der SA 40_LA geteilt.

$$Voll_PTW = \frac{SA41(jeHLB)}{SA40_LA}$$

3.1.3.3. Bildung der Stichproben-Pro-Tag-Werte (Stich-PTW)

Die Leistungsausgaben (hierbei handelt es sich um die Bruttowerte) der HLB 2 und 5 (sofern die Krankenkasse hier keine Vollerhebung durchgeführt hat) werden mittels Stichprobe erhoben. Die Berechnung der Stich-PTW erfolgt wie bei den Voll-PTW, nur dass hier die Leistungsausgaben nicht durch die SA 40_LA geteilt werden, sondern durch die Versicherungszeiten der Stichprobe (SA 41-Stich-VT), die in der SA 41 miterfasst sind, dividiert werden:

$$\text{Stich_PTW} = \frac{\text{SA41(HLB5)}}{\text{SA41_StichVT}}$$

Besonderheiten im HLB 2 (Leistungsausgaben der Zahnärzte):

Im HLB 2 fehlt die Kennzeichnung der DMP-Leistungsausgaben. Daher werden sowohl die Leistungsausgaben der Stichprobe als auch die Stichprobenversichererzeiten aller Versichertengruppen (DMPG 0 bis 4) getrennt nach Alter und Geschlecht in die Versichertengruppen 07 und 08 (DMPG 0) aggregiert (gemeinsame Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte). Danach werden die Leistungsausgaben durch die Versicherungszeiten der Stichprobe geteilt. Man erhält die Stich-PTW in den VG 07 und 08 (DMPG 0).

$$\text{HLB2_Stich_PTW} = \frac{\text{SA41_HLB2}_{\text{DMPG0(aggr.)}}}{\text{SA41_Stich_VT}_{\text{DMPG0(aggr.)}}}$$

3.1.3.4. Erste Grenzwertprüfung

Zur Behandlung von Ausreißern werden die Pro-Tag-Werte mit den in der Vereinbarung festgelegten Grenzwerten je HLB und je Versichertengruppe verglichen. Bei Überschreiten der Grenzwerte werden die Pro-Tag-Werte durch den Grenzwert ersetzt. Für den Jahresausgleich 2006 wurden folgende Grenzwerte festgelegt:

HLB 1 = 38 €	HLB 4 = 153 €
HLB 2 = 20 €	HLB 5 = 38 €
HLB 3 = 38 €	HLB 7 = 38 €

Für die HLB 6 und 9 wurden keine Grenzwerte festgelegt, dort erfolgt keine Grenzwertprüfung. Der HLB 8 ist nicht besetzt.

Besonderheiten im HLB 2 (Leistungsausgaben der Zahnärzte):

Nach erfolgter Grenzwertprüfung werden die Pro-Tag-Werte der Versichertengruppe DMPG 0 in die übrigen Versichertengruppen DMPG 1 bis 6 übertragen.

3.1.3.5. Berechnung der Ausschöpfungsquoten

Die Ausschöpfungsquote stellt das Verhältnis der von einer Krankenkasse in einem Hauptleistungsbereich versichertenbezogen gemeldeten Leistungsausgaben zu der jeweiligen in der Jahresrechnung KJ1 erfassten Summe dar.

Diese Berechnung dient ebenfalls zur Behandlung von Ausreißern. Nach erfolgter Grenzwertprüfung und eventueller Ersetzung werden die PTW sowohl der Stichprobe als auch der Vollerhebung je HLB und je Versichertengruppe mit den entsprechenden Versicherungszeiten der SA 40_LA multipliziert. Nach diesem Vorgang werden je HLB über alle Versichertengruppen die Summen der Produkte gezogen. Die Summen der einzelnen HLB werden durch die entsprechenden Leistungsausgaben der gemeldeten SA 43 (auch hier handelt es sich noch um die SA 43-Brutto) dividiert. Das Ergebnis stellt die Ausschöpfungsquoten im jeweiligen HLB dar.

$$AQ = \frac{\sum SA41}{SA43_BRUTTO}$$

Besonderheit bei der Ermittlung der Ausschöpfungsquoten für Krankengeld:

Hier werden die Krankengeldausgaben aller entsprechenden Versichertengruppen summiert. Anschließend wird die Summe durch die Summe Krankengeld für EM-Rentner und Krankengeld für Nicht-EM-Rentner aus der SA 43 geteilt. Man erhält die Ausschöpfungsquoten für das Krankengeld der EM-Rentner und die für Krankengeld für Nicht-EM-Rentner.

Für die Ausschöpfungsquoten wurde eine Toleranzgrenze festgelegt, die sich danach richtet, ob es sich bei dem HLB um eine Voll- oder Stichprobenerhebung handelt. Der Toleranzbereich bei den Vollerhebungen liegt im Bereich von 80% bis 120% und ist auf die HLB 1, 3, 4, 6 (Krankengeld), 7 und 9 anzuwenden. Für die Stichprobenerhebungen – dies betrifft die HLB 2 und 5 – liegt der Toleranzbereich zwischen 50% und 150%. Werden die Toleranzgrenzen von einzelnen Krankenkassen über- bzw. unterschritten, entscheidet das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände über einen Ausschluss der Daten dieser Kassen aus dem Hochrechnungsverfahren in den betroffenen HLB.

Die Anhörung der Spitzenverbände erfolgt im Rahmen der Anhörung über die Profilverläufe Ende September/Anfang Oktober eines jeden Jahres. Beim Ausschluss einzelner Krankenkassen vom Hochrechnungsverfahren werden sowohl die Leistungs-

ausgaben als auch die zugehörigen Versicherungszeiten herausgenommen. Man erhält die SA40_LA_nach_Ausschluss und die SA 41/42_nach Ausschluss.

3.1.3.6. Ermittlung des 1. Hochrechnungsfaktors (1. HF)

Zur Ermittlung des 1. Hochrechnungsfaktors wird auf die Pro-Tag-Werte zurückgegriffen, die unter Nr. 3.1.3.2 und 3.1.3.3 gebildet worden sind. Die Pro-Tag-Werte von Krankenkassen, die vom Hochrechnungsverfahren ausgeschlossen worden sind, werden in den betroffenen HLB auf „Null“ gesetzt bzw. herausgenommen. Die verbleibenden Pro-Tag-Werte werden mit der SA 40 LA_nach Ausschluss multipliziert. Nachfolgend wird je HLB über alle Versichertengruppen die Summe der Produkte gezogen. Der Hochrechnungsfaktor ergibt sich, indem die einzelnen Leistungsausgaben der Netto-SA 43 durch die entsprechenden Summen der HLB der SA 41/42_nach Ausschluss dividiert werden.

Je HLB und Krankenkasse:

$$1.HF = \frac{SA43_NETTO}{\sum (PTW_41/42_nach_1.Grenz_u_Ausschl. \times SA40_LA_nach_Ausschl.)}$$

3.1.3.7. Bildung SA 41/42 Netto nach 1. Hochrechnungsfaktor

Der unter 3.1.2.6. gebildete Hochrechnungsfaktor wird mit den bereinigten (nach 1. Grenzwertprüfung und Kassenausschluss) Pro-Tag-Werten multipliziert. Als Ergebnis erhält man die SA 41/42 NETTO PTW je HLB nach 1. HF.

$$SA41_{Netto_PTW}^{nach_1.HF} = PTW_nach_1.Grenzwert \times 1.HF$$

$$SA42_{Netto_PTW}^{nach_1.HF} = PTW_nach_1.Grenzwert \times 1.HF$$

3.1.3.8. Zweite Grenzwertprüfung

Durch die Hochrechnung können die unter Abschnitt 3.1.3.4 genannten Grenzwerte erneut überschritten werden. Daher erfolgt eine zweite Grenzwertprüfung analog zur ersten Grenzwertprüfung, die der Behandlung von Ausreißern dient.

3.1.3.9. Berechnung der Leistungsausgaben auf IK-Ebene

Die Leistungsausgaben der SA 41 und SA 42 nach der zweiten Grenzwertprüfung (SA 41/42 GRENZ2_LA) erhält man, indem die Pro-Tag-Werte nach der zweiten

Grenzwertprüfung (Nr. 3.1.2.8.) mit den Versicherungszeiten der SA 40_LA nach Ausschluss multipliziert werden.

$$SA41_GRENZ2_LA = SA41_GRENZ2_PTW \times SA40_LA_nach_Ausschluss$$

$$SA42_GRENZ2_LA = SA42_GRENZ2_PTW \times SA40_LA_nach_Ausschluss$$

3.2. Berechnungen auf GKV-Ebene

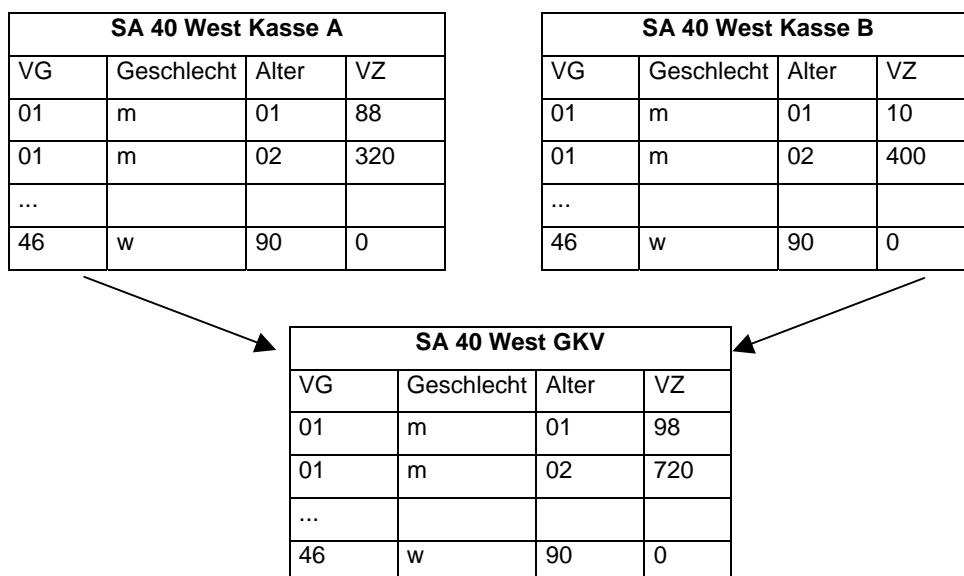
3.2.1. Aggregation auf GKV-Ebene

Zur weiteren Berechnung ist es erforderlich, die Einzelkassenergebnisse auf GKV-Ebene zu bringen, d.h. alle Berechnungsergebnisse jeder Einzelkasse werden zu Gesamtergebnissen zusammengefasst.

➤ Aggregation SA 40 und SA 40_LA

Die Satzarten 40 aller Einzelkassen werden nach den Rechtskreisen West und Ost getrennt zu einer GKV SA 40 aufaddiert. Dieser Vorgang wird ebenfalls für die Satzarten 40_LA der Einzelkassen durchgeführt. Als Ergebnisse erhält man die SA 40 bzw. die SA 40_LA nach 1. Hochrechnungsfaktor und 2. Grenzwertprüfung.

Zusammenführung der Satzarten von den Einzelkassen zu einer GKV-Satzart:



➤ Aggregation SA 41_LA und SA 42_LA

Analog der Aggregation der SA 40 werden die Satzarten 41_LA und 42_LA nach der 2. Grenzwertprüfung nach den Rechtskreisen West und Ost getrennt, zu je einer GKV SA 41 (SA 41 LA Grenz2) und 42 (SA 42 LA Grenz2) aufaddiert.

➤ Aggregation der SA 43

Die Netto Satzarten SA 43 der Einzelkassen (d.h. die um die Erstattungen bereinigten Satzarten 43) werden analog zur Aggregation der SA 40 zu einer SA 43_Netto_GKV aufsummiert. Die Ost- Westtrennung wird hier ebenfalls beibehalten.

➤ Aggregation der Pool_Leistungsausgaben (Pool_LA)

Die Pool_LA aller Einzelkassen – d.h. die nach Versichertengruppe und HLB getrennt ausgewiesenen im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben – werden zu einem nach den Rechtskreisen West und Ost getrennten Gesamtergebnis zusammengefasst.

3.2.2. GKV-Hochrechnung und Risikopoolbereinigung

3.2.2.1. Leistungsausgaben ohne Krankengeld und 2. Hochrechnung

Um die 2. Hochrechnung vorzunehmen, muss die aggregierte SA 41_LA nach 1. Hochrechnungsfaktor (1. HF) und 2. Grenzwertprüfung (siehe Nr. 3.2.1.1) je HLB durch die entsprechenden Versicherungszeiten der aufaggregierten SA 40_LA nach 1. HF und 2. Grenzwertprüfung dividiert werden. Durch diesen Rechenvorgang erhält man für jede Versichertengruppe die mit dem 1. HF und 2. Grenzwertprüfung hochgerechneten und gewichteten durchschnittlichen PTW. Damit werden die Profile der unter 3.1.3.5 (Berechnung der Ausschöpfungsquoten) ausgeschlossenen Krankenkassen durch die durchschnittlichen Profile aller Krankenkassen ersetzt.

$$PTW_LA_Grenz2 = \frac{SA41_Grenz2_LA_GKV}{SA40_LA_GKV_{nach_Ausschluss}}$$

Für die Berechnung der Leistungsausgaben je Versichertengruppe müssen die zuvor berechneten Werte mit der SA 40_LA_GKV (die auch die Versicherungszeiten der Krankenkassen, die nicht am Hochrechnungsverfahren teilgenommen haben, enthält) je Rechtskreis und Versichertengruppe multipliziert werden.

$$SA41_LA_Grenz2 = PTW_LA_Grenz2 \times SA40_LA_GKV$$

Im Anschluss an die Berechnung werden über alle Versichertengruppen die Summen der Produkte ermittelt. Die entsprechenden HLB der Netto-SA 43 aller Krankenkassen (siehe Nr. 3.2.1.3) werden durch die zuvor gebildeten Summen der SA 41 dividiert. Im Ergebnis erhält man den 2. Hochrechnungsfaktor (2. HF) je HLB.

$$HF2_je_HLB = \frac{SA43_Netto_je_HLB}{\sum_{Alter, Geschlecht, DMP-VG} SA41_LA_Grenz2}$$

Durch die Multiplikation der PTW_LA_Grenz2 mit dem 2. HF erreicht man, dass die PTW_LA_Grenz2 das gleiche Niveau wie die SA 43_Netto erreicht. Das Ergebnis stellt die mit dem 2. HF hochgerechneten PTW je Versichertengruppe dar (→ PTW_HF2).

$$PTW_HF2 = \frac{SA41_LA_Grenz2 \times HF2}{SA40_LA}$$

3.2.2.2. Krankengeld

Dieses Verfahren wird analog dem 2. Hochrechnungsverfahren der SA 41 durchgeführt. Die SA 42_LA nach 1. Hochrechnungsfaktor und 2. Grenzwertprüfung für KG (siehe Nr. 3.2.1.2) wird durch die entsprechenden Versicherungszeiten der aufaggregierten SA 40_LA nach 1. Hochrechnungsfaktor und 2. Grenzwertprüfung dividiert. Als Ergebnis erhält man für jede Versichertengruppe die mit dem 1. Hochrechnungsfaktor und 2. Grenzwert hochgerechneten und gewichteten Krankengeld-PTW. Damit werden die Profile der unter 3.1.3.5 (Berechnung der Ausschöpfungsquoten) ausgeschlossenen Krankenkassen durch die durchschnittlichen Profile aller Krankenkassen ersetzt.

$$PTW_KG_LA_Grenz2 = \frac{SA42_Grenz2_LA_GKV}{SA40_LA_GKV_{reduzierte_SA40}}$$

Diese Werte werden mit der SA 40_LA_GKV je Rechtskreis und Versichertengruppe multipliziert. Durch dieses Verfahren sind die Krankengeldausgaben je Versichertengruppe gebildet worden, wobei zu beachten ist, dass die Krankengeldausgaben nur in den Versichertengruppen x1, x2, x4 und x5 anfallen.

$$SA42_LA_Grenz2 = PTW_KG_LA_Grenz2 \times SA40_LA_GKV$$

Die Summe der Krankengeldausgaben für EM-Rentner und Nicht-EM-Rentner der Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis stellt den 2. Hochrechnungsfaktor für Krankengeldausgaben dar.

$$HF2_für_KG = \frac{SA43_Netto_für_KG}{\sum_{Alter, Geschlecht, DMP-VG} SA42_LA_Grenz2}$$

Das Ziel, die Werte auf das Niveau der SA 43-Netto zu bringen, wird erreicht, indem die PTW der SA 42_LA (nach 1. Hochrechnungsfaktor und 2. Grenzwert) mit dem 2. Hochrechnungsfaktor multipliziert werden. Durch dieses Verfahren entstehen die mit dem 2. Hochrechnungsfaktor hochgerechneten KG-PTW je Versichertengruppe.

$$PTW_KG_KAnHF2 = \frac{SA42_LA_Genz2 \times HF2}{SA40_LA}$$

3.2.2.3. Übergangsregelung für den Jahresausgleich 2006

Im Jahresausgleich 2006 fanden zwei Rechnungsläufe der Punkte 3.1.3.5 bis 3.2.2.2. statt. Der erste Rechnungslauf diente dazu, Profile ohne eine Differenzierung nach DMP (also gemeinsame Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte) zu ermitteln. Der zweite Rechnungslauf ermittelte differenzierte Profile aller gemeldeter DMP-Gruppen (also getrennte Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte).

Wegen der zu geringen Gesamtbesetzung der DMP-Gruppen 5 (Asthma) und 6 (COPD) wurden für die Berechnung des Jahresausgleichs 2006 für diese beiden DMP-Gruppen die gemeinsamen Pro-Tag-Werte angesetzt. Für die übrigen DMP-Gruppen wurden die differenzierten Profile verwendet.

Die einzelnen Rechenschritte können der Anlage 1.6 Abschnitt B der Vereinbarung der Spitzenverbände entnommen werden.

3.2.2.4. Risikopoolbereinigung

Zur weiteren Berechnung werden die Risikopoolbeträge von den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (→ SA 41 und SA 42) abgesetzt. Hierzu ist es erforderlich, dass diese auf GKV-Ebene in der Systematik der Satzarten 41 bzw. 42 aggregiert werden (Pool-LA). Die Bildung der Pool_LA ist in der Anlage 2.4 Ziffer B1 der Vereinbarung der Spitzenverbände beschrieben. Die Bereinigung der Leistungsausgaben (SA 41/42) um die Pool-LA erfolgt auf zwei Ebenen:

Zum einem werden die bereinigten PTW (PTW_BER) gebildet, d.h., die SA 41/42 wird um die Pool-LA abgesenkt, indem die PTW KanHF2 mit der SA 40_LA multipliziert werden und von diesen Produkten die Pool-LA abgezogen werden. Die Produkte werden je HLB und je VG, getrennt nach Alter und Geschlecht um diejenigen Nettoausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, gemindert. Die bei diesem Vorgang eventuell entstehenden negativen Werte werden auf Null gesetzt. Das Ergebnis wird durch die SA 40_LA dividiert. Man erhält die um die Risikopool

bereinigten Pro-Tag-Werte der SA 41/42. Für die Leistungsausgaben werden die Differenzen nach HLB ermittelt, für das KG getrennt für Erwerbsminderungs- und Nichterwerbsminderungsrentner.

$$PTW_BER = \frac{(PTW_KAnHF2 \times SA40_LA) - Pool_LA}{SA40_LA}$$

Zum anderen wird die SA 43 bereinigt (SA 43_BER), indem von der SA 43 Netto je Hauptleistungsbereich die Pool_LA subtrahiert wird (siehe auch Anlage 2.4 Ziffer B2):

$$SA43_BER = SA_43_Netto - Pool_LA$$

3.2.2.5. Dritte Hochrechnung bzw. Hochrechnung der SA 41

Eine dritte Hochrechnung kann nun notwendig werden, wenn bei der Risikopoolbereinigung der PTW negative Werte entstehen, die auf Null gesetzt werden. Um sicherzustellen, dass die Summe der Leistungsausgaben mit der bereinigten Satzart 43 übereinstimmt, werden die dritten Hochrechnungsfaktoren für jeden HLB berechnet, indem für jeden HLB über alle VG die Summe der um die Poolbeträge bereinigten Leistungsausgaben ermittelt wird. Die Ergebnisse bilden den Divisor für die poolbereinigte SA 43 (aller Krankenkassen). Als Ergebnis erhält man den 3. Hochrechnungsfaktor für den jeweiligen HLB (→ PTW_KanHF3):

$$HF3_je_HLB_je_RK = \frac{SA43_BER}{\sum_{Alter, Geschlecht, DMP-VG} (PTW_BER \times SA40_LA)}$$

Für das Glättungsverfahren müssen die PTW der SA 41 über alle HLB nach den Versichertengruppen x7 und x8 aggregiert werden. Man erhält die Gesamt-HLB, indem die HLB 1 bis HLB 9 zu den PTW aller HLB getrennt nach Alter, Geschlecht und Versichertengruppe addiert werden. Das Krankengeld wird dahingegen noch getrennt gehalten.

3.2.3. Glättungsverfahren

Um Zufallsschwankungen, die durch das Erhebungsverfahren entstehen können, zu vermeiden und um Extremwerte zu dämpfen, werden die Profile auf GKV-Ebene geglättet (§ 11 der Vereinbarung der Spitzenverbände). Die Profile, die als Pro-Tag-Werte (je Versichertentag) für die jeweiligen Versichertengruppen vorliegen, werden für die Leistungsausgaben und die Krankengeldausgaben getrennt ermittelt. Die folgende Beschreibung gibt das Glättungsverfahren nur in groben Zügen wieder, die einzelnen Schritte können der Anlage 1.8 der Vereinbarung der Spitzenverbände entnommen werden.

Grundsätzlich wird das Glättungsverfahren für alle HLB, ausgenommen Krankengeld, getrennt nach

- Nicht-Erwerbsminderungsrentner und
- Erwerbsminderungsrentner

und differenziert nach

- Nicht-DMP-Versicherte und
- DMP-Versicherte

durchgeführt.

Bei dem Krankengeld wird das Glättungsverfahren getrennt nach den Versichertengruppen

- VG 01
- VG 02 und
- VG 04

durchgeführt, wobei auch hier nach den Versichertengruppen

- Nicht-DMP-Versicherte
- DMP-Versicherte

differenziert wird.

Bei dem Glättungsverfahren werden die gleitenden Durchschnitte über 5 RSA-Zellen (DMP, Erwerbsminderungsrentner), 3 RSA-Zellen (Stichproben-HLB) bzw. 2 RSA-Zellen (Vollerhebungs-HLB) berechnet. Durch das Verfahren wird ein Ausgabenausgleich durch die Bildung der getrennten Versichertengruppen für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte vermieden (§ 5 Abs. 6 RSAV). Die Zellenwerte werden mit den zugrundeliegenden Versicherungszeiten gewichtet, hierdurch werden Ausreißer, die durch wenige Versicherte verursacht werden, geringer gewichtet als ein Wert hinter dem viele Versicherte stehen.

Für die Durchführung des Glättungsverfahrens werden jeweils fünf Alterszellen zu einer zusammengefügt. Da eine solche Zusammenfassung vom Startwert abhängig ist, werden fünf verschiedene Startwerte gebildet: 0-4, 1-5, 2-6, 3-7, 4-8 sowie 5-10, 6-11 usw.. Der Zellenwert wird dann als gewichteter Durchschnitt über die fünf Verfahren

berechnet. Faktisch werden immer fünf Zellen zu einer Zelle zusammengefasst, wobei für jede Zelle ein Wert ausgewiesen wird.

Beispiel:

Alter	Verf. 1	Verf. 2	Verf. 3	Verf. 4	Verf. 5	Ergebnis
0	Ø 0-4					
1						
2		Ø 1-5				
3						
4		Ø 2-6			Durchschnitt (1-5)	
5			Ø 3-7			
6				Ø 4-8		
7						
8						
9						

3.2.4. Ermittlung der Pro-Tag-Werte

Nach der Glättung werden die Pro-Tag-Werte der Versichertengruppen x7 und x8 entsprechend der Alters- und Geschlechtszugehörigkeit in die VG x1 bis x6 übertragen, wobei die VG x7 in die VG x1, x2 und x3 und die VG x8 in die Versichertengruppen x4, x5 und x6 übertragen werden. Hierdurch entstehen wieder die VG 01 bis 06.

Die Pro-Tag-Werte der SA 42 sind in der VG x1, x2 und x4 jeweils zu addieren und danach in die entsprechenden VG zu übertragen. Die addierten PTW der VG x4 werden in die VG x4 und x5 übertragen. Dieses Verfahren dient der späteren Berechnung der vorläufigen Verhältniswerte.

3.2.5. Ermittlung des 100%-Wertes

Der 100%-Wert stellt die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten pro Tag dar und wird für die Rechtskreise Ost, West und Bund getrennt berechnet. Er ergibt sich aus der Division der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (bLA)

aller Krankenkassen der KJ1, gemindert um die Summe der Risikopoolbeträge aller Krankenkassen durch die Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen.

$$100\% - Wert_{O/W/B} = \frac{KJ1_bLA_{O/W/B} - RP_{O/W/B}}{\sum SA40_{O/W/B}}$$

3.2.6. Berechnung der Verhältniswerte

Dividiert man nun jeden Pro-Tag-Wert der SA41_42 getrennt nach den Rechtskreisen Ost, West und Bund durch den 100%-Wert, ergeben sich die vorläufigen Verhältniswerte (VHW_VL). Die VHW_VL geben das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben (sLA) pro „RSA-Zelle“ zu dem Durchschnitt der Gesamtausgaben der GKV (Profilwerte) wieder.

$$VHW_VL_{O/W/B} = \frac{SA41_42_PTW_{O/W/B}}{100\% - Wert_{O/W/B}}$$

➤ vorläufiger Korrekturfaktor

Die Gesamtsumme der bLA, die in den 100%-Wert eingeht, kann aufgrund von Korrekturen der bLA für Vorjahre oder für das Ausgleichsjahr, die noch während der Durchführung der Berechnungen gemeldet werden, von den im Rahmen der Hochrechnung berücksichtigten Beträgen abweichen. Diese Abweichung wird über den Korrekturfaktor (KorrF_VL) abgebildet. Der Korrekturfaktor wird für jeden Rechtskreis getrennt gebildet, indem die SA 40 je Rechtskreis durch das Summenprodukt aus der SA 40 und den VHW_VL je Rechtskreis dividiert wird.

$$KorrF_VL_{O/W/B} = \frac{\sum SA40_{O/W/B}}{\prod (SA40_{O/W/B} * vorl._VHW_{O/W/B})}$$

Dieser Rechenweg ist abweichend von dem unter Nr. 3.4.2 (Bescheidberechnung) beschrieben. Die Beschreibung unter Nr. 3.4.2 ist an der Formulierung des § 6 RSAV angelehnt, die die Berechnung anders beschreibt als sie im tatsächlichen Verfahren umgesetzt wird. Im Ergebnis wird jedoch das gleiche Resultat erzielt, wie nachfolgend dokumentiert wird:

$$\begin{aligned}
 \text{KorrF}_{VL} &= \frac{100\% \text{ - Wert}_{\text{für_bLA}}}{100\% \text{ - Wert}_{\text{für_sLA}}} \\
 &= \frac{\frac{\sum bLA}{\sum SA40}}{\frac{\sum sLA}{\sum SA40}} = \frac{\frac{\sum bLA * \sum SA40}{\sum SA40}}{\frac{\sum sLA}{\sum SA40}} = \frac{\sum SA40 * \frac{\sum bLA}{\sum SA40}}{\prod SA40 * VHW * 100\% \text{ - Wert}_{\text{für_bLA}}} \\
 &= \frac{\sum SA40 * 100\% \text{ - Wert}_{\text{für_bLA}}}{\prod SA40 * VHW * 100\% \text{ - Wert}_{\text{bLA}}} = \frac{\sum SA40}{\prod SA40 * VHW} = \text{KorrF}_{VL}
 \end{aligned}$$

➤ Endgültige Verhältniswerte

Die Berechnung der rechtskreisgetrennten endgültigen VHW erfolgt durch die Multiplikation der VHW_VL O/W mit dem entsprechenden KorrF_VL O/W.

$$VHW_{O/W} = \text{vorl.}VHW_{O/W} * \text{vorl.}KorrF_{O/W}$$

3.2.7. Vorläufige standardisierte Leistungsausgaben (vorl. sLA)

Die vorläufigen sLA ergeben sich aus der Multiplikation der endgültigen Verhältniswerte getrennt nach den Rechtskreisen mit dem jeweiligen 100%-Wert.

$$\text{vorl.}_sLA_{O/W} = \text{endg.}_VHW_{O/W} * 100\% \text{ - Wert}_{O/W}$$

3.3. Gesamtdeutscher RSA – Rechtskreisangleichung

3.3.1. Berechnung der endgültigen Verhältniswerte

Durch § 313 a SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde ab dem Jahresausgleich 2001 der gesamtdeutsche RSA stufenweise eingeführt. Im gesamtdeutschen RSA sollen keine Unterscheidungen mehr zwischen dem Rechtskreis West und Ost (alte und neue Bundesländer) gemacht werden. Die Durchführung des RSA erfolgt dann für das gesamte Bundesgebiet einheitlich. Die vollständige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht. Bis dahin erfolgt die stufenweise Angleichung über den Gewichtungsfaktor (GF). Der GF wurde seit dem Jahresausgleich 2001 ausgehend von 25 % stufenweise um 12,5 % erhöht und beträgt im Jahresausgleich 2006 87,5 %. Der GF wird in die Berechnung der endgültigen Verhältniswerte eingebunden.

Die Kassen, die in beiden Rechtskreisen tätig sind, müssen die Daten für die Rechtskreise getrennt erheben, um die VHW, die sLA und den Beitragsbedarf rechtskreisgetrennt ermitteln zu können bzw. die Rechtsangleichung über diese Rechengrößen abwickeln zu können. Hierzu ist es zudem erforderlich, die VHW, die sLA und den Beitragsbedarf für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.

In Abwandlung der Formel zu den endgültigen VHW unter Abschnitt 3.2.6 (Berechnung der Verhältniswerte) erfolgt bis zur vollständigen Rechtskreisangleichung die Berechnung der rechtskreisgetrennten endgültigen VHW durch die Multiplikation der VHW_VL O/W mit dem entsprechenden Korrekturfaktor_VHW O/W, dem entsprechenden 100%-Wert O/W und dem Ergebnis der Subtraktion des Gewichtungsfaktors von der Zahl 1. Das Ergebnis ist durch den 100%-Wert des Bundes zu teilen. Im Anschluss dieser Rechenoperation wird das Produkt aus dem Gewichtungsfaktor, den VHW_VL_Bund und dem vorläufigen Korrekturfaktor Bund auf das zuvor berechnete Ergebnis addiert.

$$VHW = \frac{(1 - GF) * vor.VHW_{O/W} * vorl.KorrF_{O/W} * 100\% _ Wert_{O/W}}{100\% _ Wert_B} + GF * vorl.VHW_B * vorl.KorrF_B$$

3.3.2. Vorläufige standardisierte Leistungsausgaben

Die vorläufigen sLA berechnen sich analog zum Abschnitt 3.2.7 unter Anwendung des bundeseinheitlichen 100%-Wertes.

$$vorl._sLA_{O/W} = endg._VHW_{O/W} * 100\% _ Wert_B$$

Für die Ermittlung der endgültigen standardisierten Leistungsausgaben muss nun noch ein Korrekturfaktor für die standardisierten Leistungsausgaben ermittelt werden.

3.3.3. Korrekturfaktor für standardisierte Leistungsausgaben (KorrF_sLA)

Hierbei wird die Summe der Versicherungszeiten des Bundes (SA 40 Bund) durch das Summenprodukt aus SA 40 Ost und der VHW Ost zuzüglich des Summenproduktes aus der SA 40 West und der VHW West dividiert.

$$KorrF_{sLA} = \frac{\sum SA40_B}{\Pi(SA40_o * VHW_o) + \Pi(SA40_w * VHW_w)}$$

Dieser Korrekturfaktor ist immer gleich 1, da die Anwendung des $KorrF_{VHW}$ im Übergang von den vorläufigen zu den endgültigen Verhältniswerten bereits sicherstellt, dass die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Summe der standardisierten Leistungsausgaben entspricht. Die Berücksichtigung an dieser Stelle erfolgt lediglich aus systematischen Gründen.

3.3.4. Endgültige standardisierte Leistungsausgaben je Tag

Um diese Werte zu erreichen, müssen die vorläufigen sLA je Rechtskreis mit dem Korrekturfaktor für die sLA multipliziert werden.

$$sLA_{je_Tag} = vorl._sLA_{o/w} * KorrF_{sLA}$$

3.4. Korrekturverfahren für Vorjahre

3.4.1. Korrektur der Versicherungszeiten

Die Versicherungszeiten sind im RSA die entscheidende Größe für die Bestimmung des Beitragsbedarfes. Korrekturen können daher erhebliche finanzielle Auswirkungen haben.

a) GKV-weite Auswirkungen:

- bei der Ermittlung des 100%-Wertes für die Leistungsausgaben für das jeweilige Korrekturjahr, die sich wiederum auswirkt
 - bei der Ermittlung der sLA je Versichertentag in jeder Versichertengruppe für das jeweilige Korrekturjahr
 - bei der Ermittlung des Korrekturfaktors für Leistungsausgaben für das jeweilige Korrekturjahr

b) kassenindividuelle Auswirkungen:

- bei der Ermittlung des Beitragsbedarfes

Nach § 3 Abs. 1 RSAV erheben die Krankenkassen nicht nur für das Berichtsjahr die Summe der Versicherungszeiten, sondern auch für das erste und fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr, den obligatorischen Korrekturjahren.

Als fakultative Korrekturjahre gelten die Jahre zwischen den beiden obligatorischen Korrekturjahren. Auch hier müssen Krankenkassen, bei denen sich Korrekturen ergeben, eine neue Meldung ihrer Versicherungszeiten abgeben. Soweit sich im Nachhinein weitere Hinweise auf Korrekturnotwendigkeiten für Vorjahre ergeben, die länger als fünf Jahre vor dem Berichtsjahr liegen, sind Korrekturmeldungen nur noch in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen durchzuführen (§ 12 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V).

3.4.1.1. Fakultative Korrekturjahre

Die gemeldeten korrigierten Versicherungszeiten des jeweiligen Korrekturjahres fließen in den aktuellen Jahresausgleich in der Form ein, dass sie mit den für das Korrekturjahr gültigen standardisierten Leistungsausgaben (sLA) multipliziert werden. Der sich daraus ergebende Gesamtbeitragsbedarf (BB) des Korrekturjahres wird mit dem zuletzt für dieses Korrekturjahr ermittelten Beitragsbedarf verglichen. Die sich daraus ergebende Differenz spiegelt die Forderung bzw. Verpflichtung für dieses Korrekturjahr wieder und erhöht bzw. mindert den Beitragsbedarf des Ausgleichsjahres.

$$\begin{aligned} \text{Einzelkassenebene:} \quad \mathbf{BB_{neu}} &= \Sigma(\text{SA}_{40_{\text{neu}}} * \text{sLA}) \\ \mathbf{\text{Forderung/Verpflichtung}} &= \text{BB}_{\text{neu}} - \text{BB}_{\text{alt}} \end{aligned}$$

3.4.1.2. Obligatorische Korrekturjahre

Zur Berechnung der obligatorischen Korrekturjahre muss der 100%-Wert des betreffenden Jahres neu ermittelt werden. Nach § 12 Abs. 9 der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V wird dazu der KJ1-Wert (Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben) des Korrekturjahres durch die korrigierten Versicherungszeiten nach Satzart 40 des Korrekturjahres aller Krankenkassen dividiert. Dabei wird der Beitragsbedarf, der den zwischen dem Korrekturjahr und dem Ausgleichsjahr geschlossenen Krankenkassen – ohne Rechtsnachfolger – zuletzt zugewiesen wurde, vom KJ1-Wert abgezogen. Ebenso wird ab dem Korrekturjahr 2002 das Korrekturvolumen aus dem Risikopool abgezogen.

Um die Veränderung im SA 40-Profil der ursprünglichen Meldung zu der erfolgten Korrekturmeldung auszugleichen, wird ein Korrekturfaktor (KorrF) ermittelt. Er wird benötigt, da die Verhältniszahlen **nicht** neu berechnet werden. Zunächst muss für die Berechnung des Korrekturfaktors die Risikomenge gebildet werden. Diese ergibt sich

aus der Multiplikation der neuen SA 40 für das Korrekturjahr mit den damaligen Verhältniswerten (VHW). Der Korrekturfaktor ist der Quotient der summierten Versicherungszeiten (SA 40) durch die Risikomenge.

Die standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich neu, indem die für das Korrekturjahr gültigen Verhältniswerte mit dem 100%-Wert und dem Korrekturfaktor multipliziert werden.

GKV-Ebene:

$$\begin{aligned}
 \mathbf{100\%-Wert}_{\text{neu_Korrj}} &= \frac{\text{KJ 1-Wert}_{\text{Korrj}}}{\Sigma \text{SA40}_{\text{neu_Korrj}}} \\
 \mathbf{Risikomenge} &= \text{SA40}_{\text{neu}} * \text{VHW}_{\text{alt}} \\
 \mathbf{KorrF} &= \frac{\Sigma \text{SA40}}{\Sigma \text{Risikomenge}} \\
 \mathbf{sLA}_{\text{neu_Korrj}} &= \text{VHW} * \mathbf{100\%-Wert}_{\text{neu_Korrj}} * \mathbf{KorrF}_{\text{Korrj}}
 \end{aligned}$$

Danach erfolgen die Berechnungsschritte der Einzelkassenebene analog zu den fakultativen Korrekturjahren.

3.4.1.3. „Nullsummenspiel“ in den Vorjahren

Anders wie beim aktuellen Jahresausgleich, gehen die Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen der fakultativen und obligatorischen Korrekturjahre nicht zwingend auf Null auf. In den fakultativen Korrekturjahren liegt es daran, dass nur für die Kassen eine Forderung oder Verpflichtung berechnet wird, die auch eine Korrektur ihrer Versicherungszeiten abgegeben haben. Dies könnte auch z.B. nur eine einzige Kasse sein. Für alle anderen Kassen ergäben sich daraus keine neue Forderung oder Verpflichtung. Zudem werden der 100%-Wert und die standardisierten Leistungsausgaben nicht neu berechnet.

In den obligatorischen Korrekturjahren dagegen müssen alle Kassen eine Satzart 40 abgeben, auch wenn diese identisch mit der zuletzt für dieses Jahr abgegebenen Satzart 40 ist. Für das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende obligatorische Korrekturjahr kann die Summe der Forderungen und Verpflichtungen nicht auf „Null“ aufgehen, da dieses Jahr davor schon öfters ein fakultatives Korrekturjahr war. Die Berechnung der Forderung oder Verpflichtung bezieht sich auf den zuletzt für dieses Jahr gemeldeten Beitragsbedarf. Dieser Vergleich fällt für jede Kasse unterschiedlich

aus. In der Zeitreihe von fakultativen und obligatorischen Korrekturmeldungen ist jedoch jedes Korrekturjahr ausgeglichen. Für das erste vor dem Berichtsjahr liegende Korrekturjahr findet nur eine Umverteilung des Beitragsbedarfes zwischen RSA und Risikopool statt. Eine Differenz der Korrekturbeträge zwischen RSA und Risikopool resultiert lediglich aus dem Abzug des Beitragsbedarfs für geschlossenen Krankenkassen.

3.4.2. Korrektur der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Korrekturen von gebuchten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus Vorjahren sind in KJ1 unter Schl.Nr. 9995, Sp. 3 auszuweisen und werden bei der Berechnung des Ausgleichsjahres berücksichtigt.

Diese Korrekturen beeinflussen folgende GKV-Eckwerte:

- Berechnung des ABS
- Berechnung des 100%-Wertes für LA und des Korrekturfaktors.

Daraus folgt eine pauschale Anhebung bzw. Absenkung der standardisierten LA je Versichertentag in jeder Versichertengruppe.

3.4.3. Korrektur der beitragspflichtigen Einnahmen

Korrekturen der beitragspflichtigen Einnahmen der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) von abgeschlossenen Jahresausgleichen werden im laufenden Kalenderjahr ins Beitragssoll gebucht. Berichtigungen fließen somit über die KJ1 Schlüsselnummer 9993 (BPE-AKV) und 9994 (BPE-KVdR) in das Ausgleichsjahr direkt ein.

3.4.4. Korrektur des Risikopools

Die Risikopool-Korrekturen werden, analog zur Korrektur der Versicherungszeiten, in obligatorischen Korrekturjahren gem. § 12 der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V über den neu zu berechnenden 100%-Wert berücksichtigt und in fakultativen Korrekturjahren gem. § 24 der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V über den Ausgleichsbedarfssatz ausgeglichen. (Siehe auch Punkt 3.4.1.2)

3.5. Berechnung der Bescheide

Einmal im Jahr werden die Jahresausgleichsbescheide vom Bundesversicherungsamt (BVA) erlassen. Es werden alle Krankenkassen einbezogen, die am monatlichen Verfahren

des Jahres teilgenommen haben, auf das sich der Jahresausgleichsbescheid bezieht. Für die teilnehmenden Krankenkassen gilt hierbei der Fusionsstand 31.12. eines Jahres (siehe § 8 der Vereinbarung der Spitzenverbände). Die gesetzliche Grundlage bildet § 266 SGB V i.V.m. § 19 RSAV.

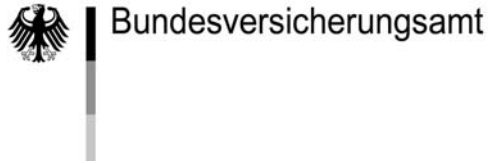
Demnach ermittelt das BVA (§ 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V) nach Ablauf jeden Kalenderjahres den Beitragsbedarf und die Finanzkraft jeder Krankenkasse. Dieser Zeitpunkt ist gesetzlich festgelegt worden, weil zu diesem Zeitpunkt die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Verfahren teilnehmenden Krankenkassen, sowie die Abrechnung nach § 227 SGB VI und die Jahresrechnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (KBS) als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung nach § 167 Satz 1 SGB V für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) vorliegen. Die monatlichen bzw. die in den Zwischenausgleichen geleisteten oder erhaltenen Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen und sind nach Festsetzung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft mit den endgültigen, für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen zu verrechnen.

3.5.1. Bescheidvordruck

Der Bescheid besteht aus der Aufstellung der für die Kasse relevanten bzw. zugrundegelegten Rechnungsergebnisse, sowie 2 Anlagen, in denen zum einen die Korrektur der Versicherungszeiten und zum anderen die Korrektur der DMP-Vorhaltekosten aus Vorjahren aufgeführt sind. Die beiden Anlagen sind Bestandteil des Bescheides. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Rechnungsergebnisse sind dem Bescheid Erläuterungen beigelegt. Zur Vereinfachung der Zahlungsabwicklung wird die Ausgleichsforderung oder -verpflichtung des Risikopoolbescheides, der zeitgleich mit dem Jahresausgleich abgewickelt wird, auf einem „Vorblatt“ mit der Ausgleichsforderung oder -verpflichtung des Jahresausgleichs für den RSA verrechnet. Gem. § 313 SGB V werden die Bescheide nach Rechtskreisen getrennt erstellt.

Nachfolgend werden alle Anschreiben zum Bescheid, der Bescheid selbst und dessen Anlagen aufgeführt. Die Beispiele beziehen sich auf den Jahresausgleich 2006, wobei hier zu beachten ist, dass die Zahlenbeispiele fiktiv sind und die angegebenen Positionen des Bescheides je nach Bedarf variieren können, d.h. es können in anderen Jahresausgleichen Positionen hinzukommen oder entfallen.

Muster „Anschreiben zum Bescheid“:



Bundesversicherungsamt • Friedrich-Ebert-Allee 38 • 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

KK-Name

TEL +49 (0) 228 619 - 0228/619-

Rechtskreis

FAX +49 (0) 228 619 - 0228/619-1841

Strasse

E-MAIL RSA.VII2@bva.de

Ort

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN)

DATUM 06. November 2007

AZ VII 2 - 5582 - IK

VII 3 - 5587.1 - IK

BfA 9628 – IK:

(bei Antwort bitte angeben)

Bescheide vom 06.11.2007 zum Risikostrukturausgleich gem. § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 19 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sowie zum Risikopool gem. § 269 SGB V i.V.m. §§ 19 und 28 a RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die oben genannten Bescheide. Im Risikostrukturausgleich ergibt sich für Ihre Krankenkasse eine Ausgleichsverpflichtung [Ausgleichsforderung] in Höhe vonEURO. Im Risikopool ergibt sich für Ihre Krankenkasse eine Ausgleichsverpflichtung [Ausgleichsforderung] in Höhe vonEURO.

[Bei negativem Saldo]

Wir bitten Sie, den Saldo in Höhe vonEURO unter Beachtung der in den Bescheiden angegebenen Fälligkeit an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu überweisen.

Bitte achten Sie darauf, dass die Überweisung an die Deutsche Rentenversicherung Bund im Verwendungszweck unbedingt die Angabe Ihres Institutionskennzeichens (IK) sowie die Angabe „13.2006“ enthält.

Beträge über 250.000 EURO sind gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV im beschleunigten Verfahren zur Verfügung zu stellen.

Es ist die Empfängerbankverbindung der Deutschen Rentenversicherung Bund auszuwählen, wie diese für die Weiterleitung der anteiligen GSV-Beiträge vorgeschrieben ist.

[Bei positivem Saldo]

Der Saldo in Höhe von ...EURO wird Ihnen von der Deutschen Rentenversicherung Bund an der in den Bescheiden angegebenen Fälligkeit überwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

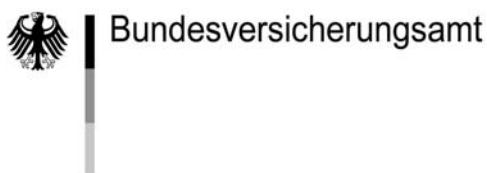
Im Auftrag

Bundesversicherungsamt

Anlagen: siehe Betreffzeile

Dieses Schreiben ist maschinell gefertigt und gilt ohne Unterschrift.

Bescheidmuster:



Bundesversicherungsamt Friedrich-Ebert-Allee 38 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

KK-Name

TEL +49 (0) 228 619 -

Rechtskreis

FAX +49 (0) 228 619 - 1841

Straße

E-MAIL RSA.VII2@bva.de

Ort

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN)

DATUM 06. November 2007

AZ VII 2 - 5582 – IK:

Deutsche Rentenversicherung Bund

9628 – IK:

(bei Antwort bitte angeben)

Berechnung des Jahresausgleichs nach § 266 SGB V in Verbindung mit § 19 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) für das Kalenderjahr 2006

Der Jahresausgleich für Ihre Krankenkasse berechnet sich wie folgt:

Die Anlage 1 für die Position 3 sowie die Anlage 2 für die Position 7 a und Position 7 b sind Bestandteile dieses Bescheides.

1. Summe der standardisierten Leistungsausgaben (Beitragsbedarf) -Ausgleichsjahr-	4.412.442,76 Euro
2. BVA-Korrekturen, sonstige	0,00 Euro
3. Korrekturen des Beitragsbedarfs aus den Vorjahren gem. Anl. 1	5.660,21 Euro
4. Gesamtsumme des Beitragsbedarfs (Summe Pos. 1 bis Pos. 3)	4.418.102,97 Euro
5. Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen (KJ1 -Schl.Nr. 9998 Sp. 2-)	0,00 Euro
6. Jahresabgeltungsbetrag 2006 gem. § 4 Abs. 5 PauschAV	44.355,91 Euro
7a. Programmkostenpauschale insgesamt gem. Anlage 2	7.260,24 Euro
7b. Korrektur der Programmkostenpauschale aus den Vorjahren gem. Anlage 2	253,38 Euro
8. Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (§ 249 b SGB V) (KJ1 -Schl.Nr. 9997 Sp. 3-)	0,00 Euro
9. Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) (KJ1 -Schl.Nr. 9993 Sp. 1-)	25.696.170,00 Euro

10. Rentensumme (KJ1 -Schl.Nr. 9994 Sp. 1-)	8.491.945,00 Euro
11. Gesamtsumme der BPE (Summe Pos. 9 bis Pos. 10)	34.188.115,00 Euro
12. Ausgleichsbedarfssatz (§ 266 Abs. 3 Satz 2 SGB V)	12,38000724477
13. Finanzkraft (§ 266 Abs. 3 Satz 1 SGB V) (Pos. 11 x Pos. 12 : 100)	4.232.491,11 Euro
14. Ausgleichsanspruch / Ausgleichsverpflichtung (Pos. 4 + Pos. 5 – Pos. 6 + Pos. 7a + Pos. 7b – Pos. 8 – Pos. 13)	148.769,57 Euro
15. Geleistete Abschlagszahlungen / Erhaltene Abschlagszahlungen	118.566,88 Euro
16. Ausgleichsbetrag RSA (Pos. 14 – Pos. 15)	30.202,69 Euro

Der unter Pos. 16 ausgewiesene Betrag wird gem. § 19 Abs. 3 RSAV am 20.11.2007 fällig.

Hinweise:

Ausgleichsverpflichtungen sind unter Beachtung der §§ 14 Abs. 2 und 19 Abs. 3 RSAV an die Deutsche Rentenversicherung Bund, sofern sie nichts anderes bestimmt hat, unter Angabe des Verwendungszwecks „IK - 13.2006“ auf die für die Weiterleitung der anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge maßgebenden Konten zu erfüllen. Leisten Sie keine Zahlungen an das Bundesversicherungsamt.

Klagen gegen Zahlungsbescheide im Risikostrukturausgleich einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten haben keine aufschiebende Wirkung (§ 266 Abs. 6 Satz 8 SGB V). Für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht geleistet werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages zu zahlen (§ 266 Abs. 8 SGB V in Verbindung mit § 14 Abs. 3 RSAV).

Das Nähere zur Berechnung entnehmen Sie bitte den anliegenden allgemeinen Erläuterungen, die Gegenstand dieses Bescheides sind.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim Sozialgericht Köln, An den Dominikanern 2, 50668 Köln, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Klage erhoben werden. Die Klage soll die Beteiligten und den Streitgegenstand bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten. Sie soll ferner den angefochtenen Verwaltungsakt bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben und von dem Kläger oder einer zu seiner

Vertretung befugten Person mit Orts- und Tagesangabe unterzeichnet sein. Der Klageschrift und den sonstigen Schriftsätzen sollen Abschriften für die Beteiligten beigelegt werden.

Bundesversicherungsamt

Anlage: Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren

Berechnung der Programmkostenpauschale für das Jahr 2006 sowie Korrekturen der Programmkostenpauschale aus den Vorjahren

Dieser Bescheid ist maschinell gefertigt und gilt ohne Unterschrift.

Muster für die Anlage 1

Anlage 1 zum Bescheid Jahresausgleich 2006

IK Kassenname PLZ Ort

Korrektur des Beitragsbedarfs aus den Vorjahren

Die Korrekturbeträge aufgrund der gemeldeten Korrekturen der Satzart 40 für Vorjahre ergeben sich aus den unten ausgewiesenen Positionen. Maßgebend für die Neuberechnung der fakultativen Vorjahre sind die für das Korrekturjahr zuletzt gültigen standardisierten Leistungsausgaben je Tag. Für die obligatorischen Vorjahre (2001 und 2005) wurde im Rahmen des Jahresausgleiches 2006 (JA 2006) der 100%-Wert sowie die standardisierten Leistungsausgaben je Tag neu festgesetzt bzw. berechnet.

Durch eine Umstellung der Datenbank kann es in den Jahren 1994 bis 2001 aufgrund der Umrechnung von DM in Euro zu Rundungsdifferenzen von einem Cent kommen.

		<u>Neu ermittelte standard.</u>	<u>Bereits berücksichtigte</u>
		<u>Leistungsausgaben</u>	<u>standard. Leistungsausgaben</u>
		<u>(JA 2006)</u>	<u>(JA 2005)</u>
IK 999999999	1994	1.548.160,29	1.548.160,29
	1995	2.761.317,59	2.761.317,59
	1996	2.843.885,23	2.843.885,23
	1997	3.037.567,39	3.037.567,39
	1998	3.177.234,54	3.177.234,54
	1999	3.401.948,20	3.401.948,20
	2000	3.625.606,58	3.625.606,58
	2001	3.945.329,71	3.941.132,99
	2002	4.055.006,34	4.055.006,34
	2003	4.293.051,19	4.293.051,19
	2004	4.243.390,81	4.243.390,81
	2005	4.315.168,64	4.313.705,15
	Summe	41.247.666,51	41.242.006,30

Gesamtsaldo 1994 bis 2005 (Spalte 1 minus Spalte 2) in Euro

- Position 3 des Bescheides -

5.660,21

3.5.2. Bescheidberechnung

Nach § 266 SGB V i.V.m. § 19 RSAV ermittelt das BVA für allen Krankenkassen die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 6 RSAV je Versichertenjahr (sLA) in jeder Versichertengruppe auf der Grundlage der Verhältniswerte nach § 5 RSAV und den Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 1 RSAV (Pos. 12 des Bescheides). Die Ermittlung der sLA ist unter Nr. 3.2 genauer erläutert. Die Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes wird nachfolgend unter Punkt Nr. 3.5.3 eingehend erörtert.

Darüber hinaus wird für jede Krankenkasse und für alle Krankenkassen insgesamt die Summe der Versicherungszeiten in jeder Versichertengruppe nach § 3 RSAV, die Summe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 6 RSAV (Pos. 1 des Bescheides), die Höhe des Beitragsbedarfs nach § 10 Abs. 1 RSAV (Pos. 4 des Bescheides), die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 RSAV (Pos. 9 des Bescheides), die Höhe der Finanzkraft nach § 12 Abs. 1 RSAV (Pos. 13 des Bescheides) und die von den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 17 Abs. 4 und 5 RSAV geleisteten Abschlagszahlungen ausgewiesen. Als solche gelten die von der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 17 Abs. 6 Satz 4 RSAV nachgewiesenen Beträge. Genaugenommen übersendet die Deutsche Rentenversicherung Bund jeder Krankenkasse nach Ablauf eines Kalenderjahres einen Kontoauszug über die monatlichen Abschlagszahlungen, die zur Verfahrensvereinfachung mit den Beiträgen aus Renten verrechnet wurden. (Pos. 15 des Bescheides).

Die angegebenen Positionen des Bescheides beziehen sich auf den Jahresausgleichsbescheid 2006, je nach Bedarf können diese variieren, d.h. es können neue Positionen hinzukommen oder Positionen, die nicht mehr benötigt werden, wegfallen.

Zunächst wird der Beitragsbedarf (BB) der Kasse ermittelt. Der Gesamtbeitragsbedarf ist unter Pos. 4 des Bescheides aufgeführt. Er berechnet sich aus den sLA (Pos. 1 des Bescheides), den BVA-Korrekturen (BVA_Korr) (Pos. 2 des Bescheides) und den Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren (BB_aus_VJ) (Pos. 3 des Bescheides). Bei den BVA-Korrekturen handelt es sich um Korrekturbeträge, die das BVA den betreffenden Krankenkassen zuvor per Bescheid oder Schreiben mitgeteilt hat (z. B. Säumniszuschläge).

Die Gesamtsumme des Beitragsbedarfes ergibt sich aus der Addition der in den Positionen 1 bis 3 ausgewiesenen Beträgen.

$$BB = sLA + BVA_Korr + BB_aus_VJ$$

Die Summe der sLA (§ 266 Abs. 2 Satz 2 SGB V) stellt den Beitragsbedarf einer Krankenkasse dar. Die Berechnung ist in § 6 RSAV vorgegeben:

Bildung des 100%-Wertes für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (100% Wert_{für_bLA})

Zunächst wird die Summe der im Ausgleichsjahr berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (bLA) (§ 4 RSAV) aller Krankenkassen durch die Summe der Versicherungszeiten (§ 3 RSAV) aller Krankenkassen geteilt.

$$100\% \text{ _ Wert}_{\text{für_bLA}} = \frac{\sum bLA}{\sum VZ_alleKK}$$

Bildung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben (PTW) (vorl_sLA):

Im Anschluss daran wird das Ergebnis für jede Versichertengruppe mit dem jeweiligen Verhältniswert nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 RSAV vervielfacht und durch 100 geteilt.

$$\text{vorl_sLA(PTW)} = \frac{100\% \text{ _ Wert} * VHW_jeVG}{100}$$

Bildung des 100%-Wertes für standardisierte Leistungsausgaben (100% Wert_{für_sLA}):

Die sich daraus ergebenden Werte werden für jede Versichertengruppe mit der entsprechenden Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen vervielfacht und durch die Summe der Versicherungszeiten aller Versichertengruppen geteilt.

$$100\% \text{ _ Wert}_{\text{für_sLA}} = \frac{\sum (\text{vorl_sLA(PTW)}_jeVG * VZ_jeVG)}{\sum VZ_alleVG}$$

Bildung des Korrekturfaktors (KF):

Das Ergebnis des ersten Schrittes (100%-Wert für bLA) ist durch das Ergebnis des dritten Schrittes (100%-Wert für sLA) zu dividieren (= Korrekturfaktor).

$$KF = \frac{100\% \text{ _ Wert}_{\text{für_bLA}}}{100\% \text{ _ Wert}_{\text{für_sLA}}}$$

Bildung der endgültigen standardisierten Leistungsausgaben (sLA_endg):

Zum Schluss werden die Verhältniswerte mit dem Korrekturfaktor vervielfacht.

$$sLA_endg = VHW * KF$$

Dieser Rechenweg ist abweichend von dem unter Nr. 3.2.5 ff (Berechnungen auf GKV-Ebene) beschriebenen, da die RSAV den Rechenweg etwas anders beschreibt. Im Ergebnis wird aber das gleiche Resultat erzielt, was unter Nr. 3.2.6 bewiesen wird.

Zum Beitragsbedarf hinzu kommt die Korrektur des Beitragsbedarfs aus Vorjahren. Dieser ist unter Pos. 3 des Bescheides aufgeführt. Vom Gesetzgeber ist vorgesehen worden, dass sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen, die erst nach Abschluss der Berechnungen festgestellt werden, im nächsten Jahresausgleich zu berücksichtigen sind. Die gesetzliche Grundlage bildet hier § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V. Da sich häufig bei den Versicherungszeiten noch Korrekturen im nachhinein ergeben, wurde festgelegt, dass das erste und das fünfte Jahr, welches vor dem Berichtsjahr liegt, von allen am Verfahren teilnehmenden Krankenkassen korrigiert werden muss. Es handelt sich um die sogenannten Regelkorrekturjahre. Krankenkassen, die für die drei dazwischenliegenden Jahre Korrekturbedarf haben, können am fakultativen Korrekturverfahren teilnehmen. Auch dieser Beitragsbedarf wird unter der Pos. 3 des Bescheides abgewickelt. Schließlich werden hier zudem die Korrekturen für die Ausgleichsjahre, die vor dem fünften Berichtsjahr liegen, berücksichtigt. An diesem Korrekturverfahren können jedoch nur Krankenkassen teilnehmen, bei denen das Bundesversicherungsamt einen Ausnahmefall nach § 3 Abs. 5 Satz 2 RSAV festgestellt hat. Im Bescheid ist dies dann auf der ersten Seite direkt oberhalb der Position 1 vermerkt.

Krankenkassen, bei denen nach § 15a Abs. 3 Satz 1 RSAV ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung erhoben wurde, können gem. § 3 Abs. 5 Satz 3 RSAV nur dann am Korrekturverfahren für das betroffene Ausgleichsjahr teilnehmen, wenn sie gem. § 15a Abs. 3 Satz 4 RSAV eine ordnungsgemäß korrigierte Datenmeldung nachweisen können. Die Berechnung der Korrektur ist jahresbezogen in der Anlage 1 des Bescheides aufgeführt. Das Berechnungsverfahren ist unter Nr. 3.5 (Berechnung der Bescheide) genauer beschrieben.

Unter Pos. 5 des Bescheides ist das Krankengeld und die Beiträge aus Nachzahlungen aufgeführt, die beitragsbedarfserhöhend wirken, wenn keine negativen Beträge dort verbucht sind. Dieser Betrag wird der KJ1 Schlüssel-Nummer 9998

Spalte 2 entnommen. Es handelt sich hierbei um Krankengeldnachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V und die darauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge. Die Ausgaben resultieren aus den Ansprüchen auf Krankengeld, die vor dem 22. Juni 2000 entstanden sind. Hierdurch wird bei den Krankengeldnachzahlungen – im Gegensatz zu allen anderen Ausgaben – auf eine Standardisierung verzichtet.

Beitragsbedarfssenkend wirkt hingegen der unter Pos. 6 des Bescheides genannte Jahresabgeltungsbetrag gem. § 4 Abs. 5 PauschAV. Nach § 221 SGB V beteiligt sich der Bund im Rahmen einer pauschalen Abgeltung an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen i.H.v. 4,2 Mrd. Euro im Jahr 2006. Dieser Jahresabgeltungsbetrag wird zunächst entsprechend der Ausgabenseite der jeweiligen Krankenkasse an den versicherungsfremden Leistungen an die Krankenkassen ausgezahlt. Versicherungsfremde Leistungen der Krankenkassen entstehen aber auch durch Beitragsrückstellungen, die über die Finanzkraft im RSA ausgeglichen werden; zudem wird die Belastung mit versicherungsfremden Ausgaben durch die standardisierten Ausgabenprofile mit erfasst. Um Doppelberücksichtigungen zu vermeiden, wird der Jahresabgeltungsbetrag in Gänze vom Beitragsbedarf abgezogen; er kommt allen Krankenkassen durch die hierdurch bewirkte Absenkung des Ausgleichsbedarfsatzes zu Gute.

Die Positionen 7a und 7b des Bescheides berücksichtigen die DMP-Programmkosten. Unter Pos. 7a ist die Programmkostenpauschale für das Jahr 2006 aufgeführt. Diese ergibt sich aus der Division der gemeldeten DMP-Versicherungszeiten der Satzart 40 für den Jahresausgleich 2006 durch 365 und der anschließenden Multiplikation mit der Programmkostenpauschale für das Jahr 2006 in Höhe von 84,99 €.

Nachträgliche Korrekturen bei den Versicherungszeiten der in die DMP-Gruppen eingeschriebenen Versicherten machen Korrekturen der Programmkostenpauschale aus den Vorjahren notwendig. Die Abwicklung findet unter Pos. 7b des Bescheides statt. Gem. § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V sind sachliche und rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen, die erst nach Abschluss der Ermittlung der Werte für den Jahresausgleich festgestellt werden, im nächsten Ausgleichsverfahren nach den geltenden Vorschriften zu berücksichtigen. Aufgrund dieser Vorschrift werden die Versicherungszeiten für Vorjahre korrigiert und infolgedessen werden Korrekturen der Programmkostenpauschale notwendig, da diese sich über die Versicherungszeiten berechnen. Die unter dieser Position ausgewiesenen Beträge sind jahresbezogen der Anlage 2 (vgl. 3.5.1) zu entnehmen. Bei positiven Korrekturen wirkt sich das erhöhend auf den Ausgleichsbetrag aus und umgekehrt bei negativen Korrekturen.

Beitragsbedarfssenkend wirken sich wiederum die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung gem. § 249b SGB V aus. Diese Beiträge sind der Schlüssel-Nummer 9997 Spalte 3 der KJ1 entnommen worden und sind unter Pos. 8 des Bescheides aufgeführt (siehe auch unter Nr. 2.3.2). Die Schlüssel-Nummer 9997 Spalte 3 der KJ1 ist ein „Auslaufmodell“, da mit dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistung am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See mit Wirkung vom 01.04.2003 zur zentralen Einzugsstelle für den pauschalen Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung nach § 249b SGB V eingesetzt wurde. Das bedeutet, dass die Krankenkassen dort nur noch verspätete, von den Arbeitgebern gezahlte Beiträge, Nachberechnungen oder Korrekturen der Beiträge verbuchen. Die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung werden seit dem 01.04.2003 von der Knappschaft (als Träger der Krankenversicherung) über die Kalendervierteljahresstatistik (KV 45) in der Schlüsselnummer 8920 erfasst und nachrichtlich an das BMG gemeldet. Ebenfalls meldet die Knappschaft die Beiträge monatlich ans das BVA. Die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung werden dann den Krankenkassen über den RSA zur Verfügung gestellt (s. ABS-Berechnung Nr. 3.5.3). Eine Verbuchung als Beitragseinnahmen durch die Krankenkassen wird daher nicht mehr vorgenommen.

Auf der Gegenseite berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben steht die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Pos. 11 des Bescheides) der Kasse. Sie setzt sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen (AKV) (Pos. 9 des Bescheides) und der Rentensumme (Pos. 10 des Bescheides) zusammen. Die beitragspflichtigen Einnahmen wurden der KJ1 Schlüssel-Nummer 9993, Spalte 1 und die Rentensumme der KJ1 Schlüssel-Nummer 9994, Spalte 1, entnommen. Eine detailliertere Beschreibung dieser Werte ist unter Nr. 2.2.2.1 und 2.2.2.2 zu finden.

Unter Pos. 12 des Bescheides ist der Ausgleichsbedarfsatz (ABS) gem. § 266 Abs. 3 Satz 2 SGV i.V.m. § 11 RSAV aufgeführt. Der ABS wird vom Bundesversicherungsamt ermittelt und wird zeitgleich mit dem Versand der Bescheide bekannt gegeben und ist für alle Kassen gültig. Er dient der Berechnung der Finanzkraft (Pos. 13 des Bescheides) der Kasse. Im Jahresausgleich 2006 betrug der ABS 12,380007244779. Eine ausführliche Beschreibung der Berechnung des ABS ist unter Nr. 3.5.3 nachzulesen.

Die Finanzkraft (Pos. 13 des Bescheides) ergibt sich aus der Multiplikation der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der Kasse mit dem für alle Kassen gültigen Ausgleichsbedarfssatzes, dividiert durch 100.

$$\text{Finanzkraft} = \frac{\sum BPE * ABS}{100}$$

Unter Pos. 14 des Bescheides ist nun der wichtigste Punkt aufgeführt, der Ausgleichsanspruch bzw. die -verpflichtung. Die Höhe ergibt sich aus der Berechnung:

- Gesamtsumme des Beitragsbedarfs gem. § 16 RSAV (Position 4)
- + Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen (Position 5)
- Jahresabgeltungsbetrag (Position 6)
- + Programmkostenpauschale insgesamt (Position 7a)
- + Korrektur der Programmkostenpauschale aus Vorjahren (Position 7b)
- Gesamtsumme der Beiträge nach § 249 b SGB V (Position 8)
- Finanzkraft (Position 13)

Wenn das Ergebnis die Finanzkraft den um die Beträge nach § 249 b SGB V reduzierten Beitragsbedarf (vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 2 RSAV) übersteigt, ergibt sich für die Kasse eine Ausgleichsverpflichtung. Im umgekehrten Fall ergibt sich ein Ausgleichsanspruch.

Die im monatlichen Verfahren von den Krankenkassen bzw. der Deutschen Rentenversicherung Bund geleisteten Abschlagszahlungen der Monate Januar bis Dezember des betreffenden Ausgleichsjahres sind unter Pos. 15 des Bescheides aufgeführt. Ebenso ist in der Verrechnung der Abschlag aus dem Zwischenausgleich nach § 17 Abs. § 3a RSAV enthalten. Hierbei gilt, dass für die monatlichen Abschläge der Monate Januar bis Dezember die im Kontoauszug der Deutschen Rentenversicherung Bund ausgewiesenen Abschläge maßgebend sind.

Unter der letzten Position des Bescheides (Pos. 16) ist der Ausgleichsbetrag für den RSA aufgeführt. Er ergibt sich aus der Subtraktion der geleisteten Abschlagszahlungen von der festgestellten Ausgleichsforderung bzw. -verpflichtung. Die berechnete Ausgleichsverpflichtung bzw. -forderung wird mit der Bekanntgabe des Ausgleichsbedarfssatzes fällig (§ 19 Abs. 3 Satz 1 RSAV), d.h. die Zahlung hat unverzüglich innerhalb zwei Wochen nach Bescheidversand zu erfolgen. Hierbei ist für die Krankenkassen wichtig zu beachten, dass die Überweisungen an die Deutsche

Rentenversicherung Bund und nicht an das Bundesversicherungsamt zu tätigen sind. Das Institutionskennzeichen ist bei der Überweisung der Krankenkasse an die Deutsche Rentenversicherung Bund unbedingt anzugeben, um Verwechslungen auszuschließen und die rechtzeitige Überweisung zu garantieren. Die Zahlung erfolgt auf die Bankverbindung, wie diese für die Weiterleitung der anteiligen Gesamtsozialversicherungs-Beiträge vorgeschrieben ist. Darüber hinaus sind Ausgleichsverpflichtungen über 250.000 Euro nach § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV im beschleunigten Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verfügung zu stellen.

Im Falle eines Ausgleichsanspruches wird der Ausgleichsanspruch innerhalb der Frist von der Deutschen Rentenversicherung Bund an die Krankenkasse überwiesen. Bei verspäteten Zahlungen von Seiten der Kassen werden gem. § 266 Abs. 8 SGB V i.V.m. § 14 Abs. 3 RSAV Säumniszuschläge in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages für jeden angefangenen Monat der Säumnis fällig.

3.5.3. Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes (ABS)

Der ABS wird unter Pos. 12 des Bescheides aufgeführt. Der ABS ist der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der Mitglieder aller am RSA-Verfahren teilnehmenden Krankenkassen, der notwendig ist, um die von den Versicherten verursachten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen) zu decken. Vereinfacht gesehen ist dies der durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen für die im RSA berücksichtigungsfähigen Ausgaben. Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach § 11 Abs.1 RSAV den ABS nach § 266 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V für jedes Ausgleichsjahr als Vomhundertersatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Der ABS ist so festzulegen, dass die Summe der Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen auf Null aufgeht. Mittels ABS wird die Finanzkraft der Krankenkassen berechnet, die notwendig ist, um die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkassen durch den entsprechenden Anteil an den beitragspflichtigen Einnahmen zu decken:

$$\text{Finanzkraft} = \frac{\text{Beitragspflichtige_Einnahmen} * \text{ABS}}{100}$$

Für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfsatz benötigt man die beitragspflichtigen Einnahmen aller Kassen. Diese werden ermittelt, indem die beitragspflichtigen

Einnahmen aller Kassen aus der Position 11 des Bescheides aufsummiert werden (rechtskreisgetrennt und für den Bund).

Als nächste Größe müssen für die ABS-Berechnung die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Beitragsbedarf) aller Kassen ermittelt werden. Bei den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben handelt es sich um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen, die im RSA berücksichtigt werden können; Satzungsleistungen und Verwaltungskosten der Krankenkassen sind im RSA nicht berücksichtigungsfähig. Gebucht werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der Kalenderjahresrechnung unter der Schlüssel-Nummer 9995 Spalte 2, hiervon abzusetzen sind die Korrekturen aus Vorjahren, die unter der Schlüssel-Nummer 9995 Spalte 3 verbucht werden. Die Summe aus den beiden Spalten ergibt die Spalte 1 der Schlüssel-Nummer 9995 der KJ1. Diese Summe stellt die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für den RSA dar.

Für den Risikopool wird ein gesonderter ABS berechnet, so dass die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um die Risikopoolausgaben für die ABS-Berechnung vermindert werden müssen (ansonsten würden die Kassen doppelt mit den Risikopoolausgaben belastet).

Der Beitragsbedarf ist wie im Bescheid um die beitragsmindernden oder beitrags erhöhenden Positionen, die nicht direkt dem Beitragsbedarf zugerechnet werden können, zu korrigieren. Zudem werden hier Beträge zugunsten oder zu Lasten der Kassen, pauschal über die ABS-Berechnung berücksichtigt. Es handelt sich um Beträge, die nicht kassenbezogen berücksichtigt werden können, aber den Beitragsbedarf der Kassen erhöhen oder senken. Das Ergebnis stellt die Leistungsausgaben für den ABS (LA für ABS) dar. Im Jahresausgleich 2006 hat es sich um folgende Positionen gehandelt:

- Sonstige BVA-Korrekturen
Hierbei handelt es sich um ausgabensenkende oder ausgabensteigernde Positionen, die im Bescheid unter der Position 2 des Bescheides abgewickelt werden.
- Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren
Unter der Position 3 des Bescheides wird der Beitragsbedarf für Korrekturen der Versicherungszeiten aus Vorjahren aufgeführt. Haben die Kassen

insgesamt mehr Versicherungszeiten nachgemeldet, wirkt das erhöhend auf den Beitragsbedarf.

- Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen
Diese Ausgaben wirken sich steigernd auf die Leistungsausgaben aus. Von den Kassen werden die Ausgaben in der KJ1 in der Schlüssel-Nr. 9998 Spalte 2 gebucht.
- Vorhaltekosten DMP
Die Kosten, die für die Zulassung der Disease-Management-Programme der Krankenkassen dem BVA entstehen, müssen von den Krankenkassen finanziert werden. Soweit diese nicht einer einzelnen Krankenkasse zugerechnet werden können, werden sie pauschal über den ABS berücksichtigt.
- Programmkostenpauschale DMP
Eigentlich werden im RSA keine Verwaltungskosten bei den Leistungsausgaben berücksichtigt. Bei den Verwaltungskosten für die Disease-Management-Programme hat der Gesetzgeber jedoch eine Ausnahme zugelassen, um den Aufbau der Programme stärker zu fördern. Gem. § 4 Abs. 1 Nr. 12 der RSAV erhalten die Kassen für jeden in ein DMP eingeschriebenen Versicherten eine Programmkostenpauschale. Mit der Pauschale werden die Aufwendungen der Krankenkassen, die zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation der Programme entstehen, abgegolten. Zu den Aufwendungen gehören z.B. die Programmentwicklung und Akkreditierung, die Versicherteninformationen und Betreuung der DMP-Teilnehmer, die Dokumentation, Evaluation und Prüfdienste sowie eine Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften für die Bearbeitung der für die Durchführung der DMP benötigten Daten. Die Abwicklung der Pauschale erfolgt über den ABS, da die Programmkostenpauschale nicht in der KJ1 in den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gebucht werden kann, aber nach § 10 RSAV den Beitragsbedarf der Kassen erhöht.

Die Höhe der Programmkostenpauschale wird gem. § 4 Abs.1 Nr. 11 RSAV i.V.m. § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V von den Spitzenverbänden festgelegt. In der Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V haben sie die Höhe der Pauschale auf 84 Euro je Versicherten für das Ausgleichsjahr 2003 festgelegt. Ab dem Jahresausgleich 2004 wird die

Pauschale jährlich um die bundesweite Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht. Im Jahresausgleich 2006 hat die Programmkostenpauschale 84,99 Euro betragen.

- Korrektur der Verwaltungskostenpauschale aus den Vorjahren
Im Rahmen der Korrekturen der Versicherungszeiten für Vorjahre kann es auch zu Korrekturen bei den Versicherungszeiten für DMP-Versicherte kommen. Diese Korrekturen der Versicherungszeiten müssen infolgedessen bei jeder Krankenkasse auch bei der Programmkostenpauschale nachvollzogen werden. Diese Änderung wird in der ABS-Berechnung bei den Leistungsausgaben berücksichtigt. Werden Korrekturen gemeldet, bei denen die Versicherungszeiten gesunken sind, dann wirkt die Korrektur leistungsausgabenmindernd.
- Säumniszuschläge nach § 14 Abs. 4 RSAV
Wenn Krankenkassen zu spät ihren Ausgleichsverpflichtungen nachkommen, werden Säumniszuschläge fällig, deren Einzug die Deutsche Rentenversicherung Bund überwacht und vornimmt. Am Jahresende werden die Säumniszuschläge den Kassen zu zwei Dritteln wieder zur Verfügung gestellt, indem sie in die ABS-Berechnung einbezogen werden. Die Säumniszuschläge wirken ausgabensenkend. Das verbleibende Drittel dient der Abgeltung der Zinsverluste bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.
- KVdR-Beiträge aus Renten für die Zeit bis Juni 1997
Diese Beiträge nach altem Recht können keiner Krankenkasse mehr zugeordnet werden. Sie stehen aber den Krankenkassen zu und werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund, die diese Beiträge entgegennimmt, an das GKV-System zurücküberwiesen. Die KVdR-Beiträge nach altem Recht wirken ebenso ausgabensenkend wie die zuvor beschriebenen Säumniszuschläge. Für die rechtskreisgetrennte Berechnung erfolgt die Zuordnung auf die Rechtskreise Ost und West in einem Verhältnis von 30% zu 70%.
- Zinserträge aus Korrekturbeträgen nach § 15a RSAV gesamt
Gem. § 15 a Abs. 3 RSAV ermittelt das BVA auf Grundlage der Hochrechnung den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. Diese Beträge werden an die Deutsche Rentenversicherung Bund überwiesen und von dieser angelegt. Der Zinsertrag wird an die Krankenkassen ausgeschüttet,

bzw. über den ABS abgewickelt. Die Zinserträge wirken leistungsausgabenmindernd.

- Jahresabgeltungsbetrag 2006 gem. § 4 Abs. 5 PauschAV
Der Jahresabgeltungsbetrag 2006 wirkt leistungsausgabenmindernd.

In Kurzversion sieht die Ermittlung der LA für ABS wie folgt aus:

LA für ABS	=	LA insgesamt (KJ1 Schlüssel Nr. 9995 Spalte 1)
	-	Risikopoolbetrag
	+	BVA-Korrekturen (können auch negativ sein)
	+	Korrekturen des Beitragsbedarfs aus Vorjahren (können auch negativ sein)
	+	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen (KJ1 Schlüssel Nr. 9998 Spalte 2)
	+	Vorhaltekosten DMP
	+	Programmkostenpauschale DMP (Position 7a des Bescheides)
	+	Korrektur der Programmkostenpauschale aus Vorjahren (Position 7b des Bescheides) (können auch negativ sein)
	+	Säumniszuschläge nach § 14 Abs. 4 RSAV (hier sind negative Beträge eingestellt, da die Säumniszuschläge an die Kassen ausgeschüttet werden)
	-	KVdR-Beiträge aus Renten (für die Zeit bis Juni 1997)
	-	Zinserträge aus Korrekturbeträgen nach § 15a RSAV und nicht zurückgezahlte Korrekturbeträge nach § 15a RSAV
	-	Jahresabgeltungsbetrag 2006 gem. § 4 Abs. 5 PauschAV (Position 6 des Bescheides)

Von den zuvor ermittelten LA für den ABS müssen die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung nach § 249 b SGB V abgesetzt werden. Diese Beiträge wurden bis zum 31.03.2003 von den einzelnen Kassen in der KJ1 Schlüssel Nr. 9997 Spalte 2 (Beiträge §_249_KJ1) gebucht (im Jahr 2006 erfolgte die Verbuchung in der Spalte 3). Ab dem 01.04.2003 werden dort nur noch Korrekturen, Nachberechnungen oder ähnliches verbucht. Seit dem 01.04.2003 hat die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (KBS) die Abrechnung übernommen (Beiträge § 249_KBS). Die Beträge werden dem BVA von der KBS monatlich mitgeteilt. In der ABS-Berechnung müssen daher beide Beträge von den LA für ABS abgesetzt werden.

Nachdem die Vorarbeiten geleistet wurden, kann jetzt der ABS rechtskreisgetrennt für Ost und West sowie für den Bund ermittelt werden, indem jeweils rechtskreisgetrennt die LA für ABS durch die beitragspflichtigen Einnahmen geteilt werden und im Anschluss mit 100 multipliziert werden.

In Formeln dargestellt:

$$ABS_W = \frac{LA_für_ABS_W - Beiträge_§249_KJ1_W - Beiträge_§249_BKN_W}{\sum BPE_W} * 100$$

$$ABS_O = \frac{LA_für_ABS_O - Beiträge_§249_KJ1_O - Beiträge_§249_BKN_O}{\sum BPE_O} * 100$$

$$ABS_B = \frac{LA_für_ABS_B - Beiträge_§249_KJ1_B - Beiträge_§249_BKN_B}{\sum BPE_B} * 100$$

Zur Berechnung des Rechtskreistransfers gemäß § 27a Abs. 2 RSAV wird die ABS-Berechnung rechtskreisgetrennt durchgeführt. Für den Bescheid reicht die ABS-Berechnung für den Bund aus. Um jedoch zu sehen, wie viel an Finanzkraft von einem Rechtskreis in den anderen transferiert wird, muss der ABS auch jeweils für den Rechtskreis Ost und West berechnet werden. Das Transfervolumen (GKVFG_Transfer) des einzelnen Rechtskreises berechnet sich, indem der ABS des jeweiligen Rechtskreises von dem ABS für den Bund subtrahiert wird und im Anschluss mit der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Rechtskreises multipliziert wird. Dieses Ergebnis ist durch 100 zu teilen. Handelt es sich im Ergebnis um einen positiven Betrag, wird Finanzkraft an den anderen Rechtskreis abgegeben. Ein negatives Ergebnis bedeutet den Erhalt von Finanzkraft aus dem anderen Rechtskreis.

In Formeln dargestellt:

$$GKVFG_Transfer_W = \frac{(ABS_B - ABS_W) * \sum BPE_W}{100}$$

$$GKVFG_Transfer_O = \frac{(ABS_B - ABS_O) * \sum BPE_O}{100}$$

Im Jahresausgleich 2006 betrug das Transfervolumen für den Rechtskreis Ost - 2.769.029.595,63 € und für den Rechtskreis West + 2.769.029.595,63 €. Das heißt, dass vom Westen 2.769.029.595,63 € in den Osten transferiert wurden.

4. GKV-Schätzerkreis

Der Schätzerkreis schätzt auf Basis des letzten durchgeführten Jahresausgleichs (Basisjahr) die zwei Folgejahre (Schätzjahre). Grundlage der Schätzungen sind neben der KV 45 Quartalsstatistik auch die Ergebnisse aus dem monatlichen Abschlagsverfahren im RSA, Schätzungen des Rentenschätzerkreises, Auswirkungen von Gesetzesänderungen, sowie andere Statistiken und Informationen, die gerade aktuelle Entwicklungen oder Prognosen aufzeigen.

Geschätzt werden alle Einnahmen und Ausgaben, **die im RSA berücksichtigungsfähig sind**. Die Aufbereitung im Schätztableau simuliert lediglich die Durchführung der kommenden zwei Jahresausgleiche. Die sich hierdurch ergebenden Ergebnisse sind zugleich Eckwerte für Haushaltsansätze und Liquiditätsplanungen der Krankenkassen sowie Grundlagen für weitergehende Prognosen.

➤ Teilnehmer

An den Sitzungen nehmen Vertreter der Verbände aller am RSA beteiligten Krankenkassen, Vertreter des Ministeriums für Gesundheit und des Bundesversicherungsamtes teil. Direkt vor dem Beginn des Schätzerkreises findet die Besprechung der Quartalsergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung statt. Hieran nehmen neben den vorgenannten Personenkreisen unter anderem auch Vertreter der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Deutschen Bundesbank und des Statistischen Bundesamtes teil.

➤ Sitzungskalender

Grundsätzlich wird viermal im Jahr (März, Juni, September und Dezember) getagt. Die Sitzungen finden immer nach Vorliegen der KV 45 Quartalsstatistik statt. Mit jedem weiteren Schätzerkreis werden die bislang geschätzten Werte aktualisiert und dadurch näher an das letztendliche Jahresausgleichsergebnis gebracht.

Besonderheiten einzelner Sitzungen:

März: Die nach dem Schätzerkreis ermittelten Werte sind den am RSA beteiligten Kassen und Spitzenverbänden durch **Bekanntmachung** zur Berechnung der Forderungen und Verpflichtungen in der KJ1 für das zurückliegende Kalenderjahr mitzuteilen. Es handelt sich hierbei um den ABS RSA und den ABS RP, die 100%-Werte Ost/West je Versichertentag und -jahr, sowie den „voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben für DMP-Versicherte nach § 7 Abs. 2 Satz 4 RSAV“ („DMP-Pauschalen“).

September: Zum Zwecke der Haushaltsplanung und der zum Teil daraus einschätzbaren gesamtdeutschen Entwicklung der GKV, wird im September bereits das nächste Schätzjahr (also das kommende Jahr) durch alle Teilnehmer geschätzt. Somit sind im September insgesamt drei Schätzjahre und ein Basisjahr im Schätztableau aufgebaut.

Dezember: Nachdem der Jahresausgleich im November abgeschlossen ist, wird zum Dezemberschätzerkreis das bisherige Basisjahr durch das Jahresausgleichsjahr ersetzt. Die für dieses Jahr bisher angesetzten Schätzungen werden durch das RSA-Rechnungsergebnis ersetzt. Das bisher zweite und dritte Schätzjahr werden zum ersten und zweiten Schätzjahr. Somit enthält das Schätztableau ab diesem Schätzerkreis wieder ein Basisjahr und zwei Schätzjahre.

➤ Das Ergebnis

Die Schätzungen werden in das Schätztableau übertragen. Beim Schätztableau handelt es sich um eine Exceldatei mit mehreren Tabellenblättern. Nach einer Nachbereitungszeit nach der Sitzung wird das Schätztableau den Spitzenverbandsvertretern zur Anhörung übersandt. Nach Abstimmung erfolgt der Versand der vollständigen Endfassung an alle Beteiligten und die Einstellung ausgewählter Tabellenblätter auf die Homepage des Bundesversicherungsamtes (www.bundesversicherungsamt.de). Die Bereitstellung des Schätztableaus erfolgt als PDF-Dokument und enthält die Tabellen 1. Tableau, 6a. Druck Tableau, 6b. Druck Werte.

4.1. Schätztableau

Die Datei „Schätztableau“ besteht aus folgenden sieben Tabellenblättern:

- Blatt 1. Tableau
- Blatt 2. DMP
- Blatt 3. Transfers
- Blatt 4. NivF & MorbF
- Blatt 5. Erläuterungen
- Blatt 6a. Druck Tableau und 6b. Druck Werte

Die Pflege und die Richtigkeit der Berechnungen sind Aufgabe des BVA (RSA-Referat VII 2). Da insgesamt sehr viele Beteiligte die Datei nutzen, wird versucht, die komplexen Tabellenblätter übersichtlich und verständlich zu gestalten. Grundsätzlich handelt es sich zum Beispiel bei gelben Zellen um Eingabefelder und bei grün gefärbten Zellen um Berechnungen/Verknüpfungen, die automatisch aktualisiert werden.

Risikostrukturausgleich Schätzerkreis vom 08.12.2004												
Pos.	WEST	Schätzung 2004		Schätzung 2005		Basisjahr 2003		Schätzungsergebnis 2004		Schätzungsergebnis 2005		
		Schätzwert	Geschätzte Veränderung	Schätzwert	Geschätzte Veränderung	Wert JA 2003	Veränderung zu Vorjahr	Betrag	Veränderung zu Vorjahr	Betrag	Veränderung zu Vorjahr	
01	RSA-LA in Mio. inkl. RP (ohne 01e und 01f)	104.295,73	?	106.169,30	?	107.959	1,3%	104.296	-3,4%	106.169	1,8%	
01a	Säumnisz., KG-Nachz., BYA-Korr., DMP-Vorhaltek.	?	?	?	?	-50		0		0		
01b	Beiträge Geringfügige	1.670,50	?	1.700,00	?	1.059	3,9%	1.671	57,8%	1.700	1,7%	
01c	Risikopool	3.411,00	?	?	1,80%	3.769	11,7%	3.411	-9,5%	3.472	1,8%	
01d	Korrektur RP Vorjahre	?	?	?	?	30	100,0%	0	-100,0%	0	100,0%	
01e	DMP-Verw.-Kosten					6	100,0%	58	889,5%	130	124,1%	
01f	DMP-Doku-Kosten							51	100,0%	116	127,5%	
01g	Abgeltung vers.fr. Leistungen	846		2.114				846	100,0%	2.114	149,9%	
02	Versicherte lt. SA 40	?	-0,20%	?	-0,20%	58.191	-0,2%	58.075	-0,2%	57.959	-0,2%	
03	100%-Wert -JAHR- Nicht RP-bereinigt (ohne 01e und 01f)	?	-3,20%	?	2,00%	1.955,25	1,5%	1.795,88	-3,2%	1.831,80	2,0%	
04	100%-Wert -JAHR- RP-bereinigt (ohne 01e)					1.790,49	1,2%	1.738,03	-2,9%	1.773,89	2,1%	
05	BPE AKV in Mio.	?	?	?	?	654.603	-1,7%	662.365	1,2%	661.032	-0,2%	
06	Mitglieder in Tausend	?	-0,80%	?	-0,50%	27.849	-1,9%	27.627	-0,8%	27.489	-0,5%	
07	mtl. BPE je M	?	2,00%	?	0,30%	1.958,77	0,2%	1.997,94	2,0%	2.003,93	0,3%	
08	BPE Rente in Mio.	?	?	?	?	151.109	5,2%	152.621	1,0%	153.533	0,6%	
09	Rentner in Tausend	?	0,90%	?	0,90%	12.772	3,4%	12.887	0,9%	13.003	0,9%	
10	mtl. Rente je R	?	0,10%	?	-0,30%	985,93	1,8%	986,92	0,1%	983,96	-0,3%	
11	BPE Gesamt in Mio.					805.712	-0,5%	814.986	1,2%	814.565	-0,1%	
12	mtl. BPE Gesamt je M • R					1.652,89	-0,2%	1.676,35	1,4%	1.676,39	0,0%	
Bundesversicherungsamt		ABS (ohne GKVFG)				RSA	RP	RSA	RP	RSA	RP	
Referat VII 2		Finanzkrafttransfer in Mio.				12.7945	0,4715	12,0833	0,4185	12,1696	0,4262	
Stand: 28.01.2005		Beitragsbedarftransfer in Mio.				-2.178	-94	-2.294	-95	-2.433	-100	
						-694		-830		-894		
Risikostrukturausgleich Schätzerkreis vom 08.12.2004												
		Schätzung 2004		Schätzung 2005		Basisjahr 2003		Schätzungsergebnis 2004		Schätzungsergebnis 2005		

Das Tabellenblatt „1. Tableau“ besteht aus drei Schätztableaus (West, Ost und Bund), in denen die Schätzungen während jeder Sitzung übertragen werden. Alle Tableaus enthalten die Daten für das Basisjahr und drei Schätzjahre (Folgejahre), von denen das dritte ausschließlich im September-Schätzerkreis belegt wird, da im September erstmalig das nächste neue Schätzjahr geschätzt wird.

In den gelben Eingabefeldern werden die Schätzungen nach Rechtskreis (West, Ost und Bund) getrennt vorgenommen. Die Eingabefelder, die nicht geschätzt werden, enthalten ein Fragezeichen.

Die Schätzungen können entweder als Betrag oder als Veränderungsrate eingegeben werden. Wird für ein Schätzjahr ein Betrag geschätzt, wird dieser übernommen. Bei Eingabe einer Veränderungsrate wird diese auf den Betrag des Vorjahres angewandt, um den Wert des Schätzjahres zu ermitteln. Die einzelnen Positionen erklären sich wie folgt:

➤ **Pos. 01: RSA-LA in Mio. inkl. RP (ohne 01e und 01f)**

Basis für die Berechnungen ist die Höhe der im RSA bLA. In den Schätzjahren ergibt sich der eingeschätzte Betrag durch Multiplikation der Versichertenanzahl mit dem nicht risikopoolbereinigten 100%-Wert -JAHR- (Pos. 03).

➤ **Pos. 01a: Säumnisz.; KG-Nachz.; BVA-Korr.; DMP-Vorhaltek.**

Vorjahreskorrekturen, Säumniszuschläge, DMP-Vorhaltekosten usw. ergeben sich nur im Basisjahr. Eine Schätzung für die Folgejahre wird nicht vorgenommen.

➤ **Pos. 01b: Beiträge Geringfügige**

Der Betrag wird nach den jeweiligen Buchungsergebnissen der KBS als Einzugstelle der Beitragseinnahmen aus den geringfügigen Beschäftigungen hochgerechnet auf ein Jahr vorgegeben.

➤ **Pos. 01c: Risikopool**

Diese Position beinhaltet die Summe der Risikopoolbeträge. Hierbei handelt es sich um besonders hohe Leistungsausgaben, die gesondert ausgeglichen werden. Der hier vorgegebene Betrag entspricht 60 Prozent der erwarteten, den Schwellenwert (2004 = 20.750 €) übersteigenden Leistungsausgaben.

➤ **Pos. 01d: Korrektur RP Vorjahre**

Vorjahreskorrekturen zum RP ergeben sich nur im Basisjahr. Eine Schätzung der Folgejahre wird nicht vorgenommen. Eine Berücksichtigung erfolgt ausschließlich im ABS.

➤ **Pos. 01e: DMP-Prog-Kosten, Pos.01f: DMP-Doku-Kosten**

Für jeden DMP-Eingeschriebenen werden über eine Pauschale RSA-berücksichtigungsfähige DMP-Programmkosten (2004 = 84,14 € im Jahr) (s. 3.5.3 Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes (ABS)) und DMP-Dokumentationskosten (2004 = 75,- € im Jahr) angesetzt. Der unter diesen Positionen ergebende Betrag daher aus der Multiplikation der Anzahl DMP'ler mit der Jahrespauschale. Die Berechnung erfolgt im Tabellenblatt „2. DMP“ (s. 4.2 Berücksichtigung der DMP). Die Pauschale wird gemäß der BPE-Veränderungsrate lt. Bekanntmachung des BMG jährlich angepasst. Die Ausweisung im Schätztableau erfolgt, da dieser Betrag zwar nicht in den 100%-Wert, aber im ABS einfließt.

➤ **Pos. 01g: Abgeltung versicherungsfremder Leistungen**

Seit dem Jahr 2004 erfolgt durch den Bund eine Abgeltung versicherungsfremder Leistungen gegenüber der GKV. Damit diese Leistungen jedoch weiter durch die GKV erbracht werden können, wird durch den Bund ein jährlicher Festbetrag an die GKV überwiesen (2004 = 1 Mrd., 2005 = 2,5 Mrd.). Nach Abzug des Anteils für die LKK'n ist der Rest mit einem Aufteilungsverhältnis von 87% West zu 13% Ost den Rechtskreisen zuzuordnen. Das Aufteilungsverhältnis entspricht dem Anteil der Rechtskreise an der Summe der versicherungsfremden Leistungsausgaben bundesweit.

➤ **Pos. 02: Versicherte lt. SA 40**

Geschätzt wird hier die Anzahl der Versicherten (nicht Versichertentagen!). Zur Ermittlung der Werte werden die durchschnittlichen Versichertenjahre der KV 45 oder auch Mitgliedsstatistiken (wie KM1 oder KM1/13) herangezogen.

➤ **Pos. 03: 100%-Wert -JAHR- Nicht RP-bereinigt (ohne 01e und 01f)**

Der 100%-Wert drückt die jährlichen Leistungsausgaben je Versicherten aus. Bei der Ermittlung dieses 100%-Wertes wird der Risikopoolbetrag **nicht** von den Gesamtleistungsausgaben abgezogen. Ebenso werden die Beträge der DMP-Programm- und DMP-Dokumentationskosten hierin nicht berücksichtigt.

$$\text{100\%-Wert} = \frac{\text{RSA-LA}_{\text{Pos.01}} \times 1000}{\text{Versicherte}_{\text{Pos.02}}}$$

Für die Schätzjahre wird dieser 100%-Wert über die Veränderungsrate angepasst und ist Grundlage für die Bestimmung der Summe an RSA-LA (Pos. 01).

➤ **Pos. 04: 100%-Wert -JAHR- RP-bereinigt (ohne 01e)**

Der 100%-Wert drückt die jährlichen Leistungsausgaben je Versicherten aus. Bei der Ermittlung dieses 100%-Wertes wird der Risikopoolbetrag von den Gesamtleistungsausgaben abgezogen (RP-Bereinigung) und die DMP-Dokumentationskosten zu den Leistungsausgaben hinzugerechnet.

$$\text{100\%-Wert} = \frac{\text{RSA-LA}_{\text{Pos.01}} - \text{Risikopool}_{\text{Pos.01c}} + \text{DMP-Doku}_{\text{Pos.01f}} \times 1000}{\text{Versicherte}_{\text{Pos.02}}}$$

➤ **Pos. 05: BPE AKV in Mio.**

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Allgemeinen Krankenversicherung ist die Summe aus den Löhnen, Gehältern der Arbeitnehmer sowie der Bemessungsgrundlage der freiwillig Versicherten.

➤ **Pos. 06: Mitglieder in Tausend**

Hier wird die Summe aller AKV-Mitglieder ohne Familienversicherte und Rentner anhand von Mitgliederstatistiken (KM1, KM1/13) eingeschätzt und vorgegeben.

➤ **Pos. 07: mtl. BPE je M**

Die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ergeben sich, wenn sie nicht geschätzt werden, rechnerisch durch Teilung der BPE AKV in Mio. durch die Mitglieder durch 12 Monate.

➤ **Pos. 08: BPE Rente in Mio.**

Die beitragspflichtigen Einnahmen Rente entsprechen der Summe der erwarteten Rentenzahlungen der Deutschen Rentenversicherung.

➤ **Pos. 09: Rentner in Tausend**

Die Anzahl der Rentner, die in der GKV versichert sind, ergibt sich unter anderem aus Mitgliederstatistiken (KM1, KM1/13).

➤ **Pos. 10: mtl. Rente je R**

Die monatlichen Rente je Rentner ergibt sich, wenn sie nicht geschätzt wird, rechnerisch durch Teilung der BPE Rente in Mio. durch die Rentner durch 12 Monate.

➤ **Pos. 11: BPE Gesamt in Mio.**

Der Wert ergibt sich grds. durch Addition der Pos.05 + Pos.08 (BPE AKV + BPE Rente).

➤ **Pos. 12: mtl. BPE Gesamt je M + R**

Die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und Rentner werden durch Teilung der Pos.11 (BPE Gesamt) durch die Summe der Pos.06 (Mitglieder) und Pos.09 (Rentner) ermittelt.

➤ **ABS**

Der Ausgleichsbedarfssatz (ABS) gibt das Verhältnis der RSA-LA zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen wieder. Er gibt an, wie hoch der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV sein muss, um die im RSA berücksichtigungsfähigen

Leistungsausgaben finanzieren zu können. Einfach gesagt der „Beitragssatz der gesamten GKV“.

○ **ABS WEST/OST:**

In den Schätztableaus West und Ost erfolgt die Berechnung des ABS für den jeweiligen Rechtskreis ohne Rechtskreisangleichung. D.h., in diesem ABS erfolgt keine Einbeziehung der Transfers (Finanzkrafttransfer/Beitragsbedarfstransfer).

○ **ABS BUND:**

Im Schätztableau Bund werden der ABS RSA und der ABS RP für die gesamte GKV (Summe aus Ost und West) berechnet.

○ **Berechnung der ABS'e:**

ABS RSA:	RSA LA _{Pos.01} + Saldo sonstiger Einn./Ausg. _{Pos.01a} - Beiträge Geringfügige _{Pos.01b} - Risikopool _{Pos.01c} + DMP Programmkosten _{Pos.01e} + DMP Doku-Kosten _{Pos.01f} - <u>Abgeltung vers.fr. Leistung _{Pos.01g}</u> = RSA-LA Saldo
-----------------	--

$$\text{ABS RSA} = \frac{\text{RSA-LA Saldo} \times 100}{\text{BPE Gesamt in Mio.}_{\text{Pos.11}}}$$

$$\text{ABS RP} = \frac{(\text{Risikopool}_{\text{Pos.01c}} + \text{Korrektur RP Vorjahre}_{\text{Pos.01d}}) \times 100}{\text{BPE Gesamt in Mio.}_{\text{Pos.11}}}$$

$$\text{ABS Gesamt} = \text{ABS RSA} + \text{ABS RP}$$

4.2. Berücksichtigung der DMP

		2004			2005		
		Ost	West	Bund	Ost	West	Bund
1	Bundesversicherungsamt						
2	Berechnung des Absenkungsfaktors (AbF)						
3	Summe eingeschriebener DMP'ler	290.392	685.754	976.146	547.993	1.548.509	2.096.502
4	Summe Verwaltungskosten	24.392.928	57.603.336	81.996.264	46.031.412	130.074.756	176.106.168
5	Summe Dokumentationskosten	21.779.400	51.431.550	73.210.950	41.099.475	116.138.175	157.237.650
6	Summe Beitragsbedarf	349.356.271	858.822.045	1.208.119.717	647.907.036	1.905.992.056	2.554.870.581
7	Summe SA40 in VT	4.293.180.000	21.255.450.000	25.548.630.000	4.247.505.000	21.155.035.000	25.402.540.000
8	vorläufiger AbF	0,0757	0,0377	0,0441	0,1417	0,0839	0,0936
9	endgültiger AbF	0,0599	0,0409		0,1177	0,0888	
10	Beitragsbedarf RSA inkl. Doku.kosten	21.685.000.000	104.347.000.000	126.032.000.000	22.198.000.000	106.285.000.000	128.483.000.000
11	J. Korrekturbetrag RP	735.000.000	3.411.000.000	4.146.000.000	752.000.000	3.472.000.000	4.224.000.000
12	100%-Wert Bund RP-ber. inkl. Doku-Kosten			1.746.0927			1.785.4331
13	Anzusetzender 100%-Wert	1.734.2193	1.734.9177	1.734.7431	1.767.2217	1.764.1864	1.764.7220
14	MorbF DMP1 Diabetes Typ 2			1.7872			1.7872
15	MorbF DMP2 Brustkrebs			1.4435			1.4435
16	MorbF DMP3 KHK			1.8000			1.8000
17	MorbF DMP4 Diabetes Typ 1			1.3000			1.3000
18	MorbF DMP5 Asthma bronchiale						
19	MorbF DMP6 COPD						
20	Verwaltungskostenpauschale		84,00			84,00	
21	Dokumentationskosten		75,00			75,00	
22	DMP 1 Jahrespauschale		4.300,00			4.300,00	
23	Diabetes Typ 2 DMP-Anteil	1.201	1.199	1.200	1.142	1.147	1.146
24	ADK	81.728	311.102	492.830	256.409	552.895	809.304
25	BKN	20.000	75.000	95.000	30.000	150.000	180.000
26	BKN	15.800	32.500	48.300	22.400	46.100	68.500
27	EAN	56.513	206.227	262.740	84.577	310.664	395.241
28	EAR						0
29	IKK	12.016	35.160	47.178	14.707	48.208	62.915
30	SEE	160	940	1.100	270	1.630	1.900
31	GKV Anzahl	286.217	660.929	947.146	408.363	1.109.497	1.517.860
32	DMP 2 Jahrespauschale		6.500,00			6.500,00	
33	Brustkrebs DMP-Anteil	3.997	3.996	3.996	3.949	3.953	3.953
34	GKV Anzahl	150	12.683	12.833	3.866	31.615	35.481
35	DMP 3 Jahrespauschale		4.400,00			4.400,00	

Seit der Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) im Jahr 2003 sind die Ausgaben auch im RSA berücksichtigungsfähig und werden vom Schätzerkreis eingeschätzt.

- Schätzung eingeschriebener DMP'ler je Verband
Die Anzahl eingeschriebener DMP-Versicherter wird je DMP je Verband nach Einschätzung des jeweiligen Verbandes ermittelt.
- Schätzung der DMP-Pauschalen
Die DMP-Pauschalen stellen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je DMP-Versicherten in der jeweiligen DMP-Gruppe dar. Momentan werden diese noch über Pauschalen geschätzt, da sich aus dem Jahresausgleich 2003 keine vollständig aussagekräftigen Profile für die DMP-Gruppen ergeben.
- Schätzung der MorbF für jedes DMP
Die DMP-Pauschale deckt die gesamten Leistungsausgaben für den DMP'ler ab. Fraglich ist, wie viel von dieser Gesamtpauschale tatsächlich auf die DMP-begründete höhere Morbidität zurückzuführen ist. Hierzu wird der Morbiditätsfaktor je DMP geschätzt. Die Schätzwerte lehnen sich an die im Jahresausgleich 2003 errechneten MorbF je DMP-Gruppe an.

Mit Hilfe des MorbF teilt sich die Gesamtpauschale dann wie folgt auf:

- **Ursprünglicher Kostensatz** = 100%-Wert x MorbF

Diese standardisierten Leistungsausgaben wären ohne DMP-Einführung allein durch die Altersstruktur der eingeschriebenen Versicherten angerechnet worden.

- **zusätzlicher Beitragsbedarf** = DMP-Pauschale – Urspr. Kostensatz

Der sich ergebende Betrag entspricht dem zusätzlichen Beitragsbedarf, den die Krankenkassen aufgrund der DMP zusätzlich im RSA berücksichtigt bekommen.

➤ Berechnung der Programm- und Dokumentationskosten

Bei den DMP-Versicherten sind die Programmkosten (Verwaltungskosten) im RSA berücksichtigungsfähig. Diese werden je DMP-Versicherten pauschal veranschlagt (2003 = 84 Euro im Jahr). Die Pauschale wird jährlich mit der BPE-Veränderungsrate lt. Bekanntmachung des BMG angepasst.

Die Dokumentationskosten werden ebenfalls über eine Pauschale je DMP-Versicherten ermittelt (2003 = 75,- Euro im Jahr). Sowohl die Programm-, als auch die Dokumentationskosten sind bereits in den Gesamt-DMP-Pauschalen enthalten. Die getrennte Ausweisung ist jedoch für die unterschiedliche Berücksichtigung in ABS und 100%-Wert notwendig. Sie werden im ABS leistungsausgabensteigernd berücksichtigt. Im 100%-Wert erfolgt keine Berücksichtigung.

➤ Berechnung des Beitragsbedarfs der DMP

Der Beitragsbedarf berechnet sich aus den DMP-Pauschalen multipliziert mit den zugehörigen DMP-Versicherten. Hierin sind die Programm- und Dokumentationskosten bereits enthalten.

4.3. Berechnung des Rechtskreistransfers

4.3.1. Finanzkrafttransfer (FK-Transfer)

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz **GKVFG**) wurde der FK-Transfer eingeführt.

Ermittlung des Finanzkrafttransfers			
	2003		
	West	Ost	Gesamt
Gesamt BPE	805.712.094.672	148.870.506.142	954.582.600.814
Gesamt ABS	13.265953723503	15.074541378686	13.548009314501
Gesamt Differenz	-0,282055590998	1,526532064185	-
Gesamt Transfer	-2.272.556.010	2.272.556.010	0
RSA ABS	12,794498155724	14,528095658528	13,064858769325
RSA Differenz	-0,270360613601	1,463236889203	-
RSA Transfer	-2.178.328.163	2.178.328.163	0
RP ABS	0,471455567779	0,546445720158	0,483150545176
RP Differenz	-0,011694977397	0,063295174981	-
RP Transfer	-94.227.847	94.227.847	0

Die Funktionsweise: Solange in der GKV noch eine Ost/West-Trennung vorhanden ist, ergeben sich Ausgleichsbedarfssätze (ABS) sowohl für den Osten, den Westen als auch für den Bund. Der ABS Bund liegt immer zwischen Ost und West. Der Rechtskreis mit dem ABS unterhalb des ABS Bund, hat aufgrund des GKVFG einen FK-Transfer in den anderen Rechtskreis zu leisten. Die Transfers Ost und West weisen immer den gleichen Betrag mit unterschiedlichem Vorzeichen aus.

Der GKVFG-Betrag bestimmt sich, indem vom jeweiligen Rechtskreis-ABS (West bzw. Ost) der Bund-ABS abgezogen wird und die sich ergebenden Differenzen mit den beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) des jeweiligen Rechtskreises (West und Ost) aus dem Schätztableau multipliziert werden.

Formel:

$\frac{\text{ABS Rechtskreis A}_{\text{kleiner BUND}} - \text{ABS BUND}}{\text{Differenz A (Negativ)}} \times \text{BPE Rechtskreis A} = \underline{\underline{\text{FK-Transfer A (Negativ)}}$	$\frac{\text{ABS Rechtskreis B}_{\text{größer BUND}} - \text{ABS BUND}}{\text{Differenz B (Positiv)}} \times \text{BPE Rechtskreis B} = \underline{\underline{\text{FK-Transfer B (Positiv)}}$
---	--

Da sich der Gesamt-ABS mit Einführung des Risikopools nun aus ABS RSA und ABS RP zusammensetzt, kann das Gesamt-Transfervolumen für West und Ost durch die gleiche Berechnungsweise auch in RSA-Transfer und RP-Transfer unterteilt werden. Berechnet und ausgewiesen werden alle drei Transfervolumen (Gesamt, RSA, RP).

4.3.2. Beitragsbedarfstransfer (BB-Transfer)

		1	2	3	4	5	6	7	8
Ermittlung des Beitragsbedarfstransfers aufgrund Rechtsangleichung									
BERECHNUNGSFAKTOREN			2003	2004	2005	2006	2007		
SA40	West		58.191.018	58.075.000	57.959.000	57.843.232	57.727.695		
	Ost		11.824.511	11.730.000	11.637.000	11.543.581	11.450.488		
	Bund		70.015.529	69.805.000	69.596.000	69.386.733	69.178.095		
Änderung SA40 zu Vorjahr	West			-0,20%	-0,20%	-0,20%	-0,20%		
	Ost			-0,80%	-0,79%	-0,80%	-0,81%		
	Bund			-0,30%	-0,30%	-0,30%	-0,30%		
RSA - Morbidität	West		0,982508793400696	0,982292661712932	0,982019956583234	0,981747251453536	0,981474546323838		
	Ost		1,086078073594360	1,087668684655560	1,089551030024268	1,091462541693650	1,093396884639160		
	Bund		1,000000000000000	1,000000000000000	1,000000000000000	1,000000000000000	1,000000000000000		
	Ost-West-Quote		110,54	110,73	110,95	111,18	111,48		
Tage			365	366	365	365	365		
100%-Wert	Bund		4,926276801856	4,770745045820	4,891597454428	5,001779501804	5,114461539903		
LA	West		107.959.020.918	104.347.000.000	105.285.000.000	108.253.993.790	110.269.649.870		
	Ost		22.512.516.322	21.685.000.000	22.138.000.000	22.723.135.993	23.260.695.078		
	Bund		130.471.537.240	126.032.000.000	128.483.000.000	130.982.129.783	133.530.344.948		
RP	West		3.768.780.851	3.411.000.000	3.472.000.000	3.536.484.231	3.602.166.104		
	Ost		808.462.383	735.000.000	752.000.000	769.789.993	788.000.842		
	Bund		4.577.243.234	4.146.000.000	4.224.000.000	4.306.274.224	4.390.166.946		
BERECHNUNG							Fortschreibung mit GMS-Absenkung!		
Soll-LA	West		102.802.594.129	99.608.731.960	101.621.306.023	103.673.951.041	105.768.424.878		
	Ost		23.091.699.877	22.277.268.040	22.637.693.977	23.001.904.518	23.371.753.124		
Ist-LA	West		104.190.240.067	100.936.000.000	102.813.000.000	104.722.509.559	106.667.483.768		
	Ost		21.704.053.939	20.950.000.000	21.446.000.000	21.953.346.000	22.472.694.236		
Differenz	West		-1.387.645.938	-1.327.268.040	-1.191.693.977	-1.048.558.518	-899.058.888		
	Ost		1.387.645.938	1.327.268.040	1.191.693.977	1.048.558.518	899.058.888		
Stufen GRSA			0,5000	0,6250	0,7500	0,8750	1,0000		
Beitragsbedarfstransfer	West		-693.822.969	-829.542.525	-893.770.482	-917.488.704	-899.058.888		
	Ost		693.822.969	829.542.525	893.770.482	917.488.704	899.058.888		
	Abweichung		0,0000401	-0,0000048	-0,0000172	-0,0000033	0,0000076		

Um dies zu korrigieren, existiert für die Schätzjahre der Nivellierungsfaktor (NivF). Die Krankenkassen können dadurch weiterhin die bekannt gegebenen VHW verwenden. Der rechnerische Weg wird lediglich um die Multiplikation mit dem NivF erweitert.

➤ Ermittlung des NivF:

$$\text{sLA}_{\text{Schätztableau}} = \text{RSA-LA} + \text{DMP Doku-Kosten} - \text{RP} + \text{BB-Transfer}$$

$$\text{sLA}_{\text{rechnerisch}} = \text{VHW} \times \text{SA 40} \times 100\text{-Wert}$$

$$\text{NivF} = \frac{\text{sLA lt. Schätztableau}}{\text{sLA rechnerisch}}$$

Der Nivellierungsfaktor wird auf den im Schätztableau ermittelten 100%-Wert angewendet. Die NivF werden auf die 4. Stelle hinter dem Komma gerundet an die Krankenkassen weitergegeben. Die Kassen haben bei der Ermittlung Ihrer sLA den um den Nivellierungsfaktor angepassten 100%-Wert anzusetzen.

4.4.2. Morbiditätsfaktor

Mit diesem Faktor soll abgebildet werden, wie sehr die Risikomenge (Summe von VHW x SA 40) von der Summe Satzart 40 abweicht. Der Idealzustand wäre ein Wert von 1,0. Liegt der Wert über 1 bedeutet dies, dass die Versicherten überdurchschnittliche Kosten verursachen. Ein Wert unter 1 bedeutet überdurchschnittlich "gesunde" Versicherte. Da der RSA so ausgelegt ist, dass die Finanzkraft und der Beitragsbedarf sich GKV-weit aufheben muss, bedeutet dies, dass die Morbidität bundesweit auf 1,0 geregelt werden muss.

➤ Ermittlung des MorbF:

- Je Rechtskreis (West, Ost und Bund) ist die Summe der Versichertentage (SA 40) zu bilden.
- Je Rechtskreis ist die Risikomenge zu ermitteln. Hierbei handelt es sich um die Summenprodukte aus VHW Bund mit der SA 40 West, Ost und Bund (über jede Versichertengruppe und Altersstufe 0-90).
- Die Risikomenge Ost und West sind durch die Summe SA 40 Ost und West zu teilen. Das Ergebnis ist wiederum durch das Ergebnis aus Risikomenge Bund durch Summe SA 40 Bund zu teilen.

$$\mathbf{MorbF} = \frac{\text{Risikomenge}_{\text{Ost/West}}}{\text{Summe SA40}_{\text{Ost/West}}} / \frac{\text{Risikomenge}_{\text{Bund}}}{\text{Summe SA40}_{\text{Bund}}}$$

Anders gesagt: $\mathbf{MorbF} = \mathbf{MorbF}_{\text{Ost/West}} / \mathbf{MorbF}_{\text{Bund}}$

Indem der MorbF Ost/West durch den Bund MorbF geteilt wird, erfolgt eine Nivellierung auf den Bundwert. Rechnerisch ergibt sich dadurch im Bund ein Wert von 1,0.

4.5. Unterjährige Berechnung von RSA-Forderungen und –Verpflichtungen

Die Krankenkassen haben zweimal im Jahr die zu erwartenden Forderungen bzw. Verpflichtungen ihrer Krankenkasse zu ermitteln. Zunächst erfolgt eine Ausweisung in der Statistik KV45 I. - IV. Quartal und abschließend in der Jahresrechnung KJ1. Die Berechnungen erfolgen immer für das zurückliegende Kalenderjahr. Die Berechnungsvordrucke, die den Krankenkassen eine Hilfe sein sollen, werden vom BVA in Absprache mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellt und versandt.

4.5.1. KV45 Forderung/Verpflichtung

Die erste Berechnung erfolgt zur Ausweisung in der Quartalsstatistik KV 45 I. - IV. Quartal, die zum 28.02. des Jahres vollständig über die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt werden muss.

Der Vordruck (Version für 2005; siehe folgende Seite):

Berechnung der Forderungen und Verpflichtungen für den RSA			
	Erläuterungen und Schl.Nr. KV 45	Musterkasse	
		WEST	OST
Pos. 1	Risikomenge	8810	
Pos. 2a	Anzusetzender 100%-Wert inkl. NivFund RP-Bereinigung	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	4,8959
Pos. 2b	Absenkungsfaktor		0,0815
Pos. 2c	DMP Diabetes mellitus Typ II - Morbiditätsfaktor		1,7869
Pos. 2d	DMP Brustkrebs - Morbiditätsfaktor		1,4835
Pos. 2e	DMP KHK - Morbiditätsfaktor		1,9855
Pos. 2f	DMP Diabetes mellitus Typ I - Morbiditätsfaktor		1,3000
Pos. 3a	Anzahl der Kalendertage im Jahr	365 bzw. 366 bei Schaltjahr	365
Pos. 3b	Anzahl der Kalendertage im Berichtszeitraum	je nach Zeitraum der KV 45	365
Pos. 4	DMP 1 - Diabetes mellitus Typ II		
a	Versichertentage (VG 11 bis 16) im Berichtszeitraum	t. SAAD-Auswertung bzw. Schätzung ¹	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 1	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	12,33
Pos. 5	DMP 2 - Brustkrebs		
a	Versichertentage (VG 21 bis 26) im Berichtszeitraum	t. SAAD-Auswertung bzw. Schätzung ¹	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 2	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	16,99
Pos. 6	DMP 3 - KHK		
a	Versichertentage (VG 31 bis 36) im Berichtszeitraum	t. SAAD-Auswertung bzw. Schätzung ¹	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 3	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	12,60
Pos. 7	DMP 4 - Diabetes mellitus Typ I		
a	Versichertentage (VG 41 bis 46) im Berichtszeitraum	t. SAAD-Auswertung bzw. Schätzung ¹	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 4	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	12,33
Pos. 8	DMP-Programmkostenpauschale	84,46 Euro Jahrespauschale je eingeschriebenen DMPler unter 7659 zu berücksichtigen	0,00
Pos. 9	Ausgaben nach § 47a Abs. 3 SGB V	4760	
Pos. 10	Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	2700	
Pos. 11	Pauschale Abgeltung des Bundes	Feststellung lt. Bescheid des SVA v. 20.10.2005 (Jahresbetrag = Ergebnis unter IV. vor Abzug des 1. Abschlags)	
Pos. 12	voraussichtlicher Beitragsbedarf (Pos. 1 x Pos. 2a x Pos. 3b) - (Pos. 1 x Pos. 2b x Pos. 3b) + (Pos. 4a x (Pos. 4b - Pos. 2a x Pos. 2c)) + (Pos. 5a x (Pos. 5b - Pos. 2a x Pos. 2d)) + (Pos. 6a x (Pos. 6b - Pos. 2a x Pos. 2e)) + (Pos. 7a x (Pos. 7b - Pos. 2a x Pos. 2f)) - Pos. 8 + Pos. 9 - Pos. 10 - Pos. 11		0,00
Pos. 13	BPE AKV	8300	
Pos. 14	BPE Rente	8600	
Pos. 15	BPE Gesamt		0,00
Pos. 16	voraussichtlicher Ausgleichsbedarfssatz	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	12,4924
Pos. 17	voraussichtliche Finanzkraft (Pos. 15 x Pos. 16 / 100)		0,00
Pos. 18	Übersteigender Betrag (Pos. 12 - Pos. 17)		0,00
Pos. 19	Summe der monatl. Abschläge RSA Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! Der 1. Zwischenausgleich ist hierbei mit zu berücksichtigen!	3740 6740	
Pos. 20	Forderung bzw. Verpflichtung RSA Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! (Pos. 18 - Pos. 19)		Forderung (3749) Forderung (3749)
			0,00

Berechnung der Forderungen und Verpflichtungen für den Risikopool			
	Erläuterungen und Schl.Nr. KV 45	Musterkasse	
		WEST	OST
Pos. 1	Risikopoolbetrag Jahr 2004	t. Bescheid vom 07.11.2005	
Pos. 2	Anpassungsfaktor	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	1,0340
Pos. 3a	Anzahl der Kalendertage im Jahr	365 bzw. 366 bei Schaltjahr	365
Pos. 3b	Anzahl der Kalendertage im Berichtszeitraum	je nach Zeitraum der KV 45	365
Pos. 4	Risikopoolbetrag für Berichtszeitraum (Pos. 1 x Pos. 2) / Pos. 3a x Pos. 3b		0,00
Pos. 5	BPE AKV	8300	0,00
Pos. 6	BPE Rente	8600	0,00
Pos. 7	BPE Gesamt		0,00
Pos. 8	voraussichtlicher Ausgleichsbedarfssatz	t. Schätzkreis vom: 08.12.2005	0,4870
Pos. 9	voraussichtliche Finanzkraft (Pos. 7 x Pos. 8 / 100)		0,00
Pos. 10	Übersteigender Betrag (Pos. 4 - Pos. 9)		0,00
Pos. 11	Summe der monatl. Abschläge RP Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! Der 1. Zwischenausgleich ist hierbei mit zu berücksichtigen!	3760 6760	
Pos. 12	Forderung bzw. Verpflichtung RP Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! (Pos. 10 - Pos. 11)		Forderung (3769) Forderung (3769)
			0,00

¹ Neben den in den genannten Versicherungsgruppen erfassten RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten sind auch solche Versicherten zu berücksichtigen, bei denen aufgrund einer ausstehenden Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt mit einer RSA-wirksamen Einschreibung für das Jahr 2005 noch zu rechnen ist. Bei der Schätzung ist der Haushaltsgrundsatz der Vorsichtigkeit und die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung (GoB), (insbesondere Vorsichtsprinzip und Bilanzwahlrecht) zu beachten.

Stand: 26.01.2008

4.5.2. KJ1 Forderung/Verpflichtung

Bei der KJ1 handelt es sich um die Jahresrechnung der Krankenkasse. Es werden alle verbuchten Einnahmen und Ausgaben für das zurückliegende Jahr ausgewiesen. Für die RSA-relevanten Einnahmen und Ausgaben wurden zum Teil zusätzliche Summenpositionen geschaffen.

Bundesversicherungsamt Referat VII2			
1. Berechnung der Forderungen und Verpflichtungen in der Jahresrechnung 2005 für den RSA			
	Erläuterungen bzw. Schi.Nr. KJ 1	Musterkasse	
		WEST	OST
1.1	Risikomenge ohne Division durch 365	SA42 Abs. 4 VMW 2004 a 100 bzw. 10 100	
1.2	Faktoren		
a	Anzusetzender 100%-Wert inkl. NivFund RP-Bereinigung	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	4,8657
b	Absenkungswert		0,0832
c	DMP Diabetes mellitus Typ II - Morbiditätsfaktor		1,7869
d	DMP Brustkrebs - Morbiditätsfaktor		1,4835
e	DMP KHK - Morbiditätsfaktor		1,9855
f	DMP Diabetes mellitus Typ I - Morbiditätsfaktor		1,3000
1.3	Anzahl der Kalendertage im Jahr	365 bzw. 366 bei Schaltjahr	365
1.4	DMP 1 - Diabetes mellitus Typ II		
a	Versichertentage (VG 11 bis 16) im Berichtszeitraum	St. SA40-Auseinerung bzw. Schätzung/	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 1	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	12,33
1.5	DMP 2 - Brustkrebs		
a	Versichertentage (VG 21 bis 26) im Berichtszeitraum	St. SA40-Auseinerung bzw. Schätzung/	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 2	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	16,99
1.6	DMP 3 - KHK		
a	Versichertentage (VG 31 bis 36) im Berichtszeitraum	St. SA40-Auseinerung bzw. Schätzung/	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 3	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	12,60
1.7	DMP 4 - Diabetes mellitus Typ I		
a	Versichertentage (VG 41 bis 46) im Berichtszeitraum	St. SA40-Auseinerung bzw. Schätzung/	
b	Pauschale je Versichertentag DMP 4	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	12,33
1.8	Betrag der Programmkostenpauschale analog Bescheid n. § 17 Abs. 3a RSAV zum 31.3. des Geschäftsjahres (nachrichtlich)	84,46 Euro Jahrespauschale je eingeschriebenen DMP/je unter 1799 zu berücksichtigen	0,00
1.9	Ausgaben nach § 47a Abs. 3 SGB V	9996 Sp. 2	
1.10	Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	9997 Sp. 2	
1.11	Pauschale Abgeltung des Bundes	Feststellung lt. Bescheid des BVA nach §17 Abs. 3a RSAV	
1.12	voraussichtlicher Beitragsbedarf (Pos. 1.1 x Pos. 1.2a) - (Pos. 1.1 x Pos. 1.2b) - (Pos. 1.4a x (Pos. 1.4b - Pos. 1.2a x Pos. 1.2c)) + (Pos. 1.5a x (Pos. 1.5b - Pos. 1.2a x Pos. 1.2d)) + (Pos. 1.6a x (Pos. 1.6b - Pos. 1.2a x Pos. 1.2e)) + (Pos. 1.7a x (Pos. 1.7b - Pos. 1.2a x Pos. 1.2f)) + Pos. 1.5 - Pos. 1.10 - Pos. 1.11		0,00
1.13	BPE AKV	9993 Sp. 1	
1.14	BPE Rente	9994 Sp. 1	
1.15	BPE Gesamt		0,00
1.16	voraussichtlicher Ausgleichsbedarfsatz	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	12,4256
1.17	voraussichtliche Finanzkraft (Pos. 1.14 x Pos. 1.15 / 100)		0,00
1.18	Übersteigender Betrag (Pos. 1.12 - Pos. 1.17)		0,00
1.19	Summe der monatl. Abschläge RSA (Diese Beträge sind dem Kontoauszug der DRV Bund zu entnehmen!! Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! Die Salden der Zwischenausgleiche sind hierbei mit zu berücksichtigen.)	3740 6740	
1.20	Forderung bzw. Verpflichtung RSA		Forderung (0292/3741)
a	(Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen!) (Pos. 1.18 - Pos. 1.19)		0,00
	davon Programmkostenpauschale lt. Pos. 1.8		0,00
b	Hierbei handelt es sich um die Programmkostenpauschale (Pos. 1.8) analog Bescheid nach §17 Abs. 3a zum 31.3. des Geschäftsjahres. Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! Buchung lt. Ausfüllanleitung zu 3741 Nr. 1 Satz 3.)	Buchung lt. Ausfüllanleitung zu 3741 / 6741	0,00
c	Nachrichtlich: endgültiger RSA-Betrag (1.20a ohne 1.20b)		0,00
2. Berechnung der Forderungen und Verpflichtungen für den Risikopool			
2.1	Risikopoolbetrag Jahr 2004	St. Bescheid vom: 07.11.2005	
2.2	Anpassungsfaktor	St. Schätzerkreis vom: 08.03.2005	1,0281
2.3	Risikopoolbetrag für Berichtszeitraum (Pos. 2.1 x Pos. 2.2)		0,00
2.4	BPE AKV	9993 Sp. 1	0,00
2.5	BPE Rente	9994 Sp. 1	0,00
2.6	BPE Gesamt		0,00
2.7	voraussichtlicher Ausgleichsbedarfsatz	St. 166. Bekanntmachung vom: 17.03.2006	0,4847
2.8	voraussichtliche Finanzkraft (Pos. 2.6 x Pos. 2.7 / 100)		0,00
2.9	Übersteigender Betrag (Pos. 2.3 - Pos. 2.8)		0,00
2.10	Summe der monatl. Abschläge RP (Diese Beträge sind dem Kontoauszug der DRV Bund zu entnehmen!! Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen! Die Salden der Zwischenausgleiche sind hierbei mit zu berücksichtigen.)	3760 6760	
2.11	Forderung bzw. Verpflichtung RP (Die Angabe erfolgt ohne Vorzeichen!) (Pos. 2.9 - Pos. 2.10)		Forderung (0293/3761)
			0,00

Neben den in den genannten Versichertengruppen erfassten RSA-wirksamen eingeschriebenen Versicherten sind auch solche Versicherten zu berücksichtigen, bei denen aufgrund einer ausstehenden Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt mit einer RSA-wirksamen Einschreibung für das Jahr 2005 noch zu rechnen ist. Bei der Kondition ist der Haushaltsgrundsatz der Vorzeichenheit und die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung (GoB) (insbesondere Vorzeichengetrenntheit und Bilanznahmen) zu beachten.

5. Glossar

A

ABSAusgleichsbedarfsatz
 AFAufteilungsfaktor
 AKVAllgemeine Krankenversicherung
 AQAusschöpfungsquote
 ARArzneimittelrabatte
 ARFArzneimittelrabattfaktor
 AVmG.....Altersvermögensgesetz

B

BB.....Beitragsbedarf
 BB_aus_VJ... Beitragsbedarf aus Vorjahren
 BLA.....berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
 BMF.....Bundesministerium der Finanzen
 BpE.....beitragspflichtige Einnahmen
 Brutto.....gemeldete Satzart, die nicht um Erstattungen bzw. Rabatte gemindert wurde
 BVABundesversicherungsamt
 BVA_Korr BVA-Korrekturen
 BVG a.F. Bundesversorgungsgesetz alte Fassung
 BVG n.F. Bundesversorgungsgesetz neue Fassung

C

COPDChronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen)

D

DMPDisease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme) nach
 § 137f SGB V
 DRV BundDeutsche Rentenversicherung Bund

E

EfKG.....Erstattungsfaktor für Krankengeld
 EfLAoKGErstattungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld
 EFZ.....Entgeltfortzahlung
 EKG.....Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
 EKGEMErstattungen für Erwerbsminderungsrentner

EMR Erwerbsminderungsrentner
ErF Erstattungsfaktor
EoEKG Erstattungen und Einnahmen ohne EKG

F

FaktorEMR Aufteilungsfaktor für Erwerbsminderungsrentner
FaktorN-EMR. Aufteilungsfaktor für Nichterwerbsminderungsrentner
FIVA Faktor für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
FIVKuR Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte integrierte Versorgung
FRVZ Faktor für Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

G

GF Gewichtungsfaktor gemäß 27a RSAV
GKV Gesetzliche Krankenversicherung
GRENZ Berechnungsstand nach Grenzwertprüfung

H

HF Hochrechnungsfaktor
HLB Hauptleistungsbereich(e)
HLB1 Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte)
HLB2 Hauptleistungsbereich 2 (Zahnärzte)
HLB3 Hauptleistungsbereich 3 (Apotheken)
HLB4 Hauptleistungsbereich 4 (Krankenhaus)
HLB5 Hauptleistungsbereich 5 (Sonstige Leistungsausgaben)
HLB7 Hauptleistungsbereich 7 (Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse)
HLB9 Hauptleistungsbereich 9 (Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP)

I

IfSG Infektionsschutzgesetz
IK Institutionskennzeichen
IV Integrierte Versorgung
IVA Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
IVKuR Komplexpauschalen und Rabatte integrierte Versorgung

J

K

KA.....Kontenart
 KanHFBerechnung inklusive Kassenausschluss nach Hochrechnungsfaktor
 KBSDeutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See
 KGKrankengeld
 KG EM.....Krankengeld für Erwerbsminderungsrentner
 KG Nicht-EM .Krankengeld für Nichterwerbsminderungsrentner
 KHK.....Koronare Herzkrankheit
 KJ1Jahresrechnung der Krankenkasse
 KorrfKorrekturfaktor
 KVdR.....Krankenversicherung der Rentner

L

LA.....Leistungsausgaben
 LAfAM.....Leistungsausgaben für Arzneimittel
 LAoKG.....Leistungsausgaben ohne Krankengeld

M

MorbFMorbiditätsfaktor

N

NAFNiveaueinstufungsfaktor
 Netto.....Beträge sind um Erstattungen bzw. Rabatte gemindert
 NivFNivellierungsfaktor
 N-EMR.....Nichterwerbsminderungsrentner

O

O/W/B.....Rechtskreis Ost/West/Bund

P

PTWPro-Tag-Wert

Q

R

RPRisikopool
 RSA.....Risikostrukturausgleich
 RSAV.....Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

RVZ Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

S

SA..... Satzart

SA 40..... Satzart 40 (Versichertentage)

SA 41..... Satzart 41 (Leistungsausgaben ohne Krankengeld)

SA 42..... Satzart 42 (Krankengeld und Krankengeldtage)

SA 43..... Satzart 43 (Leistungsausgaben je HLB, Einnahmen und Erstattungen)

SGB..... Sozialgesetzbuch

sLAstandardisierte Leistungsausgaben

sLA_endgendgültige standardisierte Leistungsausgaben

SRVwVAllgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung

Stich-PTWPro-Tag-Werte aus den Stichproben-HLB

T

U

V

VGVersichertengruppe

VHWVerhältnswerte

VZ.....Versicherungszeiten

VZ_alleVGVersicherungszeiten aller Versichertengruppen

W

X

Y

Z

0-9

100%-WertHundert-Prozent-Wert