

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

RSAV

Ausfertigungsdatum: 03.01.1994

Vollzitat:

"Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 11 G v. 22.12.2011 I 2983

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.1.1994 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nr. 143 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) neu gefaßt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Erster Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 1 Begriffsbestimmungen

- (1) Versicherte im Sinne dieser Verordnung sind alle versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder und Familienversicherten.
- (2) Mitglieder im Sinne dieser Verordnung sind alle nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und nach Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtig oder nach § 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig versicherten Personen.
- (3) Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie der See-Krankenversicherung und die Ersatzkassen.
- (4) Spitzenverbände der Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung sind die in § 213 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einrichtungen ohne den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, ab dem Jahr 2008 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
- (5) Träger der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne dieser Verordnung sind die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

§ 2 Versichertengruppen

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

1. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die in Nummer 4 genannten Versicherten,
2. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die in Nummer 4 genannten Versicherten,
3. Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ohne die in Nummer 5 genannten Versicherten,
4. die in Nummer 1 und 2 genannten Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gemindert ist,
5. die in Nummer 3 genannten Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gemindert ist.

Für Versicherte, die nach § 28d Abs. 1 in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, für Brustkrebs, für koronare Herzkrankheit, für Asthma bronchiale oder für chronisch obstruktive Lungenerkrankung eingeschrieben sind, werden für jede dieser Krankheiten und nach den Statusmerkmalen in Satz 2 getrennte Versichertengruppen gebildet. Schreibt sich ein in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebener Versicherter in ein weiteres Behandlungsprogramm ein, bestimmt die Krankenkasse, welcher Versichertengruppe nach Satz 3 der Versicherte zuzuordnen ist. Die Zuordnung nach Satz 4 kann durch die Krankenkasse nur mit Wirkung vom Beginn des nächsten Geschäftsjahres an geändert werden.

(2) Freiwillig Versicherte, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 1 oder 4 zuzuordnen. Freiwillig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 2 oder 4 zuzuordnen. Freiwillig Versicherte, für die ein ermäßigter Beitragssatz gilt, sind den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 3 oder 5 zuzuordnen; Beitragsermäßigungen nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Altersabstände nach Absatz 1 Satz 2 betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null und Versicherte mit einem Alter über 90 Jahre dem Alter 90 Jahre zuzuordnen. In den Versichertengruppen nach Absatz 1 Nr. 4 und 5 sind Versicherte mit einem Alter unter 35 Jahre dem Alter 35 zuzuordnen.

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

(5) Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ruhen sowie Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt und deren nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Angehörige, sind in den Versichertengruppen nach Absatz 1 nicht enthalten.

§ 3 Erhebung der Versicherungszeiten

(1) Die Krankenkassen erheben jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) sowie für das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr die Summen der Versicherungszeiten der Versicherten in den Versichertengruppen nach § 2, soweit nicht die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 267 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Erhebung für weitere Vorjahre vorsieht. Die Summe der Versicherungszeiten des Berichtsjahres nach Satz 1 ist in der Vierteljahresrechnung und in der Jahresrechnung anzugeben.

(2) Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 sind die Statutsmerkmale nach § 2 Abs. 1 und das Alter nach § 2 Abs. 3 im Erhebungszeitraum maßgebend. Für die Zuordnung zu den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 ist die Einschreibung nach § 28d Abs. 1 in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wirksam zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm maßgebend.

(3) Eine Versicherungszeit nach Absatz 1 beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Versichertengruppe nach § 2 vorliegen; sie endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen wegfallen. Bei Versicherten nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag, an dem die Familienversicherung beginnt; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Abs. 6

oder nach § 289 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu belegen. Satz 2 gilt unbeschadet eines Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Familienversicherung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen oder mit dem Ausscheiden des Mitglieds aus der Mitgliedschaft. In den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 und 5 beginnt die Versicherungszeit der Bezieher einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung vom 1. Januar 2001 an mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, für die Bezieher einer Dauerrente wegen Erwerbsminderung mit dem Tag des Beginns der Rente; liegt der Beginn der Zeitrente vor dem 1. Juli 2001, beginnt die Versicherungszeit frühestens am 1. Januar 2001. Dabei sind Versicherte der Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2, die vor der Bewilligung der Rente wegen Erwerbsminderung mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren, für diesen Zeitraum bis zum Eingang der Mitteilung nach § 201 Abs. 4 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Krankenkasse der Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zuzuordnen. In den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 beginnt die Versicherungszeit frühestens mit dem Tag der Einschreibung nach § 28d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm, nicht jedoch vor dem Tag, an dem alle in § 28d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, im Fall des § 28d Abs. 3 frühestens mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse. Sie endet

1. mit dem Tag, an dem die Zulassung des Programms insbesondere durch Aufhebung nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder durch Verzicht auf die Zulassung endet,
2. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung nach § 137f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Versicherten oder
3. mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 endet.

(4) Die Krankenkassen legen die Daten nach Absatz 1 bis zum 16. April des dem Berichtsjahr folgenden Jahres den für sie nach § 79 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständigen Stellen auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen leiten die Daten nach Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität spätestens vier Wochen nach dem in Satz 1 genannten Abgabetermin an das Bundesversicherungsamt auf maschinell verwertbaren Datenträgern weiter. Das Ergebnis ihrer Prüfung nach Satz 2 teilen die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt schriftlich mit. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen. Liegen die Daten dem Bundesversicherungsamt nicht bis zu dem in Satz 2 genannten Termin vor oder stellt das Bundesversicherungsamt erhebliche Fehler fest, kann es nach Anhörung der betroffenen Spitzenverbände oder Krankenkassen die Versicherungszeiten des Vorjahres unter Berücksichtigung der Mitgliederfluktuation und eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde legen; Absatz 5 gilt entsprechend.

(5) Korrekturen in den Versicherungszeiten nach Absatz 1 werden im Jahresausgleich des Ausgleichsjahres bei der Berechnung der noch nicht ermittelten Werte berücksichtigt; im übrigen werden sie bei der Berechnung des Beitragsbedarfs im nächsten Jahresausgleich nach den dafür geltenden Vorschriften berücksichtigt. Für Ausgleichsjahre, die länger als fünf Jahre vor dem Berichtsjahr liegen, werden Korrekturen nach Satz 1 nur noch in vom Bundesversicherungsamt festgestellten Ausnahmefällen durchgeführt. Krankenkassen, bei denen ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung nach § 15a Abs. 3 Satz 1 erhoben wurde, können für das Ausgleichsjahr, auf das sich die Hochrechnung bezog, nur dann Korrekturen geltend machen, wenn eine Datenmeldung gemäß § 15a Abs. 3 Satz 9 ordnungsgemäß korrigiert wurde.

(6) Für den monatlichen Ausgleich nach § 17 erheben die Krankenkassen die Versicherungszeiten der Versicherten in den Versichertengruppen nach § 2 für die Zeiträume

1. Januar,
2. Januar bis März,
3. Januar bis Juni und
4. Januar bis September

(Berichtszeiträume) des Ausgleichsjahres. Die Summe der Versicherungszeiten der einzelnen Berichtszeiträume nach Satz 1 Nr. 2 bis 4 ist in der jeweiligen Vierteljahresrechnung anzugeben. Die Krankenkassen legen die mit dem Veränderungsfaktor nach Satz 4 vervielfachten Versicherungszeiten zu Grunde. Der Veränderungsfaktor entspricht dem Verhältnis der Versichertenzahl der Krankenkasse, die zum Ersten des Vormonats in der Monatsstatistik gemeldet ist, zur durchschnittlichen monatlichen Versichertenzahl des letzten Erhebungszeitraums nach Satz 1. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einen von Satz 4 abweichenden Veränderungsfaktor bestimmen. Weicht der voraussichtliche Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 aufgrund des Berechnungsverfahrens nach Satz 1 und 3

unter Berücksichtigung der zuletzt bekanntgemachten Berechnungsfaktoren erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis ab, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in Einzelfällen ein von Satz 1 und 3 abweichendes Verfahren bestimmen.

(7) Alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen sind neun Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen. Die Kennzeichnung der Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erfolgt als alphanumerische Verschlüsselung in der fünften Stelle des Kennzeichens nach § 267 Abs. 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; insoweit darf dieses Kennzeichen nur elektronisch gespeichert und lesbar sein.

§ 4 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

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

1. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, zur Förderung der Selbsthilfe und zur primären Prävention durch Schutzimpfungen nach den §§ 20a bis 20d Abs. 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach den §§ 21 und 22 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach den §§ 23 Abs. 1 und 24 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Gesundheits- und Kinderuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen nach § 22 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,
2. Krankenbehandlung nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5 und Abs. 5, § 18 Abs. 3, den §§ 27a bis 33, 37 Abs. 1 Satz 1 bis 4 und Abs. 2 Satz 1 bis 3, den §§ 37a, 38 Abs. 1, den §§ 39, 42 und 43a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,
4. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 195 bis 200 der Reichsversicherungsordnung, sowie Leistungen nach den §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach den §§ 40 und 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Beiträge für nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a des Siebten Buches Sozialgesetzbuch in der Unfallversicherung versicherte Personen,
6. Fahrkosten nach § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie von den Krankenkassen zu tragen sind,
7. den Medizinischen Dienst nach § 281 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
8. spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Mindestzuschusses nach § 39a Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
9. Krankenhausinvestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes,
10. medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn und soweit diese Leistungen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbracht werden,
11. Programmkosten für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3, soweit diese Aufwendungen den Krankenkassen zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen; die Aufwendungen sind als Pauschalbeträge zu berücksichtigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
12. die Übernahme von Beträgen auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie anteilig auf die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 11 entfallen.

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

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

1. satzungsgemäße Mehrleistungen bei primärer Prävention durch Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bei ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, für Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen bei Behandlung im Ausland nach § 13 Abs. 4 Satz 6, § 18 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei Prävention und Selbsthilfe nach § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für nicht für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 erbrachte ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 und § 65 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Prämienzahlungen und Zuzahlungsermäßigungen nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist,
5. Forschungsvorhaben, insbesondere nach § 287 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. Leistungsausgaben, die im Risikopool (§ 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgeglichen werden.

(3) Erstattungen und Einnahmen, insbesondere nach § 19 des Bundesversorgungsgesetzes, § 39 Abs. 2 und § 49 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), Artikel 63 des Gesundheits-Reformgesetzes und §§ 102 bis 117 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, und Zahlungen ausländischer Stellen auf Grund zwischen- oder überstaatlicher Regelungen mindern die nach Absatz 1 zu berücksichtigenden Aufwendungen für Leistungen. Rückzahlungen von Zuzahlungen an den Versicherten auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vorauszahlungen von Zuzahlungen durch den Versicherten sind dem jeweiligen Ausgleichsjahr zuzuordnen und werden vom Berichtsjahr 2004 an pauschal berücksichtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Pauschalierung. Dabei ist durch Festlegung eines geeigneten Aufteilungsschlüssels sicherzustellen, dass die auf nicht berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben entfallenden Beträge nicht zu einer Erhöhung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben führen.

(4) Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sind die Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Ausgleichsjahr zuzuordnen, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 15. Juli 1999 (BAnz. Nr. 145a vom 6. August 1999) in der im Erhebungszeitraum geltenden Fassung und nach Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen.

§ 5 Verhältniswerte für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben

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

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

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

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

(3) Zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse können die nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhobenen Beträge vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch statistische Berechnungsverfahren bereinigt oder für einzelne oder mehrere Leistungsarten durch andere verfügbare statistische Grundlagen, Erhebungen oder wissenschaftliche Analysen ergänzt oder ersetzt werden.

(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 15. August, die Ergebnisse zu den Krankengeldausgaben und Krankengeldtagen bis zum 31. Mai des Folgejahres über ihre Spitzenverbände dem Bundesversicherungsamt auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor. Die Spitzenverbände prüfen die Ergebnisse nach Satz 1 vor Übermittlung an das Bundesversicherungsamt auf Vollständigkeit und Plausibilität und teilen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung der Daten kann das Bundesversicherungsamt bestimmen; die Bestimmung ersetzt insoweit die Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(5) Zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse nach Absatz 3 können die Krankenkassen nach Abstimmung mit ihrem Spitzenverband für die in § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungsarten und die Versichertengruppen nach § 2 auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Leistungs- und Abrechnungsunterlagen nicht versichertenbezogen ergänzende Daten erheben.

(6) Zur Vermeidung eines Ausgabenungleichs einzelner Krankenkassen durch die Bildung der Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 legen die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein geeignetes statistisches Glättungsverfahren fest.

§ 6 Standardisierte Leistungsausgaben

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

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

§ 7 Voraussichtliche standardisierte Leistungsausgaben

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

(2) Der vorläufige Wert nach Absatz 1 ist mit den zuletzt festgestellten Verhältniswerten (§ 5 Abs. 1 Nr. 3) auf die Versichertengruppen umzurechnen. Die Auswirkungen der Einführung des Risikopools nach § 28a Abs. 5 und 6 sowie der Bildung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen. Für die Berechnung und Bekanntmachung der vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben gelten § 6 und Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend. Die vorläufigen standardisierten

Leistungsausgaben für die Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage verfügbarer statistischer Grundlagen, Erhebungen oder wissenschaftlicher Analysen geschätzt, solange für diese Versichertengruppen noch keine Ergebnisse einer Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen oder wenn diese Ergebnisse hierdurch verbessert werden können.

§ 8 Beitragspflichtige Einnahmen

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

(2) Die Summe der von den Krankenkassen für die Monate in einem Ausgleichsjahr festgesetzten Beitragsforderungen ohne die in Absatz 4 genannten und abzüglich der in diesen Monaten von den Beitragsforderungen nach § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 und Satz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch abgesetzten Beträge (Beitragsoll) und abzüglich der Beitragserstattungen nach § 231 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abzüglich des Arbeitgeberbeitrags nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für die in den §§ 241 bis 246 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitglieder und die in § 248 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einkommensarten mit der Zahl 100 zu vervielfachen und durch die Summe aus dem in dem Ausgleichsjahr geltenden allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und dem zusätzlichen Beitragssatz nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu teilen. Hat sich die Summe der Beitragssätze während des Ausgleichsjahres geändert, so ist die Berechnung getrennt nach den Zeiträumen vorzunehmen, für die die jeweilige Summe der Beitragssätze galt. Für Beitragsnachberechnungen ist die zum Zeitpunkt der Sollstellung geltende Summe der Beitragssätze zugrunde zu legen.

(3) Für Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen nicht nach Absatz 2 bestimmbar sind, deren Beiträge nicht nach §§ 226 bis 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bemessen oder deren Beiträge nach einem von §§ 241 bis 246 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abweichenden Beitragssatz erhoben wurden, gelten als Beiträge im Sinne des Absatzes 2 die in dem jeweiligen Ausgleichsjahr eingenommenen Beiträge und die zum Ende des Ausgleichsjahres festgestellten Beitragsforderungen. Lassen sich die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 nicht bestimmen, sind für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, für die übrigen Mitglieder die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder dieser Krankenkasse zugrunde zu legen.

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

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

§ 9 Voraussichtliche beitragspflichtige Einnahmen

(1) Für den monatlichen Ausgleich (§ 17) sind die Summen der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 8 Abs. 2 und 3 des Monats zugrunde zu legen, der dem Vormonat des Ausgleichsmonats vorangeht. Für die Renten im jeweiligen Ausgleichsmonat gilt § 8 Abs. 4 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmen, dass abweichend von Satz 2 die für einen anderen Bezugszeitraum als den Ausgleichsmonat gemeldeten Renten zu Grunde gelegt werden.

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

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

§ 10 Beitragsbedarf

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

1. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr (§ 6) sind in jeder Versichertengruppe (§ 2) mit der Zahl der Versichertenjahre (§ 3) zu vervielfachen.
2. Die Ergebnisse nach Nummer 1 sind zusammenzuzählen und um den von der Krankenkasse eingezogenen Arbeitgeberbeitrag nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie um die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu verringern.

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

(3) Für die Ermittlung des vorläufigen Beitragsbedarfs für den monatlichen Ausgleich nach § 17 legen die Krankenkassen die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 7 und die Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 Satz 1 wie folgt zu Grunde:

1. die Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 für die Ausgleichsmonate März bis Mai,
2. die Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 für die Ausgleichsmonate Juni bis August,
3. die Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 Satz 1 Nr. 3 für die Ausgleichsmonate September bis November,
4. die Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 für die Ausgleichsmonate Dezember sowie für die Ausgleichsmonate Januar und Februar des Folgejahres.

§ 11 Ausgleichsbedarfssatz

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

1. Die Beitragsbedarfe (§ 10) aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen (Beitragsbedarfssumme), um den Betrag nach § 28h Abs. 2 Satz 2 zu erhöhen und um die Summe der Arbeitgeberbeiträge nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu verringern.
2. Die beitragspflichtigen Einnahmen (§ 8) der Mitglieder aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen (Ausgleichsgrundlohnsumme).
3. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist mit 100 zu vervielfachen und durch das Ergebnis nach Nummer 2 zu teilen (Ausgleichsbedarfssatz).

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

§ 12 Finanzkraft

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

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

§ 13 Berechnungsgrundlagen

(1) Das Bundesversicherungsamt legt den ihm nach dieser Verordnung obliegenden Berechnungen

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

(2) Das Bundesversicherungsamt kann

1. in den §§ 5, 6, 7 und 10 vorgeschriebene Berechnungsschritte zur Ermittlung des Beitragsbedarfs zur Vereinfachung zusammenfassen,
2. für Berechnungen und Bekanntmachungen anstelle des Versichertenjahres den Versichertentag zugrunde zu legen,
3. im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen aus Renten (§ 8 Abs. 4) von dem in § 267 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Stichtag abweichen.

§ 14 Abrechnungsverfahren, Zahlungsverkehr, Säumniszuschläge

(1) Die monatlichen Abschlagszahlungen nach § 17, der Jahresausgleich nach § 19 sowie der Risikopool nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden über die Deutsche Rentenversicherung Bund abgerechnet. Das Nähere über das Abrechnungsverfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

(2) Sofern die Deutsche Rentenversicherung Bund nichts anderes bestimmt, sind die Zahlungen an sie auf die für die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge maßgebenden Konten zu leisten. Bei Beiträgen ab 250.000 Euro sind beschleunigte Überweisungsverfahren vorzunehmen. Die Zahlung durch Scheck ist nicht zulässig. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluß am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt.

(3) Für verspätete Ausgleichszahlungen ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrages an den Zahlungsempfänger zu zahlen. Für die Erhebung der Säumniszuschläge im monatlichen Ausgleich gilt der Zeitpunkt nach § 17 Abs. 5 Satz 3; § 17 Abs. 4 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Zugangs der Anforderung der Zugang der Festsetzung durch das Bundesversicherungsamt tritt. Für die Erhebung der Säumniszuschläge im Jahresausgleich gilt der Fälligkeitstermin nach § 19 Abs. 3 Satz 2. Bei einer unverschuldeten Gutschriftverzögerung kann die Deutsche Rentenversicherung Bund im Einzelfall bestimmen, daß von der Höhe nach Satz 1 abgewichen wird. Werden der Nachweis oder die Festsetzung einer monatlichen Ausgleichszahlung nach § 17 Abs. 6 Satz 1, Abs. 8 Satz 1 durch eine Berichtigung nach § 17 Abs. 5 Satz 4, eine Neuberechnung nach § 17 Abs. 3a oder eine Bekanntmachung nach § 19 Abs. 2 Satz 2 aufgehoben, geändert oder berichtigt, bleiben die bis dahin verwirkten Säumniszuschläge unberührt; das Gleiche gilt, wenn der Bescheid über eine Neuberechnung nach § 17 Abs. 3a durch eine Bekanntmachung nach § 19 Abs. 2 Satz 2 aufgehoben, geändert oder berichtigt wird.

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

§ 15 Bekanntmachungen

Die in dieser Verordnung vorgesehenen Bekanntmachungen erfolgen durch Mitteilung des Bundesversicherungsamtes an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund. Die Spitzenverbände stellen sicher, daß die Krankenkassen, für die sie zuständig sind, unverzüglich Kenntnis von der Bekanntmachung erhalten. Das Bundesversicherungsamt stellt die Bekanntmachung in geeigneter elektronischer Form öffentlich zugänglich zur Verfügung.

§ 15a Prüfung

(1) Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen haben jährlich im Wechsel die Meldung aller Versicherungszeiten nach § 3 sowie die nach § 28a Abs. 3 gemeldeten Fälle für eines der letzten beiden Ausgleichsjahre bei den Krankenkassen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu prüfen. Im Rahmen der Prüfung der Versicherungszeiten nach § 3 ist bei Versicherten, die in ein nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind, auch das Vorliegen der Voraussetzungen für die Zugehörigkeit dieser Versicherten zu den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 zu prüfen; die nach § 28a Abs. 3 gemeldeten Fälle sind insbesondere in Bezug auf die Richtigkeit der gemeldeten Leistungsausgaben, die Personenidentität und das Bezugsjahr zu prüfen. Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung der mit der Prüfung nach § 274 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen und der Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen, dass die Krankenkassen die zu prüfenden Daten elektronisch zur Verfügung zu stellen haben, und dazu Näheres bestimmen. Für die Prüfungen nach Satz 1 legt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichproben- und Hochrechnungsmethodik, insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs, fest und bestimmt das Nähere über die Anforderungen an die Erhebung der Stichproben sowie über die Mitteilung der Prüfergebnisse nach Satz 5. Die mit der Prüfung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch befassten Stellen teilen dem Bundesversicherungsamt, der Krankenkasse und dem Spitzenverband der betroffenen Krankenkasse unverzüglich das Ergebnis der Prüfungen nach Satz 1 mit.

(2) Das Bundesversicherungsamt rechnet die bei der Prüfung der Versicherungszeiten einer Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 1 festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle auf die Gesamtheit der Versicherten dieser Krankenkasse hoch. Wird bei der Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 festgestellt, dass eine Krankenkasse Erstattungsleistungen aus dem Risikopool (§ 28a) zu Unrecht erhalten hat, rechnet das Bundesversicherungsamt die festgestellte Fehlerquote auf die Gesamtheit der Versicherten dieser Krankenkasse, für die die Krankenkasse Erstattungsansprüche geltend gemacht hat, hoch. Das Bundesversicherungsamt bestimmt das jeweils anzuwendende Hochrechnungsverfahren im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Hierbei kann es auch vorsehen, dass die Hochrechnung nur erfolgt, wenn die fehlerhaften oder nicht plausiblen Fälle eine bestimmte Quote überschreiten.

(3) Das Bundesversicherungsamt ermittelt auf Grund der Hochrechnung nach Absatz 2 Satz 1 und 2 den Korrekturbetrag und macht diesen durch Bescheid geltend. § 14 Abs. 3 Satz 1 und § 19 Abs. 3 und 4 gelten entsprechend. Die Krankenkasse kann bei Zahlungspflicht eines Korrekturbetrages die zugrunde liegende Datenmeldung im Rahmen einer Vollerhebung korrigieren. Ob eine Vollerhebung durchgeführt wird, ist dem Bundesversicherungsamt von der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Zugang des Bescheides nach Satz 1 mitzuteilen. Teilt die Krankenkasse mit, dass keine Vollerhebung durchgeführt werden wird, oder verstreicht die in Satz 4 genannte Frist ohne Mitteilung der Krankenkasse, setzt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag endgültig fest und der Korrekturbetrag wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Anderenfalls beträgt die Frist zur Durchführung der Vollerhebung ein Jahr nach Zugang des Bescheides nach Satz 1. Stellt das Bundesversicherungsamt die ordnungsgemäße Korrektur der Datenmeldung fest, erhält die Krankenkasse den geleisteten Korrekturbetrag zurück. Anderenfalls setzt das Bundesversicherungsamt den Korrekturbetrag endgültig fest und der Korrekturbetrag wird im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt. Die Datenmeldung gilt als ordnungsgemäß korrigiert, wenn die für die Prüfung der Krankenkasse nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle dies dem Bundesversicherungsamt auf Grund einer innerhalb von zehn Monaten nach der Vollerhebung neu gezogenen Stichprobe nach Absatz 1 bestätigt. Absatz 1 Satz 2 bis 4 sowie Absatz 2 gelten entsprechend. Zinserträge und Säumniszuschläge werden im nächsten Jahresausgleich berücksichtigt.

(4) Für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2004 sowie aller für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen gelten die Absätze 1 bis 3 in der bis zum 29. Oktober 2007 geltenden Fassung.

Zweiter Abschnitt

Monatlicher Ausgleich

§ 16 Ansprüche und Verpflichtungen

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

§ 17 Monatlicher Ausgleich

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

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

(3) Ist der auf den jeweiligen Monat entfallende voraussichtliche Beitragsbedarf niedriger als die voraussichtliche Finanzkraft, so erhält die Deutsche Rentenversicherung Bund den Unterschiedsbetrag von der Krankenkasse.

(3a) Das Bundesversicherungsamt berechnet für alle Krankenkassen jeweils zum 30. September für den Zeitraum des ersten Halbjahres und zum 31. März des Folgejahres für den Zeitraum des gesamten Vorjahres die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 9 auf der Grundlage der vorliegenden Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den vorläufigen Beitragsbedarf nach § 10 Abs. 3 auf der Grundlage der jeweils jüngsten Schätzung nach § 11 Abs. 2 neu. Es teilt den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund den unter Berücksichtigung der für den genannten Zeitraum angefallenen Abschlagszahlungen zu zahlenden Saldo mit. Hierfür ermittelt das Bundesversicherungsamt auch den Ausgleichsbedarfssatz nach § 11 Abs. 2 und den vorläufigen Wert nach § 7 Abs. 1 neu. Die für das monatliche Ausgleichsverfahren geltenden Vorschriften gelten entsprechend. Das Bundesversicherungsamt kann im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund von den in Satz 1 genannten Zeitpunkten abweichen oder von der Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 absehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in ihrer Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über das Berechnungsverfahren und die Übermittlung zusätzlicher Daten durch die Krankenkassen bestimmen.

(4) Die Krankenkassen verrechnen den ihnen nach Absatz 2 zustehenden Betrag einschließlich der ihnen nach § 255 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehenden Beiträge aus Renten mit den an die Deutsche Rentenversicherung Bund in dem jeweiligen Ausgleichsmonat weiterzuleitenden Beiträgen. Soweit eine Krankenkasse den Betrag in dem jeweiligen Monat nicht verrechnen kann, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund auf Anforderung der Krankenkasse den dieser zustehenden Betrag nach Abzug der voraussichtlich im jeweiligen Monat verrechnungsfähigen Beträge bis zum fünften Arbeitstag nach Zugang der Anforderung zu zahlen. Frühester Zugang einer Anforderung ist der erste Arbeitstag des jeweiligen Ausgleichsmonats.

(5) Die Krankenkassen verrechnen den nach Absatz 3 der Deutschen Rentenversicherung Bund zustehenden Betrag mit den ihnen nach § 255 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zustehenden Beiträgen aus Renten. Übersteigen die Beiträge aus Renten den Unterschiedsbetrag nach Absatz 3, gilt Absatz 4 Satz 2 und 3 entsprechend. Übersteigt der Unterschiedsbetrag nach Absatz 3 die Beiträge aus Renten, hat die Krankenkasse den übersteigenden Betrag an die Deutsche Rentenversicherung Bund bis zum 15. des jeweiligen Ausgleichsmonats zu zahlen. Ausgleichsbeträge aufgrund von Berichtigungen der Nachweise nach Absatz 6 Satz 1 sind bis zum fünften Arbeitstag nach Feststellung oder Zugang der Anforderung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu zahlen, soweit keine andere Fälligkeit vom Bundesversicherungsamt bestimmt wird.

(5a) Können die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 Satz 2 voraussichtlich nicht aus den der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verfügung stehenden liquiden Mitteln erfüllt werden, sind die in Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 Satz 2 und 3 genannten Beträge zur Vermeidung finanzieller Belastungen der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Grund der unterschiedlichen Zahlungstermine für zahlungsberechtigte Krankenkassen und für zahlungsverpflichtete Krankenkassen am 18. des jeweiligen Ausgleichsmonats zu zahlen. Das Bundesversicherungsamt bestimmt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen, in welchen Ausgleichsmonaten Satz 1 Anwendung findet.

(6) Die Krankenkassen weisen der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum 10. des jeweiligen Monats die nach den Absätzen 2 und 3 zu leistenden Beträge und deren Berechnungsgrundlage (§ 10 Abs. 3, § 12 Abs. 2) nach. Die Nachweise können der Deutschen Rentenversicherung Bund auf den für den monatlichen Ausgleich vorgesehenen Vordruck per Telefax übersandt werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die Nachweise nach den für Rechnungsbelege geltenden Aufbewahrungsfristen aufzubewahren und die nach den Absätzen 4 und 5 verrechneten und geleisteten Beträge für jede Krankenkasse getrennt nachzuweisen. Sie übersendet hierüber nach Ablauf des Kalenderjahres jeder Krankenkasse einen Kontoauszug; das Nähere bestimmt das Bundesversicherungsamt.

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

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

(9) Das Bundesversicherungsamt übermittelt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die von den Krankenkassen übermittelten Daten zur Durchführung des monatlichen Ausgleichsverfahrens sowie die Daten und Ergebnisse nach den Absätzen 2, 3 und 3a für die einzelnen Krankenkassen ihrer Kassenart.

Dritter Abschnitt

Jahresausgleich

§ 18 Allgemeines

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

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

§ 19 Jahresausgleich

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

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

(2) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der von ihm nach Absatz 1 ermittelten Zahlen für jede Krankenkasse den Ausgleichsanspruch oder die Ausgleichsverpflichtung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Es teilt den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund die als Ausgleich nach § 266 Abs. 6 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geleisteten Zahlungen und die nach § 266 Abs. 6 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch noch zu leistenden Zahlungen mit. § 17 Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung nach Satz 1 vorzunehmen.

(3) Mit der Bekanntmachung nach Absatz 2 sind die danach zu leistenden Beträge fällig. Das Bundesversicherungsamt gibt den Fälligkeitstermin der zu leistenden Beträge den Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Zusendung des Bescheides nach Absatz 2 verbindlich auf.

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

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

(6) Das Bundesversicherungsamt übermittelt den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Daten und Ergebnisse nach den Absätzen 1 und 2 für die einzelnen Krankenkassen ihrer Kassenart.

Vierter Abschnitt Übergangsvorschriften

§ 20 Versichertengruppen 1994 und 1995

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

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

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

(3) Für das Geschäftsjahr 1994 sind in den Versichertengruppen nach Absatz 1 nicht die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 189 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtigen Rentner und Rentenantragsteller und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen enthalten. Für das Geschäftsjahr 1994 sind Versicherte, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen und nicht zu den in Satz 1 genannten Versicherten gehören, in den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 enthalten; § 2 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 gilt insoweit nicht.

§ 21 Versichertenzahl 1994 und 1995

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

(2) Werden nach Abschluß des Jahresausgleichs nach § 25 Abs. 1 Satz 1 erhebliche Fehler in den gemeldeten Versicherungszeiten (§ 3) festgestellt, kann das Bundesversicherungsamt diese bei der Festsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes für den monatlichen Ausgleich (§ 11 Abs. 2) berücksichtigen. Das Nähere bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen.

§ 22 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben 1994

Für das Geschäftsjahr 1994 ist von der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 Abs. 1 und der Summe der Beträge nach § 4 Abs. 3 die Summe der Beträge abzuziehen, soweit sie auf nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 189 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes und Artikel 33 § 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes versicherungspflichtige Rentner und Rentenantragsteller und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen entfallen.

§ 23 Verhältniszerte 1994 und 1995

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

ausschließlich bei der Versichertengruppe nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 dieser Verordnung zu berücksichtigen. Für den monatlichen Ausgleich im Geschäftsjahr 1996 gelten die §§ 2 und 25 Abs. 2 Satz 3.

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

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

§ 24 Beitragspflichtige Einnahmen 1994

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

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

§ 25 Jahresausgleiche bis 1997

(1) Der Jahresausgleich für das Geschäftsjahr 1994 erfolgt zunächst auf der Grundlage der Verhältniswerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1994 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind. Auf der Grundlage der Verhältniswerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1995 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind, wird der vorläufige Jahresausgleich für das Geschäftsjahr 1994 berichtigt. Mit Zustimmung aller Spitzenverbände der Krankenkassen nach Feststellung der Verhältniswerte nach Satz 2 kann das Bundesversicherungsamt bestimmen, daß eine Berichtigung nach Satz 2 nicht erfolgt.

(2) Kommt die Datenerhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahre 1994 nicht zustande, erfolgt der Jahresausgleich für das Jahr 1994 auf der Grundlage der Verhältniswerte (§ 5), die nach den Ergebnissen der im Jahre 1995 durchgeführten Erhebung nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt worden sind. Satz 1 gilt nicht, wenn die Datenerhebung zu teilweise verwertbaren Ergebnissen geführt hat und mit dem Jahresausgleich nach Absatz 1 Satz 1 die Ergebnisse des monatlichen Ausgleichs verbessert werden können. Zur Verbesserung und Ergänzung der Stichprobenergebnisse nach Satz 2 können für die Bestimmung der Verhältniswerte wissenschaftlich-statistische Auswertungen anderer Datenquellen und Schätzungen zugrunde gelegt werden.

(3) Auf der Grundlage der bis zum Berichtsjahr 1997 durchgeführten Erhebungen nach § 267 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen die Verhältniswerte für 1994, 1995 und 1996 im Jahresausgleich für 1997 korrigieren. Ein einheitlicher Vorschlag aller Spitzenverbände der Krankenkassen ist zu berücksichtigen. Kommt ein einheitlicher Vorschlag nach Satz 2 nicht zustande, werden die Verhältniswerte für 1995 und 1996 im Jahresausgleich für 1997 korrigiert.

(4) Wird eine Korrektur nach Absatz 3 durchgeführt, kann das Bundesversicherungsamt den Jahresausgleich für das Jahr 1997 abweichend von der zeitlichen Vorgabe in § 19 Abs. 5 bis zum 28. Februar 1999 durchführen. Das Bundesversicherungsamt kann die Fälligkeit der auf die Korrektur nach Absatz 3 und nach § 3 Abs. 5 entfallenden Teile der Ausgleichszahlungen im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abweichend von § 19 Abs. 3 bestimmen.

§ 26 Verrechnungen

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

Fünfter Abschnitt

Sonderregelungen

§ 27 Beitrittsgebiet

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

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

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

§ 27a Finanzkraftausgleich ab 1999

(1) Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen vom 1. Januar 1999 an ist abweichend von § 27 für alle Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz (§ 11) auf der Grundlage der Summen der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 8) und getrennt nach alten und neuen Ländern ermittelten Beitragsbedarfe der Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zugrunde zu legen. Das Bundesversicherungsamt ermittelt vom 1. Januar 1999 an die in § 19 Abs. 1 genannten Werte für die Krankenkassen und Versicherten in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet getrennt. In den Ausgleichsbescheiden werden die Summen der Versicherungszeiten, der Beitragsbedarf, die Finanzkraft und die Höhe der Ausgleichsverpflichtung oder des Ausgleichsanspruchs für Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt, getrennt ausgewiesen.

(2) Zur Feststellung der Veränderungen der Finanzkraft nach § 313a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für das in Absatz 1 Satz 2 genannte Gebiet ein getrennter Ausgleichsbedarfssatz auf der Grundlage der getrennt ermittelten Summen der beitragspflichtigen Einnahmen und Beitragsbedarfe zu errechnen. Die Differenz zwischen den nach Absatz 1 und nach Satz 1 für das in Absatz 1 Satz 2 genannte Gebiet ermittelten Summen der Finanzkraft darf 1999 1,2 Milliarden Deutsche Mark nicht übersteigen; soweit dieser Betrag überschritten wird, ist die Finanzkraft aller Krankenkassen in diesem Gebiet um einen dieser Differenz entsprechenden einheitlichen Faktor zu erhöhen. Die Finanzkraft der Krankenkassen im übrigen Bundesgebiet ist um einen dieser Differenz entsprechenden einheitlichen Faktor zu verringern.

§ 28 Berlin

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

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

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

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

1. Das Verhältnis der Zahl der Familienversicherten zur Zahl der Mitglieder der Krankenkasse in dem in Absatz 2 Satz 1 genannten Gebiet entspricht dem Verhältnis der Zahl der Familienversicherten zur Zahl der Mitglieder

aller Krankenkassen der entsprechenden Kassenart im Beitrittsgebiet. Satz 1 gilt entsprechend für die Verteilung der Familienversicherten auf die Versichertengruppen.

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

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

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

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

§ 28a Solidarische Finanzierung für aufwändige Leistungsfälle (Risikopool)

(1) Bei der Ermittlung der im Risikopool (§ 269 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind Aufwendungen zu berücksichtigen für

1. Krankenhausbehandlung nach § 13 Abs. 5, § 18 Abs. 3 und § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Krankenhausbehandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach den §§ 24a und 24b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, stationäre Entbindung nach § 197 der Reichsversicherungsordnung, stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen bis zur Höhe des Mindestzuschusses nach § 39a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der für diese Leistungen bei Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
2. Arznei- und Verbandmittel nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5, § 18 Abs. 3 und § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der für diese Leistungen bei Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,
3. nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse nach § 13 Abs. 4 Satz 1 bis 5, § 18 Abs. 3, § 85 Abs. 3a Satz 4 und § 126 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; dies gilt entsprechend für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Apherese,
4. Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge.

Abweichend von Satz 1 werden die Leistungsausgaben nach Satz 1 Nr. 3 für das Ausgleichsjahr 2002 nicht berücksichtigt. § 4 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesversicherungsamt legt jährlich bis zum 15. Dezember des Ausgleichsjahres den Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest.

(3) Die Krankenkassen ermitteln jährlich je Versicherten für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) und das Vorjahr die Summe der in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben abzüglich der von Dritten erstatteten Ausgaben. Die Krankenkassen übermitteln die Summen der Leistungsausgaben nach Absatz 1 der Versicherten, für die der Schwellenwert nach Absatz 2 überschritten wird, bis zum 31. August des Folgejahres auf maschinell

verwertbaren Datenträgern über ihre Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt. Die Spitzenverbände prüfen die Ergebnisse nach Satz 2 vor Übermittlung an das Bundesversicherungsamt auf Plausibilität und teilen dem Bundesversicherungsamt das Ergebnis dieser Prüfung schriftlich mit. Das Bundesversicherungsamt kann das Nähere über die technische Aufbereitung der Daten im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmen. Krankenkassen, bei denen ein Korrekturbetrag durch Hochrechnung nach § 15a Abs. 3 Satz 1 erhoben wurde, können für das Ausgleichsjahr, auf das sich die Hochrechnung bezog, nur dann Korrekturen geltend machen, wenn eine Datenmeldung gemäß § 15a Abs. 3 Satz 9 ordnungsgemäß korrigiert wurde.

(4) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Daten nach Absatz 3 Satz 2 für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr folgende Werte:

1. Für jede Krankenkasse wird die Summe der im Risikopool berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten berechnet. Hiervon werden 60 vom Hundert des Betrags, der den Schwellenwert übersteigt, aus dem Risikopool finanziert.
2. Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen, des Ausgleichsbedarfssatzes und der Finanzkraft im Risikopool gelten die §§ 8, 9, 11 und 12 entsprechend.
3. Für die Berechnung der Höhe der Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen gilt § 16 entsprechend.

(5) Jede Krankenkasse berechnet monatlich die Höhe ihres vorläufigen Ausgleichsanspruchs oder ihrer vorläufigen Ausgleichsverpflichtung. Hierfür sind für das Ausgleichsjahr 2004 ausgleichsfähige Leistungsausgaben in Höhe der im vorvergangenen Jahr durchschnittlich auf einen Kalendermonat entfallenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu berücksichtigen; die nach Absatz 6 Satz 4 hochgerechneten oder geschätzten Leistungsausgaben zählen zu den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben des vorvergangenen Jahres. Weichen die vorläufigen Leistungsausgaben nach Satz 2 erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis ab, kann das Bundesversicherungsamt auf Vorschlag des Spitzenverbandes der betroffenen Krankenkasse in Einzelfällen ein hiervon abweichendes Verfahren bestimmen. Für die Schätzung des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes, die Ermittlung der vorläufigen Finanzkraft und die Ermittlung der Ansprüche und Verpflichtungen nach Satz 1 gelten § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 17 entsprechend.

(6) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 berechnet das Bundesversicherungsamt für die vorläufigen Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen jeder Krankenkasse für die Jahre 2002 und 2003 die Höhe der vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 5 Satz 2. Grundlage sind die von den Krankenkassen bis 30. April des Ausgleichsjahres über ihre Spitzenverbände zu übermittelnden Leistungsausgaben nach Absatz 1 des Vorjahres, soweit diese den Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten. Das monatliche Verfahren wird erstmals ab August 2002 durchgeführt; die vorläufigen ausgleichsfähigen Leistungsausgaben und die vorläufige Finanzkraft des Ausgleichsjahres werden auf die verbleibenden Monate verteilt. Soweit erforderlich, werden die Leistungsausgaben nach Absatz 1 Nr. 3 vom Bundesversicherungsamt für die Ausgleichsjahre 2003 und 2004 hochgerechnet oder im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschätzt.

(7) Für die Durchführung des Jahresausgleichs gelten die §§ 18 und 19 entsprechend. Für das Abrechnungsverfahren, den Zahlungsverkehr und die Säumniszuschläge gilt § 14 entsprechend.

(8) Bei der Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nach Absatz 1 sind pauschal zu berücksichtigen:

1. Erstattungen nach § 39 Abs. 2, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Erstattungen von Leistungsausgaben durch Dritte,
3. Rabatte nach den §§ 130 und 130a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. ab dem Berichtsjahr 2004 Rückzahlungen von Zuzahlungen an den Versicherten auf Grund der Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Vorauszahlungen von Zuzahlungen durch den Versicherten,
5. ab dem Berichtsjahr 2004 pauschale Vergütungen der integrierten Versorgung nach den §§ 140a bis 140d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die aus der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung nach § 140d Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verausgabten Mittel sowie Rabatte, die in Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart werden,
6. ab dem Berichtsjahr 2007 pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern auf Grund von Vereinbarungen, die personenübergreifend und pauschal gewährt oder geleistet werden.

Die pauschal zu berücksichtigenden Beträge sind dem nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und den einschlägigen Bestimmungen des Kontenrahmens maßgebenden Berichtsjahr zuzuordnen. Hierzu gehören nicht die finanziellen Hilfeleistungen nach den §§ 265 und 265a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. § 4 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(9) Alle im Rahmen der Durchführung des Risikopools maschinell erzeugten Datengrundlagen und die Dokumentation der Korrekturmeldungen sind sechs Jahre aufzubewahren; § 3 Abs. 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Sechster Abschnitt

Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 28b (weggefallen)

§ 28c (weggefallen)

§ 28d Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der Dauer der Teilnahme

(1) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte

1. nur auf Grund einer schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Erstdokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeschrieben wird,
2. nach § 137f Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in die Teilnahme sowie die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten einwilligt und
3. über die Programminhalte, insbesondere auch darüber, dass zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, die Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele, die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung sowie über seine im Programm aufgeführten Mitwirkungspflichten zur Erreichung der Ziele und darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat, informiert wird und diese Information schriftlich bestätigt.

(2) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann außerdem nur zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass

1. die Krankenkasse die aktive Teilnahme des Versicherten anhand der Dokumentation nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überprüft,
2. die Teilnahme des Versicherten am Programm endet, wenn
 - a) er die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - b) er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
 - c) zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a genannten Frist übermittelt worden sind,

und

3. die Krankenkasse die am Programm Beteiligten über Beginn und Ende der Teilnahme eines Versicherten am Programm informiert.

(2a) (weggefallen)

(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Programm auf Grund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden kann. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 2 Nr. 2 entsprechend.

§ 28e (weggefallen)

§ 28f Anforderungen an das Verfahren der Erhebung und Übermittlung der für die Durchführung der Programme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen personenbezogenen Daten

(1) Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist, dass

1. im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassende und zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die nur die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils aufgeführten Angaben umfassen und nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genutzt werden und
2. im Programm vorgesehen ist, dass Zugang zu den an die Krankenkassen nach dieser Vorschrift übermittelten Daten nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind.

(1a) (weggefallen)

(2) Soweit die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms mit einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird, kann das Programm zugelassen werden, wenn

1. in den Verträgen vereinbart worden ist, dass
 - a) die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen die von ihnen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhebenden Daten den Krankenkassen und zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums maschinell verwertbar und versicherten- und leistungserbringerbezogen übermitteln,
 - b) der Versicherte schriftlich über die nach Buchstabe a übermittelten Daten unterrichtet wird,
 - c) die Arbeitsgemeinschaft nach Buchstabe a die ihr übermittelten Daten pseudonymisiert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind, sowie an eine von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete gemeinsame Einrichtung übermittelt, die diese Daten nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung und der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms nutzen dürfen,
 - d) die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs in einer für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten Form erfolgt,
 - e) (weggefallen)
- und
2. im Programm vorgesehen ist, dass diese Vereinbarungen der Durchführung des Programms zu Grunde gelegt werden.

Satz 1 gilt für sonstige Verträge mit Leistungserbringern zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, entsprechend.

(2a) (weggefallen)

(3) Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 nicht vorgesehen ist, kann das Programm nur dann zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass die in den Anlagen nach Absatz 1 aufgeführten Daten von den Leistungserbringern zu erheben und der Krankenkasse maschinell verwertbar sowie versicherten- und leistungserbringerbezogen spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums zu übermitteln sind. Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Leistungsdaten nach dem Zweiten Abschnitt des Zehnten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit erforderlich, und die Daten nach Absatz 1 an die mit der Evaluation beauftragten Sachverständigen gemäß § 137f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt werden. Personenbezogene Daten sind vor Übermittlung an die Sachverständigen durch die Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 28g (weggefallen)

§ 28h Berechnung der Kosten für Bescheidung von Zulassungsanträgen

(1) Die Bescheidung eines Antrags auf Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms umfasst alle Tätigkeiten, die unmittelbar durch die Bearbeitung des Antrags veranlasst sind. Der Berechnung der Gebühren sind die Personalkostensätze des Bundes einschließlich der Sachkostenpauschale zu Grunde zu legen. Die Personalkostensätze sind je Arbeitsstunde anzusetzen. Wird ein Zulassungsantrag vor der Bescheiderteilung zurückgenommen, wird der Gebührenberechnung der bis dahin angefallene Bearbeitungsaufwand zu Grunde gelegt. Auslagen sind den Gebühren in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen.

(2) Vorhaltekosten sind die beim Bundesversicherungsamt anfallenden notwendigen Kosten, die durch Leistungen im Zusammenhang mit der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme veranlasst werden, die aber nicht unmittelbar durch die Bescheiderteilung entstehen. Zur Ermittlung der Vorhaltekosten ist die Summe der für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage des Absatzes 1 ermittelten Personal- und Sachkosten der mit der Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen befassten Mitarbeiter um die für das Ausgleichsjahr für die Bescheiderteilung berechneten Gebühren zu verringern.

Siebter Abschnitt

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab 2009

§ 29 Grundsätze für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Vom Berichtsjahr 2009 an sind der Versichertengruppenabgrenzung abweichend von § 2 Abs. 1 und 2 folgende Risikomerkmale zu Grunde zu legen:

1. die Morbiditätsgruppen eines vom Bundesversicherungsamt festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt und das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist,
2. die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht,
3. Alters- und Geschlechtsgruppen,
4. für die Ermittlung der standardisierten Krankengeldausgaben die Mitgliedergruppen nach § 267 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht.

§ 30 Erhebung und Verwendung von Daten für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

(1) Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2005 jährlich neben den Daten nach § 3 folgende Angaben versichertenbezogen:

1. die Versicherungstage unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht,
2. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente,

3. die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren,
4. die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der vereinbarten Sonderkennzeichen sowie jeweils die Anzahl der Verordnungen,
5. die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. die Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Angaben nach § 295 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4, mit Ausnahme der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11,
8. die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland,
9. die Anzahl der Versichertentage mit Wahl der Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung, differenziert nach § 13 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
10. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Berichtsjahre 2008 und 2009 sowie die Kalendertage, für die Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt wird.

Für die zeitliche Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nr. 4 ist das Abgabedatum, für die Zuordnung der Angaben nach Satz 1 Nr. 5 der Tag der Entlassung maßgeblich. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorsehen, dass die Erhebung der Daten nach Satz 1 Nr. 7 auf eine Stichprobe beschränkt wird.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen Daten sind vor der Übermittlung nach Absatz 4 von der Krankenkasse zu pseudonymisieren. Für andere als für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke dürfen die Daten nur genutzt werden, soweit dies für die Prüfung nach § 15a oder für die Berücksichtigung nachträglicher Änderungen der übermittelten Daten erforderlich ist. Über die Pseudonymisierung in der Krankenkasse und jede Verwendung nach Satz 2 ist eine Niederschrift anzufertigen. Eine versichertenbezogene Zusammenführung der erhobenen Daten über mehrere Leistungsbereiche hinweg bei der Krankenkasse ist unzulässig.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die Erhebung nach Absatz 1 Satz 1 und die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 2, für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung. Hierfür ist ein schlüsselabhängiges Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zu bestimmen, das sicherstellt, dass einem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten jedes Versicherten über die Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Das Nähere über die einheitliche technische Aufbereitung und den erforderlichen Umfang der Daten kann das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.

(4) Die nach Absatz 1 erhobenen und pseudonymisierten Daten sind bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 dem Bundesversicherungsamt zu übermitteln. Die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie 8 und 9 werden bis zum 15. August des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres, die Datenmeldungen nach Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung korrigiert. Die Übermittlung der Daten für das Berichtsjahr 2005, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf eine repräsentative Stichprobe beschränkt werden kann, erfolgt spätestens bis zum 15. August 2007. Daten, die dem Bundesversicherungsamt nicht termingerecht übermittelt werden oder erhebliche Fehler aufweisen, werden bei der Ermittlung der Risikomerkmale und Risikozuschläge nach § 29 Nummer 1 und 2 nicht berücksichtigt; bei den Risikogruppen nach § 29 Nummer 3 können die Versicherungszeiten des Vorjahres unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde gelegt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind berechtigt, die Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Verordnung, insbesondere nach § 5 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6 und § 31 Abs. 4 Satz 1, für 32 Monate zu speichern.

§ 31 Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der

1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat,
2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und
3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen hat.

Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten. In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein.

(4) Das Bundesversicherungsamt legt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen von § 2 Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen. Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die Anpassungen nach Satz 6 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt die Mitgliedergruppen nach § 29 Nummer 4 abweichend abgrenzen. Für die Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für den Bereich der Schutzimpfungen nach der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) vom 19. August 2009 (BAnz. S. 2889) ist § 37 Absatz 4 entsprechend anzuwenden.

(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 29 Nummer 1 durch eine

gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Die Risikogruppen nach Satz 1 werden erstmals im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zum 31. März 2009 auf der Grundlage von Schätzungen berücksichtigt, die Risikogruppen nach Satz 2 werden erstmals im Jahresausgleich nach § 41 für das Ausgleichsjahr 2009 berücksichtigt.

§ 32 Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich

Abweichend von § 3 Abs. 6 erheben die Krankenkassen für den monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 für Leistungsausgaben ohne Krankengeld versichertenbezogen die Versicherungszeiten der Versicherten für die Zeiträume

1. Januar bis Juni und
2. Januar bis Dezember

(Berichtszeiträume). Die Krankenkassen legen die Versicherungszeiten nach Satz 1 für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 1 bis zum 31. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum nach Satz 1 Nr. 2 bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesversicherungsamt über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen maschinell verwertbar vor. § 30 Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 33 Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds - Begriffsbestimmungen

(1) Das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird in den §§ 33a bis 33c geregelt, für die die folgenden Absätze gelten.

(2) Eine in einem Land tätige Krankenkasse ist eine Krankenkasse, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweist. Alle in einem Land tätigen Krankenkassen sind alle Krankenkassen, die Versicherte mit Wohnsitz in dem jeweiligen Land aufweisen.

(3) Versicherte mit Wohnsitz außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland bleiben unberücksichtigt.

§ 33a Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen

(1) Die Höhe der fortgeschriebenen Einnahmen der in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird nach Maßgabe der folgenden Absätze ermittelt. Grundlage sind die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 1a für das Berichtsjahr 2008 erhobenen Daten. Abweichend von Satz 2 ist für das monatliche Abschlagsverfahren im Jahr 2009 das Berichtsjahr 2007 maßgeblich.

(2) Die am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze der Krankenkassen sind die am 30. Juni 2008 geltenden allgemeinen Beitragssätze nach § 241 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, bereinigt um die nach § 222 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in der Satzung der Krankenkasse ausgewiesenen Beitragssatzanteile. Die so bereinigten Beitragssätze aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden je Krankenkasse mit der Summe ihrer in dem Land wohnhaften Mitglieder vervielfacht. Der bundeslandspezifische Beitragssatz wird ermittelt, indem die Summe der Ergebnisse nach Satz 2 aller in einem Land tätigen Krankenkassen durch die Summe der in dem Land wohnhaften Mitglieder geteilt wird.

(3) Die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 mit dem nach Absatz 2 ermittelten jeweiligen bundeslandspezifischen Beitragssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt wird. Das Ergebnis nach Satz 1 wird anschließend mit den Beiträgen nach § 34 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 bis 8 und Satz 6 für alle in einem Land tätigen Krankenkassen zusammengezählt.

(4) Die nach Absatz 3 ermittelten Einnahmen sind nach Maßgabe der Absätze 5 und 6 um die ab 2009 ermittelten Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu bereinigen. Die bereinigten Einnahmen werden auf das jeweilige Ausgleichsjahr entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fortgeschrieben.

(5) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikostrukturausgleichs werden wie folgt ermittelt:

1. Der Beitragsbedarf aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird aus der Summe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 6 aller in einem Land tätigen Krankenkassen anhand der nach § 34 Abs. 1 erhobenen Daten in entsprechender Anwendung des § 10 ermittelt;
2. die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergeben sich, indem die Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Absatz 3 durch den bundeslandspezifischen Beitragssatz nach Absatz 2 geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;
3. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen nach Nummer 2 mit dem ab 2009 nach Nummer 4 zu ermittelnden Ausgleichsbedarfssatz vervielfacht und durch die Zahl 100 geteilt werden;
4. der anzuwendende Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich, indem die Summe der nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfe aller Krankenkassen durch die Summe der nach Nummer 2 ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen geteilt und mit der Zahl 100 vervielfacht wird;
5. die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt sich durch einen Vergleich des nach Nummer 1 berechneten Beitragsbedarfs mit der nach Nummer 3 ermittelten Finanzkraft in entsprechender Anwendung des § 16;
6. die nach Absatz 3 ermittelte Summe der Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ist um die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung nach Nummer 5 zu bereinigen.

(6) Die Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen auf Grund des Risikopools werden wie folgt ermittelt:

1. Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 1 ermittelt;
2. die Finanzkraft aller in einem Land tätigen Krankenkassen wird in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr. 2 und von Absatz 5 Nr. 3 ermittelt;
3. die nach Absatz 5 Nr. 6 ermittelte Summe der bereinigten Einnahmen ist um die nach Nummer 1 ermittelten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu erhöhen und um die nach Nummer 2 ermittelte Finanzkraft zu vermindern.

§ 33b Ermittlung der Zuweisungen

(1) Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für ihre in einem Land wohnhaften Versicherten im Sinne des § 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden nach Maßgabe der folgenden Absätze auf der Grundlage der nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten ermittelt.

(2) Die Zuweisungen, die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben nach den §§ 266 und 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung für ihre Versicherten erhalten, werden anteilig um die Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gekürzt.

(3) Die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen werden je Krankenkasse durch die Versicherungstage der Versicherten der Krankenkasse geteilt und mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht. Die Summe der Ergebnisse nach Satz 1 aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt die bundeslandspezifischen Zuweisungen. Außer Betracht bleiben die auf Grund der Anwendung des § 33c Abs. 2 eingetretenen Veränderungen der Zuweisungen an die Krankenkassen für die in einem Land wohnhaften Versicherten.

§ 33c Durchführung der Übergangsregelungen

(1) Das Bundesversicherungsamt stellt für jedes Ausgleichsjahr und für jedes Land die Höhe der nach § 33a ermittelten bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen den nach § 33b ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen für ihre in diesem Land wohnhaften Versicherten gegenüber. Dabei ist sicherzustellen, dass die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen der Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen entspricht, indem die Summe der Zuweisungen an alle Krankenkassen durch die Summe der bereinigten Einnahmen aller Krankenkassen geteilt wird und das Ergebnis jeweils mit den bereinigten Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Sinne des § 33a

vervielfacht wird. Ergibt die Gegenüberstellung, dass die Einnahmen aller in einem Land tätigen Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in der Summe übersteigen, liegt eine Belastung vor.

(2) Ergibt die Gegenüberstellung nach Absatz 1, dass die Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen im Jahr 2009 einen Betrag von 100 Millionen Euro (Schwellenwert) übersteigt, sind die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land im Jahresausgleich so zu erhöhen, dass die Belastung den Schwellenwert genau erreicht; die Differenz zwischen der Belastung aller in einem Land tätigen Krankenkassen und dem Schwellenwert ergibt den Kappungsbetrag. Der Betrag, um den die Zuweisungen an die Krankenkassen für ihre Versicherten mit Wohnsitz in diesem Land zu erhöhen sind, wird ermittelt, indem der Kappungsbetrag durch die Versicherungstage der in dem Land wohnhaften Versicherten geteilt und je Krankenkasse mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht wird. Ab 2010 erhöht sich der Schwellenwert nach Satz 1 in jährlichen Schritten um jeweils 100 Millionen Euro. § 39 Abs. 1 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Die Regelungen des Absatzes 2 finden nur Anwendung, wenn die Gegenüberstellung nach Absatz 1 eine Überschreitung des Schwellenwertes im Sinne des Absatzes 2 ergibt. Die Regelungen der §§ 33 bis 33b sowie der Absätze 1 und 2 finden letztmalig in dem Jahr Anwendung, das dem Jahr vorausgeht, in dem erstmalig in keinem Land eine Überschreitung des Schwellenwertes nach Absatz 2 festgestellt wurde.

§ 34 Datenerhebungen und Gutachtenerstellung zu den Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds

(1) Für die Schätzung der Belastungen auf Grund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds für die in einem Land tätigen Krankenkassen (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2007 zusätzlich zur Datenerhebung nach § 30 folgende Angaben versichertenbezogen:

1. die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten,
2. die Anzahl der Versichertentage mit einer Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3 und
3. die Anzahl der Versichertentage mit einer Zuordnung zu jeweils einer Versichertengruppe nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2 oder 4 differenziert nach der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 2 Abs. 1 Satz 3.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung der Angabe nach Satz 1 Nr. 1. § 30 Abs. 2 und 4 gilt entsprechend. Zur Erfüllung des in Satz 1 genannten Zwecks kann das Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(1a) Zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 1 erheben die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2007 folgende Angaben nicht versichertenbezogen nach Ländern differenziert:

1. das in der Krankenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt auf der Grundlage der Meldungen nach § 28a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch,
2. Beiträge aus der Künstlersozialversicherung,
3. die von freiwilligen Mitgliedern gezahlten Beiträge sowie die von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch selbst gezahlten Beiträge,
4. die für Bezieher von Arbeitslosengeld und Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 162 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch gezahlten Beiträge,
5. die für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II gezahlten Beiträge,
6. die von versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten gezahlten Beiträge,
7. die Beitragszahlungen aus der Rente und
8. die Beitragszahlungen aus Versorgungsbezügen durch die Zahlstellen.

§ 30 Abs. 4 Satz 1 gilt entsprechend. Zur Erhebung der Angaben nach Satz 1 erhalten die zuständigen Krankenkassen jährlich über ihre Spitzenverbände Meldungen

1. der Künstlersozialkasse über die Höhe der Beiträge ihrer Mitglieder summarisch, differenziert nach Ländern bis zum 15. August, erstmals bis zum 15. August 2008,

2. der Bundesagentur für Arbeit über die für die Bezieher von Arbeitslosengeld gezahlten Beiträge sowie die für eine pauschalierte Berücksichtigung der Beiträge aus Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 162 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Angaben länderbezogen bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 15. August 2008,
3. der Rentenversicherungsträger über die für eine länderbezogene Ermittlung der Beiträge aus der Rente erforderlichen Angaben, die auch pauschaliert werden können, bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 15. August 2008.

Bei geringfügigen Beschäftigungen meldet die nach § 28i Satz 5 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle die Angaben zur Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung länderbezogen jährlich bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 15. August 2008 an das Bundesversicherungsamt. Das Nähere hierzu vereinbaren die nach § 28i Satz 5 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle und das Bundesversicherungsamt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die pauschale Ermittlung der Angaben nach Satz 1 Nr. 5 und 8 sowie des Übergangsgelds nach Nr. 4. Das Nähere zu den Meldungen nach Satz 3 Nr. 1, 2 und 3 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den jeweiligen Trägern. Bei sonstigen Beitragszahlungen bestimmt das Bundesversicherungsamt nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen Verteilungsschlüssel auf die Länder.

(2) Die Datenerhebung nach Absatz 1 erfolgt letztmalig in dem Jahr, in dem die Voraussetzung nach § 272 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt wurde.

(3) Das wissenschaftliche Gutachten nach § 272 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist bis zum 31. März 2008 fertigzustellen. Gegenstand des Gutachtens ist es insbesondere, die Fragen zur Berechnung und Durchführung der Konvergenzregelung (§ 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu untersuchen, Verfahrensvorschläge zur Lösung von Umsetzungsfragen zu unterbreiten und die länderbezogenen Transferwirkungen zu quantifizieren.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Achter Abschnitt

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) ab 2009

§ 35 Anwendbare Regelungen

(1) Vom Berichtsjahr 2009 an gelten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und die Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Vorschriften dieses Abschnitts. Der Erste bis Siebte Abschnitt dieser Verordnung sind weiterhin anzuwenden, soweit in den nachfolgenden Vorschriften oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Für die Durchführung des Jahresausgleichs nach § 19, des Risikopools nach § 28a und des Zwischenausgleichs nach § 17 Abs. 3a für das Berichtsjahr 2008 und für Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 sind die §§ 1 bis 28h in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu Grunde zu legen.

§ 36 Ermittlung der Höhe der Grundpauschale

(1) Die Grundlage für die Ermittlung der Grundpauschale bilden die voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die um auf diese Leistungsausgaben entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38 zu bereinigen sind, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten. Die bereinigten Ausgaben sind durch die voraussichtliche Summe der Versicherten aller Krankenkassen zu teilen.

(2) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.

(3) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Grundpauschale sowie der Werte nach § 266 Abs. 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt jährlich bis zum 15.

November, die Bekanntmachung für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011. Die Krankenkassen geben ihren Versicherten die für das Folgejahr ermittelte Grundpauschale einschließlich ihrer Erläuterung jährlich in geeigneter Form bis zum 31. Dezember bekannt, die Bekanntmachung der für das Jahr 2011 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2011.

(4) Für den Zeitraum vom 1. August bis 31. Dezember 2009 wird die Grundpauschale wie folgt ermittelt und in geeigneter Form bekannt gemacht:

1. Die voraussichtlichen standardisierten Krankengeldausgaben der Krankenkassen für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgegeben haben, werden durch 5 geteilt,
2. die nach den Absätzen 1 und 2 für das Jahr 2009 ermittelte monatliche Grundpauschale wird um den Wert nach Nummer 1 erhöht.

Grundlage für die voraussichtlichen Krankengeldausgaben nach Satz 1 sind die Prognosen des Schätzerkreises nach § 241 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in seiner letzten Sitzung vor dem 1. August 2009. Die nach den Sätzen 1 und 2 ermittelte Grundpauschale wird erstmals im monatlichen Ausgleich nach § 39 Absatz 3 zum 30. September 2009 berücksichtigt.

§ 37 Zuweisungen für sonstige Ausgaben

(1) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. Die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen sind zusammenzuzählen, die von Dritten erstatteten Aufwendungen für Verwaltungskosten sowie die auf Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, bleiben außer Betracht;
2. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen;
3. 50 Prozent des Ergebnisses nach Nummer 1 sind durch die Summe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für alle Krankenkassen zu teilen und mit der Zuweisung nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkasse zu vervielfachen;
4. die Höhe der Zuweisung für jede Krankenkasse ergibt sich aus der Summe der nach den Nummern 2 und 3 ermittelten Ergebnisse.

Bei der Ermittlung der Zuweisungen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 sind die Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zugrunde zu legen.

(2) Die Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 gelten bis zum 31. Dezember 2010. Vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüft das Bundesministerium für Gesundheit anhand der für das Jahr 2009 erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Krankenkassen die finanziellen Auswirkungen der Anwendung der Prozentwerte nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 auf die Krankenkassen. Auf der Grundlage dieser Überprüfung sind durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Prozentwerte ab dem 1. Januar 2011 festzulegen. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Satz 3 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der monatlichen Zuweisungen nach Maßgabe des Absatzes 1.

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung im Voraus für jedes Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt: die Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen und mit den Versicherungszeiten der knappschaftlichen Krankenversicherung zu vervielfachen. Die so ermittelte Höhe der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung ist von den Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 abzuziehen. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe dieser Zuweisungen für jede Krankenkasse im Voraus für jedes

Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt:

1. Die Aufwendungen aller Krankenkassen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, sind zusammenzuzählen, wobei Satzungsleistungen auf Grund von § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Krankenversicherung, Aufwendungen für Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die zusätzlichen satzungsgemäßen Leistungen aufgrund von § 11 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht bleiben.
2. Das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen zu teilen.
3. Das Ergebnis nach Nummer 2 ist mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse zu vervielfachen.

(5) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für Verwaltungskosten aller Krankenkassen, der vorläufig ermittelten Höhe der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Aufwendungen nach § 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen sowie der Summe der nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 von den Krankenkassen übermittelten Versicherungszeiten aller Krankenkassen erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011.

§ 38 Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009

(1) Zur Förderung der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Abs. 1 Satz 3 eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Hebt das Bundesversicherungsamt nach § 137g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Zulassung eines Programms auf, ist die Zuweisung nach Satz 1 zurückzuzahlen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt die Höhe der Zuweisung nach Absatz 1 und das Nähere über das Meldeverfahren für die eingeschriebenen Versicherten. Kommt die Bestimmung nach Satz 1 nicht zu Stande, bestimmt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisung und das Meldeverfahren.

§ 39 Durchführung des Zahlungsverkehrs, monatlicher Ausgleich und Kostentragung

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, und führt den Zahlungsverkehr durch.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 1 für das monatliche Abschlagsverfahren und teilt diese den Krankenkassen mit. Die monatlichen Zuweisungen ergeben sich auf der Grundlage der Feststellung nach Satz 1, monatlich angepasst an die Veränderungen der Versichertenzahl. § 3 Absatz 6 Satz 4 und 5 gilt entsprechend. Die Summe der monatlichen Zuweisungen an alle Krankenkassen entspricht einem Zwölftel des Wertes nach § 40 Absatz 1 Nummer 1. Für das Jahr 2010 ist der Wert nach § 40 Absatz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des § 40 Absatz 3 Satz 1 zu erhöhen.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

- a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,
- b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie
- c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres

die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit. Das Bundesversicherungsamt kann dabei auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall die vorläufige Höhe ihrer Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abweichend ermitteln, wenn die nach Absatz 2 ermittelten Zuweisungen erheblich und nachweislich von dem im Jahresausgleich nach § 41 zu erwartenden Ergebnis abweichen. Bei der abweichenden Ermittlung nach Satz 2 kann sich das Bundesversicherungsamt unter Berücksichtigung des § 30 Absatz 4 Satz 4 an Schätzungen orientieren und legt einen angemessenen Sicherheitsabzug zugrunde. § 3 Absatz 6 Satz 4 und 5 gilt entsprechend. Die bis zur Neuberechnung nach Satz 1 und 2 festgesetzten Zuweisungen für das Ausgleichsjahr werden auf der Grundlage der Feststellungen nach

Satz 1 und 2 neu ermittelt. Die nach den Sätzen 1 und 2 ermittelte vorläufige Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird für die betroffene Krankenkasse nach § 273 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um den Korrekturbetrag nach § 39a Absatz 4 Satz 2 vermindert und für die übrigen Krankenkassen um den entsprechenden Betrag erhöht. Für das Ausgleichsjahr 2010 erfolgt zusätzlich bis zum 15. Juli 2010 eine Neuberechnung nach Satz 1, 4 und 5.

(3a) Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die Höhe der bisher nach Absatz 2 festgesetzten Zuweisungen, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden Betrag an die Krankenkasse. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Das Bundesversicherungsamt gibt den Fälligkeitstermin der zu leistenden Beträge mit der Zusendung des Bescheides verbindlich auf. § 14 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass das für den Zahlungsverkehr zuständige Bundesversicherungsamt an die Stelle der Deutschen Rentenversicherung Bund tritt. Zahlt eine Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 nicht innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit vollständig an den Gesundheitsfonds, wird der noch offene Betrag mit den nach Absatz 4 auszuzahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken, verrechnet, beginnend mit dem folgenden Ausgleichsmonat. Auf Antrag einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Verrechnung nach Satz 5 auf die folgenden Ausgleichsmonate verteilen, wenn es auf der Grundlage eines von der Krankenkasse erbrachten ausreichenden Nachweises feststellt, dass die bei der Krankenkasse vorhandenen Mittel nach den §§ 260 und 261 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der in § 155 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Ansprüche und Forderungen nicht ausreichen, die vollständige Zahlung zu bewirken; spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Fälligkeit muss die Zahlung nach Satz 2 vollständig bewirkt sein.

(4) Das Bundesversicherungsamt zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitszeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat werden vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt.

(5) Die dem Bundesversicherungsamt auf Grund der Verwaltung des Gesundheitsfonds entstehenden Ausgaben einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getragen.

§ 39a Ermittlung des Korrekturbetrags

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Korrekturbetrag nach § 273 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die betroffene Krankenkasse nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Das Bundesversicherungsamt hat bei der Ermittlung des Korrekturbetrags auch regionale Unterschiede bei der Vergütung zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck werden die Angaben nach § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genutzt.

(3) Die standardisierten Kosten je Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland für den jeweiligen Leistungsbereich werden durch ein Regressionsverfahren der Risikomerkmale nach § 29 und der Angaben nach Absatz 2 auf die tatsächlichen Ausgaben aller Krankenkassen in dem jeweiligen Leistungsbereich desselben Jahres ermittelt. Die nach Satz 1 ermittelten standardisierten Kosten je Versicherten werden für alle Versicherten der betroffenen Krankenkasse zusammengezählt und den tatsächlichen Ausgaben dieser Krankenkasse in dem jeweiligen Leistungsbereich desselben Jahres gegenübergestellt. Ergibt die Gegenüberstellung nach Satz 2, dass die standardisierten Kosten die Ausgaben um mehr als einen dem nach Absatz 5 festzulegenden Schwellenwert entsprechenden Betrag überschreiten, wird eine Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse für den jeweiligen Leistungsbereich ermittelt, indem von den standardisierten Kosten der dem Schwellenwert entsprechende Betrag und die Ausgaben abgezogen werden.

(4) Durch ein Regressionsverfahren der standardisierten Kosten je Versicherten je Krankenkasse für den jeweiligen Leistungsbereich nach Absatz 3 Satz 1 auf die Zuweisungen nach § 266 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch je Versicherten je Krankenkasse wird für alle Krankenkassen prospektiv das Verhältnis von standardisierten Kosten zu Zuweisungen ermittelt. Der Korrekturbetrag ergibt sich, indem das nach Satz 1 ermittelte Verhältnis auf die Normkostenabweichung nach Absatz 3 Satz 3 angewendet und der sich hieraus ergebende Betrag verdoppelt wird.

(5) Das Nähere zu den Regressionsverfahren nach den Absätzen 3 und 4 einschließlich der Festlegung des Schwellenwerts nach Absatz 3 Satz 3 sowie der Berücksichtigung des Umfangs des Verstoßes nach § 273 Absatz 4 Satz 1 und 2 bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen. Dabei können auch weitere oder andere als die in Absatz 3 Satz 1 genannten Merkmale in das Regressionsverfahren eingefügt werden, um eine möglichst hohe Genauigkeit der Schätzung zu erreichen.

§ 40 Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte wie folgt den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind:

1. Die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve nach § 271 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Einnahmen, die Ausgaben nach § 39 Abs. 5, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie die nach § 137g Abs. 1 Satz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme entstehenden Vorhaltekosten zu bereinigen;
2. von dem Wert nach Nummer 1 ist die Höhe der voraussichtlichen standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der voraussichtlichen standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aller Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;
3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist durch die voraussichtliche jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen, verringert um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Zahl 12 zu teilen;
4. das Ergebnis nach Nummer 3 ist für jede Krankenkasse mit der um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Zahl ihrer Mitglieder, die zum Ersten eines Monats in der Monatsstatistik des Vormonats gemeldet ist, zu vervielfachen.

(2) Die Bekanntmachung der vom Bundesversicherungsamt für das Folgejahr ermittelten Beträge erfolgt jährlich bis zum 15. November, die Bekanntmachung für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011.

(3) Für das Jahr 2010 ermittelt das Bundesversicherungsamt den Betrag nach Absatz 1, indem der Wert nach Absatz 1 Nummer 1 um die konjunkturbedingte Beteiligung des Bundes nach § 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der am 1. Januar 2010 geltenden Fassung erhöht wird. Das Bundesversicherungsamt macht den nach Satz 1 ermittelten Betrag in geeigneter Form bekannt.

§ 41 Jahresausgleich

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) folgende Zahlen neu:

1. Die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge;
2. die Werte nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 sowie Abs. 4 Satz 2 Nr. 2;
3. die Erhöhung der Zuweisungen nach § 33c Abs. 2.

§ 37 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt für jede Krankenkasse wie folgt den Betrag, um den die Zuweisungen für jede Krankenkasse im Jahresausgleich nach Absatz 3 zu verändern sind:

1. Von dem Wert nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 ist die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuzüglich der Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Krankenkassen, bereinigt um die auf standardisierte Leistungsausgaben sowie Verwaltungskosten entfallenden Anteile der Zuweisungen nach § 38, sofern diese Zuweisungen entsprechende Anteile enthalten, abzuziehen;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 ist durch die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen; ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist das Ergebnis nach Nummer 1 durch die jahresdurchschnittliche, um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerte Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen;

3. das Ergebnis nach Nummer 2 ist für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen; ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist das Ergebnis nach Nummer 2 für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen, um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen.

(3) Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Zahlen sowie der Grundpauschalen nach § 36 für jede Krankenkasse die Höhe der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 und § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresausgleich. Für Krankenkassen, die im Ausgleichsjahr miteinander vereinigt worden sind, ist eine gemeinsame Berechnung vorzunehmen. Für Krankenkassen, die in dem auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahr miteinander vereinigt worden sind, kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine gemeinsame Berechnung vornehmen. § 39 Absatz 3 Satz 6 gilt entsprechend.

(4) Das Bundesversicherungsamt gibt die nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 2 ermittelten Werte in geeigneter Weise bekannt und teilt den Krankenkassen die nach den Absätzen 2 und 3 ermittelten Beträge mit. Übersteigt die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, steht der Krankenkasse der überschießende Betrag zu. Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen die monatlichen Zuweisungen, ist der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds zu zahlen. § 39 Absatz 3a Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.

(4a) Unterschreitet die Höhe der nach Absatz 3 ermittelten Zuweisungen nach § 33c Absatz 2 die entsprechenden monatlichen Zuweisungen im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2009, wird der an den Gesundheitsfonds zu zahlende entsprechende Unterschiedsbetrag abweichend von § 39 Absatz 3a Satz 3 im Jahr 2011 in zwölf gleichen Teilbeträgen fällig, und zwar jeweils zum ersten Bankarbeitstag eines Monats. Auf Antrag einer Krankenkasse kann das Bundesversicherungsamt die Teilbeträge nach Satz 1 abweichend festlegen, wenn ansonsten nachweislich die Zahlungsfähigkeit der Krankenkasse gefährdet wäre. § 39 Absatz 3a Satz 6 gilt nicht.

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

Anlagen 1 bis 12 (weggefallen)