

Änderungsbekanntgabe für die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014 vom 29.09.2014

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 sind mit Wirkung zum 1. August 2014 Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) in Kraft getreten. Daraus ergeben sich Verfahrensänderungen für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014, die die Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV betreffen, zum jeweiligen Zeitpunkt ihrer Bekanntmachung jedoch noch nicht bekannt waren.

Um Richtigkeit und Vollständigkeit der Festlegungen im Einklang mit den vorgenannten Entwicklungen im höherrangigen Recht zu wahren, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes die Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014 in der Fassung vom 06.06.2014 entsprechend wie folgt angepasst:

Im Abschnitt „2.5 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge“ wird nach Abschnitt 2.5.6 folgender Abschnitt neu eingefügt:

2.5.7 Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach 2.5.6 werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

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

Der ehemalige Abschnitt 2.5.7 wird zu Abschnitt 2.5.8.

Der Abschnitt „2.6 Berechnungsverfahren der Zuweisungen“ wird wie folgt gefasst:

2.6 Berechnung der Zuweisungen

2.6.1 Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.7 für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten—bzw. Die Zuweisung für Leistungsausgaben ohne Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich als Summe der Zuweisungen über alle Versicherte der Krankenkasse.

2.6.2 Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.8 für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten. Die Zuweisungen für das Krankengeld an die Krankenkasse ergeben sich aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und SGB V).