



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

- Vorab per Email -

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

TEL +49 (0) 228 619 - 1652
FAX +49 (0) 228 619 - 1931
E-MAIL rsa.VII3@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Frau Krampetzki

nachrichtlich
Bundesministerium für Gesundheit
Aufsichtsbehörden der Länder
Bundesministerium für Finanzen

DATUM 3. Dezember 2008
AZ **VII 3 - 5510.0 - 2982/2008**
(bei Antwort bitte angeben)

Gesundheitsfonds

Informationsschreiben zum monatlichen Abschlagsverfahren nach § 39 RSAV idF des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet ab dem 1. Januar 2009 die eingehenden Beträge nach § 271 Abs. 1 SBG V als Sondervermögen (Gesundheitsfonds). Es ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten.

Im Rahmen des monatlichen Abschlagsverfahrens weist das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds den Krankenkassen die Finanzierungsmittel zu und führt den damit verbundenen Zahlungsverkehr durch (§ 271 Abs. 1 SGB V; § 39 Abs. 1 RSAV idF GKV-OrgWG).

Die Krankenkassen erhalten über die Höhe der monatlichen Zuweisungen einen Zuweisungsbescheid (§ 39 Abs. 2 Satz 2 RSAV idF GKV-OrgWG). Dieser stellt die Grundlage für die innerhalb des Auszahlungsmonats durch den Gesundheitsfonds zu leistenden Teilbeträge dar (§ 39 Abs. 4 RSAV idF GKV-OrgWG). Der Zuweisungsbescheid wird den Krankenkassen jeweils zum Ende des Vormonats für den nachfolgenden

Ausgleichsmonat bekannt gegeben. Für den Januar 2009 wird der Zuweisungsbescheid einmalig am Anfang des Ausgleichsmonats (am 2. Januar 2009) bekannt gegeben.

Abrechnungsperiode

Nach § 39 Abs. 4 Satz 2 RSAV idF GKV-OrgWG werden die Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat vollständig bis zum 15. des diesem Monat folgenden Monats ausgezahlt. Ist dieser Tag ein gesetzlicher Feiertag, Sonnabend oder Sonntag, erfolgt die Auszahlung am nächsten Werktag (§ 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X).

Ab dem 1. Januar 2009 ist insoweit zwischen dem Ausgleichsmonat und dem Auszahlungsmonat zu unterscheiden, deren zeitliche Abrechnungsperioden nicht deckungsgleich sind. Bei dem **Ausgleichsmonat** handelt es sich um den Monat, für den die monatliche Zuweisung berechnet und bestimmt ist (entsprechend dem Zuweisungsbescheid). Der **Auszahlungsmonat** umfasst regelmäßig den Abrechnungszeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode). Der Auszahlungsmonat wird nach dem Kalendermonat benannt, in dem er beginnt. Im Startjahr des Gesundheitsfonds erstreckt sich der **Auszahlungsmonat Januar 2009 einmalig** auf den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 15. Februar 2009.

Die während des Auszahlungsmonats tatsächlich beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge dienen zur Deckung der für den entsprechenden Ausgleichsmonat berechneten monatlichen Zuweisungsbeträge der Krankenkassen.

Beispiel:

a) Januar 2009

Die Deckung des festgestellten Zuweisungsbedarfs für den Ausgleichsmonat Januar 2009 erfolgt durch die Beträge nach § 271 Abs. 1 SGB V, die im Auszahlungsmonat vom 1. Januar 2009 bis 16. Februar 2009 an den Gesundheitsfonds fließen.

b) Februar 2009

Die Deckung des für den Ausgleichsmonat Februar 2009 festgestellten Zuweisungsbedarfs erfolgt durch die Beträge nach § 271 Abs. 1 SGB V, die dem Gesundheitsfonds im Auszahlungsmonat vom 17. Februar bis 16. März 2009 zufließen.

Die Auszahlung der Zuweisungen an die Krankenkassen wird damit von dem Zeitraum bestimmt, in dem die Beträge nach § 271 Abs. 1 SGB V dem Gesundheitsfonds tatsächlich zufließen (Zufluss-Prinzip). Unerheblich ist dagegen, für welchen Monat sie gezahlt wurden.

Berechnung der monatliche Teilbeträge und der Schlusszahlung (Schlüsselverfahren)

Die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren werden durch das BVA - Verwalter des Gesundheitsfonds - in Teilbeträgen an die Krankenkassen ausgezahlt (§ 39 Abs. 4 Satz 1 RSAV idF GKV-OrgWG).

Der Gesundheitsfonds zahlt **innerhalb des Auszahlungsmonats** Teilbeträge auf den monatlich festgestellten Zuweisungsbetrag nur in der Höhe an die Krankenkassen aus, wie ihm die in § 271 Abs. 1 SGB V aufgeführten Einnahmen auch tatsächlich zufließen und damit auf dem Bankkonto der Deutschen Bundesbank zur Verfügung stehen.

Grundlage für die innerhalb des Zahlungsmonats an die einzelne Krankenkasse auszuführenden Teilbeträge bildet der monatlich beschiedene Zuweisungsbetrag. Maßgeblich ist das Verhältnis des Zuweisungsbetrages der einzelnen Krankenkasse zur Gesamtsumme der Zuweisungsbeträge aller Krankenkassen für den jeweiligen Monat.

Aus dem Quotient des monatlichen Zuweisungsbetrages pro Krankenkasse und den monatlichen Gesamtzuweisungen für alle am RSA teilnehmenden Krankenkassen wird der Zuweisungsschlüssel für jede einzelne Krankenkasse pro Monat ermittelt.

X,XX Euro (Zuweisungsbetrag der einzelnen Krankenkasse; XX2009)

X,XX Euro (Σ Zuweisungsbeträge aller KK; XX2009)

Die innerhalb des Monats auszuführenden Teilbeträge für jede einzelne Krankenkasse werden an Hand dieses Zuweisungsschlüssels berechnet. D.h. der auszuführende Teilbetrag stellt das Produkt aus dem kassenindividuellen Zuweisungsschlüssel und den tatsächlichen Ist-Einnahmen des Gesundheitsfonds innerhalb des Auszahlungsmonats dar.

Sofern durch die Ist-Einnahmen des Gesundheitsfonds die Zuweisungsansprüche der Krankenkassen innerhalb des Auszahlungsmonats nicht vollständig gedeckt werden können, erfolgen die Restzahlungen an die Krankenkassen - Ausgleich der Differenz zwischen Zuweisungsbetrag und den bereits geleisteten Teilbeträgen - jeweils bis zum 15. des Auszahlungsmonats. Reichen die Beträge nach § 271 Abs. 1 SGB V nicht zur Deckung dieser Ansprüche aus, werden diese nach Vorschriften des § 271 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V gedeckt.

Der monatliche Zuweisungsbetrag stellt die Obergrenze für die zu leistenden Teilbeträge eines Auszahlungsmonats dar. Sollte der Zuweisungsanspruch der Krankenkassen bereits innerhalb des Auszahlungsmonats - vor dem 15. des Auszahlungsmonats - vollständig befriedigt sein, werden keine weiteren Teilbeträge mehr an die Krankenkassen geleistet. Vielmehr werden diese Beträge der Liquiditätsreserve zugeführt.

Der monatliche Zuweisungsbetrag und die Teilbeträge beziehen sich immer auf den im Bescheid ausgewiesenen Gesamtbetrag. Eine Aufteilung auf die einzelnen Positionen des Bescheides (Zuweisungen nach den §§ 266, 271, 272 SGB V usw.) erfolgt in der Zahlung nicht. Die Krankenkassen sind jedoch verpflichtet, den Zuweisungsbetrag entsprechend dem Kontenrahmen und dem Zuweisungsbescheid aufzuteilen und zu buchen.

Auszahlungstermine der monatlichen Teilbeträge

Die Auszahlungen der Teilbeträge orientieren sich an den Hauptfälligkeitzeitpunkten. Als Hauptfälligkeitzeitpunkte gelten insbesondere die in § 23 Abs. 1 bis 3 SGB IV genannten Fälligkeiten für die laufenden Krankenversicherungsbeiträge sowie die Zahlung des Bundeszuschusses (§ 221 Satz 3 SGB V) und die Fälligkeit der KVdR-Beiträge (§ 255 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB V).

Nach der Gesetzesbegründung zu § 39 Abs. 4 RSAV idF GKV-OrgWG orientieren sich die Zahlungstermine für die Teilbeträge innerhalb des Auszahlungsmonats an den nachfolgend genannten Hauptfälligkeitsterminen (BT-Drucks. 16/10609 S. 90); § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X ist zu beachten:

1. 1. Bankarbeitstag des Monats
2. 8. des Monats
3. 15. des Monats
4. drittletzter Bankarbeitstag des Monats
5. letzter Bankarbeitstag des Monats

Zur Liquiditätssicherung der Krankenkassen wird der Gesundheitsfonds darüber hinaus zusätzlich Teilbeträge an die Krankenkassen auszahlen, sofern auf dem Bankkonto des Gesundheitsfonds bis spätestens 14:00 Uhr Zahlungseingänge von mindestens 50 Mio. Euro zu verzeichnen sind. Dann kommt es noch am selben Tag zu einer Auszahlung des Guthabens an die Krankenkassen.

Aufwendungen des BVA

Aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden auch die Aufwendungen des BVA für die Verwaltung des Gesundheitsfonds einschließlich der Ausgaben für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs getragen (§ 271 Abs. 6 SGB V, § 39 Abs. 5 RSAV idF GKV-OrgWG). Hierzu zählen auch die Kosten, die durch die Prüfung der Beitragszahlung der Direktzahler gemäß § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V entstehen (BT-Drucks. 16/9559, S. 29). Diese Kosten werden bei der Summe der jeweils auszugehrenden Teilbeträgen sowie der Schlusszahlung des Zahlungsmonats entsprechend ihrem Verhältnis (siehe Schlüsselverfahren) als Bestandteil berücksichtigt.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit unseren Erläuterungen das künftige Abschlagsverfahren verständlich darlegen konnten und bitten Sie, die am RSA teilnehmenden Krankenkassen umgehend zu informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez.

Marschewski