

## **Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichverordnung (RSAV) die auf der Grundlage der am ###.##.2009 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Codes 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 Ausgleichsjahr 2010 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

Nach Abschluss des Verfahrens zur Anhörung des GKV-Spitzenverbandes trifft das BVA die Festlegungen wie folgt:

### Morbiditätsgruppen

Das Klassifikationssystem unterscheidet 112 zuschlagsfähige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die jeweils aus mindestens einer DxGruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Code umfassen. Alle HMG, die ihnen zugeordneten DxG und ICD-Codes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen, das jeweils zulässige Geschlecht sowie die Zusatzkennzeichen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach §§ 295 und 301 SGB V werden in Anlage 1 dokumentiert.

### Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

#### a) Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der Daten nach § 30 RSAV des dem Berichtsjahr vorausgehenden Jahres wie folgt:

#### 1. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten

Ausschließlich die in der Bekanntmachung vom ###.##.2009 abschließend benannten ICD-Codes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet.

#### 2. Aufgreifkriterien für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung

Gesicherte Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung (mit Qualifizierungsmerkmal „G“) werden nur dann zur Versichertenklassifikation zugelassen, wenn eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete, gesicherte Diagnose in einem anderen Quartal dokumentiert wurde, es sei denn für die zugehörige DxG ist eine als obligatorisch gekennzeichnete Arzneimittelzuordnung nach Ziffer 3.2 vorgesehen. Gesicherte Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung von Personen, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert waren, können ohne dieses Aufgreifkriterium für die Klassifikation genutzt werden. Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben unberücksichtigt. Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt.

### 3. Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

Die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen erfolgt anhand von Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung sowie den bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen.

Das Vorliegen einer Krankenhausdiagnose führt mit Ausnahme der Diagnosen, die den DxG001a (HIV/AIDS mit Dauermedikation), DxG002a (HIV positiver Infektionsnachweis mit Dauermedikation) oder DxG225 ((Echte) Hämophilie (angeborener Faktor VIII oder Faktor IX-Mangel) mit Dauermedikation) zugeordnet sind, immer zur Zuordnung in eine HMG. Bei der DxG225 erfolgt die Zuordnung nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 3.2.5. erfüllt sind.

Bezüglich der Zuordnung anhand von Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung gelten folgende Kriterien:

#### 3.1. DxG mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung bleiben unberücksichtigt.

#### 3.2. DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung und mit Arzneimittelzuordnung

##### 3.2.1. Obligate und nicht obligate Arzneimittelzuordnung

Eine Arzneimittelzuordnung erfolgt für DxG, bei denen eine Arzneimitteltherapie aus medizinischer Sicht in jedem Fall zwingend erforderlich ist (obligate Arzneimittelzuordnung). Darüber hinaus erfolgt eine Arzneimittelzuordnung zu DxG, bei denen klinisch relevante Fälle mit Arzneimitteln behandelt werden und für die gilt, dass offensichtlich auch klinisch nicht relevante Fälle aufgegriffen werden, wenn lediglich Diagnosen als Kriterium gefordert werden. Obligate Arzneimittelzuordnungen sind alle Arzneimittelzuordnungen gemäß Anlage 2, die nicht mit dem Zusatz „klinische Relevanz“ versehen sind.

### 3.2.2. Ermittlung der bereinigten Behandlungstage

Zunächst werden für alle Verordnungen (Anzahl der Packungen je Pseudonym, Verordnungsdatum und Pharmazentralnummer) die zugeordneten ATC und die zugehörigen DDD je Packung ermittelt. Die aus der Verordnung resultierenden Behandlungstage (BT) ergeben sich als die für den Versicherten für eine DxG über die Zahl aller verordneten Packungen aufsummierten Behandlungstage, wobei die zeitlichen Überschneidungen bereinigt werden.

Zur Ermittlung der bereinigten Behandlungstage (bBT) wird dann ausgehend vom jeweiligen Verordnungsdatum ein Zeitstrahl gebildet, auf dem die Behandlungstage je Arzneimittel gemäß ATC-Kode kalendergenau abgetragen werden. Für jeden Versicherten werden die verordnungsspezifischen Zeitstrahlen über das Merkmal ATC so aggregiert, dass für jeden ATC-Kode kalendarisch vermerkt ist, ob dieser Tag ein Behandlungstag mit Arzneimitteln ist oder nicht. Zeitliche Überschneidungen führen dabei nicht zu Mehrfachzählungen. Sind der DxG mehrere ATC-Kodes zugeordnet, werden die Zeitstrahlen der zugeordneten ATC erneut aggregiert, so dass ein Zeitstrahl entsteht, der kalendarisch angibt, ob für die DxG eine Arzneimittelverordnung vorliegt.

### 3.2.3. Rezidivierendes akutes Krankheitsgeschehen

Versicherte mit einem Alter von mindestens zwölf Jahren (in dem dem Berichtsjahr vorausgehenden Jahr) werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens 10 bereinigte Behandlungstage mit der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein, in dem mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose abgerechnet wurde. Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung den entsprechenden HMG zugeordnet.

### 3.2.4. Kein rezidivierendes akutes Krankheitsgeschehen

Versicherte mit einem Alter von mindestens zwölf Jahren (in dem dem Berichtsjahr vorausgehenden Jahr) werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens 183 bereinigte Behandlungstage mit der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein, in dem mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose abgerechnet wurde. Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung den entsprechenden HMG zugeordnet.

### 3.2.5. Arzneimittelzuordnung bei Hämophilie (DxG 225)

Bei der HMG035 (Hämophilie mit Dauermedikation) entfällt die Ermittlung der bereinigten Behandlungstage (Ziffer 3.2.2. bis 3.2.4.). Anstatt dessen müssen hier mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

### 3.2.6. Arzneimittelzuordnung bei HIV/AIDS (DXG 001a, DxG 002a)

Kinder unter 12 Jahren werden dieser DxG nicht zugeordnet.

### 3.3. DxGruppen ohne obligatorische stationäre Behandlung und ohne Arzneimittelzuordnung

Versicherte werden aufgrund ihrer Diagnosen den entsprechenden HMG zugeordnet.

Die Übersicht über alle DxG-spezifischen Aufgreifkriterien befindet sich in Anlage 2. Eine Auflistung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG wird in Anlage 3 dokumentiert.

#### Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

Die HMG aus Anlage 1 werden wie folgt hierarchisiert. Tritt bei der Gruppierung für einen Versicherten eine HMG aus Spalte A gemeinsam mit der dazugehörigen HMG aus Spalte B auf, so dominiert die HMG aus Spalte A die HMG aus Spalte B, d.h. die HMG aus Spalte B wird im Versichertenprofil auf Null gesetzt und somit in der Zuschlagsberechnung nicht berücksichtigt.

## Hierarchisierungsregeln

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
A B			A B			A B		
Laufende Nummer			Laufende Nummer			Laufende Nummer		
1	HMG001	HMG184	47	HMG038	HMG039	93	HMG082	HMG084
2	HMG004	HMG006	48	HMG041	HMG042	94	HMG083	HMG084
3	HMG004	HMG007	49	HMG035	HMG043	95	HMG087	HMG088
4	HMG005	HMG112	50	HMG035	HMG143	96	HMG089	HMG090
5	HMG006	HMG007	51	HMG035	HMG046	97	HMG089	HMG091
6	HMG008	HMG009	52	HMG043	HMG046	98	HMG090	HMG091
7	HMG008	HMG010	53	HMG143	HMG046	99	HMG095	HMG096
8	HMG008	HMG011	54	HMG047	HMG049	100	HMG100	HMG101
9	HMG008	HMG012	55	HMG051	HMG052	101	HMG100	HMG103
10	HMG008	HMG013	56	HMG051	HMG053	102	HMG101	HMG103
11	HMG008	HMG014	57	HMG052	HMG053	103	HMG102	HMG103
12	HMG009	HMG010	58	HMG054	HMG055	104	HMG104	HMG105
13	HMG009	HMG011	59	HMG054	HMG056	105	HMG104	HMG106
14	HMG009	HMG012	60	HMG054	HMG057	106	HMG104	HMG149
15	HMG009	HMG013	61	HMG054	HMG058	107	HMG105	HMG106
16	HMG009	HMG014	62	HMG055	HMG056	108	HMG107	HMG108
17	HMG010	HMG011	63	HMG055	HMG057	109	HMG107	HMG109
18	HMG010	HMG012	64	HMG055	HMG058	110	HMG107	HMG110
19	HMG010	HMG013	65	HMG056	HMG057	111	HMG108	HMG109
20	HMG010	HMG014	66	HMG056	HMG058	112	HMG108	HMG110
21	HMG011	HMG012	67	HMG058	HMG057	113	HMG109	HMG110
22	HMG011	HMG013	68	HMG067	HMG039	114	HMG111	HMG112
23	HMG011	HMG014	69	HMG067	HMG068	115	HMG130	HMG134
24	HMG012	HMG013	70	HMG067	HMG069	116	HMG130	HMG131
25	HMG012	HMG014	71	HMG067	HMG100	117	HMG130	HMG132
26	HMG013	HMG014	72	HMG067	HMG101	118	HMG130	HMG136
27	HMG015	HMG016	73	HMG067	HMG103	119	HMG134	HMG131
28	HMG015	HMG017	74	HMG067	HMG157	120	HMG134	HMG132
29	HMG015	HMG019	75	HMG067	HMG162	121	HMG134	HMG136
30	HMG016	HMG017	76	HMG068	HMG039	122	HMG131	HMG132
31	HMG016	HMG019	77	HMG068	HMG069	123	HMG131	HMG136
32	HMG017	HMG019	78	HMG068	HMG100	124	HMG132	HMG136
33	HMG021	HMG022	79	HMG068	HMG101	125	HMG157	HMG039
34	HMG021	HMG023	80	HMG068	HMG103	126	HMG157	HMG162
35	HMG021	HMG024	81	HMG068	HMG157	127	HMG159	HMG162
36	HMG022	HMG023	82	HMG068	HMG162	128	HMG164	HMG165
37	HMG022	HMG024	83	HMG069	HMG039	129	HMG178	HMG174
38	HMG023	HMG024	84	HMG069	HMG157	130	HMG178	HMG175
39	HMG025	HMG026	85	HMG069	HMG162	131	HMG178	HMG176
40	HMG025	HMG027	86	HMG075	HMG048	132	HMG178	HMG177
41	HMG025	HMG029	87	HMG080	HMG090	133	HMG174	HMG175
42	HMG025	HMG036	88	HMG080	HMG091	134	HMG174	HMG176
43	HMG026	HMG029	89	HMG081	HMG082	135	HMG174	HMG177
44	HMG027	HMG029	90	HMG081	HMG083	136	HMG175	HMG176
45	HMG031	HMG036	91	HMG081	HMG084	137	HMG175	HMG177
46	HMG033	HMG036	92	HMG082	HMG083	138	HMG176	HMG177

### b) Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)

Jeder Versicherte wird aufgrund seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden 40 Alters-Geschlechts-Gruppen zugeordnet:

### Alters-Geschlechtsgruppen (AGG)

Variable	Inhalt
AGG 1	weiblich, 0 Jahre
AGG 2	weiblich 1-5 Jahre
AGG 3	weiblich, 6-12 Jahre
AGG 4	weiblich, 13-17 Jahre
AGG 5	weiblich, 18-24 Jahre
AGG 6	weiblich, 25-29 Jahre
AGG 7	weiblich, 30-34 Jahre
AGG 8	weiblich, 35-39 Jahre
AGG 9	weiblich, 40-44 Jahre
AGG 10	weiblich, 45-49 Jahre
AGG 11	weiblich, 50-54 Jahre
AGG 12	weiblich, 55-59 Jahre
AGG 13	weiblich, 60-64 Jahre
AGG 14	weiblich, 65-69 Jahre
AGG 15	weiblich, 70-74 Jahre
AGG 16	weiblich, 75-79 Jahre
AGG 17	weiblich, 80-84 Jahre
AGG 18	weiblich, 85-89 Jahre
AGG 19	weiblich, 90-94 Jahre
AGG 20	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AGG 21	männlich, 0 Jahre
AGG 22	männlich 1-5 Jahre
AGG 23	männlich, 6-12 Jahre
AGG 24	männlich, 13-17 Jahre
AGG 25	männlich, 18-24 Jahre
AGG 26	männlich, 25-29 Jahre
AGG 27	männlich, 30-34 Jahre
AGG 28	männlich, 35-39 Jahre
AGG 29	männlich, 40-44 Jahre
AGG 30	männlich, 45-49 Jahre
AGG 31	männlich, 50-54 Jahre
AGG 32	männlich, 55-59 Jahre
AGG 33	männlich, 60-64 Jahre
AGG 34	männlich, 65-69 Jahre
AGG 35	männlich, 70-74 Jahre
AGG 36	männlich, 75-79 Jahre
AGG 37	männlich, 80-84 Jahre
AGG 38	männlich, 85-89 Jahre
AGG 39	männlich, 90-94 Jahre
AGG 40	männlich, 95+ Jahre

### c) Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden anhand ihres Geschlechts und Alters im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr einer der folgenden Erwerbsminderungsgruppen zugeordnet:

### Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Variable	Inhalt
EMG 1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG 2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG 3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG 4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG 5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG 6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

d) Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG) Versicherte, die in dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung aufwiesen, werden keiner HMG zugeordnet. Statt dessen werden sie der Kostenerstattergruppe (KEG) zugeordnet:

e) Zuordnung zu den Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGG)

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den AGG, EMG und HMG nicht zugeordnet. Statt dessen erhalten sie einen Zuschlag, der die durchschnittlichen Morbiditätsausgaben der GKV ihrer Altersgruppe reflektiert. Die AusAGG entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGG:

**Auslands-Alters-Geschlechtsgruppen (AusAGG)**

Variable	Inhalt
AusAGG 01	weiblich, 0 Jahre
AusAGG 02	weiblich 1-5 Jahre
AusAGG 03	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG 04	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG 05	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG 06	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG 07	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG 08	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG 09	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG 10	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG 11	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG 12	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG 13	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG 14	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG 15	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG 16	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG 17	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG 18	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG 19	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG 20	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AusAGG 21	männlich, 0 Jahre
AusAGG 22	männlich 1-5 Jahre
AusAGG 23	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG 24	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG 25	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG 26	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG 27	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG 28	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG 29	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG 30	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG 31	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG 32	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG 33	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG 34	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG 35	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG 36	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG 37	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG 38	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG 39	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG 40	männlich, 95+ Jahre

Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen“ unter a, b, c und d genannten Gruppen gilt als Risikomerkmal. Für die Versicherten der Stichprobe, die keine Zuordnung zu Aus-AGG erfahren, wird für jedes Risikomerkmal ein Gewichtungsfaktor wie folgt berechnet:

1. Zuordnung der Risikomerkmale: Auf der Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden den Versicherten HMG, AGG, EMG und KEG zugeordnet.
2. Annualisierung der Leistungsausgaben: Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche werden versichertenbezogen aufsummiert, durch die Zahl der Versichertentage im Berichtsjahr geteilt und mit der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres vervielfacht (Annualisierung der Leistungsausgaben). Die

Leistungsausgaben von im Berichtsjahr Verstorbenen werden hiervon abweichend nicht annualisiert.

3. Ermittlung der Regressionskoeffizienten: Für jedes Risikomerkmale wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Leistungsausgaben bilden. Die WLS-Gewichte werden berechnet, indem für jeden Versicherten die Versicherungstage des Berichtsjahres durch die Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden. Im Berichtsjahr Verstorbenen wird hiervon abweichend das Gewicht Eins zugeordnet.
4. Vorgehen im Falle negativer oder statistisch nicht signifikanter Regressionskoeffizienten: Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Risikomerkmale, für die aufgrund fehlender statistischer Signifikanz ( $p\text{-Wert} \geq 0,001$ ) keine Regressionskoeffizienten ermittelbar sind, wird ebenfalls ein Regressionskoeffizient mit dem Wert Null zugeordnet; ist hiervon eine dominierende Morbiditätsgruppe betroffen, ist die Hierarchisierung entsprechend anzupassen. Die Regression wird in beiden Fällen erneut durchgeführt. Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.
5. Hierarchieverletzungen der Regressionskoeffizienten: Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmale in der Regression berücksichtigt.
6. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe: Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt.
7. Berechnung der Gewichtungsfaktoren: Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Nummer 6 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

#### Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte

Für die Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland werden die Gewichtungsfaktoren abweichend wie folgt ermittelt:

1. Für jeden Versicherten der Stichprobe ohne Zuordnung zu einer Aus-AGG werden die Risikomerkmale nach Nummer 1 und die Regressionskoeffizienten nach Nummer 3-5 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“



zugeordnet. Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen“ unter a, b, c und d genannten Gruppen gilt als Risikomerkmäl.

2. Ermittlung der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben: Für jeden Versicherten nach 1 wird die Summe der Regressionskoeffizienten nach Nummer 1 gebildet.
3. Für jede Aus-AGG wird nun die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach Nummer 2 der einer AGG zugehörigen Versicherten gebildet und durch die Anzahl der Versicherten der AGG geteilt.
4. Durchschnittlichen Zuschlag für Aus-AGG: Vom Ergebnis nach Nummer 3 wird der Regressionskoeffizient der entsprechenden AGG nach Nummer 3 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ in Abzug gebracht.
5. Berechnung der Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG: Die Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Nummer 4 durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Nummer 6 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

#### Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

Für jedes Risikomerkmäl wird ein Risikozuschlag für jeden in der Vollerhebung nach § 30 RSAV gemeldeten Versicherten wie folgt ermittelt:

1. Ermittlung der nichterfassten Ausgaben: Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Zahl der Versichertentage aller Versicherten der Stichprobe geteilt und mit der Zahl der Versichertentage aller Versicherte multipliziert. Das Ergebnis ergibt die hochgerechneten Ausgaben der Stichprobe. Diese werden von der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld aller Versicherten abgezogen und anschließend durch die Zahl der Versichertentage aller Versicherten dividiert.
2. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der GKV: Die Summe der hochgerechneten Ausgaben der Stichprobe wird durch die Summe der Versicherungstage der Vollerhebung geteilt.
3. Zuordnung von Risikomerkmalen und Gewichtungsfaktoren: Jedem Versicherten werden die Risikomerkmale und die Gewichtungsfaktoren nach Nummer 7 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ oder nach Nummer 5 des Abschnitts „Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte“ zugeordnet.

4. Ermittlung der versichertenbezogenen Risikomenge: Je Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der nach Nummer 3? ermittelten Gewichtungsfaktoren mit seinen Versicherungstagen vervielfacht. Bei im Ausgleichsjahr Verstorbenen werden die nach Nummer 3 ermittelten Gewichtungsfaktoren mit der Anzahl der Tage des Berichtsjahres vervielfacht.
5. Ermittlung des Korrekturfaktors: Die Summe der Ergebnisse nach Nummer 4 aller Versicherten aller Krankenkassen wird mit dem Ergebnis aus Nummer 2 vervielfacht und durch die Summe aller Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis nach Nummer 2 wird durch dieses Ergebnis geteilt.
6. Risikozuschlag je Versichertentag: Für jedes Risikomerkmal wird das Ergebnis nach Nummer 2 mit dem Gewichtungsfaktor und dem Korrekturfaktor nach Nummer 5 vervielfacht. Bei den Risikozuschlägen für die AGG wird der Wert nach Nummer 1 addiert.

Die Zuweisungen je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge für die Risikogruppen, in die der Versicherte fällt, mit den Versichertentagen des Versicherten. Bei Versicherten, die im Ausgleichsjahr verstorben sind wird abweichend hiervon als Zahl der Versichertentage immer die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr angesetzt.

#### Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen

1. Die Angleichungsfaktoren sollen sicherstellen, dass im Rahmen der Strukturanpassungen das Volumen der Zuweisungen der auf der Grundlage der der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde liegenden Prognosen ermittelten Höhe der Zuweisungen je Versicherten entspricht. Die so festgestellte Zuweisungshöhe wird mit der Zahl der gemeldeten Versicherten multipliziert.
2. Bei der durchgeführten Regression zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren für das monatliche Abschlagsverfahren wird festgestellt, welcher Prozentsatz der Zuweisungen aufgrund der sich so ergebenden Regressionskoeffizienten in der Stichprobe auf Basis der AGG, EMG und HMG ergeben.
3. Das Zuweisungsvolumen aller morbiditätsorientierten Leistungsausgaben nach 1 wird für die AGG, EMG und HMG mit den jeweiligen Prozentsätzen nach Nummer 2 multipliziert.
4. Auf Basis der aktuellen Datenmeldungen wird in jeder Strukturanpassung ermittelt, wie hoch die Zuweisungen nach AGG, EMG und HMG bei den bestehenden Risikozuschlägen ausfallen würden.

5. Die Angleichsfaktoren für die AGG, EMG und HMG ergeben sich, indem die jeweiligen Werte nach Nummer 3 durch die zugehörigen Werte nach Ziffer 4 geteilt werden.
6. Die Zuweisungen an allen Krankenkassen aufgrund der AGG, EMG und HMG werden mit dem entsprechenden Angleichungsfaktor multipliziert.