

Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010

Bonn, den 30.09.2009

i.d.F. der Änderungsbek. vom 28.07.2010

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichverordnung (RSAV) die auf der Grundlage der am 30.09.2009 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 30.09.2009 abschließend benannten ICD-Codes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet. Technische Anpassungen

aufgrund von Aktualisierungen des ICD-Verzeichnisses sowie der Arzneimittelklassifikation werden gemäß § 31 Abs. 4 Satz 6 und 7 RSAV nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen jeweils bis zum 31. März der Jahre 2010 und 2011 durchgeführt und bekannt gegeben.

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 §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a 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 DxG813 (HIV/AIDS mit Dauermedikation), DxG814 (HIV-positiver Infektionsnachweis mit Dauermedikation), DxG225 ((Echte) Hämophilie (angeborener Faktor-VIII- oder Faktor-IX-Mangel) mit Dauermedikation) oder DxG821 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysezeichen)) 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; bei der DxG821 erfolgt die Zuordnung nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 3.2.6. 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 in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet.

3.2.2. Ermittlung der Behandlungstage

Für jede gemeldete Verordnung (Anzahl der Packungen je Pseudonym, Verordnungsdatum und Pharmazentralnummer) wird der zugeordnete ATC-Kode und die dazugehörigen definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses, DDD) je Packung ermittelt. Über das Produkt aus Anzahl Packungen und DDD je Packung ergeben sich die Behandlungstage (BT) mit einem dem ATC-Kode zugehörigen Präparat. Dabei werden die BT der Versicherten gemäß ihrer anteiligen Versichertenzeit des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres annualisiert. Die so ermittelten BT werden den DxGruppen zugeordnet und DxGruppen-spezifisch aufsummiert.

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 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. Die Diagnosen müssen in diesem Fall den Aufgreifkriterien unter Nr. 2 entsprechen. Die dort aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.

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 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. Die Diagnosen müssen in diesem Fall den Aufgreifkriterien unter Nr. 2

entsprechen. Die dort aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.

Bei den DxGruppen 813 und 814 erfolgt bei Kindern unter 12 Jahren abweichend eine Zuordnung, wenn sie mindestens 50 Behandlungstage mit – der jeweiligen DxG zugeordneten – Arzneimitteln aufweisen. Dabei muss mindestens eine passende Verordnung in einem Quartal erfolgt sein, in dem eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet wurde.

3.2.5. Arzneimittelzuordnung bei Hämophilie (DxG 225)

Bei der HMG035 (Hämophilie mit Dauermedikation) entfällt die Ermittlung der Behandlungstage (Ziffer 3.2.2. bis 3.2.4.). Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

3.2.6. Zuordnung bei Fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz mit Dialysekennzeichen (DxG 821)

Um zur DxG 821 zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV in dem dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahr vergeben worden sein.

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.

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

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. Stattdessen 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, KEG 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

f) Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Die Krankengeldgruppen (KGG) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG).

Jeder Versicherte wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden K-AGG zugeordnet:

Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG)

Variable	Inhalt
K-AGG 1	weiblich, 0 Jahre
K-AGG 2	weiblich, 1 Jahr
K-AGG 3	weiblich, 2 Jahre
K-AGG 4	weiblich, 3 Jahre
K-AGG 5	weiblich, 4 Jahre
K-AGG 6	weiblich, 5 Jahre
K-AGG 7	weiblich, 6 Jahre
K-AGG 8	weiblich, 7 Jahre
K-AGG 9	weiblich, 8 Jahre
K-AGG 10	weiblich, 9 Jahre
K-AGG 11	weiblich, 10 Jahre
K-AGG 12	weiblich, 11 Jahre
K-AGG 13	weiblich, 12 Jahre
K-AGG 14	weiblich, 13 Jahre
K-AGG 15	weiblich, 14 Jahre
K-AGG 16	weiblich, 15 Jahre
K-AGG 17	weiblich, 16 Jahre
K-AGG 18	weiblich, 17 Jahre
K-AGG 19	weiblich, 18 Jahre
K-AGG 20	weiblich, 19 Jahre
K-AGG 21	weiblich, 20 Jahre
K-AGG 22	weiblich, 21 Jahre
K-AGG 23	weiblich, 22 Jahre
K-AGG 24	weiblich, 23 Jahre
K-AGG 25	weiblich, 24 Jahre
K-AGG 26	weiblich, 25 Jahre
K-AGG 27	weiblich, 26 Jahre
K-AGG 28	weiblich, 27 Jahre
K-AGG 29	weiblich, 28 Jahre
K-AGG 30	weiblich, 29 Jahre
K-AGG 31	weiblich, 30 Jahre
K-AGG 32	weiblich, 31 Jahre
K-AGG 33	weiblich, 32 Jahre
K-AGG 34	weiblich, 33 Jahre
K-AGG 35	weiblich, 34 Jahre
K-AGG 36	weiblich, 35 Jahre
K-AGG 37	weiblich, 36 Jahre
K-AGG 38	weiblich, 37 Jahre
K-AGG 39	weiblich, 38 Jahre
K-AGG 40	weiblich, 39 Jahre
K-AGG 41	weiblich, 40 Jahre
K-AGG 42	weiblich, 41 Jahre
K-AGG 43	weiblich, 42 Jahre
K-AGG 44	weiblich, 43 Jahre
K-AGG 45	weiblich, 44 Jahre
K-AGG 46	weiblich, 45 Jahre
K-AGG 47	weiblich, 46 Jahre
K-AGG 48	weiblich, 47 Jahre
K-AGG 49	weiblich, 48 Jahre

K-AGG 50	weiblich, 49 Jahre
K-AGG 51	weiblich, 50 Jahre
K-AGG 52	weiblich, 51 Jahre
K-AGG 53	weiblich, 52 Jahre
K-AGG 54	weiblich, 53 Jahre
K-AGG 55	weiblich, 54 Jahre
K-AGG 56	weiblich, 55 Jahre
K-AGG 57	weiblich, 56 Jahre
K-AGG 58	weiblich, 57 Jahre
K-AGG 59	weiblich, 58 Jahre
K-AGG 60	weiblich, 59 Jahre
K-AGG 61	weiblich, 60 Jahre
K-AGG 62	weiblich, 61 Jahre
K-AGG 63	weiblich, 62 Jahre
K-AGG 64	weiblich, 63 Jahre
K-AGG 65	weiblich, 64 Jahre
K-AGG 66	weiblich, 65 Jahre
K-AGG 67	weiblich, 66 Jahre
K-AGG 68	weiblich, 67 Jahre
K-AGG 69	weiblich, 68 Jahre
K-AGG 70	weiblich, 69 Jahre
K-AGG 71	weiblich, 70 Jahre
K-AGG 72	weiblich, 71 Jahre
K-AGG 73	weiblich, 72 Jahre
K-AGG 74	weiblich, 73 Jahre
K-AGG 75	weiblich, 74 Jahre
K-AGG 76	weiblich, 75 Jahre
K-AGG 77	weiblich, 76 Jahre
K-AGG 78	weiblich, 77 Jahre
K-AGG 79	weiblich, 78 Jahre
K-AGG 80	weiblich, 79 Jahre
K-AGG 81	weiblich, 80 Jahre
K-AGG 82	weiblich, 81 Jahre
K-AGG 83	weiblich, 82 Jahre
K-AGG 84	weiblich, 83 Jahre
K-AGG 85	weiblich, 84 Jahre
K-AGG 86	weiblich, 85 Jahre
K-AGG 87	weiblich, 86 Jahre
K-AGG 88	weiblich, 87 Jahre
K-AGG 89	weiblich, 88 Jahre
K-AGG 90	weiblich, 89 Jahre
K-AGG 91	weiblich, 90 Jahre und älter
K-AGG 92	männlich, 0 Jahre
K-AGG 93	männlich, 1 Jahre
K-AGG 94	männlich, 2 Jahre
K-AGG 95	männlich, 3 Jahre
K-AGG 96	männlich, 4 Jahre
K-AGG 97	männlich, 5 Jahre
K-AGG 98	männlich, 6 Jahre
K-AGG 99	männlich, 7 Jahre
K-AGG 100	männlich, 8 Jahre
K-AGG 101	männlich, 9 Jahre

K-AGG 102	männlich, 10 Jahre
K-AGG 103	männlich, 11 Jahre
K-AGG 104	männlich, 12 Jahre
K-AGG 105	männlich, 13 Jahre
K-AGG 106	männlich, 14 Jahre
K-AGG 107	männlich, 15 Jahre
K-AGG 108	männlich, 16 Jahre
K-AGG 109	männlich, 17 Jahre
K-AGG 110	männlich, 18 Jahre
K-AGG 111	männlich, 19 Jahre
K-AGG 112	männlich, 20 Jahre
K-AGG 113	männlich, 21 Jahre
K-AGG 114	männlich, 22 Jahre
K-AGG 115	männlich, 23 Jahre
K-AGG 116	männlich, 24 Jahre
K-AGG 117	männlich, 25 Jahre
K-AGG 118	männlich, 26 Jahre
K-AGG 119	männlich, 27 Jahre
K-AGG 120	männlich, 28 Jahre
K-AGG 121	männlich, 29 Jahre
K-AGG 122	männlich, 30 Jahre
K-AGG 123	männlich, 31 Jahre
K-AGG 124	männlich, 32 Jahre
K-AGG 125	männlich, 33 Jahre
K-AGG 126	männlich, 34 Jahre
K-AGG 127	männlich, 35 Jahre
K-AGG 128	männlich, 36 Jahre
K-AGG 129	männlich, 37 Jahre
K-AGG 130	männlich, 38 Jahre
K-AGG 131	männlich, 39 Jahre
K-AGG 132	männlich, 40 Jahre
K-AGG 133	männlich, 41 Jahre
K-AGG 134	männlich, 42 Jahre
K-AGG 135	männlich, 43 Jahre
K-AGG 136	männlich, 44 Jahre
K-AGG 137	männlich, 45 Jahre
K-AGG 138	männlich, 46 Jahre
K-AGG 139	männlich, 47 Jahre
K-AGG 140	männlich, 48 Jahre
K-AGG 141	männlich, 49 Jahre
K-AGG 142	männlich, 50 Jahre
K-AGG 143	männlich, 51 Jahre
K-AGG 144	männlich, 52 Jahre
K-AGG 145	männlich, 53 Jahre
K-AGG 146	männlich, 54 Jahre
K-AGG 147	männlich, 55 Jahre
K-AGG 148	männlich, 56 Jahre
K-AGG 149	männlich, 57 Jahre
K-AGG 150	männlich, 58 Jahre
K-AGG 151	männlich, 59 Jahre
K-AGG 152	männlich, 60 Jahre
K-AGG 153	männlich, 61 Jahre

K-AGG 154	männlich, 62 Jahre
K-AGG 155	männlich, 63 Jahre
K-AGG 156	männlich, 64 Jahre
K-AGG 157	männlich, 65 Jahre
K-AGG 158	männlich, 66 Jahre
K-AGG 159	männlich, 67 Jahre
K-AGG 160	männlich, 68 Jahre
K-AGG 161	männlich, 69 Jahre
K-AGG 162	männlich, 70 Jahre
K-AGG 163	männlich, 71 Jahre
K-AGG 164	männlich, 72 Jahre
K-AGG 165	männlich, 73 Jahre
K-AGG 166	männlich, 74 Jahre
K-AGG 167	männlich, 75 Jahre
K-AGG 168	männlich, 76 Jahre
K-AGG 169	männlich, 77 Jahre
K-AGG 170	männlich, 78 Jahre
K-AGG 171	männlich, 79 Jahre
K-AGG 172	männlich, 80 Jahre
K-AGG 173	männlich, 81 Jahre
K-AGG 174	männlich, 82 Jahre
K-AGG 175	männlich, 83 Jahre
K-AGG 176	männlich, 84 Jahre
K-AGG 177	männlich, 85 Jahre
K-AGG 178	männlich, 86 Jahre
K-AGG 179	männlich, 87 Jahre
K-AGG 180	männlich, 88 Jahre
K-AGG 181	männlich, 89 Jahre
K-AGG 182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte, die mindestens 183 Tage des Berichtsjahres eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden anhand ihres Geschlechts und Alters im Berichtsjahr einer der folgenden K-EMG zugeordnet:

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG)

Variable	Inhalt
K-EMG 1	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 2	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre
K-EMG 3	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre
K-EMG 4	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre
K-EMG 5	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre
K-EMG 6	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre
K-EMG 7	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre
K-EMG 8	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre
K-EMG 9	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre
K-EMG 10	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre
K-EMG 11	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre
K-EMG 12	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre
K-EMG 13	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre
K-EMG 14	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre
K-EMG 15	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre
K-EMG 16	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre
K-EMG 17	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre
K-EMG 18	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre
K-EMG 19	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre
K-EMG 20	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre
K-EMG 21	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre
K-EMG 22	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre
K-EMG 23	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre
K-EMG 24	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre
K-EMG 25	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre
K-EMG 26	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre
K-EMG 27	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre
K-EMG 28	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre
K-EMG 29	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre
K-EMG 30	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre
K-EMG 31	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre
K-EMG 32	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 33	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG 34	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG 35	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG 36	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG 37	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG 38	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG 39	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG 40	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG 41	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG 42	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG 43	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG 44	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG 45	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG 46	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG 47	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG 48	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG 49	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre

K-EMG 50	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG 51	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG 52	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG 53	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG 54	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG 55	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG 56	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG 57	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG 58	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG 59	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG 60	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG 61	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 62	EM-Rentner, männlich, 65 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 Risikomerkmals. Für die Versicherten der Stichprobe, die keine Zuordnung zu Aus-AGG erfahren, wird für jedes Risikomerkmals 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 mit Ausnahme des Krankengeldes 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 Risikomerkmals 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 Verstorbene wird hiervon abweichend das Gewicht Eins zugeordnet.
4. Vorgehen im Falle negativer oder statistisch nicht signifikanter Regressionskoeffizienten: Wird für mindestens ein Risikomerkmals ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Risikomerkmalen, 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 Risikomerkmale.
2. Ermittlung der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben: Für jeden Versicherten nach 1 wird die Summe der Regressionskoeffizienten nach Nummer 1 gebildet.
3. Durchschnittlicher Zuschlag für Aus-AGG: 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. Berechnung der Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG: Die Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Nummer 3 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 Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen werden wie folgt ermittelt:

1. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen: Auf der Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden die Versicherten den KGG (K-AGG und K-EMG) zugeordnet.
2. Annualisierung der Bruttokrankengeldausgaben: Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden versichertenbezogen aufsummiert, durch die Zahl der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch im Berichtsjahr geteilt und mit der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres vervielfacht (Annualisierung der Bruttokrankengeldausgaben). Die Krankengeldausgaben von im Berichtsjahr Verstorbenen werden hiervon abweichend nicht annualisiert.
3. Ermittlung der Regressionskoeffizienten: Für jede KGG wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die KGG die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Bruttokrankengeldausgaben 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 eine KGG ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. KGG, 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. Die Regression wird in beiden Fällen erneut durchgeführt. Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.
5. Erstattungen (EKG) für Erwerbsminderungsrentner und für sonstige Fälle: Die Bruttokrankengeldausgaben sind um die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG und K-EMG ermittelt. Die EKG werden getrennt nach EKG für Erwerbsminderungsrentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216) und nach EKG für sonstige Fälle (entsprechend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219) ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 43 für das Jahr 2010 gebildet.
 - a) Das standardisierte Bruttokrankengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-EMG nach Nummer 3 unter Beachtung der nach Nummer 4 ermittelten Regressionskoeffizienten und der mit den entsprechenden WLS-Gewichten gewichteten Zahl der Versicherten je K-EMG. Der KG-

Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach Nummer 5 vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-EMG abgezogen wird und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG geteilt wird.

- b) Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-AGG nach Nummer 3 unter Beachtung der nach Nummer 4 ermittelten Regressionskoeffizienten und der mit den entsprechenden WLS-Gewichten gewichteten Zahl der Versicherten je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach Nummer 5 vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-AGG abgezogen wird und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG geteilt wird.

6. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe: Die Summe der um die EKG bereinigten Bruttokrallengeldausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld.
7. Berechnung der Gewichtungsfaktoren: Die Gewichtungsfaktoren für die KGG 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 und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor multipliziert werden.

Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

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

1. Ermittlung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben je Versichertentag: Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergeben sich aus den in den Konten/Kontenarten 407, 467, 482, 513, 514, 5155, 5163, 5164, 5165, 5186, 5187, 5188, 527, 590 gemeldeten Beträge. Die Summe dieser Beträge wird durch die Summe der Versichertentage der Vollerhebung geteilt.
2. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der GKV: Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben aus Nummer 1 wird durch die Summe der Versicherungstage der Vollerhebung geteilt.
3. Zuordnung von Risikomerkmale und Gewichtungsfaktoren: Jedem Versicherten werden die Risikomerkmale und die Gewichtungsfaktoren nach Nummer 7 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ oder nach

Nummer 4 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.
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 bzw. Aus-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.

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.