

Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011

Bonn, den 30.09.2010

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichverordnung (RSAV) die auf der Grundlage der am 30.06.2010 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 2011 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sowie die in der Anlage 4 beschriebenen technischen Details des Regressions- und Berechnungsverfahrens sind Bestandteil dieser Festlegung.

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

1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1. Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 129 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.

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:

1.1.1. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten

Ausschließlich die in der Bekanntmachung vom 30.06.2010 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 im März der Jahre 2010 und 2011 durchgeführt und bekannt gegeben.

1.1.2. Aufgreifkriterien für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung

Gesicherte Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung (mit Qualifizierungsmerkmal „G“) werden nur dann zur Versichertenklassifikation zugelassen, wenn mindestens 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 1.1.3.3.2 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.

1.1.3. Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

1.1.3.1. Zuordnungsprinzipien

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

1.1.3.2. Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen

Das Vorliegen einer Krankenhausdiagnose führt immer zur Zuordnung in eine HMG. Hier- von gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zur DxG 225 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.1.3.3.2. erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zur DxG 821 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.1.3.3.4 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxG 770 und 771 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.1.3.3.4 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxG 813, 814, 826, 827 und 836 erfolgt nicht.

1.1.3.3. Zuordnung anhand der Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung

1.1.3.3.1. DxG mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung bleiben unberücksichtigt.

1.1.3.3.2. DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung und mit Arzneimittelzuordnung

1.1.3.3.2.1. 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.

1.1.3.3.2.2. 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.

1.1.3.3.2.3. 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. 1.1.2. entsprechen. Die dort aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.

1.1.3.3.2.4. 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. 1.1.2. entsprechen. Die dort aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.

1.1.3.3.3. Sonderregelungen bei DxGruppen mit Schweregraddifferenzierung durch Arzneimittel

1.1.3.3.3.1. Arzneimittelzuordnung bei sehr schweren Stoffwechselstörungen (DxG 826, 827)

Bei den DxGruppen 826 und 827 entfällt die Ermittlung der Behandlungstage (Ziffer 1.1.3.3.2.2. bis 1.1.3.3.2.4.). 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.

1.1.3.3.3.2. Arzneimittelzuordnung bei Hämophilie (DxG 225)

Bei der DxGruppe 225 (Hämophilie mit Dauermedikation) entfällt die Ermittlung der Behandlungstage (Ziffer 1.1.3.3.2.2. bis 1.1.3.3.2.4.). 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.

1.1.3.3.3.3. Arzneimittelzuordnung bei HIV/AIDS (DxG 813, 814)

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.

1.1.3.3.3.4. Arzneimittelzuordnung bei Psoriasis und Parapsoriasis (Hautmanifestationen) (DxG 836)

Bei der DxGruppe 836 erfolgt bei Kindern unter 12 Jahren abweichend eine Zuordnung, wenn sie mindestens 183 Behandlungstage mit – der jeweiligen DxG zuge-

ordneten – 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.

1.1.3.3.4. 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.

1.1.3.3.5. 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.

1.1.3.4. Zuordnung zu den DxG 770 und 771 (Strahlen- und Chemotherapie)

Eine Zuordnung zu den HMG180 (Strahlentherapie) bzw. 181 (Chemotherapie) erfolgt nur, wenn neben der in Anlage 1 aufgeführten ICD-Codes bei dem Versicherten gleichzeitig auch ICD-Codes vorliegen, die zu einer Zuordnung in die HMG004 oder HMG006 bis HMG014 führen.

1.1.4. 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		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	HMG001	HMG184	62	HMG055	HMG060	123	HMG108	HMG110
2	HMG004	HMG006	63	HMG056	HMG057	124	HMG108	HMG215
3	HMG004	HMG007	64	HMG056	HMG058	125	HMG109	HMG110
4	HMG005	HMG112	65	HMG058	HMG057	126	HMG111	HMG112
5	HMG006	HMG007	66	HMG060	HMG056	127	HMG111	HMG216
6	HMG008	HMG009	67	HMG060	HMG057	128	HMG130	HMG131
7	HMG008	HMG010	68	HMG060	HMG058	129	HMG130	HMG132
8	HMG008	HMG011	69	HMG067	HMG039	130	HMG130	HMG134
9	HMG008	HMG012	70	HMG067	HMG068	131	HMG130	HMG136
10	HMG008	HMG013	71	HMG067	HMG069	132	HMG131	HMG132
11	HMG008	HMG014	72	HMG067	HMG100	133	HMG131	HMG136
12	HMG009	HMG010	73	HMG067	HMG101	134	HMG132	HMG136
13	HMG009	HMG011	74	HMG067	HMG103	135	HMG134	HMG131
14	HMG009	HMG012	75	HMG067	HMG157	136	HMG134	HMG132
15	HMG009	HMG013	76	HMG067	HMG203	137	HMG134	HMG136
16	HMG009	HMG014	77	HMG068	HMG039	138	HMG143	HMG046
17	HMG010	HMG011	78	HMG068	HMG069	139	HMG143	HMG210
18	HMG010	HMG012	79	HMG068	HMG100	140	HMG157	HMG203
19	HMG010	HMG013	80	HMG068	HMG101	141	HMG164	HMG165
20	HMG010	HMG014	81	HMG068	HMG103	142	HMG169	HMG170
21	HMG011	HMG012	82	HMG068	HMG157	143	HMG169	HMG171
22	HMG011	HMG013	83	HMG068	HMG203	144	HMG170	HMG171
23	HMG011	HMG014	84	HMG069	HMG039	145	HMG174	HMG175
24	HMG012	HMG013	85	HMG069	HMG157	146	HMG174	HMG176
25	HMG012	HMG014	86	HMG069	HMG203	147	HMG174	HMG177
26	HMG013	HMG014	87	HMG077	HMG091	148	HMG175	HMG176
27	HMG015	HMG016	88	HMG077	HMG092	149	HMG175	HMG177
28	HMG015	HMG017	89	HMG078	HMG080	150	HMG176	HMG177
29	HMG015	HMG019	90	HMG078	HMG089	151	HMG181	HMG180
30	HMG016	HMG017	91	HMG078	HMG091	152	HMG201	HMG005
31	HMG016	HMG019	92	HMG079	HMG077	153	HMG202	HMG021
32	HMG017	HMG019	93	HMG079	HMG091	154	HMG202	HMG022
33	HMG021	HMG022	94	HMG079	HMG092	155	HMG202	HMG023
34	HMG021	HMG023	95	HMG080	HMG089	156	HMG202	HMG024
35	HMG021	HMG024	96	HMG080	HMG091	157	HMG206	HMG038
36	HMG022	HMG023	97	HMG081	HMG083	158	HMG206	HMG207
37	HMG022	HMG024	98	HMG081	HMG084	159	HMG207	HMG038
38	HMG023	HMG024	99	HMG081	HMG091	160	HMG208	HMG209
39	HMG025	HMG026	100	HMG083	HMG084	161	HMG210	HMG046
40	HMG025	HMG027	101	HMG083	HMG091	162	HMG211	HMG212
41	HMG025	HMG029	102	HMG084	HMG091	163	HMG211	HMG213
42	HMG026	HMG029	103	HMG086	HMG091	164	HMG211	HMG214
43	HMG027	HMG029	104	HMG087	HMG086	165	HMG212	HMG213
44	HMG035	HMG043	105	HMG087	HMG088	166	HMG212	HMG214
45	HMG035	HMG046	106	HMG087	HMG091	167	HMG213	HMG214
46	HMG035	HMG143	107	HMG088	HMG086	168	HMG215	HMG109
47	HMG035	HMG210	108	HMG088	HMG091	169	HMG215	HMG110
48	HMG043	HMG046	109	HMG089	HMG091	170	HMG216	HMG112
49	HMG043	HMG210	110	HMG092	HMG091	171	HMG217	HMG108
50	HMG047	HMG049	111	HMG095	HMG096	172	HMG217	HMG109
51	HMG051	HMG052	112	HMG099	HMG106	173	HMG217	HMG110
52	HMG051	HMG053	113	HMG100	HMG101	174	HMG217	HMG215
53	HMG052	HMG053	114	HMG100	HMG103	175	HMG218	HMG108
54	HMG054	HMG055	115	HMG101	HMG103	176	HMG218	HMG109
55	HMG054	HMG056	116	HMG104	HMG099	177	HMG218	HMG110
56	HMG054	HMG057	117	HMG104	HMG105	178	HMG218	HMG215
57	HMG054	HMG058	118	HMG104	HMG106	179	HMG219	HMG220
58	HMG054	HMG060	119	HMG104	HMG149	180	HMG222	HMG223
59	HMG055	HMG056	120	HMG105	HMG099	181	HMG222	HMG224
60	HMG055	HMG057	121	HMG105	HMG106	182	HMG223	HMG224
61	HMG055	HMG058	122	HMG108	HMG109			

1.2. 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

1.3. 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

1.4. Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG)

Versicherte, die in dem dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung aufwiesen, werden keiner HMG zugeordnet. Stattdessen werden sie der Kostenerstattergruppe (KEG) zugeordnet.

1.5. 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

1.6. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Die Krankengeldgruppen (KGG) setzen sich zusammen aus 40 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und sechs 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 1-5 Jahre
K-AGG 3	weiblich, 6-12 Jahre
K-AGG 4	weiblich, 13-17 Jahre
K-AGG 5	weiblich, 18-24 Jahre
K-AGG 6	weiblich, 25-29 Jahre
K-AGG 7	weiblich, 30-34 Jahre
K-AGG 8	weiblich, 35-39 Jahre
K-AGG 9	weiblich, 40-44 Jahre
K-AGG 10	weiblich, 45-49 Jahre
K-AGG 11	weiblich, 50-54 Jahre
K-AGG 12	weiblich, 55-59 Jahre
K-AGG 13	weiblich, 60-64 Jahre
K-AGG 14	weiblich, 65-69 Jahre
K-AGG 15	weiblich, 70-74 Jahre
K-AGG 16	weiblich, 75-79 Jahre
K-AGG 17	weiblich, 80-84 Jahre
K-AGG 18	weiblich, 85-89 Jahre
K-AGG 19	weiblich, 90-94 Jahre
K-AGG 20	weiblich, 95+ Jahre

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

Versicherte, die im Berichtsjahr mindestens 183 Tage 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, unter 46 Jahren
K-EMG 2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
K-EMG 3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
K-EMG 4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
K-EMG 5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
K-EMG 6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

2.1. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG und KEG

2.1.1. Zuordnungsprinzipien

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:

2.1.2. Zuordnung der Risikomerkmale

Auf der Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden den Versicherten HMG, AGG, EMG und KEG zugeordnet.

2.1.3. Annualisierung der Leistungsausgaben

Die berücksichtigungsfähigen 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.

2.1.4. 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.

2.1.5. 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.

2.1.6. 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 Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt.

2.1.7. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt.

2.1.8. Berechnung der Gewichtungsfaktoren:

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Ziffer 2.1.7 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

2.2. Regressionssverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG

2.2.1. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen

Auf der Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden die Versicherten den KGG (K-AGG und K-EMG) zugeordnet. Für die Versicherten der Stichprobe, die keine Zuordnung zu Aus-AGG erfahren, wird für jedes Risikomerkmals ein Gewichtungsfaktor wie folgt berechnet:

2.2.2. 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.

2.2.3. 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.

2.2.4. 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.

2.2.5. Erstattungen (EKG) für Erwerbsminderungsrentner und für sonstige Fälle

Die Bruttokrkrankengeldausgaben 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.

2.2.5.1. Krankengelderstattungen für K-EMG

Das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-EMG nach Ziffer 2.2.3. unter Beachtung der Ziffer 2.2.4 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 Ziffer 2.2.5 vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-EMG abgezogen wird und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG geteilt wird.

2.2.5.2. Krankengelderstattungen für K-AGG

Das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-AGG nach Ziffer 2.2.3. unter Beachtung der Ziffer 2.2.4 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 Ziffer 2.2.5 vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-AGG abgezogen wird und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG geteilt wird.

2.2.6. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe

Die Summe der um die EKG bereinigten Bruttokrkrankengeldausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld.

2.2.7. Berechnung der Gewichtungsfaktoren

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Ziffer 2.2.6 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor multipliziert werden.

2.3. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte

2.3.1. Zuordnungsprinzipien

Für die Versicherten mit dauerhaftem Wohnsitz im Ausland werden die Gewichtungsfaktoren abweichend wie folgt ermittelt: Für jeden Versicherten der Stichprobe ohne Zuordnung zu einer Aus-AGG werden für alle Risikogruppen die Regressionskoeffizienten nach Ziffer 2.1.3 bis 2.1.5 zugeordnet. Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen“ unter Ziffer 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 genannten Gruppen gilt als Risikomerkmale.

2.3.2. Ermittlung der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben

Für jeden Versicherten nach Ziffer 2.3.1 wird die Summe der Regressionskoeffizienten nach Ziffer 2.3.1 gebildet.

2.3.3. Durchschnittlicher Zuschlag für Aus-AGG

Für jede Aus-AGG wird nun die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach Ziffer 2.3.2 der einer AGG zugehörigen Versicherten gebildet und durch die Anzahl der Versicherten der AGG geteilt.

2.3.4. Berechnung der Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG

Die Gewichtungsfaktoren für Aus-AGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Ziffer 2.1.7 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

3. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

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

3.1. 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 Be-

träge. Die Summe dieser Beträge wird durch die Summe der Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

3.2. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der GKV

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben aus Ziffer 3.1 wird durch die Summe der Versicherungstage der Vollerhebung geteilt.

3.3. Zuordnung von Risikomerkmale und Gewichtungsfaktoren

Jedem Versicherten werden die Risikomerkmale und die Gewichtungsfaktoren nach Ziffer 2.1.8. und 2.3.4 sowie getrennt nach 2.2.7 zugeordnet.

3.4. Ermittlung der versichertenbezogenen Risikomenge

Je Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der nach Ziffer 3.3 ermittelten Gewichtungsfaktoren mit seinen Versicherungstagen vervielfacht.

3.5. Ermittlung des Korrekturfaktors

Die Summe der Ergebnisse nach Ziffer 3.4 aller Versicherten aller Krankenkassen wird mit dem Ergebnis aus Ziffer 2.2 vervielfacht und durch die Summe aller Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis nach Ziffer 2.2 wird durch dieses Ergebnis geteilt. Die Berechnung erfolgt getrennt für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld und das Krankengeld.

3.6. Risikozuschlag je Versichertentag

Für jedes Risikomerkmale wird das Ergebnis nach Ziffer 3.2 mit dem Gewichtungsfaktor und dem Korrekturfaktor nach Ziffer 3.5 vervielfacht. Bei den Risikozuschlägen für die AGG bzw. Aus-AGG wird der Wert nach Ziffer 3.1 addiert.

Die Zuweisungen je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge für die Risikogruppen, in die der Versicherte fällt, mit den Versichertentagen des Versicherten.