

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-Ausgleichsverordnung (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 128 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 vorangehenden 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 Herbst 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 der 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 813, 814, 826, 827, 836 und 840 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 vorangehenden Jahr) werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens zehn Behandlungstage mit den 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 vorangehenden 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 und Hypopituitarismus mit Somatropingabe (DxG 826, 827, 840)

Bei den DxGruppen 826, 827 und 840 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 zu 1.1.3.3.2.4 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 zu 1.1.3.3.2.4 eine Zuordnung, wenn sie mindestens 183 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.

1.1.3.3.4. 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.

1.1.4. 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.

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	HMG001	HMG184	64	HMG056	HMG058	127	HMG111	HMG216
2	HMG004	HMG006	65	HMG058	HMG057	128	HMG130	HMG131
3	HMG004	HMG007	66	HMG060	HMG056	129	HMG130	HMG132
4	HMG005	HMG112	67	HMG060	HMG057	130	HMG130	HMG134
5	HMG006	HMG007	68	HMG060	HMG058	131	HMG130	HMG136
6	HMG008	HMG009	69	HMG067	HMG039	132	HMG131	HMG132
7	HMG008	HMG010	70	HMG067	HMG068	133	HMG131	HMG136
8	HMG008	HMG011	71	HMG067	HMG069	134	HMG132	HMG136
9	HMG008	HMG012	72	HMG067	HMG100	135	HMG134	HMG131
10	HMG008	HMG013	73	HMG067	HMG101	136	HMG134	HMG132
11	HMG008	HMG014	74	HMG067	HMG103	137	HMG134	HMG136
12	HMG009	HMG010	75	HMG067	HMG157	138	HMG143	HMG046
13	HMG009	HMG011	76	HMG067	HMG203	139	HMG143	HMG210
14	HMG009	HMG012	77	HMG068	HMG039	140	HMG157	HMG203
15	HMG009	HMG013	78	HMG068	HMG069	141	HMG164	HMG165
16	HMG009	HMG014	79	HMG068	HMG100	142	HMG169	HMG170
17	HMG010	HMG011	80	HMG068	HMG101	143	HMG169	HMG171
18	HMG010	HMG012	81	HMG068	HMG103	144	HMG170	HMG171
19	HMG010	HMG013	82	HMG068	HMG157	145	HMG174	HMG175
20	HMG010	HMG014	83	HMG068	HMG203	146	HMG174	HMG176
21	HMG011	HMG012	84	HMG069	HMG039	147	HMG174	HMG177
22	HMG011	HMG013	85	HMG069	HMG157	148	HMG175	HMG176
23	HMG011	HMG014	86	HMG069	HMG203	149	HMG175	HMG177
24	HMG012	HMG013	87	HMG077	HMG091	150	HMG176	HMG177
25	HMG012	HMG014	88	HMG077	HMG092	151	HMG201	HMG005
26	HMG013	HMG014	89	HMG078	HMG080	152	HMG201	HMG112
27	HMG015	HMG016	90	HMG078	HMG089	153	HMG202	HMG225
28	HMG015	HMG017	91	HMG078	HMG091	154	HMG202	HMG021
29	HMG015	HMG019	92	HMG079	HMG077	155	HMG202	HMG022
30	HMG016	HMG017	93	HMG079	HMG091	156	HMG202	HMG023
31	HMG016	HMG019	94	HMG079	HMG092	157	HMG202	HMG024
32	HMG017	HMG019	95	HMG080	HMG089	158	HMG206	HMG038
33	HMG021	HMG022	96	HMG080	HMG091	159	HMG206	HMG207
34	HMG021	HMG023	97	HMG081	HMG083	160	HMG207	HMG038
35	HMG021	HMG024	98	HMG081	HMG084	161	HMG208	HMG209
36	HMG022	HMG023	99	HMG081	HMG091	162	HMG210	HMG046
37	HMG022	HMG024	100	HMG083	HMG084	163	HMG211	HMG212
38	HMG023	HMG024	101	HMG083	HMG091	164	HMG211	HMG213
39	HMG025	HMG026	102	HMG084	HMG091	165	HMG211	HMG214
40	HMG025	HMG027	103	HMG086	HMG091	166	HMG212	HMG213
41	HMG025	HMG029	104	HMG087	HMG086	167	HMG212	HMG214
42	HMG026	HMG029	105	HMG087	HMG088	168	HMG213	HMG214
43	HMG027	HMG029	106	HMG087	HMG091	169	HMG215	HMG109
44	HMG035	HMG043	107	HMG088	HMG086	170	HMG215	HMG110
45	HMG035	HMG046	108	HMG088	HMG091	171	HMG216	HMG112
46	HMG035	HMG143	109	HMG089	HMG091	172	HMG217	HMG108
47	HMG035	HMG210	110	HMG092	HMG091	173	HMG217	HMG109
48	HMG043	HMG046	111	HMG095	HMG096	174	HMG217	HMG110
49	HMG043	HMG210	112	HMG099	HMG106	175	HMG217	HMG215
50	HMG047	HMG049	113	HMG100	HMG101	176	HMG218	HMG108
51	HMG051	HMG052	114	HMG100	HMG103	177	HMG218	HMG109
52	HMG051	HMG053	115	HMG101	HMG103	178	HMG218	HMG110
53	HMG052	HMG053	116	HMG104	HMG099	179	HMG218	HMG215
54	HMG054	HMG055	117	HMG104	HMG105	180	HMG219	HMG220
55	HMG054	HMG056	118	HMG104	HMG106	181	HMG222	HMG223
56	HMG054	HMG057	119	HMG104	HMG149	182	HMG222	HMG224
57	HMG054	HMG058	120	HMG105	HMG099	183	HMG223	HMG224
58	HMG054	HMG060	121	HMG105	HMG106	184	HMG225	HMG021
59	HMG055	HMG056	122	HMG108	HMG109	185	HMG225	HMG022
60	HMG055	HMG057	123	HMG108	HMG110	186	HMG225	HMG023
61	HMG055	HMG058	124	HMG108	HMG215	187	HMG225	HMG024
62	HMG055	HMG060	125	HMG109	HMG110			
63	HMG056	HMG057	126	HMG111	HMG112			

1.2. Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)

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

Alters-Geschlechts-Gruppen (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. Stattdessen 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-Geschlechts-Gruppen (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 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG).

Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch im Berichtsjahr, der im Berichtsjahr nicht mindestens 183 Tage eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen hat, 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	Variable	Inhalt
K-AGG 1	weiblich, 0 Jahre	K-AGG 92	männlich, 0 Jahre
K-AGG 2	weiblich, 1 Jahr	K-AGG 93	männlich, 1 Jahr
K-AGG 3	weiblich, 2 Jahre	K-AGG 94	männlich, 2 Jahre
K-AGG 4	weiblich, 3 Jahre	K-AGG 95	männlich, 3 Jahre
K-AGG 5	weiblich, 4 Jahre	K-AGG 96	männlich, 4 Jahre
K-AGG 6	weiblich, 5 Jahre	K-AGG 97	männlich, 5 Jahre
K-AGG 7	weiblich, 6 Jahre	K-AGG 98	männlich, 6 Jahre
K-AGG 8	weiblich, 7 Jahre	K-AGG 99	männlich, 7 Jahre
K-AGG 9	weiblich, 8 Jahre	K-AGG 100	männlich, 8 Jahre
K-AGG 10	weiblich, 9 Jahre	K-AGG 101	männlich, 9 Jahre
K-AGG 11	weiblich, 10 Jahre	K-AGG 102	männlich, 10 Jahre
K-AGG 12	weiblich, 11 Jahre	K-AGG 103	männlich, 11 Jahre
K-AGG 13	weiblich, 12 Jahre	K-AGG 104	männlich, 12 Jahre
K-AGG 14	weiblich, 13 Jahre	K-AGG 105	männlich, 13 Jahre
K-AGG 15	weiblich, 14 Jahre	K-AGG 106	männlich, 14 Jahre
K-AGG 16	weiblich, 15 Jahre	K-AGG 107	männlich, 15 Jahre
K-AGG 17	weiblich, 16 Jahre	K-AGG 108	männlich, 16 Jahre
K-AGG 18	weiblich, 17 Jahre	K-AGG 109	männlich, 17 Jahre
K-AGG 19	weiblich, 18 Jahre	K-AGG 110	männlich, 18 Jahre
K-AGG 20	weiblich, 19 Jahre	K-AGG 111	männlich, 19 Jahre
K-AGG 21	weiblich, 20 Jahre	K-AGG 112	männlich, 20 Jahre
K-AGG 22	weiblich, 21 Jahre	K-AGG 113	männlich, 21 Jahre
K-AGG 23	weiblich, 22 Jahre	K-AGG 114	männlich, 22 Jahre
K-AGG 24	weiblich, 23 Jahre	K-AGG 115	männlich, 23 Jahre
K-AGG 25	weiblich, 24 Jahre	K-AGG 116	männlich, 24 Jahre
K-AGG 26	weiblich, 25 Jahre	K-AGG 117	männlich, 25 Jahre
K-AGG 27	weiblich, 26 Jahre	K-AGG 118	männlich, 26 Jahre
K-AGG 28	weiblich, 27 Jahre	K-AGG 119	männlich, 27 Jahre
K-AGG 29	weiblich, 28 Jahre	K-AGG 120	männlich, 28 Jahre
K-AGG 30	weiblich, 29 Jahre	K-AGG 121	männlich, 29 Jahre
K-AGG 31	weiblich, 30 Jahre	K-AGG 122	männlich, 30 Jahre
K-AGG 32	weiblich, 31 Jahre	K-AGG 123	männlich, 31 Jahre
K-AGG 33	weiblich, 32 Jahre	K-AGG 124	männlich, 32 Jahre
K-AGG 34	weiblich, 33 Jahre	K-AGG 125	männlich, 33 Jahre
K-AGG 35	weiblich, 34 Jahre	K-AGG 126	männlich, 34 Jahre
K-AGG 36	weiblich, 35 Jahre	K-AGG 127	männlich, 35 Jahre
K-AGG 37	weiblich, 36 Jahre	K-AGG 128	männlich, 36 Jahre
K-AGG 38	weiblich, 37 Jahre	K-AGG 129	männlich, 37 Jahre
K-AGG 39	weiblich, 38 Jahre	K-AGG 130	männlich, 38 Jahre
K-AGG 40	weiblich, 39 Jahre	K-AGG 131	männlich, 39 Jahre
K-AGG 41	weiblich, 40 Jahre	K-AGG 132	männlich, 40 Jahre
K-AGG 42	weiblich, 41 Jahre	K-AGG 133	männlich, 41 Jahre
K-AGG 43	weiblich, 42 Jahre	K-AGG 134	männlich, 42 Jahre
K-AGG 44	weiblich, 43 Jahre	K-AGG 135	männlich, 43 Jahre
K-AGG 45	weiblich, 44 Jahre	K-AGG 136	männlich, 44 Jahre
K-AGG 46	weiblich, 45 Jahre	K-AGG 137	männlich, 45 Jahre
K-AGG 47	weiblich, 46 Jahre	K-AGG 138	männlich, 46 Jahre
K-AGG 48	weiblich, 47 Jahre	K-AGG 139	männlich, 47 Jahre
K-AGG 49	weiblich, 48 Jahre	K-AGG 140	männlich, 48 Jahre
K-AGG 50	weiblich, 49 Jahre	K-AGG 141	männlich, 49 Jahre
K-AGG 51	weiblich, 50 Jahre	K-AGG 142	männlich, 50 Jahre
K-AGG 52	weiblich, 51 Jahre	K-AGG 143	männlich, 51 Jahre
K-AGG 53	weiblich, 52 Jahre	K-AGG 144	männlich, 52 Jahre
K-AGG 54	weiblich, 53 Jahre	K-AGG 145	männlich, 53 Jahre
K-AGG 55	weiblich, 54 Jahre	K-AGG 146	männlich, 54 Jahre
K-AGG 56	weiblich, 55 Jahre	K-AGG 147	männlich, 55 Jahre

K-AGG 57	weiblich, 56 Jahre	K-AGG 148	männlich, 56 Jahre
K-AGG 58	weiblich, 57 Jahre	K-AGG 149	männlich, 57 Jahre
K-AGG 59	weiblich, 58 Jahre	K-AGG 150	männlich, 58 Jahre
K-AGG 60	weiblich, 59 Jahre	K-AGG 151	männlich, 59 Jahre
K-AGG 61	weiblich, 60 Jahre	K-AGG 152	männlich, 60 Jahre
K-AGG 62	weiblich, 61 Jahre	K-AGG 153	männlich, 61 Jahre
K-AGG 63	weiblich, 62 Jahre	K-AGG 154	männlich, 62 Jahre
K-AGG 64	weiblich, 63 Jahre	K-AGG 155	männlich, 63 Jahre
K-AGG 65	weiblich, 64 Jahre	K-AGG 156	männlich, 64 Jahre
K-AGG 66	weiblich, 65 Jahre	K-AGG 157	männlich, 65 Jahre
K-AGG 67	weiblich, 66 Jahre	K-AGG 158	männlich, 66 Jahre
K-AGG 68	weiblich, 67 Jahre	K-AGG 159	männlich, 67 Jahre
K-AGG 69	weiblich, 68 Jahre	K-AGG 160	männlich, 68 Jahre
K-AGG 70	weiblich, 69 Jahre	K-AGG 161	männlich, 69 Jahre
K-AGG 71	weiblich, 70 Jahre	K-AGG 162	männlich, 70 Jahre
K-AGG 72	weiblich, 71 Jahre	K-AGG 163	männlich, 71 Jahre
K-AGG 73	weiblich, 72 Jahre	K-AGG 164	männlich, 72 Jahre
K-AGG 74	weiblich, 73 Jahre	K-AGG 165	männlich, 73 Jahre
K-AGG 75	weiblich, 74 Jahre	K-AGG 166	männlich, 74 Jahre
K-AGG 76	weiblich, 75 Jahre	K-AGG 167	männlich, 75 Jahre
K-AGG 77	weiblich, 76 Jahre	K-AGG 168	männlich, 76 Jahre
K-AGG 78	weiblich, 77 Jahre	K-AGG 169	männlich, 77 Jahre
K-AGG 79	weiblich, 78 Jahre	K-AGG 170	männlich, 78 Jahre
K-AGG 80	weiblich, 79 Jahre	K-AGG 171	männlich, 79 Jahre
K-AGG 81	weiblich, 80 Jahre	K-AGG 172	männlich, 80 Jahre
K-AGG 82	weiblich, 81 Jahre	K-AGG 173	männlich, 81 Jahre
K-AGG 83	weiblich, 82 Jahre	K-AGG 174	männlich, 82 Jahre
K-AGG 84	weiblich, 83 Jahre	K-AGG 175	männlich, 83 Jahre
K-AGG 85	weiblich, 84 Jahre	K-AGG 176	männlich, 84 Jahre
K-AGG 86	weiblich, 85 Jahre	K-AGG 177	männlich, 85 Jahre
K-AGG 87	weiblich, 86 Jahre	K-AGG 178	männlich, 86 Jahre
K-AGG 88	weiblich, 87 Jahre	K-AGG 179	männlich, 87 Jahre
K-AGG 89	weiblich, 88 Jahre	K-AGG 180	männlich, 88 Jahre
K-AGG 90	weiblich, 89 Jahre	K-AGG 181	männlich, 89 Jahre
K-AGG 91	weiblich, 90 Jahre und älter	K-AGG 182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte mit Krankengeldanspruch im Berichtsjahr, die im Berichtsjahr mindestens 183 Tage eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden keiner K-AGG zugeordnet, sondern stattdessen anhand ihres Geschlechts und Alters im Berichtsjahr einer der folgenden K-EMG:

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG 1	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG 32	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 2	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG 33	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG 3	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre	K-EMG 34	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG 4	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre	K-EMG 35	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG 5	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre	K-EMG 36	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG 6	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre	K-EMG 37	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG 7	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre	K-EMG 38	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG 8	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre	K-EMG 39	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG 9	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre	K-EMG 40	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG 10	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre	K-EMG 41	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG 11	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre	K-EMG 42	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG 12	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre	K-EMG 43	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG 13	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre	K-EMG 44	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG 14	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre	K-EMG 45	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG 15	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre	K-EMG 46	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG 16	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre	K-EMG 47	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG 17	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre	K-EMG 48	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG 18	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre	K-EMG 49	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG 19	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre	K-EMG 50	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG 20	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre	K-EMG 51	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG 21	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre	K-EMG 52	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG 22	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre	K-EMG 53	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG 23	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre	K-EMG 54	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG 24	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre	K-EMG 55	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG 25	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre	K-EMG 56	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG 26	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre	K-EMG 57	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG 27	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre	K-EMG 58	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG 28	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre	K-EMG 59	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG 29	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre	K-EMG 60	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG 30	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG 61	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 31	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG 62	EM-Rentner, männlich, 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 „1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen“ unter 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 genannten Gruppen gilt als Risikomerkmals. Für die Versicherten der Stichprobe, die keine Zuordnung zu einer AusAGG 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 die Versicherten den 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 Verstorbenen 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 ohne Krankengeldausgaben 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. Berechnungsverfahren 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 und für jede KGG ein Gewichtungsfaktor wie folgt berechnet:

2.2.2. Ermittlung der durchschnittlichen Zuschläge für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der versichertenbezogenen Bruttokrankengeldausgaben der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe durch die Summe ihrer Versicherungstage mit Krankengeldanspruch geteilt wird. Für KGG, denen keine Versicherten der Stichprobe zugeordnet sind, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

2.2.3. 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 gebildet.

2.2.3.1. Krankengelderstattungen für K-EMG

Das standardisierte Bruttokrankengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-EMG nach Ziffer 2.2.2 ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die KGG und der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungs-

rentner nach Ziffer 2.2.3 vom standardisierten Bruttokrangeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrangeld für die K-EMG geteilt wird.

2.2.3.2. Krankengelderstattungen für K-AGG

Das standardisierte Bruttokrangeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-AGG nach Ziffer 2.2.2 ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die KGG und der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach Ziffer 2.2.3 vom standardisierten Bruttokrangeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrangeld für die K-AGG geteilt wird.

2.2.4. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe für das Krankengeld

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

2.2.5. Berechnung der Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach Ziffer 2.2.2 durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Ziffer 2.2.4 geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor nach 2.2.3.1 bzw. 2.2.3.2 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 AusAGG 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 für die Risikomerkmale, denen er zugeordnet ist, gebildet.

2.3.3. Durchschnittlicher Zuschlag für AusAGG

Für jede AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach Ziffer 2.3.2 der der korrespondierenden AGG zugehörigen Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherungszeiten der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt.

2.3.4. Berechnung der Gewichtungsfaktoren für AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch das Produkt aus dem 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 Beträgen. 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 2.2.5 zugeordnet.

3.4. Ermittlung der versichertenbezogenen Risikomenge

Je Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der nach Ziffer 3.3 zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach 2.1.8 und 2.3.4 bzw. 2.2.5 mit seinen Versicherungstagen bzw. seinen Versicherungstagen mit Krankengeldanspruch vervielfacht.

3.5. Ermittlung des Korrekturfaktors

Die Summe aller Versicherungstage wird durch die Summe der Ergebnisse nach Ziffer 3.4 aller Versicherten aller Krankenkassen geteilt. Die Berechnung erfolgt getrennt für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld und das Krankengeld.

3.6. Risikozuschlag je Versichertentag

Für jedes Risikomerkmäl wird das Ergebnis nach Ziffer 3.2 mit dem Gewichtungsfaktor und dem entsprechenden Korrekturfaktor nach Ziffer 3.5 vervielfacht. Bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG 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 bzw. durch Multiplikation der Risikozuschläge für die KGG, in die der Versicherte fällt, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten.