

Anlage 4: Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Ausgleichsjahr 2011

Inhaltsverzeichnis

A.	Berechnung der Grundpauschalen etc.....	2
B.	Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge.....	3
C.	Berechnung der monatlichen Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V	9
II.	Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen.....	15
D.	Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2011	15
E.	Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2011	21
F.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2011	24
G.	Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2011	30
III.	Berechnung der monatlichen Zuweisungen.....	32
H.	Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid.....	32
I.	Ermittlung der Zuweisungen.....	32
IV.	Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen.....	34
J.	Strukturanpassung I/2011	34
K.	Strukturanpassung II/2011	36
L.	Strukturanpassung III/2011	39
V.	Neuermittlung der kasseneinheitlichen Kenngrößen im Jahresausgleich.....	41
M.	Berechnung der grundlegenden Berechnungsgrößen	41
N.	Berechnung der Zu- und Abschläge und Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V	43
VI.	Berechnung des Jahresausgleichs	48
O.	Datengrundlagen	48
P.	Berechnung der Zuweisungen	48

I. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren

Vorbemerkung

Soweit nicht anders angegeben werden alle Werte auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

A. Berechnung der Grundpauschalen etc.

A.1 Berechnung der Grundpauschalen

A.1.a Der **erwartete Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben** ergibt sich aus der Multiplikation der geschätzten Zahl der Versichertentage nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen je Versichertentag nach A.4.b.

A.1.b Die **jährliche Grundpauschale** ergibt sich als die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach A.1.a, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2011.

A.1.c Die **monatliche Grundpauschale** ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl 12.

A.1.d Die **Grundpauschale je Versicherungstag** ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl 365.

A.2 Berechnung der Kenngrößen für die standardisierten Verwaltungskostenzuweisungen

A.2.a Der **erwartete Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten** ergibt sich aus der Multiplikation der geschätzten Zahl der Versichertentage nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen je Versichertentag nach A.4.c.

A.2.b Die **monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten** ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2011 abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach A.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

A.2.c Die **standardisierten Verwaltungskosten je Versicherungstag** ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2011 abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 365.

A.2.d Die **standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben** ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2011 abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2011 abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

A.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessens-

leistungen

A.3.a Die **monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten** ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2011, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

A.3.b Die **standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherungstag** ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2011, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 365.

A.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

A.4.a Gemäß § 38 Abs. 2 RSAV wird die DMP-Programmkostenpauschale vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt. Die **monatliche DMP-Programmkostenpauschale** ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl 12 geteilt wird. Die **DMP-Programmkostenpauschale je Versicherungstag** ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl 365 geteilt wird.

A.4.b Der **bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen je Versichertentag** ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschalen, geteilt durch die Zahl 365.

A.4.c Der **Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen je Versichertentag** ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der Nettoverwaltungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschalen, geteilt durch die Zahl 365.

A.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 40 RSAV

Der **monatliche mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV** ergibt sich aus der Differenz aus den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Abzug der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. Ziffer a und c vorgesehenen Beträge und den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds geteilt durch voraussichtliche Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Die bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ermitteln sich als

- voraussichtliche jährliche Einnahmen des Gesundheitsfonds
- zuzüglich der für den Abbau oder abzüglich der für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen,
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der DMP-Vorhaltekosten nach § 137g SGB V sowie
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der Ausgaben nach § 271 Abs. 6 SGB V.

Hinweis:

Alle in diesem Abschnitt genannten Schätzungen beziehen sich auf die Ergebnisse des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 für das Jahr 2011.

B. Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge

B.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG und KEG

B.1.a Versicherte, die in der SA 100 des Jahres 2008 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungstage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den **AusAGG** zugerechnet. Sie sind aus den folgenden Berechnungen **auszuschließen**.

B.1.b Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren wird eine **Regression** durchgeführt. Datengrundlage sind die **Stichprobenversicherten** mit den Risikomerkmalen aus den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2008 (Korrekturmeldung) sowie der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung) und den Ausgaben aus der Satzart 700 des Jahres 2009. Unplausible Datenmeldungen, insbesondere von Krankenkassen, deren Ausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Berechnung der Gewichtungsfaktoren ausgeschlossen.

B.1.c Die Stichprobenversicherten werden den **Risikogruppen** zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2009, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2008 (Korrekturmeldung).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2008. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2010.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2008 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

Die zugeordneten AGG, EMG, HMG und KEG bilden im weiteren die **Risikomerkmale**.

B.1.d Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 3.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu mindern. Ferner sind die Arzneimittelrabatte (AR), die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Komplexpauschalen und Rabatte im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten und vereinnahmten Mittel (IVKuR) pauschal zu berücksichtigen.

Die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 3.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für AR, KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 43 für das Jahr 2010 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- Die AR werden vom Hauptleistungsbereich Apotheken (HLB 3) abgesetzt.
- Die KR werden vom Hauptleistungsbereich Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die RVZ werden anteilig den LAoKG zugeordnet.
- Die IVA werden anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die IVKuR werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

B1.d.I Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern

Der Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KRF) wird je Krankenkasse gebildet, indem die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR) von der Summe der Leistungsausgaben für Krankenhäuser (HLB 4) abgezogen wird; das Ergebnis wird durch die Summe der Leistungsausgaben des HLB 4 geteilt:

$$\text{KRF} = (\text{HLB4} - \text{KR}) / \text{HLB4}$$

B.1.d.II Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung

Der Faktor für die Anschubfinanzierung (FIVA) wird je Krankenkasse gebildet, indem von der Summe der Leistungsausgaben für Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) die KR und die IVA subtrahiert werden; das Ergebnis wird durch die Summe der HLB 1 und HLB 4 abzüglich KR dividiert.

$$\text{FIVA} = (\text{HLB1} + \text{HLB4} - \text{KR} - \text{IVA}) / (\text{HLB1} + \text{HLB4} - \text{KR})$$

B.1.d.III Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

Der Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (FRVZ) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AR, KR und IVA subtrahiert und die RVZ addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AR, KR und IVA dividiert.

$$\text{FRVZ} = (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ}) / (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA})$$

B.1.d.IV Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der integrierten Versorgung

Der Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte (FIVKuR) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AR, KR und IVA subtrahiert und die RVZ und IVKuR addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AR, KR und IVA und zuzüglich RVZ dividiert.

$$\text{FIVKuR} = (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ} + \text{IVKuR}) / (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ})$$

B.1.d.V Erstattungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld (EfLAoKG)

Der EfLAoKG ist gleich den LAoKG abzüglich AR, KR, IVA und EoEKG zuzüglich RVZ und IVKuR, dividiert durch die LAoKG abzüglich AR, KR und IVA, zuzüglich RVZ und IVKuR. Es gilt:

$$\text{EfLAoKG} = (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} - \text{EoEKG} + \text{RVZ} + \text{IVKuR}) / (\text{LAoKG} - \text{AR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ} + \text{IVKuR})$$

- B.1.e** Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche werden versichertenbezogen aufsummiert, durch die Zahl der Versicherungstage 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.
- B.1.f** Für jedes Risikomerkmal 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.
- B.1.g** Wird für mindestens ein Risikomerkmal 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.
- B.1.h** Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmal in der Regression berücksichtigt.

- B.1.i** Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis ist der **Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe**.
- B.1.j** Die **Gewichtungsfaktoren** für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach B.1.i und der Zahl 365 geteilt werden.
- B.1.k** Der **Nivellierungsfaktor** ergibt sich wie folgt: Die Gewichtungsfaktoren der Stichprobe für die AGG werden jeweils mit den diesen Risikogruppen zugeordneten Versichertenzahlen aus der Satzart 100 des Jahres 2009 multipliziert. Dieselben Gewichtungsfaktoren werden sodann mit den jeweils diesen Risikogruppen zugeordneten Versichertenzahlen aus der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 multipliziert. Nur für diese Berechnung wird die Zahl der Versicherten der Satzart 111 in den beiden AGG für Neugeborene verdoppelt. Der Nivellierungsfaktor ergibt sich aus dem Verhältnis der Summe der Produkte aus Satz 2 zur Summe der Produkte aus Satz 3.
- B.1.l** Die **nivellierten Gewichtungsfaktoren** ergeben sich aus den Gewichtungsfaktoren der Stichprobe, wobei die Gewichtungsfaktoren der AGG mit dem Nivellierungsfaktor multipliziert werden.
- B.2 Abzug der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben**
- B.2.a** Das **Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben** ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2009 gebuchten Ausgaben der Kontenarten bzw. Konten 4070, 4670, 4820, 5130, 5140, 5155, 5186, 5270 und 5900.
- B.2.b** Der **Erhöhungsbetrag der AGG je Versicherungstag** ergibt sich als das Volumen aus B.2.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2011, wiederum geteilt durch Zahl 365.
- B.2.c** Der **monatliche Erhöhungsbetrag der AGG je Versicherten** ergibt sich als das Volumen aus B.2.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2011, wiederum geteilt durch die Zahl 12.
- B.2.d** Der **jährlich Erhöhungsbetrag der AGG je Versicherten** ergibt sich als das Volumen aus B.2.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2011.
- B.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG**
- B.3.a** Jedem Versicherten nach B.1.c werden für die dort zugeordneten Risikomerkmale die Regressionskoeffizienten zugeordnet, die nach B.1.f unter Berücksichtigung von B.1.g und B.1.h ermittelt wurden. Die **versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben** ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.
- B.3.b** Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach B.3.a aller der korrespondierenden AGG nach B.1.c zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherungszeiten der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt. Das Ergebnis ist der **durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG**.
- B.3.c** Die **Gewichtungsfaktoren für die AusAGG** ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach B.3.b durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach B.1.i und der Zahl 365 geteilt wird.
- B.4 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG**
- B.4.a** Die KGG setzen sich zusammen aus K-AGG und K-EMG, so wie in der Festlegung beschrieben.
- B.4.b** Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die **Stichprobenversicherten** mit den Risikomerkmale aus den Satzarten 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung) und den

Krankengeldausgaben aus der Satzart 700 des Jahres 2009. Unplausible Datenmeldungen, insbesondere von Krankenkassen, deren Ausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Krankengeldausgaben aufweisen, werden im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Berechnung der Gewichtungsfaktoren ausgeschlossen.

B.4.c Die Stichprobenversicherten werden den **KGG** zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2009, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

B.4.d Die Bruttokrkrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe aufsummiert.

B.4.e Für jede KGG wird ein **durchschnittlicher Zuschlag für die KGG** ermittelt. Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der versichertenbezogenen Bruttokrkrankengeldausgaben nach B.4.d durch die Summe der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe geteilt wird. **B.4.f** Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Stichprobe mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

B.4.g 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 2009 gebildet.

B.4.g.i Das **standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG** wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-EMG nach B.4.e unter Beachtung von B.4.f ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die KGG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der **KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG** berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach B.4.g vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG geteilt wird.

B.4.g.ii Das **standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG** wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-AGG nach B.4.e unter Beachtung von B.f.4 ermittelten durchschnittlichen Zuschläge mit 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 B.4.g vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG geteilt wird.

B.4.h 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**.

B.4.i Die **Gewichtungsfaktoren für die KGG** ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach B.4.e durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld nach B.4.h geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor multipliziert werden.

B.5 Ermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge

- B.5.a** Die **vorläufige Risikomenge der Krankenkassen ohne Krankengeld** ergibt sich aus dem Summenprodukt der nivellierten Gewichtungsfaktoren aus B.1.I und der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG aus B.3.c mit den der jeweiligen Risikogruppe zugeordneten Zahl der Versicherten aus der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010.
- B.5.b** Der **Korrekturfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten und zugeordneten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 geteilt durch die vorläufige Risikomenge der Krankenkassen.
- B.5.c** Der **Korrekturfaktor für das Krankengeld** ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten und zugeordneten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, geteilt durch das Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die KGG aus B.4.i mit den der jeweiligen KGG zugeordneten Zahl der Versicherten aus der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010.
- B.5.d** Der **Aufteilungsfaktor (EB) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ergibt sich als Verhältnis der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2011 und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.c zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Das **geschätzte Nettokrankengeld des Jahres 2011** ermittelt sich aus den Nettokrankengeldausgaben des Jahres 2009 fortgeschrieben mit den vom Schätzerkreis geschätzten Veränderungsraten des Bruttokrankengeldes für die Jahre 2010 und 2011.
- B.5.e** Der **Aufteilungsfaktor (EB) für das Krankengeld** ergibt sich als Verhältnis des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d zu den der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.
- B.5.f** Die **vorläufigen Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG** werden aus den nivellierten Gewichtungsfaktoren aus B.1.I und B.3.c berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschalen aus A.1.c, dem Korrekturfaktor aus B.5.b und dem Aufteilungsfaktor aus B.5.d multipliziert werden.
- B.5.g** Die **monatlichen Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG** ergeben sich wie folgt aus den vorläufigen Zuschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG, indem bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag aus B.2.c addiert und die monatliche Grundpauschale aus A.1.c subtrahiert wird.
- Die monatlichen Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten werden auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- B.5.h** Die **Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherungstag** ergeben sich aus den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten aus B.5.g multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl 365. Die alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge je Versicherungstag werden auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- B.5.i** Die **monatlichen Zuschläge je Versicherten mit Krankengeldanspruch für die KGG** werden aus den Gewichtungsfaktoren für die KGG aus B.4.i berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschalen aus A.1.c, dem Korrekturfaktor aus B.5.c und dem Aufteilungsfaktor aus B.5.e multipliziert werden.
- B.5.j** Die **Zuschläge für die KGG je Versicherungstag mit Krankengeldanspruch** ergeben sich aus den monatlichen Zuschlägen je Versicherten mit Krankengeldanspruch für die

KGG aus B.5.i multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl 365. Die Zuschläge für die KGG je Versicherungstag mit Krankengeldanspruch werden auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

- B.5.k** Die **standardisierten Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr** ergeben sich, indem bei den monatlichen alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge je Versicherten aus B.5.g für die AGG und AusAGG die monatliche Grundpauschale aus A.1.c addiert wird. Sodann werden die Werte für alle Risikogruppen mit der Zahl 12 multipliziert. Die standardisierten Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr werden auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

C. Berechnung der monatlichen Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

C.1 Ermittlung der Datengrundlagen

C.1.a Ermittlung der Beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland

C.1.a.I Beitragspflichtige Einnahmen aus Arbeitsentgelt

Die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 5 & 6) für das Jahr 2008 ermittelt. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.a.II Beitragspflichtige Einnahmen zur Bemessung des Übergangsgeldes

Die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 21 & 22) für das Jahr 2008 ermittelt. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b Ermittlung der (sonstigen) Beitragseinnahmen je Bundesland

C.1.b.I Beitragseinnahmen aus Beiträgen der Künstlersozialkasse

Die Beitragseinnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 7 & 8) für das Jahr 2008 ermittelt. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b.II Beitragseinnahmen aus den gezahlten Beiträgen freiwilliger Mitglieder sowie aus selbst gezahlten Beiträgen von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Die Beitragseinnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 9 & 10) für das Jahr 2008 ermittelt. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b.III. Beitragseinnahmen aus Beiträgen für die Bezieher von ALG I

Die Beitragseinnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 11 & 12) für das Jahr 2008 ermittelt. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b.IV Beitragseinnahmen aus Beiträgen für die Bezieher von ALG II

Die Kassen melden in SA900 (Feld 13 & 14) für das Jahr 2008 lediglich die Anzahl der versicherungspflichtigen Bezieher von ALG2. Zur Ermittlung der Beitragseinnahmen je

Bundesland und Kasse ist diese Anzahl mit der von der Arbeitsagentur an die GKV überwiesenen Pro-Kopf-Pauschale für ALG2-Empfänger zu multiplizieren. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b.V Beitragseinnahmen aus Beiträgen versicherungspflichtiger Studenten und Praktikanten

Die Beitragseinnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 15 & 16) für das Jahr 2008 ermittelt. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

C.1.b.VI Beitragseinnahmen für Beitragszahlungen aus Rente

Die Beitragseinnahmen je Bundesland und Kasse werden auf Basis der SA 900 (Feld 17 & 18) für das Jahr 2008 ermittelt. Die Beitragseinnahmen je Bundesland ergeben sich als Summe der bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen aller in dem Bundesland tätigen Kassen.

Da die DRV-Bund für das Jahr 2008 lediglich neun Monatsbeiträge ausweist, ist die Summe der Beitragseinnahmen durch neun zu dividieren und anschließend mit dem Faktor zwölf hochzurechnen.

C.1.b.VII Beitragseinnahmen aus Versorgungsbezügen

Da die Datenfelder 19 & 20 der SA900 des Jahres 2008 von den Kassen nicht ausgewiesen werden, errechnen sich die Beitragseinnahmen aus Versorgungsbezügen aus den Schlüsselnummern 2060 und 2025 der KJ1. Diese werden zunächst anhand des Aufteilungsschlüssels aus der KJ1 des Jahres 2007 auf die Rechtskreise Ost und West aufgeteilt, und anschließend proportional zur Verteilung der Beitragseinnahmen aus Rente (C.1.b.VI) auf die Bundesländer verteilt.

C.1.c Kassenausschlüsse

Die sich aus der SA 900 für das Jahr 2008 ergebenden Beitragseinnahmen je Krankenkasse werden je Position durch die jeweilige Summe der KJ1 2008 geteilt. Hierfür werden die beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt mit dem um 0,9% erhöhten allgemeinen Beitragssatz gemäß KM1 Juli 2008 vervielfacht und zu den Beitragseinnahmen von freiwilligen Mitgliedern addiert. Die Summe wird durch die Summe der KJ1-Schlüsselnummern 2000 sowie 2100 und 2300 geteilt. Die Beitragseinnahmen aus Beiträgen der Künstlersozialkasse werden durch KJ1-Schlüsselnummer 2400, die Beitragseinnahmen aus Beiträgen für die Bezieher von ALG I durch Schlüsselnummer 2011, die errechneten Beitragseinnahmen aus Beiträgen für die Bezieher von ALG II durch Schlüsselnummer 2013, die Beitragseinnahmen aus Beiträgen versicherungspflichtiger Studenten und Praktikanten durch Schlüsselnummer 2040 und die errechneten Beitragseinnahmen für Beitragszahlungen aus Rente durch Schlüsselnummer 2020 der KJ1 geteilt. Die Beträge von Kassen, bei denen der Quotient weniger als 0,7 oder mehr als 1,3 beträgt, werden durch den Wert Null ersetzt. Anschließend wird für jede der betrachteten Einnahmepositionen ein Hochrechnungsfaktor errechnet, indem die Summe des jeweiligen KJ1-Betrages über alle Krankenkassen durch die Summe der sich aus der SA 900 ergebenden Beträge nach Kassenausschluss geteilt wird. Für die Beiträge aus Arbeitsentgelt und von freiwilligen Mitgliedern wird ein gemeinsamer Hochrechnungsfaktor gebildet. Die SA 900 nach Kassenausschluss wird gebildet, indem je Position die Werte der SA 900, die durch Vergleich mit der KJ1 als unplausibel erkannt wurden, auf Null gesetzt werden und alle anderen Werte mit dem zugehörigen Hochrechnungsfaktor vervielfacht werden.

Für die weiteren Berechnungen wird die SA 900 des Jahres 2008 nach Kassenausschluss verwendet.

C.1.d Zuordnung der Versicherten zu Krankenkassen und Bundesland

Jedes Pseudonym der Satzart 800 des Jahres 2008 muss genau einer Krankenkasse und einem Bundesland zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt zu der Krankenkasse, bei der der Versicherte die höchsten Versicherungszeiten in der Satzart 100 aufweist. Weist ein Versicherter bei mehreren Krankenkassen dieselbe höchste Versicherungszeit auf, so erfolgt die Zuordnung nach dem Zufallsprinzip. Der Versicherte wird dem Bundesland zugeordnet, welches von der Krankenkasse gemeldet wurde, der der Versicherte zugeordnet wurde.

C.2 Berechnung der länderbezogenen Be- und Entlastungen

C.2.a Ermittlung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen in einem Bundesland

C.2.a.I Ermittlung der anzuwendenden Beitragssätze

Es wird der von den Kassen nach § 241 Abs. 1 SGB V in ihren Satzungen ausgewiesene, zum 30. Juni 2008 geltende allgemeine Beitragssatz herangezogen. Hiervon wird der Beitragsanteil zum Schuldenabbau und der Beitragsanteil für zu leistende Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung abgezogen (§ 222 Abs. 6 SGB V) sowie der zusätzliche Beitragssatz nach § 241 Abs. 1 SGB V in Höhe von 0,9% addiert. (§§ jeweils in der zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung; schriftliche Abfrage der Satzungswerte der Kassen durch das BVA vom 15.09.2009)

C.2.a.II Ermittlung der bundeslandspezifischen Beitragssätze

Für jedes Bundesland wird der bundeslandspezifische Beitragssatz als gewichteter Durchschnitt der Beitragssätze nach C.2.a.I berechnet. Als Gewichte werden dabei die Mitgliederzahlen (ohne Rentner) der jeweiligen Krankenkasse in dem Bundesland aus der KM6 (Teil 1) für das Jahr 2008 herangezogen.

C.2.a.III Ermittlung der Summe der Einnahmen aus Arbeitsentgelt und Übergangsgeld aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen

Zur Berechnung der Einnahmen aus Arbeitsentgelt je Bundesland werden die bundeslandspezifischen Beitragssätze mit den Summen der beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt in den Bundesländern aus C.1.a.I multipliziert.

Zur Berechnung der Einnahmen aus Übergangsgeld je Bundesland werden die bundeslandspezifischen Beitragssätze mit den Summen der beitragspflichtigen Einnahmen zur Bemessung des Übergangsgeldes in den Bundesländern aus C.1.a.II multipliziert.

C.2.a.IV Ermittlung der Summe der Einnahmen aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen und KM6-Korrektur

Die ermittelten Einnahmen bilden die bundeslandspezifische Einnahmestruktur nach Durchführung der Kassenausschlüsse ab. Um regionale Verzerrungen durch Kassenausschlüsse zu vermeiden wird für alle Einnahmearten jeweils ein bundeslandspezifischer KM6-Korrekturfaktor berechnet und angewandt. Dazu wird für alle Einnahmearten die Zahl der Mitglieder je Bundesland lt. KM6 durch die Zahl der nach Durchführung der Kassenausschlüsse in der Einnahmeberechnung berücksichtigten Mitglieder je Bundesland dividiert. Die berechneten bundeslandspezifischen Einnahmearten werden dann mit dem KM6-Korrekturfaktor multipliziert und zum bundeslandspezifischen Gesamtbetrag aufsummiert.

C.2.a.V KJ1-Korrekturfaktor

Die in C.2.a.IV ermittelten bundeslandspezifischen Beitragseinnahmen werden jeweils mit der Summe über alle ermittelten Einnahmen multipliziert und durch die Summe der Beitragseinnahmen nach KJ1 des Jahres 2008 dividiert.

C.2.b Ermittlung der fortgeschriebenen bundeslandspezifischen Ausgleichsverpflichtungen und Ausgleichsansprüche auf Grund des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools

C.2.b.I Zuordnung zu den Versichertengruppen

Jeder Versicherte wird zum Zwecke der Ermittlung der Ausgleichsverpflichtungen bzw. Ausgleichsansprüche der Versichertengruppe zugeordnet, der er zum überwiegenden Teil des Jahres zugeordnet war. Die Zuordnung erfolgt für alle gemäß C.1.d genau einer Krankenkasse zugeordneten Pseudonyme der Satzart 100, für die auch ein Datensatz in der Satzart 800 vorliegt. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich auf der Basis der Satzarten für das Jahr 2008.

C.2.b.I.(1) Zuordnung zur DMP-Versichertengruppe

Für jedes Pseudonym wird der Quotient der in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstage in den DMP-Gruppen zu den gesamten in der Satzart 100 gemeldeten Versicherungszeiten gebildet. Der Quotient für die DMP-Versichertengruppe 0x ermittelt sich als Summe der in der Satzart 100 gemeldeten Versicherungszeiten abzüglich der Summe über die in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstage über alle DMP-Gruppen, geteilt durch die Summe der in der Satzart 100 gemeldeten Versicherungszeiten. Die Zuordnung des Pseudonyms erfolgt zu der DMP-Versichertengruppe, die den höchsten Quotienten aufweist.

C.2.b.I.(2) Zuordnung zu den Versichertengruppen x1-3 bis x4-6

Für jedes Pseudonym wird der Quotient aus EMR-Versicherungstagen zu den gesamten Versicherungstagen in der Satzart 100 gebildet. Überschreitet der Quotient den Wert 0,5, so erfolgt die Zuordnung zu den Versichertengruppen x4-6, ansonsten zu den Versichertengruppen x1-3.

C.2.b.I.(3) Zuordnung zu den Versichertengruppen x1, x2 oder x3 bzw. x4 oder x6

Wurde das Pseudonym den Versichertengruppen x1-3 zugeordnet, so wird der Quotient aus den in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstagen in den Gruppen x1 und x2 zu den gesamten Versicherungstagen in der Satzart 100 gebildet. Der Quotient für die Versichertengruppe x3 ermittelt sich als Summe der Versicherungstage in der Satzart 100 abzüglich der Summe der in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstagen in den Gruppen x1 und x2, geteilt durch die Summe der Versicherungstage in der Satzart 100. Das Pseudonym wird der Versichertengruppe zugeordnet, die den höchsten Quotienten aufweist.

Wurde das Pseudonym den Versichertengruppen x4-6 zugeordnet, so wird der Quotient aus den in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstagen in der Gruppe x4 zu den gesamten Versicherungstagen in der Satzart 100 gebildet. Der Quotient für die Versichertengruppe x6 ermittelt sich als Summe der EMR-Versicherungstage in der Satzart 100 abzüglich der in der Satzart 800 gemeldeten Versicherungstagen in der Gruppen x4, geteilt durch die Summe der Versicherungstage in der Satzart 100. Das Pseudonym wird der Versichertengruppe zugeordnet, die den höchsten Quotienten aufweist.

C.2.b.II Zuordnung des Beitragsbedarfs

Jedem Pseudonym werden die standardisierten Leistungsausgaben aus dem Jahresausgleich 2008 zugerechnet. Diese werden mit den Versicherungstagen der Satzart 100 multipliziert.

C.2.b.III Bildung der Summen der Beitragsbedarfe je Bundesland

Je Bundesland werden über alle Pseudonyme die Summen der zugeordneten Beitragsbedarfe gebildet. Diese Summe wird durch die Zahl der Pseudonyme in diesem Bundesland geteilt und mit der Gesamtzahl der Pseudonyme der Satzart 800 in dem Bundesland multipliziert. Man erhält die vorläufigen Beitragsbedarfssummen je Bundesland.

Der Korrekturfaktor ergibt sich, indem die Summe der Beitragsbedarfe aller Krankenkassen aus dem Jahresausgleich 2008 durch die Summe der vorläufigen Beitragsbedarfssummen über alle Bundesländer geteilt wird.

Die Beitragsbedarfssummen je Bundesland ergeben sich, indem die vorläufigen Beitragsbedarfssummen mit dem Korrekturfaktor multipliziert werden.

C.2.b.IV Ermittlung der Poolbeträge

C.2.b.IV.(1) *Ermittlung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben*

Jedem Pseudonym der Stichprobe werden aus der Satzart 700 folgende Leistungsausgaben zugeordnet:

- Die Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Apotheken multipliziert mit dem Arzneimittelrabattfaktor der jeweiligen Krankenkasse aus dem Jahresausgleich 2008,
- die Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Krankenhaus multipliziert mit dem Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern und dem Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung der jeweiligen Krankenkasse aus dem Jahresausgleich 2008
- die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse.

C.2.b.IV.(2) *Ermittlung der Poolbeträge*

Von der Summe der Leistungsausgaben nach C.2.b.IV.(1) wird der anzusetzenden Schwellenwert abgezogen. Ist die daraus sich ergebende Differenz negativ, so wird sie auf Null gesetzt. Ansonsten werden 60 vom Hundert des Differenzbetrages ermittelt.

Der anzusetzende Schwellenwert ergibt sich, indem von dem im Jahresausgleich 2008 gültigen Schwellenwert die durchschnittlichen Krankengeldausgaben je Versicherten abgesetzt werden.

C.2.b.V Bildung der Summe der Poolbeträge je Bundesland

Je Bundesland werden über alle Pseudonyme der Stichprobe die Summen der zugeordneten Poolbeträge gebildet. Diese Summe wird durch die Zahl der Pseudonyme der Stichprobe in diesem Bundesland geteilt und mit der Gesamtzahl der Pseudonyme der Satzart 800 in dem Bundesland multipliziert. Man erhält die vorläufigen Poolbetragssummen je Bundesland.

Der Korrekturfaktor ergibt sich, indem die Poolbeträge aller Krankenkassen aus dem Jahresausgleich 2008 durch die Summe der vorläufigen Poolbetragssummen über alle Bundesländer geteilt wird.

Die Poolbetragssummen je Bundesland ergeben sich, indem die vorläufigen Poolbetragssummen mit dem Korrekturfaktor multipliziert werden.

C.2.b.VI Berechnung der Finanzkraft

C.2.b.VI.(1) *Finanzkraft für den Risikostrukturausgleich*

Der Ausgleichsbedarfssatz für den Risikostrukturausgleich ergibt sich, indem die Beitragsbedarfssummen über alle Bundesländer durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder über alle Bundesländer geteilt werden.

Die Finanzkraft aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem je Bundesland die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen mit dem Ausgleichsbedarfssatz multipliziert werden.

C.2.b.VI.(2) *Finanzkraft für den Risikopool*

Der Ausgleichsbedarfssatz für den Risikopool ergibt sich, indem die Poolbetragssummen über alle Bundesländer durch die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder über

alle Bundesländer geteilt werden.

Die Finanzkraft aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen ergibt sich, indem je Bundesland die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller in einem Land tätigen Krankenkassen mit dem Ausgleichsbedarfssatz multipliziert werden.

C.2.b.VII Ermittlung der Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen

Die Höhe der Ausgleichszahlung im Risikostrukturausgleich je Bundesland ergibt sich als Beitragsbedarfssumme je Bundesland aus C.2.b.III abzüglich der Finanzkraft für den Risikostrukturausgleich für die in einem Land tätigen Krankenkassen.

Die Höhe der Ausgleichszahlung im Risikopool je Bundesland ergibt sich als Poolbeitragssumme je Bundesland aus C.2.b.V abzüglich der Finanzkraft für den Risikopool für die in einem Land tätigen Krankenkassen.

C.2.c Ermittlung der bereinigten Summe der Einnahmen aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen

Die bereinigte Summe der Einnahmen aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen ergibt sich aus der Summe der Einnahmen aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen nach C.2.a.IV zuzüglich von Ausgleichsansprüchen aus Risikostrukturausgleich und/oder Risikopool abzüglich von Ausgleichsverpflichtungen aus Risikostrukturausgleich und/oder Risikopool.

C.2.d Ermittlung der bundeslandspezifischen Zuweisungen

C.2.d.I Zuordnung der Zuweisungen

C.2.d.I.(1) Ermittlung der Zuweisungen je Krankenkasse

Die Zuweisung je Krankenkasse entsprechen den Angaben aus dem Grundlagenbescheid I/2011 des BVA vom 15.11.2010 (Zuweisungen ohne Berücksichtigung des monatlichen Anpassungsbetrags nach § 272 SGB V).

C.2.d.I.(2) Anteilige Kürzung der Zuweisungen

Die Zuweisungen nach C.2.d.I.(1) werden für jede Kasse anteilig um folgende Bestandteile gekürzt:

- Aufwendungen nach § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes),
- Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 SGB IV,

Quelle: Schätztableau des Schätzerkreises

C.2.d.I.(3) Ermittlung der Zuweisungen je Krankenkasse und Land

Die Zuweisungen nach C.2.d.I.(2) werden für jedes Bundesland in dem die Kasse tätig ist durch die Gesamtzahl der Versicherungstage der Kasse nach SA100 dividiert und mit den länderspezifischen Versicherungstagen der Kasse nach SA100 multipliziert.

C.2.d.II Ermittlung der Zuweisungen je Land

Die Zuweisungen je Land ergeben sich als Summe der länderspezifischen Zuweisungen nach C.2.d.I.(3) der in diesem Land tätigen Krankenkassen.

C.3 Durchführung der Übergangsregelungen

C.3.a Saldierung der bereinigten Einnahmen nach C.2.c und der Zuweisungen nach C.2.d

Einnahmen, Zuweisungen und Versichertenzahlen des „Bundeslandes 0“ (Ausland oder unbekannt) bleiben im Folgenden unberücksichtigt.

C.3.a.I Normierung der Einnahmen

Für jedes Bundesland werden die länderbezogenen bereinigten Einnahmen nach C.2.c mit der entsprechenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortgeschrieben. Die so fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen werden je Bundesland mit der Summe der Zuweisungen nach C.2.d multipliziert und durch die Summe der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen dividiert.

C.3.a.II Saldierung und Ermittlung länderspezifischer Belastungen

Es wird für jedes Bundesland die Differenz aus Zuweisungen nach C.2.d und normierten Einnahmen nach C.3.a.I gebildet. Ergibt sich ein negativer Saldo liegt eine Belastung des Landes in Höhe dieses Saldos vor.

C.3.b Prüfung auf Überschreitung des Schwellenwerts

C.3.b.I Ermittlung des Schwellenwerts

Der Schwellenwert beträgt 300 Mio. € im Jahr 2011.

C.3.b.II Ermittlung des Kappungsbetrags

Übersteigt der Betrag der Belastung eines Bundeslandes den Schwellenwert, so ist dieser von der Belastung zu subtrahieren. Die Differenz zwischen Belastung und Schwellenwert ergibt den Kappungsbetrag.

C.3.c Ermittlung der Anpassungsbeträge

C.3.c.I Ermittlung des landesbezogenen Anpassungsbetrags je Versicherten

Die Versicherungszeiten der Satzart 100 des Jahres 2008 werden über alle Bundesländer (inklusive Bundesland 0 - „Ausland“) aufsummiert und durch die Zahl 366 geteilt. Die **Zahl der prognostizierten Versichertenjahre je Bundesland** ergibt sich, indem die Zahl der voraussichtlichen Anzahl der GKV-Versicherten (Quelle: Schätztableau des Schätzerkreises) durch das Ergebnis aus Satz 1 geteilt, mit den Versicherungszeiten des Bundeslandes multipliziert und erneut durch die Zahl 366 dividiert wird.

Der **landesbezogene Anpassungsbetrag je Versicherten** ergibt sich, indem der Kappungsbetrag durch die Zahl der prognostizierten Versichertenjahre je Bundesland dividiert wird.

Der **monatliche landesbezogene Anpassungsbetrag je Versicherten** ergibt sich, indem der landesbezogene Anpassungsbetrag je Versicherten durch die Zahl 12 geteilt wird.

C.3.c.II Ermittlung des landesbezogenen Anpassungsbetrags je Versicherungstag

Der **landesbezogene Anpassungsbetrag je Versicherungstag** ergibt sich, indem die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten nach C.3.c.I durch die Zahl 365 geteilt werden.

II. Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen

D. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2011

D.0 Datengrundlagen

D.0.a Zuordnungsprinzipien: Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen,

- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2009 (Erstmeldung),
- zur KEG anhand der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 90 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2009 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2010. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

D.0.b Die **Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen** erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010. Pseudonyme von Versicherte, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet.

D.0.c Die Bescheidung erfolgt auf dem **Fusionsstand** 15. November 2010.

D.1 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (SA)

D.1.a Der **Aufteilungsfaktor (SA) für das Krankengeld** ermittelt sich als der Anteil vom Hundert des geschätzten Netto-Krankengeldes nach B.5.d an den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

D.1.b Der **Aufteilungsfaktor (SA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ermittelt sich als der Anteil vom Hundert der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Netto-Krankengeldes nach B.5.d des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzüglich des Nettokrankengeldes des Jahres 2011 an den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

Hinweis:

Alle in diesem Abschnitt genannten Schätzungen beziehen sich auf die Ergebnisse des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 für das Jahr 2011.

D.2 Berechnung der Zuweisungsanteile

D.2.a Die **Regressionsanteile der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG** ergeben sich aus der Regression nach B.1 (bzw. der entsprechenden Berechnung für die AusAGG nach

B.3), indem für alle Risikogruppen jeweils der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG das Summenprodukt aus Regressionskoeffizienten (bzw. den durchschnittlichen Zuschlägen für die AusAGG nach B.3.b) und der Zahl der der jeweiligen Risikogruppe zugeordneten Stichprobenversicherten gebildet wird und durch das Summenprodukt aus Regressionskoeffizienten (bzw. den durchschnittlichen Zuschlägen für die AusAGG) und der Zahl der der jeweiligen Risikogruppe zugeordneten Stichprobenversicherten aller Risikogruppen geteilt wird.

- D.2.b** Der **Zuweisungsanteil für AGG** ergibt sich, indem die Summe gebildet wird aus dem Produkt des Regressionsanteils der AGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a und dem Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a.

Die Summe aus Satz 1 wird geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, abzüglich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d.

- D.2.c** Der **Zuweisungsanteil für EMG** ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der EMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a.

Das Produkt aus Satz 1 wird geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d.

- D.2.d** Der **Zuweisungsanteil für HMG** ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der HMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d.

- D.2.e** Der **Zuweisungsanteil für KEG** ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der KEG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d.

- D.2.f** Der **Zuweisungsanteil für AusAGG** ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der AusAGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach B.2.a, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2011, abzüglich der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrallengeldes des Jahres 2011 aus B.5.d.

D.3 Berechnung der Angleichungsfaktoren (Strukturanpassung – SA)

D.3.a Das **monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben** ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach A.1.c multipliziert wird.

D.3.b Angleichungsfaktor für die AGG

D.3.b.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG** ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für AGG aus D.2.b multipliziert wird.

D.3.b.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus B.5.g gebildet wird.

D.3.b.III Der **Angleichungsfaktor für die AGG** ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AGG aus D.3.b.I abzüglich des monatlichen Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a, der dem Anteil der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen zugeordneten Versicherten entspricht, geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus D.3.b.II.

D.3.c Angleichungsfaktor für die EMG

D.3.c.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG** ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für EMG aus D.2.c multipliziert wird.

D.3.c.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus B.5.g gebildet wird.

D.3.c.III Der **Angleichungsfaktor für die EMG** ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG aus D.3.c.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus D.3.c.II.

D.3.d Angleichungsfaktor für die HMG

D.3.d.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG** ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für HMG aus D.2.d multipliziert wird.

D.3.d.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010

gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus B.5.g gebildet wird.

D.3.d.III Der Angleichungsfaktor für die HMG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG aus D.3.d.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus D.3.d.II.

D.3.e Angleichungsfaktor für die KEG

D.3.e.I Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für KEG aus D.2.e multipliziert wird.

D.3.e.II Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus B.5.g gebildet wird.

D.3.e.III Der Angleichungsfaktor für die KEG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG aus D.3.e.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus D.3.e.II.

D.3.f Angleichungsfaktor für die AusAGG

D.3.f.I Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus D.2.f multipliziert wird.

D.3.f.II Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus B.5.g gebildet wird.

D.3.f.III Der Angleichungsfaktor für die AusAGG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus D.3.f.I abzüglich des Anteils des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus D.3.f.II.

D.3.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld

D.3.g.I Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für das Krankengeld aus D.1.a multipliziert wird.

D.3.g.II Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten Versicherungstage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus B.5.i gebildet wird.

D.3.g.III Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld aus D.3.g.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus D.3.g.II.

D.3.h Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen

D.3.h.I Das **monatliche Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen** ergibt sich aus der Summe

- des Produktes der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus A.2.b mit der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d mit dem monatlichen Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus D.3.a.

D.3.h.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten** werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Verwaltungskostenzuweisungen aufgrund der Werte nach A.2.b und A.2.d ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

D.3.h.III Der **Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen** ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Verwaltungskostenzuweisungen aus D.3.h.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten aus D.3.h.II.

D.3.i **Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen**

D.3.i.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich aus dem Produktes der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus A.3.a mit der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2010 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten.

D.3.i.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen** werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aufgrund des Wertes nach A.3.a ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

D.3.i.III Der **Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus D.3.i.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus D.3.i.II.

D.3.j **Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V**

D.3.j.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V** ergibt sich aus der Summe der Kappungsbeträge nach C.3.b.II über alle Bundesländer geteilt durch die Zahl 12.

D.3.j.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V** werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen nach § 272 SGB V aufgrund der Werte nach C.3.c.I ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

D.3.j.III Der **Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V** ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen nach § 272 SGB V aus D.3.j.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V aus D.3.j.II.

D.4 **Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse**

D.4.a Zunächst werden die **Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach B.5.g multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind sowie mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach D.3.b.III, D.3.c.III, D.3.d.III, D.3.e.III bzw. D.3.f.III. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus D.0.a.

D.4.b Die **Zuweisungen für das Krankengeld** ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus B.5.i mit der Zahl der Versicherten mit Krankengeldanspruch (mind. 1 Versichertentag mit Krankengeldanspruch) der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach D.3.g.III multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus D.0.a.

D.4.c Die **risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse** ergibt sich als Summe aus D.4.a und D.4.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

D.5 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse

D.5.a Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird er einem Bundesland gemäß D.0.a zugeordnet.

D.5.b Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus C.3.c.I mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach D.3.j.III multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

D.6 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus A.2.b und des Produktes aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus D.4.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.3.h.III multipliziert.

D.7 Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

D.8 Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

E. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2011

E.0 Datengrundlagen

E.0.a Zuordnungsprinzipien: Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2010 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2009 (Erstmeldung),
- zur KEG anhand der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2010 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 183 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das Jahr 2010 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2010 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2009 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 des Jahres 2010. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

E.0.b Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das Jahr 2010. Pseudonyme von Versicherte, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet.

E.0.c Die Bescheidung erfolgt auf dem **Fusionsstand** 1. April 2011.

E.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

E.1.a Das **monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben** ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des Jahres 2010 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach A.1.c multipliziert wird.

E.1.b Die **Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V** werden analog zu Abschnitt D.3 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach E.0, des Zielvolumens nach E.1.a, den Aufteilungsfaktoren (SA) nach D.1 und den Zuweisungsanteilen nach D.2.

E.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

E.2.a Zunächst werden die **Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse

se versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach B.5.g multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind sowie mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach E.1.b. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus E.0.a.

E.2.b Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus B.5.i mit der Zahl der Versicherten mit Krankengeldanspruch (mind. 1 Versichertentag mit Krankengeldanspruch) der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach E.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus E.0.a.

E.2.c Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus E.2.a und E.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

E.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse

E.3.a Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2010 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird er einem Bundesland gemäß E.0 zugeordnet.

E.3.b Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus C.3.c.I mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2010, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach E.1.b multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

E.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus A.2.b und des Produktes aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus E.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach E.1.b multipliziert.

E.5 Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

E.6 Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

F. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2011

F.0 Datengrundlagen

F.0.a Zuordnungsprinzipien: Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010 (Erstmeldung),
- zur KEG anhand der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 90 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2010 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2011. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

F.0.b Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011. Pseudonyme von Versicherte, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet.

F.0.c Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

F.0.d Die Bescheidung erfolgt auf dem **Fusionsstand** 1. Oktober 2011.

F.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

F.1.a Das **Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2011 gemeldeten Versicherungszeiten durch die Zahl 181 geteilt mit dem Produkt aus der monatlichen Grundpauschalen nach A.1.c und der Zahl 6 multipliziert wird.

- F.1.b** Das **monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2011** ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2011 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach A.1.c multipliziert wird.
- F.1.c** Die **Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das zweite Halbjahr 2011** werden analog zu Abschnitt D.3 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach F.0.a und F.0.b, des Zielvolumens nach F.1.b, den Aufteilungsfaktoren (SA) nach D.1 und den Zuweisungsanteilen nach D.2.
- F.1.d** **Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2011**
- F.1.d.I** Das **Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für AGG aus D.2.b multipliziert wird.
- F.1.d.II** Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus B.5.h gebildet wird.
- F.1.d.III** Der **Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das erste Halbjahr 2011 aufgrund der AGG aus F.1.d.I abzüglich des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a abzüglich des Anteils des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a, der dem Anteil der Versicherungszeiten der den AGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherungszeiten entspricht, geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus F.1.d.II. Der Angleichungsfaktor für die AGG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- F.1.e** **Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2011**
- F.1.e.I** Das **Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für EMG aus D.2.c multipliziert wird.
- F.1.e.II** Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus B.5.h gebildet wird.
- F.1.e.III** Der **Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr aus J.1.e.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus J.1.e.II. Der Angleichungsfaktor für die EMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- F.1.f** **Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2011**
- F.1.f.I** Das **Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für HMG aus D.2.d multipliziert wird.

F.1.f.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus B.5.h gebildet wird.

F.1.f.III Der **Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.f.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus F.1.f.II. Der Angleichungsfaktor für die HMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.g Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2011

F.1.g.I Das **Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für KEG aus D.2.e multipliziert wird.

F.1.g.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus B.5.h gebildet wird.

F.1.g.III Der **Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.g.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus F.1.g.II. Der Angleichungsfaktor für die KEG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.h Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2011

F.1.h.I Das **Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.1.b und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus D.2.f multipliziert wird.

F.1.h.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus B.5.h gebildet wird.

F.1.h.III Der **Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.h.I abzüglich des Anteils des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a, der dem Anteil der Versicherungszeiten der den AusAGG zugeordneten Versicherten an den Versicherungszeiten aller Versicherten entspricht, geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus F.1.h.II. Der Angleichungsfaktor für die HMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.i Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2011

F.1.i.I Das **monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (SA) für das Krankengeld aus D.1.a multipliziert wird.

F.1.i.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld** werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011

gemeldeten Versicherungstage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus B.5.j gebildet wird.

F.1.i.III Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.i.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus F.1.i.II. Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.j Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2011

F.1.j.I Das Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2010 ergibt sich aus der Summe

- des Produktes der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2011 gemeldeten Versicherungszeiten geteilt durch die Zahl 181 und multipliziert mit dem Produkt aus der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus A.2.b mit der Zahl 6, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d mit dem Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2010 aus F.1.a.

F.1.j.II Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Verwaltungskostenzuweisungen aufgrund der Werte nach A.2.c und A.2.d ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

F.1.j.III Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.j.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten aus F.1.j.II. Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.k Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2011

F.1.k.I Das Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich aus dem Produkt der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2011 gemeldeten Versicherungszeiten geteilt durch die Zahl 181 und multipliziert mit dem Produkt aus der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus A.3.a mit der Zahl 6.

F.1.k.II Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aufgrund des Wertes nach A.3.b ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

F.1.k.III Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2011 aus F.1.k.I geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus F.1.k.II. Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.1.I Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2011

F.1.I.I Das Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich aus der Summe der Kappungsbeträge nach C.3.b.II über alle Bundesländer geteilt durch die Zahl 2.

F.1.I.II Die **tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen** werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen nach § 272 SGB V aufgrund der Werte nach C.3.c.I ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

F.1.I.III Der **Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen nach § 272 SGB V aus F.1.I.II geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V aus F.1.I.II. Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

F.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011

F.2.a Zunächst werden die **Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2011** ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versicherungstag aus A.1.d mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach B.5.h multipliziert mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind sowie mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach F.1.d, F.1.e, F.1.f, F.1.g und F.1.h. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a und F.0.c.

F.2.b Die **Zuweisungen für das Krankengeld** ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus B.5.j mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.i multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a und F.0.c.

F.2.c Die **risikoadjustierte Grundpauschale je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als Summe aus F.2.a und F.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011.

F.3 Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011

F.3.a Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldete Pseudonym wird mit seinen Versicherungszeiten einem Bundesland gemäß F.0.a zugeordnet.

F.3.b Je Krankenkasse werden die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherungstag aus C.3.c.II mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Halbjahr 2011, die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 – einschließlich der Versicherungstage der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die Versicherungstage der nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.I multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

F.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2011

Die Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherungstag aus A.2.c und des Produktes aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d und der risikoadjustierten Grundpauschale für das erste Halbjahr 2011 aus F.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.j multipliziert.

F.5 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2011

- F.5.a** Zunächst werden die **Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach B.5.g multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind sowie mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach F.1.c. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a und F.0.b.
- F.5.b** Die **Zuweisungen für das Krankengeld** ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus B.5.i mit der Zahl der Versicherten mit Krankengeldanspruch (mind. 1 Versichertentag mit Krankengeldanspruch) der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach F.1.c multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a und F.0.b.
- F.5.c** Die **risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse** ergibt sich als Summe aus F.5.a und F.5.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

F.6 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2011

- F.6.a** Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird er einem Bundesland gemäß F.0.a und F.0.b zugeordnet.
- F.6.b** Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus C.3.c.I mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“ nach a.) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach F.1.c multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versicherungstag dar.

F.7 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2011

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus A.2.b und des Produktes aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus F.5.c. Die Summe wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1.c multipliziert.

F.8 Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

F.9 Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

G. Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2011

G.0 Datengrundlagen

G.0.a Zuordnungsprinzipien: Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2011 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010 (Erstmeldung),
- zur KEG anhand der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2011 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 183 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das Jahr 2011 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2010 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 für das Jahr 2011. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

G.0.b Die Zuordnung der Versicherungszeiten den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das Jahr 2011 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei den meldenden Krankenkasse.

G.0.c Die Bescheidung erfolgt auf dem **Fusionsstand** 31. Dezember 2011.

G.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

- G.1.a** Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2011 ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des Jahres 2011 gemeldeten Versicherungszeiten mit der Grundpauschalen nach A.1.d multipliziert wird.
- G.1.b** Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das Jahr 2011 werden analog zu den Abschnitt F.1.d bis F.1.I neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach G.0, des Zielvolumens nach G.1.a, den Aufteilungsfaktoren (SA) nach D.1 und den Zuweisungsanteilen nach D.2.

G.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Krankenkasse für das Jahr 2011

- G.2.a** Zunächst werden die Zuweisungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2011 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versicherungstag aus A.1.d mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach B.5.h multipliziert mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind sowie mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach G.1.b. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.
- G.2.b** Die Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2011 ermittelt sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus B.5.j mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach G.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.
- G.2.c** Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das Jahr 2011 ergibt sich als Summe aus G.2.a und G.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011.

G.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das Jahr 2011

- G.3.a** Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2011 gemeldete Pseudonym wird mit seinen Versicherungszeiten einem Bundesland gemäß G.0.a zugeordnet.
- G.3.b** Je Krankenkasse werden die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherungstag aus C.3.c.II mit der Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011, die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherungstage der Satzart 111 für das Jahr 2011 – einschließlich der Versicherungstage der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die Versicherungstage der nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.b multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

G.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2011

Die Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2011 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je aus A.2.c und des Produktes aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus A.2.d und der risikoadjustier-

ten Grundpauschale für das Jahr 2011 aus G.2.d. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.b multipliziert.

G.5 Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

G.6 Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds.

III. Berechnung der monatlichen Zuweisungen

H. Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid

Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Januar bis März 2011 wird der Grundlagenbescheid I/2011 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate April bis September 2011 wird der Grundlagenbescheid II/2011 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Oktober bis Dezember 2010 wird der Grundlagenbescheid III/2011 zu Grunde gelegt. Die Bescheidung erfolgt auf dem **Fusionsstand** 1. des jeweiligen Zuweisungsmonats.

I. Ermittlung der Zuweisungen

I.1 Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren

I.1.1 Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem Produkt aus der monatlichen DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.a mit der Zahl der RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten, die alle Krankenkassen in der KM6 des Vormonats gemeldet haben abzüglich eines Zwölftels des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2011.

I.1.2 Der monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben errechnen sich als ein Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens der jährlichen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Jahr 2011 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach I.1.1 multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.b. Die tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen risikoadjustierten monatlichen Grundpauschalen aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

I.1.3 Der monatliche Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ergibt sich aus dem Verhältnis des monatlichen Soll-Anpassungsbetrages nach § 272 SGB V zum tatsächlichen vorläufigen Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ohne An-

passungsfaktor. Der monatliche Soll-Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V entspricht einem Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens des jährlichen Anpassungsbetrages nach § 272 SGB V im Jahr 2011. Der tatsächliche vorläufige Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ohne Anpassungsfaktor ergibt sich als Summe über alle Krankenkassen des jeweiligen durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrages aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat. Beträgt der monatliche Soll-Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V Null Euro, so nimmt der monatliche Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V den Wert 1 an.

- I.1.4** Der **monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben** ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben entsprechen einem Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahr 2011 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach I.1.1 multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteils der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.c. Die tatsächliche vorläufige Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.
- I.1.5** Der **monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen entsprechen einem Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2011. Die tatsächliche vorläufige Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Mehrleistungen aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.
- I.1.6** Der **monatliche Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV** ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Sollwertes für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV zum tatsächlichen vorläufigen Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor. Der monatlichen Sollwert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV entspricht einem Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens der jährlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV im Jahr 2011. Die tatsächliche vorläufige Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen des Veränderungsbetrag je Mitglied aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

I.2 Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben

Der **monatliche Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben** ergibt sich als die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale der Krankenkasse aus dem

nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben nach I.1.2.

I.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V

Der **monatliche Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V** ergibt sich als durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V nach I.1.3.

I.4 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben

Der **monatliche Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben** ergibt sich als monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben nach I.1.4.

I.5 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der **monatliche Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich als die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Mehrleistungen aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen nach I.1.5.

I.6 Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme

Der **monatliche Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme** ergibt sich als zuletzt bekannt gegebene monatliche Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der Zahl der RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten, die die Krankenkasse in der KM6 des Vormonats gemeldet hat.

I.7 Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die **monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV** ergibt sich als Veränderungsbetrag je Mitglied aus dem nach H. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach I.1.6.

IV. Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen

J. Strukturanpassung I/2011

J.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder werden der amtlichen Statistik KM1 wie folgt entnommen:

- für den Januar 2011 der Durchschnitt der Monate Dezember 2010 und Februar 2011,
- für den Februar 2011 der Wert für den Monat Februar 2011, sowie
- für den März 2011 der Wert für den Monat Februar 2011.

Die anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der KM6 des entsprechenden Monats entnommen.

J.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März

J.2.a Das **vorläufige Zuweisungsvolumen** aller Krankenkassen für die Monate Januar bis März ergibt sich

- für **standardisierte Leistungsausgaben** aus der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale der Krankenkassen aus E.2.c,
- für die **Anpassung nach § 272 SGB V** aus dem monatlichen Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V aus E.3.b,
- für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus E.4, sowie
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus E.5,

jeweils multipliziert mit der nach J.1 anzusetzenden Zahl der Versicherten.

J.2.b Das **vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme** ergibt sich aus der Multiplikation der nach J.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebene Grundzuweisungen je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.

J.2.c Das **vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV** ergibt sich aus der Multiplikation der nach J.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus E.6.

J.2.d Das **vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat** ergibt sich für die Monate Januar bis März 2011 als jeweils ein Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens

- für **standardisierte Leistungsausgaben**,
- für **Verwaltungsausgaben**,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen**,
- für die **Anpassung nach § 272 SGB V**, sowie
- für die **mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV**.

J.2.e Der **monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen** ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach J.2.b abzüglich eines Zwölftels des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgestellten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2011.

J.2.f Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben** je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach J.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach J.2.e multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach J.2.a.

- J.2.g** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben** je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach J.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach J.2.e multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.c. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach J.2.a.
- J.2.h** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V** je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach J.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen nach J.2.a.
- J.2.i** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach J.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach J.2.a.
- J.2.j** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach J.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach J.2.c.

J.3 Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März

Das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse entspricht den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktors für den Monat.

Der **Korrekturbetrag je Krankenkasse** ergibt sich aus dem Saldo der so ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

K. Strukturanpassung II/2011

K.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das erste Halbjahr 2011 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß F.0.c anzusetzen. Für die Monate Juli bis September sind die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder der amtlichen Statistik KM1 des entsprechenden Monats zu entnehmen. Die anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der KM6 des entsprechenden Monats entnommen.

K.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2010

- K.2.a** Für das erste Halbjahr 2011 entspricht das **vorläufige Zuweisungsvolumen** in der Summe über alle Krankenkassen
- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011 aus F.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011 nach F.0.c,
 - für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 nach F.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011 nach F.0.c,
 - für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versicherungstag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2010 nach F.8 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2010 nach F.0.c,

liziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2011 nach F.0.c,

- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebene Grundzuweisungen je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der nach K.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten summiert über die Monate Januar bis Juli,
- für **die Anpassung nach § 272 SGB V** dem durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versicherungstag aus F.3.b multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2010 nach F.0.c, sowie
- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus F.9 multipliziert mit der nach K.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder summiert über die Monate Januar bis Juli.

K.2.b Das **vorgesehene Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2010** ergibt sich als jeweils die Hälfte des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgelegten Volumens

- für **standardisierte Leistungsausgaben**,
- für **Verwaltungsausgaben**,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen**,
- für die **Anpassung nach § 272 SGB V**, sowie
- für die **mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV**.

K.2.c Der **Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach K.2.a abzüglich der Hälfte des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2011.

K.2.d Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach K.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.c multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.a.

K.2.e Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach K.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.c multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.c. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.a.

K.2.f Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach K.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.a.

K.2.g Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach K.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2011 nach K.2.a.

K.2.h Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40

RSAV nach K.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach K.2.a.

K.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September

- K.3.a** Das **vorläufige Zuweisungsvolumen** aller Krankenkassen für die Monate Juli bis September ergibt sich für standardisierte Leistungsausgaben aus der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale der Krankenkassen aus F.5.c,
- für die **Anpassung nach § 272 SGB V** aus dem monatlichen Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V aus F.6.b,
 - für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus F.7, sowie
 - für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus F.8,
- jeweils multipliziert mit der nach K.1 anzusetzenden Zahl der Versicherten
- K.3.b** Das **vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme** ergibt sich aus der Multiplikation der nach K.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebene Grundzuweisungen je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.
- K.3.c** Das **vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV** ergibt sich aus der Multiplikation der nach K.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus F.9.
- F.3.d** Das **vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat** ergibt sich für die Monate Juli bis September 2011 als jeweils ein Zwölftel des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgesetzten Volumens
- für **standardisierte Leistungsausgaben**,
 - für **Verwaltungsausgaben**,
 - für **Satzungs- und Ermessensleistungen**,
 - für die **Anpassung nach § 272 SGB V**, sowie
 - für die **mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV**.
- K.3.e** Der **monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen** ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach K.3.b abzüglich eines Zwölftels des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgesetzten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2011.
- K.3.f** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben** je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach K.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach K.3.e multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach K.3.a.
- K.3.g** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben** je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach K.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach K.3.e multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.c. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach K.3.a.
- K.3.h** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V** je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für die Anpassung

nach § 272 SGB V nach K.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen nach K.3.a.

- K.3.i** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach K.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach K.3.a.
- K.3.j** Der **rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach K.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach K.3.c.

K.4 Ermittlung der Korrekturbeträge

- K.4.a** Für das erste Halbjahr 2011 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des ersten Halbjahres 2011 aus K.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das erste Halbjahr 2011 aus K.2.d bis K.2.h.
- K.4.b** Für die Monate Juli bis September 2011 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats aus K.3.a bis K.3.c, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden monatlichen Anpassungsfaktor aus K.3.f bis K.3.j.
- K.4.c** Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach K.4.a und K.4.b ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

L. Strukturanpassung III/2011

L.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das Jahr 2011 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß G.0.b anzusetzen. Die anzusetzende Zahl der Mitglieder wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen. Die anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der KM6 des entsprechenden Monats entnommen.

L.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2011

- L.2.a** Für das Jahr 2011 entspricht das **vorläufige Zuweisungsvolumen** in der Summe über alle Krankenkassen
- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das Jahr 2011 aus G.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2011 nach G.0.b,
 - für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versicherungstag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2011 nach G.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2011 nach G.0.b,

- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versicherungstag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2011 nach G.5 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2011 nach G.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebene Grundzuweisungen je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der nach L.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten summiert über die Monate Januar bis Dezember,
- für **die Anpassung nach § 272 SGB V** dem durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versicherungstag aus G.3.b multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2011 nach G.0.b, sowie
- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus G.6 multipliziert mit der nach R.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder multipliziert mit der Zahl 12.

L.2.b Das **vorgesehene Zuweisungsvolumen für das Jahr 2011** ergibt sich als jeweils das auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgesetzten Volumens

- für **standardisierte Leistungsausgaben**,
- für **Verwaltungsausgaben**,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen**,
- für die **Anpassung nach § 272 SGB V**, sowie
- für die **mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV**.

L.2.c Der **Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2011** ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach L.2.a abzüglich des auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 festgesetzten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2011.

L.2.d Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach L.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2011 nach L.2.c multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen für das Jahr 2011 nach L.2.a.

L.2.e Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach L.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2011 nach L.2.c multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschalen nach A.4.c. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen für das Jahr 2011 nach L.2.a.

L.2.f Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das Jahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach L.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen für das Jahr 2011 nach L.2.a.

L.2.g Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach L.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das Jahr 2011 nach L.2.a.

L.2.h Der **rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2011** ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach L.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitglie-

derbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach L.2.a.

L.3 Ermittlung der Korrekturbeträge

- L.3.a** Für das Jahr 2011 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Jahres 2011 aus L.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das Jahr 2011 aus L.2.d bis L.2.h.
- L.3.b** Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach L.3.a ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

V. Neuermittlung der kasseneinheitlichen Kenngrößen im Jahresausgleich

M. Berechnung der grundlegenden Berechnungsgrößen

M.1 Berechnung der Grundpauschalen etc.

- M.1.a** Die **Grundpauschale je Versichertentag** aus A.1.d und die **DMP-Programmkostenpauschale** nach A.4.a finden unverändert im Jahresausgleich Anwendung.
- M.1.b** Der **Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben** ergibt sich als die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach M.1.c geteilt durch die Zahl der Versicherungstage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung).
- M.1.c** Der **Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben** ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Betrag der Verwaltungskosten in der DMP-Programmkostenpauschalen, geteilt durch die Zahl 365. Der **Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben** ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Betrag der Verwaltungskosten in der DMP-Programmkostenpauschalen, geteilt durch die Zahl 365.
- M.1.d** Die **standardisierten Verwaltungskosten je Versicherungstag** ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach M.1.c, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versicherungstage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Die standardisierten Verwaltungskosten je Versicherungstag werden auf zwölf Stellen hinter dem Komma gerundet.
- M.1.e** Die **standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben** ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des

Jahres 2011 abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach M.1.c, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach M.1.c. Die standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben werden auf zwölf Stellen hinter dem Komma gerundet.

M.1.f Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherungstag ergeben sich als die Satzungs- und Ermessensleistungen nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, geteilt durch Zahl der Versicherungstage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherungstag werden auf zwölf Stellen hinter dem Komma gerundet.

M.1.g Der mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V ohne Abzug der erwarteten Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. Ziffer a und c vorgesehenen Beträge und den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds geteilt durch Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2011 (nach jahresdurchschnittlicher KM1). Die bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds entsprechen den in A.5 ermittelten.

M.2 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

M.2.a Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2011 gebuchten Ausgaben der Konten 4070, 4670, 4820, 5130, 5140, 5155, 5186, 5270 und 5900.

M.2.b Der Erhöhungsbetrag der AGG je Versicherungstag ergibt sich als das Volumen aus M.2.a geteilt durch die Zahl der Versicherungstage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung).

M.3 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)

M.3.a Der Aufteilungsfaktor (JA) für Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich der Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und abzüglich des Nettokrankengeldes und abzüglich des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach M.2.a zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich der Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

M.3.b Der Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2011 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-

Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich der Anteile der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

N. Berechnung der Zu- und Abschläge und Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

N.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG und KEG

N.1.a Versicherte, die in der SA 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungstage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den **AusAGG** zugerechnet. Sie sind aus den folgenden Berechnungen **auszuschließen**.

N.1.b Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren wird eine **Regression** durchgeführt. Datengrundlage sind die **Stichprobenversicherten** mit den Risikomerkmale aus den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung) sowie der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) und den Ausgaben aus der Satzart 700 des Jahres 2011. Unplausible Datenmeldungen, insbesondere von Krankenkassen, deren Ausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Berechnung der Gewichtungsfaktoren ausgeschlossen.

N.1.c Die Stichprobenversicherten werden den **Risikogruppen** zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2010 in der Fassung der technischen Anpassung vom x.x.2012.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

Die zugeordneten AGG, EMG, HMG und KEG bilden im weiteren die **Risikomerkmale**.

N.1.d Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 3.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu mindern. Ferner sind die Arzneimittelrabatte (AR), die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Komplexpauschalen und Rabatte im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten und vereinnahmten Mittel (IVKuR) pauschal zu berücksichtigen.

Die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 3.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für AR, KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 43 für das Jahr 2011 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- Die AR werden vom Hauptleistungsbereich Apotheken (HLB 3) abgesetzt.
- Die KR werden vom Hauptleistungsbereich Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die RVZ werden anteilig den LAoKG zugeordnet.

- Die IVA werden anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die IVKuR werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

Die Berechnung erfolgt analog zum Abschnitt B.1.d.

- N.1.e** Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche werden versichertenbezogen aufsummiert, durch die Zahl der Versicherungstage 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.
- N.1.f** Für jedes Risikomerkmale wird ein **Regressionskoeffizient** ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Leistungsausgaben bilden. Die WLS-Gewichte werden berechnet, indem für jeden Versicherten die Versicherungstage des Berichtsjahres durch die Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden. Im Berichtsjahr Verstorbene wird hiervon abweichend das Gewicht Eins zugeordnet.
- N.1.g** Wird für mindestens ein Risikomerkmale 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.
- N.1.h** 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.
- N.1.i** Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis ist der **Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe**.
- N.1.j** Die **Gewichtungsfaktoren** für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach T.1.i geteilt werden.
- N.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG**
- N.2.a** Jedem Versicherten nach N.1.c werden für die dort zugeordneten Risikomerkmale die Regressionskoeffizienten zugeordnet, die nach N.1.f unter Berücksichtigung von N.1.g und N.1.h ermittelt wurden. Die **versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben** ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.
- N.2.b** Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach N.2.a aller der korrespondierenden AGG nach N.1.c zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherungszeiten der Versicherten der AGG geteilt. Das Ergebnis ist der **durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG**.
- N.2.c** Die **Gewichtungsfaktoren für die AusAGG** ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach N.2.b durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach N.1.j geteilt wird.
- N.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG**
- N.3.a** Die KGG setzen sich zusammen aus K-AGG und K-EMG, so wie in der Festlegung beschrieben.

- N.3.b** Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die KGG wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die **Stichprobenversicherten** mit den Risikomerkmale aus den Satzarten 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) und den Krankengeldausgaben aus der Satzart 700 des Jahres 2011. Unplausible Datenmeldungen, insbesondere von Krankenkassen, deren Ausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Krankengeldausgaben aufweisen, werden im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Berechnung der Gewichtungsfaktoren ausgeschlossen.
- N.3.c** Die Stichprobenversicherten werden den **KGG** zugeordnet:
- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
 - Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.
- N.3.d** Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe aufsummiert.
- N.3.e** Für jede KGG wird ein **durchschnittlicher Zuschlag für die KGG** ermittelt. Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der versichertenbezogenen Bruttokrankengeldausgaben nach N.3.d durch die Summe der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe geteilt wird.
- N.3.f** Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Stichprobe mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.
- N.3.g** 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 2011 gebildet.
- N.3.g.i** Das **standardisierte Bruttokrankengeld für die K-EMG** wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-EMG nach N.3.e ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die KGG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der **KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG** berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach N.3.g vom standardisierten Bruttokrankengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrankengeld für die K-EMG geteilt wird.
- N.3.g.ii** Das **standardisierte Bruttokrankengeld für die K-AGG** wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für die K-AGG nach N.3.e unter Beachtung von N.3.f ermittelten durchschnittlichen Zuschläge mit 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 N.3.g vom standardisierten Bruttokrankengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrankengeld für die K-AGG geteilt wird.
- N.3.h** Die Summe der um die EKG bereinigten Bruttokrankengeldausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis ist der **Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld**.

N.3.i Die **Gewichtungsfaktoren für die KGG** ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach N.3.e unter Beachtung von N.3.f durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld nach N.3.h geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor multipliziert werden.

N.4 Ermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge

N.4.a Alle Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) werden mit den gemeldeten Versicherungszeiten den **Risikogruppen und AusAGG** zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2010 in der Fassung der technischen Anpassung vom Frühjahr 2012.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den AusAGG erfolgt anhand der Tage mit Wohnsitz im Ausland in der SA 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung).

N.4.b Alle Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung), die Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden mit den gemeldeten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch den **KGG** zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

N.4.c Der **Korrekturfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld** ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch das Summenprodukt über alle Risikogruppen und AusAGG der jeweiligen Gewichtungsfaktoren mit den nach N.4.a zugeordneten Versicherungszeiten.

N.4.d Der **Korrekturfaktor für das Krankengeld** ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch das Summenprodukt über alle KGG der jeweiligen Gewichtungsfaktoren mit den nach N.4.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch.

N.4.e Die **standardisierten Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherungstag für die Risikomerkmale und AusAGG** werden aus den Gewichtungsfaktoren aus N.1.j und N.2.c berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert nach M.1.b, dem Korrekturfaktor aus N.4.c und dem Aufteilungsfaktor (JA) aus M.3.a multipliziert werden.

N.4.f Die **alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge je Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherungstag für die Risikomerkmale und AusAGG** ergeben sich wie folgt aus den standardisierten Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherungstag für die Risikomerkmale und AusAGG, indem bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag der AGG je Versicherungstag aus M.2.b addiert und die Grundpauschale je Versichertentag aus A.1.d subtrahiert wird.

Die alters- und geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge je Versicherten werden auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

N.4.g Die **Zuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die KGG** werden aus den Gewichtungsfaktoren aus N.3.i berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert nach M.1.b, dem Korrekturfaktor aus N.4.d und dem Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld aus M.3.b multipliziert werden.

N.5 Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

N.5.a Es findet eine **Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V** analog zu Abschnitt C statt.

N.5.b Hierzu wird eine **Neuzuordnung der Versicherten zu den Krankenkassen und Bundesländern** vorgenommen. Jedes Pseudonym der SA 100 für das Jahr 2011 muss genau einer Krankenkasse und einem Bundesland zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt zu der Krankenkasse, bei der der Versicherte die höchsten Versicherungszeiten in der Satzart 100 desselben Jahres (Erstmeldung) aufweist. Weist ein Versicherter bei mehreren Krankenkassen dieselbe höchste Versicherungszeit auf, so erfolgt die Zuordnung nach dem Zufallsprinzip. Der Versicherte wird dem Bundesland zugeordnet, welches von der Krankenkasse gemeldet wurde, der der Versicherte zugeordnet wurde.

N.5.c Die nach F.2.c ermittelte **bereinigte Summe der Einnahmen** aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen aus dem Jahr 2008 wird entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V auf das Jahr 2011 **fortgeschrieben**.

N.5.d Die **Zuweisungen je Krankenkasse** entsprechen der Summe der Zuweisungen nach P.1 bis P.5.

N.5.e Die Zuweisungen nach N.5.d werden für jede Krankenkasse anteilig um folgende Bestandteile **gekürzt**:

- Aufwendungen nach § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes),
- Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung nach § 8 SGB IV.

N.5.f Die nach N.5.e anteilig gekürzten Zuweisungen werden für jedes Bundesland, in dem eine Krankenkasse tätig ist, durch die Gesamtzahl der Versicherungstage der Krankenkasse nach SA 100 dividiert und mit den länderspezifischen Versicherungstagen der Krankenkasse nach SA 100 multipliziert.

N.5.g Die **Zuweisungen je Bundesland** ergeben sich als die Summe der länderspezifischen Zuweisungen nach N.5.f der in diesem Bundesland tätigen Krankenkassen.

N.5.h Bei der **Saldierung der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen nach N.5.c und der Zuweisungen nach N.5.g** bleiben Einnahmen, Zuweisungen und Versichertenzahlen des „Bundeslandes 0“ (Ausland oder unbekannt) unberücksichtigt.

N.5.h.I Normierung der Einnahmen

Für jedes Bundesland werden die fortgeschriebenen länderspezifischen bereinigten Einnahmen nach N.5.c mit der Summe der Zuweisungen nach N.5.g multipliziert und durch die Summe der bereinigten Einnahmen nach N.5.c dividiert.

N.5.h.II Saldierung und Ermittlung länderspezifischer Belastungen

Es wird für jedes Bundesland die Differenz aus Zuweisungen nach N.5.g und normierten Einnahmen nach N.5.h.I gebildet. Ergibt sich ein negativer Saldo liegt eine Belastung des Landes in Höhe dieses Saldos vor.

N.5.i Prüfung auf Überschreitung des Schwellenwerts

N.5.i.I Ermittlung des Schwellenwerts

Der Schwellenwert beträgt 300 Mio. € im Jahr 2011.

N.5.i.II Ermittlung des Kappungsbetrags

Übersteigt der Betrag der Belastung eines Bundeslandes den Schwellenwert, so ist dieser von der Belastung zu subtrahieren. Die Differenz zwischen Belastung und Schwellenwert

lenwert ergibt den Kappungsbetrag.

- N.5.j** Der **landesbezogene Anpassungsbetrag je Versicherten** ergibt sich, indem der Kappungsbetrag durch die Zahl der Versicherungstage je Bundesland dividiert wird.

VI. Berechnung des Jahresausgleichs

O. Datengrundlagen

O.1 Zuordnungsprinzipien

- O.1.a** Die **Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen** erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2011 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den Risikogruppen und AusAGG erfolgt gemäß N.4.a.
- O.1.b** Die **Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen** erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2011 (Erstmeldung) gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den KGG erfolgt gemäß N.4.b.
- O.1.c** Die **Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen** erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2011 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.
- O.1.d** Die anzusetzende **Zahl der Mitglieder der Krankenkassen** wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen.
- O.1.e** Die **landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse** erfolgt, indem die Versicherungszeiten nach O.1.a dem Bundesland gemäß der Angabe in der Satzart 100 für das Jahr 2011 (Erstmeldung) zugeordnet werden. Hierbei werden die Versicherungstage bzw. Versicherten (s.o.) dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

O.2 Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 31. Dezember 2011.

P. Berechnung der Zuweisungen

P.1 Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit der Grundpauschalen je Versichertentag nach A.1.d zuzüglich der Summe der Produkte der Zu- und Abschläge nach N.4.f mit den nach O.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG zuzüglich der Summe der Produkte der Zuschläge nach N.4.g mit den nach O.1.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch.

P.2 Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Zuweisungen nach P.1 mit dem Wert nach M.1.e zuzüglich des Produktes aus der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach M.1.d.

P.3 Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach M.1.f.

P.4 Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkasse nach O.1.c mit der DMP-Programmkostenpauschalen je Versichertentag nach A.4.a.

P.5 Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV einer Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl der Krankenkasse nach O.1.d mit dem Wert nach M.1.g.

P.6 Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V

Die Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V ergibt sich aus der Multiplikation der landesbezogenen Versicherungszeiten der Krankenkasse nach O.1.e mit den Werten nach N.5.j.