

Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2016

Bonn, den 30.09.2015

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 15.04.2015 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Kodes zu bildenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2016 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in den Anlagen 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

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

1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1. Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 197 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die jeweils aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Kode umfasst. Alle HMGs, die ihnen zugeordneten DxGs und ICD-Kodes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen und das jeweils zulässige Geschlechtskennzeichen werden in Anlage 1 dokumentiert.

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. diejenigen, die in den jeweils durch das DIMDI veröffentlichten zugehörigen Metadaten die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine „Muss-Fehler“ in Alter und Geschlecht aufweisen). Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der Daten nach § 30 RSAV des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres.

1.2. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten

Ausschließlich die in der Festlegung vom 15.04.2015 benannten ICD-Kodes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet.

1.3. Prinzipien für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

Die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen erfolgt anhand von Diagnosen aus der ambulanten Versorgung sowie anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen, die in DxGs zusammengefasst sind. Dafür gelten im Klassifikationssystem bestimmte Aufgreifkriterien. Eine Übersicht über alle DxG-spezifischen Aufgreifkriterien befindet sich in Anlage 2.

1.3.1. Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Hauptdiagnosen

Das Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose führt immer zur Zuordnung in eine DxG. Hier- von gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zu den DxGs 96, 144, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 225, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.1. erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 226, 227, 238 und 243 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zur DxG926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.3 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 821 und 850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.4 erfüllt sind.

1.3.2. Zuordnung anhand der Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und der stationären Nebendiagnosen

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und stationäre Nebendiagnosen sind bei der Zuordnung zu DxGs grundsätzlich gleichgestellt. Ausnahmen von dieser Regelung sind unter 1.3.2.1 und 1.3.2.2 aufgeführt. Die Berücksichtigung ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne Arzneimittelzuordnung (1.3.2.3) oder eine DxG mit Arzneimittelzuordnung (1.3.2.4) handelt.

1.3.2.1. Ausnahmeregelungen bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung

a) Verpflichtendes Qualifizierungsmerkmal „G“

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt.

b) DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bleiben hier unberücksichtigt.

1.3.2.2. Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen

a) Sternkodes

Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß DIMDI zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen "O") und im Datensatz einen Stern ("*") aufweisen, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

b) Ausnahme-DxGruppen

Stationäre Nebendiagnosen für die DxGs 033, 034 und 035 werden ebenfalls den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen

Stationäre Nebendiagnosen für DxGs, bei denen eine Prüfung der Behandlungstage (BT) bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen nach 1.3.2.4.2.a) vorgesehen ist, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

d) Obligatorische stationäre Behandlung

Stationäre Nebendiagnosen für DxGruppen mit obligatorischer stationärer Behandlung werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 bei der Zuordnung gleichgestellt

1.3.2.3. DxGs ohne Arzneimittelzuordnung

Eine Diagnose wird nur dann berücksichtigt, wenn mindestens eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete Diagnose in einem anderen Quartal dokumentiert wurde, oder die Diagnose von einer Person stammt, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert war (M2Q-Kriterium).

1.3.2.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung

Bei DxGs mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose nur dann berücksichtigt, wenn für den Versicherten mindestens in einem Quartal gleichzeitig zur Diagnose verordnete Arzneimittel vorliegen. Die unterschiedlichen Formen der Arzneimittelzuordnung sind in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet. Die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG sind in Anlage 3 aufgeführt.

1.3.2.4.1. Ermittlung der Behandlungstage

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

1.3.2.4.2. Prüfung der Behandlungstage

Die Prüfung der Behandlungstage (BT-Prüfung) gilt grundsätzlich für alle DxGs mit Arzneimittelzuordnung.

a) BT-Prüfung bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen

Versicherte müssen mindestens 10 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär).

b) BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen

Versicherte müssen mindestens 183 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär). Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 8 BT reduziert.

1.3.2.4.3. DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung

Diese Form der Arzneimittelzuordnung gilt für DxGs, bei denen eine Arzneimitteltherapie aus medizinischer Sicht in jedem Fall zwingend erforderlich ist.

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt werden.

1.3.2.4.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz

Diese Form der Arzneimittelzuordnung gilt für DxGs, bei denen über Arzneimittel nur die klinisch relevanten Fälle aufgegriffen werden.

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von der BT-Prüfung ausgenommen. Bei ihnen muss stattdessen nur das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

1.3.3. Sonderregeln bei der DxG-Zuordnung

1.3.3.1. Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183 Behandlungstage

Bei den DxGs 96, 144, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 225, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt die BT-Prüfung analog zu 1.3.2.4.2 b), jedoch altersübergreifend. Für Kinder unter 12 Jahren wird dabei abweichend die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 92 Behandlungstage herabgesetzt.

1.3.3.2. Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage

Bei den DxGs 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 226, 227, 238 und 243 erfolgt die BT-Prüfung analog zu 1.3.3.1, jedoch mit reduzierten Schwellen bei der BT-Prüfung. Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren müssen mindestens 42 Behandlungstage aufweisen. Für Kinder unter 12 Jahren wird die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 21 Behandlungstage herabgesetzt.

1.3.3.3. Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

Bei der DxG926 entfällt die BT-Prüfung. Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

1.3.3.4. Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Dialysekennzeichens

Um zur DxG850 „Dialysestatus (mit Dialysekennzeichen)“ oder der DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich zu den im normalen Zuordnungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxG mit obligater Arzneimittellzuordnung bei chronischem Krankheitsgeschehen) erforderlichen Angaben, die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 RSAV in dem dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

1.4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

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

Hierarchisierungsregeln

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
1	1	184	60	270	273	119	225	286
2	2	6	61	270	274	120	250	21
3	3	4	62	270	275	121	250	22
4	3	5	63	270	276	122	250	23
5	3	110	64	270	277	123	250	24
6	3	113	65	270	278	124	250	225
7	3	114	66	271	272	125	250	251
8	3	117	67	271	273	126	250	283
9	4	5	68	271	274	127	250	286
10	4	110	69	271	275	128	251	24
11	4	113	70	271	276	129	251	283
12	4	114	71	271	277	130	281	21
13	4	117	72	271	278	131	281	22
14	5	110	73	272	273	132	281	23
15	5	113	74	272	274	133	281	24
16	5	114	75	272	275	134	281	225
17	5	117	76	272	276	135	281	250
18	261	262	77	272	277	136	281	251
19	261	263	78	272	278	137	281	282
20	261	264	79	273	274	138	281	283
21	261	265	80	273	275	139	281	286
22	261	266	81	273	276	140	282	21
23	261	267	82	273	277	141	282	22
24	262	263	83	273	278	142	282	23
25	262	264	84	274	275	143	282	24
26	262	265	85	274	276	144	282	225
27	262	266	86	274	277	145	282	250
28	262	267	87	274	278	146	282	251
29	263	264	88	275	277	147	282	283
30	263	265	89	275	278	148	282	286
31	263	266	90	276	275	149	283	24
32	263	267	91	276	277	150	284	21
33	264	265	92	276	278	151	284	22
34	264	266	93	277	278	152	284	23
35	264	267	94	15	16	153	284	24
36	265	266	95	15	17	154	284	225
37	265	267	96	15	19	155	284	250
38	266	267	97	16	17	156	284	251
39	268	269	98	16	19	157	284	281
40	268	270	99	17	19	158	284	282
41	268	271	100	18	20	159	284	283
42	268	272	101	21	22	160	284	286
43	268	273	102	21	23	161	285	21
44	268	274	103	21	24	162	285	22
45	268	275	104	21	251	163	285	23
46	268	276	105	21	283	164	285	24
47	268	277	106	22	23	165	285	225
48	268	278	107	22	24	166	285	250
49	269	270	108	22	251	167	285	251
50	269	271	109	22	283	168	285	281
51	269	272	110	23	24	169	285	282
52	269	273	111	23	251	170	285	283
53	269	274	112	23	283	171	285	284
54	269	275	113	225	21	172	285	286
55	269	276	114	225	22	173	286	21
56	269	277	115	225	23	174	286	22
57	269	278	116	225	24	175	286	23
58	270	271	117	225	251	176	286	24
59	270	272	118	225	283	177	286	251

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
178	286	283	240	35	46	302	259	296
179	25	26	241	35	48	303	292	39
180	25	27	242	36	37	304	292	100
181	25	28	243	36	43	305	292	101
182	25	30	244	36	46	306	292	103
183	25	289	245	36	48	307	292	155
184	26	289	246	37	46	308	292	156
185	27	26	247	38	36	309	292	157
186	27	289	248	38	37	310	292	293
187	28	26	249	38	43	311	292	294
188	28	27	250	38	46	312	292	295
189	28	289	251	38	48	313	292	296
190	30	26	252	43	37	314	293	39
191	30	27	253	43	46	315	293	100
192	30	28	254	43	48	316	293	101
193	30	289	255	44	49	317	293	103
194	288	26	256	44	50	318	293	155
195	288	27	257	45	44	319	293	156
196	288	289	258	45	47	320	293	157
197	31	32	259	45	49	321	293	294
198	34	31	260	45	50	322	293	295
199	34	32	261	47	44	323	293	296
200	34	33	262	47	49	324	294	39
201	34	61	263	47	50	325	294	100
202	34	62	264	48	37	326	294	101
203	34	63	265	48	46	327	294	103
204	34	65	266	50	49	328	294	155
205	34	290	267	11	13	329	294	156
206	61	62	268	12	13	330	294	157
207	61	63	269	51	52	331	294	295
208	61	65	270	51	53	332	294	296
209	62	65	271	52	53	333	295	39
210	63	62	272	54	55	334	295	100
211	63	65	273	54	56	335	295	101
212	290	33	274	54	57	336	295	103
213	40	42	275	54	58	337	295	296
214	41	40	276	54	231	338	296	39
215	41	42	277	55	56	339	75	11
216	198	199	278	55	57	340	75	13
217	198	200	279	55	58	341	75	258
218	198	226	280	55	231	342	75	298
219	198	227	281	56	57	343	234	72
220	198	228	282	56	231	344	235	73
221	199	200	283	58	57	345	297	11
222	199	226	284	58	231	346	297	13
223	199	227	285	60	57	347	297	75
224	199	228	286	60	230	348	297	258
225	200	226	287	60	231	349	297	298
226	200	227	288	230	57	350	298	11
227	200	228	289	230	231	351	298	13
228	207	208	290	231	57	352	298	258
229	207	209	291	259	39	353	299	74
230	208	209	292	259	100	354	77	79
231	221	204	293	259	101	355	77	91
232	222	205	294	259	103	356	77	92
233	226	227	295	259	155	357	78	80
234	226	228	296	259	156	358	78	91
235	227	228	297	259	157	359	79	91
236	35	36	298	259	292	360	79	92
237	35	37	299	259	293	361	80	91
238	35	38	300	259	294	362	81	83
239	35	43	301	259	295	363	81	84

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
364	81	91	407	108	237	450	138	132
365	83	84	408	110	113	451	144	132
366	83	91	409	110	114	452	144	133
367	84	91	410	110	117	453	144	138
368	86	91	411	111	110	454	147	146
369	87	86	412	111	113	455	219	220
370	87	88	413	111	114	456	153	156
371	87	91	414	111	117	457	153	157
372	87	300	415	111	216	458	155	156
373	87	301	416	113	114	459	155	157
374	88	86	417	117	113	460	156	157
375	88	91	418	117	114	461	158	157
376	88	300	419	215	114	462	158	159
377	92	91	420	215	237	463	159	157
378	300	86	421	216	110	464	160	157
379	300	91	422	216	113	465	160	162
380	301	86	423	216	114	466	162	157
381	301	88	424	216	117	467	164	165
382	301	91	425	217	108	468	164	166
383	301	300	426	217	114	469	165	166
384	95	96	427	217	215	470	172	173
385	100	101	428	217	237	471	172	174
386	100	103	429	218	108	472	172	175
387	101	103	430	218	114	473	172	176
388	98	99	431	218	215	474	172	177
389	98	104	432	218	237	475	173	174
390	98	105	433	237	114	476	173	175
391	98	106	434	130	131	477	173	176
392	98	115	435	130	132	478	173	177
393	98	149	436	130	134	479	174	175
394	99	106	437	130	136	480	174	176
395	104	99	438	130	138	481	174	177
396	104	105	439	131	132	482	175	176
397	104	106	440	131	138	483	175	177
398	104	115	441	133	132	484	176	177
399	104	149	442	133	138	485	178	180
400	105	99	443	134	131	486	169	170
401	105	106	444	134	132	487	169	238
402	115	99	445	134	136	488	238	170
403	115	105	446	134	138	489	253	252
404	115	106	447	136	131			
405	108	114	448	136	132			
406	108	215	449	136	138			

1.5. Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

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

Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
AGG001	weiblich, 0 Jahre	AGG021	männlich, 0 Jahre
AGG002	weiblich 1-5 Jahre	AGG022	männlich 1-5 Jahre
AGG003	weiblich, 6-12 Jahre	AGG023	männlich, 6-12 Jahre
AGG004	weiblich, 13-17 Jahre	AGG024	männlich, 13-17 Jahre
AGG005	weiblich, 18-24 Jahre	AGG025	männlich, 18-24 Jahre
AGG006	weiblich, 25-29 Jahre	AGG026	männlich, 25-29 Jahre
AGG007	weiblich, 30-34 Jahre	AGG027	männlich, 30-34 Jahre
AGG008	weiblich, 35-39 Jahre	AGG028	männlich, 35-39 Jahre
AGG009	weiblich, 40-44 Jahre	AGG029	männlich, 40-44 Jahre
AGG010	weiblich, 45-49 Jahre	AGG030	männlich, 45-49 Jahre
AGG011	weiblich, 50-54 Jahre	AGG031	männlich, 50-54 Jahre
AGG012	weiblich, 55-59 Jahre	AGG032	männlich, 55-59 Jahre
AGG013	weiblich, 60-64 Jahre	AGG033	männlich, 60-64 Jahre
AGG014	weiblich, 65-69 Jahre	AGG034	männlich, 65-69 Jahre
AGG015	weiblich, 70-74 Jahre	AGG035	männlich, 70-74 Jahre
AGG016	weiblich, 75-79 Jahre	AGG036	männlich, 75-79 Jahre
AGG017	weiblich, 80-84 Jahre	AGG037	männlich, 80-84 Jahre
AGG018	weiblich, 85-89 Jahre	AGG038	männlich, 85-89 Jahre
AGG019	weiblich, 90-94 Jahre	AGG039	männlich, 90-94 Jahre
AGG020	weiblich, 95+ Jahre	AGG040	männlich, 95+ Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts werden entsprechend ihres Alters den AGG001 – AGG020 zugeordnet.

1.6. Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

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

Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

Variable	Inhalt
EMG001	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG002	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG003	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG004	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG005	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG006	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderungs bezogen haben, werden ihrem Alter entsprechend den EMG001 bis EMG003 zugeordnet.

1.7. Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)

Versicherte, die in dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG001 bis KEG005 zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG006 bis KEG007 zugeordnet. Versicherte, die einer der KEG001 bis KEG005 zugeordnet werden, werden nicht der KEG006 bzw. der KEG007 zugeordnet.

Kostenerstattergruppen (KEGs)

Variable	Inhalt
KEG001	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 0 bis 29 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG002	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 30 bis 59 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG003	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 60 bis 69 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG004	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 70 bis 79 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG005	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 80 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.
KEG006	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 0 bis 65 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG007	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 66 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.

1.8. Zuordnung zu den Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den AGGs, EMGs, KEGs und HMGs nicht zugeordnet. Stattdessen erhalten sie einen Zuschlag, der die durchschnittlichen Morbiditätsausgaben der GKV ihrer Altersgruppe reflektiert. Die Zuordnung erfolgt nach Alter und Geschlecht im Ausgleichsjahr. Die AusAGGs entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGGs:

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

Variable	Inhalt
AusAGG001	weiblich, 0 Jahre
AusAGG002	weiblich 1-5 Jahre
AusAGG003	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG004	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG005	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG006	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG007	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG008	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG009	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG010	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG011	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG012	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG013	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG014	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG015	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG016	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG017	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG018	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG019	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AusAGG021	männlich, 0 Jahre
AusAGG022	männlich 1-5 Jahre
AusAGG023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG040	männlich, 95+ Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden ihrem Alter im Ausgleichsjahr entsprechend den AusAGG001 bis AusAGG020 zugeordnet.

1.9. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGGs)

Die Krankengeldgruppen (KGGs) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGGs) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs).

Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, der im Ausgleichsjahr nicht mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen hat, wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden K-AGGs zugeordnet:

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

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-AGG001	weiblich, 0 Jahre	K-AGG092	männlich, 0 Jahre
K-AGG002	weiblich, 1 Jahr	K-AGG093	männlich, 1 Jahr
K-AGG003	weiblich, 2 Jahre	K-AGG094	männlich, 2 Jahre
K-AGG004	weiblich, 3 Jahre	K-AGG095	männlich, 3 Jahre
K-AGG005	weiblich, 4 Jahre	K-AGG096	männlich, 4 Jahre
K-AGG006	weiblich, 5 Jahre	K-AGG097	männlich, 5 Jahre
K-AGG007	weiblich, 6 Jahre	K-AGG098	männlich, 6 Jahre
K-AGG008	weiblich, 7 Jahre	K-AGG099	männlich, 7 Jahre
K-AGG009	weiblich, 8 Jahre	K-AGG100	männlich, 8 Jahre
K-AGG010	weiblich, 9 Jahre	K-AGG101	männlich, 9 Jahre
K-AGG011	weiblich, 10 Jahre	K-AGG102	männlich, 10 Jahre
K-AGG012	weiblich, 11 Jahre	K-AGG103	männlich, 11 Jahre
K-AGG013	weiblich, 12 Jahre	K-AGG104	männlich, 12 Jahre
K-AGG014	weiblich, 13 Jahre	K-AGG105	männlich, 13 Jahre
K-AGG015	weiblich, 14 Jahre	K-AGG106	männlich, 14 Jahre
K-AGG016	weiblich, 15 Jahre	K-AGG107	männlich, 15 Jahre
K-AGG017	weiblich, 16 Jahre	K-AGG108	männlich, 16 Jahre
K-AGG018	weiblich, 17 Jahre	K-AGG109	männlich, 17 Jahre
K-AGG019	weiblich, 18 Jahre	K-AGG110	männlich, 18 Jahre
K-AGG020	weiblich, 19 Jahre	K-AGG111	männlich, 19 Jahre
K-AGG021	weiblich, 20 Jahre	K-AGG112	männlich, 20 Jahre
K-AGG022	weiblich, 21 Jahre	K-AGG113	männlich, 21 Jahre
K-AGG023	weiblich, 22 Jahre	K-AGG114	männlich, 22 Jahre
K-AGG024	weiblich, 23 Jahre	K-AGG115	männlich, 23 Jahre
K-AGG025	weiblich, 24 Jahre	K-AGG116	männlich, 24 Jahre
K-AGG026	weiblich, 25 Jahre	K-AGG117	männlich, 25 Jahre
K-AGG027	weiblich, 26 Jahre	K-AGG118	männlich, 26 Jahre
K-AGG028	weiblich, 27 Jahre	K-AGG119	männlich, 27 Jahre
K-AGG029	weiblich, 28 Jahre	K-AGG120	männlich, 28 Jahre
K-AGG030	weiblich, 29 Jahre	K-AGG121	männlich, 29 Jahre
K-AGG031	weiblich, 30 Jahre	K-AGG122	männlich, 30 Jahre
K-AGG032	weiblich, 31 Jahre	K-AGG123	männlich, 31 Jahre
K-AGG033	weiblich, 32 Jahre	K-AGG124	männlich, 32 Jahre
K-AGG034	weiblich, 33 Jahre	K-AGG125	männlich, 33 Jahre
K-AGG035	weiblich, 34 Jahre	K-AGG126	männlich, 34 Jahre
K-AGG036	weiblich, 35 Jahre	K-AGG127	männlich, 35 Jahre
K-AGG037	weiblich, 36 Jahre	K-AGG128	männlich, 36 Jahre
K-AGG038	weiblich, 37 Jahre	K-AGG129	männlich, 37 Jahre
K-AGG039	weiblich, 38 Jahre	K-AGG130	männlich, 38 Jahre
K-AGG040	weiblich, 39 Jahre	K-AGG131	männlich, 39 Jahre
K-AGG041	weiblich, 40 Jahre	K-AGG132	männlich, 40 Jahre
K-AGG042	weiblich, 41 Jahre	K-AGG133	männlich, 41 Jahre
K-AGG043	weiblich, 42 Jahre	K-AGG134	männlich, 42 Jahre
K-AGG044	weiblich, 43 Jahre	K-AGG135	männlich, 43 Jahre
K-AGG045	weiblich, 44 Jahre	K-AGG136	männlich, 44 Jahre
K-AGG046	weiblich, 45 Jahre	K-AGG137	männlich, 45 Jahre
K-AGG047	weiblich, 46 Jahre	K-AGG138	männlich, 46 Jahre
K-AGG048	weiblich, 47 Jahre	K-AGG139	männlich, 47 Jahre
K-AGG049	weiblich, 48 Jahre	K-AGG140	männlich, 48 Jahre
K-AGG050	weiblich, 49 Jahre	K-AGG141	männlich, 49 Jahre
K-AGG051	weiblich, 50 Jahre	K-AGG142	männlich, 50 Jahre
K-AGG052	weiblich, 51 Jahre	K-AGG143	männlich, 51 Jahre
K-AGG053	weiblich, 52 Jahre	K-AGG144	männlich, 52 Jahre
K-AGG054	weiblich, 53 Jahre	K-AGG145	männlich, 53 Jahre
K-AGG055	weiblich, 54 Jahre	K-AGG146	männlich, 54 Jahre
K-AGG056	weiblich, 55 Jahre	K-AGG147	männlich, 55 Jahre

K-AGG057	weiblich, 56 Jahre	K-AGG148	männlich, 56 Jahre
K-AGG058	weiblich, 57 Jahre	K-AGG149	männlich, 57 Jahre
K-AGG059	weiblich, 58 Jahre	K-AGG150	männlich, 58 Jahre
K-AGG060	weiblich, 59 Jahre	K-AGG151	männlich, 59 Jahre
K-AGG061	weiblich, 60 Jahre	K-AGG152	männlich, 60 Jahre
K-AGG062	weiblich, 61 Jahre	K-AGG153	männlich, 61 Jahre
K-AGG063	weiblich, 62 Jahre	K-AGG154	männlich, 62 Jahre
K-AGG064	weiblich, 63 Jahre	K-AGG155	männlich, 63 Jahre
K-AGG065	weiblich, 64 Jahre	K-AGG156	männlich, 64 Jahre
K-AGG066	weiblich, 65 Jahre	K-AGG157	männlich, 65 Jahre
K-AGG067	weiblich, 66 Jahre	K-AGG158	männlich, 66 Jahre
K-AGG068	weiblich, 67 Jahre	K-AGG159	männlich, 67 Jahre
K-AGG069	weiblich, 68 Jahre	K-AGG160	männlich, 68 Jahre
K-AGG070	weiblich, 69 Jahre	K-AGG161	männlich, 69 Jahre
K-AGG071	weiblich, 70 Jahre	K-AGG162	männlich, 70 Jahre
K-AGG072	weiblich, 71 Jahre	K-AGG163	männlich, 71 Jahre
K-AGG073	weiblich, 72 Jahre	K-AGG164	männlich, 72 Jahre
K-AGG074	weiblich, 73 Jahre	K-AGG165	männlich, 73 Jahre
K-AGG075	weiblich, 74 Jahre	K-AGG166	männlich, 74 Jahre
K-AGG076	weiblich, 75 Jahre	K-AGG167	männlich, 75 Jahre
K-AGG077	weiblich, 76 Jahre	K-AGG168	männlich, 76 Jahre
K-AGG078	weiblich, 77 Jahre	K-AGG169	männlich, 77 Jahre
K-AGG079	weiblich, 78 Jahre	K-AGG170	männlich, 78 Jahre
K-AGG080	weiblich, 79 Jahre	K-AGG171	männlich, 79 Jahre
K-AGG081	weiblich, 80 Jahre	K-AGG172	männlich, 80 Jahre
K-AGG082	weiblich, 81 Jahre	K-AGG173	männlich, 81 Jahre
K-AGG083	weiblich, 82 Jahre	K-AGG174	männlich, 82 Jahre
K-AGG084	weiblich, 83 Jahre	K-AGG175	männlich, 83 Jahre
K-AGG085	weiblich, 84 Jahre	K-AGG176	männlich, 84 Jahre
K-AGG086	weiblich, 85 Jahre	K-AGG177	männlich, 85 Jahre
K-AGG087	weiblich, 86 Jahre	K-AGG178	männlich, 86 Jahre
K-AGG088	weiblich, 87 Jahre	K-AGG179	männlich, 87 Jahre
K-AGG089	weiblich, 88 Jahre	K-AGG180	männlich, 88 Jahre
K-AGG090	weiblich, 89 Jahre	K-AGG181	männlich, 89 Jahre
K-AGG091	weiblich, 90 Jahre und älter	K-AGG182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte unbestimmten Geschlechts mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, die im selben Jahr nicht mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden entsprechend ihres Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) den K-AGG001 bis K-AGG091 zugeordnet.

Versicherte mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, die im selben Jahr mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden keiner K-AGG zugeordnet, sondern stattdessen anhand ihres Geschlechts und Alters im Ausgleichsjahr einer der folgenden K-EMGs:

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre	K-EMG034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre	K-EMG035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre	K-EMG036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre	K-EMG037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre	K-EMG038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre	K-EMG039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre	K-EMG040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre	K-EMG041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre	K-EMG042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre	K-EMG043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre	K-EMG044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre	K-EMG045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre	K-EMG046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre	K-EMG047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre	K-EMG048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre	K-EMG049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre	K-EMG050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre	K-EMG051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre	K-EMG052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre	K-EMG053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre	K-EMG054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre	K-EMG055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre	K-EMG056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre	K-EMG057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre	K-EMG058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre	K-EMG059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre	K-EMG060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, die im Ausgleichsjahr mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden entsprechend ihres Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) den K-EMG001 bis K-EMG031 zugeordnet.

2. Regressions- und Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und Risikozuschläge

2.1. Ermittlung der Kenngrößen

2.1.1. Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben ergeben sich gemäß der Abgrenzung in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V. Von diesen wird der DMP-Pauschalanteil an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abgezogen, der sich auf Basis des nicht auf Verwaltungskosten entfallenden Anteils der DMP-Pauschalen und der Zahl Versichertentage mit DMP-Einschreibung ergibt.

2.1.2. Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten bzw. Kontenarten 482, 513, 514, 5155, 5160-5162, 5186-5188, 527, 528 und 590 gebuchten Beträgen.

2.1.3. Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 wird durch die Summe der Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

2.1.4. Ermittlung der Aufteilungsfaktoren

2.1.4.1. Aufteilungsfaktor LAoKG

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 abzüglich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben (LAoKG) und abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Ziffer 2.1.2 wird durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach Ziffer 2.1.1 geteilt.

2.1.4.2. Aufteilungsfaktor KG

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben (KG) wird durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach Ziffer 2.1.1 geteilt.

2.2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs, KEGs)

2.2.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.7 Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs und KEGs) zugeordnet werden, sowie ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Versicherte, denen AusAGG zugeordnet werden, sind aus den unter 2.2.2 - 2.3.4 beschriebenen Berechnungen auszuschließen.

2.2.2. Regression

2.2.2.1. Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt.

2.2.2.2. Regressionsgewichte

Die versichertenbezogenen WLS-Regressionsgewichte ergeben sich, indem die Versichertentage des Versicherten im Ausgleichsjahr durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr geteilt werden.

2.2.2.3. Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmale wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach 2.2.2.1 bilden.

2.2.2.4. Negative Regressionskoeffizienten

Wird für ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der entsprechende Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt.

2.2.2.5. Verletzung der Kostendominanz

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.

2.2.2.6. Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.

2.2.3. Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeldausgaben aller Versicherten der Vollerhebung wird durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt.

2.2.4. Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.

2.3. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte (AusAGG)

2.3.1. Datengrundlage

Die Datengrundlage entspricht der Datengrundlage für das Regressionsverfahren aus Ziffer 2.2.1.

2.3.2. Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Regressionskoeffizienten nach Ziffer 2.2.2 für die Risikomerkmale, die ihm gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.7 zugeordnet sind, gebildet.

2.3.3. Durchschnittliche Zuschläge für AusAGG

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

2.3.4. Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.

2.4. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)

2.4.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittsberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.9 Krankengeldgruppen (KGG) zugeordnet werden, sowie ihre nach § 30

RSAV gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

2.4.2. Durchschnittswertberechnung für die KGG

2.4.2.1. Durchschnittliche Zuschläge für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der versichertenbezogenen Bruttokrankengeldausgaben von Versicherten der Vollerhebung mit der jeweiligen KGG durch die Summe ihrer Versichertentage mit Krankengeldanspruch geteilt wird.

2.4.2.2. Durchschnittliche Zuschläge bei unbesetzten KGG

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag ermittelt werden, weil kein Versicherter mit der entsprechenden KGG in der Vollerhebung existiert, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

2.4.3. Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben aller Versicherten der Vollerhebung wird durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt.

2.4.4. Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach Ziffer 2.4.2 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld nach Ziffer 2.4.3 geteilt werden. Die Gewichtungsfaktoren werden getrennt nach K-AGG und K-EMG mit Erstattungsfaktoren vervielfacht, die sich auf Basis der in der KJ1 gemeldeten Krankengelderstattungen für Erwerbsminderungsrentner und sonstige Fälle ergeben.

2.5. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

2.5.1. Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Gewichtungsfaktoren nach 2.2.4 und 2.3.4, für die Risikomerkmale, die ihm nach Ziffer 1.1 bis 1.8 zugeordnet sind, mit seinen Versichertentagen vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

2.5.2. Risikomenge für das Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.9 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach 2.4.4 mit seinen Versichertentagen mit Krankengeldanspruch vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

2.5.3. Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.5.1 geteilt.

2.5.4. Korrekturfaktor für das Krankengeld

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.5.2 geteilt.

2.5.5. Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Ziffer 2.1.1 wird durch die Summe aller Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

2.5.6. Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und AusAGG

Für jedes Risikomerkmal und jede AusAGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach 2.2.4 und 2.3.4 mit dem Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor LAoKG nach Ziffer 2.1.4.1 und dem Korrekturfaktor LAoKG nach Ziffer 2.5.3 vervielfacht. Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag nach Ziffer 2.5.5 addiert.

2.5.7. Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach 2.5.6 werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 und 4830, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

2.5.8. Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die KGG

Für jede KGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach 2.2.5 mit dem Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor KG nach Ziffer 2.1.4.2 und dem Korrekturfaktor KG nach Ziffer 2.5.4 vervielfacht.

2.6. Berechnung der Zuweisungen

2.6.1. Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.7 für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten. Die Zuweisung für Leistungs-

ausgaben ohne Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich als Summe der Zuweisungen über alle Versicherte der Krankenkasse.

2.6.2. Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.8 für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten. Die Zuweisungen für das Krankengeld an die Krankenkasse ergeben sich aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V).