

## **Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2017**

**Bonn, den 30.09.2016**

### **0. Vorbemerkung**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 29.02.2016 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 2017 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 196 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 29.02.2016 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, 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, 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	42	268	276	83	276	313
2	2	6	43	268	277	84	277	305
3	3	4	44	268	305	85	277	306
4	3	5	45	268	306	86	277	313
5	3	110	46	268	313	87	305	306
6	3	113	47	269	124	88	305	313
7	3	114	48	269	262	89	306	313
8	3	117	49	269	263	90	15	16
9	4	5	50	269	265	91	15	17
10	4	110	51	269	266	92	15	19
11	4	113	52	269	267	93	16	17
12	4	114	53	269	268	94	16	19
13	4	117	54	269	270	95	17	19
14	5	110	55	269	271	96	18	20
15	5	113	56	269	273	97	21	22
16	5	114	57	269	276	98	21	23
17	5	117	58	269	277	99	21	24
18	261	124	59	269	305	100	21	283
19	261	262	60	269	306	101	22	23
20	261	263	61	269	313	102	22	24
21	261	265	62	270	271	103	22	283
22	261	266	63	270	273	104	23	24
23	261	267	64	270	276	105	23	283
24	262	124	65	270	277	106	225	21
25	262	263	66	270	305	107	225	22
26	262	265	67	270	306	108	225	23
27	262	266	68	270	313	109	225	24
28	262	267	69	271	273	110	225	283
29	263	124	70	271	276	111	225	286
30	263	265	71	271	277	112	250	21
31	263	266	72	271	305	113	250	22
32	263	267	73	271	306	114	250	23
33	265	124	74	271	313	115	250	24
34	265	266	75	273	276	116	250	225
35	265	267	76	273	277	117	250	283
36	266	124	77	273	305	118	250	286
37	266	267	78	273	306	119	281	21
38	267	124	79	273	313	120	281	22
39	268	270	80	276	277	121	281	23
40	268	271	81	276	305	122	281	24
41	268	273	82	276	306	123	281	225

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
124	281	250	167	25	28	210	65	62
125	281	282	168	25	29	211	65	64
126	281	283	169	25	61	212	290	33
127	281	286	170	25	62	213	40	42
128	282	21	171	25	64	214	41	40
129	282	22	172	25	65	215	41	42
130	282	23	173	25	288	216	198	199
131	282	24	174	25	289	217	198	200
132	282	225	175	26	12	218	198	219
133	282	250	176	26	13	219	198	220
134	282	283	177	26	29	220	198	226
135	282	286	178	26	289	221	198	227
136	283	24	179	27	12	222	198	228
137	284	21	180	27	13	223	199	200
138	284	22	181	27	26	224	199	219
139	284	23	182	27	28	225	199	220
140	284	24	183	27	29	226	199	226
141	284	225	184	27	289	227	199	227
142	284	250	185	28	12	228	199	228
143	284	281	186	28	13	229	200	226
144	284	282	187	28	26	230	200	227
145	284	283	188	28	29	231	200	228
146	284	286	189	28	289	232	207	208
147	285	21	190	29	289	233	207	209
148	285	22	191	288	12	234	208	209
149	285	23	192	288	13	235	226	227
150	285	24	193	288	26	236	226	228
151	285	225	194	288	27	237	227	228
152	285	250	195	288	28	238	35	36
153	285	281	196	288	29	239	35	37
154	285	282	197	288	61	240	35	38
155	285	283	198	288	62	241	35	43
156	285	284	199	288	64	242	35	46
157	285	286	200	288	65	243	35	48
158	286	21	201	288	289	244	36	37
159	286	22	202	31	32	245	36	38
160	286	23	203	34	31	246	36	43
161	286	24	204	34	32	247	36	46
162	286	283	205	34	63	248	36	48
163	25	12	206	61	62	249	37	46
164	25	13	207	61	64	250	38	37
165	25	26	208	61	65	251	38	43
166	25	27	209	64	62	252	38	46



Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
253	38	48	296	54	57	339	293	157
254	43	37	297	54	58	340	293	294
255	43	46	298	54	231	341	293	295
256	43	48	299	55	56	342	293	296
257	44	49	300	55	57	343	294	39
258	44	50	301	55	58	344	294	100
259	45	44	302	55	231	345	294	101
260	45	47	303	56	57	346	294	103
261	45	49	304	56	231	347	294	155
262	45	50	305	58	57	348	294	157
263	47	44	306	58	231	349	294	295
264	47	49	307	60	57	350	294	296
265	47	50	308	60	230	351	295	39
266	48	37	309	60	231	352	295	100
267	48	46	310	230	57	353	295	101
268	50	49	311	230	231	354	295	103
269	185	186	312	231	57	355	295	155
270	185	187	313	259	39	356	295	157
271	185	188	314	259	100	357	295	296
272	185	189	315	259	101	358	296	39
273	185	190	316	259	103	359	75	12
274	185	191	317	259	155	360	75	13
275	186	187	318	259	157	361	75	258
276	186	188	319	259	292	362	75	298
277	186	189	320	259	293	363	234	72
278	186	190	321	259	294	364	235	73
279	186	191	322	259	295	365	297	12
280	187	188	323	259	296	366	297	13
281	187	189	324	292	39	367	297	75
282	187	190	325	292	100	368	297	258
283	187	191	326	292	101	369	297	298
284	188	189	327	292	103	370	298	12
285	188	190	328	292	155	371	298	13
286	188	191	329	292	157	372	298	258
287	189	190	330	292	293	373	299	74
288	189	191	331	292	294	374	77	79
289	190	191	332	292	295	375	77	91
290	12	13	333	292	296	376	77	92
291	51	52	334	293	39	377	78	80
292	51	53	335	293	100	378	78	91
293	52	53	336	293	101	379	79	91
294	54	55	337	293	103	380	79	92
295	54	56	338	293	155	381	80	91



Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
382	81	83	424	115	106	466	134	138
383	81	84	425	108	114	467	136	131
384	81	91	426	108	215	468	136	132
385	83	84	427	108	237	469	136	138
386	83	91	428	110	113	470	138	132
387	84	91	429	110	114	471	144	132
388	86	91	430	110	117	472	144	133
389	87	86	431	111	110	473	144	138
390	87	88	432	111	113	474	147	146
391	87	91	433	111	114	475	219	220
392	87	300	434	111	117	476	153	157
393	87	301	435	111	216	477	155	157
394	88	86	436	113	114	478	158	157
395	88	91	437	117	113	479	158	161
396	88	300	438	117	114	480	160	157
397	92	91	439	215	114	481	160	162
398	300	86	440	215	237	482	161	157
399	300	91	441	216	110	483	162	157
400	301	86	442	216	113	484	164	165
401	301	88	443	216	114	485	164	166
402	301	91	444	216	117	486	165	166
403	301	300	445	217	108	487	172	174
404	95	96	446	217	114	488	172	175
405	100	101	447	217	215	489	172	176
406	100	103	448	217	237	490	172	177
407	101	103	449	218	108	491	174	175
408	98	99	450	218	114	492	174	176
409	98	104	451	218	215	493	174	177
410	98	105	452	218	237	494	175	176
411	98	106	453	237	114	495	175	177
412	98	115	454	130	131	496	176	177
413	98	149	455	130	132	497	178	180
414	99	106	456	130	134	498	169	170
415	104	99	457	130	136	499	169	238
416	104	105	458	130	138	500	238	170
417	104	106	459	131	132	501	253	252
418	104	115	460	131	138			
419	104	149	461	133	132			
420	105	99	462	133	138			
421	105	106	463	134	131			
422	115	99	464	134	132			
423	115	105	465	134	136			

### 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
AGG001	weiblich, 0 Jahre
AGG002	weiblich 1-5 Jahre
AGG003	weiblich, 6-12 Jahre
AGG004	weiblich, 13-17 Jahre
AGG005	weiblich, 18-24 Jahre
AGG006	weiblich, 25-29 Jahre
AGG007	weiblich, 30-34 Jahre
AGG008	weiblich, 35-39 Jahre
AGG009	weiblich, 40-44 Jahre
AGG010	weiblich, 45-49 Jahre
AGG011	weiblich, 50-54 Jahre
AGG012	weiblich, 55-59 Jahre
AGG013	weiblich, 60-64 Jahre
AGG014	weiblich, 65-69 Jahre
AGG015	weiblich, 70-74 Jahre
AGG016	weiblich, 75-79 Jahre
AGG017	weiblich, 80-84 Jahre
AGG018	weiblich, 85-89 Jahre
AGG019	weiblich, 90-94 Jahre
AGG020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AGG021	männlich, 0 Jahre
AGG022	männlich 1-5 Jahre
AGG023	männlich, 6-12 Jahre
AGG024	männlich, 13-17 Jahre
AGG025	männlich, 18-24 Jahre
AGG026	männlich, 25-29 Jahre
AGG027	männlich, 30-34 Jahre
AGG028	männlich, 35-39 Jahre
AGG029	männlich, 40-44 Jahre
AGG030	männlich, 45-49 Jahre
AGG031	männlich, 50-54 Jahre
AGG032	männlich, 55-59 Jahre
AGG033	männlich, 60-64 Jahre
AGG034	männlich, 65-69 Jahre
AGG035	männlich, 70-74 Jahre
AGG036	männlich, 75-79 Jahre
AGG037	männlich, 80-84 Jahre
AGG038	männlich, 85-89 Jahre
AGG039	männlich, 90-94 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, 519, 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 - 4802 und 4830 - 4831, 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).

ENTWURF