

Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021

Bonn, den 30.09.2020

0 Vorbemerkung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2021 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in den Anlagen 1 bis 4 dokumentierten Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

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

1 Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1 Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 495 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 Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. diejenigen, die in den jeweils durch das BfArM 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 § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres.

1.2 Zuordenbare Diagnosen

Ausschließlich die in Anlage 1 dieser Festlegung aufgeführten 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. Hiervon gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zu den DxGs 0096, 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207, 0211, 0218, 0225, 0237, 0240, 0457, 0813, 0814, 0827, 0829, 0836, 0840, 0846, 0847, 0848, 0904, 0905, 0907, 0917, 0920, 0922, 0923, 0927 und 0935 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.1 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 0112, 0113, 0116, 0120, 0131, 0132, 0133, 0134, 0136, 0141, 0226, 0227, 0238, 0243 und 0830 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zur DxG0926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.3 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 0821 und 0850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 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 Ziffer 1.3.2.1 und 1.3.2.2 aufgeführt. Die Berücksichtigung ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne Arzneimittelzuordnung (vgl. Ziffer 1.3.2.3) oder eine DxG mit Arzneimittelzuordnung (vgl. Ziffer 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 der Plausibilisierungskriterien des BfArM zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen „O“) und im Datensatz einen Stern („*“) aufweisen, werden den Hauptdiagnosen gemäß Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.

b) Ausnahme-DxG

Stationäre Nebendiagnosen für die DxGs 0032, 0033, 0034 und 0035 werden ebenfalls den Hauptdiagnosen gemäß Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.

c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen

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

d) Obligatorische stationäre Behandlung

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

1.3.2.3 DxGs ohne Arzneimittelzuordnung (M2Q-Kriterium)

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 Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert war.

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 werden 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 akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

Versicherte müssen mindestens 10 BT 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 BT 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 BT 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 Ziffer 1.3.2.4.2. Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach Ziffer 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 Ziffer 1.3.2.4.2. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach Ziffer 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 Ziffer 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 0096, 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207, 0211, 0218, 0225, 0237, 0240, 0457, 0813, 0814, 0827, 0829, 0836, 0840, 0846, 0847, 0848, 0904, 0905, 0907, 0917, 0920, 0922, 0923, 0927 und 0935 erfolgt die BT-Prüfung analog zu Ziffer 1.3.2.4.2 b), jedoch altersübergreifend. Für Kinder unter 12 Jahren wird dabei abweichend die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 92 BT herabgesetzt.

1.3.3.2 Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage

Bei den DxGs 0112, 0113, 0116, 0120, 0131, 0132, 0133, 0134, 0136, 0141, 0226, 0227, 0238, 0243 und 0830 erfolgt die BT-Prüfung analog zu Ziffer 1.3.3.1, jedoch mit reduzierten Schwellen bei der BT-Prüfung. Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren müssen mindestens 42 BT aufweisen. Für Kinder unter 12 Jahren wird die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 21 BT herabgesetzt.

1.3.3.3 Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

Bei der DxG0926 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 Kennzeichens Extrakorporale Blutreinigung

Um zur DxG0821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ oder der DxG0850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich zu den im normalen

Zuordnungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung bei chronischem Krankheitsgeschehen) erforderlichen Angaben, die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V in dem dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

1.4 Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

Die Hierarchisierung der in den Anlagen 1a-d spezifizierten (H)MGs wird in Anlage 1e dargestellt. Die Hierarchisierung erfolgt folgendermaßen: 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.

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 (AGGs) zugeordnet:

Alters-Geschlechts-Gruppen

Variable	Inhalt
AGG0001	weiblich, 0 Jahre
AGG0002	weiblich 1-5 Jahre
AGG0003	weiblich, 6-12 Jahre
AGG0004	weiblich, 13-17 Jahre
AGG0005	weiblich, 18-24 Jahre
AGG0006	weiblich, 25-29 Jahre
AGG0007	weiblich, 30-34 Jahre
AGG0008	weiblich, 35-39 Jahre
AGG0009	weiblich, 40-44 Jahre
AGG0010	weiblich, 45-49 Jahre
AGG0011	weiblich, 50-54 Jahre
AGG0012	weiblich, 55-59 Jahre
AGG0013	weiblich, 60-64 Jahre
AGG0014	weiblich, 65-69 Jahre
AGG0015	weiblich, 70-74 Jahre
AGG0016	weiblich, 75-79 Jahre
AGG0017	weiblich, 80-84 Jahre
AGG0018	weiblich, 85-89 Jahre
AGG0019	weiblich, 90-94 Jahre
AGG0020	weiblich, 95 Jahre und älter

Variable	Inhalt
AGG0021	männlich, 0 Jahre
AGG0022	männlich 1-5 Jahre
AGG0023	männlich, 6-12 Jahre
AGG0024	männlich, 13-17 Jahre
AGG0025	männlich, 18-24 Jahre
AGG0026	männlich, 25-29 Jahre
AGG0027	männlich, 30-34 Jahre
AGG0028	männlich, 35-39 Jahre
AGG0029	männlich, 40-44 Jahre
AGG0030	männlich, 45-49 Jahre
AGG0031	männlich, 50-54 Jahre
AGG0032	männlich, 55-59 Jahre
AGG0033	männlich, 60-64 Jahre
AGG0034	männlich, 65-69 Jahre
AGG0035	männlich, 70-74 Jahre
AGG0036	männlich, 75-79 Jahre
AGG0037	männlich, 80-84 Jahre
AGG0038	männlich, 85-89 Jahre
AGG0039	männlich, 90-94 Jahre
AGG0040	männlich, 95 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ werden entsprechend ihrem Alter den AGG0001 bis AGG0020 zugeordnet.

1.6 Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)

Versicherte, die in dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V oder mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den Kostenerstattergruppen (KEGs) 0001 bis 0005 zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG0006 bis KEG0007 zugeordnet. Versicherte, die einer der KEG0001 bis KEG0005 zugeordnet werden, werden nicht der KEG0006 bzw. der KEG0007 zugeordnet.

Kostenerstattergruppen

Variable	Inhalt
KEG0001	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 0 bis 29 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0002	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 30 bis 59 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0003	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 60 bis 69 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0004	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 70 bis 79 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0005	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 80 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.
KEG0006	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 0 bis 65 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0007	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 66 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.

1.7 Zuordnung zu den Regionalgruppen (RGGs)

Jeder Versicherte wird anhand der ersten fünf Stellen des gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gemeldeten amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) seines Wohnortes im Ausgleichsjahr den folgenden 81 Regionalgruppen (RGGs) zugeordnet:

Regionalgruppen

Variable	Inhalt
RGG0000	Ausland / unbekannt
RGG0101	Sterbekosten, Dezil 1
RGG0102	Sterbekosten, Dezil 2
RGG0103	Sterbekosten, Dezil 3
RGG0104	Sterbekosten, Dezil 4
RGG0105	Sterbekosten, Dezil 5
RGG0106	Sterbekosten, Dezil 6
RGG0107	Sterbekosten, Dezil 7

Variable	Inhalt
RGG0501	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 1
RGG0502	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 2
RGG0503	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 3
RGG0504	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 4
RGG0505	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 5
RGG0506	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 6
RGG0507	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 7
RGG0508	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 8

Variable	Inhalt
RG0108	Sterbekosten, Dezil 8
RG0109	Sterbekosten, Dezil 9
RG0110	Sterbekosten, Dezil 10
RG0201	Zuweisungen, Dezil 1
RG0202	Zuweisungen, Dezil 2
RG0203	Zuweisungen, Dezil 3
RG0204	Zuweisungen, Dezil 4
RG0205	Zuweisungen, Dezil 5
RG0206	Zuweisungen, Dezil 6
RG0207	Zuweisungen, Dezil 7
RG0208	Zuweisungen, Dezil 8
RG0209	Zuweisungen, Dezil 9
RG0210	Zuweisungen, Dezil 10
RG0301	Ambulante Pflege, Dezil 1
RG0302	Ambulante Pflege, Dezil 2
RG0303	Ambulante Pflege, Dezil 3
RG0304	Ambulante Pflege, Dezil 4
RG0305	Ambulante Pflege, Dezil 5
RG0306	Ambulante Pflege, Dezil 6
RG0307	Ambulante Pflege, Dezil 7
RG0308	Ambulante Pflege, Dezil 8
RG0309	Ambulante Pflege, Dezil 9
RG0310	Ambulante Pflege, Dezil 10
RG0401	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 1
RG0402	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 2
RG0403	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 3
RG0404	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 4
RG0405	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 5
RG0406	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 6
RG0407	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 7
RG0408	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 8
RG0409	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 9
RG0410	Gesamtwanderungssaldo, Dezil 10

Variable	Inhalt
RG0509	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 9
RG0510	Personenbezogene Dienstleistungen, Dezil 10
RG0601	Stationäre Pflege, Dezil 1
RG0602	Stationäre Pflege, Dezil 2
RG0603	Stationäre Pflege, Dezil 3
RG0604	Stationäre Pflege, Dezil 4
RG0605	Stationäre Pflege, Dezil 5
RG0606	Stationäre Pflege, Dezil 6
RG0607	Stationäre Pflege, Dezil 7
RG0608	Stationäre Pflege, Dezil 8
RG0609	Stationäre Pflege, Dezil 9
RG0610	Stationäre Pflege, Dezil 10
RG0701	Pendlersaldo, Dezil 1
RG0702	Pendlersaldo, Dezil 2
RG0703	Pendlersaldo, Dezil 3
RG0704	Pendlersaldo, Dezil 4
RG0705	Pendlersaldo, Dezil 5
RG0706	Pendlersaldo, Dezil 6
RG0707	Pendlersaldo, Dezil 7
RG0708	Pendlersaldo, Dezil 8
RG0709	Pendlersaldo, Dezil 9
RG0710	Pendlersaldo, Dezil 10
RG0801	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 1
RG0802	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 2
RG0803	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 3
RG0804	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 4
RG0805	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 5
RG0806	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 6
RG0807	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 7
RG0808	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 8
RG0809	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 9
RG0810	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 10

Im Regelfall erfolgt für jeden Versicherten eine Zuordnung anhand des Wohnortes zu insgesamt acht RGGs aus dem Bereich der RGG0101 bis RGG0810. Versicherte, die sich anhand der Datenmeldung keinem im Ausgleichsjahr gültigen Inlandswohnort zuordnen lassen, werden stattdessen nur der RGG0000 zugeordnet.

Die Zuordnung des fünfstelligen AGS (Kreisschlüssel) der Wohnorte zu den RGGs ergibt sich aus Anlage 4.

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 nicht den AGGs, HMGs, KEGs und RGGs 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 Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs) entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGGs:

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen

Variable	Inhalt
AusAGG0001	weiblich, 0 Jahre
AusAGG0002	weiblich 1-5 Jahre
AusAGG0003	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG0004	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG0005	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG0006	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG0007	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG0008	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG0009	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG0010	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG0011	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG0012	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG0013	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG0014	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG0015	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG0016	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG0017	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG0018	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG0019	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG0020	weiblich, 95 Jahre und älter

Variable	Inhalt
AusAGG0021	männlich, 0 Jahre
AusAGG0022	männlich 1-5 Jahre
AusAGG0023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG0024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG0025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG0026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG0027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG0028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG0029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG0030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG0031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG0032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG0033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG0034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG0035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG0036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG0037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG0038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG0039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG0040	männlich, 95 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden ihrem Alter im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) entsprechend den AusAGG0001 bis AusAGG0020 zugeordnet.

1.9 Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGGs)

Die Krankengeldgruppen (KGGs) setzen sich aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (KAGGs) zusammen.

Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden KAGGs zugeordnet:

Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen

Variable	Inhalt
KAGG0001	weiblich, 0 Jahre
KAGG0002	weiblich, 1 Jahr
KAGG0003	weiblich, 2 Jahre
KAGG0004	weiblich, 3 Jahre
KAGG0005	weiblich, 4 Jahre
KAGG0006	weiblich, 5 Jahre
KAGG0007	weiblich, 6 Jahre
KAGG0008	weiblich, 7 Jahre
KAGG0009	weiblich, 8 Jahre
KAGG0010	weiblich, 9 Jahre
KAGG0011	weiblich, 10 Jahre
KAGG0012	weiblich, 11 Jahre
KAGG0013	weiblich, 12 Jahre
KAGG0014	weiblich, 13 Jahre
KAGG0015	weiblich, 14 Jahre
KAGG0016	weiblich, 15 Jahre
KAGG0017	weiblich, 16 Jahre
KAGG0018	weiblich, 17 Jahre
KAGG0019	weiblich, 18 Jahre
KAGG0020	weiblich, 19 Jahre
KAGG0021	weiblich, 20 Jahre
KAGG0022	weiblich, 21 Jahre
KAGG0023	weiblich, 22 Jahre
KAGG0024	weiblich, 23 Jahre
KAGG0025	weiblich, 24 Jahre
KAGG0026	weiblich, 25 Jahre
KAGG0027	weiblich, 26 Jahre
KAGG0028	weiblich, 27 Jahre
KAGG0029	weiblich, 28 Jahre
KAGG0030	weiblich, 29 Jahre
KAGG0031	weiblich, 30 Jahre
KAGG0032	weiblich, 31 Jahre
KAGG0033	weiblich, 32 Jahre
KAGG0034	weiblich, 33 Jahre
KAGG0035	weiblich, 34 Jahre
KAGG0036	weiblich, 35 Jahre
KAGG0037	weiblich, 36 Jahre
KAGG0038	weiblich, 37 Jahre
KAGG0039	weiblich, 38 Jahre
KAGG0040	weiblich, 39 Jahre
KAGG0041	weiblich, 40 Jahre
KAGG0042	weiblich, 41 Jahre
KAGG0043	weiblich, 42 Jahre
KAGG0044	weiblich, 43 Jahre
KAGG0045	weiblich, 44 Jahre
KAGG0046	weiblich, 45 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0092	männlich, 0 Jahre
KAGG0093	männlich, 1 Jahr
KAGG0094	männlich, 2 Jahre
KAGG0095	männlich, 3 Jahre
KAGG0096	männlich, 4 Jahre
KAGG0097	männlich, 5 Jahre
KAGG0098	männlich, 6 Jahre
KAGG0099	männlich, 7 Jahre
KAGG0100	männlich, 8 Jahre
KAGG0101	männlich, 9 Jahre
KAGG0102	männlich, 10 Jahre
KAGG0103	männlich, 11 Jahre
KAGG0104	männlich, 12 Jahre
KAGG0105	männlich, 13 Jahre
KAGG0106	männlich, 14 Jahre
KAGG0107	männlich, 15 Jahre
KAGG0108	männlich, 16 Jahre
KAGG0109	männlich, 17 Jahre
KAGG0110	männlich, 18 Jahre
KAGG0111	männlich, 19 Jahre
KAGG0112	männlich, 20 Jahre
KAGG0113	männlich, 21 Jahre
KAGG0114	männlich, 22 Jahre
KAGG0115	männlich, 23 Jahre
KAGG0116	männlich, 24 Jahre
KAGG0117	männlich, 25 Jahre
KAGG0118	männlich, 26 Jahre
KAGG0119	männlich, 27 Jahre
KAGG0120	männlich, 28 Jahre
KAGG0121	männlich, 29 Jahre
KAGG0122	männlich, 30 Jahre
KAGG0123	männlich, 31 Jahre
KAGG0124	männlich, 32 Jahre
KAGG0125	männlich, 33 Jahre
KAGG0126	männlich, 34 Jahre
KAGG0127	männlich, 35 Jahre
KAGG0128	männlich, 36 Jahre
KAGG0129	männlich, 37 Jahre
KAGG0130	männlich, 38 Jahre
KAGG0131	männlich, 39 Jahre
KAGG0132	männlich, 40 Jahre
KAGG0133	männlich, 41 Jahre
KAGG0134	männlich, 42 Jahre
KAGG0135	männlich, 43 Jahre
KAGG0136	männlich, 44 Jahre
KAGG0137	männlich, 45 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0047	weiblich, 46 Jahre
KAGG0048	weiblich, 47 Jahre
KAGG0049	weiblich, 48 Jahre
KAGG0050	weiblich, 49 Jahre
KAGG0051	weiblich, 50 Jahre
KAGG0052	weiblich, 51 Jahre
KAGG0053	weiblich, 52 Jahre
KAGG0054	weiblich, 53 Jahre
KAGG0055	weiblich, 54 Jahre
KAGG0056	weiblich, 55 Jahre
KAGG0057	weiblich, 56 Jahre
KAGG0058	weiblich, 57 Jahre
KAGG0059	weiblich, 58 Jahre
KAGG0060	weiblich, 59 Jahre
KAGG0061	weiblich, 60 Jahre
KAGG0062	weiblich, 61 Jahre
KAGG0063	weiblich, 62 Jahre
KAGG0064	weiblich, 63 Jahre
KAGG0065	weiblich, 64 Jahre
KAGG0066	weiblich, 65 Jahre
KAGG0067	weiblich, 66 Jahre
KAGG0068	weiblich, 67 Jahre
KAGG0069	weiblich, 68 Jahre
KAGG0070	weiblich, 69 Jahre
KAGG0071	weiblich, 70 Jahre
KAGG0072	weiblich, 71 Jahre
KAGG0073	weiblich, 72 Jahre
KAGG0074	weiblich, 73 Jahre
KAGG0075	weiblich, 74 Jahre
KAGG0076	weiblich, 75 Jahre
KAGG0077	weiblich, 76 Jahre
KAGG0078	weiblich, 77 Jahre
KAGG0079	weiblich, 78 Jahre
KAGG0080	weiblich, 79 Jahre
KAGG0081	weiblich, 80 Jahre
KAGG0082	weiblich, 81 Jahre
KAGG0083	weiblich, 82 Jahre
KAGG0084	weiblich, 83 Jahre
KAGG0085	weiblich, 84 Jahre
KAGG0086	weiblich, 85 Jahre
KAGG0087	weiblich, 86 Jahre
KAGG0088	weiblich, 87 Jahre
KAGG0089	weiblich, 88 Jahre
KAGG0090	weiblich, 89 Jahre
KAGG0091	weiblich, 90 Jahre und älter

Variable	Inhalt
KAGG0138	männlich, 46 Jahre
KAGG0139	männlich, 47 Jahre
KAGG0140	männlich, 48 Jahre
KAGG0141	männlich, 49 Jahre
KAGG0142	männlich, 50 Jahre
KAGG0143	männlich, 51 Jahre
KAGG0144	männlich, 52 Jahre
KAGG0145	männlich, 53 Jahre
KAGG0146	männlich, 54 Jahre
KAGG0147	männlich, 55 Jahre
KAGG0148	männlich, 56 Jahre
KAGG0149	männlich, 57 Jahre
KAGG0150	männlich, 58 Jahre
KAGG0151	männlich, 59 Jahre
KAGG0152	männlich, 60 Jahre
KAGG0153	männlich, 61 Jahre
KAGG0154	männlich, 62 Jahre
KAGG0155	männlich, 63 Jahre
KAGG0156	männlich, 64 Jahre
KAGG0157	männlich, 65 Jahre
KAGG0158	männlich, 66 Jahre
KAGG0159	männlich, 67 Jahre
KAGG0160	männlich, 68 Jahre
KAGG0161	männlich, 69 Jahre
KAGG0162	männlich, 70 Jahre
KAGG0163	männlich, 71 Jahre
KAGG0164	männlich, 72 Jahre
KAGG0165	männlich, 73 Jahre
KAGG0166	männlich, 74 Jahre
KAGG0167	männlich, 75 Jahre
KAGG0168	männlich, 76 Jahre
KAGG0169	männlich, 77 Jahre
KAGG0170	männlich, 78 Jahre
KAGG0171	männlich, 79 Jahre
KAGG0172	männlich, 80 Jahre
KAGG0173	männlich, 81 Jahre
KAGG0174	männlich, 82 Jahre
KAGG0175	männlich, 83 Jahre
KAGG0176	männlich, 84 Jahre
KAGG0177	männlich, 85 Jahre
KAGG0178	männlich, 86 Jahre
KAGG0179	männlich, 87 Jahre
KAGG0180	männlich, 88 Jahre
KAGG0181	männlich, 89 Jahre
KAGG0182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr werden ihrem Alter im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) entsprechend den KAGG0001 bis KAGG0091 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 Absatz 4 SGB V. Von diesen wird der Anteil der Disease-Management-Programm (DMP)-Pauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abgezogen, der sich auf Basis des nicht auf Verwaltungskosten entfallenden Anteils der DMP-Programmkostenpauschalen und der Zahl Versichertentage mit DMP-Einschreibung ergibt.

Gemäß § 268 Absatz 3 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 Satz 5 RSAV sind bei der Ermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge im Jahresausgleich die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V zu berücksichtigen. Die Ausgleichsbeträge für den Risikopool gemäß § 268 SGB V werden daher vor Durchführung des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 RSAV versichertenbezogen in Abzug gebracht und bleiben dementsprechend im Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 RSAV unberücksichtigt.

2.1.2 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten bzw. Kontenarten 513, 514, 5155, 5160, 5186, 519, 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 Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 abzüglich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben – d.h. die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) – und abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben 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 Leistungsausgaben für Krankengeld

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

2.2.1 Datengrundlage

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

2.2.2 Regression

2.2.2.1 Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert, um den individuellen Ausgleichsbetrag für den Risikopool gemäß § 268 SGB V bereinigt, und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt.

2.2.2.2 Regressionsgewichte

Die versichertenbezogenen „Weighted Least Squares“ (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 ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach Ziffer 2.2.2.1 bilden.

2.2.2.4 Nicht-Berücksichtigung der nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV auszuschließenden HMGs

Die Risikomerkmale der nach § 18 Absatz 1 Satz 4 i.V.m. § 19 RSAV auszuschließenden Risikogruppen werden bei der Durchführung der Regression nicht berücksichtigt.

2.2.2.5 Negative Regressionskoeffizienten

Wird für eines der Risikomerkmale gemäß Ziffer 1.1 bis 1.6 (AGGs, HMGs und KEGs) ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der entsprechende Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Für die RGGs gemäß Ziffer 1.7 sind negative Regressionskoeffizienten zulässig.

2.2.2.6 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.

2.2.2.7 Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird so lange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder unzulässigen 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 abzüglich der Summe der Ausgleichsbeträge für den Risikopool nach § 268 SGB V 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

2.3.1 Datengrundlage

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

2.3.2 Versichertenbezogene erwartete Leistungsausgaben

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

2.3.3 Durchschnittliche Zuschläge für Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

Für jede AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Leistungsausgaben 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 Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGGs 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

2.4.1 Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Ziffer 1.9 KGGs zugeordnet werden, sowie ihre nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet wird, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

2.4.2 Durchschnittswertberechnung für die Krankengeldgruppen

2.4.2.1 Durchschnittliche Zuschläge für die Krankengeldgruppen

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGGs 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 Krankengeldgruppen

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 Krankengeldgruppen

Die Gewichtungsfaktoren für die KGGs ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGGs 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 mit den Erstattungsfaktoren vervielfacht, die sich auf Basis der in der KJ1 gemeldeten Krankengelderstattungen 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 den Ziffern 2.2.4 und 2.3.4 für die Risikomerkmale, die ihm nach den Ziffern 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 Ziffer 1.9 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach Ziffer 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 Leistungsausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.2 wird durch die Summe aller Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

2.5.6 Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

Für jedes Risikomerkmal und jede AusAGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach den Ziffern 2.2.4 und 2.3.4 mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor LAoKG nach Ziffer 2.1.4.1 und dem Korrekturfaktor LAoKG nach Ziffer 2.5.3 vervielfacht.

2.5.7 Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach Ziffer 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen abzüglich der auf die AusAGG entfallenen Zuweisungen für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach Ziffer 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. Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag nach Ziffer 2.5.5 addiert.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 8 Absatz 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 bis 4802 und 4830 bis 4831, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der GKV-Spitzenverband und das BAS treffen nach § 8 Absatz 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

2.5.8 Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die Krankengeldgruppen

Für jede KGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach Ziffer 2.4.4 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 Ziffer 2.5.7 für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten. Die Zuweisung für Leistungsausgaben ohne Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich als Summe der Zuweisungen über alle Versicherte der Krankenkasse.

Im Jahresausgleich 2021 erfolgt auf Grundlage von § 266 Absatz 12 SGB V einmalig eine Anpassung der Zuweisungen ohne Krankengeld zur Begrenzung der finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen (Ziffer 2.6.2).

2.6.2 Anpassung der Zuweisungen durch Bundeslandgruppen (BLGs) zur Begrenzung der Auswirkungen der Regionalkomponente im Jahresausgleich 2021

2.6.2.1 Zuordnung der Versicherten zu den BLGs

Jeder Versicherte der Vollerhebung wird auf Grundlage der ersten beiden Stellen des nach 1.7 ermittelten Kreisschlüssels (erste fünf Stellen des nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gemeldeten AGS seines Wohnortes im Ausgleichsjahr) dem Bundesland seines Wohnortes zugeordnet. Versicherte mit dem Kreisschlüssel 00000, Versicherte mit dem Kreisschlüssel 99999 sowie Versicherte, deren Kreisschlüssel sich im Ausgleichsjahr keinem gültigen Kreiskennzeichen zuordnen lässt, werden einer weiteren Gruppe zugeordnet. Somit werden alle Versicherten jeweils einer von insgesamt 17 Bundeslandgruppen (BLGs) zugeordnet:

Variable	Inhalt
BLG0001	01 - Schleswig-Holstein
BLG0002	02 - Hamburg
BLG0003	03 - Niedersachsen
BLG0004	04 - Bremen
BLG0005	05 - Nordrhein-Westfalen
BLG0006	06 - Hessen
BLG0007	07 - Rheinland-Pfalz
BLG0008	08 - Baden-Württemberg
BLG0009	09 - Bayern
BLG0010	10 - Saarland
BLG0011	11 - Berlin
BLG0012	12 - Brandenburg
BLG0013	13 - Mecklenburg-Vorpommern
BLG0014	14 - Sachsen
BLG0015	15 - Sachsen-Anhalt
BLG0016	16 - Thüringen
BLG0017	99 - Ausland, unbekannt, nicht zuordenbar

2.6.2.2 Ermittlung der vorläufigen Zuweisungen je Bundesland

Die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten nach Ziffer 2.6.1 werden anhand der Zuordnung der Versicherten (Ziffer 2.6.2.1) über die 17 BLGs aufsummiert. Es ergeben sich die vorläufigen Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Bundesland.

2.6.2.3 Ermittlung der hypothetischen Höhe der Zuweisungen je Bundesland ohne Regionalkomponente

Für die Ermittlung der hypothetischen Zuweisungen ohne Krankengeld je Versicherten ohne Regionalkomponente werden die Berechnungsschritte nach den Ziffern 2.2, 2.5 und 2.6.1, diesmal ohne Berücksichtigung der RGGs nach Ziffer 1.7, wiederholt.

Die hypothetischen Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten ohne Regionalkomponente werden anhand der Zuordnung der Versicherten (Ziffer 2.6.2.1) für jede der 17 BLGs aufsummiert.

2.6.2.4 Ermittlung der finanziellen Auswirkungen der Bildung von Risikogruppen anhand von regionalen Merkmalen je BLG

Für jede BLG werden die hypothetischen Zuweisungen ohne Regionalkomponente nach Ziffer 2.6.2.3 von den vorläufigen Zuweisungen mit Regionalkomponente nach Ziffer 2.6.2.2 subtrahiert. Die resultierenden Differenzbeträge repräsentieren die finanziellen Auswirkungen der Bildung regionaler Risikogruppen je BLG.

2.6.2.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge je BLG

Auf Grundlage der Versichertenzuordnung nach Ziffer 2.6.2.1 werden die Versichertentage je BLG aufsummiert. Die unter Ziffer 2.6.2.4 ermittelten Differenzbeträge je BLG werden durch die Anzahl der Versichertentage je BLG dividiert. Das Ergebnis wird je BLG mit dem Faktor -0,25 multipliziert. Es resultieren die Zu- und Abschläge je BLG.

2.6.2.6 Anpassung der Zuweisungen

Die Anpassung der Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten erfolgt, indem die Versichertenzeiten des Versicherten mit dem gemäß Ziffer 2.6.2.5 für seine BLG ermittelten Zu- bzw. Abschlag multipliziert und das Produkt zu den Zuweisungen nach Ziffer 2.6.1 addiert wird.

2.6.3 Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach Ziffer 2.5.8 für die KGGs, 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 gemäß KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gemäß Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 SGB V).