

Anlage 4: Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Ausgleichsjahr 2012

Inhalt

ANLAGE 4: BERECHNUNG DER ZUWEISUNGEN AUS DEM GESUNDHEITSFONDS – AUSGLEICHSAHR 2012	- 1 -
---	--------------

I. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR	- 6 -
---	--------------

A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr	- 6 -
A.1 Grundpauschale	- 6 -
A.2 DMP-Programmkostenpauschale	- 6 -
A.3 Bereinigte voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds	- 7 -

II. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS MONATLICHE ABSCHLAGSVERFAHREN	- 8 -
--	--------------

B. Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren	- 8 -
B.1 Berechnung der Grundpauschalen	- 8 -
B.2 Berechnung der Kenngrößen für die standardisierten Verwaltungskostenzuweisungen	- 8 -
B.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 9 -
B.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen	- 10 -
B.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 40 RSAV	- 10 -
B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	- 10 -
B.7 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Monatliches Abschlagsverfahren – MA)	- 11 -
B.8 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Zuweisungsanteile – ZuA)	- 12 -

C. Vorbereitung der Stichprobe	- 12 -
C.1 Stichprobe vor Kassenausschluss	- 12 -
C.2 Stichprobe nach Kassenausschluss	- 12 -
C.3 Zuordnung der Stichprobenversicherten	- 13 -
C.4 Berücksichtigung von Erstattungen	- 14 -
C.5 Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe	- 16 -

D. Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge	- 16 -
---	---------------

D.1	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale _____	- 16 -
D.2	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG _____	- 17 -
D.3	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG) _____	- 18 -
D.4	Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung _____	- 20 -
D.5	Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG _____	- 20 -
D.6	Ermittlung der Zuschläge für die KGG _____	- 21 -
D.7	Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr - 21 -	
E.	Berechnung der Zuweisungsanteile _____	- 22 -
E.1	Regressionsanteile _____	- 22 -
E.2	Zuweisungsanteile _____	- 22 -
F.	Berechnung der monatlichen Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V _____	- 24 -
F.1	Berechnung der länderbezogenen Be- und Entlastungen _____	- 24 -
F.2	Durchführung der Übergangsregelungen _____	- 25 -
III.	BERECHNUNG DER KENNGRÖßEN FÜR DIE MONATLICHEN ZUWEISUNGEN - 27 -	
G.	Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2012 _____	- 27 -
G.0	Datengrundlagen _____	- 27 -
G.1	Berechnung der Angleichungsfaktoren _____	- 28 -
G.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse _____	- 33 -
G.3	Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse _____	- 33 -
G.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben _____	- 34 -
G.5	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen _____	- 34 -
G.6	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV _____	- 34 -
H.	Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2012 _____	- 34 -
H.0	Datengrundlagen _____	- 34 -
H.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren _____	- 36 -
H.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse _____	- 36 -
H.3	Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse _____	- 37 -
H.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben _____	- 37 -
H.5	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen _____	- 37 -
H.6	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV _____	- 38 -
I.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2012 – Erstes Halbjahr _____	- 38 -
I.0	Datengrundlagen _____	- 38 -
I.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren _____	- 39 -

I.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012	- 44 -
I.3	Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012	- 45 -
I.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012	- 45 -
I.5	Ermittlung der Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 46 -
I.6	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 46 -
J.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2012 – Zweites Halbjahr	- 46 -
J.0	Datengrundlagen	- 46 -
J.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 46 -
J.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2012	- 47 -
J.3	Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2012	- 47 -
J.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2012	- 48 -
J.5	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 48 -
J.6	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 48 -
K.	Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2012	- 48 -
K.0	Datengrundlagen	- 48 -
K.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 50 -
K.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2012	- 50 -
K.3	Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das Jahr 2012	- 51 -
K.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012	- 51 -
K.5	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 51 -
K.6	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 52 -
IV.	BERECHNUNG DER MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	- 53 -
L.	Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid	- 53 -
M.	Ermittlung der Zuweisungen	- 53 -
M.1	Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren	- 53 -
M.2	Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben	- 55 -
M.3	Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V	- 55 -
M.4	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben	- 55 -
M.5	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 56 -
M.6	Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme	- 56 -
M.7	Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 56 -

V. BERECHNUNG DER KORREKTURBETRÄGE IN DEN STRUKTURANPASSUNGEN - 57

-

N. Strukturanpassung I/2012 _____ - 57 -

- N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen _____ - 57 -
- N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März _____ - 57 -
- N.3 Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März _____ - 59 -

O. Strukturanpassung II/2012 _____ - 59 -

- O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen _____ - 59 -
- O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2012 _____ - 60 -
- O.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September _____ - 62 -
- O.4 Ermittlung der Korrekturbeträge _____ - 64 -

P. Strukturanpassung III/2012 _____ - 65 -

- P.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen _____ - 65 -
- P.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2012 _____ - 65 -
- P.3 Ermittlung der Korrekturbeträge _____ - 67 -

VI. NEUERMITTLUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN IM JAHRESAUSGLEICH _____ - 68 -

Q. Kenngrößen für den Jahresausgleich _____ - 68 -

- Q.0 Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale _____ - 68 -
- Q.1 Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben _____ - 68 -
- Q.2 Standardisierte Verwaltungskosten _____ - 68 -
- Q.3 Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen _____ - 69 -
- Q.4 Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen _____ - 69 -
- Q.5 Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV _____ - 69 -
- Q.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben _____ - 70 -
- Q.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA) _____ - 70 -

R. Vorbereitung der Stichprobe _____ - 71 -

- R.1 Stichprobe vor Kassenausschluss _____ - 71 -
- R.2 Stichprobe nach Kassenausschluss _____ - 71 -
- R.3 Zuordnung der Stichprobenversicherten _____ - 71 -
- R.4 Berücksichtigung von Erstattungen _____ - 72 -
- R.5 Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe _____ - 73 -

S. Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge _____ - 74 -

S.1	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale	- 74 -
S.2	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG	- 75 -
S.3	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)	- 76 -
S.4	Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung	- 77 -
S.5	Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG	- 78 -
S.6	Ermittlung der Zuschläge für die KGG	- 79 -
S.7	Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag	- 79 -
T.	Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V	- 80 -
VII.	BERECHNUNG DES JAHRESAUSGLEICHS	- 82 -
U.	Datengrundlagen	- 82 -
U.1	Zuordnungsprinzipien	- 82 -
U.2	Fusionsstand	- 83 -
V.	Berechnung der Zuweisungen	- 83 -
V.1	Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben	- 83 -
V.2	Zuweisungen für Verwaltungsausgaben	- 83 -
V.3	Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 83 -
V.4	Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme	- 83 -
V.5	Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV	- 83 -
V.6	Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V	- 84 -

I. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

Vorbemerkungen

- Soweit nicht anders angegeben werden alle vom Bundesversicherungsamt (BVA) bekanntzugebenden Werte auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.
- Soweit im Folgenden von geschätzten, voraussichtlichen oder erwarteten Größen die Rede ist, beziehen sich diese auf die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Werte
- Soweit im Folgenden von Mitgliederzahlen die Rede ist, sind diese um die Zahl der Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V verringert.

A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

A.1 Grundpauschale

Gemäß § 36 Abs. 2 RSAV stellt das Bundesversicherungsamt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr fest. Die Berechnung erfolgt gemäß B.1.

A.2 DMP-Programmkostenpauschale

A.2.a DMP-Programmkostenpauschale

A.2.a.i Jährliche DMP-Programmkostenpauschale

Die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten wird gemäß § 38 Abs. 2 S.1 RSAV vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt.

A.2.a.ii Monatliche DMP-Programmkostenpauschale

Die monatliche DMP-Programmkostenpauschale ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl 12 geteilt wird.

A.2.a.iii DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag

Die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr geteilt wird.

A.2.b bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale

Der bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der berücksichtigungsfähigen

Leistungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

A.2.c Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale

Der Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der Nettoverwaltungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

A.3 Bereinigte voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds

Die bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ermitteln sich als

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

II. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren

B. Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren

B.1 Berechnung der Grundpauschalen

B.1.a Erwarteter Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der erwartete Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der geschätzten Zahl der Versichertentage nach § 2 Abs. 1 S. 3 RSAV mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten-tag nach A.2.b.

B.1.b Grundpauschale

B.1.b.i Jährliche Grundpauschale

Die jährliche Grundpauschale ergibt sich als die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach B.1.a, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2012.

B.1.b.ii Monatliche Grundpauschale

Die monatliche Grundpauschale ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl 12.

B.1.b.iii Grundpauschale je Versichertentag

Die Grundpauschale je Versichertentag ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.2 Berechnung der Kenngrößen für die standardisierten Verwaltungskostenzuweisungen

B.2.a Erwarteter Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten

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

B.2.b Standardisierte Verwaltungskosten nach Versicherungszeiten

B.2.b.i Monatliche standardisierte Verwaltungskosten je Versicherten

Die monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach B.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2012, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.2.b.ii Standardisierte Verwaltungskosten je Versichertentag

Die standardisierten Verwaltungskosten je Versichertentag ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2012, wiederum geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.2.c Standardisierte Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

B.3.a Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen

B.3.a.i Monatliche standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten

Die monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2012, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2012, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.3.a.ii Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag

Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2012, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2012, wiederum geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

Die jährliche und monatliche DMP-Programmkostenpauschale, sowie die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag werden gemäß A.2.a ermittelt.

B.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 40 RSAV

Der monatliche mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach A.3 geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2012, wiederum geteilt durch die Zahl 12, und den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Abzug des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. Buchst. a) und c) SGB V vorgesehenen Beträge.

B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

B.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2010 gebuchten Ausgaben der Konten 4070, 4670, 4820, 5130, 5140, 5155, 5186-5188, 5270 und 5900.

B.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

B.6.b.i Jährlicher Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten

Der jährliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2012.

B.6.b.ii Monatlicher Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten

Der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versicherten-

jahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2012, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.6.b.iii Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten-tag

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2012, wiederum geteilt durch Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.7 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Monatliches Abschlagsverfahren – MA)

B.7.a Geschätztes Nettokrallengeld

Das geschätzte Nettokrallengeld des Jahres 2012 ermittelt sich aus den Nettokrallengeldausgaben des Jahres 2010 fortgeschrieben mit den bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Veränderungsraten des Bruttokrallengeldes für die Jahre 2011 und 2012.

B.7.b Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.7.c Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a).

B.8 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Zuweisungsanteile – ZuA)

B.8.a Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a) und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.8.b Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a).

C. Vorbereitung der Stichprobe

C.1 Stichprobe vor Kassenausschluss

Die Stichprobe vor Kassenausschluss ergibt sich aus den gemäß Anlage 3.2 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V gezogenen Stichprobenversicherten mit ihren in der Satzart 700 des Jahres 2010 gemeldeten Ausgaben und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2009 (Korrekturmeldung).

C.2 Stichprobe nach Kassenausschluss

C.2.a Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Leistungsausgaben ohne Krankengeld sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Stichprobe vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

C.2.b Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Krankengeldausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Stichprobe vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

C.3 Zuordnung der Stichprobenversicherten

C.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

Die Stichprobenversicherten werden wie folgt den Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2010, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Korrekturmeldung) und des Alters im Jahr 2009.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2009 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2009 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30.09.2011.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Korrekturmeldung). Stichprobenversicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

C.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Stichprobenversicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2009 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters im Jahr 2010, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Stichprobenversicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in C.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

C.3.c Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Stichprobenversicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) mindestens einen Versichertentag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2010, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Erstmeldung) und des Alters im Jahr 2010. Stichprobenversicherte, die einer K-EMG zugeordnet werden, werden keiner K-AGG zugeordnet.

C.4 Berücksichtigung von Erstattungen

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

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

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

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

C.4.a Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern

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

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

C.4.b Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung

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

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

C.4.c Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

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

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

C.4.d Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der integrierten Versorgung

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

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

C.4.e Erstattungsfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (EfLAoKG)

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

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

C.5 Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe

C.5.a Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen nach C.4 für alle Versicherten der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (C.2.a) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

C.5.b Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld

Die im HLB 6 gemeldeten Krankengeldausgaben werden unter Berücksichtigung der Erstattungen für das Krankengeld für alle Versicherten der Stichprobe für das Krankengeld (C.2.b) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld.

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

D.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

D.1.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus C.2.a mit den nach C.3.a zugeordneten Risikomerkmale und ihren versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld unter Berücksichtigung der Erstattungen nach C.4.

Versicherte, die den AusAGG nach C.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.1.b Regression

D.1.b.i Regressionsgewicht gemäß dem Anteil der Versichertenepisode am Berichtsjahr

Die Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr werden geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Berichtsjahr. Verstorbene erhalten hiervon abweichend das Gewicht 1.

D.1.b.ii Annualisierung der Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen versichertenbezogen aufsummiert und durch das Gewicht nach D.1.b.i geteilt.

D.1.b.iii 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 annualisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß D.1.b.i.

D.1.b.iv 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.

D.1.b.v Negative Regressionskoeffizienten

Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Bei Risikomerkmalen, deren Regressionskoeffizienten fehlende statistische Signifikanz ($p\text{-Wert} \geq 0,001$) aufweisen, wird ebenfalls der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt; ist hiervon eine dominierende Morbiditätsgruppe betroffen, greift die Regel nach D.1.b.iv.

D.1.b.vi Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen, negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten

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

D.1.c Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten nach D.1.b durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach C.5.a und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt werden.

D.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

D.2.a Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus

C.2.a mit den nach C.3.a zugeordneten Risikomerkmale, sowie die nach D.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten.

Versicherte, die den AusAGG nach C.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.2.b Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach C.3.a die nach D.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.

D.2.c Durchschnittlicher Zuschlag für die AusAGG

Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach D.2.b aller der korrespondierenden AGG nach C.3.a zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG.

D.2.d Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach D.2.c durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach C.5.a und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt wird.

D.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)

D.3.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld aus C.2.b mit den nach C.3.c zugeordneten Krankengeldgruppen und ihren versichertenbezogenen Krankengeldausgaben.

Versicherte, die keiner KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.3.b Bruttokrankengeldausgaben je KGG

Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe aufsummiert.

D.3.c Durchschnittswertberechnung für die KGG

D.3.c.i Durchschnittlicher Zuschlag für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der Bruttokrkrankengeldausgaben je KGG nach D.3.b durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld geteilt wird.

D.3.c.ii Durchschnittlicher Zuschlag bei Nullbesetzung

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Stichprobe mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

D.3.d Erstattungen für das Krankengeld (EKG)

Die Bruttokrkrankengeldausgaben sind um die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG und K-EMG ermittelt. Die EKG werden getrennt nach EKG für Erwerbsminderungsrentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216) und nach EKG für sonstige Fälle (entsprechend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219) ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 43 für das Jahr 2010 gebildet.

D.3.d.i Standardisiertes Bruttokrkrankengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG

Das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach D.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-EMG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach D.3.d vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-EMG geteilt wird.

D.3.d.ii Standardisiertes Bruttokrkrankengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG

Das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für nach D.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-AGG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach D.3.d vom standardisierten Bruttokrkrankengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrkrankengeld für die K-AGG geteilt wird.

D.3.e Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach D.3.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld nach C.5.b geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor nach D.3.d multipliziert werden.

D.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung

Die in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldeten Versicherten werden den Risikomerkmale, AusAGG und Krankengeldgruppen zugeordnet wie in Abschnitt G.0 (Datengrundlagen für den Grundlagenbescheid I / 2012) beschrieben.

D.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

D.5.a Vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus D.1.c und D.2.d mit der Zahl der nach D.4 dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der jeweiligen AusAGG zugeordneten Versicherten.

D.5.b Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.5.a..

D.5.c Vorläufige Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die vorläufigen Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus D.1.c und D.2.d berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschalen aus B.1.b.ii, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.5.b und dem Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.7.b multipliziert werden.

D.5.d Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

D.5.d.i Monatliche Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die monatlichen Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG ergeben sich aus den vorläufigen Zuschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG, indem bei den AGG und AusAGG der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben aus B.6.b.ii addiert und die monatliche Grundpauschale aus B.1.b.ii subtrahiert wird.

D.5.d.ii Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten aus D.5.d.i, multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

D.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG

D.6.a Vorläufige Risikomenge für das Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen aus D.3.e mit der Zahl der nach D.4 der jeweiligen Krankengeldgruppe zugeordneten Versicherten mit Krankengeldanspruch.

D.6.b Korrekturfaktor für das Krankengeld

Der Korrekturfaktor für das Krankengeld ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld aus D.6.a.

D.6.c Zuschläge für die KGG

D.6.c.i Monatliche Zuschläge für die KGG je Versicherten

Die monatlichen Zuschläge für die KGG je Versicherten mit Krankengeldanspruch werden aus den Gewichtungsfaktoren für die KGG aus D.3.e berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschalen aus B.1.b.ii, dem Korrekturfaktor für das Krankengeld aus D.6.b und dem Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld aus B.7.c multipliziert werden.

D.6.c.ii Zuschläge für die KGG je Versichertentag

Die Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch ergeben sich aus den monatlichen Zuschlägen für die KGG je Versicherten mit Krankengeldanspruch aus D.6.c.i, multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

D.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr

D.7.a Standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr

Die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr ergeben sich, indem bei den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten aus D.5.d.i für die AGG und AusAGG die monatliche Grundpauschale aus B.1.b.ii addiert wird. Sodann werden die Werte für alle Risikogruppen mit der Zahl 12 multipliziert.

D.7.b Standardisierte Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versicherten und Jahr mit Krankengeldanspruch

Die standardisierten Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versicherten und Jahr mit Krankengeldanspruch ergeben sich, indem die monatlichen Zuschläge für die Krankengeld-

gruppen je Versicherten mit Krankengeldanspruch aus D.6.c.i mit der Zahl 12 multipliziert werden.

E. Berechnung der Zuweisungsanteile

E.1 Regressionsanteile

E.1.a Datengrundlage

Die Regressionsanteile werden auf Grundlage der Versicherten der Stichprobe vor Kassenausschluss nach C.1 mit ihren dort gemeldeten Versichertenzeiten, sowie der ihnen nach C.3.a bzw. C.3.b zugeordneten Risikomerkmale bzw. AusAGG und der Regressionskoeffizienten bzw. durchschnittlichen Zuschläge für die AusAGG nach D.1.b bzw. D.2.c berechnet.

E.1.b Regressionsanteile

Der Regressionsanteil der AGG ergibt sich als Summenprodukt aus den Regressionskoeffizienten für die AGG und den Versichertenzeiten der der jeweiligen AGG zugeordneten Versicherten, geteilt durch das Summenprodukt aus den Regressionskoeffizienten bzw. durchschnittlichen Zuschläge für alle Risikomerkmale und AusAGG und den Versichertenzeiten der dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der AusAGG zugeordneten Versicherten.

Die Regressionsanteile für die EMG, HMG, KEG und AusAGG ergeben sich analog.

E.2 Zuweisungsanteile

E.2.a Zuweisungsanteil für AGG

Der Zuweisungsanteil für AGG ergibt sich, indem die Summe gebildet wird aus

- dem Produkt des Regressionsanteils der AGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), und
- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, der dem Anteil der der AGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012.

E.2.b Zuweisungsanteil für EMG

Der Zuweisungsanteil für EMG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der EMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012.

E.2.c Zuweisungsanteil für HMG

Der Zuweisungsanteil für HMG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der HMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012.

E.2.d Zuweisungsanteil für KEG

Der Zuweisungsanteil für KEG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der KEG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012.

E.2.e Zuweisungsanteil für AusAGG

Der Zuweisungsanteil für AusAGG ergibt sich, indem die Summe gebildet wird aus

- dem Produkt des Regressionsanteils der AusAGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an

den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2012, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2012, und

- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

F. Berechnung der monatlichen Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

F.1 Berechnung der länderbezogenen Be- und Entlastungen

F.1.a Ermittlung der bundeslandspezifischen Zuweisungen

F.1.a.i Zuordnung der Zuweisungen

F.1.a.i.(a) Ermittlung der Zuweisungen je Krankenkasse

Die Zuweisung je Krankenkasse entsprechen den Angaben aus dem Grundlagenbescheid I/2012 des BVA vom 15.11.2011 (Zuweisungen ohne Berücksichtigung des monatlichen Anpassungsbetrags nach § 272 SGB V).

F.1.a.i.(b) Anteilige Kürzung der Zuweisungen

Die Zuweisungen nach F.1.a.i.(a) werden für jede Kasse anteilig um folgende Bestandteile gekürzt:

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

F.1.a.i.(c) Ermittlung der Zuweisungen je Krankenkasse und Land

Die Zuweisungen nach F.1.a.i.(b) werden für jedes Bundesland, in dem die Kasse tätig ist, durch die Gesamtzahl der Versichertentage der Kasse nach SA100 dividiert und mit den länderspezifischen Versichertentagen der Kasse nach SA100 multipliziert.

F.1.a.ii Ermittlung der Zuweisungen je Land

Die Zuweisungen je Land ergeben sich als Summe der länderspezifischen Zuweisungen nach F.1.a.i.(c) der in diesem Land tätigen Krankenkassen.

F.2 Durchführung der Übergangsregelungen

F.2.a Saldierung der bereinigten Einnahmen und der Zuweisungen

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

F.2.a.i Ermittlung und Normierung der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen je Bundesland

Zur Ermittlung der fortgeschriebenen Beitragseinnahmen je Bundesland werden die hierfür zuletzt festgestellten Werte angesetzt und mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V fortgeschrieben. Die so fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen werden je Bundesland mit der Summe der Zuweisungen nach F.1.a multipliziert und durch die Summe der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen dividiert.

F.2.a.ii Saldierung und Ermittlung länderspezifischer Belastungen

Es wird für jedes Bundesland die Differenz aus Zuweisungen nach F.1.a und normierten Einnahmen nach F.2.a.i gebildet. Ergibt sich ein negativer Saldo liegt eine Belastung des Landes in Höhe dieses Saldos vor.

F.2.b Prüfung auf Überschreitung des Schwellenwerts

F.2.b.i Ermittlung des Schwellenwerts

Der Schwellenwert beträgt 400 Mio. € im Jahr 2012.

F.2.b.ii Ermittlung des Kappungsbetrags

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

F.2.c Ermittlung der Anpassungsbeträge

F.2.c.i Ermittlung des landesbezogenen Anpassungsbetrags je Versicherten

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

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

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

F.2.c.ii Ermittlung des landesbezogenen Anpassungsbetrags je Versichertentag

Der landesbezogene Anpassungsbetrag je Versichertentag ergibt sich, indem die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten nach F.2.c.i durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr geteilt werden.

III. Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen

G. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2012

G.0 Datengrundlagen

G.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

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

G.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

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

G.0.c Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 15. November 2011.

G.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren

G.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

G.1.b Angleichungsfaktor für die AGG

G.1.b.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AGG aus E.2.a multipliziert wird.

G.1.b.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus D.5.d.i gebildet wird.

G.1.b.iii Angleichungsfaktor für die AGG

Der Angleichungsfaktor für die AGG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AGG aus G.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus G.1.b.ii, die um den Teil des monatlichen Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen zugeordneten Versicherten entspricht.

G.1.c Angleichungsfaktor für die EMG

G.1.c.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für EMG aus E.2.b multipliziert wird.

G.1.c.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der EMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus D.5.d.i gebildet wird.

G.1.c.iii Angleichungsfaktor für die EMG

Der Angleichungsfaktor für die EMG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG aus G.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus G.1.c.ii.

G.1.d Angleichungsfaktor für die HMG

G.1.d.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für HMG aus E.2.c multipliziert wird.

G.1.d.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der HMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus D.5.d.i gebildet wird.

G.1.d.iii Angleichungsfaktor für die HMG

Der Angleichungsfaktor für die HMG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG aus G.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus G.1.d.ii.

G.1.e Angleichungsfaktor für die KEG

G.1.e.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für KEG aus E.2.d multipliziert wird.

G.1.e.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der KEG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus D.5.d.i gebildet wird.

G.1.e.iii Angleichungsfaktor für die KEG

Der Angleichungsfaktor für die KEG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG aus G.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus G.1.e.ii.

G.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG

G.1.f.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus E.2.e multipliziert wird.

G.1.f.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus D.5.d.i gebildet wird.

G.1.f.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus G.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus G.1.f.ii, die um den Teil des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

G.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld

G.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

G.1.g.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für das Krankengeld

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahr 2011 gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.i gebildet wird.

G.1.g.iii Angleichungsfaktor für das Krankengeld

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld aus G.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus G.1.g.ii.

G.1.h Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen

G.1.h.i Monatliches Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen

Das monatliche Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen ergibt sich aus der Summe

- des Produktes der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus B.2.b.i mit der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c mit dem monatlichen Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus G.1.a.

G.1.h.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für die Verwaltungskosten

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Verwaltungskostenzuweisungen aufgrund der Werte nach B.2.b.i und B.2.c ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

G.1.h.iii Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen

Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Verwaltungskostenzuweisungen aus G.1.h.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten aus G.1.h.ii.

G.1.i Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

G.1.i.i Monatliches Zielvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus dem Produkt der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a mit der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2011 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten.

G.1.i.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für die Satzungs- und Ermessensleistungen

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

G.1.i.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus G.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus G.1.i.ii.

G.1.j Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V

G.1.j.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V ergibt sich aus der Summe der Kappungsbeträge nach F.2.b.ii über alle Bundesländer geteilt durch die Zahl 12.

G.1.j.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für nach § 272 SGB V

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen nach § 272 SGB V aufgrund der Werte nach F.2.c.i ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

G.1.j.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen nach § 272 SGB V aus G.1.j.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V aus G.1.j.ii.

G.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

G.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach G.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.a.

G.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.g.iii multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.a.

G.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus G.2.a und G.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

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

G.3.a Zuordnung der Pseudonyme zur Krankenkasse

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird er einem Bundesland gemäß G.0.a zugeordnet.

G.3.b Durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag

Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus F.2.c.i mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.j.iii multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

G.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus B.2.b.i mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus G.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.h.iii multipliziert.

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

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

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

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

H. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2012

H.0 Datengrundlagen

H.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2011 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2011 zu Grunde zu legen,

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

H.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das Jahr 2011. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet.

H.0.c Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. April 2012.

H.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

H.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des Jahres 2011 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

H.1.b Angleichungsfaktoren

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V werden analog zu Abschnitt G.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach H.0, des Zielvolumens nach H.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

H.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

H.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind,. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach H.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus H.0.a.

H.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus H.0.a.

H.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus H.2.a und H.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

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

H.3.a Zuordnung der Pseudonyme zur Krankenkasse

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2011 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird es einem Bundesland gemäß H.0 zugeordnet.

H.3.b Durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag

Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus F.2.c.i mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2011, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.b multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

H.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus B.2.b.i mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus H.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.b multipliziert.

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

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

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

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

I. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2012 – Erstes Halbjahr

I.0 Datengrundlagen

I.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2011 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand der Art und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 90 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2011 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2012. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

I.0.b Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

I.0.c Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2012.

I.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

I.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem die Summe der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2012 gemeldeten Versicherungszeiten durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr geteilt und mit dem Produkt aus der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii und der Zahl 6 multipliziert wird.

I.1.b Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2012

I.1.b.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AGG aus E.2.a multipliziert wird.

I.1.b.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus D.5.d.ii gebildet wird.

I.1.b.iii Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das erste Halbjahr 2012 aufgrund der AGG aus I.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus I.1.b.ii, die um den Teil des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus I.1.a erhöht werden, der dem Anteil der Versicherungszeiten der den AGG zugeordneten Versicherten an den Versicherungszeiten aller Versicherten entspricht.

I.1.c Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2012

I.1.c.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für EMG aus E.2.b multipliziert wird.

I.1.c.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der EMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus D.5.d.ii gebildet wird.

I.1.c.iii Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr aus I.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus I.1.c.ii. Der Angleichungsfaktor für die EMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.d Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2012

I.1.d.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für HMG aus E.2.c multipliziert wird.

I.1.d.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der HMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus D.5.d.ii gebildet wird.

I.1.d.iii Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus I.1.d.ii. Der Angleichungsfaktor für die HMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.e Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2012

I.1.e.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für KEG aus E.2.d multipliziert wird.

I.1.e.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der KEG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus D.5.d.ii gebildet wird.

I.1.e.iii Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus I.1.e.ii. Der Angleichungsfaktor für die KEG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2012

I.1.f.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus E.2.e multipliziert wird.

I.1.f.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus D.5.d.ii gebildet wird.

I.1.f.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus I.1.f.ii, die um den Teil des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus I.1.a er-

höht werden, der dem Anteil der Versicherungszeiten der den AusAGG zugeordneten Versicherten an den Versicherungszeiten aller Versicherten entspricht.

I.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012

I.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

I.1.g.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für das Krankengeld

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahrs 2012 gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.ii gebildet wird.

I.1.g.iii Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus I.1.g.ii. Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.h Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012

I.1.h.i Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2011

Das Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2011 ergibt sich aus der Summe

- der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2012 gemeldeten Versicherungszeiten geteilt durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr, und multipliziert mit dem Produkt der monatlichen standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten aus B.2.b.i mit der Zahl 6, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c mit dem Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2011 aus I.1.a.

I.1.h.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für Verwaltungskosten

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Verwaltungskostenzuweisungen aufgrund der Werte nach B.2.b.ii und B.2.c ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

I.1.h.iii Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.h.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten aus I.1.h.ii. Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.i Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012

I.1.i.i Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2012 gemeldeten Versicherungszeiten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr und multipliziert mit dem Produkt der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a mit der Zahl 6.

I.1.i.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

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

I.1.i.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012 aus I.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus I.1.i.ii. Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.1.j Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012

I.1.j.i Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich aus der Summe der Kappungsbeträge nach F.2.b.ii über alle Bundesländer geteilt durch die Zahl 2.

I.1.j.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen nach § 272 SGB V aufgrund der Werte nach F.2.c.i ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

I.1.j.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen nach § 272 SGB V aus I.1.j.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen nach § 272 SGB V aus I.1.j.ii. Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen nach § 272 SGB V wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

I.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012

I.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2012

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2012 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.ii multipliziert mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach I.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versichertenzeiten an den Versichertenzeiten aller Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus I.0.a und I.0.b.

I.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.ii mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach I.1.g multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus I.0.a und I.0.b.

I.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als Summe aus I.2.a und I.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012.

I.3 Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012

I.3.a Zuordnung der Pseudonyme zu den Bundesländern

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 gemeldete Pseudonym wird mit seinen Versicherungszeiten einem Bundesland gemäß I.0.a zugeordnet.

I.3.b Durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag

Je Krankenkasse werden die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versichertentag aus F.2.c.ii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Halbjahr 2012, die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 – einschließlich der Versichertentage der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die Versichertentage der nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach I.1.j multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

I.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der standardisierten Verwaltungskosten je Versichertentag aus B.2.b.ii mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten Grundpauschale für das erste Halbjahr 2012 aus I.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach I.1.h multipliziert.

I.5 Ermittlung der Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen

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

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

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

J. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2012 – Zweites Halbjahr

J.0 Datengrundlagen

J.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 gemeldete Pseudonym wird entsprechend Abschnitt I.0.a den Risikogruppen zugeordnet.

J.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet.

J.0.c Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2012.

J.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

J.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2012

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2012 ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2012 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

J.1.b Angleichungsfaktoren für das zweite Halbjahr 2012

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das zweite Halbjahr 2012 werden analog zu Abschnitt G.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach J.0.a und J.0.b, des Zielvolumens nach J.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

J.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2012

J.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus J.0.a und J.0.b.

J.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus J.0.a und J.0.b.

J.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus J.2.a und J.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

J.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2012

J.3.a Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012 gemeldete Pseudonym wird der Krankenkasse zugeordnet, bei der es am Ende des Betrachtungszeitraums versichert war. Innerhalb dieser Krankenkasse wird er einem Bundesland gemäß J.0.a und J.0.b zugeordnet.

J.3.b Durchschnittlicher Kassenbezogener Anpassungsbetrag

Je Krankenkasse werden die monatlichen landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versicherten aus F.2.c.i mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren – einschließlich der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“ nach a.) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1.b multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versichertentag dar.

J.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2012

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

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

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

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

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

K. Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2012

K.0 Datengrundlagen

K.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2012 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2011 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand der Art und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung),
- zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2012 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mehr als 183 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das Jahr 2012 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2012 zu Grunde zu legen.
- sowie für die Zuweisungen nach § 272 SGB V zu den Bundesländern gemäß der Angabe in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung). Hierbei werden die Versicherten dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2011 von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde wie in der Satzart 111 für das Jahr 2012. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundesland zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

K.0.b Zuordnung der Versicherungszeiten den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das Jahr 2012 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei den meldenden Krankenkasse.

K.0.c Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. April 2013.

K.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

K.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2012

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2012 ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des Jahres 2012 gemeldeten Versicherungszeiten mit der Grundpauschalen nach B.1.b.iii multipliziert wird.

K.1.b Angleichungsfaktoren für das Jahr 2012

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen, für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für Zuweisungen nach § 272 SGB V für das Jahr 2012 werden analog zu Abschnitt I.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach K.0, des Zielvolumens nach K.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

K.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2012

K.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2012

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2012 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.ii multipliziert mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach K.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versichertenzeiten an den Versichertenzeiten aller Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus K.0.

K.2.b Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2012

Die Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2012 ermittelt sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.ii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach K.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus K.0.

K.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2012

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2012 ergibt sich als Summe aus K.2.a und K.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012.

K.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V je Krankenkasse für das Jahr 2012

K.3.a Zuordnung der Pseudonyme zu den Bundesländern

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2012 gemeldete Pseudonym wird mit seinen Versicherungszeiten einem Bundesland gemäß K.0.a zugeordnet.

K.3.b Durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag

Je Krankenkasse werden die landesbezogenen Anpassungsbeträge je Versichertentag aus F.2.c.ii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012, die dem entsprechenden Bundesland zugeordnet wurden, multipliziert. Das Produkt wird durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2012 – einschließlich der Versichertentage der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, allerdings ohne die Versichertentage der nicht einem Bundesland zuordenbaren Versicherten (Kennzeichen „99“) – geteilt. Das Ergebnis wird mit dem Angleichungsfaktor nach K.1.b multipliziert und stellt den durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag dar.

K.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der standardisierten Verwaltungskosten je Versichertentag aus B.2.b.ii mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten Grundpauschale für das Jahr 2012 aus K.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach K.1.b multipliziert.

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

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

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

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

IV. Berechnung der monatlichen Zuweisungen

L. Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid

Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Januar bis März 2012 wird der Grundlagenbescheid I/2012 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate April bis September 2012 wird der Grundlagenbescheid II/2012 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Oktober bis Dezember 2011 wird der Grundlagenbescheid III/2012 zu Grunde gelegt. Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. des jeweiligen Zuweisungsmonats.

M. Ermittlung der Zuweisungen

M.1 Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren

M.1.a Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem Produkt aus der monatlichen DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.a mit der Zahl der RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten, die alle Krankenkassen in der KM6 des Vormonats gemeldet haben abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2012.

M.1.b Monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben errechnen sich als ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Jahr 2012 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.1.a multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.b. Die tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen risikoadjustierten monatlichen Grundpauschalen aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

M.1.c Monatlicher Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V

Der monatliche Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ergibt sich aus dem Verhältnis des monatlichen Soll-Anpassungsbetrages nach § 272 SGB V zum tatsächlichen vorläufigen Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ohne Anpassungsfaktor. Der monatliche Soll-Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V entspricht einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens des jährlichen Anpassungsbetrages nach § 272 SGB V im Jahr 2012. Der tatsächliche vorläufige Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ohne Anpassungsfaktor ergibt sich als Summe über alle Krankenkassen des jeweiligen durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrages aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vorvormonats gemeldet hat. Beträgt der monatliche Soll-Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V Null Euro, so nimmt der monatliche Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V den Wert 1 an.

M.1.d Monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben entsprechen einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.1.a multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. Die tatsächliche vorläufige Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

M.1.e Monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen entsprechen einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2012. Die tatsächliche vorläufige Zuweisungen für

Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Mehrleistungen aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

M.1.f Monatlicher Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der monatliche Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Sollwertes für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV zum tatsächlichen vorläufigen Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor. Der monatlichen Sollwert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV entspricht einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV im Jahr 2012. Die tatsächliche vorläufige Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen des Veränderungsbetrag je Mitglied aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

M.2 Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich als die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale der Krankenkasse aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben nach M.1.b.

M.3 Monatlicher Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V

Der monatliche Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V ergibt sich als durchschnittlicher kassenbezogener Anpassungsbetrag aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für den Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V nach M.1.c.

M.4 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben ergibt sich als monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach L. zu Grunde zu legenden

Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben nach M.1.d.

M.5 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der monatliche Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Mehrleistungen aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen nach M.1.e.

M.6 Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme

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

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

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als Veränderungsbetrag je Mitglied aus dem nach L. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach M.1.f.

V. Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen

N. Strukturanpassung I/2012

N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

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

- für den Januar 2012 der Durchschnitt der Monate Dezember 2011 und Februar 2012,
- für den Februar 2012 der Wert für den Monat Februar 2012, sowie
- für den März 2012 der Wert für den Monat Februar 2012.

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

N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März

N.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Das vorläufige Zuweisungsvolumen aller Krankenkassen für die Monate Januar bis März ergibt sich

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

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

N.2.b Vorläufiges Zuweisungsvolumen für DMP-Programme

Das vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme ergibt sich aus der Multiplikation der nach N.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.

N.2.c Vorläufiges Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus H.6.

N.2.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Januar bis März 2012 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens

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

N.2.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach N.2.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2012.

N.2.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

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

N.2.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach N.2.e multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. geteilt durch die Summe

der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach N.2.a.

N.2.h Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach N.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen nach N.2.a.

N.2.i Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach N.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach N.2.a.

N.2.j Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach N.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach N.2.c.

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

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

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

O. Strukturanpassung II/2012

O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das erste Halbjahr 2012 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß I.0.b anzusetzen. Für die Monate Juli bis September sind die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder der amtlichen Statistik KM1 des entsprechenden Monats zu entnehmen. Die anzuset-

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

O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2012

O.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das erste Halbjahr 2012 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 aus I.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 nach I.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 nach I.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 nach I.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012 nach I.5 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 nach I.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der nach O.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten summiert über die Monate Januar bis Juni,
- für **die Anpassung nach § 272 SGB V** dem durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versichertentag aus I.3.b multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2012 nach I.0.b, sowie
- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus I.6 multipliziert mit der nach O.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder summiert über die Monate Januar bis Juni.

O.2.b Vorgesehenes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2012

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich jeweils als die Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen,

- für die Anpassung nach § 272 SGB V, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV.

O.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2012

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach O.2.a abzüglich der Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2012.

O.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach O.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.c multipliziert mit dem relativen bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale, der sich aus dem absoluten bLA-Anteil nach A.2.b ergibt, geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.a.

O.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach O.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.c multipliziert mit dem relativen Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale, der sich aus dem absoluten Verwaltungskostenanteil nach A.2.c ergibt, geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.a.

O.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach O.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.a.

O.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach O.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2012 nach O.2.a.

O.2.h Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach O.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach O.2.a.

O.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September

O.3.a Vorläufige Zuweisungsvolumen

Das vorläufige Zuweisungsvolumen aller Krankenkassen für die Monate Juli bis September ergibt sich

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

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

O.3.b Vorläufiges Zuweisungsvolumen für DMP-Programme

Das vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme ergibt sich aus der Multiplikation der nach O.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.

O.3.c Vorläufiges Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach O.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus I.6.

O.3.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Juli bis September 2012 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens

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

O.3.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach O.3.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2012.

O.3.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach O.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach O.3.e multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach O.3.a.

O.3.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach O.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach O.3.e multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. geteilt durch die Summe

der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach O.3.a.

O.3.h Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach O.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen nach O.3.a.

O.3.i Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach O.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach O.3.a.

O.3.j Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach O.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach O.3.c.

O.4 Ermittlung der Korrekturbeträge

O.4.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2012

Für das erste Halbjahr 2012 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des ersten Halbjahres 2012 aus O.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das erste Halbjahr 2012 aus O.2.d bis O.2.h.

O.4.b Korrigiertes Zuweisungsvolumen für die Monate Juli bis September 2012

Für die Monate Juli bis September 2012 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats aus O.3.a bis O.3.c, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach

§ 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden monatlichen Anpassungsfaktor aus O.3.f bis O.3.j.

O.4.c Korrekturbetrag je Krankenkasse

Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach O.4.a und O.4.b ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

P. Strukturanpassung III/2012

P.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das Jahr 2012 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß K.0.b anzusetzen. Die anzusetzende Zahl der Mitglieder wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen. Die anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der KM6 des entsprechenden Monats entnommen.

P.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2012

P.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das Jahr 2012 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das Jahr 2012 aus K.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2012 nach K.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012 nach K.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2012 nach K.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2012 nach K.5 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2012 nach K.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebene Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der nach P.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten summiert über die Monate Januar bis Dezember,
- für **die Anpassung nach § 272 SGB V** dem durchschnittlichen kassenbezogenen Anpassungsbetrag je Versichertentag aus K.3.b multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2012 nach K.0.b, sowie

- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus K.6 multipliziert mit der nach P.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder multipliziert mit der Zahl 12.

P.2.b Vorgesehenes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2012

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das Jahr 2012 ergibt sich jeweils auf Basis des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens

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

P.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2012

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2012 ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach P.2.a abzüglich des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2012 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2012.

P.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach P.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2012 nach P.2.c multipliziert mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen für das Jahr 2012 nach P.2.a.

P.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach P.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2012 nach P.2.c multipliziert mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen für das Jahr 2012 nach P.2.a.

P.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das Jahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die Anpassung nach § 272 SGB V für das Jahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die Anpassung nach § 272 SGB V nach P.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die Anpassung nach § 272 SGB V aller Krankenkassen für das Jahr 2012 nach P.2.a.

P.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach P.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das Jahr 2012 nach P.2.a.

P.2.h Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2012

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2012 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach P.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach P.2.a.

P.3 Ermittlung der Korrekturbeträge

P.3.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2012

Für das Jahr 2012 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Jahres 2012 aus P.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen, der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV und der Anpassung nach § 272 SGB V multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das Jahr 2012 aus P.2.d bis P.2.h.

P.3.b Korrekturbetrag je Krankenkasse

Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach P.3.a ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

VI. Neuermittlung der kasseneinheitlichen Kenngrößen im Jahresausgleich

Q. Kenngrößen für den Jahresausgleich

Q.0 Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale

Die Grundpauschale je Versichertentag aus A.1 (Berechnung in B.1.b.iii), sowie die DMP-Programmkostenpauschale und deren bLA- und Verwaltungskosten-Anteil nach A.2 finden unverändert im Jahresausgleich Anwendung.

Q.1 Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Q.1.a Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.b.

Q.1.b Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich als die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Q.1.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung).

Q.2 Standardisierte Verwaltungskosten

Q.2.a Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten

Der Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c.

Q.2.b Standardisierte Verwaltungskosten je Versichertentag

Die standardisierten Verwaltungskosten je Versichertentag ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach Q.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung).

Q.2.c Standardisierte Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2012 abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach Q.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Q.1.a.

Q.3 Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen

Q.3.a Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag

Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergeben sich als die Satzungs- und Ermessensleistungen nach KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, geteilt durch Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung).

Q.4 Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

Die jährliche und monatliche DMP-Programmkostenpauschale, sowie die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag werden gemäß A.2.a ermittelt.

Q.5 Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV

Der mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach A.1 geteilt durch Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2012 (nach jahresdurchschnittlicher KM1) und den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V ohne Abzug des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen

higen Leistungsausgaben zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Ziffer a und c SGB V vorgesehenen Beträge.

Q.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Q.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2012 gebuchten Ausgaben der Konten 4070, 4670, 4820, 5130, 5140, 5155, 5186-5188, 5270 und 5900.

Q.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus Q.6.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung).

Q.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)

Q.7.a Nettokrallengeld

Das Nettokrallengeld des Jahres 2012 ergibt sich aus der KJ1 des Jahres 2012 in der entsprechenden Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

Q.7.b Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Q.1.a), des Nettokrallengeldes des Jahres 2012 (Q.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (Q.6.a), zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

Q.7.c Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des Nettokrallengeldes des Jahres 2012 (Q.7.a) zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2012 in der Abgrenzung der Anlage 3.1

der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Q.1.a).

R. Vorbereitung der Stichprobe

R.1 Stichprobe vor Kassenausschluss

Die Stichprobe vor Kassenausschluss ergibt sich aus den gemäß Anlage 3.2 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V gezogenen Stichprobenversicherten mit ihren in der Satzart 700 des Jahres 2012 gemeldeten Ausgaben und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung).

R.2 Stichprobe nach Kassenausschluss

R.2.a Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Leistungsausgaben ohne Krankengeld sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Stichprobe vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

R.2.b Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Krankengeldausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Stichprobe vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

R.3 Zuordnung der Stichprobenversicherten

R.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

Die Stichprobenversicherten werden wie folgt den Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung) und des Alters im Jahr 2011.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2011 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30.09.2011 in der Fassung der technischen Anpassung vom x.x.2013.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung). Stichprobenversicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

R.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Stichprobenversicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Stichprobenversicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in R.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

R.3.c Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Stichprobenversicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) mindestens einen Versichertentag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) und des Alters im Jahr 2012. Stichprobenversicherte, die einer K-EMG zugeordnet werden, werden keiner K-AGG zugeordnet.

R.4 Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 3.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-

Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu mindern. Ferner sind die Arzneimittelrabatte (AR), die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Kompletpauschalen und Rabatte im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten und vereinnahmten Mittel (IVKuR) pauschal zu berücksichtigen.

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

Für die Berechnung werden Faktoren für AR, KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 43 für das Jahr 2012 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

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

Die Berechnung erfolgt analog zum Abschnitt C.4.

R.5 Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe

R.5.a Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen nach R.4 für alle Versicherten der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (R.2.a) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

R.5.b Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld

Die im HLB 6 gemeldeten Krankengeldausgaben werden unter Berücksichtigung der Erstattungen für das Krankengeld für alle Versicherten der Stichprobe für das Krankengeld (R.2.b) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld.

S. Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge

S.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

S.1.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus R.2.a mit den nach R.3.a zugeordneten Risikomerkmale und ihren versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld unter Berücksichtigung der Erstattungen nach R.4.

Versicherte, die den AusAGG nach R.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

S.1.b Regression

S.1.b.i Regressionsgewicht gemäß dem Anteil der Versichertenepisode am Berichtsjahr

Die Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr werden geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Berichtsjahr. Verstorbene erhalten hiervon abweichend das Gewicht 1.

S.1.b.ii Annualisierung der Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen versichertenbezogen aufsummiert und durch das Gewicht nach S.1.b.i geteilt.

S.1.b.iii Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmal wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der annualisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß S.1.b.i.

S.1.b.iv 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 Risikomerkmal in der Regression berücksichtigt.

S.1.b.v Negative Regressionskoeffizienten

Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Bei Risikomerkmale, deren Regressionskoeffizienten fehlende statistische Signifikanz ($p\text{-Wert} \geq 0,001$) aufweisen, wird ebenfalls der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt; ist hiervon eine dominierende Morbiditätsgruppe betroffen, greift die Regel nach S.1.b.iv.

S.1.b.vi Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen, negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten

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

S.1.c Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten nach S.1.b durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach R.5.a und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt werden.

S.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

S.2.a Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus R.2.a mit den nach R.3.a zugeordneten Risikomerkmale, sowie die nach S.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten.

Versicherte, die den AusAGG nach R.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

S.2.b Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach R.3.a die nach S.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.

S.2.c Durchschnittlicher Zuschlag für die AusAGG

Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach S.2.b aller der korrespondierenden AGG nach R.3.a zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG.

S.2.d Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach S.2.c durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach R.5.a und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt wird.

S.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)

S.3.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld aus R.2.b mit den nach R.3.c zugeordneten Krankengeldgruppen und ihren versichertenbezogenen Krankengeldausgaben.

Versicherte, die keiner KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

S.3.b Bruttokrankengeldausgaben je KGG

Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe aufsummiert.

S.3.c Durchschnittswertberechnung für die KGG

S.3.c.i Durchschnittlicher Zuschlag für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der Bruttokrankengeldausgaben je KGG nach S.3.b durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Stichprobe nach Kassenausschluss für das Krankengeld geteilt wird.

S.3.c.ii Durchschnittlicher Zuschlag bei Nullbesetzung

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Stichprobe mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

S.3.d Erstattungen für das Krankengeld (EKG)

Die Bruttokrankengeldausgaben sind um die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG und K-EMG ermittelt. Die EKG werden getrennt nach EKG für Erwerbsminderungsrentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216) und nach EKG für sonstige Fälle (entspre-

chend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219) ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 43 für das Jahr 2012 gebildet.

S.3.d.i Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach S.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-EMG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach S.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG geteilt wird.

S.3.d.ii Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach S.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-AGG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach S.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG geteilt wird.

S.3.e Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach S.3.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für das Krankengeld nach R.5.b geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor nach S.3.d multipliziert werden.

S.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung

S.4.a Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG

Die in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Versicherten werden mit ihren Versicherungszeiten den Risikomerkmale und AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2011. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom XX. Xxx 2011 in der Fassung der technischen Anpassung vom Frühjahr 2013.

- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den AusAGG erfolgt anhand der Tage mit Wohnsitz im Ausland in der SA 100 des Jahres 2011 (Korrekturmeldung).

S.4.b Zuordnung zu den KGG

Alle Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung), die Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden mit den gemeldeten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch den KGG zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2012, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

S.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

S.5.a Vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus S.1.c und S.2.d mit den Versicherungszeiten der nach S.4.a dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der jeweiligen AusAGG zugeordneten Versicherten.

S.5.b Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus S.5.a.

S.5.c Vorläufige Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die vorläufigen Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus S.1.b.v und S.2.d berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus Q.1.b, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus

S.5.b und dem Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus Q.7.b multipliziert werden.

S.5.d Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den vorläufigen Zuschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG, indem bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag aus Q.6.b addiert und die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii subtrahiert wird.

S.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG

S.6.a Vorläufige Risikomenge für das Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen aus S.3.e mit den Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der nach S.4.b der jeweiligen Krankengeldgruppe zugeordneten Versicherten mit Krankengeldanspruch.

S.6.b Korrekturfaktor für das Krankengeld

Der Korrekturfaktor für das Krankengeld ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld aus S.6.a.

S.6.c Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch

Die Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch werden aus den Gewichtungsfaktoren für die KGG aus S.3.e berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Q.1.b, dem Korrekturfaktor für das Krankengeld aus S.6.b und dem Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld aus Q.7.c multipliziert werden.

S.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag

S.7.a Standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag

Die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag ergeben sich, indem bei den Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag aus S.5.d für die AGG und AusAGG die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii addiert wird.

S.7.b Standardisierte Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versichertentag mit Krankengeldanspruch

Die standardisierten Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versichertentag mit Krankengeldanspruch entsprechen den Zuschlägen für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch aus S.6.c.

T. Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

T.1.a Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V

Es findet eine Neuermittlung der Anpassungsbeträge nach § 272 SGB V analog zu Abschnitt F statt.

T.1.b Neuzuordnung der Versicherten zu den Krankenkassen und Bundesländer

Hierzu wird eine Neuzuordnung der Versicherten zu den Krankenkassen und Bundesländern vorgenommen. Jedes Pseudonym der SA 100 für das Jahr 2012 muss genau einer Krankenkasse und einem Bundesland zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt zu der Krankenkasse, bei der der Versicherte die höchsten Versicherungszeiten in der Satzart 100 desselben Jahres (Erstmeldung) aufweist. Weist ein Versicherter bei mehreren Krankenkassen dieselbe höchste Versicherungszeit auf, so erfolgt die Zuordnung nach dem Zufallsprinzip. Der Versicherte wird dem Bundesland zugeordnet, welches von der Krankenkasse gemeldet wurde, der der Versicherte zugeordnet wurde.

T.1.c Fortschreibung der bereinigten Summe der Einnahmen

Die für den vorangegangenen Jahresausgleich ermittelte bereinigte Summe der Einnahmen aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen aus dem Jahr 2008 wird entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V auf das Jahr 2012 fortgeschrieben.

T.1.d Zuweisungen je Krankenkasse

Die Zuweisungen je Krankenkasse entsprechen der Summe der Zuweisungen nach V.1 bis V.5.

T.1.e Anteilige Kürzung der Zuweisungen

Die Zuweisungen nach T.1.d werden für jede Krankenkasse anteilig um folgende Bestandteile gekürzt:

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

T.1.f Länderspezifische Versichertentage

Die nach T.1.e anteilig gekürzten Zuweisungen werden für jedes Bundesland, in dem eine Krankenkasse tätig ist, durch die Gesamtzahl der Versichertentage der Krankenkasse nach SA

100 dividiert und mit den länderspezifischen Versichertentagen der Krankenkasse nach SA 100 multipliziert.

T.1.g Zuweisungen je Bundesland

Die Zuweisungen je Bundesland ergeben sich als die Summe der länderspezifischen Zuweisungen nach T.1.f der in diesem Bundesland tätigen Krankenkassen.

T.1.h Saldierung der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen

Bei der Saldierung der fortgeschriebenen bereinigten Einnahmen nach T.1.c und der Zuweisungen nach T.1.g bleiben Einnahmen, Zuweisungen und Versichertenzahlen des „Bundeslandes 0“ (Ausland oder unbekannt) unberücksichtigt.

T.1.h.i Normierung der Einnahmen

Für jedes Bundesland werden die fortgeschriebenen länderbezogenen bereinigten Einnahmen nach T.1.c mit der Summe der Zuweisungen nach T.1.g multipliziert und durch die Summe der bereinigten Einnahmen nach T.1.c dividiert.

T.1.h.ii Saldierung und Ermittlung länderspezifischer Belastungen

Es wird für jedes Bundesland die Differenz aus Zuweisungen nach T.1.g und normierten Einnahmen nach T.1.h.i gebildet. Ergibt sich ein negativer Saldo liegt eine Belastung des Landes in Höhe dieses Saldos vor.

T.1.i Prüfung auf Überschreitung des Schwellenwerts

T.1.i.i Ermittlung des Schwellenwerts

Der Schwellenwert beträgt 400 Mio. € im Jahr 2012.

T.1.i.ii Ermittlung des Kappungsbetrags

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

T.1.j Landesbezogener Anpassungsbetrag je Versicherten

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

VII. Berechnung des Jahresausgleichs

U. Datengrundlagen

U.1 Zuordnungsprinzipien

U.1.a Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2012 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG erfolgt gemäß S.4.a.

U.1.b Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2012 (Erstmeldung) gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den KGG erfolgt gemäß S.4.b.

U.1.c Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen

Die Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2012 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

U.1.d Zahl der Mitglieder der Krankenkassen

Die anzusetzende Zahl der Mitglieder der Krankenkassen wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen.

U.1.e Landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse

Die landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse erfolgt, indem die Versicherungszeiten nach U.1.a dem Bundesland gemäß der Angabe in der Satzart 100 für das Jahr 2012 (Erstmeldung) zugeordnet werden. Hierbei werden die Versichertentage bzw. Versicherten (s.o.) dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung) von derselben Krankenkasse (unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Fusionen) gemeldet wurde. Versicherte, für die keine Meldung in der Satzart 100 derselben Krankenkasse vorliegt, werden dem von einer anderen Krankenkasse in der Satzart 100 gemeldeten Bundes-

land zugeordnet, wenn diese Zuordnung eindeutig ist; ansonsten erfolgt die Zuordnung zu „99 – nicht zugeordnet“.

U.2 Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2013.

V. Berechnung der Zuweisungen

V.1 Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit der Grundpauschalen je Versichertentag nach B.1.b.iii zuzüglich der Summe der Produkte der Zu- und Abschläge nach S.5.d mit den nach U.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG zuzüglich der Summe der Produkte der Zuschläge nach S.6.c mit den nach U.1.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch.

V.2 Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Zuweisungen nach V.1 mit dem Wert nach Q.2.c zuzüglich des Produktes aus der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach Q.2.b.

V.3 Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach Q.3.a.

V.4 Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkasse nach U.1.c mit der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.a.

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

Die mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV einer Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl der Krankenkasse nach U.1.d mit dem Wert nach Q.5.

V.6 Anpassung der Zuweisung nach § 272 SGB V

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