

Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012

Bonn, den 30.09.2011

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 30.06.2010 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Kodes – zuletzt angepasst durch die technische Anpassung zum 30.09.2011 – zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2012 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sowie die in der Anlage 4 beschriebenen technischen Details des Regressions- und Berechnungsverfahrens sind Bestandteil dieser Festlegung.

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

1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1. Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 132 zuschlagsfähige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die jeweils aus mindestens einer DxGruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Kode umfasst. Alle HMG, die ihnen zugeordneten DxG und ICD-Kodes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen, das jeweils zulässige Geschlecht sowie die Zusatzkennzeichen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach §§ 295 und 301 SGB V werden in Anlage 1 dokumentiert.

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der Daten nach § 30 RSAV des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres.

1.2. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten

Ausschließlich die in der Bekanntmachung vom 30.06.2010 abschließend benannten ICD-Kodes – zuletzt angepasst durch die technische Anpassung zum 30.09.2011 – werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet. Eine technische Anpassung aufgrund von Aktualisie-

rungen des ICD-Verzeichnisses sowie der Arzneimittelklassifikation wird gemäß § 31 Abs. 4 Satz 6 und 7 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes im Herbst des Jahres 2012 durchgeführt und bekannt gegeben.

1.3. Prinzipien für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

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

1.3.1. Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Hauptdiagnosen

Das Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose führt immer zur Zuordnung in eine DxGruppe. Hiervon gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zur DxG 225 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die entsprechenden Kriterien nach 1.3.2.5.6 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxG 821 und 850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxG 813, 814, 826, 827, 836, 840, 842, 846, 847 und 848 erfolgt nicht.

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

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und stationäre Nebendiagnosen sind bei der Zuordnung zu DxGruppen grundsätzlich gleichgestellt. Ausnahmen von dieser Regelung sind unter 1.3.2.1, 1.3.2.2 und 1.3.2.3 aufgeführt.

1.3.2.1. Verpflichtendes Qualifizierungsmerkmal „G“ bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt. Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt.

1.3.2.2. DxG mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bleiben hier unberücksichtigt. Stationäre Nebendiagnosen werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 bei der Zuordnung gleichgestellt.

1.3.2.3. Sonderfälle bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen

a) Sternkodes

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

b) Ausnahme DxGruppen

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

c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen

Stationäre Nebendiagnosen für DxGruppen, bei denen eine Prüfung der Behandlungstage (BT) bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen nach 1.3.2.5.3.a) vorgesehen ist, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

d) Chronisches Krankheitsgeschehen

Liegt mindestens eine stationäre Nebendiagnose für eine DxGruppe vor, bei der eine Prüfung der Behandlungstage bei chronischem Verlauf nach 1.3.2.5.3.b) vorgesehen ist, so wird in diesem Fall die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 8 BT reduziert.

1.3.2.4. DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung und ohne Arzneimittelzuordnung

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

1.3.2.5. DxG mit Arzneimittelzuordnung

Bei DxGruppen mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose nur dann berücksichtigt, wenn gleichzeitig für den Versicherten mit dieser Diagnose auch verordnete Arzneimittel vorliegen.

1.3.2.5.1. Formen der Arzneimittelzuordnung

Bei der Arzneimittelzuordnung werden folgende Formen unterschieden:

a) Obligate Arzneimittelzuordnung:

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

b) Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz

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

c) *Arzneimittelzuordnung entsprechend Schweregraddifferenzierung des Krankheitsverlaufs*

Diese Form gilt für DxGruppen, sofern sie eine schwere Verlaufsform einer Krankheit abbilden, die über eine spezielle Arzneimitteltherapie abgrenzbar ist.

Die unterschiedlichen Formen der Arzneimittelzuordnung sind in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet. Die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG sind in Anlage 3 aufgeführt.

1.3.2.5.2. Ermittlung der Behandlungstage

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

1.3.2.5.3. Prüfung der Behandlungstage

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

a) *BT-Prüfung bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen*

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

b) *BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen*

Versicherte müssen mindestens 183 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose.

1.3.2.5.4. DxGruppen mit obligater Arzneimittelzuordnung

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.5.3.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.4 (M2Q-Kriterium) erfüllt werden.

1.3.2.5.5. DxGruppen mit Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.5.3. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.4 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von der BT-Prüfung ausgenommen. Bei ihnen muss stattdessen nur das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.4 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

1.3.2.5.6. DxGruppen mit Arzneimittelzuweisung entsprechend Schweregrad des Krankheitsverlaufs

a) Schweregraddifferenzierung im Regelfall

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte altersübergreifend bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.5.3. Dies betrifft die DxG 836, 842, 846, 847 und 848.

b) Schweregraddifferenzierung im Sonderfall I

Bei den DxGruppen 225, 826, 827 und 840 entfällt die BT-Prüfung. Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

c) Schweregraddifferenzierung im Sonderfall II (HIV/Aids)

Bei den DxGruppen 813 und 814 wird für Kinder unter 12 Jahren abweichend zu 1.3.2.5.3 die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 50 Behandlungstage herabgesetzt.

1.3.3. Sonderregel bei der Zuordnung zu den DxGruppen 850 und 821 (Dialysestatus)

Um zur DxG 850 „Dialysestatus (mit Dialyse-Kennzeichen)“ oder der DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialyse-Kennzeichen)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV in dem dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

1.4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

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

Hierarchisierungsregeln

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	HMG001	HMG184	67	HMG060	HMG230	133	HMG134	HMG132
2	HMG004	HMG006	68	HMG060	HMG231	134	HMG157	HMG203
3	HMG004	HMG007	69	HMG067	HMG039	135	HMG164	HMG165
4	HMG005	HMG112	70	HMG067	HMG068	136	HMG169	HMG170
5	HMG006	HMG007	71	HMG067	HMG069	137	HMG169	HMG171
6	HMG008	HMG009	72	HMG067	HMG100	138	HMG170	HMG171
7	HMG008	HMG010	73	HMG067	HMG101	139	HMG174	HMG175
8	HMG008	HMG011	74	HMG067	HMG103	140	HMG174	HMG176
9	HMG008	HMG012	75	HMG067	HMG157	141	HMG174	HMG177
10	HMG008	HMG013	76	HMG067	HMG203	142	HMG175	HMG176
11	HMG008	HMG014	77	HMG068	HMG039	143	HMG175	HMG177
12	HMG009	HMG010	78	HMG068	HMG069	144	HMG176	HMG177
13	HMG009	HMG011	79	HMG068	HMG100	145	HMG201	HMG005
14	HMG009	HMG012	80	HMG068	HMG101	146	HMG201	HMG112
15	HMG009	HMG013	81	HMG068	HMG103	147	HMG202	HMG021
16	HMG009	HMG014	82	HMG068	HMG157	148	HMG202	HMG022
17	HMG010	HMG011	83	HMG068	HMG203	149	HMG202	HMG023
18	HMG010	HMG012	84	HMG069	HMG039	150	HMG202	HMG024
19	HMG010	HMG013	85	HMG069	HMG157	151	HMG202	HMG225
20	HMG010	HMG014	86	HMG069	HMG203	152	HMG208	HMG209
21	HMG011	HMG012	87	HMG077	HMG091	153	HMG210	HMG046
22	HMG011	HMG013	88	HMG077	HMG092	154	HMG211	HMG214
23	HMG011	HMG014	89	HMG078	HMG080	155	HMG212	HMG211
24	HMG012	HMG013	90	HMG078	HMG089	156	HMG212	HMG213
25	HMG012	HMG014	91	HMG078	HMG091	157	HMG212	HMG214
26	HMG013	HMG014	92	HMG079	HMG077	158	HMG213	HMG211
27	HMG015	HMG016	93	HMG079	HMG091	159	HMG213	HMG214
28	HMG015	HMG017	94	HMG079	HMG092	160	HMG215	HMG109
29	HMG015	HMG019	95	HMG080	HMG089	161	HMG215	HMG237
30	HMG016	HMG017	96	HMG080	HMG091	162	HMG216	HMG112
31	HMG016	HMG019	97	HMG081	HMG083	163	HMG217	HMG108
32	HMG017	HMG019	98	HMG081	HMG084	164	HMG217	HMG109
33	HMG021	HMG022	99	HMG081	HMG091	165	HMG217	HMG215
34	HMG021	HMG023	100	HMG083	HMG084	166	HMG217	HMG237
35	HMG021	HMG024	101	HMG083	HMG091	167	HMG218	HMG108
36	HMG022	HMG023	102	HMG084	HMG091	168	HMG218	HMG109
37	HMG022	HMG024	103	HMG086	HMG091	169	HMG218	HMG215
38	HMG023	HMG024	104	HMG087	HMG086	170	HMG218	HMG237
39	HMG025	HMG026	105	HMG087	HMG088	171	HMG219	HMG220
40	HMG025	HMG027	106	HMG087	HMG091	172	HMG222	HMG223
41	HMG025	HMG029	107	HMG088	HMG086	173	HMG222	HMG224
42	HMG026	HMG029	108	HMG088	HMG091	174	HMG223	HMG224

43	HMG027	HMG029	109	HMG089	HMG091	175	HMG225	HMG021
44	HMG035	HMG043	110	HMG092	HMG091	176	HMG225	HMG022
45	HMG035	HMG046	111	HMG095	HMG096	177	HMG225	HMG023
46	HMG035	HMG210	112	HMG099	HMG106	178	HMG225	HMG024
47	HMG043	HMG046	113	HMG100	HMG101	179	HMG226	HMG227
48	HMG043	HMG210	114	HMG100	HMG103	180	HMG226	HMG228
49	HMG047	HMG049	115	HMG101	HMG103	181	HMG227	HMG228
50	HMG051	HMG052	116	HMG104	HMG099	182	HMG229	HMG226
51	HMG051	HMG053	117	HMG104	HMG105	183	HMG229	HMG227
52	HMG052	HMG053	118	HMG104	HMG106	184	HMG229	HMG228
53	HMG054	HMG055	119	HMG104	HMG149	185	HMG230	HMG057
54	HMG054	HMG056	120	HMG105	HMG099	186	HMG230	HMG231
55	HMG054	HMG057	121	HMG105	HMG106	187	HMG231	HMG057
56	HMG054	HMG058	122	HMG108	HMG109	188	HMG234	HMG072
57	HMG054	HMG231	123	HMG108	HMG215	189	HMG235	HMG073
58	HMG055	HMG056	124	HMG108	HMG237			
59	HMG055	HMG057	125	HMG109	HMG237			
60	HMG055	HMG058	126	HMG111	HMG112			
61	HMG055	HMG231	127	HMG111	HMG216			
62	HMG056	HMG057	128	HMG130	HMG131			
63	HMG056	HMG231	129	HMG130	HMG132			
64	HMG058	HMG057	130	HMG130	HMG134			
65	HMG058	HMG231	131	HMG131	HMG132			
66	HMG060	HMG057	132	HMG134	HMG131			

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

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

Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)

Variable	Inhalt
AGG 001	weiblich, 0 Jahre
AGG 002	weiblich 1-5 Jahre
AGG 003	weiblich, 6-12 Jahre
AGG 004	weiblich, 13-17 Jahre
AGG 005	weiblich, 18-24 Jahre
AGG 006	weiblich, 25-29 Jahre
AGG 007	weiblich, 30-34 Jahre
AGG 008	weiblich, 35-39 Jahre
AGG 009	weiblich, 40-44 Jahre
AGG 010	weiblich, 45-49 Jahre
AGG 011	weiblich, 50-54 Jahre
AGG 012	weiblich, 55-59 Jahre
AGG 013	weiblich, 60-64 Jahre
AGG 014	weiblich, 65-69 Jahre
AGG 015	weiblich, 70-74 Jahre
AGG 016	weiblich, 75-79 Jahre
AGG 017	weiblich, 80-84 Jahre
AGG 018	weiblich, 85-89 Jahre
AGG 019	weiblich, 90-94 Jahre
AGG 020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AGG 021	männlich, 0 Jahre
AGG 022	männlich 1-5 Jahre
AGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AGG 040	männlich, 95+ Jahre

1.6. Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

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

Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Variable	Inhalt
EMG 001	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG 003	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG 004	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG 005	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG 006	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

1.7. Zuordnung zur Kostenerstattergruppe (KEG)

Versicherte, die in dem dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V oder § 53 SGB V aufwiesen, werden keiner HMG zugeordnet. Stattdessen werden sie anhand ihres Geschlechts und Alters im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr einer der folgenden Kostenerstattergruppen zugeordnet:

Kostenerstattergruppen (KEG)

Variable	Inhalt
KEG 001	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 SGB V
KEG 002	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 SGB V

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

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den AGG, EMG, KEG und HMG nicht zugeordnet. Stattdessen erhalten sie einen Zuschlag, der die durchschnittlichen Morbiditätsausgaben der GKV ihrer Altersgruppe reflektiert. Die AusAGG entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGG:

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGG)

Variable	Inhalt
AusAGG 001	weiblich, 0 Jahre
AusAGG 002	weiblich 1-5 Jahre
AusAGG 003	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG 004	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG 005	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG 006	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG 007	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG 008	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG 009	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG 010	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG 011	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG 012	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG 013	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG 014	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG 015	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG 016	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG 017	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG 018	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG 019	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG 020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AusAGG 021	männlich, 0 Jahre
AusAGG 022	männlich 1-5 Jahre
AusAGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG 040	männlich, 95+ Jahre

1.9. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Die Krankengeldgruppen (KGG) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG).

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

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

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-AGG 001	weiblich, 0 Jahre	K-AGG 092	männlich, 0 Jahre
K-AGG 002	weiblich, 1 Jahr	K-AGG 093	männlich, 1 Jahr
K-AGG 003	weiblich, 2 Jahre	K-AGG 094	männlich, 2 Jahre
K-AGG 004	weiblich, 3 Jahre	K-AGG 095	männlich, 3 Jahre
K-AGG 005	weiblich, 4 Jahre	K-AGG 096	männlich, 4 Jahre
K-AGG 006	weiblich, 5 Jahre	K-AGG 097	männlich, 5 Jahre
K-AGG 007	weiblich, 6 Jahre	K-AGG 098	männlich, 6 Jahre
K-AGG 008	weiblich, 7 Jahre	K-AGG 099	männlich, 7 Jahre
K-AGG 009	weiblich, 8 Jahre	K-AGG 100	männlich, 8 Jahre
K-AGG 010	weiblich, 9 Jahre	K-AGG 101	männlich, 9 Jahre
K-AGG 011	weiblich, 10 Jahre	K-AGG 102	männlich, 10 Jahre
K-AGG 012	weiblich, 11 Jahre	K-AGG 103	männlich, 11 Jahre
K-AGG 013	weiblich, 12 Jahre	K-AGG 104	männlich, 12 Jahre
K-AGG 014	weiblich, 13 Jahre	K-AGG 105	männlich, 13 Jahre
K-AGG 015	weiblich, 14 Jahre	K-AGG 106	männlich, 14 Jahre
K-AGG 016	weiblich, 15 Jahre	K-AGG 107	männlich, 15 Jahre
K-AGG 017	weiblich, 16 Jahre	K-AGG 108	männlich, 16 Jahre
K-AGG 018	weiblich, 17 Jahre	K-AGG 109	männlich, 17 Jahre
K-AGG 019	weiblich, 18 Jahre	K-AGG 110	männlich, 18 Jahre
K-AGG 020	weiblich, 19 Jahre	K-AGG 111	männlich, 19 Jahre
K-AGG 021	weiblich, 20 Jahre	K-AGG 112	männlich, 20 Jahre
K-AGG 022	weiblich, 21 Jahre	K-AGG 113	männlich, 21 Jahre
K-AGG 023	weiblich, 22 Jahre	K-AGG 114	männlich, 22 Jahre
K-AGG 024	weiblich, 23 Jahre	K-AGG 115	männlich, 23 Jahre
K-AGG 025	weiblich, 24 Jahre	K-AGG 116	männlich, 24 Jahre
K-AGG 026	weiblich, 25 Jahre	K-AGG 117	männlich, 25 Jahre
K-AGG 027	weiblich, 26 Jahre	K-AGG 118	männlich, 26 Jahre
K-AGG 028	weiblich, 27 Jahre	K-AGG 119	männlich, 27 Jahre
K-AGG 029	weiblich, 28 Jahre	K-AGG 120	männlich, 28 Jahre
K-AGG 030	weiblich, 29 Jahre	K-AGG 121	männlich, 29 Jahre
K-AGG 031	weiblich, 30 Jahre	K-AGG 122	männlich, 30 Jahre
K-AGG 032	weiblich, 31 Jahre	K-AGG 123	männlich, 31 Jahre
K-AGG 033	weiblich, 32 Jahre	K-AGG 124	männlich, 32 Jahre
K-AGG 034	weiblich, 33 Jahre	K-AGG 125	männlich, 33 Jahre
K-AGG 035	weiblich, 34 Jahre	K-AGG 126	männlich, 34 Jahre
K-AGG 036	weiblich, 35 Jahre	K-AGG 127	männlich, 35 Jahre
K-AGG 037	weiblich, 36 Jahre	K-AGG 128	männlich, 36 Jahre
K-AGG 038	weiblich, 37 Jahre	K-AGG 129	männlich, 37 Jahre
K-AGG 039	weiblich, 38 Jahre	K-AGG 130	männlich, 38 Jahre
K-AGG 040	weiblich, 39 Jahre	K-AGG 131	männlich, 39 Jahre
K-AGG 041	weiblich, 40 Jahre	K-AGG 132	männlich, 40 Jahre
K-AGG 042	weiblich, 41 Jahre	K-AGG 133	männlich, 41 Jahre
K-AGG 043	weiblich, 42 Jahre	K-AGG 134	männlich, 42 Jahre
K-AGG 044	weiblich, 43 Jahre	K-AGG 135	männlich, 43 Jahre
K-AGG 045	weiblich, 44 Jahre	K-AGG 136	männlich, 44 Jahre
K-AGG 046	weiblich, 45 Jahre	K-AGG 137	männlich, 45 Jahre
K-AGG 047	weiblich, 46 Jahre	K-AGG 138	männlich, 46 Jahre
K-AGG 048	weiblich, 47 Jahre	K-AGG 139	männlich, 47 Jahre
K-AGG 049	weiblich, 48 Jahre	K-AGG 140	männlich, 48 Jahre
K-AGG 050	weiblich, 49 Jahre	K-AGG 141	männlich, 49 Jahre
K-AGG 051	weiblich, 50 Jahre	K-AGG 142	männlich, 50 Jahre
K-AGG 052	weiblich, 51 Jahre	K-AGG 143	männlich, 51 Jahre
K-AGG 053	weiblich, 52 Jahre	K-AGG 144	männlich, 52 Jahre
K-AGG 054	weiblich, 53 Jahre	K-AGG 145	männlich, 53 Jahre
K-AGG 055	weiblich, 54 Jahre	K-AGG 146	männlich, 54 Jahre
K-AGG 056	weiblich, 55 Jahre	K-AGG 147	männlich, 55 Jahre

K-AGG 057	weiblich, 56 Jahre	K-AGG 148	männlich, 56 Jahre
K-AGG 058	weiblich, 57 Jahre	K-AGG 149	männlich, 57 Jahre
K-AGG 059	weiblich, 58 Jahre	K-AGG 150	männlich, 58 Jahre
K-AGG 060	weiblich, 59 Jahre	K-AGG 151	männlich, 59 Jahre
K-AGG 061	weiblich, 60 Jahre	K-AGG 152	männlich, 60 Jahre
K-AGG 062	weiblich, 61 Jahre	K-AGG 153	männlich, 61 Jahre
K-AGG 063	weiblich, 62 Jahre	K-AGG 154	männlich, 62 Jahre
K-AGG 064	weiblich, 63 Jahre	K-AGG 155	männlich, 63 Jahre
K-AGG 065	weiblich, 64 Jahre	K-AGG 156	männlich, 64 Jahre
K-AGG 066	weiblich, 65 Jahre	K-AGG 157	männlich, 65 Jahre
K-AGG 067	weiblich, 66 Jahre	K-AGG 158	männlich, 66 Jahre
K-AGG 068	weiblich, 67 Jahre	K-AGG 159	männlich, 67 Jahre
K-AGG 069	weiblich, 68 Jahre	K-AGG 160	männlich, 68 Jahre
K-AGG 070	weiblich, 69 Jahre	K-AGG 161	männlich, 69 Jahre
K-AGG 071	weiblich, 70 Jahre	K-AGG 162	männlich, 70 Jahre
K-AGG 072	weiblich, 71 Jahre	K-AGG 163	männlich, 71 Jahre
K-AGG 073	weiblich, 72 Jahre	K-AGG 164	männlich, 72 Jahre
K-AGG 074	weiblich, 73 Jahre	K-AGG 165	männlich, 73 Jahre
K-AGG 075	weiblich, 74 Jahre	K-AGG 166	männlich, 74 Jahre
K-AGG 076	weiblich, 75 Jahre	K-AGG 167	männlich, 75 Jahre
K-AGG 077	weiblich, 76 Jahre	K-AGG 168	männlich, 76 Jahre
K-AGG 078	weiblich, 77 Jahre	K-AGG 169	männlich, 77 Jahre
K-AGG 079	weiblich, 78 Jahre	K-AGG 170	männlich, 78 Jahre
K-AGG 080	weiblich, 79 Jahre	K-AGG 171	männlich, 79 Jahre
K-AGG 081	weiblich, 80 Jahre	K-AGG 172	männlich, 80 Jahre
K-AGG 082	weiblich, 81 Jahre	K-AGG 173	männlich, 81 Jahre
K-AGG 083	weiblich, 82 Jahre	K-AGG 174	männlich, 82 Jahre
K-AGG 084	weiblich, 83 Jahre	K-AGG 175	männlich, 83 Jahre
K-AGG 085	weiblich, 84 Jahre	K-AGG 176	männlich, 84 Jahre
K-AGG 086	weiblich, 85 Jahre	K-AGG 177	männlich, 85 Jahre
K-AGG 087	weiblich, 86 Jahre	K-AGG 178	männlich, 86 Jahre
K-AGG 088	weiblich, 87 Jahre	K-AGG 179	männlich, 87 Jahre
K-AGG 089	weiblich, 88 Jahre	K-AGG 180	männlich, 88 Jahre
K-AGG 090	weiblich, 89 Jahre	K-AGG 181	männlich, 89 Jahre
K-AGG 091	weiblich, 90 Jahre und älter	K-AGG 182	männlich, 90 Jahre und älter

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

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG)

Variable	Inhalt
K-EMG 001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre
K-EMG 003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre
K-EMG 004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre
K-EMG 005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre
K-EMG 006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre
K-EMG 007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre
K-EMG 008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre
K-EMG 009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre
K-EMG 010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre
K-EMG 011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre
K-EMG 012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre
K-EMG 013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre
K-EMG 014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre
K-EMG 015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre
K-EMG 016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre
K-EMG 017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre
K-EMG 018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre
K-EMG 019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre
K-EMG 020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre
K-EMG 021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre
K-EMG 022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre
K-EMG 023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre
K-EMG 024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre
K-EMG 025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre
K-EMG 026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre
K-EMG 027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre
K-EMG 028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre
K-EMG 029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre
K-EMG 030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre
K-EMG 031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre

Variable	Inhalt
K-EMG 032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG 034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG 035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG 036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG 037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG 038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG 039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG 040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG 041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG 042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG 043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG 044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG 045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG 046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG 047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG 048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG 049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG 050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG 051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG 052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG 053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG 054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG 055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG 056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG 057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG 058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG 059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG 060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG 061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

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

2.1. Ermittlung der Kenngrößen

2.1.1. Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

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

2.1.2. Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten 4070, 4670, 4820, 5130, 5140, 5155, 5186-5188, 5270 und 5900 gebuchten Beträgen.

2.1.3. Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung

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

2.1.4. Ermittlung der Aufteilungsfaktoren

2.1.4.1. Aufteilungsfaktor LAoKG

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

2.1.4.2. Aufteilungsfaktor KG

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

2.2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG, KEG)

2.2.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe, denen gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.7 Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet werden, sowie ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Versicherte, denen AusAGG zugeordnet werden, sind aus den unter 2.2.2.1 - 2.3.4 beschriebenen Berechnungen auszuschließen.

2.2.2. Regression

2.2.2.1. 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.

2.2.2.2. Annualisierung der Leistungsausgaben

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert und durch das Gewicht nach 2.2.2.1 geteilt.

2.2.2.3. Ermittlung der Regressionskoeffizienten

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

2.2.2.4. Negative Regressionskoeffizienten und fehlende statistische Signifikanz

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.

2.2.2.5. Verletzung der Kostendominanz

Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt.

2.2.2.6. 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.

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

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

2.2.4. Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt werden.

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

2.3.1. Datengrundlage

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

2.3.2. Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

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

2.3.3. Durchschnittliche Zuschläge für AusAGG

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

2.3.4. Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahrs geteilt werden.

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

2.4.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Stichprobe, denen gemäß Abschnitt 1.9 Krankengeldgruppen (KGG) zugeordnet werden, sowie ihre nach § 30 RSV gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

2.4.2. Durchschnittswertberechnung für die KGG

2.4.2.1. Durchschnittliche Zuschläge für die KGG

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

2.4.2.2. Durchschnittliche Zuschläge bei unbesetzten KGG

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

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

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

2.4.4. Gewichtungsfaktoren für die KGG

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

2.5. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

2.5.1. Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

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

2.5.2. Risikomenge für das Krankengeld

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

2.5.3. Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

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

2.5.4. Korrekturfaktor für das Krankengeld

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

2.5.5. Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

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

2.5.6. Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und AusAGG

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

2.5.7. Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die KGG

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

2.6. Berechnung der Zuweisungen

Die Zuweisungen je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten bzw. durch Multiplikation der Risikozuschläge für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten.