

Anlage 4: Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Ausgleichsjahr 2013

Inhaltsverzeichnis

I.	BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR	- 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 Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge	- 12 -
C.1	Vollerhebung vor Kassenausschluss	- 12 -
C.2	Vollerhebung nach Kassenausschluss	- 12 -
C.3	Zuordnung der Versicherten	- 13 -
C.4	Berücksichtigung von Erstattungen	- 14 -
C.5	Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung	- 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 -

III. BERECHNUNG DER KENNGRÖßEN FÜR DIE MONATLICHEN ZUWEISUNGEN - 25 -

F.	Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2013	- 25 -
F.0	Datengrundlagen	- 25 -
F.1	Berechnung der Angleichungsfaktoren	- 26 -
F.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	- 30 -
F.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	- 31 -
F.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 31 -
F.5	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 31 -
G.	Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2013	- 32 -
G.0	Datengrundlagen	- 32 -
G.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 33 -
G.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	- 33 -
G.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	- 34 -
G.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 34 -
G.5	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 34 -
H.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2013 – Erstes Halbjahr	- 35 -
H.0	Datengrundlagen	- 35 -
H.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 36 -
H.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013	- 41 -
H.3	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013	- 41 -
H.4	Ermittlung der Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 42 -
H.5	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 42 -
I.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2013 – Zweites Halbjahr	- 42 -

I.0	Datengrundlagen	- 42 -
I.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 42 -
I.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2013	- 43 -
I.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2013	- 44 -
I.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 44 -
I.5	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 44 -
J.	Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2013	- 44 -
J.0	Datengrundlagen	- 44 -
J.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	- 45 -
J.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2013	- 46 -
J.3	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013	- 46 -
J.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 47 -
J.5	Ermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 47 -
IV.	BERECHNUNG DER MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	- 48 -
K.	Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid	- 48 -
L.	Ermittlung der Zuweisungen	- 48 -
L.1	Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren	- 48 -
L.2	Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben	- 50 -
L.3	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben	- 50 -
L.4	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen	- 50 -
L.5	Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme	- 50 -
L.6	Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	- 50 -
V.	BERECHNUNG DER KORREKTURBETRÄGE IN DEN STRUKTURANPASSUNGEN	- 52 -
M.	Strukturanpassung I/2013	- 52 -
M.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	- 52 -
M.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März	- 52 -
M.3	Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März	- 54 -
N.	Strukturanpassung II/2013	- 54 -
N.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	- 54 -
N.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2013	- 54 -
N.3	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September	- 56 -

N.4	Ermittlung der Korrekturbeträge _____	- 58 -
O.	Strukturanpassung III/2013 _____	- 59 -
O.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen _____	- 59 -
O.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2013 _____	- 59 -
O.3	Ermittlung der Korrekturbeträge _____	- 61 -

VI. NEUERMITTLUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN IM JAHRESAUSGLEICH _____ - 62 -

P.	Kenngroßen für den Jahresausgleich _____	- 62 -
P.0	Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale _____	- 62 -
P.1	Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben _____	- 62 -
P.2	Standardisierte Verwaltungskosten _____	- 62 -
P.3	Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen _____	- 63 -
P.4	Kenngroßen für die DMP-Zuweisungen _____	- 63 -
P.5	Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV _____	- 63 -
P.6	Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben _____	- 64 -
P.7	Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA) _____	- 64 -

Q.	Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge _____	- 65 -
Q.1	Vollerhebung vor Kassenausschluss _____	- 65 -
Q.2	Vollerhebung nach Kassenausschluss _____	- 65 -
Q.3	Zuordnung der Versicherten _____	- 65 -
Q.4	Berücksichtigung von Erstattungen _____	- 66 -
Q.5	Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung _____	- 67 -

R.	Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge _____	- 68 -
R.1	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale _____	- 68 -
R.2	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG _____	- 69 -
R.3	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG) _____	- 70 -
R.4	Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung _____	- 71 -
R.5	Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG _____	- 72 -
R.6	Ermittlung der Zuschläge für die KGG _____	- 73 -
R.7	Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag _____	- 73 -

VII. BERECHNUNG DES JAHRESAUSGLEICHS _____ - 75 -

S.	Datengrundlagen _____	- 75 -
S.1	Zuordnungsprinzipien _____	- 75 -

S.2	Fusionsstand _____	- 76 -
T.	Berechnung der Zuweisungen _____	- 76 -
T.1	Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben _____	- 76 -
T.2	Zuweisungen für Verwaltungsausgaben _____	- 76 -
T.3	Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen _____	- 76 -
T.4	Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme _____	- 76 -
T.5	Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV _____	- 76 -

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 2013 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,
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der Kosten für die Beitragsprüfung bei den Einzugsstellen nach § 28q Abs. 1a SGB IV 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 Versichertentag 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 2013, 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 2013.

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 2013 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 2013, 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 2013 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 2013, 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 2013 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 2013 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 2013, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2013, 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 2013, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2013, 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 2013, 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 2011 gebuchten Ausgaben der Konten bzw. Kontenarten 407, 467, 482, 513, 514, 5155, 5186-5188, 527 und 590.

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 2013.

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 2013, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

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

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 2013, 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 2013 ermittelt sich aus den Nettokrallengeldausgaben des Jahres 2011 fortgeschrieben mit den bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Veränderungsraten des Bruttokrallengeldes für die Jahre 2012 und 2013.

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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2013 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013 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 2013 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013 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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a) und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (B.7.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013 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 2013 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a).

C. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge

C.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss ergibt sich aus den in der Satzart 700 des Jahres 2011 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 700 des Jahres 2011 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung).

C.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss

C.2.a Vollerhebung 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 Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

C.2.b Vollerhebung 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 Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

C.3 Zuordnung der Versicherten

C.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

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

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung) und des Alters im Jahr 2010.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2010 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2012.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

C.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2010 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungstage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in C.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

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

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungstag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2011, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2011 (Erstmeldung) und des Alters im Jahr 2011. Versicherte, 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 1.1, 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 1.1, 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 701 für das Jahr 2011 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 Arzneimittelrabatte

Der Faktor für Arzneimittelrabatte (ARF) wird je Krankenkasse gebildet, indem die Arzneimittelrabatte (AR) von der Summe der Leistungsausgaben für Apotheken (HLB 3) abgezogen werden; das Ergebnis wird durch die Summe der Leistungsausgaben des HLB 3 geteilt:

$$\text{ARF} = (\text{HLB3} - \text{AR}) / \text{HLB3}$$

C.4.b 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 werden; das Ergebnis wird durch die Summe der Leistungsausgaben des HLB 4 geteilt:

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

C.4.c 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.d 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.e 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.f 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 Vollerhebung

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

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

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

Die im HLB 6 gemeldeten Krankengeldausgaben werden unter Berücksichtigung der Erstattungen für das Krankengeld für alle Versicherten der Vollerhebung für das Krankengeld (C.2.b) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden 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 Negative Regressionskoeffizienten und fehlende statistische Signifikanz

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.

D.1.b.v 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.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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Vollerhebung 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 Satzzart 701 für das Jahr 2011 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 Vollerhebung 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 2012 gemeldeten Versicherten werden den Risikomerkmale, AusAGG und Krankengeldgruppen zugeordnet wie in Abschnitt F.0 (Datengrundlagen für den Grundlagenbescheid I / 2013) 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 2012, 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 2012, 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 Au-

sAGG 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 Krankengeldgruppen 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 Vollerhebung 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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (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 den AGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013.

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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013.

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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013.

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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (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 2013, abzüglich des

erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013.

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 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013 (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 den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht,

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2013, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2013.

III. Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen

F. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2013

F.0 Datengrundlagen

F.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),
- sowie 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.

F.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. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

F.0.c 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. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

Der Ausweis der Versichertentage im Grundlagenbescheid I erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

F.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 15. November 2012.

F.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren

F.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 2012 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

F.1.b Angleichungsfaktor für die AGG

F.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 F.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.

F.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 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.

F.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 F.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen

aufgrund der AGG aus F.1.b.ii, die um den Teil des monatlichen Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen zugeordneten Versicherten entspricht.

F.1.c Angleichungsfaktor für die EMG

F.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 F.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.

F.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 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.

F.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 F.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus F.1.c.ii.

F.1.d Angleichungsfaktor für die HMG

F.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 F.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.

F.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 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.

F.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 F.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus F.1.d.ii.

F.1.e Angleichungsfaktor für die KEG

F.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 F.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.

F.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 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.

F.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 F.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus F.1.e.ii.

F.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG

F.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 F.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.

F.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 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.

F.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 F.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus F.1.f.ii, die um den Teil des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

F.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld

F.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 F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

F.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 2012 gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.i gebildet wird.

F.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 F.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus F.1.g.ii.

F.1.h Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen

F.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 2012 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 F.1.a.

F.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.

F.1.h.iii Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen

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

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

F.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 2012 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten.

F.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.

F.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 F.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus F.1.i.ii.

F.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

F.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 F.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 F.0.a.

F.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 Angleichungsfaktor nach F.1.g.iii multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a.

F.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus F.2.a und F.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.

F.3 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 F.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.h.iii multipliziert.

F.4 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.

F.5 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.

G. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2013

G.0 Datengrundlagen

G.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),
- sowie 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.

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 Jahr 2012. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

G.0.c 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 Jahr 2012 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im

Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

Der Ausweis der Versichertentage im Grundlagenbescheid II erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

G.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. April 2013.

G.1 Neuberechnung 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 Jahres 2012 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

G.1.b Angleichungsfaktoren

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

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 Jahr 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 Jahr 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 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 Versicherungstag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das Jahr 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 Angleichungsfaktor nach G.1.b 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 Jahr 2012, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

G.3 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.b multipliziert.

G.4 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.5 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 III/2013 – Erstes Halbjahr

H.0 Datengrundlagen

H.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013 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 2013 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2012 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand der Art und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2013 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 2013 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2013 zu Grunde zu legen.

H.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt entsprechend Abschnitt I.0.b.

H.0.c 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 2013 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

H.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2013.

H.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

H.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem die Summe der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2013 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.

H.1.b Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2013

H.1.b.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 aus H.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.

H.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 Halbjahres 2013 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.

H.1.b.iii Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das erste Halbjahr 2013 aufgrund der AGG aus H.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus H.1.b.ii, erhöht um den Betrag, der sich aus der Multiplikation der Grundpauschalen je Versichertentag mit der Zahl der Versichertentage in der SA111 mit Zuordnung zu den AGG ergibt.

H.1.c Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2013

H.1.c.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das ers-

te Halbjahr 2013 aus H.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.

H.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 2013 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.

H.1.c.iii Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr aus H.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus H.1.c.ii. Der Angleichungsfaktor für die EMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.1.d Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2013

H.1.d.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 aus H.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.

H.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 2013 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.

H.1.d.iii Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus H.1.d.ii. Der Angleichungsfaktor für die HMG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.1.e Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2013

H.1.e.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das ers-

te Halbjahr 2013 aus H.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.

H.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 2013 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.

H.1.e.iii Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus H.1.e.ii. Der Angleichungsfaktor für die KEG wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2013

H.1.f.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 aus H.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.

H.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 2013 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.

H.1.f.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus H.1.f.ii, erhöht um den Betrag, der sich aus der Multiplikation der Grundpauschalen je Versichertentag mit der Zahl der Versichertentage in der SA111 mit Zuordnung zu den AusAGG ergibt.

H.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013

H.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

H.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 2013 gemeldeten Versicherungstage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.ii gebildet wird.

H.1.g.iii Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus H.1.g.ii. Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.1.h Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2013

H.1.h.i Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012

Das Zielvolumen für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2012 ergibt sich aus der Summe

- der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2013 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 2012 aus H.1.a.

H.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.

H.1.h.iii Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Verwaltungskostenzuweisungen für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.h.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungskosten aus H.1.h.ii. Der Angleichungsfaktor für die Verwaltungskostenzuweisungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.1.i Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013

H.1.i.i Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich aus der Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2013 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.

H.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.

H.1.i.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013 aus H.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus H.1.i.ii. Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen wird auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

H.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013

H.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2013

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2013 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013 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 2013, die 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 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 H.0.a und H.0.b.

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.ii mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.g multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus H.0.a und H.0.b.

H.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als Summe aus H.2.a und H.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013.

H.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 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 2013 aus H.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.h multipliziert.

H.4 Ermittlung der Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen

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

H.5 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/2013 – Zweites Halbjahr

I.0 Datengrundlagen

I.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013 gemeldete Pseudonym wird entsprechend Abschnitt H.0.a den Risikogruppen zugeordnet.

I.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 2013. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

I.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt entsprechend Abschnitt H.0.c und ist relevant für die Zuweisungen für das 1. Halbjahr.

I.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2013.

I.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

I.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2013

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2013 ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des ersten Halbjahres 2013 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

I.1.b Angleichungsfaktoren für das zweite Halbjahr 2013

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen sowie für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das zweite Halbjahr 2013 werden analog zu Abschnitt F.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach I.0.a und I.0.b, des Zielvolumens nach I.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

I.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2013

I.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 2013, 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 2013, 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 I.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 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.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013, 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 I.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus I.0.a und I.0.b.

I.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus I.2.a und I.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2013, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

I.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2013

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 I.2.c. Die Summe wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach I.1.b multipliziert.

I.4 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.

I.5 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 IV/2013

J.0 Datengrundlagen

J.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2013 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 2013 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2012 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand der Art und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Erstmeldung),
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2013 aufweist. Die Zuordnung zu den K-

AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2013 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 2013 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres. Dabei ist einheitlich das Alter im Jahr 2013 zu Grunde zu legen.

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 Jahr 2013. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

Der Ausweis der Pseudonymanzahlen im Grundlagenbescheid IV erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

J.0.c 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 2013 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei den meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

J.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2014.

J.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

J.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2013

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2013 ergibt sich, indem die Zahl der in der SA 111 des Jahres 2013 gemeldeten Versicherungszeiten mit der Grundpauschalen nach B.1.b.iii multipliziert wird.

J.1.b Angleichungsfaktoren für das Jahr 2013

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Verwaltungskostenzuweisungen sowie für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das

Jahr 2013 werden analog zu Abschnitt H.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach J.0, des Zielvolumens nach J.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

J.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2013

J.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2013

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2013 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2013 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 2013, die 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 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 J.0.

J.2.b Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2013

Die Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2013 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 2013 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.

J.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2013

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2013 ergibt sich als Summe aus J.2.a und J.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2013.

J.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013 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 standar-

disierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten Grundpauschale für das Jahr 2013 aus J.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach J.1.b multipliziert.

J.4 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.

J.5 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

K. Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid

Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Januar bis März 2013 wird der Grundlagenbescheid I/2013 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate April bis September 2013 wird der Grundlagenbescheid II/2013 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Oktober bis Dezember 2012 wird der Grundlagenbescheid III/2013 zu Grunde gelegt. Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. des jeweiligen Zuweisungsmonats.

L. Ermittlung der Zuweisungen

L.1 Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren

L.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 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2013.

L.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 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Jahr 2013 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach L.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 K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.c 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 2013 zu Grunde gelegten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach L.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 K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.d 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 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2013. 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 K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.e 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 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV im Jahr 2013. 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 K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.2 Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich als die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale der Krankenkasse aus dem nach K. 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 L.1.b.

L.3 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben ergibt sich als monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach K. 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 L.1.c.

L.4 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 K. 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 L.1.d.

L.5 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.

L.6 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 K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbe-

scheid 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 L.1.e.

V. Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen

M. Strukturanpassung I/2013

M.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder bzw. der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der amtlichen Statistik KM1 bzw. KM6 wie folgt entnommen:

- für den Januar 2013 der Durchschnitt der Monate Dezember 2012 und Februar 2013,
- für den Februar 2013 der Wert für den Monat Februar 2013, sowie
- für den März 2013 der Wert für den Monat Februar 2013.

M.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März

M.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 G.2.c,
- für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus G.3, sowie
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus G.4,

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

M.2.b Vorläufiges Zuweisungsvolumen für DMP-Programme

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

M.2.c Vorläufiges Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach M.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus G.5.

M.2.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Januar bis März 2013 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens

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

M.2.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach M.2.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2013.

M.2.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach M.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.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 M.2.a.

M.2.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach M.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.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 M.2.a.

M.2.h 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

M.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach M.2.a.

M.2.i 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 vorgesehene Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach M.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach M.2.c.

M.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 und Verwaltungsausgaben 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.

N. Strukturanpassung II/2013

N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das erste Halbjahr 2013 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß H.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 anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der KM6 des entsprechenden Monats entnommen.

N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2013

N.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das erste Halbjahr 2013 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013 aus H.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013 nach H.0.b,

- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 nach H.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013 nach H.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013 nach H.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2013 nach H.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der nach N.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten summiert über die Monate Januar bis Juni, sowie
- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus H.5 multipliziert mit der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder summiert über die Monate Januar bis Juni.

N.2.b Vorgesehenes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2013

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich jeweils als die Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens

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

N.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2013

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach N.2.a abzüglich der Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2013.

N.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2013 nach N.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 2013 nach N.2.a.

N.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2013 nach N.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 2013 nach N.2.a.

N.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach N.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2013 nach N.2.a.

N.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach N.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach N.2.a.

N.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September

N.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 I.2.c,
- für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus I.3, sowie

- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus I.4,

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

N.3.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.3.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.5.

N.3.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Juli bis September 2013 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens

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

N.3.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach N.3.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2013.

N.3.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach N.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach N.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 N.3.a.

N.3.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach N.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 N.3.a.

N.3.h 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.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach N.3.a.

N.3.i 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.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach N.3.c.

N.4 Ermittlung der Korrekturbeträge

N.4.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2013

Für das erste Halbjahr 2013 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des ersten Halbjahres 2013 aus N.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das erste Halbjahr 2013 aus N.2.d bis N.2.g.

N.4.b Korrigiertes Zuweisungsvolumen für die Monate Juli bis September 2013

Für die Monate Juli bis September 2013 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats aus N.3.a bis N.3.c,

im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden monatlichen Anpassungsfaktor aus N.3.f bis N.3.i.

N.4.c Korrekturbetrag je Krankenkasse

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

O. Strukturanpassung III/2013

O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das Jahr 2013 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß J.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.

O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2013

O.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das Jahr 2013 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das Jahr 2013 aus J.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2013 nach J.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013 nach J.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2013 nach J.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2013 nach J.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2013 nach J.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt bekannt gegebene 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 Dezember, sowie

- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus J.5 multipliziert mit der nach O.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder multipliziert mit der Zahl 12.

O.2.b Vorgesehenes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2013

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das Jahr 2013 ergibt sich jeweils auf Basis des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens

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

O.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2013

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2013 ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach O.2.a abzüglich des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V für das Jahr 2013 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2013.

O.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das Jahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach O.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2013 nach O.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 2013 nach O.2.a.

O.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2013 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach O.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das Jahr 2013 nach O.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 2013 nach O.2.a.

O.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2013 ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach O.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das Jahr 2013 nach O.2.a.

O.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2013

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2013 ergibt sich als vorgesehene 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 Ermittlung der Korrekturbeträge

O.3.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2013

Für das Jahr 2013 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Jahres 2013 aus O.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das Jahr 2013 aus O.2.d bis O.2.g.

O.3.b Korrekturbetrag je Krankenkasse

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

VI. Neuermittlung der kasseneinheitlichen Kenngrößen im Jahresausgleich

P. Kenngrößen für den Jahresausgleich

P.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.

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

P.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 2013 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem bLA-Anteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.b.

P.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 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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 P.1.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung).

P.2 Standardisierte Verwaltungskosten

P.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 2013 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem Verwaltungskostenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c.

P.2.b Standardisierte Verwaltungskosten je Versichertentag

Die standardisierten Verwaltungskosten je Versichertentag ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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 P.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 2013 (Erstmeldung).

P.2.c Standardisierte Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungskosten nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die Nettoverwaltungskosten einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2013 abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungskosten nach P.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 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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 P.1.a.

P.3 Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen

P.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 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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 2013 (Erstmeldung).

P.4 Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

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

P.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.3 geteilt durch Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2013 (nach jahresdurchschnittlicher KM1) und den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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.

P.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

P.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 2013 gebuchten Ausgaben der Konten bzw. Kontenarten 407, 467, 482, 513, 514, 5155, 5186-5188, 527 und 590.

P.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus P.6.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der SA 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung).

P.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)

P.7.a Nettokrallengeld

Das Nettokrallengeld des Jahres 2013 ergibt sich aus der KJ1 des Jahres 2013 in der entsprechenden Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

P.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 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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 (P.1.a), des Nettokrallengeldes des Jahres 2013 (P.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (P.6.a), zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 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.

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

Der Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des Nettokrallengeldes des Jahres 2013 (P.7.a) zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2013 in der Abgrenzung der Anlage 1.1

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 (P.1.a).

Q. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge

Q.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss ergibt sich aus den in der Satzart 700 des Jahres 2013 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 700 des Jahres 2013 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung).

Q.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss

Q.2.a Vollerhebung 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 Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Q.2.b Vollerhebung 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 Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

Q.3 Zuordnung der Versicherten

Q.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

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

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2013, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung) und des Alters im Jahr 2012.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2012 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2012.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

Q.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters im Jahr 2013, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in Q.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

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

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungstag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2013, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) und des Alters im Jahr 2013. Versicherte, die einer K-EMG zugeordnet werden, werden keiner K-AGG zugeordnet.

Q.4 Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, 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 1.1, 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 701 für das Jahr 2013 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.

Q.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung

Q.5.a Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

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

Q.5.b Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld

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

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

R.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

R.1.a Datengrundlage

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

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

R.1.b Regression

R.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.

R.1.b.ii Annualisierung der Leistungsausgaben

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert und durch das Gewicht nach R.1.b.i geteilt.

R.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 R.1.b.i.

R.1.b.iv Negative Regressionskoeffizienten und fehlende statistische Signifikanz

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.

R.1.b.v 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.

R.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.

R.1.c Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

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

R.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

R.2.a Datengrundlage

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

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

R.2.b Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

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

R.2.c Durchschnittlicher Zuschlag für die AusAGG

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

R.2.d Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

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

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

R.3.a Datengrundlage

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

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

R.3.b Bruttokrankengeldausgaben je KGG

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

R.3.c Durchschnittswertberechnung für die KGG

R.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 R.3.b durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld geteilt wird.

R.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 Vollerhebung mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

R.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 701 für das Jahr 2013 gebildet.

R.3.d.i Standardisiertes Bruttokrankengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG

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

R.3.d.ii Standardisiertes Bruttokrankengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG

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

R.3.e Gewichtungsfaktoren für die KGG

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

R.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung

R.4.a Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG

Die in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Versicherten werden mit ihren Versicherungszeiten den Risikomerkmale und AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2013, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2012 (Korrekturmeldung).
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2012. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2012.

- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand der Art und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2012 (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 2012 (Korrekturmeldung).

R.4.b Zuordnung zu den KGG

Alle Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2013 (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 2013, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2013 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

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

R.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 R.1.c und R.2.d mit den Versicherungszeiten der nach R.4.a dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der jeweiligen AusAGG zugeordneten Versicherten.

R.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 R.5.a.

R.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 R.1.c und R.2.d berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus P.1.b, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus R.5.b und

dem Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus P.7.b multipliziert werden.

R.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 P.6.b addiert und die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii subtrahiert wird.

R.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG

R.6.a Vorläufige Risikomenge für das Krankengeld

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

R.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 R.6.a.

R.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 R.3.e berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach P.1.b, dem Korrekturfaktor für das Krankengeld aus R.6.b und dem Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld aus P.7.c multipliziert werden.

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

R.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 R.5.d für die AGG und AusAGG die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii addiert wird.

R.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 R.6.c.

VII. Berechnung des Jahresausgleichs

S. Datengrundlagen

S.1 Zuordnungsprinzipien

S.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 2013 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG erfolgt gemäß R.4.a.

S.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 2013 (Erstmeldung) gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den KGG erfolgt gemäß R.4.b.

S.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 2013 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

S.1.d Zahl der Mitglieder der Krankenkassen

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

S.1.e Landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse

Die landesspezifische Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkasse erfolgt, indem die Versicherungszeiten nach S.1.a dem Bundesland gemäß der Angabe in der Satzart 100 für das Jahr 2013 (Erstmeldung) zugeordnet werden. Hierbei werden die Versichertentage bzw. Versicherten (s.o.) dem Bundesland zugeordnet, das in der Satzart 100 des Jahres 2013 (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“.

S.2 Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2014.

T. Berechnung der Zuweisungen

T.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 R.5.d mit den nach S.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AuSAGG zuzüglich der Summe der Produkte der Zuschläge nach R.6.c mit den nach S.1.b zugeordneten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch.

T.2 Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

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

T.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 P.3.a.

T.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 S.1.c mit der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.a.

T.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 S.1.d mit dem Wert nach P.5.