

Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2015

Bonn, den 30.09.2014

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 14.03.2014 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Kodes zu bildenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2015 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

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

1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1. Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 189 zuschlagsfähige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die jeweils aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Kode umfasst. Alle HMGs, die ihnen zugeordneten DxGs und ICD-Kodes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen und das jeweils zulässige Geschlecht werden in Anlage 1 dokumentiert.

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

1.2. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten

Ausschließlich die in der Festlegung vom 14.03.2014 benannten ICD-Kodes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet.

1.3. Prinzipien für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

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

1.3.1. Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Hauptdiagnosen

Das Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose führt immer zur Zuordnung in eine DxG. Hier- von gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zu den DxGs 96, 144, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 225, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.1. erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 226, 227, 238 und 243 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zur DxG 926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.3 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 821 und 850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.4 erfüllt sind.

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

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und stationäre Nebendiagnosen sind bei der Zuordnung zu DxGs grundsätzlich gleichgestellt. Ausnahmen von dieser Regelung sind unter 1.3.2.1 und 1.3.2.2 aufgeführt. Die Berücksichtigung ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne Arzneimittelzuordnung (1.3.2.3) oder eine DxG mit Arzneimittelzuordnung (1.3.2.4) handelt.

1.3.2.1. Ausnahmeregelungen bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung

a) Verpflichtendes Qualifizierungsmerkmal „G“

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt.

b) DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bleiben hier unberücksichtigt.

1.3.2.2. Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen

a) Sternkodes

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

b) Ausnahme-DxGruppen

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

c) Obligatorische stationäre Behandlung

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

1.3.2.3. DxGs ohne Arzneimittelzuordnung

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

1.3.2.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung

Bei DxGs mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose nur dann berücksichtigt, wenn gleichzeitig für den Versicherten mit dieser Diagnose auch verordnete Arzneimittel vorliegen. Die unterschiedlichen Formen der Arzneimittelzuordnung sind in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet. Die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG sind in Anlage 3 aufgeführt.

1.3.2.4.1. Ermittlung der Behandlungstage

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

1.3.2.4.2. Prüfung der Behandlungstage

Die Prüfung der Behandlungstage (BT-Prüfung) gilt grundsätzlich für alle DxGs mit Arzneimittelzuordnung. Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 10 BT reduziert.

a) BT-Prüfung bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen

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

b) BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen

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

1.3.2.4.3. DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung

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

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt werden.

1.3.2.4.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz

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

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von der BT-Prüfung ausgenommen. Bei ihnen muss stattdessen nur das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

1.3.3. Sonderregeln bei der DxG-Zuordnung

1.3.3.1. Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183 Behandlungstage

Bei den DxGs 96, 144, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 225, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt die BT-Prüfung analog zu 1.3.2.4.2 b), jedoch altersübergreifend. Für Kinder unter 12 Jahren wird dabei abweichend die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 92 Behandlungstage herabgesetzt.

1.3.3.2. Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage

Bei den DxGs 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 226, 227, 238 und 243 erfolgt die BT-Prüfung analog zu 1.3.3.1, jedoch mit reduzierten Schwellen bei der BT-Prüfung. Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren müssen mindestens 42 Behandlungstage aufweisen. Für Kinder unter 12 Jahren wird die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 21 Behandlungstage herabgesetzt.

1.3.3.3. Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

Bei der DxG 926 entfällt die BT-Prüfung. Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

1.3.3.4. Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Dialysekennzeichens

Um zur DxG 850 „Dialysestatus (mit Dialysekennzeichen)“ oder der DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich zu den im normalen Zuordnungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxG mit obligater Arzneimittellzuordnung bei chronischem Krankheitsgeschehen) erforderlichen Angaben, die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 RSAV in dem dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

1.4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

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

Hierarchisierungsregeln

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	1	184	43	268	280	85	273	277
2	3	4	44	269	270	86	273	278
3	3	5	45	269	271	87	273	279
4	3	112	46	269	272	88	273	280
5	3	113	47	269	273	89	274	275
6	4	5	48	269	274	90	274	276
7	4	112	49	269	275	91	274	277
8	4	113	50	269	276	92	274	278
9	5	112	51	269	277	93	274	279
10	5	113	52	269	278	94	274	280
11	261	262	53	269	279	95	275	276
12	261	263	54	269	280	96	275	277
13	261	264	55	270	271	97	275	278
14	261	265	56	270	272	98	275	279
15	261	266	57	270	273	99	275	280
16	261	267	58	270	274	100	276	277
17	262	263	59	270	275	101	276	278
18	262	264	60	270	276	102	276	279
19	262	265	61	270	277	103	276	280
20	262	266	62	270	278	104	277	278
21	262	267	63	270	279	105	277	279
22	263	264	64	270	280	106	277	280
23	263	265	65	271	272	107	278	279
24	263	266	66	271	273	108	278	280
25	263	267	67	271	274	109	279	280
26	264	265	68	271	275	110	15	16
27	264	266	69	271	276	111	15	17
28	264	267	70	271	277	112	15	19
29	265	266	71	271	278	113	16	17
30	265	267	72	271	279	114	16	19
31	266	267	73	271	280	115	17	19
32	268	269	74	272	273	116	18	20
33	268	270	75	272	274	117	21	22
34	268	271	76	272	275	118	21	23
35	268	272	77	272	276	119	21	24
36	268	273	78	272	277	120	21	251
37	268	274	79	272	278	121	21	283
38	268	275	80	272	279	122	22	23
39	268	276	81	272	280	123	22	24
40	268	277	82	273	274	124	22	251
41	268	278	83	273	275	125	22	283
42	268	279	84	273	276	126	23	24

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
127	23	251	172	284	251	217	288	27
128	23	283	173	284	281	218	288	29
129	225	21	174	284	282	219	288	289
130	225	22	175	284	283	220	31	32
131	225	23	176	284	286	221	290	33
132	225	24	177	285	21	222	40	42
133	225	251	178	285	22	223	41	40
134	225	283	179	285	23	224	41	42
135	225	286	180	285	24	225	198	199
136	250	21	181	285	225	226	198	200
137	250	22	182	285	250	227	198	226
138	250	23	183	285	251	228	198	227
139	250	24	184	285	281	229	198	228
140	250	225	185	285	282	230	199	200
141	250	251	186	285	283	231	199	226
142	250	283	187	285	284	232	199	227
143	250	286	188	285	286	233	199	228
144	251	24	189	286	21	234	200	226
145	251	283	190	286	22	235	200	227
146	281	21	191	286	23	236	200	228
147	281	22	192	286	24	237	207	208
148	281	23	193	286	251	238	207	209
149	281	24	194	286	283	239	208	209
150	281	225	195	25	26	240	221	204
151	281	250	196	25	27	241	222	205
152	281	251	197	25	28	242	226	227
153	281	282	198	25	29	243	226	228
154	281	283	199	25	30	244	227	228
155	281	286	200	25	289	245	35	36
156	282	21	201	26	29	246	35	37
157	282	22	202	26	289	247	35	38
158	282	23	203	27	26	248	35	43
159	282	24	204	27	29	249	35	46
160	282	225	205	27	289	250	36	37
161	282	250	206	28	26	251	36	43
162	282	251	207	28	27	252	36	46
163	282	283	208	28	29	253	37	46
164	282	286	209	28	289	254	38	36
165	283	24	210	29	289	255	38	37
166	284	21	211	30	26	256	38	43
167	284	22	212	30	27	257	38	46
168	284	23	213	30	28	258	43	37
169	284	24	214	30	29	259	43	46
170	284	225	215	30	289	260	44	49
171	284	250	216	288	26	261	44	50

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
262	45	44	307	292	39	352	80	91
263	45	47	308	292	100	353	81	83
264	45	49	309	292	101	354	81	84
265	45	50	310	292	103	355	81	91
266	47	44	311	292	293	356	83	84
267	47	49	312	292	294	357	83	91
268	47	50	313	292	295	358	84	91
269	50	49	314	292	296	359	86	91
270	51	52	315	293	39	360	87	86
271	51	53	316	293	100	361	87	88
272	52	53	317	293	101	362	87	91
273	54	55	318	293	103	363	87	300
274	54	56	319	293	294	364	87	301
275	54	57	320	293	295	365	88	86
276	54	58	321	293	296	366	88	91
277	54	231	322	294	39	367	88	300
278	55	56	323	294	100	368	89	91
279	55	57	324	294	101	369	92	91
280	55	58	325	294	103	370	300	86
281	55	231	326	294	295	371	300	91
282	56	57	327	294	296	372	301	86
283	56	231	328	295	39	373	301	88
284	58	57	329	295	100	374	301	91
285	58	231	330	295	101	375	301	300
286	60	57	331	295	103	376	95	96
287	60	230	332	295	296	377	100	101
288	60	231	333	296	39	378	100	103
289	230	57	334	75	258	379	101	103
290	230	231	335	75	298	380	98	99
291	231	57	336	234	72	381	98	104
292	254	255	337	235	73	382	98	105
293	254	257	338	297	75	383	98	106
294	254	291	339	297	258	384	98	115
295	255	257	340	297	298	385	98	149
296	291	255	341	298	258	386	99	106
297	291	257	342	299	74	387	104	99
298	259	39	343	77	79	388	104	105
299	259	100	344	77	91	389	104	106
300	259	101	345	77	92	390	104	115
301	259	103	346	78	80	391	104	149
302	259	292	347	78	89	392	105	99
303	259	293	348	78	91	393	105	106
304	259	294	349	79	91	394	115	99
305	259	295	350	79	92	395	115	105
306	259	296	351	80	89	396	115	106

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
397	238	108	422	130	132	447	164	165
398	238	215	423	130	134	448	164	166
399	238	237	424	130	136	449	165	166
400	108	215	425	130	138	450	172	173
401	108	237	426	131	132	451	172	174
402	110	112	427	131	138	452	172	175
403	110	113	428	133	132	453	172	176
404	111	110	429	133	138	454	172	177
405	111	112	430	134	131	455	173	174
406	111	113	431	134	132	456	173	175
407	111	216	432	134	136	457	173	176
408	112	113	433	134	138	458	173	177
409	215	237	434	136	131	459	174	175
410	216	110	435	136	132	460	174	176
411	216	112	436	136	138	461	174	177
412	216	113	437	138	132	462	175	176
413	217	108	438	144	132	463	175	177
414	217	215	439	144	133	464	176	177
415	217	237	440	144	138	465	169	108
416	217	238	441	147	146	466	169	170
417	218	108	442	219	220	467	169	215
418	218	215	443	155	154	468	169	237
419	218	237	444	160	162	469	169	238
420	218	238	445	160	163	470	253	252
421	130	131	446	162	163			

Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

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

Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
AGG 001	weiblich, 0 Jahre	AGG 021	männlich, 0 Jahre
AGG 002	weiblich 1-5 Jahre	AGG 022	männlich 1-5 Jahre
AGG 003	weiblich, 6-12 Jahre	AGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AGG 004	weiblich, 13-17 Jahre	AGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AGG 005	weiblich, 18-24 Jahre	AGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AGG 006	weiblich, 25-29 Jahre	AGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AGG 007	weiblich, 30-34 Jahre	AGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AGG 008	weiblich, 35-39 Jahre	AGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AGG 009	weiblich, 40-44 Jahre	AGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AGG 010	weiblich, 45-49 Jahre	AGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AGG 011	weiblich, 50-54 Jahre	AGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AGG 012	weiblich, 55-59 Jahre	AGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AGG 013	weiblich, 60-64 Jahre	AGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AGG 014	weiblich, 65-69 Jahre	AGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AGG 015	weiblich, 70-74 Jahre	AGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AGG 016	weiblich, 75-79 Jahre	AGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AGG 017	weiblich, 80-84 Jahre	AGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AGG 018	weiblich, 85-89 Jahre	AGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AGG 019	weiblich, 90-94 Jahre	AGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AGG 020	weiblich, 95+ Jahre	AGG 040	männlich, 95+ Jahre

1.5. Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

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

Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

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

1.6. Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)

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

Kostenerstattergruppen (KEGs)

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

Versicherte, die der KEG 001 zugeordnet wurden, werden nicht der KEG 002 zugeordnet.

1.7. Zuordnung zu den Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

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

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
AusAGG 001	weiblich, 0 Jahre	AusAGG 021	männlich, 0 Jahre
AusAGG 002	weiblich 1-5 Jahre	AusAGG 022	männlich 1-5 Jahre
AusAGG 003	weiblich, 6-12 Jahre	AusAGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG 004	weiblich, 13-17 Jahre	AusAGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG 005	weiblich, 18-24 Jahre	AusAGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG 006	weiblich, 25-29 Jahre	AusAGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG 007	weiblich, 30-34 Jahre	AusAGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG 008	weiblich, 35-39 Jahre	AusAGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG 009	weiblich, 40-44 Jahre	AusAGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG 010	weiblich, 45-49 Jahre	AusAGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG 011	weiblich, 50-54 Jahre	AusAGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG 012	weiblich, 55-59 Jahre	AusAGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG 013	weiblich, 60-64 Jahre	AusAGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG 014	weiblich, 65-69 Jahre	AusAGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG 015	weiblich, 70-74 Jahre	AusAGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG 016	weiblich, 75-79 Jahre	AusAGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG 017	weiblich, 80-84 Jahre	AusAGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG 018	weiblich, 85-89 Jahre	AusAGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG 019	weiblich, 90-94 Jahre	AusAGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG 020	weiblich, 95+ Jahre	AusAGG 040	männlich, 95+ Jahre

1.8. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGGs)

Die Krankengeldgruppen (KGGs) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGGs) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs).

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

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

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

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

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

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG 001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG 032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG 033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG 003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre	K-EMG 034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG 004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre	K-EMG 035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG 005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre	K-EMG 036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG 006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre	K-EMG 037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG 007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre	K-EMG 038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG 008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre	K-EMG 039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG 009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre	K-EMG 040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG 010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre	K-EMG 041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG 011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre	K-EMG 042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG 012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre	K-EMG 043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG 013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre	K-EMG 044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG 014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre	K-EMG 045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG 015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre	K-EMG 046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG 016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre	K-EMG 047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG 017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre	K-EMG 048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG 018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre	K-EMG 049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG 019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre	K-EMG 050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG 020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre	K-EMG 051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG 021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre	K-EMG 052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG 022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre	K-EMG 053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG 023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre	K-EMG 054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG 024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre	K-EMG 055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG 025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre	K-EMG 056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG 026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre	K-EMG 057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG 027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre	K-EMG 058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG 028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre	K-EMG 059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG 029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre	K-EMG 060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG 030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG 061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG 062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

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

2.1. Ermittlung der Kenngrößen

2.1.1. Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

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

2.1.2. Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten bzw. Kontenarten 482, 513, 514, 5155, 5186-5188, 527, 528 und 590 gebuchten Beträgen.

2.1.3. Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

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

2.1.4. Ermittlung der Aufteilungsfaktoren

2.1.4.1. Aufteilungsfaktor LAoKG

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

2.1.4.2. Aufteilungsfaktor KG

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

2.2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs, KEGs)

2.2.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.6 Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs und KEGs) zugeordnet werden, sowie ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Versicherte, denen AusAGG zugeordnet werden, sind aus den unter 2.2.2 - 2.3.4 beschriebenen Berechnungen auszuschließen.

2.2.2. Regression

2.2.2.1. Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt.

2.2.2.2. Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmale wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach 2.2.2.1 bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß 2.2.2.3.

2.2.2.3. Regressionsgewichte

Die versichertenbezogenen WLS-Regressionsgewichte ergeben sich, indem die Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr durch die Zahl der Kalendertage im Berichtsjahr geteilt werden.

2.2.2.4. Negative Regressionskoeffizienten

Wird für ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der entsprechende Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt.

2.2.2.5. Verletzung der Kostendominanz

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

2.2.2.6. Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

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

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

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

2.2.4. Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.

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

2.3.1. Datengrundlage

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

2.3.2. Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Regressionskoeffizienten nach Ziffer 2.2.2 für die Risikomerkmale, die ihm gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.6 zugeordnet sind, gebildet.

2.3.3. Durchschnittliche Zuschläge für AusAGG

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

2.3.4. Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.

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

2.4.1. Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.8 Krankengeldgruppen (KGG) zugeordnet werden, sowie ihre nach § 30 RSAV gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

2.4.2. Durchschnittswertberechnung für die KGG

2.4.2.1. Durchschnittliche Zuschläge für die KGG

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

2.4.2.2. Durchschnittliche Zuschläge bei unbesetzten KGG

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

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

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

2.4.4. Gewichtungsfaktoren für die KGG

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

2.5. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

2.5.1. Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Gewichtungsfaktoren nach 2.2.4 und 2.3.4, für die Risikomerkmale, die ihm nach Ziffer 1.1 bis 1.7 zugeordnet sind, mit seinen Versichertentagen vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

2.5.2. Risikomenge für das Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.8 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach 2.4.4 mit seinen Versichertentagen mit Krankengeldanspruch vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

2.5.3. Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

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

2.5.4. Korrekturfaktor für das Krankengeld

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

2.5.5. Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

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

2.5.6. Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und AusAGG

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

2.5.7. Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach 2.5.6 werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 und 4830, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

2.5.8. Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die KGG

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

2.6. Berechnung der Zuweisungen

2.6.1. Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.7 für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten. Die Zuweisung für Leistungsausgaben ohne Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich als Summe der Zuweisungen über alle Versicherte der Krankenkasse.

2.6.2. Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach 2.5.8 für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten. Die Zuweisung für das Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich zur Hälfte aus der Hälfte der Summe der Zuweisungen für das Krankengeld über alle Versicherten und zur anderen Hälfte aus der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse.