

## **Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2016**

**Bonn, den 30.09.2015**

### **0. Vorbemerkung**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 15.04.2015 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 2016 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in den Anlagen 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 197 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die jeweils aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Kode umfasst. Alle HMGs, die ihnen zugeordneten DxGs und ICD-Kodes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen und das jeweils zulässige Geschlechtskennzeichen werden in Anlage 1 dokumentiert.

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des 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 Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres.

#### **1.2. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten**

Ausschließlich die in der Festlegung vom 15.04.2015 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, 211, 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 DxG926 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) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen*

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

#### *d) 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 für den Versicherten mindestens in einem Quartal gleichzeitig zur Diagnose verordnete Arzneimittel vorliegen. Die unterschiedlichen Formen der Arzneimittelzuordnung sind in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet. Die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG 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 Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres annualisiert. Die so ermittelten BT werden den DxGs zugeordnet und DxG-spezifisch aufsummiert.

#### **1.3.2.4.2. Prüfung der Behandlungstage**

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

##### *a) BT-Prüfung bei 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). Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 8 BT reduziert.

#### **1.3.2.4.3. DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung**

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

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 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, 211, 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 DxG926 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 DxG850 „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 Ausgleichsjahr 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

Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	1	184	44	268	274	87	274	278
2	2	6	45	268	275	88	275	277
3	3	4	46	268	276	89	275	278
4	3	5	47	268	277	90	276	275
5	3	110	48	268	278	91	276	277
6	3	113	49	269	270	92	276	278
7	3	114	50	269	271	93	277	278
8	3	117	51	269	272	94	15	16
9	4	5	52	269	273	95	15	17
10	4	110	53	269	274	96	15	19
11	4	113	54	269	275	97	16	17
12	4	114	55	269	276	98	16	19
13	4	117	56	269	277	99	17	19
14	5	110	57	269	278	100	18	20
15	5	113	58	270	271	101	21	22
16	5	114	59	270	272	102	21	23
17	5	117	60	270	273	103	21	24
18	261	262	61	270	274	104	21	251
19	261	263	62	270	275	105	21	283
20	261	264	63	270	276	106	22	23
21	261	265	64	270	277	107	22	24
22	261	266	65	270	278	108	22	251
23	261	267	66	271	272	109	22	283
24	262	263	67	271	273	110	23	24
25	262	264	68	271	274	111	23	251
26	262	265	69	271	275	112	23	283
27	262	266	70	271	276	113	225	21
28	262	267	71	271	277	114	225	22
29	263	264	72	271	278	115	225	23
30	263	265	73	272	273	116	225	24
31	263	266	74	272	274	117	225	251
32	263	267	75	272	275	118	225	283
33	264	265	76	272	276	119	225	286
34	264	266	77	272	277	120	250	21
35	264	267	78	272	278	121	250	22
36	265	266	79	273	274	122	250	23
37	265	267	80	273	275	123	250	24
38	266	267	81	273	276	124	250	225
39	268	269	82	273	277	125	250	251
40	268	270	83	273	278	126	250	283
41	268	271	84	274	275	127	250	286
42	268	272	85	274	276	128	251	24
43	268	273	86	274	277	129	251	283

Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
130	281	21	176	286	24	222	200	227
131	281	22	177	286	251	223	200	228
132	281	23	178	286	283	224	207	208
133	281	24	179	25	26	225	207	209
134	281	225	180	25	27	226	208	209
135	281	250	181	25	28	227	221	204
136	281	251	182	25	30	228	222	205
137	281	282	183	25	289	229	226	227
138	281	283	184	26	289	230	226	228
139	281	286	185	27	26	231	227	228
140	282	21	186	27	289	232	35	36
141	282	22	187	28	26	233	35	37
142	282	23	188	28	27	234	35	38
143	282	24	189	28	289	235	35	43
144	282	225	190	30	26	236	35	46
145	282	250	191	30	27	237	35	48
146	282	251	192	30	28	238	36	37
147	282	283	193	30	289	239	36	43
148	282	286	194	288	26	240	36	46
149	283	24	195	288	27	241	36	48
150	284	21	196	288	289	242	37	46
151	284	22	197	31	32	243	38	36
152	284	23	198	34	31	244	38	37
153	284	24	199	34	32	245	38	43
154	284	225	200	34	33	246	38	46
155	284	250	201	34	62	247	38	48
156	284	251	202	34	63	248	43	37
157	284	281	203	34	65	249	43	46
158	284	282	204	34	290	250	43	48
159	284	283	205	62	65	251	44	49
160	284	286	206	63	62	252	44	50
161	285	21	207	63	65	253	45	44
162	285	22	208	290	33	254	45	47
163	285	23	209	40	42	255	45	49
164	285	24	210	41	40	256	45	50
165	285	225	211	41	42	257	47	44
166	285	250	212	198	199	258	47	49
167	285	251	213	198	200	259	47	50
168	285	281	214	198	226	260	48	37
169	285	282	215	198	227	261	48	46
170	285	283	216	198	228	262	50	49
171	285	284	217	199	200	263	12	13
172	285	286	218	199	226	264	51	52
173	286	21	219	199	227	265	51	53
174	286	22	220	199	228	266	52	53
175	286	23	221	200	226	267	54	55

Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
268	54	56	314	293	156	360	87	88
269	54	57	315	293	157	361	87	91
270	54	58	316	293	294	362	87	300
271	54	231	317	293	295	363	87	301
272	55	56	318	293	296	364	88	86
273	55	57	319	294	39	365	88	91
274	55	58	320	294	100	366	88	300
275	55	231	321	294	101	367	92	91
276	56	57	322	294	103	368	300	86
277	56	231	323	294	155	369	300	91
278	58	57	324	294	156	370	301	86
279	58	231	325	294	157	371	301	88
280	60	57	326	294	295	372	301	91
281	60	230	327	294	296	373	301	300
282	60	231	328	295	39	374	95	96
283	230	57	329	295	100	375	100	101
284	230	231	330	295	101	376	100	103
285	231	57	331	295	103	377	101	103
286	259	39	332	295	296	378	98	99
287	259	100	333	296	39	379	98	104
288	259	101	334	70	71	380	98	105
289	259	103	335	75	258	381	98	106
290	259	155	336	75	298	382	98	115
291	259	156	337	234	72	383	98	149
292	259	157	338	235	73	384	99	106
293	259	292	339	297	75	385	104	99
294	259	293	340	297	258	386	104	105
295	259	294	341	297	298	387	104	106
296	259	295	342	298	258	388	104	115
297	259	296	343	299	74	389	104	149
298	292	39	344	77	79	390	105	99
299	292	100	345	77	91	391	105	106
300	292	101	346	77	92	392	115	99
301	292	103	347	78	80	393	115	105
302	292	155	348	78	91	394	115	106
303	292	156	349	79	91	395	108	114
304	292	157	350	79	92	396	108	215
305	292	293	351	80	91	397	108	237
306	292	294	352	81	83	398	110	113
307	292	295	353	81	84	399	110	114
308	292	296	354	81	91	400	110	117
309	293	39	355	83	84	401	111	110
310	293	100	356	83	91	402	111	113
311	293	101	357	84	91	403	111	114
312	293	103	358	86	91	404	111	117
313	293	155	359	87	86	405	111	216



Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
406	113	114	431	133	132	456	162	157
407	117	113	432	133	138	457	164	165
408	117	114	433	134	131	458	164	166
409	215	114	434	134	132	459	165	166
410	215	237	435	134	136	460	172	173
411	216	110	436	134	138	461	172	174
412	216	113	437	136	131	462	172	175
413	216	114	438	136	132	463	172	176
414	216	117	439	136	138	464	172	177
415	217	108	440	138	132	465	173	174
416	217	114	441	144	132	466	173	175
417	217	215	442	144	133	467	173	176
418	217	237	443	144	138	468	173	177
419	218	108	444	147	146	469	174	175
420	218	114	445	219	220	470	174	176
421	218	215	446	153	156	471	174	177
422	218	237	447	153	157	472	175	176
423	237	114	448	155	156	473	175	177
424	130	131	449	155	157	474	176	177
425	130	132	450	156	157	475	178	180
426	130	134	451	158	157	476	169	170
427	130	136	452	158	159	477	169	238
428	130	138	453	159	157	478	238	170
429	131	132	454	160	157	479	253	252
430	131	138	455	160	162			

### 1.5. Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

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

#### Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
AGG001	weiblich, 0 Jahre	AGG021	männlich, 0 Jahre
AGG002	weiblich 1-5 Jahre	AGG022	männlich 1-5 Jahre
AGG003	weiblich, 6-12 Jahre	AGG023	männlich, 6-12 Jahre
AGG004	weiblich, 13-17 Jahre	AGG024	männlich, 13-17 Jahre
AGG005	weiblich, 18-24 Jahre	AGG025	männlich, 18-24 Jahre
AGG006	weiblich, 25-29 Jahre	AGG026	männlich, 25-29 Jahre
AGG007	weiblich, 30-34 Jahre	AGG027	männlich, 30-34 Jahre
AGG008	weiblich, 35-39 Jahre	AGG028	männlich, 35-39 Jahre
AGG009	weiblich, 40-44 Jahre	AGG029	männlich, 40-44 Jahre
AGG010	weiblich, 45-49 Jahre	AGG030	männlich, 45-49 Jahre
AGG011	weiblich, 50-54 Jahre	AGG031	männlich, 50-54 Jahre
AGG012	weiblich, 55-59 Jahre	AGG032	männlich, 55-59 Jahre
AGG013	weiblich, 60-64 Jahre	AGG033	männlich, 60-64 Jahre
AGG014	weiblich, 65-69 Jahre	AGG034	männlich, 65-69 Jahre
AGG015	weiblich, 70-74 Jahre	AGG035	männlich, 70-74 Jahre
AGG016	weiblich, 75-79 Jahre	AGG036	männlich, 75-79 Jahre
AGG017	weiblich, 80-84 Jahre	AGG037	männlich, 80-84 Jahre
AGG018	weiblich, 85-89 Jahre	AGG038	männlich, 85-89 Jahre
AGG019	weiblich, 90-94 Jahre	AGG039	männlich, 90-94 Jahre
AGG020	weiblich, 95+ Jahre	AGG040	männlich, 95+ Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts werden entsprechend ihres Alters den AGG001 – AGG020 zugeordnet.

### 1.6. Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

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

#### Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

Variable	Inhalt
EMG001	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG002	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG003	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG004	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG005	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG006	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderungs bezogen haben, werden ihrem Alter entsprechend den EMG001 bis EMG003 zugeordnet.

### **1.7. Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)**

Versicherte, die in dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Stattdessen werden sie einer der folgenden Kostenerstattergruppen zugeordnet:<sup>1</sup>

#### **Kostenerstattergruppen (KEGs)**

Variable	Inhalt
KEG001	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 SGB V
KEG002	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 SGB V

Versicherte, die der KEG001 zugeordnet wurden, werden nicht der KEG002 zugeordnet.

### **1.8. Zuordnung zu den Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)**

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden 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:

---

<sup>1</sup> Für das Ausgleichsjahr 2016 regt das BVA eine Anpassung der KEGs an. Gemäß § 31 Abs. 5 S. 3 RSAV kann diese allerdings nur im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband erfolgen, das in einem gesonderten Verfahren hergestellt werden soll und zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Festlegungsentwurfes noch nicht vorliegt. Die Entwurfsfassung der Festlegung führt daher die bislang gültigen Zuordnungsregelungen zu den KEGs auf.

# **Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)**

Variable	Inhalt
AusAGG001	weiblich, 0 Jahre
AusAGG002	weiblich 1-5 Jahre
AusAGG003	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG004	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG005	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG006	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG007	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG008	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG009	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG010	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG011	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG012	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG013	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG014	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG015	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG016	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG017	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG018	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG019	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AusAGG021	männlich, 0 Jahre
AusAGG022	männlich 1-5 Jahre
AusAGG023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG040	männlich, 95+ Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden ihrem Alter entsprechend Altersgruppe den AusAGG001 bis AusAGG020 zugeordnet.

## 1.9. 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 Ausgleichsjahr, der im Ausgleichsjahr nicht mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen hat, wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden K-AGGs zugeordnet:

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

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-AGG001	weiblich, 0 Jahre	K-AGG092	männlich, 0 Jahre
K-AGG002	weiblich, 1 Jahr	K-AGG093	männlich, 1 Jahr
K-AGG003	weiblich, 2 Jahre	K-AGG094	männlich, 2 Jahre
K-AGG004	weiblich, 3 Jahre	K-AGG095	männlich, 3 Jahre
K-AGG005	weiblich, 4 Jahre	K-AGG096	männlich, 4 Jahre
K-AGG006	weiblich, 5 Jahre	K-AGG097	männlich, 5 Jahre
K-AGG007	weiblich, 6 Jahre	K-AGG098	männlich, 6 Jahre
K-AGG008	weiblich, 7 Jahre	K-AGG099	männlich, 7 Jahre
K-AGG009	weiblich, 8 Jahre	K-AGG100	männlich, 8 Jahre
K-AGG010	weiblich, 9 Jahre	K-AGG101	männlich, 9 Jahre
K-AGG011	weiblich, 10 Jahre	K-AGG102	männlich, 10 Jahre
K-AGG012	weiblich, 11 Jahre	K-AGG103	männlich, 11 Jahre
K-AGG013	weiblich, 12 Jahre	K-AGG104	männlich, 12 Jahre
K-AGG014	weiblich, 13 Jahre	K-AGG105	männlich, 13 Jahre
K-AGG015	weiblich, 14 Jahre	K-AGG106	männlich, 14 Jahre
K-AGG016	weiblich, 15 Jahre	K-AGG107	männlich, 15 Jahre
K-AGG017	weiblich, 16 Jahre	K-AGG108	männlich, 16 Jahre
K-AGG018	weiblich, 17 Jahre	K-AGG109	männlich, 17 Jahre
K-AGG019	weiblich, 18 Jahre	K-AGG110	männlich, 18 Jahre
K-AGG020	weiblich, 19 Jahre	K-AGG111	männlich, 19 Jahre
K-AGG021	weiblich, 20 Jahre	K-AGG112	männlich, 20 Jahre
K-AGG022	weiblich, 21 Jahre	K-AGG113	männlich, 21 Jahre
K-AGG023	weiblich, 22 Jahre	K-AGG114	männlich, 22 Jahre
K-AGG024	weiblich, 23 Jahre	K-AGG115	männlich, 23 Jahre
K-AGG025	weiblich, 24 Jahre	K-AGG116	männlich, 24 Jahre
K-AGG026	weiblich, 25 Jahre	K-AGG117	männlich, 25 Jahre
K-AGG027	weiblich, 26 Jahre	K-AGG118	männlich, 26 Jahre
K-AGG028	weiblich, 27 Jahre	K-AGG119	männlich, 27 Jahre
K-AGG029	weiblich, 28 Jahre	K-AGG120	männlich, 28 Jahre
K-AGG030	weiblich, 29 Jahre	K-AGG121	männlich, 29 Jahre
K-AGG031	weiblich, 30 Jahre	K-AGG122	männlich, 30 Jahre
K-AGG032	weiblich, 31 Jahre	K-AGG123	männlich, 31 Jahre
K-AGG033	weiblich, 32 Jahre	K-AGG124	männlich, 32 Jahre
K-AGG034	weiblich, 33 Jahre	K-AGG125	männlich, 33 Jahre
K-AGG035	weiblich, 34 Jahre	K-AGG126	männlich, 34 Jahre
K-AGG036	weiblich, 35 Jahre	K-AGG127	männlich, 35 Jahre
K-AGG037	weiblich, 36 Jahre	K-AGG128	männlich, 36 Jahre
K-AGG038	weiblich, 37 Jahre	K-AGG129	männlich, 37 Jahre
K-AGG039	weiblich, 38 Jahre	K-AGG130	männlich, 38 Jahre
K-AGG040	weiblich, 39 Jahre	K-AGG131	männlich, 39 Jahre
K-AGG041	weiblich, 40 Jahre	K-AGG132	männlich, 40 Jahre
K-AGG042	weiblich, 41 Jahre	K-AGG133	männlich, 41 Jahre
K-AGG043	weiblich, 42 Jahre	K-AGG134	männlich, 42 Jahre
K-AGG044	weiblich, 43 Jahre	K-AGG135	männlich, 43 Jahre
K-AGG045	weiblich, 44 Jahre	K-AGG136	männlich, 44 Jahre
K-AGG046	weiblich, 45 Jahre	K-AGG137	männlich, 45 Jahre
K-AGG047	weiblich, 46 Jahre	K-AGG138	männlich, 46 Jahre
K-AGG048	weiblich, 47 Jahre	K-AGG139	männlich, 47 Jahre
K-AGG049	weiblich, 48 Jahre	K-AGG140	männlich, 48 Jahre
K-AGG050	weiblich, 49 Jahre	K-AGG141	männlich, 49 Jahre
K-AGG051	weiblich, 50 Jahre	K-AGG142	männlich, 50 Jahre
K-AGG052	weiblich, 51 Jahre	K-AGG143	männlich, 51 Jahre
K-AGG053	weiblich, 52 Jahre	K-AGG144	männlich, 52 Jahre
K-AGG054	weiblich, 53 Jahre	K-AGG145	männlich, 53 Jahre
K-AGG055	weiblich, 54 Jahre	K-AGG146	männlich, 54 Jahre
K-AGG056	weiblich, 55 Jahre	K-AGG147	männlich, 55 Jahre

K-AGG057	weiblich, 56 Jahre	K-AGG148	männlich, 56 Jahre
K-AGG058	weiblich, 57 Jahre	K-AGG149	männlich, 57 Jahre
K-AGG059	weiblich, 58 Jahre	K-AGG150	männlich, 58 Jahre
K-AGG060	weiblich, 59 Jahre	K-AGG151	männlich, 59 Jahre
K-AGG061	weiblich, 60 Jahre	K-AGG152	männlich, 60 Jahre
K-AGG062	weiblich, 61 Jahre	K-AGG153	männlich, 61 Jahre
K-AGG063	weiblich, 62 Jahre	K-AGG154	männlich, 62 Jahre
K-AGG064	weiblich, 63 Jahre	K-AGG155	männlich, 63 Jahre
K-AGG065	weiblich, 64 Jahre	K-AGG156	männlich, 64 Jahre
K-AGG066	weiblich, 65 Jahre	K-AGG157	männlich, 65 Jahre
K-AGG067	weiblich, 66 Jahre	K-AGG158	männlich, 66 Jahre
K-AGG068	weiblich, 67 Jahre	K-AGG159	männlich, 67 Jahre
K-AGG069	weiblich, 68 Jahre	K-AGG160	männlich, 68 Jahre
K-AGG070	weiblich, 69 Jahre	K-AGG161	männlich, 69 Jahre
K-AGG071	weiblich, 70 Jahre	K-AGG162	männlich, 70 Jahre
K-AGG072	weiblich, 71 Jahre	K-AGG163	männlich, 71 Jahre
K-AGG073	weiblich, 72 Jahre	K-AGG164	männlich, 72 Jahre
K-AGG074	weiblich, 73 Jahre	K-AGG165	männlich, 73 Jahre
K-AGG075	weiblich, 74 Jahre	K-AGG166	männlich, 74 Jahre
K-AGG076	weiblich, 75 Jahre	K-AGG167	männlich, 75 Jahre
K-AGG077	weiblich, 76 Jahre	K-AGG168	männlich, 76 Jahre
K-AGG078	weiblich, 77 Jahre	K-AGG169	männlich, 77 Jahre
K-AGG079	weiblich, 78 Jahre	K-AGG170	männlich, 78 Jahre
K-AGG080	weiblich, 79 Jahre	K-AGG171	männlich, 79 Jahre
K-AGG081	weiblich, 80 Jahre	K-AGG172	männlich, 80 Jahre
K-AGG082	weiblich, 81 Jahre	K-AGG173	männlich, 81 Jahre
K-AGG083	weiblich, 82 Jahre	K-AGG174	männlich, 82 Jahre
K-AGG084	weiblich, 83 Jahre	K-AGG175	männlich, 83 Jahre
K-AGG085	weiblich, 84 Jahre	K-AGG176	männlich, 84 Jahre
K-AGG086	weiblich, 85 Jahre	K-AGG177	männlich, 85 Jahre
K-AGG087	weiblich, 86 Jahre	K-AGG178	männlich, 86 Jahre
K-AGG088	weiblich, 87 Jahre	K-AGG179	männlich, 87 Jahre
K-AGG089	weiblich, 88 Jahre	K-AGG180	männlich, 88 Jahre
K-AGG090	weiblich, 89 Jahre	K-AGG181	männlich, 89 Jahre
K-AGG091	weiblich, 90 Jahre und älter	K-AGG182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte unbestimmten Geschlechts mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, die im selben Jahr nicht mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden entsprechend ihres Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) den K-AGG001 bis K-AGG091 zugeordnet.

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

#### Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre	K-EMG034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre	K-EMG035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre	K-EMG036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre	K-EMG037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre	K-EMG038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre	K-EMG039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre	K-EMG040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre	K-EMG041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre	K-EMG042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre	K-EMG043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre	K-EMG044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre	K-EMG045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre	K-EMG046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre	K-EMG047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre	K-EMG048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre	K-EMG049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre	K-EMG050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre	K-EMG051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre	K-EMG052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre	K-EMG053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre	K-EMG054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre	K-EMG055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre	K-EMG056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre	K-EMG057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre	K-EMG058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre	K-EMG059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre	K-EMG060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

Versicherte unbestimmten Geschlechts mit Krankengeldanspruch im Ausgleichsjahr, die im Ausgleichsjahr mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden entsprechend ihres Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) den K-EMG001 bis K-EMG031 zugeordnet.

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

### **2.1. Ermittlung der Kenngrößen**

#### **2.1.1. Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben ergeben sich gemäß der Abgrenzung in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 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, 5160-5162, 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 1.7 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. Regressionsgewichte**

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

#### **2.2.2.3. Ermittlung der Regressionskoeffizienten**

Für jedes Risikomerkmale wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („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.

#### **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 1.7 zugeordnet sind, gebildet.

### **2.3.3. Durchschnittliche Zuschläge für AusAGG**

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

### **2.3.4. Gewichtungsfaktoren für die AusAGG**

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch 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 Durchschnittsberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.9 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 1.8 zugeordnet sind, mit seinen Versichertentagen vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

### **2.5.2. Risikomenge für das Krankengeld**

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

### **2.5.3. Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld**

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

#### **2.5.4. Korrekturfaktor für das Krankengeld**

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

#### **2.5.5. Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

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

#### **2.5.6. Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und AusAGG**

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

#### **2.5.7. Risikozuschläge 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 Leistungs-

ausgaben ohne Krankengeld an die Krankenkasse ergibt sich als Summe der Zuweisungen über alle Versicherte der Krankenkasse.

### **2.6.2. Zuweisungen für das Krankengeld**

Die standardisierten Leistungsausgaben 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 Zuweisungen für das Krankengeld an die Krankenkasse ergeben sich aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V).