

Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2018

Bonn, den 29.09.2017

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 29.02.2016 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 2018 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 201 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 29.02.2016 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, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 218, 225, 237, 240, 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, 141, 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, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 211, 218, 225, 237, 240, 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, 141, 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

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
1	001	184	42	268	276	83	273	276
2	002	006	43	268	277	84	273	277
3	003	004	44	268	278	85	273	278
4	003	005	45	268	287	86	273	287
5	003	110	46	268	305	87	273	305
6	003	113	47	268	306	88	273	306
7	003	114	48	268	313	89	273	313
8	003	117	49	269	124	90	276	277
9	004	005	50	269	262	91	276	278
10	004	110	51	269	263	92	276	287
11	004	113	52	269	265	93	276	305
12	004	114	53	269	266	94	276	306
13	004	117	54	269	267	95	276	313
14	005	110	55	269	268	96	277	287
15	005	113	56	269	270	97	277	305
16	005	114	57	269	271	98	277	306
17	005	117	58	269	273	99	277	313
18	261	124	59	269	276	100	278	277
19	261	262	60	269	277	101	278	287
20	261	263	61	269	278	102	278	305
21	261	265	62	269	287	103	278	306
22	261	266	63	269	305	104	278	313
23	261	267	64	269	306	105	287	305
24	262	124	65	269	313	106	287	306
25	262	263	66	270	271	107	287	313
26	262	265	67	270	273	108	305	306
27	262	266	68	270	276	109	305	313
28	262	267	69	270	277	110	306	313
29	263	124	70	270	278	111	015	016
30	263	265	71	270	287	112	015	017
31	263	266	72	270	305	113	015	019
32	263	267	73	270	306	114	016	017
33	265	124	74	270	313	115	016	019
34	265	266	75	271	273	116	017	019
35	265	267	76	271	276	117	018	020
36	266	124	77	271	277	118	021	022
37	266	267	78	271	278	119	021	023
38	267	124	79	271	287	120	021	024
39	268	270	80	271	305	121	021	283
40	268	271	81	271	306	122	022	023
41	268	273	82	271	313	123	022	024

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
124	022	283	167	284	286	210	256	028
125	023	024	168	285	021	211	256	029
126	023	283	169	285	022	212	256	289
127	225	021	170	285	023	213	288	026
128	225	022	171	285	024	214	288	027
129	225	023	172	285	225	215	288	028
130	225	024	173	285	250	216	288	029
131	225	283	174	285	281	217	288	251
132	225	286	175	285	282	218	288	256
133	250	021	176	285	283	219	288	289
134	250	022	177	285	284	220	031	032
135	250	023	178	285	286	221	034	031
136	250	024	179	286	021	222	034	032
137	250	225	180	286	022	223	034	063
138	250	283	181	286	023	224	061	026
139	250	286	182	286	024	225	061	027
140	281	021	183	286	283	226	061	028
141	281	022	184	025	026	227	061	029
142	281	023	185	025	027	228	061	064
143	281	024	186	025	028	229	061	065
144	281	225	187	025	029	230	061	256
145	281	250	188	025	251	231	061	289
146	281	282	189	025	256	232	065	064
147	281	283	190	025	288	233	290	033
148	281	286	191	025	289	234	040	042
149	282	021	192	026	027	235	041	040
150	282	022	193	026	029	236	041	042
151	282	023	194	026	289	237	198	199
152	282	024	195	027	289	238	198	200
153	282	225	196	028	026	239	198	219
154	282	250	197	028	027	240	198	220
155	282	283	198	028	029	241	198	226
156	282	286	199	028	289	242	198	227
157	283	024	200	029	027	243	198	228
158	284	021	201	029	289	244	199	200
159	284	022	202	251	026	245	199	219
160	284	023	203	251	027	246	199	220
161	284	024	204	251	028	247	199	226
162	284	225	205	251	029	248	199	227
163	284	250	206	251	256	249	199	228
164	284	281	207	251	289	250	200	226
165	284	282	208	256	026	251	200	227
166	284	283	209	256	027	252	200	228

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
253	207	208	296	186	187	339	060	057
254	207	209	297	186	188	340	060	230
255	208	209	298	186	189	341	060	231
256	226	227	299	186	190	342	230	057
257	226	228	300	186	191	343	230	231
258	227	228	301	187	188	344	231	057
259	035	036	302	187	189	345	259	039
260	035	037	303	187	190	346	259	100
261	035	038	304	187	191	347	259	101
262	035	043	305	188	189	348	259	103
263	035	046	306	188	190	349	259	155
264	035	048	307	188	191	350	259	157
265	036	037	308	189	190	351	259	292
266	036	038	309	189	191	352	259	293
267	036	043	310	190	191	353	259	294
268	036	046	311	192	044	354	259	295
269	036	048	312	192	045	355	259	296
270	037	046	313	192	047	356	292	039
271	038	037	314	192	049	357	292	100
272	038	043	315	192	050	358	292	101
273	038	046	316	192	194	359	292	103
274	038	048	317	194	044	360	292	155
275	043	037	318	194	045	361	292	157
276	043	046	319	194	047	362	292	293
277	043	048	320	194	049	363	292	294
278	044	049	321	194	050	364	292	295
279	044	050	322	012	013	365	292	296
280	045	044	323	051	052	366	293	039
281	045	047	324	051	053	367	293	100
282	045	049	325	052	053	368	293	101
283	045	050	326	054	055	369	293	103
284	047	044	327	054	056	370	293	155
285	047	049	328	054	057	371	293	157
286	047	050	329	054	058	372	293	294
287	048	037	330	054	231	373	293	295
288	048	046	331	055	056	374	293	296
289	050	049	332	055	057	375	294	039
290	185	186	333	055	058	376	294	100
291	185	187	334	055	231	377	294	101
292	185	188	335	056	057	378	294	103
293	185	189	336	056	231	379	294	155
294	185	190	337	058	057	380	294	157
295	185	191	338	058	231	381	294	295

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
382	294	296	425	087	301	468	113	114
383	295	039	426	088	086	469	117	113
384	295	100	427	088	091	470	117	114
385	295	101	428	088	300	471	215	114
386	295	103	429	092	091	472	215	237
387	295	155	430	300	086	473	216	110
388	295	157	431	300	091	474	216	113
389	295	296	432	301	086	475	216	114
390	296	039	433	301	088	476	216	117
391	075	012	434	301	091	477	217	108
392	075	013	435	301	300	478	217	114
393	075	258	436	095	096	479	217	215
394	075	298	437	100	101	480	217	237
395	234	072	438	100	103	481	218	108
396	235	073	439	101	103	482	218	114
397	297	012	440	098	099	483	218	215
398	297	013	441	098	104	484	218	237
399	297	075	442	098	105	485	237	114
400	297	258	443	098	106	486	130	131
401	297	298	444	098	115	487	130	132
402	298	012	445	098	149	488	130	134
403	298	013	446	099	106	489	130	136
404	298	258	447	104	099	490	130	138
405	299	074	448	104	105	491	131	132
406	077	079	449	104	106	492	131	138
407	077	091	450	104	115	493	133	132
408	077	092	451	104	149	494	133	138
409	078	080	452	105	099	495	134	131
410	078	091	453	105	106	496	134	132
411	079	091	454	115	099	497	134	136
412	079	092	455	115	105	498	134	138
413	080	091	456	115	106	499	136	131
414	081	083	457	108	114	500	136	132
415	081	084	458	108	215	501	136	138
416	081	091	459	108	237	502	138	132
417	083	084	460	110	113	503	144	132
418	083	091	461	110	114	504	144	133
419	084	091	462	110	117	505	144	138
420	086	091	463	111	110	506	147	146
421	087	086	464	111	113	507	219	220
422	087	088	465	111	114	508	153	157
423	087	091	466	111	117	509	155	157
424	087	300	467	111	216	510	158	157

Nr	A	B	Nr	A	B	Nr	A	B
511	158	161	519	172	174	527	175	177
512	160	157	520	172	175	528	176	177
513	160	162	521	172	176	529	178	180
514	161	157	522	172	177	530	169	170
515	162	157	523	174	175	531	169	238
516	164	165	524	174	176	532	238	170
517	164	166	525	174	177	533	253	252
518	165	166	526	175	176			

ENWURF

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 mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG001 bis KEG005 zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den KEG006 bis KEG007 zugeordnet. Versicherte, die einer der KEG001 bis KEG005 zugeordnet werden, werden nicht der KEG006 bzw. der KEG007 zugeordnet.

Kostenerstattergruppen (KEGs)

Variable	Inhalt
KEG001	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 0 bis 29 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG002	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 30 bis 59 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG003	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 60 bis 69 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG004	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 70 bis 79 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG005	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 80 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.
KEG006	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 0 bis 65 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG007	Mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 66 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.

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 Zuordnung erfolgt nach Alter und Geschlecht im Ausgleichsjahr. Die AusAGGs entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGGs:

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 im Ausgleichsjahr entsprechend 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, 519, 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 - 4802 und 4830 - 4831, 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).

ENTWURF