

Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2020

Bonn, den 30.09.2019

0 Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Abs. 4 S. 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 23.05.2019 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 2020 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 (HMGs)

Das Klassifikationssystem unterscheidet 226 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die jeweils aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Code 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 zu den in der Festlegung vom 23.05.2019 benannten Krankheiten zugehörigen 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. Hiervon 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, 827, 829, 836, 840, 846, 847, 848, 904, 905, 907, 917, 920, 922, 923, 924, 927, 928 und 935 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.1 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 23, 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 141, 226, 227, 238, 243 und 830 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zur DxG926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.3 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 821 und 850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 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 Ziffer 1.3.2.1 und 1.3.2.2 aufgeführt. Die Berücksichtigung ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne Arzneimittelzuordnung (vgl. Ziffer 1.3.2.3) oder eine DxG mit Arzneimittelzuordnung (vgl. Ziffer 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 Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.

b) Ausnahme-DxG

Stationäre Nebendiagnosen für die DxGs 032, 033, 034 und 035 werden ebenfalls den Hauptdiagnosen gemäß Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.

c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen

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

d) Obligatorische stationäre Behandlung

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

1.3.2.3 DxGs ohne Arzneimittelzuordnung (M2Q-Kriterium)

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 Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert war.

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 BT 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 BT 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 BT 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 Ziffer 1.3.2.4.2. Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach Ziffer 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 Ziffer 1.3.2.4.2. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach Ziffer 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 Ziffer 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, 827, 829, 836, 840, 846, 847, 848, 904, 905, 907, 917, 920, 922, 923, 924, 927, 928 und 935 erfolgt die BT-Prüfung analog zu Ziffer 1.3.2.4.2 b), jedoch altersübergreifend. Für Kinder unter 12 Jahren wird dabei abweichend die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 92 BT herabgesetzt.

1.3.3.2 Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42 Behandlungstage

Bei den DxGs 23, 112, 113, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 136, 141, 226, 227, 238, 243 und 830 erfolgt die BT-Prüfung analog zu Ziffer 1.3.3.1, jedoch mit reduzierten Schwellen bei der BT-Prüfung. Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren müssen mindestens 42 BT aufweisen. Für Kinder unter 12 Jahren wird die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 21 BT 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 Kennzeichens Extrakorporale Blutreinigung

Um zur DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ oder der DxG850 „Dialysestatus (mit Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich zu den im normalen Zuord-

nungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxG mit obligater Arzneimittelzuordnung 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
1	1	184
2	2	6
3	3	4
4	3	5
5	3	110
6	3	113
7	3	114
8	4	5
9	4	110
10	4	113
11	4	114
12	5	110
13	5	113
14	5	114
15	261	124
16	261	262
17	261	263
18	261	264
19	261	265
20	261	267
21	262	124
22	262	263
23	262	264
24	262	265
25	262	267
26	263	124
27	263	264
28	263	265
29	263	267
30	264	124
31	264	265
32	264	267
33	265	124
34	265	267
35	267	124
36	268	270
37	268	271

Nr.	A	B
38	268	273
39	268	276
40	268	277
41	268	287
42	268	305
43	268	306
44	268	313
45	269	124
46	269	262
47	269	263
48	269	264
49	269	265
50	269	267
51	269	268
52	269	270
53	269	271
54	269	273
55	269	276
56	269	277
57	269	287
58	269	305
59	269	306
60	269	313
61	270	271
62	270	273
63	270	276
64	270	277
65	270	287
66	270	305
67	270	306
68	270	313
69	271	273
70	271	276
71	271	277
72	271	287
73	271	305
74	271	306

Nr.	A	B
75	271	313
76	273	276
77	273	277
78	273	287
79	273	305
80	273	306
81	273	313
82	276	277
83	276	287
84	276	305
85	276	306
86	276	313
87	277	287
88	277	305
89	277	306
90	277	313
91	287	305
92	287	306
93	287	313
94	305	306
95	305	313
96	306	313
97	15	16
98	15	17
99	15	19
100	16	17
101	16	19
102	17	19
103	18	20
104	21	22
105	21	23
106	21	24
107	21	283
108	22	23
109	22	24
110	22	283
111	23	24

Nr.	A	B
112	23	283
113	225	21
114	225	22
115	225	23
116	225	24
117	225	283
118	225	286
119	250	21
120	250	22
121	250	23
122	250	24
123	250	225
124	250	283
125	250	286
126	279	21
127	279	22
128	279	23
129	279	24
130	279	225
131	279	250
132	279	283
133	279	286
134	281	21
135	281	22
136	281	23
137	281	24
138	281	225
139	281	250
140	281	279
141	281	282
142	281	283
143	281	286
144	282	21
145	282	22
146	282	23
147	282	24
148	282	225
149	282	250
150	282	279
151	282	283
152	282	286
153	283	24
154	284	21
155	284	22
156	284	23
157	284	24
158	284	225
159	284	250
160	284	279
161	284	281
162	284	282
163	284	283
164	284	286
165	285	21
166	285	22
167	285	23
168	285	24
169	285	225
170	285	250
171	285	279
172	285	281

Nr.	A	B
173	285	282
174	285	283
175	285	284
176	285	286
177	286	21
178	286	22
179	286	23
180	286	24
181	286	283
182	25	26
183	25	27
184	25	61
185	25	64
186	25	65
187	25	251
188	25	256
189	25	257
190	25	288
191	25	289
192	26	27
193	26	289
194	27	289
195	251	26
196	251	27
197	251	256
198	251	289
199	256	26
200	256	27
201	256	289
202	257	26
203	257	27
204	257	61
205	257	64
206	257	65
207	257	251
208	257	256
209	257	288
210	257	289
211	288	26
212	288	27
213	288	251
214	288	256
215	288	289
216	29	30
217	29	33
218	29	290
219	30	33
220	30	290
221	31	32
222	34	31
223	34	32
224	34	63
225	61	64
226	61	65
227	65	64
228	274	33
229	274	291
230	275	33
231	275	274
232	275	291
233	290	33

Nr.	A	B
234	291	33
235	40	42
236	41	40
237	41	42
238	198	199
239	198	200
240	198	219
241	198	220
242	198	226
243	198	227
244	198	228
245	199	200
246	199	219
247	199	220
248	199	226
249	199	227
250	199	228
251	200	226
252	200	227
253	200	228
254	207	208
255	207	209
256	208	209
257	226	227
258	226	228
259	227	228
260	35	36
261	35	37
262	35	38
263	35	43
264	35	46
265	35	48
266	35	193
267	35	195
268	36	37
269	36	38
270	36	43
271	36	46
272	36	48
273	36	193
274	36	195
275	37	46
276	37	193
277	37	195
278	38	37
279	38	43
280	38	46
281	38	48
282	38	193
283	38	195
284	43	37
285	43	46
286	43	48
287	43	193
288	43	195
289	44	49
290	44	50
291	45	44
292	45	47
293	45	49
294	45	50

Nr.	A	B
295	46	193
296	46	195
297	47	44
298	47	49
299	47	50
300	48	37
301	48	46
302	48	193
303	48	195
304	50	49
305	185	186
306	185	187
307	185	188
308	185	189
309	185	190
310	185	191
311	186	187
312	186	188
313	186	189
314	186	190
315	186	191
316	187	188
317	187	189
318	187	190
319	187	191
320	188	189
321	188	190
322	188	191
323	189	190
324	189	191
325	190	191
326	192	44
327	192	45
328	192	47
329	192	49
330	192	50
331	192	194
332	193	195
333	194	44
334	194	45
335	194	47
336	194	49
337	194	50
338	201	202
339	201	203
340	201	204
341	202	203
342	202	204
343	203	204
344	51	52
345	51	53
346	52	53
347	54	55
348	54	56
349	54	57
350	54	58
351	54	66
352	54	67
353	54	68
354	54	69
355	55	57

Nr.	A	B
356	55	58
357	55	66
358	55	67
359	55	68
360	56	57
361	56	69
362	58	57
363	58	66
364	58	67
365	58	68
366	66	57
367	66	67
368	66	68
369	67	57
370	67	68
371	68	57
372	69	57
373	259	39
374	259	100
375	259	101
376	259	103
377	259	155
378	259	157
379	259	292
380	259	293
381	259	294
382	259	295
383	259	296
384	292	39
385	292	100
386	292	101
387	292	103
388	292	155
389	292	157
390	292	293
391	292	294
392	292	295
393	292	296
394	293	39
395	293	100
396	293	101
397	293	103
398	293	155
399	293	157
400	293	294
401	293	295
402	293	296
403	294	39
404	294	100
405	294	101
406	294	103
407	294	155
408	294	157
409	294	295
410	294	296
411	295	39
412	295	100
413	295	101
414	295	103
415	295	155
416	295	157

Nr.	A	B
417	295	296
418	296	39
419	74	76
420	75	12
421	75	258
422	75	298
423	97	73
424	234	72
425	235	73
426	235	97
427	297	12
428	297	75
429	297	258
430	297	298
431	297	307
432	298	12
433	298	258
434	299	74
435	299	76
436	299	302
437	302	74
438	302	76
439	307	12
440	307	75
441	307	258
442	307	298
443	78	80
444	78	89
445	78	91
446	80	91
447	81	83
448	81	84
449	81	91
450	83	84
451	83	91
452	84	91
453	85	86
454	85	91
455	86	91
456	87	85
457	87	86
458	87	91
459	89	80
460	89	91
461	90	91
462	90	92
463	92	91
464	95	96
465	100	101
466	100	103
467	101	103
468	98	99
469	98	104
470	98	105
471	98	115
472	98	117
473	102	99
474	102	117
475	104	99
476	104	105
477	104	115

Nr.	A	B
478	104	117
479	105	99
480	105	117
481	112	99
482	112	116
483	112	117
484	115	99
485	115	105
486	115	117
487	116	99
488	116	117
489	117	99
490	108	114
491	108	215
492	110	113
493	110	114
494	111	110
495	111	113
496	111	114
497	111	216
498	113	114
499	215	114
500	216	110
501	216	113
502	216	114
503	217	108
504	217	114
505	217	215
506	218	108
507	218	114
508	218	215
509	130	131
510	130	132
511	130	134
512	130	136
513	130	137
514	130	139
515	131	132
516	133	132
517	133	135
518	134	131
519	134	132
520	134	136
521	134	137
522	134	139
523	135	132
524	136	131
525	136	132
526	136	139
527	137	131
528	137	132
529	137	136
530	137	139
531	139	131
532	139	132
533	144	132
534	144	133
535	144	135
536	147	146
537	151	152
538	154	150

Nr.	A	B
539	156	150
540	156	154
541	210	220
542	219	210
543	219	220
544	153	157
545	155	157
546	158	157
547	158	161
548	159	40
549	159	41
550	159	42
551	159	157
552	160	157
553	160	162
554	161	157
555	162	157
556	164	165
557	164	166
558	165	166
559	172	174
560	172	175
561	172	176
562	172	177
563	174	175
564	174	176
565	174	177
566	175	176
567	175	177
568	176	177
569	178	180
570	222	223
571	224	222
572	224	223
573	169	170
574	169	238
575	238	170
576	253	252
577	255	252
578	255	253
579	260	252
580	260	253
581	260	255

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 (AGGs) zugeordnet:

Alters-Geschlechts-Gruppen

Variable	Inhalt
AGG001	weiblich, 0 Jahre
AGG002	weiblich 1-5 Jahre
AGG003	weiblich, 6-12 Jahre
AGG004	weiblich, 13-17 Jahre
AGG005	weiblich, 18-24 Jahre
AGG006	weiblich, 25-29 Jahre
AGG007	weiblich, 30-34 Jahre
AGG008	weiblich, 35-39 Jahre
AGG009	weiblich, 40-44 Jahre
AGG010	weiblich, 45-49 Jahre
AGG011	weiblich, 50-54 Jahre
AGG012	weiblich, 55-59 Jahre
AGG013	weiblich, 60-64 Jahre
AGG014	weiblich, 65-69 Jahre
AGG015	weiblich, 70-74 Jahre
AGG016	weiblich, 75-79 Jahre
AGG017	weiblich, 80-84 Jahre
AGG018	weiblich, 85-89 Jahre
AGG019	weiblich, 90-94 Jahre
AGG020	weiblich, 95 Jahre und älter

Variable	Inhalt
AGG021	männlich, 0 Jahre
AGG022	männlich 1-5 Jahre
AGG023	männlich, 6-12 Jahre
AGG024	männlich, 13-17 Jahre
AGG025	männlich, 18-24 Jahre
AGG026	männlich, 25-29 Jahre
AGG027	männlich, 30-34 Jahre
AGG028	männlich, 35-39 Jahre
AGG029	männlich, 40-44 Jahre
AGG030	männlich, 45-49 Jahre
AGG031	männlich, 50-54 Jahre
AGG032	männlich, 55-59 Jahre
AGG033	männlich, 60-64 Jahre
AGG034	männlich, 65-69 Jahre
AGG035	männlich, 70-74 Jahre
AGG036	männlich, 75-79 Jahre
AGG037	männlich, 80-84 Jahre
AGG038	männlich, 85-89 Jahre
AGG039	männlich, 90-94 Jahre
AGG040	männlich, 95 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ werden entsprechend ihres Alters den AGG001 bis 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 (EMGs) zugeordnet:

Erwerbsminderungsgruppen

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

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung 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 Kostenerstattergruppen (KEG) 001 bis 005 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

Variable	Inhalt
KEG001	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 0 bis 29 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG002	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 30 bis 59 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG003	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 60 bis 69 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG004	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 70 bis 79 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG005	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Vorjahr, 80 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.
KEG006	Mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Vorjahr, 0 bis 65 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG007	Mind. 183 Tage 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 nicht den AGGs, EMGs, KEGs und HMGs 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 Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs) entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGGs:

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen

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 und älter

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 und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“, 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

Variable	Inhalt
K-AGG001	weiblich, 0 Jahre
K-AGG002	weiblich, 1 Jahr
K-AGG003	weiblich, 2 Jahre
K-AGG004	weiblich, 3 Jahre
K-AGG005	weiblich, 4 Jahre
K-AGG006	weiblich, 5 Jahre
K-AGG007	weiblich, 6 Jahre
K-AGG008	weiblich, 7 Jahre
K-AGG009	weiblich, 8 Jahre
K-AGG010	weiblich, 9 Jahre
K-AGG011	weiblich, 10 Jahre
K-AGG012	weiblich, 11 Jahre
K-AGG013	weiblich, 12 Jahre
K-AGG014	weiblich, 13 Jahre
K-AGG015	weiblich, 14 Jahre
K-AGG016	weiblich, 15 Jahre
K-AGG017	weiblich, 16 Jahre
K-AGG018	weiblich, 17 Jahre
K-AGG019	weiblich, 18 Jahre
K-AGG020	weiblich, 19 Jahre
K-AGG021	weiblich, 20 Jahre
K-AGG022	weiblich, 21 Jahre
K-AGG023	weiblich, 22 Jahre
K-AGG024	weiblich, 23 Jahre
K-AGG025	weiblich, 24 Jahre
K-AGG026	weiblich, 25 Jahre
K-AGG027	weiblich, 26 Jahre
K-AGG028	weiblich, 27 Jahre
K-AGG029	weiblich, 28 Jahre
K-AGG030	weiblich, 29 Jahre
K-AGG031	weiblich, 30 Jahre
K-AGG032	weiblich, 31 Jahre
K-AGG033	weiblich, 32 Jahre
K-AGG034	weiblich, 33 Jahre
K-AGG035	weiblich, 34 Jahre
K-AGG036	weiblich, 35 Jahre
K-AGG037	weiblich, 36 Jahre
K-AGG038	weiblich, 37 Jahre
K-AGG039	weiblich, 38 Jahre
K-AGG040	weiblich, 39 Jahre
K-AGG041	weiblich, 40 Jahre
K-AGG042	weiblich, 41 Jahre
K-AGG043	weiblich, 42 Jahre
K-AGG044	weiblich, 43 Jahre
K-AGG045	weiblich, 44 Jahre
K-AGG046	weiblich, 45 Jahre

Variable	Inhalt
K-AGG092	männlich, 0 Jahre
K-AGG093	männlich, 1 Jahr
K-AGG094	männlich, 2 Jahre
K-AGG095	männlich, 3 Jahre
K-AGG096	männlich, 4 Jahre
K-AGG097	männlich, 5 Jahre
K-AGG098	männlich, 6 Jahre
K-AGG099	männlich, 7 Jahre
K-AGG100	männlich, 8 Jahre
K-AGG101	männlich, 9 Jahre
K-AGG102	männlich, 10 Jahre
K-AGG103	männlich, 11 Jahre
K-AGG104	männlich, 12 Jahre
K-AGG105	männlich, 13 Jahre
K-AGG106	männlich, 14 Jahre
K-AGG107	männlich, 15 Jahre
K-AGG108	männlich, 16 Jahre
K-AGG109	männlich, 17 Jahre
K-AGG110	männlich, 18 Jahre
K-AGG111	männlich, 19 Jahre
K-AGG112	männlich, 20 Jahre
K-AGG113	männlich, 21 Jahre
K-AGG114	männlich, 22 Jahre
K-AGG115	männlich, 23 Jahre
K-AGG116	männlich, 24 Jahre
K-AGG117	männlich, 25 Jahre
K-AGG118	männlich, 26 Jahre
K-AGG119	männlich, 27 Jahre
K-AGG120	männlich, 28 Jahre
K-AGG121	männlich, 29 Jahre
K-AGG122	männlich, 30 Jahre
K-AGG123	männlich, 31 Jahre
K-AGG124	männlich, 32 Jahre
K-AGG125	männlich, 33 Jahre
K-AGG126	männlich, 34 Jahre
K-AGG127	männlich, 35 Jahre
K-AGG128	männlich, 36 Jahre
K-AGG129	männlich, 37 Jahre
K-AGG130	männlich, 38 Jahre
K-AGG131	männlich, 39 Jahre
K-AGG132	männlich, 40 Jahre
K-AGG133	männlich, 41 Jahre
K-AGG134	männlich, 42 Jahre
K-AGG135	männlich, 43 Jahre
K-AGG136	männlich, 44 Jahre
K-AGG137	männlich, 45 Jahre

K-AGG047	weiblich, 46 Jahre
K-AGG048	weiblich, 47 Jahre
K-AGG049	weiblich, 48 Jahre
K-AGG050	weiblich, 49 Jahre
K-AGG051	weiblich, 50 Jahre
K-AGG052	weiblich, 51 Jahre
K-AGG053	weiblich, 52 Jahre
K-AGG054	weiblich, 53 Jahre
K-AGG055	weiblich, 54 Jahre
K-AGG056	weiblich, 55 Jahre
K-AGG057	weiblich, 56 Jahre
K-AGG058	weiblich, 57 Jahre
K-AGG059	weiblich, 58 Jahre
K-AGG060	weiblich, 59 Jahre
K-AGG061	weiblich, 60 Jahre
K-AGG062	weiblich, 61 Jahre
K-AGG063	weiblich, 62 Jahre
K-AGG064	weiblich, 63 Jahre
K-AGG065	weiblich, 64 Jahre
K-AGG066	weiblich, 65 Jahre
K-AGG067	weiblich, 66 Jahre
K-AGG068	weiblich, 67 Jahre
K-AGG069	weiblich, 68 Jahre
K-AGG070	weiblich, 69 Jahre
K-AGG071	weiblich, 70 Jahre
K-AGG072	weiblich, 71 Jahre
K-AGG073	weiblich, 72 Jahre
K-AGG074	weiblich, 73 Jahre
K-AGG075	weiblich, 74 Jahre
K-AGG076	weiblich, 75 Jahre
K-AGG077	weiblich, 76 Jahre
K-AGG078	weiblich, 77 Jahre
K-AGG079	weiblich, 78 Jahre
K-AGG080	weiblich, 79 Jahre
K-AGG081	weiblich, 80 Jahre
K-AGG082	weiblich, 81 Jahre
K-AGG083	weiblich, 82 Jahre
K-AGG084	weiblich, 83 Jahre
K-AGG085	weiblich, 84 Jahre
K-AGG086	weiblich, 85 Jahre
K-AGG087	weiblich, 86 Jahre
K-AGG088	weiblich, 87 Jahre
K-AGG089	weiblich, 88 Jahre
K-AGG090	weiblich, 89 Jahre
K-AGG091	weiblich, 90 Jahre und älter

K-AGG138	männlich, 46 Jahre
K-AGG139	männlich, 47 Jahre
K-AGG140	männlich, 48 Jahre
K-AGG141	männlich, 49 Jahre
K-AGG142	männlich, 50 Jahre
K-AGG143	männlich, 51 Jahre
K-AGG144	männlich, 52 Jahre
K-AGG145	männlich, 53 Jahre
K-AGG146	männlich, 54 Jahre
K-AGG147	männlich, 55 Jahre
K-AGG148	männlich, 56 Jahre
K-AGG149	männlich, 57 Jahre
K-AGG150	männlich, 58 Jahre
K-AGG151	männlich, 59 Jahre
K-AGG152	männlich, 60 Jahre
K-AGG153	männlich, 61 Jahre
K-AGG154	männlich, 62 Jahre
K-AGG155	männlich, 63 Jahre
K-AGG156	männlich, 64 Jahre
K-AGG157	männlich, 65 Jahre
K-AGG158	männlich, 66 Jahre
K-AGG159	männlich, 67 Jahre
K-AGG160	männlich, 68 Jahre
K-AGG161	männlich, 69 Jahre
K-AGG162	männlich, 70 Jahre
K-AGG163	männlich, 71 Jahre
K-AGG164	männlich, 72 Jahre
K-AGG165	männlich, 73 Jahre
K-AGG166	männlich, 74 Jahre
K-AGG167	männlich, 75 Jahre
K-AGG168	männlich, 76 Jahre
K-AGG169	männlich, 77 Jahre
K-AGG170	männlich, 78 Jahre
K-AGG171	männlich, 79 Jahre
K-AGG172	männlich, 80 Jahre
K-AGG173	männlich, 81 Jahre
K-AGG174	männlich, 82 Jahre
K-AGG175	männlich, 83 Jahre
K-AGG176	männlich, 84 Jahre
K-AGG177	männlich, 85 Jahre
K-AGG178	männlich, 86 Jahre
K-AGG179	männlich, 87 Jahre
K-AGG180	männlich, 88 Jahre
K-AGG181	männlich, 89 Jahre
K-AGG182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ 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

Variable	Inhalt
K-EMG001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger
K-EMG002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre
K-EMG003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre
K-EMG004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre
K-EMG005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre
K-EMG006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre
K-EMG007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre
K-EMG008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre
K-EMG009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre
K-EMG010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre
K-EMG011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre
K-EMG012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre
K-EMG013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre
K-EMG014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre
K-EMG015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre
K-EMG016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre
K-EMG017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre
K-EMG018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre
K-EMG019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre
K-EMG020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre
K-EMG021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre
K-EMG022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre
K-EMG023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre
K-EMG024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre
K-EMG025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre
K-EMG026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre
K-EMG027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre
K-EMG028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre
K-EMG029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre
K-EMG030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre
K-EMG031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre und älter

Variable	Inhalt
K-EMG032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ 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 Anteil der Disease-Management-Programm (DMP)-Pauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abgezogen, der sich auf Basis des nicht auf Verwaltungskosten entfallenden Anteils der DMP-Programmkostenpauschalen und der Zahl Versichertentage mit DMP-Einschreibung ergibt.

2.1.2 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten bzw. Kontenarten 513, 514, 5155, 5160-5162, 5186-5188, 519, 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 Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 abzüglich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben – d.h. die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) – und abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben 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 Leistungsausgaben für Krankengeld

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

2.2.1 Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Ziffer 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 den Ziffern 2.2.2 bis 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 „Weighted Last Squares“ (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 ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach Ziffer 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

2.3.1 Datengrundlage

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

2.3.2 Versichertenbezogene erwartete Leistungsausgaben

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

2.3.3 Durchschnittliche Zuschläge für Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

Für jede AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Leistungsausgaben 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 Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

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

2.4.1 Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Ziffer 1.9 KGGs 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 Krankengeldgruppen

2.4.2.1 Durchschnittliche Zuschläge für die Krankengeldgruppen

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 Krankengeldgruppen

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 Krankengeldgruppen

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 den Ziffern 2.2.4 und 2.3.4, für die Risikomerkmale, die ihm nach den Ziffern 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 Ziffer 1.9 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach Ziffer 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 Leistungsausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.2 wird durch die Summe aller Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

2.5.6 Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und Auslandsversicherten-Alters-Geschlechts-Gruppen

Für jedes Risikomerkmal und jede AusAGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach den Ziffern 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.

2.5.7 Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach Ziffer 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen abzüglich der auf die AusAGG entfallenen Zuweisungen für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach Ziffer 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. Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag nach Ziffer 2.5.5 addiert.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 S. 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 bis 4802 und 4830 bis 4831, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 S. 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

2.5.8 Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die Krankengeldgruppen

Für jede KGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach Ziffer 2.4.4 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 Ziffer 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 standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach Ziffer 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).