

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 231 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 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, 927 und 935 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.1 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 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, 927 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 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	21	310
109	22	23
110	22	24
111	22	283

Nr.	A	B
112	23	24
113	23	283
114	225	21
115	225	22
116	225	23
117	225	24
118	225	280
119	225	283
120	225	286
121	225	310
122	250	21
123	250	22
124	250	23
125	250	24
126	250	225
127	250	280
128	250	283
129	250	286
130	250	310
131	279	21
132	279	22
133	279	23
134	279	24
135	279	225
136	279	250
137	279	280
138	279	283
139	279	286
140	279	310
141	280	21
142	280	22
143	280	23
144	280	24
145	280	283
146	280	310
147	281	21
148	281	22
149	281	23
150	281	24
151	281	225
152	281	250
153	281	279
154	281	280
155	281	282
156	281	283
157	281	286
158	281	310
159	282	21
160	282	22
161	282	23
162	282	24
163	282	225
164	282	250
165	282	279
166	282	280
167	282	283
168	282	286
169	282	310
170	283	24
171	284	21
172	284	22

Nr.	A	B
173	284	23
174	284	24
175	284	225
176	284	250
177	284	279
178	284	280
179	284	281
180	284	282
181	284	283
182	284	286
183	284	310
184	285	21
185	285	22
186	285	23
187	285	24
188	285	225
189	285	250
190	285	279
191	285	280
192	285	281
193	285	282
194	285	283
195	285	284
196	285	286
197	285	310
198	286	21
199	286	22
200	286	23
201	286	24
202	286	280
203	286	283
204	286	310
205	310	22
206	310	23
207	310	24
208	310	283
209	25	26
210	25	27
211	25	61
212	25	64
213	25	65
214	25	251
215	25	256
216	25	257
217	25	288
218	25	289
219	26	27
220	26	289
221	27	289
222	251	26
223	251	27
224	251	256
225	251	289
226	256	26
227	256	27
228	256	289
229	257	26
230	257	27
231	257	61
232	257	64
233	257	65

Nr.	A	B
234	257	251
235	257	256
236	257	288
237	257	289
238	288	26
239	288	27
240	288	251
241	288	256
242	288	289
243	29	30
244	29	33
245	29	274
246	29	275
247	30	33
248	30	274
249	31	32
250	34	31
251	34	32
252	34	63
253	61	64
254	61	65
255	65	64
256	274	33
257	275	30
258	275	33
259	275	274
260	41	42
261	198	199
262	198	200
263	198	210
264	198	219
265	198	220
266	198	226
267	198	227
268	198	228
269	199	200
270	199	210
271	199	219
272	199	220
273	199	226
274	199	227
275	199	228
276	200	226
277	200	227
278	200	228
279	207	208
280	207	209
281	208	209
282	226	227
283	226	228
284	227	228
285	35	36
286	35	37
287	35	38
288	35	43
289	35	46
290	35	48
291	35	193
292	35	195
293	36	37
294	36	38

Nr.	A	B
295	36	43
296	36	46
297	36	48
298	36	193
299	36	195
300	37	46
301	37	193
302	37	195
303	38	37
304	38	43
305	38	46
306	38	48
307	38	193
308	38	195
309	43	37
310	43	46
311	43	48
312	43	193
313	43	195
314	44	49
315	44	50
316	45	44
317	45	47
318	45	49
319	45	50
320	46	193
321	46	195
322	47	44
323	47	49
324	47	50
325	48	37
326	48	46
327	48	193
328	48	195
329	50	49
330	185	186
331	185	187
332	185	188
333	185	189
334	185	190
335	185	191
336	186	187
337	186	188
338	186	189
339	186	190
340	186	191
341	187	188
342	187	189
343	187	190
344	187	191
345	188	189
346	188	190
347	188	191
348	189	190
349	189	191
350	190	191
351	192	44
352	192	45
353	192	47
354	192	49
355	192	50

Nr.	A	B
356	192	194
357	193	195
358	194	44
359	194	45
360	194	47
361	194	49
362	194	50
363	201	202
364	201	203
365	201	204
366	201	205
367	201	206
368	202	203
369	202	204
370	202	205
371	202	206
372	203	204
373	203	205
374	203	206
375	204	205
376	204	206
377	205	206
378	51	52
379	51	53
380	52	53
381	54	55
382	54	56
383	54	57
384	54	58
385	54	66
386	54	67
387	54	68
388	54	69
389	55	57
390	55	58
391	55	66
392	55	67
393	55	68
394	56	57
395	56	69
396	58	57
397	58	66
398	58	67
399	58	68
400	66	57
401	66	67
402	66	68
403	67	57
404	67	68
405	68	57
406	69	57
407	259	39
408	259	100
409	259	101
410	259	103
411	259	155
412	259	157
413	259	292
414	259	293
415	259	294
416	259	295

Nr.	A	B
417	259	296
418	292	39
419	292	100
420	292	101
421	292	103
422	292	155
423	292	157
424	292	293
425	292	294
426	292	295
427	292	296
428	293	39
429	293	100
430	293	101
431	293	103
432	293	155
433	293	157
434	293	294
435	293	295
436	293	296
437	294	39
438	294	100
439	294	101
440	294	103
441	294	155
442	294	157
443	294	295
444	294	296
445	295	39
446	295	100
447	295	101
448	295	103
449	295	155
450	295	157
451	295	296
452	296	39
453	74	76
454	75	12
455	75	258
456	75	298
457	97	73
458	234	72
459	235	73
460	235	97
461	297	12
462	297	75
463	297	258
464	297	298
465	297	307
466	298	12
467	298	258
468	299	74
469	299	76
470	299	302
471	302	74
472	302	76
473	307	12
474	307	75
475	307	258
476	307	298
477	78	79

Nr.	A	B
478	78	82
479	78	88
480	78	89
481	78	91
482	79	82
483	79	88
484	79	89
485	79	91
486	81	83
487	81	84
488	81	91
489	82	88
490	82	91
491	83	84
492	83	91
493	84	91
494	85	86
495	85	91
496	86	91
497	87	85
498	87	86
499	87	91
500	88	91
501	89	82
502	89	88
503	89	91
504	90	91
505	90	92
506	92	91
507	95	96
508	100	101
509	100	103
510	101	103
511	98	99
512	98	104
513	98	105
514	98	106
515	98	115
516	98	149
517	99	106
518	102	99
519	102	106
520	104	99
521	104	105
522	104	106
523	104	115
524	104	149
525	105	99
526	105	106
527	112	99
528	112	106
529	112	116
530	115	99
531	115	105
532	115	106
533	116	99
534	116	106
535	312	99
536	312	102
537	312	106
538	108	114

Nr.	A	B
539	108	215
540	110	113
541	110	114
542	111	110
543	111	113
544	111	114
545	111	216
546	113	114
547	215	114
548	216	110
549	216	113
550	216	114
551	217	108
552	217	114
553	217	215
554	218	108
555	218	114
556	218	215
557	130	131
558	130	132
559	130	134
560	130	136
561	130	137
562	130	139
563	131	132
564	133	132
565	133	138
566	133	140
567	134	131
568	134	132
569	134	136
570	134	137
571	134	139
572	136	131
573	136	132
574	136	139
575	137	131
576	137	132
577	137	136
578	137	139
579	138	132
580	139	131
581	139	132
582	140	132
583	140	138
584	144	132
585	144	133
586	144	138
587	144	140
588	147	146
589	151	152
590	154	150
591	156	150
592	156	154
593	210	220
594	219	210
595	219	220
596	153	157
597	155	157
598	158	157
599	158	161

Nr.	A	B
600	159	41
601	159	42
602	159	157
603	160	157
604	160	162
605	161	157
606	162	157
607	164	165
608	164	166
609	165	166
610	172	174
611	172	175
612	172	176
613	172	177
614	174	175
615	174	176
616	174	177
617	175	176
618	175	177
619	176	177
620	178	180
621	222	223
622	169	170
623	169	238
624	238	170
625	253	252
626	255	252
627	255	253
628	260	252
629	260	253
630	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 Aus-

lands-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

Variable	Inhalt
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

Variable	Inhalt
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).