Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2027

Bonn, den 30.09.2026

0 Vorbemerkung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2027 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in den Anlagen 1 bis 5 enthaltenen Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

Nach Abschluss des Verfahrens zur Anhörung des GKV-Spitzenverbandes trifft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Festlegungen wie folgt.

1 Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen

1.1 Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen

Das Klassifikationssystem unterscheidet 356 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 Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d. h. diejenigen, die in den jeweils durch das BfArM 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 § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres.

1.2 Zuordenbare Diagnosen

Ausschließlich die in Anlage 1 dieser Festlegung aufgeführten 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. Die Festlegungen zu stationären Haupt- und Nebendiagnosen werden analog auf Diagnosen aus Leistungen nach § 115b SGB V oder 115f SGB V angewendet, die im Rahmen der Datenmeldungen nach § 267 SGB V differenziert als Haupt- und Nebendiagnosen gemeldet werden.

Für die so gemeldeten Diagnosen 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 (Sonderfälle):

- Sonderfall 1: Eine Zuordnung zu den DxGs 0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 0186, 0187, 0188, 0189, 0190, 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207, 0208, 0209, 0210, 0211, 0218, 0225, 0237, 0240, 0457, 0654, 0655, 0699, 0701, 0768, 0813, 0814, 0827, 0829, 0836, 0840, 0841, 0846, 0847, 0848, 0852, 0904, 0905, 0907, 0920, 0922, 0923, 0927, 0935, 0962, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068, 1089, 1094, 1095, 1151, 1250, 1251, 1252, 1256, 1284, 1287, 1288 und 1291 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.1 erfüllt sind.
- Sonderfall 2: Eine Zuordnung zu den DxGs 0112, 0113, 0116, 0120, 0131, 0132, 0133, 0134, 0136, 0141, 0226, 0227, 0238, 0830, 0879, 0971, 0972, 0973, 0978, 0998, 1025, 1096 und 1154 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Sonderfall 3: Eine Zuordnung zur DxG0926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 1.3.3.3 erfüllt sind.
- Sonderfall 4: Eine Zuordnung zu den DxGs 0821, 0850, 0877 und 0878 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 der Plausibilisierungskriterien des BfArM zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen „O“), werden den Hauptdiagnosen gemäß Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.

b) Ausnahme-DxG

Stationäre Nebendiagnosen für die DxGs 0032, 0033, 0034 und 0035 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 werden 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 akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

   Versicherte müssen mindestens 10 BT mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss in demselben Quartal erfolgt sein, in dem eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose dokumentiert wurde.

b) BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen

   Versicherte müssen mindestens 183 BT mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss in demselben Quartal erfolgt sein, in dem eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose dokumentiert wurde. 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 0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 0186, 0187, 0188, 0189, 0190, 0199, 0200, 0201, 0202, 0203, 0204, 0205, 0206, 0207, 0208, 0209, 0210, 0211, 0218, 0225, 0237, 0240, 0457, 0654, 0655, 0699, 0701, 0768, 0813, 0814, 0827, 0829, 0836, 0840, 0841, 0846, 0847, 0848, 0852, 0904, 0905, 0907, 0920, 0922, 0923, 0927, 0935, 0962, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068, 1089, 1094, 1095, 1151, 1250, 1251, 1252, 1256, 1284, 1287, 1288 und 1291 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 0112, 0113, 0116, 0120, 0131, 0132, 0133, 0134, 0136, 0141, 0226, 0227, 0238, 0830, 0879, 0971, 0972, 0973, 0978, 0998, 1025, 1096 und 1154 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 DxG0926 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 zu den DxGs 0821, 0850, 0877 oder 0878 zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten – zusätzlich zu den im normalen Zuordnungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung bei chronischem Krankheitsgeschehen) erforderlichen Angaben – die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V in dem dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

1.4 Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

Die Hierarchisierung der (H)MGs wird in Anlage 1 dargestellt. Die Hierarchisierung erfolgt folgendermaßen: 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.

1.5 Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen

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
AGG0001	weiblich, 0 Jahre
AGG0002	weiblich 1-5 Jahre
AGG0003	weiblich, 6-12 Jahre
AGG0004	weiblich, 13-17 Jahre
AGG0005	weiblich, 18-24 Jahre
AGG0006	weiblich, 25-29 Jahre
AGG0007	weiblich, 30-34 Jahre
AGG0008	weiblich, 35-39 Jahre
AGG0009	weiblich, 40-44 Jahre
AGG0010	weiblich, 45-49 Jahre
AGG0011	weiblich, 50-54 Jahre
AGG0012	weiblich, 55-59 Jahre
AGG0013	weiblich, 60-64 Jahre
AGG0014	weiblich, 65-69 Jahre
AGG0015	weiblich, 70-74 Jahre
AGG0016	weiblich, 75-79 Jahre
AGG0017	weiblich, 80-84 Jahre
AGG0018	weiblich, 85-89 Jahre
AGG0019	weiblich, 90-94 Jahre
AGG0020	weiblich, 95 Jahre und älter

Variable	Inhalt
AGG0021	männlich, 0 Jahre
AGG0022	männlich 1-5 Jahre
AGG0023	männlich, 6-12 Jahre
AGG0024	männlich, 13-17 Jahre
AGG0025	männlich, 18-24 Jahre
AGG0026	männlich, 25-29 Jahre
AGG0027	männlich, 30-34 Jahre
AGG0028	männlich, 35-39 Jahre
AGG0029	männlich, 40-44 Jahre
AGG0030	männlich, 45-49 Jahre
AGG0031	männlich, 50-54 Jahre
AGG0032	männlich, 55-59 Jahre
AGG0033	männlich, 60-64 Jahre
AGG0034	männlich, 65-69 Jahre
AGG0035	männlich, 70-74 Jahre
AGG0036	männlich, 75-79 Jahre
AGG0037	männlich, 80-84 Jahre
AGG0038	männlich, 85-89 Jahre
AGG0039	männlich, 90-94 Jahre
AGG0040	männlich, 95 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ werden entsprechend ihrem Alter den AGG0001 bis AGG0020 zugeordnet.

1.6 Zuordnung zu den Kostenerstattungsgruppen

Versicherte, die in dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung (nach § 13 Absatz 2 SGB V und/oder nach § 53 Absatz 4 SGB V) aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Versicherte mit mindestens 183 Tagen mit Kostenerstattung im Vorjahr des Ausgleichsjahres werden abhängig von ihrem Alter im Ausgleichsjahr den Kostenerstattungsgruppen (KEGs) 0001 bis 0005 zugeordnet.

Kostenerstattungsgruppen

Variable	Inhalt
KEG0001	Mind. 183 Tage Kostenerstattung im Vorjahr, 0 bis 29 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0002	Mind. 183 Tage Kostenerstattung im Vorjahr, 30 bis 59 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0003	Mind. 183 Tage Kostenerstattung im Vorjahr, 60 bis 69 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0004	Mind. 183 Tage Kostenerstattung im Vorjahr, 70 bis 79 Jahre im Ausgleichsjahr.
KEG0005	Mind. 183 Tage Kostenerstattung im Vorjahr, 80 Jahre und älter im Ausgleichsjahr.

1.7 Zuordnung zu den Regionalgruppen

Jeder Versicherte wird anhand der ersten fünf Stellen des gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gemeldeten amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) seines Wohnortes im Ausgleichsjahr den folgenden 101 Regionalgruppen (RGGs) zugeordnet:

Regionalgruppen

Variable	Label
RGG0000	Ausland / unbekannt
RGG0101	Sterbekosten, Dezil 1
RGG0102	Sterbekosten, Dezil 2
RGG0103	Sterbekosten, Dezil 3
RGG0104	Sterbekosten, Dezil 4
RGG0105	Sterbekosten, Dezil 5
RGG0106	Sterbekosten, Dezil 6
RGG0107	Sterbekosten, Dezil 7
RGG0108	Sterbekosten, Dezil 8
RGG0109	Sterbekosten, Dezil 9
RGG0110	Sterbekosten, Dezil 10
RGG0201	Zuweisungen, Dezil 1
RGG0202	Zuweisungen, Dezil 2
RGG0203	Zuweisungen, Dezil 3
RGG0204	Zuweisungen, Dezil 4
RGG0205	Zuweisungen, Dezil 5
RGG0206	Zuweisungen, Dezil 6
RGG0207	Zuweisungen, Dezil 7
RGG0208	Zuweisungen, Dezil 8
RGG0209	Zuweisungen, Dezil 9
RGG0210	Zuweisungen, Dezil 10
RGG0301	Standardisierte Sterberate, Dezil 1
RGG0302	Standardisierte Sterberate, Dezil 2
RGG0303	Standardisierte Sterberate, Dezil 3
RGG0304	Standardisierte Sterberate, Dezil 4
RGG0305	Standardisierte Sterberate, Dezil 5
RGG0306	Standardisierte Sterberate, Dezil 6
RGG0307	Standardisierte Sterberate, Dezil 7
RGG0308	Standardisierte Sterberate, Dezil 8
RGG0309	Standardisierte Sterberate, Dezil 9
RGG0310	Standardisierte Sterberate, Dezil 10
RGG0401	Ambulante Pflege, Dezil 1
RGG0402	Ambulante Pflege, Dezil 2
RGG0403	Ambulante Pflege, Dezil 3
RGG0404	Ambulante Pflege, Dezil 4
RGG0405	Ambulante Pflege, Dezil 5
RGG0406	Ambulante Pflege, Dezil 6
RGG0407	Ambulante Pflege, Dezil 7
RGG0408	Ambulante Pflege, Dezil 8
RGG0409	Ambulante Pflege, Dezil 9
RGG0410	Ambulante Pflege, Dezil 10
RGG0501	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 1
RGG0502	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 2
RGG0503	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 3
RGG0504	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 4
RGG0505	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 5
RGG0506	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 6
RGG0507	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 7
RGG0508	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 8
RGG0509	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 9
RGG0510	SV-Besch. in personenbez. Dienstleistungsber., Dezil 10

Variable	Label
RGG0601	Deprivationsindex, Dezil 1
RGG0602	Deprivationsindex, Dezil 2
RGG0603	Deprivationsindex, Dezil 3
RGG0604	Deprivationsindex, Dezil 4
RGG0605	Deprivationsindex, Dezil 5
RGG0606	Deprivationsindex, Dezil 6
RGG0607	Deprivationsindex, Dezil 7
RGG0608	Deprivationsindex, Dezil 8
RGG0609	Deprivationsindex, Dezil 9
RGG0610	Deprivationsindex, Dezil 10
RGG0701	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 1
RGG0702	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 2
RGG0703	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 3
RGG0704	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 4
RGG0705	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 5
RGG0706	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 6
RGG0707	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 7
RGG0708	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 8
RGG0709	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 9
RGG0710	Kleine und mittlere Unternehmen, Dezil 10
RGG0801	Ausländeranteil, Dezil 1
RGG0802	Ausländeranteil, Dezil 2
RGG0803	Ausländeranteil, Dezil 3
RGG0804	Ausländeranteil, Dezil 4
RGG0805	Ausländeranteil, Dezil 5
RGG0806	Ausländeranteil, Dezil 6
RGG0807	Ausländeranteil, Dezil 7
RGG0808	Ausländeranteil, Dezil 8
RGG0809	Ausländeranteil, Dezil 9
RGG0810	Ausländeranteil, Dezil 10
RGG0901	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 1
RGG0902	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 2
RGG0903	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 3
RGG0904	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 4
RGG0905	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 5
RGG0906	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 6
RGG0907	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 7
RGG0908	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 8
RGG0909	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 9
RGG0910	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, Dezil 10
RGG1001	Weibliche Beschäftigte, Dezil 1
RGG1002	Weibliche Beschäftigte, Dezil 2
RGG1003	Weibliche Beschäftigte, Dezil 3
RGG1004	Weibliche Beschäftigte, Dezil 4
RGG1005	Weibliche Beschäftigte, Dezil 5
RGG1006	Weibliche Beschäftigte, Dezil 6
RGG1007	Weibliche Beschäftigte, Dezil 7
RGG1008	Weibliche Beschäftigte, Dezil 8
RGG1009	Weibliche Beschäftigte, Dezil 9
RGG1010	Weibliche Beschäftigte, Dezil 10

Im Regelfall erfolgt für jeden Versicherten eine Zuordnung anhand des Wohnortes zu insgesamt zehn RGGs aus dem Bereich der RGG0101 bis RGG1010. Versicherte, die sich anhand der

Datenmeldung keinem im Ausgleichsjahr gültigen Inlandswohnort zuordnen lassen, werden stattdessen nur der RGG0000 zugeordnet.

Die Zuordnung der ersten fünf Stellen des AGS (die den sog. Kreisschlüssel abbilden) der Wohnorte zu den RGGs ergibt sich aus Anlage 4.

1.8 Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland aufweisen, werden nicht den AGGs, HMGs, KEGs und RGGs zugeordnet. Stattdessen erfolgt die Zuordnung der Versicherten im Regelfall zu einer von 24 Wohnlandgruppen (WLGs) auf Grundlage des gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1b SGB V mit den Auslandsversichertenzeiten gemeldeten Länderkennzeichens (LKz) aus dem dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahr. Für Versicherte, die trotz der Meldung eines gültigen LKz nicht eindeutig einer dieser 24 WLGs zuordenbar sind, wird eine weitere WLG0000 „Sonstige“ gebildet.

Wohnlandgruppen

WLG	LKz	Land
WLG0000	XXX	Sonstige
WLG0001	PL	Polen
	IS	Island
WLG0002	F	Frankreich
	FIN	Finnland
WLG0003	CZ	Tschechische Republik
WLG0004	TR	Türkei
WLG0005	A	Österreich
	IRL	Irland
WLG0006	HR	Kroatien
WLG0007	E	Spanien
WLG0008	I	Italien
WLG0009	H	Ungarn
	CY	Zypern
	EST	Estland
WLG0010	NL	Niederlande
	M	Malta
WLG0011	B	Belgien
WLG0012	GR	Griechenland

WLG	LKz	Land
WLG0013	BIH	Bosnien-Herzegowina
WLG0014	SK	Slowakei
	LV	Lettland
WLG0015	SRB	Serbien
WLG0016	MNE	Montenegro
	TN	Tunesien
	RO	Rumänien
WLG0017	FL	Liechtenstein
	N	Norwegen
	CH	Schweiz
	L	Luxemburg
	GB	Großbritannien
WLG0018	P	Portugal
WLG0019	LT	Litauen
WLG0020	MK	Nordmazedonien
WLG0021	SLO	Slowenien
WLG0022	BG	Bulgarien
WLG0023	DK	Dänemark
WLG0024	S	Schweden

Die Zuordnung der Länderkennzeichen zu den WLGs ergibt sich auch aus Anlage 5.

1.9 Zuordnung zu den Krankengeldgruppen

Die Krankengeldgruppen (KGGs) setzen sich aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (KAGGs) zusammen. Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch gemäß § 44 SGB V im Ausgleichsjahr wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden KAGGs zugeordnet:

Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen

Variable	Inhalt
KAGG0001	weiblich, 0 Jahre
KAGG0002	weiblich, 1 Jahr
KAGG0003	weiblich, 2 Jahre
KAGG0004	weiblich, 3 Jahre
KAGG0005	weiblich, 4 Jahre
KAGG0006	weiblich, 5 Jahre
KAGG0007	weiblich, 6 Jahre
KAGG0008	weiblich, 7 Jahre
KAGG0009	weiblich, 8 Jahre
KAGG0010	weiblich, 9 Jahre
KAGG0011	weiblich, 10 Jahre
KAGG0012	weiblich, 11 Jahre
KAGG0013	weiblich, 12 Jahre
KAGG0014	weiblich, 13 Jahre
KAGG0015	weiblich, 14 Jahre
KAGG0016	weiblich, 15 Jahre
KAGG0017	weiblich, 16 Jahre
KAGG0018	weiblich, 17 Jahre
KAGG0019	weiblich, 18 Jahre
KAGG0020	weiblich, 19 Jahre
KAGG0021	weiblich, 20 Jahre
KAGG0022	weiblich, 21 Jahre
KAGG0023	weiblich, 22 Jahre
KAGG0024	weiblich, 23 Jahre
KAGG0025	weiblich, 24 Jahre
KAGG0026	weiblich, 25 Jahre
KAGG0027	weiblich, 26 Jahre
KAGG0028	weiblich, 27 Jahre
KAGG0029	weiblich, 28 Jahre
KAGG0030	weiblich, 29 Jahre
KAGG0031	weiblich, 30 Jahre
KAGG0032	weiblich, 31 Jahre
KAGG0033	weiblich, 32 Jahre
KAGG0034	weiblich, 33 Jahre
KAGG0035	weiblich, 34 Jahre
KAGG0036	weiblich, 35 Jahre
KAGG0037	weiblich, 36 Jahre
KAGG0038	weiblich, 37 Jahre
KAGG0039	weiblich, 38 Jahre
KAGG0040	weiblich, 39 Jahre
KAGG0041	weiblich, 40 Jahre
KAGG0042	weiblich, 41 Jahre
KAGG0043	weiblich, 42 Jahre
KAGG0044	weiblich, 43 Jahre
KAGG0045	weiblich, 44 Jahre
KAGG0046	weiblich, 45 Jahre
KAGG0047	weiblich, 46 Jahre
KAGG0048	weiblich, 47 Jahre
KAGG0049	weiblich, 48 Jahre
KAGG0050	weiblich, 49 Jahre
KAGG0051	weiblich, 50 Jahre
KAGG0052	weiblich, 51 Jahre
KAGG0053	weiblich, 52 Jahre
KAGG0054	weiblich, 53 Jahre
KAGG0055	weiblich, 54 Jahre
KAGG0056	weiblich, 55 Jahre
KAGG0057	weiblich, 56 Jahre
KAGG0058	weiblich, 57 Jahre
KAGG0059	weiblich, 58 Jahre
KAGG0060	weiblich, 59 Jahre
KAGG0061	weiblich, 60 Jahre
KAGG0062	weiblich, 61 Jahre
KAGG0063	weiblich, 62 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0092	männlich, 0 Jahre
KAGG0093	männlich, 1 Jahr
KAGG0094	männlich, 2 Jahre
KAGG0095	männlich, 3 Jahre
KAGG0096	männlich, 4 Jahre
KAGG0097	männlich, 5 Jahre
KAGG0098	männlich, 6 Jahre
KAGG0099	männlich, 7 Jahre
KAGG0100	männlich, 8 Jahre
KAGG0101	männlich, 9 Jahre
KAGG0102	männlich, 10 Jahre
KAGG0103	männlich, 11 Jahre
KAGG0104	männlich, 12 Jahre
KAGG0105	männlich, 13 Jahre
KAGG0106	männlich, 14 Jahre
KAGG0107	männlich, 15 Jahre
KAGG0108	männlich, 16 Jahre
KAGG0109	männlich, 17 Jahre
KAGG0110	männlich, 18 Jahre
KAGG0111	männlich, 19 Jahre
KAGG0112	männlich, 20 Jahre
KAGG0113	männlich, 21 Jahre
KAGG0114	männlich, 22 Jahre
KAGG0115	männlich, 23 Jahre
KAGG0116	männlich, 24 Jahre
KAGG0117	männlich, 25 Jahre
KAGG0118	männlich, 26 Jahre
KAGG0119	männlich, 27 Jahre
KAGG0120	männlich, 28 Jahre
KAGG0121	männlich, 29 Jahre
KAGG0122	männlich, 30 Jahre
KAGG0123	männlich, 31 Jahre
KAGG0124	männlich, 32 Jahre
KAGG0125	männlich, 33 Jahre
KAGG0126	männlich, 34 Jahre
KAGG0127	männlich, 35 Jahre
KAGG0128	männlich, 36 Jahre
KAGG0129	männlich, 37 Jahre
KAGG0130	männlich, 38 Jahre
KAGG0131	männlich, 39 Jahre
KAGG0132	männlich, 40 Jahre
KAGG0133	männlich, 41 Jahre
KAGG0134	männlich, 42 Jahre
KAGG0135	männlich, 43 Jahre
KAGG0136	männlich, 44 Jahre
KAGG0137	männlich, 45 Jahre
KAGG0138	männlich, 46 Jahre
KAGG0139	männlich, 47 Jahre
KAGG0140	männlich, 48 Jahre
KAGG0141	männlich, 49 Jahre
KAGG0142	männlich, 50 Jahre
KAGG0143	männlich, 51 Jahre
KAGG0144	männlich, 52 Jahre
KAGG0145	männlich, 53 Jahre
KAGG0146	männlich, 54 Jahre
KAGG0147	männlich, 55 Jahre
KAGG0148	männlich, 56 Jahre
KAGG0149	männlich, 57 Jahre
KAGG0150	männlich, 58 Jahre
KAGG0151	männlich, 59 Jahre
KAGG0152	männlich, 60 Jahre
KAGG0153	männlich, 61 Jahre
KAGG0154	männlich, 62 Jahre

Variable	Inhalt
KAGG0064	weiblich, 63 Jahre
KAGG0065	weiblich, 64 Jahre
KAGG0066	weiblich, 65 Jahre
KAGG0067	weiblich, 66 Jahre
KAGG0068	weiblich, 67 Jahre
KAGG0069	weiblich, 68 Jahre
KAGG0070	weiblich, 69 Jahre
KAGG0071	weiblich, 70 Jahre
KAGG0072	weiblich, 71 Jahre
KAGG0073	weiblich, 72 Jahre
KAGG0074	weiblich, 73 Jahre
KAGG0075	weiblich, 74 Jahre
KAGG0076	weiblich, 75 Jahre
KAGG0077	weiblich, 76 Jahre
KAGG0078	weiblich, 77 Jahre
KAGG0079	weiblich, 78 Jahre
KAGG0080	weiblich, 79 Jahre
KAGG0081	weiblich, 80 Jahre
KAGG0082	weiblich, 81 Jahre
KAGG0083	weiblich, 82 Jahre
KAGG0084	weiblich, 83 Jahre
KAGG0085	weiblich, 84 Jahre
KAGG0086	weiblich, 85 Jahre
KAGG0087	weiblich, 86 Jahre
KAGG0088	weiblich, 87 Jahre
KAGG0089	weiblich, 88 Jahre
KAGG0090	weiblich, 89 Jahre
KAGG0091	weiblich, 90 Jahre und älter

Variable	Inhalt
KAGG0155	männlich, 63 Jahre
KAGG0156	männlich, 64 Jahre
KAGG0157	männlich, 65 Jahre
KAGG0158	männlich, 66 Jahre
KAGG0159	männlich, 67 Jahre
KAGG0160	männlich, 68 Jahre
KAGG0161	männlich, 69 Jahre
KAGG0162	männlich, 70 Jahre
KAGG0163	männlich, 71 Jahre
KAGG0164	männlich, 72 Jahre
KAGG0165	männlich, 73 Jahre
KAGG0166	männlich, 74 Jahre
KAGG0167	männlich, 75 Jahre
KAGG0168	männlich, 76 Jahre
KAGG0169	männlich, 77 Jahre
KAGG0170	männlich, 78 Jahre
KAGG0171	männlich, 79 Jahre
KAGG0172	männlich, 80 Jahre
KAGG0173	männlich, 81 Jahre
KAGG0174	männlich, 82 Jahre
KAGG0175	männlich, 83 Jahre
KAGG0176	männlich, 84 Jahre
KAGG0177	männlich, 85 Jahre
KAGG0178	männlich, 86 Jahre
KAGG0179	männlich, 87 Jahre
KAGG0180	männlich, 88 Jahre
KAGG0181	männlich, 89 Jahre
KAGG0182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte mit Geschlechtsangabe „fehlend“ oder „divers“ mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V im Ausgleichsjahr werden ihrem Alter im Ausgleichsjahr (Ausgleichsjahr minus Geburtsjahr) entsprechend den KAGG0001 bis KAGG0091 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 Absatz 4 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 der Versichertentage mit DMP-Einschreibung ergibt.

Gemäß § 268 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 18 Absatz 1 Satz 5 RSAV sind bei der Ermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge im Jahresausgleich die Leistungsausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden, nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 SGB V zu berücksichtigen. Die Ausgleichsbeträge für den Risikopool gemäß § 268 SGB V werden daher vor Durchführung des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 RSAV versichertenbezogen in Abzug

gebracht und bleiben dementsprechend im Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 RSAV unberücksichtigt.

Gemäß § 269 Absatz 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 18 Absatz 1 Satz 3 RSAV sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen nach § 45 SGB V im Jahresausgleich vollständig auszugleichen. Laut § 18 Absatz 1 Satz 5 RSAV bleiben die Krankengeldausgaben nach § 45 SGB V daher bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld nach § 11 RSAV unberücksichtigt.

2.1.2 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen in der KJ1 gebuchten Beträge der Konten 4091, 4114, 4691, 5130, 5140, 5155, 5186, 5900, 5903, 5906, 5954 und 5190 (Rabatte auf Impfstoffe).

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 nach § 44 SGB V

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben gemäß § 44 SGB V (KG) wird durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach Ziffer 2.1.1 geteilt.

2.2 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zu der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeldausgaben aller Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der gemäß § 269 Absatz 4 SGB V übermittelten, von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge addiert. Anschließend wird hiervon die Summe der Ausgleichsbeträge für den Risikopool gemäß § 268 SGB V abgezogen und das Ergebnis durch die Summe aller Versichertentage geteilt.

2.3 Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale AGG, HMG, KEG und RGG

2.3.1 Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale AGG, HMG, KEG und RGG wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Ziffer 1.1 bis 1.7 Risikomerkmale zugeordnet werden, sowie ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Versicherte, denen gemäß Ziffer 1.8 eine WLG zugeordnet wird, sind aus der unter der Ziffer 2.3.2 beschriebenen Regressionsrechnung auszuschließen.

2.3.2 Regression

2.3.2.1 Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert, um den individuellen Ausgleichsbetrag für den Risikopool gemäß § 268 SGB V bereinigt und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt.

2.3.2.2 Regressionsgewichte

Die versichertenbezogenen „Weighted Least Squares“ (WLS)-Regressionsgewichte ergeben sich, indem die Versichertentage des Versicherten im Ausgleichsjahr durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr geteilt werden.

2.3.2.3 Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmal 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 2.3.2.1 bilden.

2.3.2.4 Nicht-Berücksichtigung der nach § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV auszuschließenden HMGs

Die Risikomerkmale der nach § 18 Absatz 1 Satz 4 i. V. m. § 19 RSAV auszuschließenden Risikogruppen werden bei der Durchführung der Regression nicht berücksichtigt.

2.3.2.5 Negative Regressionskoeffizienten

Wird für eines der Risikomerkmale gemäß Ziffer 1.1 bis 1.6 (AGGs, HMGs und KEGs) ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der entsprechende Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Für die RGGs gemäß Ziffer 1.7 sind negative Regressionskoeffizienten zulässig.

2.3.2.6 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 Risikomerkmal in der Regression berücksichtigt.

2.3.2.7 Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird so lange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder unzulässigen negativen Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.

2.3.3 Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale AGG, HMG, KEG und RGG

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale AGG, HMG, KEG und RGG ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2 geteilt werden.

2.4 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für das Risikomerkmal Wohnlandgruppe

2.4.1 Datengrundlage

Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen ein Risikomerkmal gemäß Ziffer 1.8 (WLGs) zugeordnet wird, ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld sowie die auf Grundlage von § 269 Absatz 4 SGB V übermittelten, nach Wohnstaat differenzierten Summen der von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge.

2.4.2 Inlandsausgaben je Wohnlandgruppe

Für alle einer WLG nach Ziffer 1.8 zugeordneten Versicherten werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes versichertenbezogen aufsummiert und um den individuellen Ausgleichsbetrag für den Risikopool gemäß § 268 SGB V bereinigt. Anschließend werden diese Leistungsausgaben über alle Versicherten je WLG aufsummiert.

2.4.3 Auslandsausgaben je Wohnlandgruppe

Die nach § 269 Absatz 4 SGB V übermittelten, nach Wohnstaat differenzierten Summen der von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge werden gemäß der Anlage 5 je WLG aufsummiert.

2.4.4 Gesamtausgaben je Wohnlandgruppe

Die Teilergebnisse aus Ziffer 2.4.2 und Ziffer 2.4.3 werden je WLG aufsummiert.

2.4.5 Durchschnittliche Ausgaben je Wohnlandgruppe

Für jede WLG wird die Summe der Gesamtausgaben nach Ziffer 2.4.4 durch die Summe der Versichertentage der der jeweiligen WLG zugeordneten Versicherten geteilt.

2.4.6 Gewichtungsfaktoren für die Wohnlandgruppen

Die Gewichtungsfaktoren für die WLGs ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.4.5 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2 geteilt werden.

2.5 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen

2.5.1 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 § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet wird, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

2.5.2 Durchschnittswertberechnung für die Krankengeldgruppen

2.5.2.1 Durchschnittliche Zuschläge für die Krankengeldgruppen

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGGs ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der versichertenbezogenen Bruttokrankengeldausgaben nach § 44 SGB V von Versicherten der Vollerhebung mit der jeweiligen KGG durch die Summe ihrer Versichertentage mit Krankengeldanspruch geteilt wird.

2.5.2.2 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.

2.5.3 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V aller Versicherten der Vollerhebung wird durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt.

2.5.4 Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen

Die Gewichtungsfaktoren für die KGGs ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGGs nach Ziffer 2.5.2 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld nach Ziffer 2.5.3 geteilt werden. Die Gewichtungsfaktoren werden mit den Erstattungsfaktoren

vervielfacht, die sich auf Basis der in der KJ1 gemeldeten Krankengelderstattungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V ergeben.

2.6 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

2.6.1 Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Gewichtungsfaktoren nach den Ziffern 2.3.3 und 2.4.6 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.

2.6.2 Risikomenge für das Krankengeld

Für jeden Versicherten der Vollerhebung, dem gemäß Ziffer 1.9 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach Ziffer 2.5.4 mit seinen Versichertentagen mit Krankengeldanspruch vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

2.6.3 Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.6.1 geteilt.

2.6.4 Korrekturfaktor für das Krankengeld

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.6.2 geteilt.

2.6.5 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.

2.6.6 Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale

Für jedes Risikomerkmal (AGG, HMG, KEG, RGG und WLG) wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach den Ziffern 2.3.3 und 2.4.6 mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor LAoKG nach Ziffer 2.1.4.1 und dem Korrekturfaktor LAoKG nach Ziffer 2.6.3 vervielfacht.

Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGGs und WLGs der Erhöhungsbetrag nach Ziffer 2.6.5 addiert.

2.6.7 Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die Krankengeldgruppen

Für jede KGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach Ziffer 2.5.4 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 2.6.4 vervielfacht.

2.7 Berechnung der Zuweisungen

2.7.1 Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach Ziffer 2.6.6 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.

2.7.2 Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach Ziffer 2.6.7 für die KGGs, 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 nach § 44 SGB V über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V der Krankenkasse gemäß KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gemäß Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 SGB V).

Die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 45 SGB V je Krankenkasse entsprechen im Jahresausgleich der in der Datenmeldung nach § 269 Absatz 2 Satz 2 SGB V gemeldeten Summe der Leistungsausgaben nach § 45 SGB V der jeweiligen Krankenkasse.