

Verfahrensbestimmungen nach

§ 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV

für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2017

Bundesversicherungsamt

Referat 312 – Risikostrukturausgleich

Bonn, 01.12.2016

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNGEN	7
I. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR	8
A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr	8
A.1 Grundpauschale	8
A.2 DMP-Programmkostenpauschale	8
A.3 Bereinigte voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds	9
II. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS MONATLICHE ABSCHLAGSVERFAHREN (OHNE 3. STRUKTURANPASSUNG)	10
B. Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. StA)	10
B.1 Berechnung der Grundpauschalen	10
B.2 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben	10
B.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen	11
B.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen	12
B.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 40 RSAV	12
B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben	12
B.7 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Monatliches Abschlagsverfahren – MA)	13
B.8 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Zuweisungsanteile – ZuA)	14
C. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge	15
C.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss	15
C.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss	15
C.3 Zuordnung der Versicherten	15
C.4 Berücksichtigung von Erstattungen	17
C.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung	19
D. Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge	20
D.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale	20
D.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG	21
D.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)	22
D.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung	23
D.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG	23
D.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG	24
D.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr	25

E.	Berechnung der Zuweisungsanteile	26
E.1	Regressionsanteile	26
E.2	Zuweisungsanteile	26
III.	NEUBERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DIE 3. STRUKTURANPASSUNG	29
IV.	BERECHNUNG DER KENNGRÖßEN FÜR DIE MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	30
F.	Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2017	30
F.0	Datengrundlagen	30
F.1	Berechnung der Angleichungsfaktoren	31
F.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	36
F.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	37
F.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	37
F.5	Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	37
G.	Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2017	38
G.0	Datengrundlagen	38
G.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	39
G.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	40
G.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	40
G.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	41
G.5	Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	41
H.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2017 – Erstes Halbjahr	41
H.0	Datengrundlagen	41
H.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	43
H.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017	47
H.3	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017	48
H.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017	48
H.5	Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	49

I.	Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2017 – Zweites Halbjahr	50
I.0	Datengrundlagen	50
I.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	50
I.2	Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2017	51
I.3	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2017	52
I.4	Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	52
I.5	Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	52
J.	Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2017	53
J.0	Datengrundlagen	53
J.1	Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	54
J.2	Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2017	54
J.3	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2017	55
J.4	Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen	55
J.5	Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	56
V.	BERECHNUNG DER MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	57
K.	Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid	57
L.	Ermittlung der Zuweisungen	57
L.1	Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren	57
L.2	Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben	59
L.3	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben	59
L.4	Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen	59
L.5	Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme	59
L.6	Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV	60
VI.	BERECHNUNG DER KORREKTURBETRÄGE IN DEN STRUKTURANPASSUNGEN	61
M.	Strukturanpassung I/2017	61
M.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	61
M.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März	61
M.3	Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März	63
N.	Strukturanpassung II/2017	64
N.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	64

N.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2017 _____	64
N.3	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September _____	66
N.4	Ermittlung der Korrekturbeträge _____	68
O.	Strukturanpassung III/2017 _____	69
O.1	Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen _____	69
O.2	Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2017 _____	69
O.3	Ermittlung der Korrekturbeträge _____	70
VII.	NEUERMITTLUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN IM JAHRESAUSGLEICH _____	71
P.	Kenngößen für den Jahresausgleich _____	71
P.0	Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale _____	71
P.1	Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben _____	71
P.2	Standardisierte Verwaltungsausgaben _____	71
P.3	Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen _____	72
P.4	Kenngößen für die DMP-Zuweisungen _____	72
P.5	Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV _____	72
P.6	Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben _____	73
P.7	Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA) _____	73
Q.	Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge _____	75
Q.1	Vollerhebung vor Kassenausschluss _____	75
Q.2	Vollerhebung nach Kassenausschluss _____	75
Q.3	Zuordnung der Versicherten _____	76
Q.4	Berücksichtigung von Erstattungen _____	77
Q.5	Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung _____	78
R.	Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge _____	79
R.1	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale _____	79
R.2	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG _____	80
R.3	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG) _____	81
R.4	Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung _____	82
R.5	Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG _____	83
R.6	Ermittlung der Zuschläge für die KGG _____	85
R.7	Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag _____	85
VIII.	BERECHNUNG DES JAHRESAUSGLEICHS _____	87
S.	Datengrundlagen _____	87
S.1	Zuordnungsprinzipien _____	87

S.2	Fusionsstand _____	88
T.	Berechnung der Zuweisungen _____	88
T.1	Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben _____	88
T.2	Zuweisungen für Verwaltungsausgaben _____	89
T.3	Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen _____	89
T.4	Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme _____	89
T.5	Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV _____	89
IX.	KORREKTURVERFAHREN IM JAHRESAUSGLEICH FÜR DEN VORANGEGANGENEN JAHRESAUSGLEICH _____	90
X.	ANLAGE - ÜBERSICHT GRUNDLAGENBESCHIEDUNG _____	92

Vorbemerkungen

Soweit nicht anders angegeben, werden alle vom Bundesversicherungsamt (BVA) bekanntzugebenden Werte auf 12 Stellen nach dem Komma gerundet.

Soweit im Folgenden von geschätzten, voraussichtlichen oder erwarteten Größen die Rede ist, beziehen sich diese auf die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Werte.

I. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

A.1 Grundpauschale

Gemäß § 36 Abs. 2 RSAV stellt das Bundesversicherungsamt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr fest. Die Berechnung erfolgt gemäß B. 1.

A.2 DMP-Programmkostenpauschale

A.2.a DMP-Programmkostenpauschale

A.2.a.i Jährliche DMP-Programmkostenpauschale

Die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten wird gemäß § 38 Abs. 2 S.1 RSAV vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt.

A.2.a.ii Monatliche DMP-Programmkostenpauschale

Die monatliche DMP-Programmkostenpauschale ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl 12 geteilt wird.

A.2.a.iii DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag

Die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag ergibt sich, indem die jährliche DMP-Programmkostenpauschale durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr geteilt wird.

A.2.b Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

A.2.c Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den Verwaltungsausgaben

Der Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den Verwaltungsausgaben je Versichertentag ergibt sich aus dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Anteil der Nettoverwaltungsausgaben an der DMP-Programmkostenpauschale je Versicherten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

A.3 Bereinigte voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds

Die bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds ermitteln sich als

- voraussichtliche jährliche Einnahmen des Gesundheitsfonds
- zuzüglich der für den Abbau oder abzüglich der für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen,
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der DMP-Vorhaltekosten nach § 137g SGB V,
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der Kosten für die Beitragsprüfung bei den Einzugsstellen nach § 28q Abs. 1a SGB IV sowie
- abzüglich der voraussichtlichen Höhe der Ausgaben nach § 271 Abs. 6 SGB V.

II. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. Strukturanpassung)

B. Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. StA)

B.1 Berechnung der Grundpauschalen

B.1.a Erwarteter Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der erwartete Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der geschätzten Zahl der Versichertentage nach § 2 Abs. 1 S. 3 RSAV mit dem Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag nach A.2.b.

B.1.b Grundpauschale

B.1.b.i Jährliche Grundpauschale

Die jährliche Grundpauschale ergibt sich als die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach B.1.a, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2017.

B.1.b.ii Monatliche Grundpauschale

Die monatliche Grundpauschale ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl 12.

B.1.b.iii Grundpauschale je Versichertentag

Die Grundpauschale je Versichertentag ergibt sich als die jährliche Grundpauschale geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.2 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

B.2.a Erwarteter Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben

Der erwartete Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der geschätzten Zahl der Versichertentage nach § 2 Abs. 1 S. 3 RSAV mit dem Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c.

B.2.b Standardisierte Verwaltungsausgaben nach Versicherungszeiten

B.2.b.i Monatliche standardisierte Verwaltungsausgaben je Versicherten

Die monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach B.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2017, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.2.b.ii Standardisierte Verwaltungsausgaben je Versichertentag

Die standardisierten Verwaltungsausgaben je Versichertentag ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2017, wiederum geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.2.c Standardisierte Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die geschätzten Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

B.3.a Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen

B.3.a.i Monatliche standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten

Die monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2017, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2017, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.3.a.ii Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag

Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergeben sich als die geschätzten Satzungs- und Ermessensleistungen des Jahres 2017, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2017, wiederum geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

Die jährliche und monatliche DMP-Programmkostenpauschale, sowie die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag werden gemäß A.2.a ermittelt.

B.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 40 RSAV

Der monatliche mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach A.3 und den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Abzug des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchst. a) und c) SGB V vorgesehenen Beträge geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2017, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

B.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2015 gebuchten Ausgaben der Konten bzw. Kontenarten 482, 513, 514, 5155, 5160-5162, 5186-5188, 527, 528 und 590, die um die in der Kontenart 519 gebuchten Impfstoffrabatte reduziert wird.

B.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

B.6.b.i Jährlicher Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten

Der jährliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2017.

B.6.b.ii Monatlicher Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten

Der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2017, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.6.b.iii Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2017, wiederum geteilt durch Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

B.7 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Monatliches Abschlagsverfahren – MA)

B.7.a Geschätztes Nettokrankengeld

Das geschätzte Nettokrankengeld des Jahres 2017 ermittelt sich aus den Nettokrankengeldausgaben des Jahres 2015 fortgeschrieben mit den bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Veränderungsraten des Bruttokrankengeldes für die Jahre 2016 und 2017.

B.7.b Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.7.c Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017

abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a).

B.8 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Zuweisungsanteile – ZuA)

B.8.a Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a) und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B.8.b Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a).

C. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge

C.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss ergibt sich aus den in der Satzart 700 des Jahres 2015 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 700 des Jahres 2015 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung).

C.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss

C.2.a Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Leistungsausgaben ohne Krankengeld sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Versicherte aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss, für die in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsangaben gemeldet wurden. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

C.2.b Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Krankengeldausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Versicherte aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss, für die in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsangaben gemeldet wurden. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

C.3 Zuordnung der Versicherten

C.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

Die Versicherten werden wie folgt den Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2015, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung) und des Alters sowie des Geschlechts im Jahr 2014.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2014 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2016.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2015, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

C.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2014 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2015, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in C.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

C.3.c Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungstag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2015, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) sowie des Alters und des Geschlechts im Jahr 2015. Versicherte, die einer K-EMG zugeordnet werden, werden keiner K-AGG zugeordnet.

C.4 Berücksichtigung von Erstattungen

C.4.a Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu mindern. Ferner sind die Arzneimittel- und Impfstoffrabatte (AIR), die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Komplexpauschalen und Rabatte im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten und vereinnahmten Mittel (IVKuR) pauschal zu berücksichtigen.

Die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für AIR, KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 701 für das Jahr 2015 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- Die AIR werden vom Hauptleistungsbereich Apotheken (HLB 3) abgesetzt.
- Die KR werden vom Hauptleistungsbereich Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die RVZ werden anteilig den LAoKG zugeordnet.
- Die IVA werden anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die IVKuR werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

C.4.b Berechnung der Erstattungsfaktoren

C.4.b.i Faktor für Arzneimittel- und Impfstoffrabatte

Der Faktor für Arzneimittel- und Impfstoffrabatte (AIRF) wird je Krankenkasse gebildet, indem die Arzneimittel- und Impfstoffrabatte (AIR) von der Summe der Leistungsausgaben für Apotheken (HLB 3) abgezogen werden; das Ergebnis wird durch die Summe der Leistungsausgaben des HLB 3 geteilt:

$$\text{AIRF} = (\text{HLB3} - \text{AIR}) / \text{HLB3}$$

C.4.b.ii Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern

Der Faktor für pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KRF) wird je Krankenkasse gebildet, indem die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR) von der Summe der Leistungsausgaben für Krankenhäuser (HLB 4) abgezogen werden; das Ergebnis wird durch die Summe der Leistungsausgaben des HLB 4 geteilt:

$$\text{KRF} = (\text{HLB4} - \text{KR}) / \text{HLB4}$$

C.4.b.iii Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung

Der Faktor für die Anschubfinanzierung (FIVA) wird je Krankenkasse gebildet, indem von der Summe der Leistungsausgaben für Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) die KR und die IVA subtrahiert werden; das Ergebnis wird durch die Summe der HLB 1 und HLB 4 abzüglich KR dividiert.

$$\text{FIVA} = (\text{HLB1} + \text{HLB4} - \text{KR} - \text{IVA}) / (\text{HLB1} + \text{HLB4} - \text{KR})$$

C.4.b.iv Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

Der Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (FRVZ) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AIR, KR und IVA subtrahiert und die RVZ addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AIR, KR und IVA dividiert.

$$\text{FRVZ} = (\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ}) / (\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA})$$

C.4.b.v Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der integrierten Versorgung

Der Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte (FIVKuR) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AIR, KR und IVA subtrahiert und die RVZ und IVKuR addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AIR, KR und IVA und zuzüglich RVZ dividiert.

$$\text{FIVKuR} = (\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ} + \text{IVKuR}) /$$
$$(\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ})$$

C.4.b.vi Erstattungsfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (EfLAoKG)

Der EfLAoKG ist gleich den LAoKG abzüglich AIR, KR, IVA und EoEKG zuzüglich RVZ und IVKuR, dividiert durch die LAoKG abzüglich AIR, KR und IVA, zuzüglich RVZ und IVKuR. Es gilt:

$$\text{EfLAoKG} = (\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA} - \text{EoEKG} + \text{RVZ} + \text{IVKuR}) /$$
$$(\text{LAoKG} - \text{AIR} - \text{KR} - \text{IVA} + \text{RVZ} + \text{IVKuR})$$

C.4.c Anwendung der Erstattungsfaktoren

Die nach §30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden um die Erstattungen gemindert, indem die Erstattungsfaktoren wie folgt nach Hauptleistungsbereichen getrennt angewendet werden:

$$\text{HLB1}_{\text{netto}} = \text{HLB1}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG} * \text{FIVA}$$

$$\text{HLB2}_{\text{netto}} = \text{HLB2}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG}$$

$$\text{HLB3}_{\text{netto}} = \text{HLB3}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG} * \text{AIRF}$$

$$\text{HLB4}_{\text{netto}} = \text{HLB4}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG} * \text{FIVA} * \text{KRF}$$

$$\text{HLB5}_{\text{netto}} = \text{HLB5}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG}$$

$$\text{HLB7}_{\text{netto}} = \text{HLB7}_{\text{brutto}} * \text{FRVZ} * \text{FIVKuR} * \text{EfLAoKG}$$

C.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung

C.5.a Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen nach C.4 für alle Versicherten der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (C.2.a) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

C.5.b Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld

Die im HLB 6 gemeldeten Krankengeldausgaben werden unter Berücksichtigung der Erstattungen für das Krankengeld für alle Versicherten der Vollerhebung für das Krankengeld (C.2.b) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld.

D. Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge

D.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

D.1.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus C.2.a mit den nach C.3.a zugeordneten Risikomerkmale und ihren versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld unter Berücksichtigung der Erstattungen nach C.4.

Versicherte, die den AusAGG nach C.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.1.b Regression

D.1.b.i Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag

Die Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag werden berechnet, indem die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes versichertenbezogen aufsummiert und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt werden.

D.1.b.ii Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmale wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach D.1.b.i bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß D.1.b.iii.

D.1.b.iii Regressionsgewichte

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

D.1.b.iv Negative Regressionskoeffizienten

Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt.

D.1.b.v 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 Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt.

D.1.b.vi Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.

D.1.c Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten nach D.1.b durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach C.5.a geteilt werden.

D.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

D.2.a Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus C.2.a mit den nach C.3.a zugeordneten Risikomerkmalen, sowie die nach D.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten.

Versicherte, die den AusAGG nach C.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.2.b Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach C.3.a die nach D.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.

D.2.c Durchschnittlicher Zuschlag für die AusAGG

Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach D.2.b aller der korrespondierenden AGG nach C.3.a zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG.

D.2.d Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach D.2.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach C.5.a geteilt wird.

D.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)

D.3.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld aus C.2.b mit den nach C.3.c zugeordneten Krankengeldgruppen und ihren versichertenbezogenen Krankengeldausgaben.

Versicherte, die keiner KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

D.3.b Bruttokrankengeldausgaben je KGG

Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Vollerhebung aufsummiert.

D.3.c Durchschnittswertberechnung für die KGG

D.3.c.i Durchschnittlicher Zuschlag für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der Bruttokrankengeldausgaben je KGG nach D.3.b durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld, die der jeweiligen KGG zugeordnet sind, geteilt wird.

D.3.c.ii Durchschnittlicher Zuschlag bei Nullbesetzung

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Vollerhebung mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

D.3.d Erstattungen für das Krankengeld (EKG)

Die Bruttokrankengeldausgaben sind um die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG und K-EMG ermittelt. Die EKG werden getrennt nach EKG für Erwerbsminderungsrentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216) und nach EKG für sonstige Fälle (entspre-

chend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219) ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 701 für das Jahr 2015 gebildet.

D.3.d.i Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach D.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-EMG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach D.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG geteilt wird.

D.3.d.ii Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der für nach D.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-AGG mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach D.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG geteilt wird.

D.3.e Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach D.3.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld nach C.5.b geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor nach D.3.d multipliziert werden.

D.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung

Die in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Versicherten werden den Risikomerkmale, AusAGG und Krankengeldgruppen zugeordnet wie in Abschnitt F.0 (Datengrundlagen für den Grundlagenbescheid I / 2017) beschrieben.

D.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

D.5.a Vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus D.1.c und D.2.d mit der Zahl der nach D.4 dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der jeweiligen AusAGG zugeordneten Versicherten.

D.5.b Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.5.a..

D.5.c Vorläufige Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die vorläufigen Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus D.1.c und D.2.d berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschale aus B.1.b.ii, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus D.5.b und dem Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.7.b multipliziert werden.

D.5.d Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

D.5.d.i Monatliche Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die monatlichen Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG ergeben sich aus den vorläufigen Risikozuschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG nach D.5.c, indem bei den AGG und AusAGG der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben aus B.6.b.ii addiert und die monatliche Grundpauschale aus B.1.b.ii subtrahiert wird.

D.5.d.ii Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten aus D.5.d.i, multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

D.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG

D.6.a Vorläufige Risikomenge für das Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen aus D.3.e mit der Zahl der nach D.4 der jeweiligen Krankengeldgruppe zugeordneten Versicherten mit Krankengeldanspruch.

D.6.b Korrekturfaktor für das Krankengeld

Der Korrekturfaktor für das Krankengeld ergibt sich aus der Zahl der gemeldeten Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld aus D.6.a.

D.6.c Zuschläge für die KGG

D.6.c.i Monatliche Zuschläge für die KGG je Versicherten

Die monatlichen Zuschläge für die KGG je Versicherten mit Krankengeldanspruch werden aus den Gewichtungsfaktoren für die KGG aus D.3.e berechnet, indem diese mit der monatlichen Grundpauschalen aus B.1.b.ii, dem Korrekturfaktor für das Krankengeld aus D.6.b und dem Aufteilungsfaktor (MA) für das Krankengeld aus B.7.c multipliziert werden.

D.6.c.ii Zuschläge für die KGG je Versichertentag

Die Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch ergeben sich aus den monatlichen Zuschlägen für die KGG je Versicherten mit Krankengeldanspruch aus D.6.c.i, multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

D.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr

D.7.a Standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr

Die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr ergeben sich, indem bei den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versicherten aus D.5.d.i für die AGG und AusAGG die monatliche Grundpauschale aus B.1.b.ii addiert wird. Sodann werden die Werte für alle Risikogruppen mit der Zahl 12 multipliziert.

D.7.b Standardisierte Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versicherten und Jahr mit Krankengeldanspruch

Die standardisierten Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versicherten und Jahr mit Krankengeldanspruch ergeben sich, indem die monatlichen Zuschläge für die Krankengeldgruppen je Versicherten mit Krankengeldanspruch aus D.6.c.i mit der Zahl 12 multipliziert werden.

E. Berechnung der Zuweisungsanteile

E.1 Regressionsanteile

E.1.a Datengrundlage

Die Regressionsanteile werden auf Grundlage der Versicherten der Vollerhebung vor Kassenausschluss nach C.1 mit ihren dort gemeldeten Versichertenzeiten, sowie der ihnen nach C.3.a bzw. C.3.b zugeordneten Risikomerkmale bzw. AusAGG und der Regressionskoeffizienten bzw. durchschnittlichen Zuschläge für die AusAGG nach D.1.b bzw. D.2.c berechnet.

E.1.b Regressionsanteile

Der Regressionsanteil der AGG ergibt sich als Summenprodukt aus den Regressionskoeffizienten für die AGG und den Versichertenzeiten der der jeweiligen AGG zugeordneten Versicherten, geteilt durch das Summenprodukt aus den Regressionskoeffizienten bzw. durchschnittlichen Zuschläge für alle Risikomerkmale und AusAGG und den Versichertenzeiten der dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der AusAGG zugeordneten Versicherten.

Die Regressionsanteile für die EMG, HMG, KEG und AusAGG ergeben sich analog.

E.2 Zuweisungsanteile

E.2.a Zuweisungsanteil für AGG

Der Zuweisungsanteil für AGG ergibt sich, indem die Summe gebildet wird aus

- dem Produkt des Regressionsanteils der AGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a) und
- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht,

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2017.

E.2.b Zuweisungsanteil für EMG

Der Zuweisungsanteil für EMG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der EMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017.

E.2.c Zuweisungsanteil für HMG

Der Zuweisungsanteil für HMG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der HMG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017.

E.2.d Zuweisungsanteil für KEG

Der Zuweisungsanteil für KEG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der KEG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017.

E.2.e Zuweisungsanteil für AusAGG

Der Zuweisungsanteil für AusAGG ergibt sich, indem die Summe gebildet wird aus

- dem Produkt des Regressionsanteils der AusAGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (B.6.a) und
- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht,

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2017, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2017.

III. Neuberechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für die 3. Strukturanpassung

Die kasseneinheitlichen Kenngrößen werden für die 3. Strukturanpassung gemäß Kapitel II neu berechnet unter Beachtung der folgenden Abweichungen:

In Abschnitt B „Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. StA)“ werden

- statt der voraussichtlichen berücksichtigungsfähigen Ausgaben für das Jahr 2017 sowie statt der Krankengeldausgaben des Jahres 2015 die entsprechenden Ausgaben gemäß KV 45 für das 1.-4. Quartal 2017 zugrunde gelegt,
- statt der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben des Jahres 2015 die entsprechenden Ausgaben gemäß KV 45 für das 1.-4. Quartal 2017 zugrunde gelegt,
- statt der voraussichtlichen Versichertenzeiten (einschließlich DMP-Versichertenzeiten) für das Jahr 2017 die Versichertenzeiten aus der Satzart 111 für das Jahr 2017 zugrunde gelegt und
- statt der voraussichtlichen Mitgliederzahlen die Mitgliederzahlen gemäß KM1/13 2017 zugrunde gelegt.

In den Abschnitten C und D werden

- statt der Satzarten 100 und 700 für 2015 (Erstmeldung) bzw. der Satzarten 100, 400, 500 und 600 für 2014 (Korrekturmeldung) die entsprechenden Meldungen aus dem nachfolgenden Meldejahr zugrunde gelegt,
- statt der Satzart 701 für das Jahr 2015 die Satzart 701 für das Jahr 2016 (für die Erstattungsfaktoren ohne Krankengeld) bzw. die amtliche Statistik KV45 für das 1.-4. Quartal 2017 (für die Krankengelderstattungsfaktoren) zugrunde gelegt und
- bei der Berechnung der Krankengeld-Erstattungsfaktoren sowie der Korrekturfaktoren LAoKG bzw. KG die Versichertenzeiten aus der Satzart 111 für das Jahr 2017 zugrunde gelegt.

IV. Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen

F. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2017

F.0 Datengrundlagen

F.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie des gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung). Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2015 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2015 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2016, das sich auf Basis des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mindestens 91 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 aufweist, anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In beiden Fällen ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2015 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG

sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Liegen hingegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt eine Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich für die Zuordnung ist das angegebene Geschlecht in der Datenmeldung mit dem Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016.

F.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

F.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

Der Ausweis der Versichertentage im Grundlagenbescheid I erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

F.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 15. November 2016.

F.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren

F.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich, indem die Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

F.1.b Angleichungsfaktor für die AGG

F.1.b.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AGG aus E.2.a multipliziert wird.

F.1.b.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.b.iii Angleichungsfaktor für die AGG

Der Angleichungsfaktor für die AGG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AGG aus F.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus F.1.b.ii, die um den Teil des monatlichen Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen zugeordneten Versicherten entspricht.

F.1.c Angleichungsfaktor für die EMG

F.1.c.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für EMG aus E.2.b multipliziert wird.

F.1.c.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der EMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.c.iii Angleichungsfaktor für die EMG

Der Angleichungsfaktor für die EMG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG aus F.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus F.1.c.ii.

F.1.d Angleichungsfaktor für die HMG

F.1.d.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für HMG aus E.2.c multipliziert wird.

F.1.d.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der HMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.d.iii Angleichungsfaktor für die HMG

Der Angleichungsfaktor für die HMG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG aus F.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus F.1.d.ii.

F.1.e Angleichungsfaktor für die KEG

F.1.e.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für KEG aus E.2.d multipliziert wird.

F.1.e.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der KEG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.e.iii Angleichungsfaktor für die KEG

Der Angleichungsfaktor für die KEG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG aus F.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus F.1.e.ii.

F.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG

F.1.f.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus E.2.e multipliziert wird.

F.1.f.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.f.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus F.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus F.1.f.ii, die um den Teil des Zielvolumens für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a erhöht werden, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht.

F.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld

F.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld ergibt sich, indem das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

F.1.g.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für das Krankengeld

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahr 2016 gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.i gebildet wird.

F.1.g.iii Angleichungsfaktor für das Krankengeld

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld aus F.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus F.1.g.ii.

F.1.h Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

F.1.h.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ergibt sich aus der Summe

- des Produktes der monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten aus B.2.b.i mit der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c mit dem monatlichen Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben aus F.1.a.

F.1.h.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für die Verwaltungsausgaben

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Verwaltungsausgaben zuweisungen aufgrund der Werte nach B.2.b.i und B.2.c ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

F.1.h.iii Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Der Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus F.1.h.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus F.1.h.ii.

F.1.i Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

F.1.i.i Monatliches Zielvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus dem Produkt der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a mit der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2016 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten.

F.1.i.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für die Satzungs- und Ermessensleistungen

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aufgrund des Wertes nach B.3.a ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors ermittelt wird.

F.1.i.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als Verhältnis des monatlichen Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus F.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus F.1.i.ii.

F.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

F.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach F.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a.

F.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versicherungstag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.g.iii multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus F.0.a.

F.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus F.2.a und F.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

F.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten aus B.2.b.i mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus F.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.h.iii multipliziert.

F.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der Multiplikation der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a.i mit dem Angleichungsfaktor nach F.1.i.iii.

F.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

G. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2017

G.0 Datengrundlagen

G.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2016 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie des gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung). Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2015 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2015 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2016, das sich auf Basis des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2015 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2016 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mindestens 183 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das Jahr 2016 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In beiden Fällen ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2015 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2016 – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Liegen hingegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2016 unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt eine Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen, wenn die

entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich für die Zuordnung ist das angegebene Geschlecht in der Datenmeldung mit dem Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das Jahr 2016.

G.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das Jahr 2016. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

G.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das Jahr 2016 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

Der Ausweis der Versichertentage im Grundlagenbescheid II erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

G.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. April 2017.

G.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

G.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich, indem die Zahl der in der Satzart 111 des Jahres 2016 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

G.1.b Angleichungsfaktoren

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen werden analog zu

Abschnitt F.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach G.0, des Zielvolumens nach G.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

G.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

G.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach G.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.a.

G.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das Jahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus G.0.a.

G.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus G.2.a und G.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2016, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

G.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten aus B.2.b.i mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungsausgaben nach

standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus G.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.b multipliziert.

G.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der Multiplikation der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a.i mit dem Angleichungsfaktor nach G.1.b.

G.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

H. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2017 – Erstes Halbjahr

H.0 Datengrundlagen

H.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie des gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung). Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2016 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das ers-

te Halbjahr 2017 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen,

- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mindestens 91 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In beiden Fällen ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2016 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Wurden für einen Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 mehrere Geschlechter gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen versichertentagegenau anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 jeweils gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

H.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt entsprechend Abschnitt I.0.b.

H.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

H.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2017.

H.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

H.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem die Summe der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2017 gemeldeten Versicherungszeiten durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr geteilt und mit dem Produkt aus der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii und der Zahl 6 multipliziert wird.

H.1.b Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2017

H.1.b.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AGG aus E.2.a multipliziert wird.

H.1.b.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AGG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.b.iii Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das erste Halbjahr 2017 aufgrund der AGG aus H.1.b.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AGG aus H.1.b.ii, erhöht um den Betrag, der sich aus der Multiplikation der Grundpauschalen je Versichertentag mit der Zahl der Versichertentage in der SA111 mit Zuordnung zu den AGG ergibt.

H.1.c Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2017

H.1.c.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für EMG aus E.2.b multipliziert wird.

H.1.c.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der EMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den EMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die EMG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.c.iii Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die EMG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der EMG für das erste Halbjahr aus H.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der EMG aus H.1.c.ii.

H.1.d Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2017

H.1.d.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für HMG aus E.2.c multipliziert wird.

H.1.d.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der HMG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den HMG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die HMG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.d.iii Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus H.1.d.ii.

H.1.e Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2017

H.1.e.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für KEG aus E.2.d multipliziert wird.

H.1.e.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der KEG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den KEG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die KEG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.e.iii Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.e.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus H.1.e.ii.

H.1.f Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2017

H.1.f.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für AusAGG aus E.2.e multipliziert wird.

H.1.f.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen aufgrund der AusAGG

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den AusAGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die AusAGG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.f.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.f.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus H.1.f.ii, erhöht um den Betrag, der sich aus der Multiplikation der Grundpauschalen je Versichertentag mit der Zahl der Versichertentage in der SA111 mit Zuordnung zu den AusAGG ergibt.

H.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017

H.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für das Krankengeld aus B.8.b multipliziert wird.

H.1.g.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für das Krankengeld

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2017 gemeldeten Versichertentage mit Krankengeldanspruch mit den bekannt gegebenen Zuschlägen für die KGG aus D.6.c.ii gebildet wird.

H.1.g.iii Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.g.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für das Krankengeld aus H.1.g.ii.

H.1.h Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

H.1.h.i Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich aus der Summe

- der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2017 gemeldeten Versicherungszeiten geteilt durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr, und multipliziert mit dem Produkt der monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten aus B.2.b.i mit der Zahl 6, und
- des Produktes der standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c mit dem Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.a.

H.1.h.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aufgrund der Werte nach B.2.b.ii und B.2.c ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

H.1.h.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.h.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aus H.1.h.ii.

H.1.i Angleichungsfaktor für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017

H.1.i.i Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2017 gemeldeten Versicherungszeiten, geteilt durch die Zahl der Kalendertage im ersten Halbjahr und multipliziert mit dem Produkt der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a mit der Zahl 6.

H.1.i.ii Tatsächliche (vorläufige) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen werden ermittelt, indem die Summe über alle Krankenkassen der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aufgrund des Wertes nach B.3.a.ii ohne Anwendung eines Angleichungsfaktors mit den gemeldeten Versicherungszeiten ermittelt wird.

H.1.i.iii Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017 aus H.1.i.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen aus H.1.i.ii.

H.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017

H.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2017

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2017 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der

Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.ii multipliziert mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach H.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versichertenzeiten an den Versichertenzeiten aller Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus H.0.a und H.0.b.

H.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.ii mit der Zahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.g multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus H.0.a und H.0.b.

H.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als Summe aus H.2.a und H.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017.

H.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der standardisierten Verwaltungsausgaben je Versichertentag aus B.2.b.ii mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten Grundpauschale für das erste Halbjahr 2017 aus H.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.h multipliziert.

H.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017

Die Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergibt sich aus der Multiplikation der standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag aus B.3.a.ii mit dem Angleichungsfaktor nach H.1.i.iii.

H.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

I. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2017 – Zweites Halbjahr

I.0 Datengrundlagen

I.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 gemeldete Pseudonym wird entsprechend Abschnitt H.0.a den Risikogruppen zugeordnet. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2016 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Liegen hingegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt eine Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich für die Zuordnung ist das angegebene Geschlecht in der Datenmeldung mit dem Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017.

I.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

I.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten zu den Krankenkassen erfolgt entsprechend Abschnitt H.0.c und ist relevant für die Zuweisungen für das 1. Halbjahr.

I.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. Oktober 2017.

I.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

I.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2017

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2017 ergibt sich, indem die Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres

2017 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

I.1.b Angleichungsfaktoren für das zweite Halbjahr 2017

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen für das zweite Halbjahr 2017 werden analog zu Abschnitt F.1 neu ermittelt unter Verwendung der Zuordnungen nach I.0.a und I.0.b, des Zielvolumens nach I.1.a, den Aufteilungsfaktoren (ZuA) nach B.8 und den Zuweisungsanteilen nach E.2.

I.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2017

I.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ermittelt. Hierfür wird die monatliche Grundpauschale mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, und dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach I.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der monatlichen Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus I.0.a und I.0.b.

I.2.b Zuweisungen für das Krankengeld

Die Zuweisungen für das Krankengeld ermitteln sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus D.6.c.i mit der Zahl der Versicherten mit mindestens einem Versichertentag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach I.1.b multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus I.0.a und I.0.b.

I.2.c Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse

Die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse ergibt sich als Summe aus I.2.a und I.2.b, geteilt durch die Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

I.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2017

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der monatlichen standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten aus B.2.b.i mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus B.2.c und der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale aus I.2.c. Die Summe wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach I.1.b multipliziert.

I.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus der Multiplikation der monatlichen standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten aus B.3.a.i mit dem Angleichungsfaktor nach I.1.b.

I.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

J. Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2017

J.0 Datengrundlagen

J.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2017 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen,
- zu den EMG anhand der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie des gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung). Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2016 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2016 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2017 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt, wenn der Versicherte mindestens 183 Versichertentage mit Erwerbsminderung in der Satzart 111 für das Jahr 2017 aufweist anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In beiden Fällen ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2016 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2017 – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Wurden für einen Versicherten in der Satzart 111 für das Jahr 2017 mehrere Geschlechter gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen versichertentagegenau anhand des in der

Satzart 111 für das Jahr 2017 jeweils gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

J.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ in der Satzart 111 für Jahr 2017. Dies gilt auch für Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versichertentage ausgewiesen werden. Pseudonyme von Versicherten, die während des Berichtszeitraums verstarben, werden nicht zugeordnet. Dies gilt auch für Kassenwechsler, die von einer anderen Kasse als derjenigen, die o.g. Merkmal gemeldet hat, als verstorben gemeldet wurden.

Der Ausweis der Pseudonymanzahlen im Grundlagenbescheid IV erfolgt nachrichtlich und ist nicht zuweisungsrelevant.

J.0.c Zuordnung der Versicherungszeiten den Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten den Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 111 für das Jahr 2017 gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei den meldenden Krankenkasse. Werden für einen Versicherten, der im Berichtszeitraum bei mehr als einer Krankenkasse versichert war, von den meldenden Kassen zusammen mehr Versichertentage gemeldet, als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, so werden die überzähligen Tage bei jeder dieser Kassen abgezogen bis zu einem Minimum von Null Versichertentagen.

J.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2018.

J.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, EMG, HMG, KEG, AusAGG, KGG, Verwaltungsausgabenzuweisungen sowie Zuweisungen für Satzungs- & Ermessensleistungen werden auf 1 festgesetzt.

J.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2017

J.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2017

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2017 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2017 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, EMG, HMG, KEG und AusAGG der Zu- und Abschlag nach Abschnitt III

i.V.m. D.5.d.ii multipliziert mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2017, die dieser Risikogruppe zuzuordnen sind. Die so ermittelten vorläufigen Zuweisungen werden mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1 multipliziert. Abweichend wird bei den AGG und AusAGG vor der Anwendung des entsprechenden Angleichungsfaktors der Teil der Zuweisungen aufgrund der Grundpauschalen addiert, der dem Anteil der den AGG bzw. AusAGG zugeordneten Versichertenzeiten an den Versichertenzeiten aller Versicherten entspricht, und nach der Anwendung des Angleichungsfaktors wieder abgezogen. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus J.0.

J.2.b Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2017

Die Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2017 ermittelt sich, indem je Krankenkasse je KGG die Zuschläge für die KGG aus Abschnitt III i.V.m. D.6.c.ii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2017 multipliziert werden und die Summe über alle Produkte gebildet wird. Schließlich wird mit dem zugehörigen Angleichungsfaktor nach J.1 multipliziert. Die Zuordnungsregeln entsprechen denen aus J.0.

J.2.c Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2017

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2017 ergibt sich als Summe aus J.2.a und J.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2017.

J.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2017

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2017 berechnet sich je Krankenkasse durch die Addition der standardisierten Verwaltungsausgaben je Versichertentag aus Abschnitt III i.V.m. B.2.b.ii mit dem Produkt aus den standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben aus Abschnitt III i.V.m. B.2.c und der risikoadjustierten Grundpauschale für das Jahr 2017 aus J.2.c. Die Summe wird mit dem Angleichungsfaktor nach J.1 multipliziert.

J.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Grundzuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergibt sich aus der Multiplikation der standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag aus Abschnitt III i.V.m. B.3.a.ii mit dem Angleichungsfaktor nach J.1.

J.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus Abschnitt III i.V.m. B.5.

V. Berechnung der monatlichen Zuweisungen

K. Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid

Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Januar bis März 2017 wird der Grundlagenbescheid I/2017 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate April bis September 2017 wird der Grundlagenbescheid II/2017 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Oktober bis Dezember 2017 wird der Grundlagenbescheid III/2017 zu Grunde gelegt. Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 1. des jeweiligen Zuweisungsmonats.

L. Ermittlung der Zuweisungen

L.1 Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren

L.1.a Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem Produkt aus der monatlichen DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.a mit der Zahl der RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten, die alle Krankenkassen in der KM6 des Vormonats gemeldet haben abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2017.

L.1.b Monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben errechnen sich als ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Jahr 2017 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach L.1.a multipliziert mit dem Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach A.2.b. Die tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen risikoadjustierten monatlichen Grundpauschalen aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.c Monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Verwaltungsausgaben entsprechen einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahr 2017 abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach L.1.a multipliziert mit dem Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. Die tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der jeweiligen monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.d Monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich aus dem Verhältnis der monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu den tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor. Die monatlichen Soll-Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen entsprechen einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2017. Die tatsächlichen vorläufigen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen ohne Anpassungsfaktor ergeben sich als Summe über alle Krankenkassen der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.1.e Monatlicher Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der monatliche Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich aus dem Verhältnis des monatlichen Sollwertes für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV zum tatsächlichen vorläufigen Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor. Der monatliche Sollwert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV entspricht einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der

jährlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV im Jahr 2017. Der tatsächliche vorläufige Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV ohne Anpassungsfaktor ergibt sich als Summe über alle Krankenkassen des Veränderungsbetrags je Mitglied aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die jeweilige Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat.

L.2 Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben ergibt sich als die risikoadjustierte monatliche Grundpauschale der Krankenkasse aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben nach L.1.b.

L.3 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben

Der monatliche Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben ergibt sich als monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben nach L.1.c.

L.4 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der monatliche Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als die monatliche Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Mehrleistungen aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Versicherten, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen nach L.1.d.

L.5 Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme

Der monatliche Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme ergibt sich als zuletzt bekannt gegebene monatliche Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme multipliziert mit der Zahl der RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten, die die Krankenkasse in der KM6 des Vormonats gemeldet hat.

L.6 Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als Veränderungsbetrag je Mitglied aus dem nach K. zu Grunde zu legenden Grundlagenbescheid multipliziert mit der Zahl der Mitglieder, die die Krankenkasse in der KM1 des Vormonats gemeldet hat, wiederum multipliziert mit dem monatlichen Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach L.1.e.

VI. Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen

M. Strukturanpassung I/2017

M.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder bzw. der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten werden der amtlichen Statistik KM1 bzw. KM6 wie folgt entnommen:

- für den Januar 2017 der Durchschnitt der Monate Dezember 2016 und Februar 2017,
- für den Februar 2017 der Wert für den Monat Februar 2017, sowie
- für den März 2017 der Wert für den Monat März 2017, sofern er dem BVA bereits verfügbar ist; anderenfalls wird der Wert für den Monat Februar 2017 angesetzt.

M.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März

M.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Das vorläufige Zuweisungsvolumen aller Krankenkassen für die Monate Januar bis März ergibt sich

- für **standardisierte Leistungsausgaben** aus der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale der Krankenkassen aus G.2.c,
- für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus G.3, sowie
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus G.4,

jeweils multipliziert mit der nach M.1 anzusetzenden Zahl der Versicherten.

M.2.b Vorläufiges Zuweisungsvolumen für DMP-Programme

Das vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme ergibt sich aus der Multiplikation der nach M.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.

M.2.c Vorläufiges Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach M.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus G.5.

M.2.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Januar bis März 2017 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV.

M.2.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach M.2.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2017.

M.2.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach M.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.2.e multipliziert mit dem Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach A.2.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach M.2.a.

M.2.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach M.2.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach M.2.e multipliziert mit dem Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. geteilt durch die

Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach M.2.a.

M.2.h Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach M.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach M.2.a.

M.2.i Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach M.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach M.2.c.

M.3 Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März

Das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse entspricht den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für den Monat nach M.2.f bis M.2.i.

Der **Korrekturbetrag je Krankenkasse** ergibt sich aus dem Saldo der so ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

N. Strukturanpassung II/2017

N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das erste Halbjahr 2017 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß H.0.b anzusetzen. Die Versicherungszeiten mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm werden der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2017 entnommen. Die Zahlen der für die Monate Januar bis Juni anzusetzenden Mitglieder sind der amtlichen Statistik KM1 des entsprechenden Monats zu entnehmen. Für die Monate Juli bis September sind die anzusetzenden Zahlen der Versicherten und Mitglieder der amtlichen Statistik KM1 und die anzusetzenden Zahlen der in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten der KM6 des entsprechenden Monats zu entnehmen. Sofern die Werte für den Monat September dem BVA noch nicht verfügbar sind, wird auf die Werte des Monats August zurückgegriffen.

N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2017

N.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das erste Halbjahr 2017 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017 aus H.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017 nach H.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 nach H.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017 nach H.0.b,

für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017 nach H.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2017 nach H.0.b,

- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt für das Jahr 2017 bekannt gegebenen Grundzuweisung je Versichertentag mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm multipliziert mit der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Versichertentage mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für das erste Halbjahr, sowie

- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus H.5 multipliziert mit der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder summiert über die Monate Januar bis Juni.

N.2.b Vorgesehenes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2017

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich jeweils als die Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV.

N.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2017

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach N.2.a abzüglich der Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2017.

N.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2017 nach N.2.c multipliziert mit dem relativen Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, der sich aus dem absoluten DMP-Anteil an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach A.2.b ergibt, geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2017 nach N.2.a.

N.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2017 nach N.2.c multipliziert mit dem relativen Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale,

der sich aus dem absoluten Verwaltungsausgabenanteil nach A.2.c ergibt, geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2017 nach N.2.a.

N.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach N.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen für das erste Halbjahr 2017 nach N.2.a.

N.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2017

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das erste Halbjahr 2017 ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach N.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach N.2.a.

N.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September

N.3.a Vorläufige Zuweisungsvolumen

Das vorläufige Zuweisungsvolumen aller Krankenkassen für die Monate Juli bis September ergibt sich

- für **standardisierte Leistungsausgaben** aus der risikoadjustierten monatlichen Grundpauschale der Krankenkassen aus I.2.c,
- für **Verwaltungsausgaben** aus der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben aus I.3, sowie
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** aus Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen aus I.4,

jeweils multipliziert mit der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Versicherten.

N.3.b Vorläufiges Zuweisungsvolumen für DMP-Programme

Das vorläufige Zuweisungsvolumen für DMP-Programme ergibt sich aus der Multiplikation der nach N.1 anzusetzenden Zahl der eingeschriebenen Versicherten mit der zuletzt bekannt gegebenen Grundzuweisung je RSA-wirksam eingeschriebenen Versicherten für strukturierte Behandlungsprogramme.

N.3.c Vorläufiges Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus H.5.

N.3.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Juli bis September 2017 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV.

N.3.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumen für DMP-Programme nach N.3.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2017 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2017.

N.3.f Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach N.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach N.3.e multipliziert mit dem Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach A.2.b. geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für standardisierte Leistungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach N.3.a.

N.3.g Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben je Monat ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.3.d abzüglich des monatlichen Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen nach N.3.e multipliziert mit dem Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale nach A.2.c. geteilt durch die

Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen des jeweiligen Monats nach N.3.a.

N.3.h Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Satzungs- und Ermessensleistungen nach N.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für Satzungs- und Ermessensleistungen aller Krankenkassen nach N.3.a.

N.3.i Rückwirkender monatlicher Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV nach N.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aller Krankenkassen nach N.3.c.

N.4 Ermittlung der Korrekturbeträge

N.4.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2017

Für das erste Halbjahr 2017 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse dem vorläufigen Zuweisungsvolumen des ersten Halbjahres 2017 aus N.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das erste Halbjahr 2017 aus N.2.d bis N.2.g.

N.4.b Korrigiertes Zuweisungsvolumen für die Monate Juli bis September 2017

Für die Monate Juli bis September 2017 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen eines Monats je Krankenkasse den vorläufigen Zuweisungsvolumen des Monats aus N.3.a bis N.3.c, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden monatlichen Anpassungsfaktor aus N.3.f bis N.3.i.

N.4.c Korrekturbetrag je Krankenkasse

Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach N.4.a und N.4.b ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

O. Strukturanpassung III/2017

O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das Jahr 2017 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß J.0.b anzusetzen. Die Versicherungszeiten mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm werden der Satzart 111 für Jahr 2017 entnommen. Die anzusetzende Zahl der Mitglieder wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen.

O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2017

O.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das Jahr 2017 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das Jahr 2017 aus J.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2017 nach J.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2017 nach J.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2017 nach J.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2017 nach J.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2017 nach J.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt für das Jahr 2017 bekannt gegebenen Grundzuweisung je Versichertentag mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm multipliziert mit der nach O.1 anzusetzenden Zahl der Versichertentage mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm, sowie
- für **die mitgliederbezogene Anpassung nach § 40 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV aus J.5 multipliziert mit der nach O.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder multipliziert mit der Zahl 12.

O.2.b Rückwirkende Anpassungsfaktoren für DMP-Zuweisungen, standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen sowie für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV für das Jahr 2017

Die rückwirkenden Anpassungsfaktoren für DMP-Zuweisungen, standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen sowie mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV werden für das Ausgleichsjahr 2017 im Rahmen der 3. Strukturanpassung auf 1 festgesetzt.

O.3 Ermittlung der Korrekturbeträge

O.3.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2017

Für das Jahr 2017 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse dem vorläufigen Zuweisungsvolumen des Jahres 2017 aus O.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 40 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das Jahr 2017 aus O.2.b.

O.3.b Korrekturbetrag je Krankenkasse

Der Korrekturbetrag je Krankenkasse ergibt sich aus dem Saldo der nach O.3.a ermittelten Beträge mit den tatsächlich erhaltenen Zuweisungen im Betrachtungszeitraum.

VII. Neuermittlung der kasseneinheitlichen Kenngrößen im Jahresausgleich

P. Kenngrößen für den Jahresausgleich

P.0 Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale

Die Grundpauschale je Versichertentag aus A.1 (Berechnung in B.1.b.iii), sowie die DMP-Programmkostenpauschale und deren Anteil an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und Verwaltungsausgaben nach A.2 finden unverändert im Jahresausgleich Anwendung.

P.1 Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

P.1.a Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der Anteil der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem Anteil der DMP-Programmkostenpauschale an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag nach A.2.b.

P.1.b Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Der Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ergibt sich als die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach P.1.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung).

P.2 Standardisierte Verwaltungsausgaben

P.2.a Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben

Der Anteil der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben ergibt sich aus der Multiplikation der DMP-Versichertentage, die von allen Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldet wurden, mit dem Verwaltungsausgabenanteil der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.c.

P.2.b Standardisierte Verwaltungsausgaben je Versichertentag

Die standardisierten Verwaltungsausgaben je Versichertentag ergeben sich als die Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach P.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung).

P.2.c Standardisierte Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die Nettoverwaltungsausgaben einschließlich Telematik nach KJ1 des Jahres 2017 abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach P.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 37 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach P.1.a.

P.3 Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen

P.3.a Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag

Die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen je Versichertentag ergeben sich als die Satzungs- und Ermessensleistungen nach KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, geteilt durch Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung).

P.4 Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen

Die jährliche und monatliche DMP-Programmkostenpauschale, sowie die DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag werden gemäß A.2.a ermittelt.

P.5 Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV

Der mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 40 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach A.3 und den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V (ohne Abzug des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben) zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchst.

a) und c) SGB V vorgesehenen Beträge, geteilt durch die Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2017. Die jahresdurchschnittliche Mitgliederanzahl wird bestimmt, indem die Anzahl der gemeldeten Mitglieder in der Satzart 821 für jeden Monat aufsummiert, diese Summe durch zwölf geteilt und auf eine ganze Zahl kaufmännisch gerundet wird.

P.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

P.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2017 gebuchten Ausgaben der Konten bzw. Kontenarten 482, 513, 514, 5155, 5160-5162, 5186-5188, 527, 528 und 590, die um die in der Kontenart 519 gebuchten Impfstoffrabatte reduziert wird.

P.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus P.6.a geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung).

P.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)

P.7.a Nettokrallengeld

Das Nettokrallengeld des Jahres 2017 ergibt sich aus der KJ1 des Jahres 2017 in der entsprechenden Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.

P.7.b Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich als Verhältnis der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (P.1.a), des Nettokrallengeldes des Jahres 2017 (P.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben (P.6.a), zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

P.7.c Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld

Der Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld ergibt sich als Verhältnis des Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (P.7.a) zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (P.1.a).

Q. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge

Q.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss ergibt sich aus den in der Satzart 700 des Jahres 2017 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 700 des Jahres 2017 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung).

Q.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss

Q.2.a Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Leistungsausgaben ohne Krankengeld sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Versicherte aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss, für die in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsangaben gemeldet wurden. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Q.2.b Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld

Datenmeldungen von Krankenkassen, deren Krankengeldausgaben sehr hohe oder sehr niedrige Ausschöpfungsquoten hinsichtlich der in der Satzart 700 gemeldeten Ausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Ausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Versicherte aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss, für die in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsangaben gemeldet wurden. Das Ergebnis ist die Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld.

Q.3 Zuordnung der Versicherten

Q.3.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

Die Versicherten werden wie folgt den Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) und des Alters sowie des Geschlechts im Jahr 2016.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2016 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2016.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

Q.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungstage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in Q.3.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

Q.3.c Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGG)

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungstag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) und des Alters sowie des Geschlechts im Jahr 2017. Versicherte, die einer K-EMG zugeordnet werden, werden keiner K-AGG zugeordnet.

Q.4 Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 30 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V zu mindern. Ferner sind die Arzneimittel- und Impfstoffrabatte (AIR), die pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (KR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Komplexpauschalen und Rabatte im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten und vereinnahmten Mittel (IVKuR) pauschal zu berücksichtigen.

Die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für AIR, KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 701 für das Jahr 2017 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- Die AIR werden vom Hauptleistungsbereich Apotheken (HLB 3) abgesetzt.
- Die KR werden vom Hauptleistungsbereich Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die RVZ werden anteilig den LAoKG zugeordnet.
- Die IVA werden anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die IVKuR werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

Die Berechnung erfolgt analog zum Abschnitt C.4.

Q.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung

Q.5.a Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld werden unter Berücksichtigung der Erstattungen nach Q.4 für alle Versicherten der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld (Q.2.a) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Q.5.b Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld

Die im HLB 6 gemeldeten Krankengeldausgaben werden unter Berücksichtigung der Erstattungen für das Krankengeld für alle Versicherten der Vollerhebung für das Krankengeld (Q.2.b) aufsummiert und durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt. Das Ergebnis ist der Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld.

R. Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge

R.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

R.1.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus Q.2.a mit den nach Q.3.a zugeordneten Risikomerkmale und ihren versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld unter Berücksichtigung der Erstattungen nach Q.4.

Versicherte, die den AusAGG nach Q.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

R.1.b Regression

R.1.b.i 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.

R.1.b.ii Ermittlung der Regressionskoeffizienten

Für jedes Risikomerkmal wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine multiple lineare WLS-Regression („Weighted Least Squares“) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden Variablen für die Höhe der Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag nach R.1.b.i bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß R.1.b.iii.

R.1.b.iii Regressionsgewichte

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

R.1.b.iv Negative Regressionskoeffizienten

Wird für mindestens ein Risikomerkmal ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt.

R.1.b.v 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.

R.1.b.vi Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.

R.1.c Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten nach R.1.b durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Q.5.a geteilt werden.

R.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

R.2.a Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus Q.2.a mit den nach Q.3.a zugeordneten Risikomerkmalen, sowie die nach R.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten.

Versicherte, die den AusAGG nach Q.3.b zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

R.2.b Versichertenbezogene erwartete Ausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach Q.3.a die nach R.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben ermitteln sich als Summe der so zugeordneten Regressionskoeffizienten je Versicherten.

R.2.c Durchschnittlicher Zuschlag für die AusAGG

Je AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach R.2.b aller der korrespondierenden AGG nach Q.3.a zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt. Das Ergebnis ist der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG.

R.2.d Gewichtungsfaktoren für die AusAGG

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem je AusAGG der durchschnittliche Zuschlag für die AusAGG nach R.2.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Q.5.a geteilt wird.

R.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)

R.3.a Datengrundlage

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld aus Q.2.b mit den nach Q.3.c zugeordneten Krankengeldgruppen und ihren versichertenbezogenen Krankengeldausgaben.

Versicherte, die keiner KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

R.3.b Bruttokrankengeldausgaben je KGG

Die Bruttokrankengeldausgaben nach § 30 RSAV werden je KGG für die der entsprechenden KGG zugeordneten Versicherten der Vollerhebung aufsummiert.

R.3.c Durchschnittswertberechnung für die KGG

R.3.c.i Durchschnittlicher Zuschlag für die KGG

Die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG ergeben sich, indem für jede KGG die Summe der Bruttokrankengeldausgaben je KGG nach R.3.b durch die Summe der Versichertentage mit Krankengeldanspruch der der jeweiligen KGG zugeordneten Versicherten der Vollerhebung nach Kassenausschluss für das Krankengeld geteilt wird.

R.3.c.ii Durchschnittlicher Zuschlag bei Nullbesetzung

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag für die KGG ermittelt werden, weil der KGG kein Versicherter der Vollerhebung mit Krankengeldanspruch zugeordnet wurde, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

R.3.d Erstattungen für das Krankengeld (EKG)

Die Bruttokrankengeldausgaben sind um die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG und K-EMG ermittelt. Die EKG werden getrennt nach EKG für Erwerbsminderungsrentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216) und nach EKG für sonstige Fälle (entspre-

chend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219) ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 701 für das Jahr 2017 gebildet.

R.3.d.i Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach R.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-EMG mit der Zahl der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch je K-EMG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-EMG berechnet sich, indem die EKG für Erwerbsminderungsrentner nach R.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-EMG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-EMG geteilt wird.

R.3.d.ii Standardisiertes Bruttokrallengeld und KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG

Das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG wird ermittelt aus dem Summenprodukt der nach R.3.c ermittelten durchschnittlichen Zuschläge für die K-AGG mit der Zahl der Versicherungstage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG für sonstige Fälle nach R.3.d vom standardisierten Bruttokrallengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrallengeld für die K-AGG geteilt wird.

R.3.e Gewichtungsfaktoren für die KGG

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach R.3.c durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld nach Q.5.b geteilt und mit dem entsprechenden KG-Erstattungsfaktor nach R.3.d multipliziert werden.

R.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung

R.4.a Zuordnung zu den Risikomerkmale

Die in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Versicherten werden mit ihren Versicherungszeiten den Risikomerkmale zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) und des Alters sowie des Geschlechts im Jahr 2016.

- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2016. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung des Bundesversicherungsamtes vom 30. September 2016.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.

R.4.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2016 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versicherungentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt den AusAGG zugeordnet:

- Die Zuordnung erfolgt anhand des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Alters und des Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2017 zu Grunde zu legen. Versicherte, die einer AusAGG zugeordnet werden, werden keinem der in R.4.a genannten Risikomerkmale zugeordnet.

R.4.c Zuordnung zu den KGG

Alle Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung), die Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden mit den gemeldeten Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch den KGG zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2017, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den K-EMG erfolgt anhand der Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente in der Satzart 100 des Jahres 2017 (Erstmeldung). Eine Zuordnung erfolgt dann, wenn der Versicherte mindestens 183 Tage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente aufweist.

R.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

R.5.a Vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus R.1.c und R.2.d mit den Versicherungszeiten der nach R.4.a dem jeweiligen Risikomerkmale bzw. der jeweiligen AusAGG zugeordneten Versicherten.

R.5.b Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Der Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus R.5.a.

R.5.c Vorläufige Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die vorläufigen Zuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und AusAGG aus R.1.c und R.2.d berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus P.1.b, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus R.5.b und dem Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus P.7.b multipliziert werden.

R.5.d Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

R.5.d.i Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben

Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale und AusAGG nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben ergeben sich, indem auf die vorläufigen Zuschläge nach R.5.c bei den AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag aus P.6.b addiert wird.

R.5.d.ii Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die AusAGG nach R.5.d.i und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach R.5.d.i werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1 unter den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

R.5.d.iii Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag ergeben sich aus den Risikozuschlägen nach R.5.d.ii, indem bei den AGG und AusAGG die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii subtrahiert wird.

R.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG

R.6.a Vorläufige Risikomenge für das Krankengeld

Die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen aus R.3.e mit den Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der nach R.4.c der jeweiligen Krankengeldgruppe zugeordneten Versicherten mit Krankengeldanspruch.

R.6.b Korrekturfaktor für das Krankengeld

Der Korrekturfaktor für das Krankengeld ergibt sich aus der Summe der Versicherungszeiten aller Krankenkassen, geteilt durch die vorläufige Risikomenge für das Krankengeld aus R.6.a.

R.6.c Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch

Die Zuschläge für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch werden aus den Gewichtungsfaktoren für die KGG aus R.3.e berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozentwert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach P.1.b, dem Korrekturfaktor für das Krankengeld aus R.6.b und dem Aufteilungsfaktor (JA) für das Krankengeld aus P.7.c multipliziert werden.

R.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag

R.7.a Standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag

Die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag ergeben sich, indem bei den Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und AusAGG je Versichertentag aus R.5.d für die AGG und AusAGG die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii addiert wird.

**R.7.b Standardisierte Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je
Versichertentag mit Krankengeldanspruch**

Die standardisierten Krankengeldausgaben nach Krankengeldgruppen je Versichertentag mit Krankengeldanspruch entsprechen den Zuschlägen für die KGG je Versichertentag mit Krankengeldanspruch aus R.6.c.

VIII. Berechnung des Jahresausgleichs

S. Datengrundlagen

S.1 Zuordnungsprinzipien

S.1.a Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG

Die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG erfolgt gemäß R.4.a bzw. R.4.b. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2016 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, so erfolgt die Zuordnung des Pseudonyms nur zu einer AGG sowie – bei Vorliegen von mehr als Null Versichertentagen mit Krankengeldanspruch in der Satzart 100 für das Jahr 2017 (Erstmeldung) – zu einer K-AGG bzw. K-EMG. Wurden für Versicherte in der Satzart 100 für das Jahr 2017 (Erstmeldung) mehrere Geschlechter gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG versichertentagegenau anhand des in der Satzart 100 für das Jahr 2017 jeweils gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

S.1.b Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2017 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

S.1.c Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen

Die Zuordnung der Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2017 (Erstmeldung) gemeldet wurde und Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch aufweist, mit seinen Versicherungszeiten mit Krankengeldanspruch bei der meldenden Krankenkasse. Die Zuordnung zu den KGG erfolgt gemäß R.4.c.

S.1.d Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen

Die Zuordnung der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkassen erfolgt für jeden Versicherten, der von einer Krankenkasse in der Satzart 100 für das Jahr 2017 (Erstmeldung) gemeldet wurde, mit seinen DMP-Versicherungszeiten bei der meldenden Krankenkasse.

S.1.e Zahl der Mitglieder der Krankenkassen

Die anzusetzende Zahl der Mitglieder der Krankenkassen wird der Satzart 821 entnommen. Die jahresdurchschnittliche Mitgliederanzahl der Krankenkassen wird bestimmt, indem die Anzahl

der gemeldeten Mitglieder in der Satzart 821 für jeden Monat aufsummiert, diese Summe durch zwölf geteilt und auf eine ganze Zahl kaufmännisch gerundet wird.

S.2 Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2018.

T. Berechnung der Zuweisungen

T.1 Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben

T.1.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit der Grundpauschalen je Versichertentag nach B.1.b.iii zuzüglich der Summe der Produkte der Zu- und Abschläge nach R.5.d mit den nach S.1.a zugeordneten Versicherungszeiten über alle Risikomerkmale und AusAGG.

T.1.b BVA-Korrekturen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Bei Vorliegen von Korrekturen aufgrund des § 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV im Bereich Leistungsausgaben ohne Krankengeld (sog. „BVA-Korrekturen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld“) wird die sich hieraus ergebende Summe für Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld mittels GKV-einheitlichem Korrekturfaktor so angepasst, dass die Summe über alle Krankenkassen der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrankengeldes aus der KJ1 des Jahres 2017 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (P.1.a), der Zahlungen nach dem Isch-GKVLV aus der KJ1 2017 und des Nettokrankengeldes des Jahres 2017 (P.7.a) entspricht.

Liegen solche Korrekturen nicht vor, ist der Korrekturfaktor für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld gleich 1.

T.1.c Zuweisungen für das Krankengeld

Die standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge nach R.6.c für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten nach S.1.b. 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 Kranken-

kasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V).

T.1.d BVA-Korrekturen für das Krankengeld

Bei Vorliegen von Korrekturen aufgrund des § 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV im Bereich Krankengeld (sog. „BVA-Korrekturen für Krankengeld“) wird die sich hieraus ergebende Summe für Zuweisungen für das Krankengeld mittels GKV-einheitlichem Korrekturfaktor so angepasst, dass die Summe über alle Krankenkassen der Summe des Nettokrkrankengeldes des Jahres 2017 (P.7.a) entspricht.

Liegen solche Korrekturen nicht vor, ist der Korrekturfaktor für Krankengeld gleich 1.

T.2 Zuweisungen für Verwaltungsausgaben

Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Zuweisungen nach T.1 mit dem Wert nach P.2.c zuzüglich des Produktes aus der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach P.2.b.

T.3 Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen

Die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der Versicherungszeiten der Krankenkasse mit dem Wert nach P.3.a.

T.4 Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme

Die Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme einer Krankenkasse ergeben sich aus der Multiplikation der Summe der DMP-Versicherungszeiten der Krankenkasse nach S.1.d mit der DMP-Programmkostenpauschale je Versichertentag nach A.2.a.

T.5 Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV

Die mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 41 Abs. 2 i.V.m. § 40 RSAV einer Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der jahresdurchschnittlichen Mitgliederzahl der Krankenkasse nach S.1.e mit dem Wert nach P.5.

IX. Korrekturverfahren im Jahresausgleich für den vorangegangenen Jahresausgleich

Mit dem Jahresausgleich für das Jahr 2017 wird der Jahresausgleich 2016 einmalig korrigiert. Hierfür werden die ursprünglich verwendeten Versichertenstammdaten (Satzart 100), d.h. sowohl die Erstmeldung für das Jahr 2016 als auch die Korrekturmeldung für das Jahr 2015, durch korrigierte Versichertenstammdaten mit dem gleichen Pseudonymisierungsschlüssel ersetzt (Satzart 110).

Diese werden mit den bereits für den Jahresausgleich 2016 verwendeten Morbiditätsdaten verknüpft und alle Risikomerkmale neu bestimmt unter Beachtung der Ausschlussbedingungen zwischen den Risikomerkmale gemäß den Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2016.

Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale aus dem Jahresausgleich 2016 bleiben bei der Korrektur des Jahresausgleichs unverändert.

Aufgrund der aktuelleren Versichertenstammdaten ergeben sich neue Zuweisungen, die mittels GKV-einheitlichen Korrekturfaktoren so angepasst werden, dass ihre Summe der Summe der Zuweisungen im Jahresausgleich 2016 entspricht. Dies wird getrennt für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld, für das Krankengeld, für Verwaltungsausgaben sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen durchgeführt.

Übersicht zum Korrekturverfahren für den Jahresausgleich 2016

Jahresausgleich 2016	Jahresausgleich 2016 Korrektur
Zeitpunkt: 16. November 2017	Zeitpunkt: 16. November 2018 (mit JA 2017)
Verknüpfung: <u>Versichertenstammdaten:</u> SA 100 2016 Erstmeldung vom August 2017 SA 100 2015 Korrekturmeldung vom Juni 2017 <u>Morbiditätsinformationen:</u> SA 100 - 600 2015 Korrekturmeldung vom Juni 2017	Verknüpfung: <u>Versichertenstammdaten:</u> SA 110 2016 vom April 2018 SA 110 2015 vom April 2018 <u>Morbiditätsinformationen:</u> Unverändert
<p>→ Gruppierung für JA 2016</p>	<p>→ Gruppierung für die Korrektur des JA 2016</p>
Zu- und Abschlüsse: Auf Basis der Gruppierung für den JA 2016, verknüpft mit SA 700 2016 Erstmeldung Anpassung an KJ1 2016	Zu- und Abschlüsse: Unverändert
<p>→ Zuweisungen im JA 2016</p>	<p>→ Vorläufige Zuweisungen für die Korrektur des JA 2016</p>
	Korrekturfaktoren LAoKG, VwA, SEL: Zuweisungen für LAoKG, VwA und SEL, so dass: $\begin{array}{c} \text{jeweilige Summe der Zuweisungen} \\ = \\ \text{jeweilige Summe der Zuweisungen im JA 2016} \end{array}$
	Korrekturfaktor KG: Zuweisungen für KG, so dass $\begin{array}{c} \text{Summe der Zuweisungen für Krankengeld} \\ = \\ \text{Summe der Zuweisungen für Krankengeld im JA 2016} \end{array}$
	<p>→ Zuweisungen JA 2016 Korrektur</p>
<p>Die Differenz zum JA 2016 ergibt den Zahlbetrag.</p>	

X. Anlage - Übersicht Grundlagenbescheidung

Voraussichtliche Grundlagenbescheidung für das Ausgleichsjahr 2017

Seite 1

	Erstbescheidung	1. Struktur Anpassung	2. Struktur Anpassung	3. Struktur Anpassung
Grundlagenbescheid	II/2017	II/2017	III/2017	IV/2017
Termin	15.11.2016	31.03.2017	29.09.2017	29.03.2018
Fusionsstand	15.11.2016	01.04.2017	01.10.2017	01.01.2018 (31.12.2017**)

Bescheid					
A- 1	Zuweisungen aufgrund GP	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b
1a	Grundpauschale je Versicherten/tag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)
1b	Zahl der Versicherten/tage	Versicherte AGG und AusAGG	Versicherte AGG und AusAGG	Versicherte / Tage AGG und AusAGG	Versicherte AGG und AusAGG
2	Summe AGG	nur Versicherte aus Anlage 1a	nur Versicherte aus Anlage 1a	Versicherte / Tage aus Anlage 1a/b	nur Tage aus Anlage 1b
2a	AnglF AGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
3	Summe EMG	nur Versicherte aus Anlage 1a	nur Versicherte aus Anlage 1a	Versicherte / Tage aus Anlage 1a/b	nur Tage aus Anlage 1b
3a	AnglF EMG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
4	Summe HMG	nur Versicherte aus Anlage 1a	nur Versicherte aus Anlage 1a	Versicherte / Tage aus Anlage 1a/b	nur Tage aus Anlage 1b
4a	AnglF HMG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
5	Summe KEG	nur Versicherte aus Anlage 1a	nur Versicherte aus Anlage 1a	Versicherte / Tage aus Anlage 1a/b	nur Tage aus Anlage 1b
5a	AnglF KEG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
6	Summe KGG	nur Versicherte aus Anlage 2a	nur Versicherte aus Anlage 2a	Versicherte / Tage aus Anlage 2a/b	nur Tage aus Anlage 2b
6a	AnglF KGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
7	Summe AusAGG	nur Versicherte aus Anlage 3a	nur Versicherte aus Anlage 3a	Versicherte / Tage aus Anlage 3a/b	nur Tage aus Anlage 3b
7a	AnglF AusAGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
10	risikoadj. Grundpauschale	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag	je Versichertentag
B- 11	Grundzuw. für VwA	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag	je Versichertentag
11a	VwA je Vers.	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
11b	VwA je sLA	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
11d	AnglF VwA	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
12	Grundzuw. für SEL	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag	je Versichertentag
12a	SEL je Vers.	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
12b	AnglF SEL	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben
13	Grundzuw. für DMP	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)
C- 14	Mitgliederbez. Veränderung	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)

Anlage 1 a/b (AGG,EMG,HMG,KEG)					
1a & 1b	Zuordnung AGG	SA111 1. Hj. 2016	SA111 2016	SA111 1. Hj 2017	SA111 2017
	Zuordnung EMG	SA100 2015 (EM)	SA100 2015 (EM)	SA100 2016 (EM)	SA100 2016 (EM)
	Zuordnung KEG	SA100 2015 (EM)	SA100 2015 (EM)	SA100 2016 (EM)	SA100 2016 (EM)
	Zuordnung HMG	SA400/500/600 2015 (EM)	SA400/500/600 2015 (EM)	SA400/500/600 2016 (EM)	SA400/500/600 2016 (EM)
	GKV-AI / ICD-GM	06'2016 / 2015	06'2016 / 2015	06'2017 / 2016	06'2017 / 2016
1a Sp.3	Monatlicher Zu- oder Abschlag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Zahl der Versicherten	SA111 1. Hj. 2016*	SA111 2016*	SA111 1. Hj 2017*	SA111 2017* (nachrichtlich)
1b Sp.3	Zu- oder Abschlag je Versichertentag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Zahl der Versichertentage	SA111 1. Hj. 2016 (nachrichtlich)	SA111 2016 (nachrichtlich)	SA111 1. Hj 2017	SA111 2017

Anlage 2 a/b (KGG)					
2a & 2b	Zuordnung K-AGG, K-EMG	SA111 1. Hj. 2016	SA111 2016	SA111 1. Hj 2017	SA111 2017
2a Sp.3	Monatlicher KG-Zuschlag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Versicherte mit KG-Anspruch	SA111 1. Hj. 2016*	SA111 2016*	SA111 1. Hj 2017*	SA111 2017* (nachrichtlich)
2b Sp.3	KG-Zuschlag je Versichertentag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Krankengeldanspruchstage	SA111 1. Hj. 2016 (nachrichtlich)	SA111 2016 (nachrichtlich)	SA111 1. Hj 2017	SA111 2017

Anlage 3 a/b (AusAGG)					
3a & 3b	Zuordnung AusAGG	SA111 1. Hj. 2016 x SA100 2015 (EM)	SA111 2016 x SA100 2015 (EM)	SA111 1. Hj. 2017 x SA100 2016 (EM)	SA111 2017 x SA100 2016 (EM)
3a Sp.3	Monatlicher AusAGG-Zu-/Abschlag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Versicherte	SA111 1. Hj. 2016*	SA111 2016*	SA111 1. Hj 2017*	SA111 2017* (nachrichtlich)
3b Sp.3	AusAGG-Zu-/Abschlag je Vers.Tag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung x/2017 (29.03.17)
Sp.4	Versichertentage	SA111 1. Hj. 2016 (nachrichtlich)	SA111 2016 (nachrichtlich)	SA111 1. Hj 2017	SA111 2017

* nur Versicherte, die am letzten Tag des Berichtszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren

** nachrichtliche Berechnung; nur bei Krankenkassen, die am 01.01.2018 fusioniert haben

Voraussichtliche Grundlagenbescheidung für das Ausgleichsjahr 2017

Seite 2

	Jahresausgleich	Korrektur Jahresausgleich
Termin	16.11.2018	16.11.2019
Fusionsstand	01.01.2018	01.01.2019

Bescheid				
A-	1	Zuweisung aufgrund GP	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b
	1a	Grundpauschale je Versicherten/tag	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)
	1b	Zahl der Versichertentage	Versichertentage AGG / AusAGG	Versichertentage AGG / AusAGG
	2	Summe AGG	Tage aus Anlage 2	Tage aus Anlage 7.2
	3	Summe EMG	Tage aus Anlage 2	Tage aus Anlage 7.2
	4	Summe HMG	Tage aus Anlage 2	Tage aus Anlage 7.2
	5	Summe KEG	Tage aus Anlage 2	Tage aus Anlage 7.2
	6	Summe KGG	Tage aus Anlage 4	Tage aus Anlage 7.4
	7	Summe AusAGG	Tage aus Anlage 5	Tage aus Anlage 7.5
	8	Summe sLA inkl. KG		
JA	Korr			
8a	8a	BVA-Korrekturen sLA		
	8b	Korrekturfaktor sLA	entfällt	Bekanntmachung y/2018 (16.11.19)
8b	8c	BVA-Korrekturen KG		
	8d	Korrekturfaktor KG	entfällt	Bekanntmachung y/2018 (16.11.19)
B-	9	Zuweisung für VwA	50% nach VT / 50% nach sLA	50% nach VT / 50% nach sLA
	9a	VwA je Versichertentag	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
	9b	VwA je sLA	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
	9c	Korrekturfaktor VwA je VT	entfällt	Bekanntmachung y/2018 (16.11.19)
	9d	Korrekturfaktor VwA je sLA	entfällt	Bekanntmachung y/2018 (16.11.19)
	10	Zuweisungen für SEL	je Versichertentag	je Versichertentag
	10a	SEL je Versichertentag	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
	11b	Korrekturfaktor für SEL	entfällt	Bekanntmachung y/2018 (16.11.19)
	11	Zuweisung für DMP	Pos. 11a x Pos. 11b	Pos. 11a x Pos. 11b
	11a	Grundzuweisung DMP	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)	Bekanntmachung 1/2017 (15.11.16)
	11b	Versichertentage DMP	SA100 2017 (EM)	SA100 2017 (EM)
C-	12	Mitgliederbez. Veränderung	Pos. 12a x Pos. 12b	Pos. 12a x Pos. 12b
	12a	Jährliche mbV	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
	12b	Mitglieder	SA821 2017	SA821 2017

Anlage 2 / 7.2 (AGG,EMG,HMG,KEG)				
		Zuordnung AGG	SA100 2017 (EM)	SA110 2017 (EM)
		Zuordnung EMG	SA100 2016 (KM)	SA110 2016 (KM)
		Zuordnung KEG	SA100 2016 (KM)	SA110 2016 (KM)
		Zuordnung HMG	SA400/500/600 2016 (KM)	SA400/500/600 2016 (KM)
		GKV-AI / ICD-GM	06'2017 / 2016	06'2017 / 2016
Sp.2		Zu- oder Abschlag je Versichertentag	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
Sp.3		Versichertentage	SA100 2017 (EM)	SA110 2017 (EM)

Anlage 4 / 7.4 (KGG)				
		Zuordnung K-AGG, K-EMG	SA100 2017 (EM)	SA110 2017 (EM)
Sp.2		KG-Zuschlag je Tag	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
Sp.3		Krankengeldanspruchstage	SA100 2017 (EM)	SA110 2017 (EM)

Anlage 5 / 7.5 (AusAGG)				
		Zuordnung AusAGG	SA100 2016 (KM)	SA110 2016 (KM)
Sp.2		AusAGG-Zu-/Abschlag je Tag	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)	Bekanntmachung y/2017 (16.11.18)
Sp.3		Versichertentage	SA100 2017 (EM)	SA110 2017 (EM)