



Bundesausschuss
für Soziale Sicherung

Verfahrensbestimmung nach

§ 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV

für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2022

Bundesausschuss für Soziale Sicherung

Referat 318 – Durchführung des Risikostrukturausgleichs

Bonn, 15.11.2021

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNGEN	6
I. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR	7
A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr	7
A.1 Grundpauschale	7
A.2 DMP-Programmkostenpauschale	7
A.3 Bereinigte voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds	8
II. BERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DAS MONATLICHE ABSCHLAGSVERFAHREN (OHNE 3. STRUKTURANPASSUNG)	9
B. Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. StA)	9
B.1 Berechnung der Grundpauschalen	9
B.2 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben	9
B.3 Berechnung der Kenngrößen für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen	10
B.4 Berechnung der Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen	11
B.5 Ermittlung des mitgliederbezogenen Anpassungsbetrages nach § 17 RSAV	11
B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	11
B.7 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Monatliches Abschlagsverfahren – MA)	12
B.8 Berechnung der Aufteilungsfaktoren (Zuweisungsanteile – ZuA)	12
C. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge	14
C.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss	14
C.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss	14
C.3 Zuordnung der Versicherten	15
C.4 Berücksichtigung von Erstattungen	16
C.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung	18
D. Berechnung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge	19
D.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale	19
D.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG	20
D.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)	21
D.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung	22
D.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG	22
D.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG	23
D.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr	23
E. Berechnung der Zuweisungsanteile	24
E.1 Regressionsanteile	24
E.2 Zuweisungsanteile	24

III. NEUBERECHNUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN FÜR DIE	
3. STRUKTURANPASSUNG	27
IV. BERECHNUNG DER KENNGRÖßEN FÜR DIE MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	28
F. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2022	28
F.0 Datengrundlagen	28
F.1 Berechnung der Angleichungsfaktoren	30
F.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	34
F.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	35
F.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	35
F.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	35
G. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2022	36
G.0 Datengrundlagen	36
G.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	38
G.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse	38
G.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben	39
G.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	39
G.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	39
H. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2022 – Erstes Halbjahr	40
H.0 Datengrundlagen	40
H.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	41
H.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022	46
H.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022	47
H.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022	47
H.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	47
I. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2022 – Zweites Halbjahr	48
I.0 Datengrundlagen	48
I.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	49
I.2 Risikoadjustierte monatliche Grundpauschale je Krankenkasse für das zweite Halbjahr 2022	49
I.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2022	50
I.4 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Satzungs- und Ermessensleistungen	50
I.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	50

J. Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2022	51
J.0 Datengrundlagen	51
J.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren	52
J.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2022	53
J.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2022	53
J.4 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen	54
J.5 Ermittlung der monatlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	54
V. BERECHNUNG DER MONATLICHEN ZUWEISUNGEN	55
K. Zugrunde zu legender Grundlagenbescheid	55
L. Ermittlung der Zuweisungen	55
L.1 Ermittlung der monatlichen Anpassungsfaktoren	55
L.2 Monatlicher Zuweisungsbetrag für standardisierte Leistungsausgaben	57
L.3 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Verwaltungsausgaben	57
L.4 Monatlicher Zuweisungsbetrag für Satzungs- und Ermessensleistungen	57
L.5 Monatlicher Zuweisungsbetrag für strukturierte Behandlungsprogramme	57
L.6 Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV	57
VI. BERECHNUNG DER KORREKTURBETRÄGE IN DEN STRUKTURANPASSUNGEN	58
M. Strukturanpassung I/2022	58
M.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	58
M.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Januar bis März	58
M.3 Ermittlung der Korrekturbeträge für die Monate Januar bis März	60
N. Strukturanpassung II/2022	61
N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	61
N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2022	61
N.3 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für die Monate Juli bis September	63
N.4 Ermittlung der Korrekturbeträge	65
O. Strukturanpassung III/2022	66
O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen	66
O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2022	66
O.3 Ermittlung der Korrekturbeträge	67
VII. NEUERMITTLUNG DER KASSENEINHEITLICHEN KENNGRÖßEN IM JAHRESAUSGLEICH	68
P. Kenngrößen für den Jahresausgleich	68
P.0 Grundpauschale je Versichertentag und DMP-Programmkostenpauschale	68
P.1 Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben	68
P.2 Standardisierte Verwaltungsausgaben	68
P.3 Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen	69
P.4 Kenngrößen für die DMP-Zuweisungen	69

P.5 Mitgliederbezogener Anpassungsbetrag nach § 18 Abs. 2 RSAV	69
P.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	70
P.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)	70
Q. Vorbereitung der Daten zur Berechnung der Zu- und Abschläge	71
Q.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss	71
Q.2 Vollerhebung nach Kassenausschluss	71
Q.3 Zuordnung der Versicherten	72
Q.4 Berücksichtigung von Erstattungen	73
Q.5 Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung	73
R. Neuermittlung der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge	75
R.1 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale	75
R.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die AusAGG	76
R.3 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)	77
R.4 Zuordnung der Versicherten der Vollerhebung	78
R.5 Ermittlung der Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und AusAGG	79
R.6 Ermittlung der Zuschläge für die KGG	80
R.7 Standardisierte Leistungsausgaben nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versichertentag	80
VIII. BERECHNUNG DES JAHRESAUSGLEICHS	82
S. Datengrundlagen	82
S.1 Zuordnungsprinzipien	82
S.2 Fusionsstand	83
T. Berechnung der Zuweisungen	83
T.1 Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben	83
T.2 Zuweisungen für Verwaltungsausgaben	84
T.3 Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen	84
T.4 Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme	84
T.5 Mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 18 Abs. 2 RSAV	84
IX. KORREKTURVERFAHREN IM JAHRESAUSGLEICH FÜR DEN VORANGEGANGENEN JAHRESAUSGLEICH	85
X. ANLAGE - ÜBERSICHT GRUNDLAGENBESCHIEDUNG	87

Vorbemerkungen

Soweit nicht anders angegeben, werden alle vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 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 2022 zu Grunde gelegten Werte.

I. Berechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

A. Kenngrößen für das Ausgleichsjahr

A.1 Grundpauschale

Gemäß § 12 Abs. 2 RSAV stellt das BAS 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 § 15 Abs. 5 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 GKV-Spitzenverband 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 GKV-Spitzenverband 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 § 15 Abs. 6 S. 1 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 2022, 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 2022.

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 § 15 Abs. 6 S. 1 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 des Jahres 2022 abzüglich des erwarteten Anteils der

DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach B.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2022, 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 des Jahres 2022 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Jahr 2022, 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 des Jahres 2022 abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022 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 2022, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2022, 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 2022, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2022, 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 § 17 RSAV

Der monatliche mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 17 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 Nr. 1) und 3) SGB V vorgesehenen Beträge geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2022, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

B.6 Ermittlung des Erhöhungsbetrages für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

B.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2020 gebuchten Leistungsausgaben der Konten bzw. Kontenarten 513, 514, 5155, 5160, 5186, 527, 528 und 590, die um die in der Kontenart 519 gebuchten Impfstoffrabatte reduziert wird.

B.6.b Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

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

Der jährliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2022.

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

Der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versicherten ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2022, wiederum geteilt durch die Zahl 12.

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

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben je Versichertentag ergibt sich als das Volumen aus B.6.a geteilt durch die voraussichtliche Zahl der

Versichertenjahre aller Krankenkassen im Durchschnitt des Jahres 2022, wiederum geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.

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

B.7.a Geschätztes Nettokrallengeld

Das geschätzte Nettokrallengeld des Jahres 2022 ermittelt sich aus den Nettokrallengeldausgaben des Jahres 2020 fortgeschrieben mit den bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Veränderungsraten des Bruttokrallengeldes für die Jahre 2021 und 2022.

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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022 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 Nettokrallengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022 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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a) und des geschätzten Nettokrallengeldes des Jahres 2022 (B.7.a), zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022 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 2022 (B.7.a) zu den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022 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 703 des Jahres 2020 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 703 des Jahres 2020 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2019 (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 703 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Leistungsausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. 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 703 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Leistungsausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der

Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. 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, HMG, KEG und RGG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2020, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2019 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2020, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2019 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den RGG erfolgt anhand des Kreisschlüssels auf Basis der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) gemäß F.0.a. Der Kreisschlüssel entspricht den ersten fünf Stellen des gemäß § 267 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gemeldeten amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) des Wohnortes. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.

C.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2019 (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 2020, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2020 (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 2020 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungentag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2020, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

C.4 Berücksichtigung von Erstattungen

C.4.a Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 7 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 701 für das Jahr 2020 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- 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 AIR werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

C.4.b Berechnung der Erstattungsfaktoren

C.4.b.i 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:

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

C.4.b.ii 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.iii 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.iv 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.v 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 § 7 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden um die Erstattungen gemindert, indem die Erstattungsfaktoren wie folgt nach Hauptleistungsbereichen getrennt angewendet werden:

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

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

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

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

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

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

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 § 7 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbe-
reiche 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-Regressionsgewichte 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. Für das Risikomerkmale RGG sind negative Regressionskoeffizienten zulässig.

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 unzulässig 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 Leistungsausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach C.3.a die nach D.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Leistungsausgaben 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 Leistungsausgaben 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 § 7 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI (EKG) zu bereinigen. Hierfür wird ein gesonderter KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG ermittelt. Die EKG werden entsprechend der Konten 3213 bis 3219 ermittelt. Für die Berechnung wird der Faktor auf der Basis der Satzart 701 für das Jahr 2020 gebildet.

Das standardisierte Bruttokrankengeld 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 vom standardisierten Bruttokrankengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrankengeld 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 2021 gemeldeten Versicherten werden den Risikomerkmale, AusAGG und Krankengeldgruppen zugeordnet wie in Abschnitt F.0 (Datengrundlagen für den Grundlagenbescheid I / 2022) 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 2021, 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 Leistungsausgaben 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 2021, 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.ii 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 HMG, KEG, AusAGG und RGG 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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a) und
- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben, der dem Anteil der den AGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht,

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022.

E.2.b 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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-

Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022.

E.2.c 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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022.

E.2.d 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 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a) und
- dem Teil des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben, der dem Anteil der den AusAGG zugeordneten Versicherten an allen Versicherten entspricht,

geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022.

E.2.e Zuweisungsanteil für RGG

Der Zuweisungsanteil für RGG ergibt sich aus dem Produkt des Regressionsanteils der RGG mit den geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (B.1.a), des geschätzten

Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (B.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (B.6.a), geteilt durch die geschätzten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes des Jahres 2022, abzüglich des erwarteten Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und des geschätzten Nettokrankengeldes des Jahres 2022.

III. Neuberechnung der kasseneinheitlichen Kenngrößen für die 3. Strukturanpassung

Die kasseneinheitlichen Kenngrößen werden für die 3. Strukturanpassung entsprechend 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 2022 sowie statt der Krankengeldausgaben des Jahres 2020 die entsprechenden Ausgaben gemäß KV 45 für das 1.-4. Quartal 2022 zugrunde gelegt,
- statt der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben des Jahres 2020 die entsprechenden Leistungsausgaben gemäß KV 45 für das 1.-4. Quartal 2022 zugrunde gelegt,
- statt der voraussichtlichen Versichertenzeiten (einschließlich DMP-Versichertenzeiten) für das Jahr 2022 die Versichertenzeiten aus der Satzart 111 für das Jahr 2022 zugrunde gelegt und
- statt der voraussichtlichen Mitgliederzahlen die Mitgliederzahlen gemäß KM1/13 2022 zugrunde gelegt.

In den Abschnitten C und D werden

- statt der Satzarten 100 und 703 für 2020 (Erstmeldung) bzw. der Satzarten 100, 400, 500 und 600 für 2019 (Korrekturmeldung) die entsprechenden Meldungen aus dem nachfolgenden Meldejahr zugrunde gelegt, statt der Satzart 701 für das Jahr 2020 die Satzart 701 für das Jahr 2021 (für die Erstattungsfaktoren ohne Krankengeld) bzw. die amtliche Statistik KV45 für das 1.-4. Quartal 2022 (für die Krankengelderstattungsfaktoren) zugrunde gelegt und
- bei der Berechnung des Krankengeld-Erstattungsfaktors sowie der Korrekturfaktoren LAoKG bzw. KG die Versichertenzeiten aus der Satzart 111 für das Jahr 2022 zugrunde gelegt.

IV. Berechnung der Kenngrößen für die monatlichen Zuweisungen

F. Berechnung für den Grundlagenbescheid I/2022

F.0 Datengrundlagen

F.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2021 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2020 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2021, das sich auf Basis des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2021 zu Grunde zu legen,
- zu den RGG anhand des in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) gemeldeten Kreisschlüssels. Pseudonymen der SA111, die nicht in der SA100 enthalten sind, wird die RGG0000 zugeordnet,

sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In diesem Fall ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2021 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021 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 2021.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Kreisschlüssel vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand des Kreisschlüssels des Datensatzes, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 enthält, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt eine Zuordnung zur RGG0000. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) zwei oder mehr identische Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses einheitlichen Kreisschlüssels. Unplausible Kreisschlüssel in der Satzart 100 führen zu einer Zuordnung zur RGG0000. Liegt zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) neben einem unplausiblen Kreisschlüssel auch ein gültiger Kreisschlüssel, dessen Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 gekennzeichnet ist, vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses gültigen Kreisschlüssels.

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 2021. 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 2021 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 2021.

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 2021 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 2021 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 HMG

F.1.c.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.b multipliziert wird.

F.1.c.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 2021 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.c.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.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus F.1.c.ii.

F.1.d Angleichungsfaktor für die KEG

F.1.d.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.c multipliziert wird.

F.1.d.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 2021 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.d.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.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus F.1.d.ii .

F.1.e Angleichungsfaktor für die AusAGG

F.1.e.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.d multipliziert wird.

F.1.e.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 2021 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.e.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.e.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus F.1.e.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.f Angleichungsfaktor für die RGG

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

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der RGG 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 RGG aus E.2.e multipliziert wird.

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

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der RGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2021 gemeldeten Versicherten und eindeutig zugeordneten Versicherten in ihrer Zuordnung zu den RGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die RGG aus D.5.d.i gebildet wird.

F.1.f.iii Angleichungsfaktor für die RGG

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

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 2021 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 2021 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 2021 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 2021, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, HMG, KEG, AusAGG und RGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2021, 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 2021, 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 2021, 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 § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

G. Berechnung für den Grundlagenbescheid II/2022

G.0 Datengrundlagen

G.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2021 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 2021 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2020 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2021, 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 2020 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2021 zu Grunde zu legen,
- zu den RGG anhand des in der Satzart 111 des Jahres 2021 gemeldeten Kreisschlüssels,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2021 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In diesem Fall ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2021 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 des Jahres 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2020 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2021 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 Berichtszeitraumes“ in der Satzart 111 für das Jahr 2021.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2021 unterschiedliche Kreisschlüssel vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand des Kreisschlüssels des Datensatzes, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 enthält, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2021 unterschiedliche Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt eine Zuordnung zur RGG0000. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2021 zwei oder mehr identische Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses einheitlichen Kreisschlüssels. Unplausible Kreisschlüssel in der Satzart 111 führen zu einer Zuordnung zur RGG0000. Liegt zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2021 neben einem unplausiblen Kreisschlüssel auch ein gültiger Kreisschlüssel, dessen Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 gekennzeichnet ist, vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses gültigen Kreisschlüssels.

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 2021. 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 2021 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 2022.

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 2021 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, HMG, KEG, AusAGG, RGG, 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 2021, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, HMG, KEG, AusAGG und RGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das Jahr 2021, 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 2021, 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 2021, 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 § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

H. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2022 – Erstes Halbjahr

H.0 Datengrundlagen

H.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- zu den AGG anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2021 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Versichertentage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 zu Grunde zu legen,
- zu den RGG anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldeten Kreisschlüssels,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In diesem Fall ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Wurden für einen Versicherten in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 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 2022 jeweils

gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand des Kreisschlüssels des Datensatzes, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 enthält, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt eine Zuordnung zur RGG0000. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 zwei oder mehr identische Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses einheitlichen Kreisschlüssels. Unplausible Kreisschlüssel in der Satzart 111 führen zu einer Zuordnung zur RGG0000. Liegt zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 neben einem unplausiblen Kreisschlüssel auch ein gültiger Kreisschlüssel, dessen Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 gekennzeichnet ist, vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses gültigen Kreisschlüssels.

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 2022 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 2022.

H.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

H.1.a Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem die Summe der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2022 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 2022

H.1.b.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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 2022 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 2022

Der Angleichungsfaktor für die AGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das erste Halbjahr 2022 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 HMG für das erste Halbjahr 2022

H.1.c.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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.b multipliziert wird.

H.1.c.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 2022 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.c.iii Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2022

Der Angleichungsfaktor für die HMG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der HMG für das erste Halbjahr 2022 aus H.1.c.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der HMG aus H.1.c.ii.

H.1.d Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2022

H.1.d.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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.c multipliziert wird.

H.1.d.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 2022 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.d.iii Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2022

Der Angleichungsfaktor für die KEG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der KEG für das erste Halbjahr 2022 aus H.1.d.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der KEG aus H.1.d.ii.

H.1.e Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2022

H.1.e.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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.d multipliziert wird.

H.1.e.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 2022 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.e.iii Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2022

Der Angleichungsfaktor für die AusAGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der AusAGG für das erste Halbjahr 2022 aus H.1.e.i zu den tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der AusAGG aus H.1.e.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.f Angleichungsfaktor für die RGG für das erste Halbjahr 2022

H.1.f.i Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der RGG für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen aufgrund der RGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 aus H.1.a mit dem Aufteilungsfaktor (ZuA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld aus B.8.a und dem Zuweisungsanteil für RGG aus E.2.e multipliziert wird.

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

Die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der RGG werden ermittelt, indem das Summenprodukt aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahrs 2022 gemeldeten Versicherungszeiten in ihrer Zuordnung zu den RGG mit den bekannt gegebenen Zu- und Abschlägen für die RGG aus D.5.d.ii gebildet wird.

H.1.f.iii Angleichungsfaktor für die RGG für das erste Halbjahr 2022

Der Angleichungsfaktor für die RGG für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen aufgrund der RGG für das erste Halbjahr aus H.1.f.i geteilt durch die tatsächlichen (vorläufigen) Zuweisungen aufgrund der RGG aus H.1.f.ii.

H.1.g Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2022

H.1.g.i Monatliches Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2022

Das monatliche Zielvolumen für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich, indem das Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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 2022 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 2022

Der Angleichungsfaktor für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für das Krankengeld für das erste Halbjahr 2022 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 2022

H.1.h.i Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich aus der Summe

- der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2022 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 2022 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 2022

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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 2022

H.1.i.i Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022

Das Zielvolumen für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich aus der Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2022 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 2022

Der Angleichungsfaktor für die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als Verhältnis des Zielvolumens für Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022 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 2022

H.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2022

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das erste Halbjahr 2022 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, HMG, KEG, AusAGG und RGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.ii multipliziert mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022, 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 2022 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 2022

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022 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 2022.

H.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 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 2022 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 2022

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 § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

I. Berechnung für den Grundlagenbescheid III/2022 – Zweites Halbjahr

I.0 Datengrundlagen

I.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 gemeldete Pseudonym wird entsprechend Abschnitt H.0.a den Risikogruppen zugeordnet.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 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 Berichtszeitraumes“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand des Kreisschlüssels des Datensatzes, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 enthält, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt eine Zuordnung zur RGG0000. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 zwei oder mehr identische Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses einheitlichen Kreisschlüssels. Unplausible Kreisschlüssel in der Satzart 111 führen zu einer Zuordnung zur RGG0000. Liegt zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 neben einem unplausiblen Kreisschlüssel auch ein gültiger Kreisschlüssel, dessen Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 gekennzeichnet ist, vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses gültigen Kreisschlüssels.

I.0.b Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen

Die Zuordnung der Pseudonyme zu den Krankenkassen erfolgt aufgrund des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ in der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022. Dies gilt auch für

Pseudonyme, für die aufgrund der Bereinigung doppelter Versichertenzeiten keine Versicherten-tage 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 2022.

I.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

I.1.a Monatliches Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2022

Das monatliche Zielvolumen für die Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben für das zweite Halbjahr 2022 ergibt sich, indem die Zahl der in der Satzart 111 des ersten Halbjahres 2022 gemeldeten und eindeutig zugeordneten Versicherten mit der monatlichen Grundpauschalen nach B.1.b.ii multipliziert wird.

I.1.b Angleichungsfaktoren für das zweite Halbjahr 2022

Die Angleichungsfaktoren für die AGG, HMG, KEG, AusAGG, RGG, KGG, für die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben sowie für Satzungs- und Ermessensleistungen für das zweite Halbjahr 2022 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 2022

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 2022, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren, multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, HMG, KEG, AusAGG und RGG der Zu- und Abschlag nach D.5.d.i multipliziert mit der Zahl der Versicherten der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022, 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 Versicherungstag mit Krankengeldanspruch der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022, 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 2022, die am Ende des Betrachtungszeitraums bei der Krankenkasse versichert waren.

I.3 Ermittlung der monatlichen Grundzuweisung je Versicherten für Verwaltungsausgaben für das zweite Halbjahr 2022

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 § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich aus der entsprechenden Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds und entspricht dem Betrag aus B.5.

J. Berechnung für den Grundlagenbescheid IV/2022

J.0 Datengrundlagen

J.0.a Zuordnungsprinzipien

Jedes in der Satzart 111 für das Jahr 2022 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 2022 zu Grunde zu legen,
- zu den HMG anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2021 (Erstmeldung),
- zu den KEG anhand des Alters im Jahr 2022, 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 2021 (Erstmeldung),
- zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 zu Grunde zu legen,
- zu den RGG anhand des in der Satzart 111 des Jahres 2022 gemeldeten Kreisschlüssels,
- sowie zu den KGG, wenn der Versicherte mehr als Null Versichertentage mit Krankengeldanspruch in der Satzart 111 für das Jahr 2022 aufweist. Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Geburtsjahres und Geschlechts. In diesem Fall ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 zu Grunde zu legen.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Wurden für einen Versicherten in der Satzart 111 für das Jahr 2022 mehrere Geschlechter gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu allen in diesem Abschnitt aufgeführten Risikogruppen versichertentagegenau anhand des in der Satzart 111 für das Jahr 2022 jeweils gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind.

Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand des Kreisschlüssels des Datensatzes, dessen

Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 enthält, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2022 unterschiedliche Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt eine Zuordnung zur RGG0000. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2022 zwei oder mehr identische Kreisschlüssel vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses einheitlichen Kreisschlüssels. Unplausible Kreisschlüssel in der Satzart 111 führen zu einer Zuordnung zur RGG0000. Liegt zu einem Pseudonym in der Satzart 111 für das Jahr 2022 neben einem unplausiblen Kreisschlüssel auch ein gültiger Kreisschlüssel, dessen Datensatz mit dem Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 gekennzeichnet ist, vor, erfolgt die Zuordnung zu einer RGG anhand dieses gültigen Kreisschlüssels.

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 2022. 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 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 2022 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.

J.0.d Fusionsstand

Die Bescheidung erfolgt auf dem Fusionsstand 01. Januar 2023.

J.1 Neuberechnung der Angleichungsfaktoren

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

J.2 Risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2022

J.2.a Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2022

Zunächst werden die Zuweisungen für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld für das Jahr 2022 ermittelt. Hierfür wird die Grundpauschale je Versichertentag aus B.1.b.iii mit der Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2022 multipliziert. Danach werden für jede Risikogruppe der AGG, HMG, KEG, AusAGG und RGG 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 2022, 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 2022

Die Zuweisungen für das Krankengeld für das Jahr 2022 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 2022 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 2022

Die risikoadjustierte Grundpauschale je Versichertentag je Krankenkasse für das Jahr 2022 ergibt sich als Summe aus J.2.a und J.2.b, geteilt durch die Zahl der Versichertentage der Satzart 111 für das Jahr 2022.

J.3 Ermittlung der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2022

Die Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2022 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 2022 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 § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 2022 wird der Grundlagenbescheid I/2022 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate April bis September 2022 wird der Grundlagenbescheid II/2022 zu Grunde gelegt. Den Zuweisungsbescheiden für die Monate Oktober bis Dezember 2022 wird der Grundlagenbescheid III/2022 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 KM7 des Vormonats gemeldet haben abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2022.

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 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben im Jahr 2022 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 2022 zu Grunde gelegten Volumens des jährlichen Zuweisungen für Verwaltungsausgaben im Jahr 2022 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 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen im Jahr 2022. 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 § 17 RSAV

Der monatliche Anpassungsfaktor für die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich aus dem Verhältnis des monatlichen Sollwertes für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV zum tatsächlichen vorläufigen Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 17 RSAV ohne Anpassungsfaktor. Der monatliche Sollwert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV entspricht einem Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV im Jahr 2022. Der tatsächliche vorläufige Wert für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen nach § 17 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 KM7 des Vormonats gemeldet hat.

L.6 Monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV

Die monatliche mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 § 17 RSAV nach L.1.e.

VI. Berechnung der Korrekturbeträge in den Strukturanpassungen

M. Strukturanpassung I/2022

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. KM7 wie folgt entnommen:

- für den Januar 2022 der Durchschnitt der Monate Dezember 2021 aus KM1 bzw. KM7 und Februar 2022,
- für den Februar 2022 der Wert für den Monat Februar 2022 aus KM1 bzw. KM7, sowie
- für den März 2022 der Wert für den Monat März 2022 aus KM1 bzw. KM7, sofern er dem BAS bereits verfügbar ist; anderenfalls wird der Wert für den Monat Februar 2022 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 § 17 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 17 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach M.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV aus G.5.

M.2.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Januar bis März 2022 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV.

M.2.e Monatlicher Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen

Der monatliche Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen ergibt sich aus dem vorläufigen Zuweisungsvolumens für DMP-Programme nach M.2.b abzüglich eines Zwölftels des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2022.

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 § 17 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV nach M.2.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 § 17 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/2022

N.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das erste Halbjahr 2022 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß H.0.c anzusetzen. Die Versicherungszeiten mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm werden der Satzart 111 für das erste Halbjahr 2022 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 KM7 des entsprechenden Monats zu entnehmen. Sofern die Werte für den Monat September dem BAS noch nicht verfügbar sind, wird auf die Werte des Monats August zurückgegriffen.

N.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das erste Halbjahr 2022

N.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das erste Halbjahr 2022 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022 aus H.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022 nach H.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 nach H.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022 nach H.0.b, für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022 nach H.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das erste Halbjahr 2022 nach H.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt für das Jahr 2022 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 § 17 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 2022

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich jeweils als die Hälfte des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV.

N.2.c Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2022

Der Anpassungsbetrag für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2022 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 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2022.

N.2.d Rückwirkender Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für standardisierte Leistungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für standardisierte Leistungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2022 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 2022 nach N.2.a.

N.2.e Rückwirkender Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Verwaltungsausgaben für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für Verwaltungsausgaben nach N.2.b abzüglich des Anpassungsbetrages für DMP-Zuweisungen für das erste Halbjahr 2022 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 2022 nach N.2.a.

N.2.f Rückwirkender Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für Satzungs- und Ermessensleistungen für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als vorgesehenes 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 2022 nach N.2.a.

N.2.g Rückwirkender Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV für das erste Halbjahr 2022

Der rückwirkende Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV für das erste Halbjahr 2022 ergibt sich als vorgesehenes Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV nach N.2.b geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 § 17 RSAV

Das vorläufige Kürzungsvolumen nach § 17 RSAV ergibt sich aus der Multiplikation der nach N.1 anzusetzenden Zahl der Mitglieder mit der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV aus H.5.

N.3.d Vorgesehenes Zuweisungsvolumen je Monat

Das vorgesehene Zuweisungsvolumen je Monat ergibt sich für die Monate Juli bis September 2022 als jeweils ein Zwölftel des bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V für das Jahr 2022 zu Grunde gelegten Volumens

- für standardisierte Leistungsausgaben,
- für Verwaltungsausgaben,
- für Satzungs- und Ermessensleistungen, sowie
- für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 2022 zu Grunde gelegten Volumens der jährlichen Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme im Jahr 2022.

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 § 17 RSAV

Der rückwirkende monatliche Anpassungsfaktor für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV ergibt sich als vorgesehene Zuweisungsvolumen für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV nach N.3.d geteilt durch die Summe der vorläufigen Zuweisungsvolumina für die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV aller Krankenkassen nach N.3.c.

N.4 Ermittlung der Korrekturbeträge

N.4.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das erste Halbjahr 2022

Für das erste Halbjahr 2022 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse dem vorläufigen Zuweisungsvolumen des ersten Halbjahres 2022 aus N.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das erste Halbjahr 2022 aus N.2.d bis N.2.g.

N.4.b Korrigiertes Zuweisungsvolumen für die Monate Juli bis September 2022

Für die Monate Juli bis September 2022 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 § 17 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/2022

O.1 Anzusetzende Versicherten- und Mitgliederzahlen

Für das Jahr 2022 sind die gemeldeten Versicherungszeiten gemäß J.0.c anzusetzen. Die Versicherungszeiten mit Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm werden der Satzart 111 für Jahr 2022 entnommen. Die anzusetzende Zahl der Mitglieder wird der amtlichen jahresdurchschnittlichen Statistik KM1 entnommen.

O.2 Rückwirkende Anpassungsfaktoren für das Jahr 2022

O.2.a Vorläufiges Zuweisungsvolumen

Für das Jahr 2022 entspricht das vorläufige Zuweisungsvolumen in der Summe über alle Krankenkassen

- für **standardisierte Leistungsausgaben** der risikoadjustierten Grundpauschalen je Krankenkasse für das Jahr 2022 aus J.2.c multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2022 nach J.0.b,
- für **Verwaltungsausgaben** der Grundzuweisung je Versichertentag für Verwaltungsausgaben für das Jahr 2022 nach J.3 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2022 nach J.0.b,
- für **Satzungs- und Ermessensleistungen** der Grundzuweisung je Versichertentag für Satzungs- und Ermessensleistungen für das Jahr 2022 nach J.4 multipliziert mit den Versicherungszeiten der Krankenkasse für das Jahr 2022 nach J.0.b,
- für **strukturierte Behandlungsprogramme** der zuletzt für das Jahr 2022 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 § 17 RSAV** der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 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 § 17 RSAV für das Jahr 2022

Die rückwirkenden Anpassungsfaktoren für DMP-Zuweisungen, standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen sowie mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV werden für das Ausgleichsjahr 2022 im Rahmen der 3. Strukturanpassung auf 1 festgesetzt.

O.3 Ermittlung der Korrekturbeträge

O.3.a Korrigiertes Zuweisungsvolumen für das Jahr 2022

Für das Jahr 2022 entspricht das korrigierte Zuweisungsvolumen je Krankenkasse dem vorläufigen Zuweisungsvolumen des Jahres 2022 aus O.2.a, im Fall der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen und der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 17 RSAV multipliziert mit dem zugehörigen rückwirkenden Anpassungsfaktor für das Jahr 2022 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 2022 (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 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 2022 (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 2022 (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 nach KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach P.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 RSAV, geteilt durch die Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung).

P.2.c Standardisierte Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben

Die standardisierten Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben ergeben sich als die Nettoverwaltungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den Verwaltungsausgaben nach P.2.a, multipliziert mit dem geltenden Anteil nach § 13 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 RSAV, geteilt durch die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des berücksichtigungsfähigen Krankengeldes nach KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V, geteilt durch Zahl der Versichertentage aller Krankenkassen in der Satzart 100 des Jahres 2022 (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 § 18 Abs. 2 RSAV

Der mitgliederbezogene Anpassungsbetrag nach § 18 Abs. 2 RSAV ergibt sich aus der Differenz aus den bereinigten voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach A.3, die um die Ausschüttungen nach § 21 Abs. 3 bzw. § 20 Abs. 6 RSAV ergänzt werden, und den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V (ohne Abzug des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben) zuzüglich der für die standardisierten Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V vorgesehenen Beträge zuzüglich der gesondert beschiedenen Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV, geteilt durch die Zahl der Mitglieder im Durchschnitt des Jahres 2022. 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 Leistungsausgaben

P.6.a Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben ergibt sich aus der Summe der von allen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen in der KJ1 2022 gebuchten Leistungsausgaben der Konten bzw. Kontenarten 513, 514, 5155, 5160, 5186, 527, 528 und 590, die um die in der Kontenart 519 gebuchten Impfstoffrabatte reduziert wird.

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

Der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben 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 2022 (Erstmeldung).

P.7 Ermittlung der Aufteilungsfaktoren (JA)

P.7.a Nettokrallengeld

Das Nettokrallengeld des Jahres 2022 ergibt sich aus der KJ1 des Jahres 2022 in der entsprechenden Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (P.1.a), des Nettokrallengeldes des Jahres 2022 (P.7.a) und des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben (P.6.a), zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 Nettokrallengeldes des Jahres 2022 (P.7.a) zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich des Nettokrallengeldes aus der KJ1 des Jahres 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 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 703 des Jahres 2022 gemeldeten Versicherten und den zu diesen Versicherten gehörenden Informationen aus den Satzarten 100 und 703 des Jahres 2022 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2021 (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 703 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Leistungsausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlechtsmerkmal des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. 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 703 gemeldeten Leistungsausgaben im Vergleich zu den in der KJ1 gemeldeten Leistungsausgaben aufweisen, werden nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen. Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlechtsmerkmal des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der

Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. 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, HMG, KEG und RGG) zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2021 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den RGG erfolgt anhand des Kreisschlüssels auf Basis der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemäß S.1.a. Der Kreisschlüssel entspricht den ersten fünf Stellen des gemäß § 267 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gemeldeten amtlichen Gemeindeschlüssels (AGS) des Wohnortes. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.

Q.3.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2021 (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 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (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 2022 (Erstmeldung) mindestens einen Versicherungentag mit Krankengeldanspruch aufweisen, werden wie folgt den Krankengeldgruppen zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den K-AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

Q.4 Berücksichtigung von Erstattungen

Die nach § 7 RSAV gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V zu mindern. Ferner sind 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1, Abschnitt C der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für KR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVKuR auf Basis der gemeldeten Satzart 701 für das Jahr 2022 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- 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.

Gemäß § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV werden die nach Maßgabe des § 19 RSAV ermittelten HMG nicht in die Regression aufgenommen.

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

R.1.b Regression

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

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 7 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 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 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 Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Für das Risikomerkmale RGG sind negative Regressionskoeffizienten zulässig.

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 Risikomerkmals 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 unzulässig 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 Risikomerkmals, 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 Leistungsausgaben

Jedem Versicherten werden anhand seiner Risikomerkmale nach Q.3.a die nach R.1.b ermittelten Regressionskoeffizienten zugeordnet. Die versichertenbezogenen erwarteten Leistungsausgaben 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 Leistungsausgaben 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 § 7 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI (EKG) zu bereinigen. Hierfür werden gesonderte KG-Erstattungsfaktoren für die K-AGG ermittelt. Die EKG werden entsprechend der Konten 3213 bis 3219 ermittelt. Für die Berechnung werden die Faktoren auf der Basis der Satzart 701 für das Jahr 2022 gebildet.

Das standardisierte Bruttokrankengeld 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 Versichertentage mit Krankengeldanspruch je K-AGG. Der KG-Erstattungsfaktor für die K-AGG berechnet sich, indem die EKG vom standardisierten Bruttokrankengeld für die K-AGG abgezogen werden und die Differenz wiederum durch das standardisierte Bruttokrankengeld 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 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Versicherten werden mit ihren Versicherungszeiten den Risikomerkmale zugeordnet:

- Die Zuordnung zu den AGG erfolgt anhand des Alters und des Geschlechts im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.
- Die Zuordnung zu den HMG erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2021. Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.
- Die Zuordnung zu den KEG erfolgt anhand des Alters im Jahr 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt, der Art der Kostenerstattung und der Tage mit Kostenerstattung in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung). Versicherte, die einer KEG zugeordnet werden, werden keiner HMG zugeordnet.
- Die Zuordnung zu den RGG anhand der Stammdaten der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung). Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2022.

R.4.b Zuordnung zu den AusAGG

Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2021 (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 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Alters und des Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr 2022 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 2022 (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 2022, das sich auf Basis des in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Geburtsjahres ergibt.

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 mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die AusAGG nach R.5.c und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte nach Abzug der auf die AusAGG entfallenen Zuweisungen für nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach R.5.c werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht. Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag nach Ziffer P.6.b addiert.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 8 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1 unter den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der GKV-Spitzenverband und das Bundesamt für Soziale Sicherung treffen nach § 8 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.

R.5.d.ii 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.i, 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-Prozent-Wert 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 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird im Rahmen der HMG-Zuordnung das Geschlecht des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Liegen zu einem Pseudonym in der Satzart 100 für das Jahr 2021 (Erstmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor und die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraumes“ ist gleich 0 oder größer 1, bleiben diese Datensätze bei der HMG-Zuordnung unberücksichtigt.

Wurden für Versicherte in der Satzart 100 für das Jahr 2022 (Erstmeldung) mehrere Geschlechter gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu den Risikomerkmale und AusAGG versichertentagegenau anhand des in der Satzart 100 für das Jahr 2022 jeweils gemeldeten Geschlechts, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

Wurden für Versicherte in der Satzart 100 für das Jahr 2022 (Erstmeldung) mehrere Kreisschlüssel gemeldet, so erfolgt die Zuordnung zu den RGG versichertentagegenau anhand des in der Satzart 100 für das Jahr 2022 jeweils gemeldeten Kreisschlüssels, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen. Unplausible Kreisschlüssel erhalten die RGG0000.

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 2022 (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 2022 (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 2022 (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 2023.

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 BAS-Korrekturen für standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld

Bei Vorliegen von Korrekturen aufgrund des § 7 Abs. 4 Satz 3 RSAV im Bereich Leistungsausgaben ohne Krankengeld (sog. „BAS-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 2022 in der Abgrenzung der Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V, abzüglich des Anteils der DMP-Pauschalen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (P.1.a), der Zahlungen nach dem Isch-GKVLV aus der KJ1 2022 und des Nettokrankengeldes des Jahres 2022 (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 Krankenkasse gem. KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gem. Anlage 1.1 der Bestimmung nach § 267 Abs. 4 SGB V).

T.1.d BAS-Korrekturen für das Krankengeld

Bei Vorliegen von Korrekturen aufgrund des § 7 Abs. 4 Satz 4 RSAV im Bereich Krankengeld (sog. „BAS-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 2022 (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. Für Krankenkassen, für die das BAS vom GKV-SV eine Mitteilung nach § 342 Abs. 5 Satz 5 SGB V erhält, werden die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben gem. § 270 Abs. 3 Satz 2 SGB V um 7,5 Prozent gekürzt. Darüber erhalten die betroffenen Krankenkassen einen separaten Bescheid.

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 § 18 Abs. 2 RSAV

Die mitgliederbezogene Anpassung der Zuweisungen nach § 18 Abs. 2 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 2022 wird der Jahresausgleich 2021 einmalig korrigiert. Das Korrekturverfahren erfolgt unter Beachtung der folgenden Abweichungen:

- Die ursprünglich verwendeten Versichertenstammdaten (Satzart 100), d. h. sowohl die Erstmeldung für das Jahr 2021 als auch die Korrekturmeldung für das Jahr 2020, werden durch korrigierte Versichertenstammdaten mit dem gleichen Pseudonymisierungsschlüssel ersetzt (Satzart 110).
- Die korrigierten Versichertenstammdaten werden mit den bereits für den Jahresausgleich 2021 verwendeten Morbiditätsdaten verknüpft und alle Risikomerkmale neu bestimmt unter Beachtung der Ausschlussbedingungen zwischen den Risikomerkmale gemäß der Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021.
- Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale aus dem Jahresausgleich 2021 werden neu berechnet. Hierfür wird anstatt der Satzart 703 des Jahres 2021 die Satzart 713 des Jahres 2021 zugrunde gelegt.

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 2021 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 2021

Jahresausgleich 2021	Jahresausgleich 2021 Korrektur
<p>Zeitpunkt: 16. November 2022</p>	<p>Zeitpunkt: 16. November 2023 (mit JA 2022)</p>
<p>Verknüpfung:</p> <p><u>Versichertenstammdaten:</u> SA 100 2021 Erstmeldung vom August 2022 SA 100 2020 Korrekturmeldung vom Juni 2022</p> <p><u>Morbiditätsinformationen:</u> SA 100 - 600 2020 Korrekturmeldung vom Juni 2022</p>	<p>Verknüpfung:</p> <p><u>Versichertenstammdaten:</u> SA 110 2021 vom April 2023 SA 110 2020 vom April 2023</p> <p><u>Morbiditätsinformationen:</u> Unverändert</p>
<p>➔ Gruppierung für JA 2021</p>	<p>➔ Gruppierung für die Korrektur des JA 2021 (AGG - RGG)</p>
<p>Zu- und Abschläge:</p> <p>Auf Basis der Gruppierung für den JA 2021, verknüpft mit SA 703 2021 Erstmeldung Anpassung an KJ1 2021</p>	<p>Zu- und Abschläge:</p> <p>Auf Basis der Gruppierung für die Korrektur des JA 2021 (AGG - RGG), verknüpft mit SA 713 2021 Erst- meldung Anpassung an KJ1 2021</p>
<p>➔ Zuweisungen im JA 2021</p>	<p>➔ Vorläufige Zuweisungen für die Korrektur des JA 2021</p>
	<p>Korrekturfaktoren LAoKG, VwA, SEL:</p> <p>Zuweisungen für LAoKG, VwA und SEL, sodass:</p> $\begin{aligned} &\text{jeweilige Summe der Zuweisungen} \\ &= \\ &\text{jeweilige Summe der Zuweisungen im JA 2021} \end{aligned}$
	<p>Korrekturfaktor KG:</p> <p>Zuweisungen für KG, sodass</p> $\begin{aligned} &\text{Summe der Zuweisungen für Krankengeld} \\ &= \\ &\text{Summe der Zuweisungen für Krankengeld im JA} \\ &\quad 2021 \end{aligned}$
	<p>➔ Zuweisungen JA 2021 Korrektur</p>
<p>Die Differenz zum JA 2021 ergibt den Zahlbetrag.</p>	

X. Anlage - Übersicht Grundlagenbescheidung

Voraussichtliche Grundlagenbescheidung für das Ausgleichsjahr 2022

Seite 1

Grundlagenbescheid	Erstbescheidung I/2022	1. Struktur Anpassung II/2022	2. Struktur Anpassung III/2022	3. Struktur Anpassung IV/2022
Termin	15.11.2021	31.03.2022	30.09.2022	31.03.2023
Fusionsstand	15.11.2021	01.04.2022	01.10.2022	01.01.2023 (31.12.2022**)

Bescheid					
A-	1	Zuweisungen aufgrund GP	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b
	1a	Grundpauschale je Versicherten/tag	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
	1b	Zahl der Versicherten/tage	Versicherte AGG und AusAGG	Versicherte AGG und AusAGG	Versicherte / Tage AGG und AusAGG
	2	Summe AGG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	2a	AnglF AGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	3	Summe HMG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	3a	AnglF HMG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	4	Summe KEG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	4a	AnglF KEG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	5	Summe KAGG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	5a	AnglF KG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	6	Summe AusAGG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	6a	AnglF AusAGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	7	Summe RGG	nur Versicherte aus Anlage 1	nur Versicherte aus Anlage 1	Versicherte / Tage aus Anlage 1
	7a	AnglF RGG	erstmalig bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	10	risikoadj. Grundpauschale	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag
B-	11	Grundzuw. für VwA	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag
	11a	VwA je Vers.	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
	11b	VwA je sLA	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung x/2022 (31.03.23)
	11d	AnglF VwA	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	12	Grundzuw. für SEL	je Versicherten	je Versicherten	je Versicherten / je Versichertentag
	12a	SEL je Vers.	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
	12b	AnglF SEL	neu bekanntgegeben	neu bekanntgegeben	auf 1 fixiert
	13	Grundzuw. für DMP	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
C-	14	Mitgliederbez. Veränderung	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)

Anlage 1					
	Zuordnung AGG	SA111 1. Hj. 2021	SA111 2021	SA111 1. Hj. 2022	SA111 2022
	Zuordnung KEG	SA100 2020 (EM)	SA100 2020 (EM)	SA100 2021 (EM)	SA100 2021 (EM)
	Zuordnung HMG	SA400/500/600 2020 (EM)	SA400/500/600 2020 (EM)	SA400/500/600 2021 (EM)	SA400/500/600 2021 (EM)
	Zuordnung KAGG	SA111 1. Hj. 2021	SA111 2021	SA111 1. Hj. 2022	SA111 2022
	Zuordnung AusAGG	SA111 1. Hj. 2021 x SA100 2020 (EM)	SA111 2021 x SA100 2020 (EM)	SA111 1. Hj. 2022 x SA100 2021 (EM)	SA111 2022 x SA100 2021 (EM)
	Zuordnung RGG	SA100 2020 (EM)	SA111 2022	SA111 2022	SA111 2022
	GKV-AI / ICD-GM	06'2021 / 2020	06'2021 / 2020	06'2022 / 2021	06'2022 / 2021
Sp.G	Monatlicher Zu- oder Abschlag	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung x/2022 (31.03.23)
Sp.D	Zahl der Versicherten	SA111 1. Hj. 2021*	SA111 2021*	SA111 1. Hj. 2022*	SA111 2022* (nachrichtlich)
Sp.H	Zu- oder Abschlag je Versichertentag	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung x/2022 (31.03.23)
Sp.F	Zahl der Versichertentage	SA111 1. Hj. 2021 (nachrichtlich)	SA111 2021 (nachrichtlich)	SA111 1. Hj. 2022	SA111 2022

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

** nachrichtliche Berechnung; nur bei Krankenkassen, die am 01.01.2023 fusioniert haben

Verfahrensbestimmung nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV
für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2022

Voraussichtliche Jahresausgleichsbescheidung für das Ausgleichsjahr 2022

Seite 2

	Jahresausgleich	Korrektur Jahresausgleich
Termin	16.11.2023	16.11.2024
Fusionsstand	01.01.2023	01.01.2024

Bescheid			
A- 1	Zuweisung aufgrund GP	Pos. 1a x Pos. 1b	Pos. 1a x Pos. 1b
1a	Grundpauschale je Versichert	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
1b	Zahl der Versichertentage	Versichertentage AGG / AusAGG	Versichertentage AGG / AusAGG
2	Summe AGG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
3	Summe HMG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
4	Summe KEG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
5	Summe KAGG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
6	Summe AusAGG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
7	Summe RGG	Tage aus Anlage 1	Tage aus Anlage 3.1
8	Summe sLA inkl. KG		
JA Korr			
8a	8a BAS-Korrekturen sLA		
	8b Korrekturfaktor sLA	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
8b	8c BAS-Korrekturen KG		
	8d Korrekturfaktor KG	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
B- 9	Zuweisung für VwA	50% nach VT / 50% nach sLA	50% nach VT / 50% nach sLA
9a	VwA je Versichertentag	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)
9b	VwA je sLA	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)
9c	Korrekturfaktor VwA je VT	entfällt	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
9d	Korrekturfaktor VwA je sLA	entfällt	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
10	Zuweisungen für SEL	je Versichertentag	je Versichertentag
10a	SEL je Versichertentag	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)
10b	Korrekturfaktor für SEL	entfällt	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
11	Zuweisung für DMP	Pos. 11a x Pos. 11b	Pos. 11a x Pos. 11b
11a	Grundzuweisung DMP	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)	Bekanntmachung 1/2022 (15.11.21)
11b	Versichertentage DMP	SA100 2022 (EM)	SA110 2022 (EM)
C- 12	Mitgliederbez. Veränderung	Pos. 12a x Pos. 12b	Pos. 12a x Pos. 12b
12a	Jährliche mbV	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)
12b	Mitglieder	SA821 2022	SA821 2022

Anlage 1 / 3.1			
	Zuordnung AGG	SA100 2022 (EM)	SA110 2022 (EM)
	Zuordnung KEG	SA100 2021 (KM)	SA110 2021 (KM)
	Zuordnung HMG	SA400/500/600 2021 (KM)	SA400/500/600 2021 (KM)
	Zuordnung KAGG	SA100 2022 (EM)	SA110 2022 (EM)
	Zuordnung AusAGG	SA100 2021 (KM)	SA110 2021 (KM)
	Zuordnung RGG	SA100 2022 (EM)	SA110 2022 (EM)
	GKV-AI / ICD-GM	06'2022 / 2021	06'2022 / 2021
Sp.H	Zu- oder Abschlag je VT	Bekanntmachung y/2022 (16.11.23)	Bekanntmachung y/2023 (16.11.23)
Sp.F	Versichertentage	SA100 2022 (EM)	SA110 2022 (EM)