

## **Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014**

**Bonn, den 06.06.2014**

### **0. Vorbemerkung**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 01.03.2013 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Kodes zu bildenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2014 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

Nach Abschluss des Verfahrens zur Anhörung des GKV-Spitzenverbandes trifft das BVA die Festlegungen wie folgt:

### **1. Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen**

#### **1.1. Zuordnung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)**

Das Klassifikationssystem unterscheidet 177 zuschlagsfähige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die jeweils aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Kode umfasst. Alle HMGs, die ihnen zugeordneten DxGs und ICD-Kodes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen und das jeweils zulässige Geschlecht werden in Anlage 1 dokumentiert.

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. diejenigen, die in den jeweils durch das DIMDI veröffentlichten zugehörigen Metadaten die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine „Muss-Fehler“ in Alter und Geschlecht aufweisen). Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der Daten nach § 30 RSAV des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres.

#### **1.2. Beschränkung der Diagnosen auf die zu berücksichtigenden Krankheiten**

Ausschließlich die in der Festlegung vom 01.03.2013 benannten ICD-Kodes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet.

### **1.3. Prinzipien für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen**

Die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen erfolgt anhand von Diagnosen aus der ambulanten Versorgung sowie der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen, die in DxGs zusammengefasst sind. Dafür gelten im Klassifikationssystem bestimmte Aufgreifkriterien. Eine Übersicht über alle DxG-spezifischen Aufgreifkriterien befindet sich in Anlage 2.

#### **1.3.1. Zuordnung anhand der bei der Krankenhausentlassung maßgeblichen Hauptdiagnosen**

Das Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose führt immer zur Zuordnung in eine DxG. Hier von gelten folgende Ausnahmen:

- Eine Zuordnung zu den DxGs 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.1 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 225, 826, 827 und 926 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.2 erfüllt sind.
- Eine Zuordnung zu den DxGs 821 und 850 erfolgt nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach 1.3.3.3 erfüllt sind.

#### **1.3.2. Zuordnung anhand der Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und der stationären Nebendiagnosen**

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung und stationäre Nebendiagnosen sind bei der Zuordnung zu DxGs grundsätzlich gleichgestellt. Ausnahmen von dieser Regelung sind unter 1.3.2.1 und 1.3.2.2 aufgeführt. Die Berücksichtigung ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne Arzneimittelzuordnung (1.3.2.3) oder eine DxG mit Arzneimittelzuordnung (1.3.2.4) handelt.

##### **1.3.2.1. Ausnahmeregelungen bei Diagnosen aus der ambulanten Versorgung**

###### *a) Verpflichtendes Qualifizierungsmerkmal „G“*

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben generell unberücksichtigt. Abweichend hiervon werden Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt.

###### *b) DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung*

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung bleiben hier unberücksichtigt.

### **1.3.2.2. Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen**

#### *a) Sternkodes*

Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß DIMDI zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen "O") und im Datensatz einen Stern ("\*") aufweisen, werden den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt.

#### *b) Ausnahme-DxGruppen*

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

#### *c) Akut-rezidivierendes Krankheitsgeschehen*

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

#### *d) Obligatorische stationäre Behandlung*

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

### **1.3.2.3. DxGs ohne Arzneimittelzuordnung**

Eine Diagnose wird nur dann berücksichtigt, wenn mindestens eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete Diagnose (aus der ambulanten Versorgung oder stationäre Nebendiagnose) in einem anderen Quartal dokumentiert wurde, oder die Diagnose von einer Person stammt, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert war (M2Q-Kriterium).

### **1.3.2.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung**

Bei DxGs mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose nur dann berücksichtigt, wenn gleichzeitig für den Versicherten mit dieser Diagnose auch verordnete Arzneimittel vorliegen. Die unterschiedlichen Formen der Arzneimittelzuordnung sind in der Anlage 2 entsprechend gekennzeichnet. Die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG sind in Anlage 3 aufgeführt.

#### **1.3.2.4.1. Ermittlung der Behandlungstage**

Für jede gemeldete Verordnung (Anzahl der Packungen je Pseudonym, Verordnungsdatum und Pharmazentralnummer) werden der zugeordnete ATC-Kode und die dazugehörigen definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses, DDD) je Packung ermittelt. Über das Produkt aus Anzahl Packungen und DDD je Packung ergeben sich die Behandlungstage (BT) für die Verordnung mit einem dem ATC-Kode zugehörigen Präparat. Dabei werden die BT der Versicherten gemäß ihrer anteiligen Versichertenzeit des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres annualisiert. Die so ermittelten BT werden den DxGs zugeordnet und DxG-spezifisch aufsummiert.

#### **1.3.2.4.2. Prüfung der Behandlungstage**

Die Prüfung der Behandlungstage (BT-Prüfung) gilt grundsätzlich für alle DxGs mit Arzneimittelzuordnung.

##### *a) BT-Prüfung bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen*

Versicherte müssen mindestens 10 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär).

##### *b) BT-Prüfung bei chronischem Krankheitsgeschehen*

Versicherte müssen mindestens 183 Behandlungstage mit den der DxG zugeordneten Arzneimitteln aufweisen. Mindestens eine passende Verordnung muss im selben Quartal erfolgt sein wie eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose (ambulant oder stationär).

Liegt mindestens eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche stationäre Diagnose vor, wird die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage um 8 BT reduziert.

#### **1.3.2.4.3. DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung**

Diese Form der Arzneimittelzuordnung gilt für DxGs, bei denen eine Arzneimitteltherapie aus medizinischer Sicht in jedem Fall zwingend erforderlich ist.

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von dieser Prüfung ausgenommen. Stattdessen muss in diesen Fällen abweichend das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt werden.

#### **1.3.2.4.4. DxGs mit Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz**

Diese Form der Arzneimittelzuordnung gilt für DxGs, bei denen über Arzneimittel nur die klinisch relevanten Fälle aufgegriffen werden.

Eine DxG-Zuordnung erfolgt für Versicherte bei einer erfolgreichen BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2. Zusätzlich muss das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

Kinder (Alter < 12 Jahre) sind von der BT-Prüfung ausgenommen. Bei ihnen muss stattdessen nur das Aufgreifkriterium nach 1.3.2.3 (M2Q-Kriterium) erfüllt sein.

### **1.3.3. Sonderregeln bei der DxG-Zuordnung**

#### **1.3.3.1. Sonderfall I – Differenzierung nach Behandlungstagen**

Bei den DxGs 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 237, 457, 813, 814, 836, 840, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt die BT-Prüfung analog zu 1.3.2.4.2 b), jedoch altersübergreifend. Für Kinder unter 12 Jahren wird dabei abweichend die Schwelle bei der BT-Prüfung auf 92 Behandlungstage herabgesetzt.

### **1.3.3.2. Sonderfall II – Differenzierung nach Verordnungsquartalen**

Bei den DxGs 225, 826, 827 und 926 entfällt die BT-Prüfung. Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

### **1.3.3.3. Sonderfall III – Differenzierung anhand des Dialysekennzeichens**

Um zur DxG 850 „Dialysestatus (mit Dialysekennzeichen)“ oder der DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)“ zugeordnet zu werden, muss für den Versicherten zusätzlich zu den im normalen Zuordnungsverfahren für stationäre Hauptdiagnosen bzw. für ambulante Diagnosen oder stationäre Nebendiagnosen (für DxG mit obligater Arzneimittellzuordnung bei chronischem Krankheitsgeschehen) erforderlichen Angaben, die Angabe über die Durchführung von extrakorporalen Blutreinigungsverfahren nach § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 RSAV in dem dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahr vorhanden sein.

## **1.4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen**

Die HMGs aus Anlage 1 werden wie folgt hierarchisiert. Tritt bei der Gruppierung für einen Versicherten eine HMG aus Spalte A gemeinsam mit der dazugehörigen HMG aus Spalte B auf, so dominiert die HMG aus Spalte A die HMG aus Spalte B, d.h. die HMG aus Spalte B wird im Versichertenprofil auf Null gesetzt und somit in der Zuschlagsberechnung nicht berücksichtigt.

### Hierarchisierungsregeln

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	HMG001	HMG184	43	HMG268	HMG280	85	HMG273	HMG277
2	HMG003	HMG004	44	HMG269	HMG270	86	HMG273	HMG278
3	HMG003	HMG005	45	HMG269	HMG271	87	HMG273	HMG279
4	HMG003	HMG112	46	HMG269	HMG272	88	HMG273	HMG280
5	HMG003	HMG113	47	HMG269	HMG273	89	HMG274	HMG275
6	HMG004	HMG005	48	HMG269	HMG274	90	HMG274	HMG276
7	HMG004	HMG112	49	HMG269	HMG275	91	HMG274	HMG277
8	HMG004	HMG113	50	HMG269	HMG276	92	HMG274	HMG278
9	HMG005	HMG112	51	HMG269	HMG277	93	HMG274	HMG279
10	HMG005	HMG113	52	HMG269	HMG278	94	HMG274	HMG280
11	HMG261	HMG262	53	HMG269	HMG279	95	HMG275	HMG276
12	HMG261	HMG263	54	HMG269	HMG280	96	HMG275	HMG277
13	HMG261	HMG264	55	HMG270	HMG271	97	HMG275	HMG278
14	HMG261	HMG265	56	HMG270	HMG272	98	HMG275	HMG279
15	HMG261	HMG266	57	HMG270	HMG273	99	HMG275	HMG280
16	HMG261	HMG267	58	HMG270	HMG274	100	HMG276	HMG277
17	HMG262	HMG263	59	HMG270	HMG275	101	HMG276	HMG278
18	HMG262	HMG264	60	HMG270	HMG276	102	HMG276	HMG279
19	HMG262	HMG265	61	HMG270	HMG277	103	HMG276	HMG280
20	HMG262	HMG266	62	HMG270	HMG278	104	HMG277	HMG278
21	HMG262	HMG267	63	HMG270	HMG279	105	HMG277	HMG279
22	HMG263	HMG264	64	HMG270	HMG280	106	HMG277	HMG280
23	HMG263	HMG265	65	HMG271	HMG272	107	HMG278	HMG279
24	HMG263	HMG266	66	HMG271	HMG273	108	HMG278	HMG280
25	HMG263	HMG267	67	HMG271	HMG274	109	HMG279	HMG280
26	HMG264	HMG265	68	HMG271	HMG275	110	HMG015	HMG016
27	HMG264	HMG266	69	HMG271	HMG276	111	HMG015	HMG017
28	HMG264	HMG267	70	HMG271	HMG277	112	HMG015	HMG019
29	HMG265	HMG266	71	HMG271	HMG278	113	HMG016	HMG017
30	HMG265	HMG267	72	HMG271	HMG279	114	HMG016	HMG019
31	HMG266	HMG267	73	HMG271	HMG280	115	HMG017	HMG019
32	HMG268	HMG269	74	HMG272	HMG273	116	HMG021	HMG022
33	HMG268	HMG270	75	HMG272	HMG274	117	HMG021	HMG023
34	HMG268	HMG271	76	HMG272	HMG275	118	HMG021	HMG024
35	HMG268	HMG272	77	HMG272	HMG276	119	HMG021	HMG251
36	HMG268	HMG273	78	HMG272	HMG277	120	HMG021	HMG283
37	HMG268	HMG274	79	HMG272	HMG278	121	HMG022	HMG023
38	HMG268	HMG275	80	HMG272	HMG279	122	HMG022	HMG024
39	HMG268	HMG276	81	HMG272	HMG280	123	HMG022	HMG251
40	HMG268	HMG277	82	HMG273	HMG274	124	HMG022	HMG283
41	HMG268	HMG278	83	HMG273	HMG275	125	HMG023	HMG024
42	HMG268	HMG279	84	HMG273	HMG276	126	HMG023	HMG251

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
127	HMG023	HMG283	171	HMG198	HMG200	215	HMG051	HMG052
128	HMG202	HMG021	172	HMG198	HMG226	216	HMG051	HMG053
129	HMG202	HMG022	173	HMG198	HMG227	217	HMG052	HMG053
130	HMG202	HMG023	174	HMG198	HMG228	218	HMG054	HMG055
131	HMG202	HMG024	175	HMG199	HMG200	219	HMG054	HMG056
132	HMG202	HMG225	176	HMG199	HMG226	220	HMG054	HMG057
133	HMG202	HMG251	177	HMG199	HMG227	221	HMG054	HMG058
134	HMG202	HMG283	178	HMG199	HMG228	222	HMG054	HMG231
135	HMG202	HMG286	179	HMG200	HMG226	223	HMG055	HMG056
136	HMG225	HMG021	180	HMG200	HMG227	224	HMG055	HMG057
137	HMG225	HMG022	181	HMG200	HMG228	225	HMG055	HMG058
138	HMG225	HMG023	182	HMG207	HMG208	226	HMG055	HMG231
139	HMG225	HMG024	183	HMG207	HMG209	227	HMG056	HMG057
140	HMG225	HMG251	184	HMG208	HMG209	228	HMG056	HMG231
141	HMG225	HMG283	185	HMG226	HMG227	229	HMG058	HMG057
142	HMG225	HMG286	186	HMG226	HMG228	230	HMG058	HMG231
143	HMG251	HMG024	187	HMG227	HMG228	231	HMG060	HMG057
144	HMG251	HMG283	188	HMG035	HMG043	232	HMG060	HMG230
145	HMG283	HMG024	189	HMG035	HMG046	233	HMG060	HMG231
146	HMG286	HMG021	190	HMG035	HMG210	234	HMG230	HMG057
147	HMG286	HMG022	191	HMG043	HMG046	235	HMG230	HMG231
148	HMG286	HMG023	192	HMG043	HMG210	236	HMG231	HMG057
149	HMG286	HMG024	193	HMG044	HMG047	237	HMG254	HMG255
150	HMG286	HMG251	194	HMG044	HMG049	238	HMG254	HMG257
151	HMG286	HMG283	195	HMG044	HMG211	239	HMG254	HMG291
152	HMG025	HMG026	196	HMG044	HMG212	240	HMG255	HMG257
153	HMG025	HMG027	197	HMG044	HMG214	241	HMG291	HMG255
154	HMG025	HMG287	198	HMG047	HMG049	242	HMG291	HMG257
155	HMG025	HMG289	199	HMG047	HMG214	243	HMG292	HMG039
156	HMG026	HMG289	200	HMG210	HMG046	244	HMG292	HMG100
157	HMG027	HMG026	201	HMG211	HMG047	245	HMG292	HMG101
158	HMG027	HMG289	202	HMG211	HMG049	246	HMG292	HMG103
159	HMG287	HMG026	203	HMG211	HMG214	247	HMG292	HMG157
160	HMG287	HMG027	204	HMG212	HMG047	248	HMG292	HMG203
161	HMG287	HMG289	205	HMG212	HMG049	249	HMG292	HMG293
162	HMG288	HMG026	206	HMG212	HMG211	250	HMG292	HMG294
163	HMG288	HMG027	207	HMG212	HMG214	251	HMG292	HMG295
164	HMG288	HMG289	208	HMG213	HMG044	252	HMG292	HMG296
165	HMG031	HMG032	209	HMG213	HMG047	253	HMG293	HMG039
166	HMG290	HMG033	210	HMG213	HMG049	254	HMG293	HMG100
167	HMG040	HMG042	211	HMG213	HMG211	255	HMG293	HMG101
168	HMG041	HMG040	212	HMG213	HMG212	256	HMG293	HMG103
169	HMG041	HMG042	213	HMG213	HMG214	257	HMG293	HMG157
170	HMG198	HMG199	214	HMG214	HMG049	258	HMG293	HMG203

Hierarchisierung			Hierarchisierung			Hierarchisierung		
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
259	HMG293	HMG294	303	HMG087	HMG088	347	HMG218	HMG237
260	HMG293	HMG295	304	HMG087	HMG091	348	HMG130	HMG131
261	HMG293	HMG296	305	HMG087	HMG300	349	HMG130	HMG132
262	HMG294	HMG039	306	HMG087	HMG301	350	HMG130	HMG134
263	HMG294	HMG100	307	HMG088	HMG086	351	HMG130	HMG136
264	HMG294	HMG101	308	HMG088	HMG091	352	HMG130	HMG138
265	HMG294	HMG103	309	HMG088	HMG300	353	HMG131	HMG132
266	HMG294	HMG157	310	HMG089	HMG091	354	HMG131	HMG138
267	HMG294	HMG203	311	HMG092	HMG091	355	HMG133	HMG132
268	HMG294	HMG295	312	HMG300	HMG086	356	HMG133	HMG138
269	HMG294	HMG296	313	HMG300	HMG091	357	HMG134	HMG131
270	HMG295	HMG039	314	HMG301	HMG086	358	HMG134	HMG132
271	HMG295	HMG100	315	HMG301	HMG088	359	HMG134	HMG136
272	HMG295	HMG101	316	HMG301	HMG091	360	HMG134	HMG138
273	HMG295	HMG103	317	HMG301	HMG300	361	HMG136	HMG131
274	HMG295	HMG296	318	HMG095	HMG096	362	HMG136	HMG132
275	HMG296	HMG039	319	HMG100	HMG101	363	HMG136	HMG138
276	HMG075	HMG258	320	HMG100	HMG103	364	HMG138	HMG132
277	HMG075	HMG298	321	HMG101	HMG103	365	HMG144	HMG132
278	HMG234	HMG072	322	HMG099	HMG106	366	HMG144	HMG133
279	HMG235	HMG073	323	HMG104	HMG099	367	HMG144	HMG138
280	HMG297	HMG075	324	HMG104	HMG105	368	HMG147	HMG146
281	HMG297	HMG258	325	HMG104	HMG106	369	HMG219	HMG220
282	HMG297	HMG298	326	HMG104	HMG149	370	HMG157	HMG203
283	HMG298	HMG258	327	HMG105	HMG099	371	HMG158	HMG040
284	HMG299	HMG074	328	HMG105	HMG106	372	HMG158	HMG041
285	HMG077	HMG079	329	HMG108	HMG215	373	HMG158	HMG042
286	HMG077	HMG091	330	HMG108	HMG237	374	HMG160	HMG162
287	HMG077	HMG092	331	HMG110	HMG112	375	HMG160	HMG163
288	HMG078	HMG080	332	HMG110	HMG113	376	HMG162	HMG163
289	HMG078	HMG089	333	HMG111	HMG110	377	HMG164	HMG165
290	HMG078	HMG091	334	HMG111	HMG112	378	HMG164	HMG166
291	HMG079	HMG091	335	HMG111	HMG113	379	HMG164	HMG260
292	HMG079	HMG092	336	HMG111	HMG216	380	HMG165	HMG166
293	HMG080	HMG089	337	HMG112	HMG113	381	HMG165	HMG260
294	HMG080	HMG091	338	HMG215	HMG237	382	HMG166	HMG260
295	HMG081	HMG083	339	HMG216	HMG110	383	HMG174	HMG175
296	HMG081	HMG084	340	HMG216	HMG112	384	HMG174	HMG176
297	HMG081	HMG091	341	HMG216	HMG113	385	HMG174	HMG177
298	HMG083	HMG084	342	HMG217	HMG108	386	HMG175	HMG176
299	HMG083	HMG091	343	HMG217	HMG215	387	HMG175	HMG177
300	HMG084	HMG091	344	HMG217	HMG237	388	HMG176	HMG177
301	HMG086	HMG091	345	HMG218	HMG108	389	HMG169	HMG170
302	HMG087	HMG086	346	HMG218	HMG215	390	HMG253	HMG252



### 1.5. Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

Jeder Versicherte wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden 40 Alters-Geschlechts-Gruppen zugeordnet:

#### Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
AGG 001	weiblich, 0 Jahre	AGG 021	männlich, 0 Jahre
AGG 002	weiblich 1-5 Jahre	AGG 022	männlich 1-5 Jahre
AGG 003	weiblich, 6-12 Jahre	AGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AGG 004	weiblich, 13-17 Jahre	AGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AGG 005	weiblich, 18-24 Jahre	AGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AGG 006	weiblich, 25-29 Jahre	AGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AGG 007	weiblich, 30-34 Jahre	AGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AGG 008	weiblich, 35-39 Jahre	AGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AGG 009	weiblich, 40-44 Jahre	AGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AGG 010	weiblich, 45-49 Jahre	AGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AGG 011	weiblich, 50-54 Jahre	AGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AGG 012	weiblich, 55-59 Jahre	AGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AGG 013	weiblich, 60-64 Jahre	AGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AGG 014	weiblich, 65-69 Jahre	AGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AGG 015	weiblich, 70-74 Jahre	AGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AGG 016	weiblich, 75-79 Jahre	AGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AGG 017	weiblich, 80-84 Jahre	AGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AGG 018	weiblich, 85-89 Jahre	AGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AGG 019	weiblich, 90-94 Jahre	AGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AGG 020	weiblich, 95+ Jahre	AGG 040	männlich, 95+ Jahre

### 1.6. Zuordnung zu den Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden anhand ihres Geschlechts und Alters im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr einer der folgenden Erwerbsminderungsgruppen zugeordnet:

#### Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

Variable	Inhalt
EMG 001	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG 003	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG 004	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG 005	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG 006	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

### 1.7. Zuordnung zu den Kostenerstattergruppen (KEGs)

Versicherte, die in dem dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V oder § 53 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet. Stattdessen werden sie anhand ihres Geschlechts und Alters im dem Berichtsjahr vorangehenden Jahr einer der folgenden Kostenerstattergruppen zugeordnet:

#### Kostenerstattergruppen (KEGs)

Variable	Inhalt
KEG 001	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 SGB V
KEG 002	Versicherter mit mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 SGB V

Versicherte, die der KEG 001 zugeordnet wurden, werden nicht der KEG 002 zugeordnet.

### 1.8. Zuordnung zu den Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Berichtsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden den AGGs, EMGs, KEGs und HMGs nicht zugeordnet. Stattdessen erhalten sie einen Zuschlag, der die durchschnittlichen Morbiditätsausgaben der GKV ihrer Altersgruppe reflektiert. Die AusAGGs entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGGs:

#### Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)

Variable	Inhalt
AusAGG 001	weiblich, 0 Jahre
AusAGG 002	weiblich, 1-5 Jahre
AusAGG 003	weiblich, 6-12 Jahre
AusAGG 004	weiblich, 13-17 Jahre
AusAGG 005	weiblich, 18-24 Jahre
AusAGG 006	weiblich, 25-29 Jahre
AusAGG 007	weiblich, 30-34 Jahre
AusAGG 008	weiblich, 35-39 Jahre
AusAGG 009	weiblich, 40-44 Jahre
AusAGG 010	weiblich, 45-49 Jahre
AusAGG 011	weiblich, 50-54 Jahre
AusAGG 012	weiblich, 55-59 Jahre
AusAGG 013	weiblich, 60-64 Jahre
AusAGG 014	weiblich, 65-69 Jahre
AusAGG 015	weiblich, 70-74 Jahre
AusAGG 016	weiblich, 75-79 Jahre
AusAGG 017	weiblich, 80-84 Jahre
AusAGG 018	weiblich, 85-89 Jahre
AusAGG 019	weiblich, 90-94 Jahre
AusAGG 020	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AusAGG 021	männlich, 0 Jahre
AusAGG 022	männlich, 1-5 Jahre
AusAGG 023	männlich, 6-12 Jahre
AusAGG 024	männlich, 13-17 Jahre
AusAGG 025	männlich, 18-24 Jahre
AusAGG 026	männlich, 25-29 Jahre
AusAGG 027	männlich, 30-34 Jahre
AusAGG 028	männlich, 35-39 Jahre
AusAGG 029	männlich, 40-44 Jahre
AusAGG 030	männlich, 45-49 Jahre
AusAGG 031	männlich, 50-54 Jahre
AusAGG 032	männlich, 55-59 Jahre
AusAGG 033	männlich, 60-64 Jahre
AusAGG 034	männlich, 65-69 Jahre
AusAGG 035	männlich, 70-74 Jahre
AusAGG 036	männlich, 75-79 Jahre
AusAGG 037	männlich, 80-84 Jahre
AusAGG 038	männlich, 85-89 Jahre
AusAGG 039	männlich, 90-94 Jahre
AusAGG 040	männlich, 95+ Jahre

### 1.9. Zuordnung zu den Krankengeldgruppen (KGGs)

Die Krankengeldgruppen (KGGs) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGGs) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs).

Jeder Versicherte mit Krankengeldanspruch im Berichtsjahr, der im Berichtsjahr nicht mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen hat, wird anhand seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden K-AGGs zugeordnet:

#### Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGGs)

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-AGG 001	weiblich, 0 Jahre	K-AGG 092	männlich, 0 Jahre
K-AGG 002	weiblich, 1 Jahr	K-AGG 093	männlich, 1 Jahr
K-AGG 003	weiblich, 2 Jahre	K-AGG 094	männlich, 2 Jahre
K-AGG 004	weiblich, 3 Jahre	K-AGG 095	männlich, 3 Jahre
K-AGG 005	weiblich, 4 Jahre	K-AGG 096	männlich, 4 Jahre
K-AGG 006	weiblich, 5 Jahre	K-AGG 097	männlich, 5 Jahre
K-AGG 007	weiblich, 6 Jahre	K-AGG 098	männlich, 6 Jahre
K-AGG 008	weiblich, 7 Jahre	K-AGG 099	männlich, 7 Jahre
K-AGG 009	weiblich, 8 Jahre	K-AGG 100	männlich, 8 Jahre
K-AGG 010	weiblich, 9 Jahre	K-AGG 101	männlich, 9 Jahre
K-AGG 011	weiblich, 10 Jahre	K-AGG 102	männlich, 10 Jahre
K-AGG 012	weiblich, 11 Jahre	K-AGG 103	männlich, 11 Jahre
K-AGG 013	weiblich, 12 Jahre	K-AGG 104	männlich, 12 Jahre
K-AGG 014	weiblich, 13 Jahre	K-AGG 105	männlich, 13 Jahre
K-AGG 015	weiblich, 14 Jahre	K-AGG 106	männlich, 14 Jahre
K-AGG 016	weiblich, 15 Jahre	K-AGG 107	männlich, 15 Jahre
K-AGG 017	weiblich, 16 Jahre	K-AGG 108	männlich, 16 Jahre
K-AGG 018	weiblich, 17 Jahre	K-AGG 109	männlich, 17 Jahre
K-AGG 019	weiblich, 18 Jahre	K-AGG 110	männlich, 18 Jahre
K-AGG 020	weiblich, 19 Jahre	K-AGG 111	männlich, 19 Jahre
K-AGG 021	weiblich, 20 Jahre	K-AGG 112	männlich, 20 Jahre
K-AGG 022	weiblich, 21 Jahre	K-AGG 113	männlich, 21 Jahre
K-AGG 023	weiblich, 22 Jahre	K-AGG 114	männlich, 22 Jahre
K-AGG 024	weiblich, 23 Jahre	K-AGG 115	männlich, 23 Jahre
K-AGG 025	weiblich, 24 Jahre	K-AGG 116	männlich, 24 Jahre
K-AGG 026	weiblich, 25 Jahre	K-AGG 117	männlich, 25 Jahre
K-AGG 027	weiblich, 26 Jahre	K-AGG 118	männlich, 26 Jahre
K-AGG 028	weiblich, 27 Jahre	K-AGG 119	männlich, 27 Jahre
K-AGG 029	weiblich, 28 Jahre	K-AGG 120	männlich, 28 Jahre
K-AGG 030	weiblich, 29 Jahre	K-AGG 121	männlich, 29 Jahre
K-AGG 031	weiblich, 30 Jahre	K-AGG 122	männlich, 30 Jahre
K-AGG 032	weiblich, 31 Jahre	K-AGG 123	männlich, 31 Jahre
K-AGG 033	weiblich, 32 Jahre	K-AGG 124	männlich, 32 Jahre
K-AGG 034	weiblich, 33 Jahre	K-AGG 125	männlich, 33 Jahre
K-AGG 035	weiblich, 34 Jahre	K-AGG 126	männlich, 34 Jahre
K-AGG 036	weiblich, 35 Jahre	K-AGG 127	männlich, 35 Jahre
K-AGG 037	weiblich, 36 Jahre	K-AGG 128	männlich, 36 Jahre
K-AGG 038	weiblich, 37 Jahre	K-AGG 129	männlich, 37 Jahre
K-AGG 039	weiblich, 38 Jahre	K-AGG 130	männlich, 38 Jahre
K-AGG 040	weiblich, 39 Jahre	K-AGG 131	männlich, 39 Jahre
K-AGG 041	weiblich, 40 Jahre	K-AGG 132	männlich, 40 Jahre
K-AGG 042	weiblich, 41 Jahre	K-AGG 133	männlich, 41 Jahre
K-AGG 043	weiblich, 42 Jahre	K-AGG 134	männlich, 42 Jahre
K-AGG 044	weiblich, 43 Jahre	K-AGG 135	männlich, 43 Jahre
K-AGG 045	weiblich, 44 Jahre	K-AGG 136	männlich, 44 Jahre
K-AGG 046	weiblich, 45 Jahre	K-AGG 137	männlich, 45 Jahre
K-AGG 047	weiblich, 46 Jahre	K-AGG 138	männlich, 46 Jahre
K-AGG 048	weiblich, 47 Jahre	K-AGG 139	männlich, 47 Jahre
K-AGG 049	weiblich, 48 Jahre	K-AGG 140	männlich, 48 Jahre
K-AGG 050	weiblich, 49 Jahre	K-AGG 141	männlich, 49 Jahre
K-AGG 051	weiblich, 50 Jahre	K-AGG 142	männlich, 50 Jahre
K-AGG 052	weiblich, 51 Jahre	K-AGG 143	männlich, 51 Jahre
K-AGG 053	weiblich, 52 Jahre	K-AGG 144	männlich, 52 Jahre
K-AGG 054	weiblich, 53 Jahre	K-AGG 145	männlich, 53 Jahre
K-AGG 055	weiblich, 54 Jahre	K-AGG 146	männlich, 54 Jahre
K-AGG 056	weiblich, 55 Jahre	K-AGG 147	männlich, 55 Jahre

K-AGG 057	weiblich, 56 Jahre
K-AGG 058	weiblich, 57 Jahre
K-AGG 059	weiblich, 58 Jahre
K-AGG 060	weiblich, 59 Jahre
K-AGG 061	weiblich, 60 Jahre
K-AGG 062	weiblich, 61 Jahre
K-AGG 063	weiblich, 62 Jahre
K-AGG 064	weiblich, 63 Jahre
K-AGG 065	weiblich, 64 Jahre
K-AGG 066	weiblich, 65 Jahre
K-AGG 067	weiblich, 66 Jahre
K-AGG 068	weiblich, 67 Jahre
K-AGG 069	weiblich, 68 Jahre
K-AGG 070	weiblich, 69 Jahre
K-AGG 071	weiblich, 70 Jahre
K-AGG 072	weiblich, 71 Jahre
K-AGG 073	weiblich, 72 Jahre
K-AGG 074	weiblich, 73 Jahre
K-AGG 075	weiblich, 74 Jahre
K-AGG 076	weiblich, 75 Jahre
K-AGG 077	weiblich, 76 Jahre
K-AGG 078	weiblich, 77 Jahre
K-AGG 079	weiblich, 78 Jahre
K-AGG 080	weiblich, 79 Jahre
K-AGG 081	weiblich, 80 Jahre
K-AGG 082	weiblich, 81 Jahre
K-AGG 083	weiblich, 82 Jahre
K-AGG 084	weiblich, 83 Jahre
K-AGG 085	weiblich, 84 Jahre
K-AGG 086	weiblich, 85 Jahre
K-AGG 087	weiblich, 86 Jahre
K-AGG 088	weiblich, 87 Jahre
K-AGG 089	weiblich, 88 Jahre
K-AGG 090	weiblich, 89 Jahre
K-AGG 091	weiblich, 90 Jahre und älter

K-AGG 148	männlich, 56 Jahre
K-AGG 149	männlich, 57 Jahre
K-AGG 150	männlich, 58 Jahre
K-AGG 151	männlich, 59 Jahre
K-AGG 152	männlich, 60 Jahre
K-AGG 153	männlich, 61 Jahre
K-AGG 154	männlich, 62 Jahre
K-AGG 155	männlich, 63 Jahre
K-AGG 156	männlich, 64 Jahre
K-AGG 157	männlich, 65 Jahre
K-AGG 158	männlich, 66 Jahre
K-AGG 159	männlich, 67 Jahre
K-AGG 160	männlich, 68 Jahre
K-AGG 161	männlich, 69 Jahre
K-AGG 162	männlich, 70 Jahre
K-AGG 163	männlich, 71 Jahre
K-AGG 164	männlich, 72 Jahre
K-AGG 165	männlich, 73 Jahre
K-AGG 166	männlich, 74 Jahre
K-AGG 167	männlich, 75 Jahre
K-AGG 168	männlich, 76 Jahre
K-AGG 169	männlich, 77 Jahre
K-AGG 170	männlich, 78 Jahre
K-AGG 171	männlich, 79 Jahre
K-AGG 172	männlich, 80 Jahre
K-AGG 173	männlich, 81 Jahre
K-AGG 174	männlich, 82 Jahre
K-AGG 175	männlich, 83 Jahre
K-AGG 176	männlich, 84 Jahre
K-AGG 177	männlich, 85 Jahre
K-AGG 178	männlich, 86 Jahre
K-AGG 179	männlich, 87 Jahre
K-AGG 180	männlich, 88 Jahre
K-AGG 181	männlich, 89 Jahre
K-AGG 182	männlich, 90 Jahre und älter

Versicherte mit Krankengeldanspruch im Berichtsjahr, die im Berichtsjahr mindestens für die Hälfte der Tage des Berichtszeitraums eine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen haben, werden keiner K-AGGs zugeordnet, sondern stattdessen anhand ihres Geschlechts und Alters im Berichtsjahr einer der folgenden K-EMGs:

**Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs)**

Variable	Inhalt	Variable	Inhalt
K-EMG 001	EM-Rentner, weiblich, 35 Jahre und jünger	K-EMG 032	EM-Rentner, männlich, 35 Jahre und jünger
K-EMG 002	EM-Rentner, weiblich, 36 Jahre	K-EMG 033	EM-Rentner, männlich, 36 Jahre
K-EMG 003	EM-Rentner, weiblich, 37 Jahre	K-EMG 034	EM-Rentner, männlich, 37 Jahre
K-EMG 004	EM-Rentner, weiblich, 38 Jahre	K-EMG 035	EM-Rentner, männlich, 38 Jahre
K-EMG 005	EM-Rentner, weiblich, 39 Jahre	K-EMG 036	EM-Rentner, männlich, 39 Jahre
K-EMG 006	EM-Rentner, weiblich, 40 Jahre	K-EMG 037	EM-Rentner, männlich, 40 Jahre
K-EMG 007	EM-Rentner, weiblich, 41 Jahre	K-EMG 038	EM-Rentner, männlich, 41 Jahre
K-EMG 008	EM-Rentner, weiblich, 42 Jahre	K-EMG 039	EM-Rentner, männlich, 42 Jahre
K-EMG 009	EM-Rentner, weiblich, 43 Jahre	K-EMG 040	EM-Rentner, männlich, 43 Jahre
K-EMG 010	EM-Rentner, weiblich, 44 Jahre	K-EMG 041	EM-Rentner, männlich, 44 Jahre
K-EMG 011	EM-Rentner, weiblich, 45 Jahre	K-EMG 042	EM-Rentner, männlich, 45 Jahre
K-EMG 012	EM-Rentner, weiblich, 46 Jahre	K-EMG 043	EM-Rentner, männlich, 46 Jahre
K-EMG 013	EM-Rentner, weiblich, 47 Jahre	K-EMG 044	EM-Rentner, männlich, 47 Jahre
K-EMG 014	EM-Rentner, weiblich, 48 Jahre	K-EMG 045	EM-Rentner, männlich, 48 Jahre
K-EMG 015	EM-Rentner, weiblich, 49 Jahre	K-EMG 046	EM-Rentner, männlich, 49 Jahre
K-EMG 016	EM-Rentner, weiblich, 50 Jahre	K-EMG 047	EM-Rentner, männlich, 50 Jahre
K-EMG 017	EM-Rentner, weiblich, 51 Jahre	K-EMG 048	EM-Rentner, männlich, 51 Jahre
K-EMG 018	EM-Rentner, weiblich, 52 Jahre	K-EMG 049	EM-Rentner, männlich, 52 Jahre
K-EMG 019	EM-Rentner, weiblich, 53 Jahre	K-EMG 050	EM-Rentner, männlich, 53 Jahre
K-EMG 020	EM-Rentner, weiblich, 54 Jahre	K-EMG 051	EM-Rentner, männlich, 54 Jahre
K-EMG 021	EM-Rentner, weiblich, 55 Jahre	K-EMG 052	EM-Rentner, männlich, 55 Jahre
K-EMG 022	EM-Rentner, weiblich, 56 Jahre	K-EMG 053	EM-Rentner, männlich, 56 Jahre
K-EMG 023	EM-Rentner, weiblich, 57 Jahre	K-EMG 054	EM-Rentner, männlich, 57 Jahre
K-EMG 024	EM-Rentner, weiblich, 58 Jahre	K-EMG 055	EM-Rentner, männlich, 58 Jahre
K-EMG 025	EM-Rentner, weiblich, 59 Jahre	K-EMG 056	EM-Rentner, männlich, 59 Jahre
K-EMG 026	EM-Rentner, weiblich, 60 Jahre	K-EMG 057	EM-Rentner, männlich, 60 Jahre
K-EMG 027	EM-Rentner, weiblich, 61 Jahre	K-EMG 058	EM-Rentner, männlich, 61 Jahre
K-EMG 028	EM-Rentner, weiblich, 62 Jahre	K-EMG 059	EM-Rentner, männlich, 62 Jahre
K-EMG 029	EM-Rentner, weiblich, 63 Jahre	K-EMG 060	EM-Rentner, männlich, 63 Jahre
K-EMG 030	EM-Rentner, weiblich, 64 Jahre	K-EMG 061	EM-Rentner, männlich, 64 Jahre
K-EMG 031	EM-Rentner, weiblich, 65 Jahre	K-EMG 062	EM-Rentner, männlich, 65 Jahre

## **2. Regressions- und Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und Risikozuschläge**

### **2.1. Ermittlung der Kenngrößen**

#### **2.1.1. Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben ergeben sich gemäß der Abgrenzung in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V. Von diesen wird der DMP-Pauschalanteil an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abgezogen, der sich auf Basis des nicht auf Verwaltungskosten entfallenden Anteils der DMP-Pauschalen und der Zahl Versichertentage mit DMP-Einschreibung ergibt.

#### **2.1.2. Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Die nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ergeben sich aus den in den KJ1-Konten bzw. Kontenarten 407, 467, 482, 513, 514, 5155, 5186-5188, 527, 528<sup>1</sup> und 590 gebuchten Beträgen.

#### **2.1.3. Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben**

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 wird durch die Summe der Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

#### **2.1.4. Ermittlung der Aufteilungsfaktoren**

##### **2.1.4.1. Aufteilungsfaktor LAoKG**

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Ziffer 2.1.1 abzüglich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben (LAoKG) und abzüglich der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Ziffer 2.1.2 wird durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach Ziffer 2.1.1 geteilt.

##### **2.1.4.2. Aufteilungsfaktor KG**

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben (KG) wird durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einschließlich der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben nach Ziffer 2.1.1 geteilt.

---

<sup>1</sup> Ausgaben in den Konten 5280-5282 wurden bis 31.12.2012 in der Kontenart 407 gebucht, Ausgaben in den Konten 5283-5285 wurden bis 31.12.2012 in der Kontenart 467 gebucht.

## **2.2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs, KEGs)**

### **2.2.1. Datengrundlage**

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale wird eine Regression durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.1 bis 1.7 Risikomerkmale (AGGs, EMGs, HMGs und KEGs) zugeordnet werden, sowie ihre versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Versicherte, denen AusAGG zugeordnet werden, sind aus den unter 2.2.2 - 2.3.4 beschriebenen Berechnungen auszuschließen.

### **2.2.2. Regression**

#### **2.2.2.1. Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag**

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche mit Ausnahme des Krankengeldes werden versichertenbezogen aufsummiert und durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt.

#### **2.2.2.2. 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 2.2.2.1 bilden. Die versichertenbezogenen WLS-Gewichte ergeben sich gemäß 2.2.2.3.

#### **2.2.2.3. Regressionsgewichte**

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

#### **2.2.2.4. Negative Regressionskoeffizienten**

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

#### **2.2.2.5. Verletzung der Kostendominanz**

Falls ein Regressionskoeffizient einer dominierten, in der Hierarchie untergeordneten Morbiditätsgruppe den einer dominierenden Morbiditätsgruppe übersteigt, werden die beiden Gruppen vereinigt und als einheitliches Risikomerkmale in der Regression berücksichtigt.

#### **2.2.2.6. Iteration zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten**

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

#### **2.2.3. Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld**

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeldausgaben aller Versicherten der Vollerhebung wird durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt.

#### **2.2.4. Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale**

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.

### **2.3. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für Auslandsversicherte (AusAGG)**

#### **2.3.1. Datengrundlage**

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

#### **2.3.2. Versichertenbezogene erwartete Ausgaben**

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

#### **2.3.3. Durchschnittliche Zuschläge für AusAGG**

Für jede AusAGG wird die Summe der versichertenbezogenen erwarteten Ausgaben nach Ziffer 2.3.2 der der korrespondierenden AGG zugeordneten Versicherten gebildet und durch die Summe der Versicherten der korrespondierenden AGG geteilt.

#### **2.3.4. Gewichtungsfaktoren für die AusAGG**

Die Gewichtungsfaktoren für die AusAGG ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.3 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.2.3 geteilt werden.



## **2.4. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen (KGG)**

### **2.4.1. Datengrundlage**

Zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen wird eine Durchschnittswertberechnung durchgeführt. Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.9 Krankengeldgruppen (KGG) zugeordnet werden, sowie ihre nach § 30 RSAV gemeldeten versichertenbezogenen Krankengeldausgaben. Versicherte, denen keine KGG zugeordnet werden, sind aus den folgenden Berechnungen auszuschließen.

### **2.4.2. Durchschnittswertberechnung für die KGG**

#### **2.4.2.1. Durchschnittliche Zuschläge für die KGG**

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

#### **2.4.2.2. Durchschnittliche Zuschläge bei unbesetzten KGG**

Kann für eine KGG kein durchschnittlicher Zuschlag ermittelt werden, weil kein Versicherter mit der entsprechenden KGG in der Vollerhebung existiert, wird der durchschnittliche Zuschlag auf den Wert Null gesetzt.

### **2.4.3. Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld**

Die Summe der berücksichtigungsfähigen Krankengeldausgaben aller Versicherten der Vollerhebung wird durch die Summe ihrer Versichertentage geteilt.

### **2.4.4. Gewichtungsfaktoren für die KGG**

Die Gewichtungsfaktoren für die KGG ergeben sich, indem die durchschnittlichen Zuschläge für die KGG nach Ziffer 2.4.2 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für das Krankengeld nach Ziffer 2.4.3 geteilt werden. Die Gewichtungsfaktoren werden getrennt nach K-AGG und K-EMG mit Erstattungsfaktoren vervielfacht, die sich auf Basis der in der KJ1 gemeldeten Krankengelderstattungen für Erwerbsminderungsrentner und sonstige Fälle ergeben.

## **2.5. Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge**

### **2.5.1. Risikomenge für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld**

Für jeden Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der Gewichtungsfaktoren nach 2.2.4 und 2.3.4, für die Risikomerkmale, die ihm nach Ziffer 1.1 bis 1.8 zugeordnet sind, mit seinen Versichertentagen vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

### **2.5.2. Risikomenge für das Krankengeld**

Für jeden Versicherten der Vollerhebung, denen gemäß Abschnitt 1.9 eine KGG zugeordnet ist, wird die Summe der zugeordneten Gewichtungsfaktoren nach 2.4.4 mit seinen Versichertentagen mit Krankengeldanspruch vervielfacht und das Ergebnis über alle Versicherten summiert.

### **2.5.3. Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld**

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.5.1 geteilt.

### **2.5.4. Korrekturfaktor für das Krankengeld**

Die Summe aller Versichertentage wird durch das Ergebnis nach Ziffer 2.5.2 geteilt.

### **2.5.5. Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Das Volumen der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben nach Ziffer 2.1.1 wird durch die Summe aller Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

### **2.5.6. Risikozuschläge je Versichertentag für die Risikomerkmale und AusAGG**

Für jedes Risikomerkmal und jede AusAGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach 2.2.4 und 2.3.4 mit dem Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor LAoKG nach Ziffer 2.1.4.1 und dem Korrekturfaktor LAoKG nach Ziffer 2.5.3 vervielfacht. Anschließend wird bei den Risikozuschlägen für die AGG und AusAGG der Erhöhungsbetrag nach Ziffer 2.5.5 addiert.

### **2.5.7. Risikozuschläge je Versichertentag mit Krankengeldanspruch für die KGG**

Für jede KGG wird der entsprechende Gewichtungsfaktor nach 2.2.5 mit dem Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung nach Ziffer 2.1.3, dem Aufteilungsfaktor KG nach Ziffer 2.1.4.2 und dem Korrekturfaktor KG nach Ziffer 2.5.4 vervielfacht.

## **2.6. Berechnung der Zuweisungen**

Die Zuweisungen je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der Risikozuschläge für die Risikogruppen, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen des Versicherten bzw. durch Multiplikation der Risikozuschläge für die KGG, die dem Versicherten zugeordnet wurden, mit den Versichertentagen mit Krankengeldanspruch des Versicherten.