



Bundesversicherungsamt

Bestimmung

des Bundesversicherungsamtes

nach § 39a Abs. 5 RSAV

zur Ermittlung eines Korrekturbetrages

nach § 273 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V

i.V.m. § 39a RSAV

in der Fassung vom 22.03.2011

Inhaltsverzeichnis

1	VORBEMERKUNG	3
2	ERMITTLUNG DES KORREKTURBETRAGES NACH § 39A RSAV ABSATZ 2 BIS 4	4
2.1	Regressionsverfahren nach § 39a Absatz 3 Satz 1 RSAV	4
2.1.1	Zeitlicher und sachlicher Anwendungsbereich, Datengrundlagen, Risikomerkmale	4
2.1.2	Ermittlung der Gewichtungsfaktoren	7
2.1.3	Ermittlung der Normkosten je Versicherten	8
2.2	Bestimmung des Schwellenwertes und der Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse.....	9
2.2.1	Bestimmung des Schwellenwertes	9
2.2.2	Bestimmung der Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse	10
2.3	Regression der standardisierten Kosten auf die Zuweisungen nach § 39a Abs. 4 Satz 1 RSAV.....	11
2.4	Ergebnis der Regression nach 2.3 und Ermittlung des endgültigen Korrekturbetrages.....	12
	ANLAGE 1: ZUORDNUNG DER VERSICHERTEN ZU WOHNORTGRUPPEN	13

Gemäß § 39a Abs. 5 RSAV
bestimmt das Bundesversicherungsamt

nach Zustimmung des GKV-Spitzenverbandes am 22. März 2011

das Nähere

zu den Regressionsverfahren nach § 39a Abs. 3 und 4 RSAV
einschließlich der Festlegung des Schwellenwerts nach § 39a Abs. 3 Satz 3 RSAV
sowie der Berücksichtigung des Umfangs des Verstoßes
nach § 273 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V

wie folgt:

1 Vorbemerkung

Nach § 273 SGB V überprüft das Bundesversicherungsamt (BVA) die Zulässigkeit der Erhebung und der Verwendung von Daten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. Gegenstand dieser Überprüfung ist insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten entsprechend den Vorschriften zur Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten.

Das BVA kann bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen Einzelfallprüfungen durchführen. Diese können nach § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V sowohl durch eine festgestellte Auffälligkeit i.S.d. § 273 Abs. 2 SGB V oder durch Verdacht im Sinne des § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V veranlasst sein.

Sofern bei einer Krankenkasse als Ergebnis einer Einzelfallprüfung ein Verstoß gegen § 268 Abs. 3 Satz 1, 2 und 14 SGB V festgestellt wird, ermittelt das Bundesversicherungsamt nach § 273 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V i.V.m. § 39a RSAV einen Korrekturbetrag, der eine Minderung der Zuweisungen nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V für die betroffene Krankenkasse bewirkt.

Die Berechnung des Korrekturbetrags hat auf Grundlage von § 39a Abs. 2 bis 4 RSAV zu erfolgen. Das Nähere zu den Einzelheiten der Berechnung ist gemäß § 39a Abs. 5 RSAV vom Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Zu diesem Zweck wurde ein intensives Abstimmungsverfahren durchgeführt.

Mit Stellungnahme vom 22.03.2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem vom Bundesversicherungsamt vorgeschlagenen Berechnungsverfahren endgültig zugestimmt. Es wird auf den folgenden Seiten dargelegt. In Übereinstimmung mit § 39a Abs. 5 Satz 1 RSAV werden die angewandten Regressionsverfahren, der Schwellenwert nach § 39a Abs. 3 Satz 3 RSAV sowie die Berücksichtigung des Umfangs des Verstoßes nach § 39a Abs. 4 Satz 1 und 2 RSAV spezifiziert, wobei sich Letzteres logisch aus dem Vorgegangenen ergibt.

2 Ermittlung des Korrekturbetrages nach § 39a RSAV

Absatz 2 bis 4

Die Ermittlung des Korrekturbetrages erfolgt in vier Schritten. Ausgangspunkt ist die Berechnung einer Regression zur Ermittlung der standardisierten Kosten (oder auch: Normkosten) je Versicherten, im Näheren dargestellt in Kapitel 2.1. Dann erfolgt die Anwendung eines Schwellenwertes, um über den Vergleich von ermittelten Normkosten der betroffenen Krankenkasse mit ihren tatsächlichen Ist-Kosten eine Normkostenabweichung zu beziffern. Die Bestimmung des Schwellenwertes erfolgt in Kapitel 2.2. In einem dritten Schritt wird eine Regression von Normkosten auf Zuweisungen (im Folgejahr) über alle Krankenkassen durchgeführt, dieses Vorgehen wird in Kapitel 2.3 erläutert. Indem das Verhältnis von Normkosten zu Zuweisungen auf die Normkostenabweichung aus Schritt zwei angewandt wird, ergibt sich der Korrekturbetrag für die betroffene Krankenkasse. Dieser letzte Schritt wird abschließend in Kapitel 2.4 dargelegt.

2.1 Regressionsverfahren nach § 39a Absatz 3 Satz 1 RSAV

Ausgangspunkt für die Ermittlung des Korrekturbetrages, den eine nach § 273 Abs. 4 Satz 2 SGB V betroffene Kasse zu leisten hat, ist die Ermittlung der standardisierten Kosten je Versicherten mittels Regression. Das im Folgenden beschriebene Verfahren beachtet sämtliche gesetzlichen Vorgaben nach § 39a Abs. 3 RSAV.

2.1.1 Zeitlicher und sachlicher Anwendungsbereich, Datengrundlagen, Risikomerkmale

1. Zeitgleiche Berechnung:

Laut § 39a Abs. 3 Satz 1 RSAV wird die Regression zur Ermittlung der Normkosten (je Versicherten) zeitgleich durchgeführt, folglich beziehen sich die abhängige Variable (versichertenbezogene Kosten) und die unabhängigen Variablen (Risikomerkmale) auf dasselbe Berichtsjahr. Dieses richtet sich stets nach dem Berichtsjahr der Meldung, für die bei der betroffenen Krankenkasse eine Manipulation festgestellt wurde.

2. Datengrundlage:

Die vorgesehene Regression wird von den berücksichtigten Risikomerkmalen auf die Kosten der Versicherten durchgeführt. Datengrundlage bildet daher der Stichproben-Datensatz (SA700), der je nach Regressionstyp und berücksichtigten Risikomerkmalen (s. u.) um Informationen aus den Satzarten 100, 400, 500, 600 und – zumindest vorläufig – der Satzart 800 desselben Berichtsjahres

ergänzt wird. Dafür wird stets auf die Erstmeldung zurückgegriffen, da die SA700 (und ebenso die SA800) nur einmal pro Berichtsjahr, nämlich als Erstmeldung, vorliegt. Aus dem Stichprobendatensatz werden alle (einschließlich der betroffenen) Krankenkassen ausgeschlossen, für die bis zum Zeitpunkt der Berechnung in einer der für die Regression benötigten Satzarten eine Manipulation festgestellt wurde. Ebenso werden Krankenkassen mit unplausiblen Ausschöpfungsquoten in der SA700 aus den Berechnungen ausgeschlossen. Die Kassenausschlüsse werden nach denselben Grundsätzen gehandhabt, die für das reguläre Regressionsverfahren gemäß Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV nach aktuellem Stand vereinbart wurden (Grenzen für Ausschöpfungsquoten, Umgang mit Kassenwechslern).

3. Berechnung je Hauptleistungsbereich (HLB):

Die standardisierten Kosten werden hauptleistungsbezogen ermittelt. Die Abgrenzung der Hauptleistungsbereiche ergibt sich aus Anlage 3.1 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung des für die relevante Datenmeldung der SA 700 relevanten Ausgleichsjahres. Die Regression wird immer nur auf die versichertenbezogenen Kosten einer der drei Hauptleistungsbereiche „Apotheken“, „Krankenhäuser“ oder „Ärzte“ durchgeführt, je nachdem, was für eine Datenmeldung (SA 400, 500 oder 600) von der Manipulation betroffen ist. Im Falle eines Verstoßes, der die SA 400 betrifft, ist der Hauptleistungsbereich „Apotheken“ heranzuziehen. Im Falle eines Verstoßes, der die SA 500 betrifft, ist der Hauptleistungsbereich „Krankenhaus“ heranzuziehen. Im Falle eines Verstoßes, der die SA 600 betrifft, ist der Hauptleistungsbereich „Ärzte“ heranzuziehen. Die restlichen Hauptleistungsbereiche bleiben unberücksichtigt, da sie im Rahmen von § 273 SGB V nicht von Belang sind (vgl. § 273 SGB V Abs. 1 sowie Abs. 2 Satz 1).

4. Adjustierung der Ausgaben im HLB Ärzte für das Berichtsjahr 2008

Nach § 39a Abs. 2 Satz 1 RSAV ist eine Berücksichtigung regionaler Vergütungsunterschiede in der Regression über passende Wohnortmerkmale (s. Ziffer 6) vorgesehen. Sofern die Regression für das Berichtsjahr 2008 durchgeführt wird, bedarf es zur Generierung unverzerrter Wohnortschätzer im Hauptleistungsbereich Ärzte einer Adjustierung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben. Denn die für 2008 in der SA700 gemeldeten ärztlichen Ausgaben basieren auf kassenindividuellen (durchschnittlichen) Punktwerten, welche die regionalen Schwankungen im Vergütungsniveau nicht oder nicht gänzlich wiedergeben können. Durch eine Adjustierung der Leistungsausgaben je Versicherten im HLB Ärzte wird dieser Nivellierungseffekt neutralisiert. Hierzu werden für jeden Versicherten seine individuellen Ausgaben im HLB Ärzte in einen Betrag Punktzahlleistungen (PZL) und einen Betrag Sachkostenleistungen (SKL) zerlegt. Die Aufteilung folgt dem geltenden Verhältnis von Punktzahl- zu Sachkostenleistungen in dem Bundesland, das dem Versicherten qua Wohnortmerkmal zugeordnet werden kann. Folglich ergeben sich die

Beträge PZL und SKL, indem die Leistungsausgaben des Versicherten mit dem Aufteilungsfaktor Punktzahlleistungen des jeweiligen Bundeslandes, bzw. mit dessen Kehrwert [1- Aufteilungsfaktor Punktzahlleistungen des jeweiligen Bundeslandes] multipliziert werden. Der Betrag PZL je Versicherten wird mit dem geltenden Punktwertunterschied je Bundesland – einem Faktor $\neq 1$, der das Vergütungsniveau im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt (Faktor = 1) ausdrückt – multipliziert und anschließend zum unveränderten Betrag SKL addiert. Ergebnis sind die vorläufigen regional adjustierten Leistungsausgaben je Versicherten (vregLA). Indem die gemeldeten Gesamtausgaben der Krankenkasse im HLB Ärzte durch die je Krankenkasse aufsummierten vregLA geteilt werden, ergibt sich der kassenbezogene Korrekturfaktor für den HLB Ärzte. Für jeden Versicherten werden schließlich seine vorläufigen regional adjustierten Leistungsausgaben mit dem kassenbezogenen Korrekturfaktor multipliziert. Die daraus resultierenden **endgültig regional adjustierten ärztlichen Leistungsausgaben je Versicherten (regLA)** gehen auf Ausgabenseite im HLB Ärzte in die Regression ein.

Die für diese Adjustierung zusätzlich notwendigen Daten (Aufteilungsfaktor Punktzahlleistungen und Punktwertunterschied je Bundesland) werden dem BVA vom GKV-Spitzenverband bereitgestellt, der hierfür auf die ihm gemäß § 87 Abs. 4 SGB V übermittelten Daten (arztseitige Rechnungslegung) zurückgreift. Dies sind jedoch Angaben, die sich auf die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen beziehen und im Falle von Nordrhein-Westfalen nicht mit den Bundeslandsgrenzen übereinstimmen. Für das Bundesland NRW, das die KV-Bezirke Nordrhein und Westfalen-Lippe umfasst, wird der GKV-SV daher – anhand der Aufteilung der GKV-Versicherten auf die jeweiligen Bezirke – für den Aufteilungsfaktor Punktzahlleistungen und Punktwertunterschied in Nordrhein-Westfalen rechnerische Durchschnittswerte ermitteln.

5. Risikomerkmale gemäß § 29 RSAV:

Den Stichprobenversicherten werden verschiedene Risikomerkmale zugeordnet. Auf Grundlage der in § 29 RSAV getroffenen Versichertengruppenabgrenzung und der gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1, 2 und 4 bis 6 RSAV gemeldeten Daten werden den Versicherten Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und Erwerbsminderungsgruppen (EMG) zugeordnet. Dies geschieht analog zum in den Festlegungen nach § 31 RSAV vom BVA bestimmten Verfahren, mit den folgenden Ausnahmen: Bei einer Regression auf den Hauptleistungsbereich „Ärzte“ werden die gemäß § 30 Abs. 1 Satz 5 RSAV gemeldeten Daten (Krankenhausdaten) bei der HMG-Zuordnung nicht berücksichtigt. Bei einer Regression auf den Hauptleistungsbereich „Krankenhäuser“ werden die gemäß § 30 Abs. 1 Satz 6 RSAV gemeldeten Daten (Daten aus der ambulanten Versorgung) bei der HMG-Zuordnung nicht berücksichtigt.

Die Zuordnung zu den Risikomerkmale erfolgt grundsätzlich auf Basis der Festlegung für dasjenige Ausgleichsjahr, das dem zugrunde liegenden Berichtsjahr nachfolgt.

6. Risikomerkmale gemäß § 34 RSAV:

Zusätzlich zu den Risikomerkmale auf Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden den Stichprobenversicherten 18 Wohnortgruppen (WOG) zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt für das Berichtsjahr 2008 auf Grundlage des Länderschlüssels aus den erweiterten Versichertenstammdaten (SA800) und damit der Meldung nach § 34 Abs. 1 RSAV. Ab dem Berichtsjahr 2009 wird das Wohnortmerkmal der SA100 entnommen. Die Zuordnung zu den WOG bleibt dabei identisch (nach den beiden ersten Stellen des Kreisgemeinschaftsschlüssels) und kann der Anlage 1 „Zuordnung der Versicherten zu Wohnortgruppen (WOG)“ entnommen werden. Eine Änderung der Zuordnungssystematik hinsichtlich einer tieferen regionalen Differenzierungen bleibt ab dem Berichtsjahr 2009 vorbehalten.

2.1.2 Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

1. Annualisierung der Leistungsausgaben für den betroffenen Hauptleistungsbereich:

Die Summe der Leistungsausgaben für den betroffenen HLB aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Zahl der Versichertentage im Berichtsjahr geteilt und mit der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres vervielfacht (Annualisierung der Leistungsausgaben). Die Leistungsausgaben von im Berichtsjahr Verstorbenen werden hiervon abweichend nicht annualisiert.

2. Ermittlung der Regressionskoeffizienten:

Für jede der gemäß Abschnitt 2.1.1 Ziffer 5 und 6 berücksichtigten AGG, HMG, WOG und EMG 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 annualisierten Leistungsausgaben bilden. Die WLS-Gewichte werden berechnet, indem für jeden Versicherten die Versicherungstage des Berichtsjahres durch die Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden. Im Berichtsjahr Verstorbenen wird hiervon abweichend das Gewicht Eins zugeordnet.

3. Vorgehen im Falle negativer oder statistisch nicht signifikanter Regressionskoeffizienten:

Resultiert für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient, wird – sofern HMG betroffen sind – der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Risikomerkmale, für die aufgrund fehlender statistischer Signifikanz ($p\text{-Wert} \geq 0,001$) keine Regressionskoeffizienten ermittelbar sind, wird immer ein Regressionskoeffizient mit dem Wert Null zugeordnet. Ist hiervon im Fall der HMG eine dominierende Morbiditätsgruppe betroffen, ist die Hierarchisierung entsprechend anzupassen. Die Regression wird in beiden Fällen erneut durchgeführt. Das

Verfahren wird solange wiederholt, bis keine negativen Regressionskoeffizienten für HMG und keine nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.

4. Hierarchieverletzungen der Regressionskoeffizienten:

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.

5. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe:

Die Summe der berücksichtigten Leistungsausgaben nach Ziffer 1 aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt.

6. Berechnung der Gewichtungsfaktoren:

Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Ziffer 5 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

2.1.3 Ermittlung der Normkosten je Versicherten

Für jeden in der Vollerhebung nach § 30 RSAV gemeldeten Versicherten lassen sich hauptleistungsbereichsbezogene Normkosten ermitteln. Datengrundlage hierfür kann entweder die Erst- oder Korrekturmeldung sein, je nachdem, ob die Manipulation für die betroffene Krankenkasse in der Erst- oder Korrekturmeldung festgestellt wurde. Die genaue Berechnung wird wie folgt durchgeführt:

1. Ermittlung der HLB-bezogenen Ausgaben je Versichertentag:

Die der SA43/KJ1 entnommenen Ausgaben im betroffenen HLB für das betrachtete Berichtsjahr werden für alle Krankenkassen aufsummiert und durch die Summe der Versichertentage der Vollerhebung geteilt.

2. Zuordnung von Risikomerkmalen und Gewichtungsfaktoren:

Jedem Versicherten werden die Risikomerkmale nach Abschnitt 2.1.1 Ziffer 5 und 6 und die korrespondierenden Gewichtungsfaktoren nach Abschnitt 2.1.2 Ziffer 6 zugeordnet.

Sollte die Zuordnung für die Korrekturmeldung 2008 erfolgen, gilt für die Zuordnung zu WOG, die weder auf Basis der SA800 (wir als KM nicht geliefert), noch auf Basis der SA100 (Datenfeld besteht erst ab Erstmeldung 2009) erfolgen kann, folgende Sonderregelung: Den Versicherten werden hilfsweise unter Verwendung der SA100 2009 Erstmeldung WOG zugeordnet.

Versicherten, für die keine Verknüpfung mit der SA100 2009 Erstmeldung hergestellt werden kann, wird die Gruppe 99 „Versicherte ohne zugeordneten Wohnort“ zugewiesen.

3. Ermittlung der versichertenbezogenen Risikomenge:

Je Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der nach Ziffer 2 ermittelten Gewichtungsfaktoren mit seinen Versicherungstagen vervielfacht.

4. Ermittlung des Korrekturfaktors:

Die Summe der Ergebnisse nach Ziffer 3 aller Versicherten aller Krankenkassen wird mit dem Ergebnis aus Ziffer 1 vervielfacht und durch die Summe aller Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis nach Ziffer 1 wird durch dieses Ergebnis geteilt.

5. HLB-bezogener Risikozuschlag je Versichertentag:

Für jedes Risikomerkmale wird das Ergebnis nach Ziffer 1 mit dem Gewichtungsfaktor und dem Korrekturfaktor nach Ziffer 4 vervielfacht.

Die Normkosten je Versicherten ergeben sich durch Multiplikation der HLB-bezogenen Risikozuschläge für die Risikogruppen, in die der Versicherte fällt, mit den Versichertentagen des Versicherten. In Abhängigkeit der zugrunde gelegten Meldeart (Erst-/ Korrekturmeldung) ergeben sich unterschiedliche HLB-bezogene Risikozuschläge, da Versichertenzeiten und Ausprägungen der Risikomerkmale jeweils variieren.

2.2 Bestimmung des Schwellenwertes und der Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse

Der gemäß § 39a Abs. 5 Satz 1 RSAV festzulegende Schwellenwert dient dazu, einen Toleranzbereich für die Abweichung von tatsächlichen zu standardisierten Kosten zu definieren. Er wird in Abschnitt 2.2.1 bestimmt. Nur wenn für die betroffene Krankenkasse die standardisierten Kosten nicht nur oberhalb der tatsächlichen Kosten, sondern außerdem außerhalb dieses zu definierenden Bereiches liegen, kann überhaupt ein Korrekturbetrag ermittelt werden. In diesem Fall lässt sich eine Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse ermitteln. Die genaue Bestimmung der Normkostenabweichung wird in Abschnitt 2.2.2 dargelegt und ist eine getreue Umsetzung von § 39a Abs. 3 Satz 2 und 3 RSAV.

2.2.1 Bestimmung des Schwellenwertes

Die Höhe des Schwellenwertes bestimmt, ob sich für die betroffene Krankenkasse ein Korrekturbetrag ergibt oder nicht. Um bei der Bestimmung des Schwellenwertes eine valide Datengrundlage zu gewährleisten, werden hiervon neben der betroffenen Krankenkasse alle

Krankenkassen ausgeschlossen, für die bis zum Zeitpunkt der Berechnung hinsichtlich der zugrunde gelegten Datenmeldung eine Manipulation nach § 273 Abs. 4 Satz 1 festgestellt wurde.

1. Berechnung der standardisierten Kosten für alle (berücksichtigten) Krankenkassen

Für jede (berücksichtigte) Krankenkasse werden die standardisierten Kosten für den betreffenden HLB ermittelt, indem ihre Normkosten versichertenbezogenen analog zu Abschnitt 2.1.3 berechnet und aufsummiert werden. Die hierfür verwendete Datengrundlage (Erst-/Korrekturmeldung) entspricht dabei derjenigen Meldung, für die bei der betroffenen Krankenkasse eine Manipulation festgestellt wurde.

2. Berechnung der tatsächlichen Kosten für alle (berücksichtigten) Krankenkassen

Für alle (berücksichtigten) Krankenkassen werden jeweils die tatsächlichen Ausgaben für den betroffenen Leistungsbereich ermittelt. Hierzu werden für jede Krankenkasse die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für den betroffenen Hauptleistungsbereich aus der SA43 des dazugehörigen Berichtsjahrs entnommen.

3. Berechnung der relativen absoluten Abweichung von standardisierten zu Ist-Kosten für alle (berücksichtigten) Krankenkassen

Für jede (berücksichtigte) Krankenkasse wird die Differenz aus standardisierten und tatsächlichen Kosten errechnet. Dieses Ergebnis wird je Krankenkasse quadriert und daraus die Wurzel gezogen und anschließend durch die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkasse geteilt.

4. Berechnung des Schwellenwertes

Der Schwellenwert stellt die einfache Standardabweichung der relativen absoluten Abweichungen von standardisierten zu tatsächlichen Kosten über alle (berücksichtigten) Krankenkassen (Ergebnis aus Ziffer 3) dar.

2.2.2 Bestimmung der Normkostenabweichung für die betroffene Krankenkasse

1. Gegenüberstellung von standardisierten zu tatsächlichen Kosten für die betroffene Krankenkasse

Für die betroffene Krankenkasse werden die tatsächlichen Ausgaben analog Abschnitt 2.2.1 Ziffer 2 berechnet und von den entsprechend Abschnitt 2.2.1 Ziffer 1 ermittelten standardisierten Kosten abgezogen. Nur wenn sich hieraus ein positiver Betrag ergibt, kann die Berechnung des Korrekturbetrages für die betroffene Krankenkasse fortgesetzt werden. Ergibt sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ein negativer Betrag, wird der Korrekturbetrag für die betroffene Krankenkasse abweichend auf Null gesetzt.

2. Anwendung des Schwellenwertes auf die betroffene Krankenkasse

Der nach Abschnitt 2.2.1 Ziffer 4 ermittelte Schwellenwert wird mit den tatsächlichen Ausgaben der betroffenen Krankenkasse multipliziert. Das Ergebnis nach Satz 1 wird vom Ergebnis aus Abschnitt 2.2.2 Ziffer 1 Satz 1 abgezogen. Nur wenn sich hieraus ein positiver Betrag ergibt, kann die Berechnung des Korrekturbetrages für die betroffene Krankenkasse fortgesetzt werden. Ergibt sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ein negativer Betrag, wird der Korrekturbetrag für die betroffene Krankenkasse abweichend auf Null gesetzt.

3. Berechnung der Normkostenabweichung

Der nach Abschnitt 2.2.1 Ziffer 4 ermittelte Schwellenwert wird mit den tatsächlichen Ausgaben der betroffenen Krankenkasse multipliziert. Das Ergebnis nach Satz 1 und die tatsächlichen Ausgaben der betroffenen Krankenkasse werden von deren standardisierten Kosten abgezogen. Das Ergebnis ist die Normkostenabweichung der betroffenen Krankenkasse.

2.3 Regression der standardisierten Kosten auf die Zuweisungen nach § 39a Abs. 4 Satz 1 RSAV

Bei der Regression der standardisierten Kosten auf die Zuweisungen nach § 39a Abs. 4 Satz 1 RSAV handelt es sich um eine einfach lineare Regression. Als Ergebnis resultiert ein Korrekturfaktor (Regressionskoeffizient für das singuläre Regressionsmerkmal „standardisierte Kosten“), mithilfe dessen der endgültige Korrekturbetrag ermittelt werden kann.

1. Prospektive Berechnung:

Das Regressionsverfahren ist laut § 39a Abs. 4 Satz 1 RSAV prospektiv durchzuführen: Die nach Abschnitt 2.2.1 ermittelten standardisierten Kosten (je Krankenkasse) für den betroffenen HLB bilden die unabhängige und die an die Krankenkassen gezahlten Zuweisungen *im Folgejahr* die abhängige Variable.

2. Datengrundlagen:

Die Regression wird von den nach Abschnitt 2.2.1 ermittelten, HLB-bezogenen standardisierten Kosten (je Krankenkasse) auf die Zuweisungen für das auf das Berichtsjahr folgende Jahr durchgeführt. Hierzu werden die aktuellst verfügbaren Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V (ohne Zuweisungen für Krankengeld und ohne Zuweisungen für Leistungsausgaben der DMP-Programmkostenpauschale) für das entsprechende Jahr je Krankenkasse zugrunde gelegt. Für die Verknüpfung der beiden Jahre im Regressionsdatensatz wird der zum Zeitpunkt der Zuweisungsberechnung geltende Fusionsstand

verwendet. Nur die Krankenkassen, die bereits nach Abschnitt 2.2.1 bei der Ermittlung des Schwellenwertes berücksichtigt wurden, gehen in den Regressionsdatensatz ein.

3. Regressionsmerkmal:

Jede Krankenkasse geht mit den für sie ermittelten, HLB-bezogenen standardisierten Kosten als alleiniges Regressionsmerkmal in die Berechnung ein.

4. Ermittlung der Regressionskoeffizienten:

Für das nach Ziffer 3 berücksichtigte Regressionsmerkmal wird ein Regressionskoeffizient ermittelt. Die Ermittlung erfolgt durch eine lineare OLS-Regression („Ordinary Least Squares“) ohne Konstante, in der das Risikomerkmal die erklärende Variable für die Höhe der Zuweisungen (für standardisierte Leistungsausgaben, s.o.) der Kassen im Folgejahr bilden.

2.4 Ergebnis der Regression nach 2.3 und Ermittlung des endgültigen Korrekturbetrages

1. Ergebnis der Regression:

Aus der nach Abschnitt 2.3.1 durchgeführten Regression ergibt sich ein Regressionskoeffizient > 1 . Er gibt an, was ein Euro an standardisierten Kosten für den betroffenen Hauptleistungsbereich im Folgejahr an Zuweisungen (für standardisierte Leistungsausgaben) auslöst.

2. Ermittlung des endgültigen Korrekturbetrages:

Der Korrekturbetrag wird endgültig ermittelt, indem die Normkostenabweichung aus Abschnitt 2.2.2 Ziffer 3 mit dem Regressionskoeffizienten aus Abschnitt 2.3. Ziffer 4 multipliziert und der sich daraus ergebende Betrag verdoppelt wird.

Mehrfache Korrekturbeträge, die der betroffenen Krankenkasse hinsichtlich eines Berichtsjahrs entstehen, werden additiv behandelt.

Anlage 1: Zuordnung der Versicherten zu Wohnortgruppen

Variable	Inhalt
WOG 00	Versicherte mit Wohnort im Ausland
WOG 01	Versicherte mit Wohnort in Schleswig-Holstein
WOG 02	Versicherte mit Wohnort in Hamburg
WOG 03	Versicherte mit Wohnort in Niedersachsen
WOG 04	Versicherte mit Wohnort in Bremen
WOG 05	Versicherte mit Wohnort in Nordrhein-Westfalen
WOG 06	Versicherte mit Wohnort in Hessen
WOG 07	Versicherte mit Wohnort in Rheinland-Pfalz
WOG 08	Versicherte mit Wohnort in Baden-Württemberg
WOG 09	Versicherte mit Wohnort in Bayern
WOG 10	Versicherte mit Wohnort in Saarland
WOG 11	Versicherte mit Wohnort in Berlin
WOG 12	Versicherte mit Wohnort in Brandenburg
WOG 13	Versicherte mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern
WOG 14	Versicherte mit Wohnort in Sachsen
WOG 15	Versicherte mit Wohnort in Sachsen-Anhalt
WOG 16	Versicherte mit Wohnort in Thüringen
WOG 99	Versicherte ohne zugeordneten Wohnort