

Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013

Bonn, den 29.04.2014

0. Vorbemerkung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) die auf Grundlage der am 09.03.2012 bekannt gegebenen Krankheiten und ICD-Kodes – zuletzt angepasst durch die Berichtigung zum 23.03.2012 – zugrunde zu legenden 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 2013 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in der Anlage 1 bis 3 dokumentierten Zuordnungslisten sowie die in der Anlage 4 beschriebenen technischen Details des Regressions- und Berechnungsverfahrens 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 155 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, das jeweils zulässige Geschlecht werden in Anlage 1 dokumentiert.

Für die Versichertenklassifikation sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. 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 Bekanntmachung vom 09.03.2012 benannten ICD-Kodes – zuletzt angepasst durch die Berichtigung vom 23.03.2012 – 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 457, 813, 814, 836, 842, 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, 840 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 DxGruppen, 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 DxG 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 DxGruppen, 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 DxGruppen, 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 457, 813, 814, 836, 842, 846, 847, 848, 907, 917, 920, 922, 923 und 924 erfolgt die BT-Prüfung nach 1.3.2.4.2 b) 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, 840 und 926 entfällt die BT-Prüfung. Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versicherungstage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

1.3.3.3. Sonderfall III – Differenzierung anhand des Dialyse-Kennzeichens

Um zur DxG 850 „Dialysestatus (mit Dialyse-Kennzeichen)“ oder der DxG821 „Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialyse-Kennzeichen)“ 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 Satz 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		
<i>Laufende Nummer</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>Laufende Nummer</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>Laufende Nummer</i>	<i>A</i>	<i>B</i>
1	HMG001	HMG184	104	HMG175	HMG177	207	HMG270	HMG276
2	HMG005	HMG112	105	HMG176	HMG177	208	HMG270	HMG277
3	HMG005	HMG113	106	HMG201	HMG005	209	HMG270	HMG278
4	HMG015	HMG016	107	HMG201	HMG112	210	HMG270	HMG279
5	HMG015	HMG017	108	HMG201	HMG113	211	HMG270	HMG280
6	HMG015	HMG019	109	HMG202	HMG021	212	HMG271	HMG272
7	HMG016	HMG017	110	HMG202	HMG022	213	HMG271	HMG273
8	HMG016	HMG019	111	HMG202	HMG023	214	HMG271	HMG274
9	HMG017	HMG019	112	HMG202	HMG225	215	HMG271	HMG275
10	HMG021	HMG022	113	HMG202	HMG251	216	HMG271	HMG276
11	HMG021	HMG023	114	HMG202	HMG286	217	HMG271	HMG277
12	HMG021	HMG251	115	HMG208	HMG209	218	HMG271	HMG278
13	HMG022	HMG023	116	HMG210	HMG046	219	HMG271	HMG279
14	HMG022	HMG251	117	HMG211	HMG214	220	HMG271	HMG280
15	HMG025	HMG026	118	HMG212	HMG211	221	HMG272	HMG273
16	HMG025	HMG027	119	HMG212	HMG213	222	HMG272	HMG274
17	HMG025	HMG287	120	HMG212	HMG214	223	HMG272	HMG275
18	HMG025	HMG289	121	HMG213	HMG211	224	HMG272	HMG276
19	HMG026	HMG289	122	HMG213	HMG214	225	HMG272	HMG277
20	HMG027	HMG026	123	HMG215	HMG237	226	HMG272	HMG278
21	HMG027	HMG289	124	HMG216	HMG112	227	HMG272	HMG279
22	HMG035	HMG043	125	HMG216	HMG113	228	HMG272	HMG280
23	HMG035	HMG046	126	HMG112	HMG113	229	HMG273	HMG274
24	HMG035	HMG210	127	HMG217	HMG108	230	HMG273	HMG275
25	HMG043	HMG046	128	HMG217	HMG215	231	HMG273	HMG276
26	HMG043	HMG210	129	HMG217	HMG237	232	HMG273	HMG277
27	HMG051	HMG052	130	HMG218	HMG108	233	HMG273	HMG278
28	HMG051	HMG053	131	HMG218	HMG215	234	HMG273	HMG279
29	HMG052	HMG053	132	HMG218	HMG237	235	HMG273	HMG280
30	HMG054	HMG055	133	HMG219	HMG220	236	HMG274	HMG275
31	HMG054	HMG056	134	HMG225	HMG021	237	HMG274	HMG276
32	HMG054	HMG057	135	HMG225	HMG022	238	HMG274	HMG277
33	HMG054	HMG058	136	HMG225	HMG023	239	HMG274	HMG278
34	HMG054	HMG231	137	HMG225	HMG251	240	HMG274	HMG279
35	HMG055	HMG056	138	HMG225	HMG286	241	HMG274	HMG280
36	HMG055	HMG057	139	HMG226	HMG227	242	HMG275	HMG276
37	HMG055	HMG058	140	HMG226	HMG228	243	HMG275	HMG277
38	HMG055	HMG231	141	HMG227	HMG228	244	HMG275	HMG278
39	HMG056	HMG057	142	HMG229	HMG226	245	HMG275	HMG279
40	HMG056	HMG231	143	HMG229	HMG227	246	HMG275	HMG280
41	HMG058	HMG057	144	HMG229	HMG228	247	HMG276	HMG277
42	HMG058	HMG231	145	HMG230	HMG057	248	HMG276	HMG278

43	HMG060	HMG057	146	HMG230	HMG231	249	HMG276	HMG279
44	HMG060	HMG230	147	HMG231	HMG057	250	HMG276	HMG280
45	HMG060	HMG231	148	HMG234	HMG072	251	HMG277	HMG278
46	HMG075	HMG258	149	HMG235	HMG073	252	HMG277	HMG279
47	HMG075	HMG298	150	HMG251	HMG023	253	HMG277	HMG280
48	HMG077	HMG091	151	HMG253	HMG252	254	HMG278	HMG279
49	HMG077	HMG092	152	HMG254	HMG291	255	HMG278	HMG280
50	HMG078	HMG080	153	HMG254	HMG255	256	HMG279	HMG280
51	HMG078	HMG089	154	HMG254	HMG257	257	HMG286	HMG021
52	HMG078	HMG091	155	HMG291	HMG255	258	HMG286	HMG022
53	HMG079	HMG077	156	HMG291	HMG257	259	HMG286	HMG023
54	HMG079	HMG091	157	HMG255	HMG257	260	HMG286	HMG251
55	HMG079	HMG092	158	HMG261	HMG262	261	HMG287	HMG026
56	HMG080	HMG089	159	HMG261	HMG263	262	HMG287	HMG027
57	HMG080	HMG091	160	HMG261	HMG264	263	HMG287	HMG289
58	HMG081	HMG083	161	HMG261	HMG265	264	HMG288	HMG026
59	HMG081	HMG084	162	HMG261	HMG266	265	HMG288	HMG027
60	HMG081	HMG091	163	HMG261	HMG267	266	HMG288	HMG289
61	HMG083	HMG084	164	HMG262	HMG263	267	HMG290	HMG033
62	HMG083	HMG091	165	HMG262	HMG264	268	HMG292	HMG039
63	HMG084	HMG091	166	HMG262	HMG265	269	HMG292	HMG100
64	HMG086	HMG091	167	HMG262	HMG266	270	HMG292	HMG101
65	HMG087	HMG086	168	HMG262	HMG267	271	HMG292	HMG103
66	HMG087	HMG088	169	HMG263	HMG264	272	HMG292	HMG157
67	HMG087	HMG091	170	HMG263	HMG265	273	HMG292	HMG203
68	HMG087	HMG300	171	HMG263	HMG266	274	HMG292	HMG293
69	HMG088	HMG086	172	HMG263	HMG267	275	HMG292	HMG294
70	HMG088	HMG091	173	HMG264	HMG265	276	HMG292	HMG295
71	HMG089	HMG091	174	HMG264	HMG266	277	HMG292	HMG296
72	HMG092	HMG091	175	HMG264	HMG267	278	HMG293	HMG039
73	HMG095	HMG096	176	HMG265	HMG266	279	HMG293	HMG100
74	HMG099	HMG106	177	HMG265	HMG267	280	HMG293	HMG101
75	HMG100	HMG101	178	HMG266	HMG267	281	HMG293	HMG103
76	HMG100	HMG103	179	HMG268	HMG269	282	HMG293	HMG157
77	HMG101	HMG103	180	HMG268	HMG270	283	HMG293	HMG203
78	HMG104	HMG099	181	HMG268	HMG271	284	HMG293	HMG294
79	HMG104	HMG105	182	HMG268	HMG272	285	HMG293	HMG295
80	HMG104	HMG106	183	HMG268	HMG273	286	HMG293	HMG296
81	HMG104	HMG149	184	HMG268	HMG274	287	HMG294	HMG039
82	HMG105	HMG099	185	HMG268	HMG275	288	HMG294	HMG100
83	HMG105	HMG106	186	HMG268	HMG276	289	HMG294	HMG101
84	HMG108	HMG215	187	HMG268	HMG277	290	HMG294	HMG103
85	HMG108	HMG237	188	HMG268	HMG278	291	HMG294	HMG157
86	HMG111	HMG112	189	HMG268	HMG279	292	HMG294	HMG203
87	HMG111	HMG113	190	HMG268	HMG280	293	HMG294	HMG295
88	HMG111	HMG216	191	HMG269	HMG270	294	HMG294	HMG296

89	HMG130	HMG131	192	HMG269	HMG271	295	HMG295	HMG039
90	HMG130	HMG132	193	HMG269	HMG272	296	HMG295	HMG100
91	HMG130	HMG134	194	HMG269	HMG273	297	HMG295	HMG101
92	HMG131	HMG132	195	HMG269	HMG274	298	HMG295	HMG103
93	HMG134	HMG131	196	HMG269	HMG275	299	HMG295	HMG296
94	HMG134	HMG132	197	HMG269	HMG276	300	HMG296	HMG039
95	HMG157	HMG203	198	HMG269	HMG277	301	HMG297	HMG075
96	HMG164	HMG165	199	HMG269	HMG278	302	HMG297	HMG258
97	HMG164	HMG260	200	HMG269	HMG279	303	HMG297	HMG298
98	HMG165	HMG260	201	HMG269	HMG280	304	HMG298	HMG258
99	HMG169	HMG170	202	HMG270	HMG271	305	HMG299	HMG074
100	HMG174	HMG175	203	HMG270	HMG272	306	HMG300	HMG086
101	HMG174	HMG176	204	HMG270	HMG273	307	HMG300	HMG088
102	HMG174	HMG177	205	HMG270	HMG274	308	HMG300	HMG091
103	HMG175	HMG176	206	HMG270	HMG275			

1.5. Zuordnung zu den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)

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 (AGG)

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 (EMG)

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 (EMG)

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 (KEG)

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

Kostenerstattergruppen (KEG)

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 (AusAGG)

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

Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGG)

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 (KGG)

Die Krankengeldgruppen (KGG) setzen sich zusammen aus 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG).

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-AGG zugeordnet:

Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG)

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-AGG zugeordnet, sondern stattdessen anhand ihres Geschlechts und Alters im Berichtsjahr einer der folgenden K-EMG:

Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG)

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 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.

2.2. Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG, KEG)

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 (AGG, EMG, HMG und KEG) 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 und fehlende statistische Signifikanz

Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Bei Risikomerkmalen, deren Regressionskoeffizienten fehlende statistische Signifikanz (p -Wert $\geq 0,001$) aufweisen, wird ebenfalls der 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, negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten

Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine Hierarchieverletzungen, negativen oder nicht-signifikanten 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.