

## **Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV**

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichverordnung (RSAV) die auf der Grundlage der am 13. Mai 2008 bekannt gegebenen Krankheiten und der durch Änderungsbekanntmachung vom 29. Mai 2008 festgelegten ICD-Codes 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 nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen.

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

Das BVA beabsichtigt, die Festlegungen wie folgt zu treffen:

### Morbiditätsgruppen

Das Klassifikationssystem unterscheidet 102 zuschlagsfähige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), die jeweils aus mindestens einer DxGruppe (DxG) zusammengesetzt sind, die ihrerseits mindestens einen ICD-Code umfassen. Alle HMG, die ihnen zugeordneten DxG und ICD-Codes sowie die für die Zuordnung definierten Altersgrenzen, das jeweils zulässige Geschlecht sowie die Zusatzkennzeichen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nach §§ 295 und 301 SGB V werden in Anlage 1 dokumentiert.

### Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen

a) Für die Versichertenklassifikation sind nur jene ambulanten Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h., wenn sie 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 vorausgehenden Jahres wie folgt:

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

Ausschließlich die in der Änderungsbekanntmachung vom 29. Mai 2008 abschließend benannten ICD-Codes werden zur Klassifikation der Versicherten verwendet.

#### **2. Validierung ambulanter Diagnosen**

Gesicherte ambulante Diagnosen (mit Qualifizierungsmerkmal „G“) werden nur dann zur Versichertenklassifikation zugelassen, wenn eine weitere der gleichen Krankheit zugeordnete gesicherte Diagnose in einem anderen Quartal dokumentiert wurde.

Gesicherte ambulante Diagnosen von Versicherten, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage Mitglied der GKV waren, können ohne diese Validierung für die Klassifikation genutzt werden. Ambulante Diagnosen ohne Qualifizierungsmerkmal „G“ bleiben unberücksichtigt.

### 3. Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen

Die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen erfolgt anhand von stationären und ambulanten Diagnosen. Das Vorliegen einer stationären Diagnose führt immer zur Zuordnung in eine HMG.

Bezüglich der Zuordnung anhand ambulanter Diagnosen gelten folgende Kriterien:

#### 3.1. DxG mit obligatorischer stationärer Behandlung

Ambulante Diagnosen bleiben unberücksichtigt.

#### 3.2. DxG ohne obligatorische stationäre Behandlung und mit Arzneimittelzuordnung

##### 3.2.1. Akutes Krankheitsgeschehen

Versicherte werden aufgrund ihrer ambulanten Diagnosen nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens 10 definierte Tagesdosen (Defined Daily Doses, DDD) der DxG zugeordneten Arzneimittel aufweisen.

##### 3.2.2. Kein akutes Krankheitsgeschehen

Versicherte werden aufgrund ihrer ambulanten Diagnosen nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens 183 DDD der DxG zugeordneten Arzneimittel aufweisen.

#### 3.3. DxGruppen ohne obligatorische stationäre Behandlung und ohne Arzneimittelzuordnung

Versicherte werden aufgrund ihrer Diagnosen den entsprechenden HMG zugeordnet.

Die Übersicht über alle DxG-spezifischen Aufgreifkriterien befindet sich in Anlage 2. Eine Auflistung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxG wird in Anlage 3 dokumentiert.

#### 4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen

Die HMG 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	HMG005	HMG112	41	HMG021	HMG023	81	HMG069	HMG157
2	HMG007	HMG008	42	HMG021	HMG024	82	HMG069	HMG162
3	HMG007	HMG009	43	HMG022	HMG023	83	HMG075	HMG048
4	HMG007	HMG010	44	HMG022	HMG024	84	HMG080	HMG090
5	HMG007	HMG011	45	HMG023	HMG024	85	HMG080	HMG091
6	HMG007	HMG012	46	HMG025	HMG026	86	HMG081	HMG082
7	HMG007	HMG013	47	HMG025	HMG027	87	HMG081	HMG083
8	HMG007	HMG014	48	HMG025	HMG029	88	HMG081	HMG084
9	HMG008	HMG009	49	HMG025	HMG036	89	HMG082	HMG083
10	HMG008	HMG010	50	HMG026	HMG029	90	HMG082	HMG084
11	HMG008	HMG011	51	HMG027	HMG029	91	HMG083	HMG084
12	HMG008	HMG012	52	HMG031	HMG036	92	HMG087	HMG088
13	HMG008	HMG013	53	HMG033	HMG036	93	HMG089	HMG090
14	HMG008	HMG014	54	HMG038	HMG039	94	HMG089	HMG091
15	HMG009	HMG010	55	HMG041	HMG042	95	HMG090	HMG091
16	HMG009	HMG011	56	HMG043	HMG044	96	HMG095	HMG096
17	HMG009	HMG012	57	HMG043	HMG046	97	HMG100	HMG101
18	HMG009	HMG013	58	HMG044	HMG046	98	HMG100	HMG103
19	HMG009	HMG014	59	HMG051	HMG052	99	HMG101	HMG103
20	HMG010	HMG011	60	HMG051	HMG053	100	HMG102	HMG103
21	HMG010	HMG012	61	HMG052	HMG053	101	HMG104	HMG105
22	HMG010	HMG013	62	HMG054	HMG055	102	HMG104	HMG106
23	HMG010	HMG014	63	HMG054	HMG058	103	HMG104	HMG149
24	HMG011	HMG012	64	HMG055	HMG058	104	HMG105	HMG106
25	HMG011	HMG013	65	HMG067	HMG039	105	HMG107	HMG108
26	HMG011	HMG014	66	HMG067	HMG068	106	HMG107	HMG109
27	HMG012	HMG013	67	HMG067	HMG069	107	HMG108	HMG109
28	HMG012	HMG014	68	HMG067	HMG100	108	HMG111	HMG112
29	HMG013	HMG014	69	HMG067	HMG101	109	HMG130	HMG131
30	HMG015	HMG016	70	HMG067	HMG103	110	HMG130	HMG132
31	HMG015	HMG017	71	HMG067	HMG157	111	HMG130	HMG136
32	HMG015	HMG018	72	HMG067	HMG162	112	HMG131	HMG132
33	HMG015	HMG019	73	HMG068	HMG039	113	HMG131	HMG136
34	HMG016	HMG017	74	HMG068	HMG069	114	HMG132	HMG136
35	HMG016	HMG018	75	HMG068	HMG100	115	HMG157	HMG039
36	HMG016	HMG019	76	HMG068	HMG101	116	HMG157	HMG162
37	HMG017	HMG018	77	HMG068	HMG103	117	HMG159	HMG162
38	HMG017	HMG019	78	HMG068	HMG157	118	HMG164	HMG165
39	HMG018	HMG019	79	HMG068	HMG162	119	HMG174	HMG175
40	HMG021	HMG022	80	HMG069	HMG039			

b) Jeder Versicherte wird aufgrund seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden 34 Alters-Geschlechts-Gruppen zugeordnet:

**Alters-Geschlechtsgruppen (AGG)**

Variable	Inhalt
AGG 1	weiblich, 0 Jahre
AGG 2	weiblich 1-5 Jahre
AGG 3	weiblich, 6-12 Jahre
AGG 4	weiblich, 13-17 Jahre
AGG 5	weiblich, 18-24 Jahre
AGG 6	weiblich, 25-34 Jahre
AGG 7	weiblich, 35-44 Jahre
AGG 8	weiblich, 45-54 Jahre
AGG 9	weiblich, 55-59 Jahre
AGG 10	weiblich, 60-64 Jahre
AGG 11	weiblich, 65-69 Jahre
AGG 12	weiblich, 70-74 Jahre
AGG 13	weiblich, 75-79 Jahre
AGG 14	weiblich, 80-84 Jahre
AGG 15	weiblich, 85-89 Jahre
AGG 16	weiblich, 90-94 Jahre
AGG 17	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AGG 18	männlich, 0 Jahre
AGG 19	männlich 1-5 Jahre
AGG 20	männlich, 6-12 Jahre
AGG 21	männlich, 13-17 Jahre
AGG 22	männlich, 18-24 Jahre
AGG 23	männlich, 25-34 Jahre
AGG 24	männlich, 35-44 Jahre
AGG 25	männlich, 45-54 Jahre
AGG 26	männlich, 55-59 Jahre
AGG 27	männlich, 60-64 Jahre
AGG 28	männlich, 65-69 Jahre
AGG 29	männlich, 70-74 Jahre
AGG 30	männlich, 75-79 Jahre
AGG 31	männlich, 80-84 Jahre
AGG 32	männlich, 85-89 Jahre
AGG 33	männlich, 90-94 Jahre
AGG 34	männlich, 95+ Jahre

c) 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 1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren
EMG 2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
EMG 3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre
EMG 4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren
EMG 5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre
EMG 6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre

Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren

Jede Zuordnung zu einer der im Abschnitt „Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen“ unter a, b und c genannten Gruppen gilt als Risikomerkmal. Für die

Versicherten der Stichprobe wird für jedes Risikomerkmale ein Gewichtungsfaktor wie folgt berechnet:

1. Zuordnung der Risikomerkmale: Auf der Grundlage der gemäß § 30 RSAV gemeldeten Daten werden den Versicherten HMG, AGG sowie EMG zugeordnet.
2. Annualisierung der Leistungsausgaben: Die Leistungsausgaben der nach § 30 RSAV gemeldeten Hauptleistungsbereiche werden versichertenbezogen aufsummiert, 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.
3. 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 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.
4. Vorgehen im Falle negativer oder statistisch nicht signifikanter Regressionskoeffizienten: Wird für mindestens ein Risikomerkmale ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Risikomerkmale, für die aufgrund fehlender statistischer Signifikanz ( $p\text{-Wert} \geq 0,05$ ) keine Regressionskoeffizienten ermittelbar sind, wird ebenfalls ein Regressionskoeffizient mit dem Wert Null zugeordnet. Die Regression wird in beiden Fällen erneut durchgeführt. Das Verfahren wird solange wiederholt, bis keine negativen oder nicht-signifikanten Regressionskoeffizienten mehr ermittelt werden.
5. 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 Risikomerkmale in der Regression berücksichtigt.
6. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der Stichprobe: Die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Versicherten der Stichprobe wird durch die Summe ihrer Versicherungstage geteilt.
7. Berechnung der Gewichtungsfaktoren: Die Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale ergeben sich, indem die Regressionskoeffizienten durch das Produkt aus Hundert-Prozent-Wert der Stichprobe nach Nummer 6 und der Zahl der Kalendertage des Berichtsjahres geteilt werden.

### Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

Für jedes Risikomerkmale wird ein Risikozuschlag für jeden in der Vollerhebung nach § 30 RSAV gemeldeten Versicherten wie folgt ermittelt:

1. Ermittlung des Hundert-Prozent-Wertes der GKV: Die Summe der im Ausgleichsjahr berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld und abzüglich Erstattungen aller Versicherten aller Krankenkassen wird durch die Summe der Versicherungstage der Vollerhebung geteilt.
2. Zuordnung von Risikomerkmale und Gewichtungsfaktoren: Jedem Versicherten werden die Risikomerkmale und die Gewichtungsfaktoren nach Nummer 7 des Abschnitts „Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ zugeordnet.
3. Ermittlung der versichertenbezogenen Risikomenge: Je Versicherten der Vollerhebung wird die Summe der nach Nummer 2 ermittelten Gewichtungsfaktoren mit seinen Versicherungstagen vervielfacht.
4. Ermittlung des Korrekturfaktors: Die Summe der Ergebnisse nach Nummer 3 aller Versicherten aller Krankenkassen wird mit dem Ergebnis aus Nummer 1 vervielfacht und durch die Summe aller Versicherungstage geteilt. Das Ergebnis nach Nummer 1 wird durch dieses Ergebnis geteilt.
5. Risikozuschlag je Versichertentag: Für jedes Risikomerkmale wird das Ergebnis nach Nummer 1 mit dem Gewichtungsfaktor und dem Korrekturfaktor nach Nummer 5 vervielfacht.