

## **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.

Nach Abschluss des Verfahrens zur Anhörung der Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen trifft das BVA die Festlegungen wie folgt:

### Morbiditätsgruppen

Das Klassifikationssystem unterscheidet 106 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 Personen, die im gleichen Jahr weniger als 92 Tage in der GKV versichert 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 mit einem Alter von mindestens zwölf Jahren (in dem dem Berichtsjahr vorausgehenden Jahr) 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. Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer ambulanten Diagnosen den entsprechenden HMG zugeordnet.

##### 3.2.2. Kein akutes Krankheitsgeschehen

Versicherte mit einem Alter von mindestens zwölf Jahren (in dem dem Berichtsjahr vorausgehenden Jahr) werden aufgrund ihrer ambulanten Diagnosen nur dann den entsprechenden HMG zugeordnet, wenn sie mindestens 183 DDD der DxG zugeordneten Arzneimittel aufweisen. Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer ambulanten Diagnosen den entsprechenden HMG zugeordnet.

#### 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								
Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B	Laufende Nummer	A	B
1	HMG004	HMG006	42	HMG025	HMG026	83	HMG080	HMG090
2	HMG004	HMG007	43	HMG025	HMG027	84	HMG080	HMG091
3	HMG005	HMG112	44	HMG025	HMG029	85	HMG081	HMG082
4	HMG006	HMG007	45	HMG025	HMG036	86	HMG081	HMG083
5	HMG008	HMG009	46	HMG026	HMG029	87	HMG081	HMG084
6	HMG008	HMG010	47	HMG027	HMG029	88	HMG082	HMG083
7	HMG008	HMG011	48	HMG031	HMG036	89	HMG082	HMG084
8	HMG008	HMG012	49	HMG033	HMG036	90	HMG083	HMG084
9	HMG008	HMG013	50	HMG038	HMG039	91	HMG087	HMG088
10	HMG008	HMG014	51	HMG041	HMG042	92	HMG089	HMG090
11	HMG009	HMG010	52	HMG043	HMG044	93	HMG089	HMG091
12	HMG009	HMG011	53	HMG043	HMG046	94	HMG090	HMG091
13	HMG009	HMG012	54	HMG044	HMG046	95	HMG095	HMG096
14	HMG009	HMG013	55	HMG051	HMG052	96	HMG100	HMG101
15	HMG009	HMG014	56	HMG051	HMG053	97	HMG100	HMG103
16	HMG010	HMG011	57	HMG052	HMG053	98	HMG101	HMG103
17	HMG010	HMG012	58	HMG054	HMG055	99	HMG102	HMG103
18	HMG010	HMG013	59	HMG054	HMG056	100	HMG104	HMG105
19	HMG010	HMG014	60	HMG054	HMG058	101	HMG104	HMG106
20	HMG011	HMG012	61	HMG055	HMG056	102	HMG104	HMG149
21	HMG011	HMG013	62	HMG055	HMG058	103	HMG105	HMG106
22	HMG011	HMG014	63	HMG056	HMG058	104	HMG107	HMG108
23	HMG012	HMG013	64	HMG067	HMG039	105	HMG107	HMG109
24	HMG012	HMG014	65	HMG067	HMG068	106	HMG107	HMG110
25	HMG013	HMG014	66	HMG067	HMG069	107	HMG108	HMG109
26	HMG015	HMG016	67	HMG067	HMG100	108	HMG108	HMG110
27	HMG015	HMG017	68	HMG067	HMG101	109	HMG109	HMG110
28	HMG015	HMG018	69	HMG067	HMG103	110	HMG111	HMG112
29	HMG015	HMG019	70	HMG067	HMG157	111	HMG130	HMG131
30	HMG016	HMG017	71	HMG067	HMG162	112	HMG130	HMG132
31	HMG016	HMG018	72	HMG068	HMG039	113	HMG130	HMG136
32	HMG016	HMG019	73	HMG068	HMG069	114	HMG131	HMG132
33	HMG017	HMG018	74	HMG068	HMG100	115	HMG131	HMG136
34	HMG017	HMG019	75	HMG068	HMG101	116	HMG132	HMG136
35	HMG018	HMG019	76	HMG068	HMG103	117	HMG157	HMG039
36	HMG021	HMG022	77	HMG068	HMG157	118	HMG157	HMG162
37	HMG021	HMG023	78	HMG068	HMG162	119	HMG159	HMG162
38	HMG021	HMG024	79	HMG069	HMG039	120	HMG164	HMG165
39	HMG022	HMG023	80	HMG069	HMG157	121	HMG174	HMG175
40	HMG022	HMG024	81	HMG069	HMG162			
41	HMG023	HMG024	82	HMG075	HMG048			

b) Jeder Versicherte wird aufgrund seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr (Berichtsjahr minus Geburtsjahr) einer der folgenden 40 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, 25-29 Jahre
AGG 7	weiblich, 30-34 Jahre
AGG 8	weiblich, 35-39 Jahre
AGG 9	weiblich, 40-44 Jahre
AGG 10	weiblich, 45-49 Jahre
AGG 11	weiblich, 50-54 Jahre
AGG 12	weiblich, 55-59 Jahre
AGG 13	weiblich, 60-64 Jahre
AGG 14	weiblich, 65-69 Jahre
AGG 15	weiblich, 70-74 Jahre
AGG 16	weiblich, 75-79 Jahre
AGG 17	weiblich, 80-84 Jahre
AGG 18	weiblich, 85-89 Jahre
AGG 19	weiblich, 90-94 Jahre
AGG 20	weiblich, 95+ Jahre

Variable	Inhalt
AGG 21	männlich, 0 Jahre
AGG 22	männlich 1-5 Jahre
AGG 23	männlich, 6-12 Jahre
AGG 24	männlich, 13-17 Jahre
AGG 25	männlich, 18-24 Jahre
AGG 26	männlich, 25-29 Jahre
AGG 27	männlich, 30-34 Jahre
AGG 28	männlich, 35-39 Jahre
AGG 29	männlich, 40-44 Jahre
AGG 30	männlich, 45-49 Jahre
AGG 31	männlich, 50-54 Jahre
AGG 32	männlich, 55-59 Jahre
AGG 33	männlich, 60-64 Jahre
AGG 34	männlich, 65-69 Jahre
AGG 35	männlich, 70-74 Jahre
AGG 36	männlich, 75-79 Jahre
AGG 37	männlich, 80-84 Jahre
AGG 38	männlich, 85-89 Jahre
AGG 39	männlich, 90-94 Jahre
AGG 40	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 Risikomerkmals. Für die Versicherten der Stichprobe wird für jedes Risikomerkmals 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 Risikomerkmals 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 Risikomerkmals ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Risikomerkmalen, für die aufgrund fehlender statistischer Signifikanz ( $p\text{-Wert} \geq 0,001$ ) keine Regressionskoeffizienten ermittelbar sind, wird ebenfalls ein Regressionskoeffizient mit dem Wert Null zugeordnet; ist hiervon 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 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 Risikomerkmals 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 Risikomerkmal 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 Risikomerkmal wird das Ergebnis nach Nummer 1 mit dem Gewichtungsfaktor und dem Korrekturfaktor nach Nummer 5 vervielfacht.