

Verfahrensbeschreibung
für den Ausschluss auffälliger Risikogruppen
nach § 18 Abs. 1 Satz 4 i. V. m. § 19 RSAV
im Ausgleichsjahr 2025

Bundesaamt für Soziale Sicherheit

Referat 318 – Durchführung des Risikostrukturausgleichs

Bonn, den 15.11.2024

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	3
1 Rechtsgrundlagen	4
2 Datengrundlagen des Ausschlussverfahrens	6
2.1 Vorbereitung der Daten zur Berechnung der HMG-Besetzungen	6
2.1.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss im Jahresausgleich	6
2.1.2 Vollerhebung vor Kassenausschluss im Referenzjahr	6
2.2 Ermittlung der HMG-Besetzungen	7
2.2.1 HMG-Besetzung im Jahresausgleich	7
2.2.2 HMG-Besetzung im Referenzjahr	7
2.3 Berechnung der HMG-Steigerungsrate.....	7
2.4 Berechnung des HMG-Zuweisungsvolumens im Ausschlussverfahren	7
3 Berechnung der Schwellenwerte des Ausschlussverfahrens	9
3.1 Schwellenwert für die HMG-Steigerungsrate (Schwellenwert 1)	9
3.2 Schwellenwert für die HMG-Besetzung (Schwellenwert 2).....	9
4 Ermittlung der im Jahresausgleich auszuschließenden HMGs	10
4.1 Vorauswahl auffälliger HMGs	10
4.2 Ausschlussliste des BAS	10
4.3 Vom Ausschluss auszunehmende HMGs (Meldung des GKV- Spitzenverbands)	10
4.4 Vom BAS im Jahresausgleich auszuschließende HMGs.....	10
5 Neuermittlung der auszuschließenden HMGs im Korrekturverfahren des vorangegangenen Jahresausgleich	11
Anlage: Übersicht der Vollerhebungen vor Kassenausschluss	12

Vorbemerkungen

Soweit nicht anders angegeben, werden alle vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) berechneten und bekanntzugebenden Werte auf 12 Stellen hinter dem Komma gerundet.

Die Verfahrensbestimmung nach § 16 Abs. 3 Satz 5 RSAV und § 18 Abs. 5 Satz 3 RSAV wird im Folgenden als RSA-Verfahrensbestimmung bezeichnet.

Grundlage für die Bildung und Zuordnung zu den Risikogruppen ist die Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025.

Der in der Verordnung verwendete Begriff Risikogruppenbesetzung wird im Folgenden HMG-Besetzung genannt und bezieht sich auf die Versichertentage je HMG.

1 Rechtsgrundlagen

Mit dem durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 eingeführten Krankheitsvollmodell im Ausgleichsjahr 2021 werden nicht länger 80 Krankheiten, sondern das gesamte Krankheitsspektrum als Ausgleichsfaktoren im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Ab dem Ausgleichsjahr 2021 wird zudem ein Verfahren im Jahresausgleich eingeführt, mit dem statistisch auffällige hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die einen Zuschlag nach § 266 Abs. 1 SGB V auslösen, von den Zuweisungen ausgeschlossen werden. Ziel ist es, Auffälligkeiten in den Diagnosekodierungen so zu entschärfen, dass diese nicht zu einem finanziellen Wettbewerbsvorteil für Krankenkassen führen können (vgl. BT-Drs. 19/15662, S. 114).

Nach § 266 Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu ermächtigt, das Nähere über das Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen durch Rechtsverordnung zu regeln. Auf Grundlage dieser Verordnungsermächtigung wurden mit §§ 18 Abs. 1 Satz 4, 19 RSAV die entsprechenden Vorgaben in die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) aufgenommen.

Gemäß § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV sind im Jahresausgleich bei der Ermittlung der Risikozuschläge für die Morbidität der Versicherten im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V die Risikogruppen mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage nach Maßgabe des § 19 RSAV auszuschließen. Der Ausschluss der HMGs erfolgt auf Ebene der Gesetzlichen Krankenversicherung und nicht auf Ebene einzelner Krankenkassen, um Verzerrungen durch die geringe Anzahl zugeordneter Versichertentage bei der Berechnung überdurchschnittlicher Steigerungsraten zu vermeiden (vgl. BT-Drs. 19/15662, S. 114).

Das BAS ermittelt gemäß § 19 Abs. 1 RSAV die auszuschließenden HMGs durch das Verfahren nach den Absätzen 2 bis 5 der Vorschrift. Als Berechnungsgrundlage dienen die Versichertentage der HMGs (Risikogruppenbesetzung). Die Ermittlung erfolgt durch das BAS nach den Vorgaben des § 19 Abs. 2 und Abs. 3 RSAV auf Basis der risikoadjustierten Zu- und Abschläge des Jahresausgleichs und der Daten, die der Festlegung nach § 8 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das jeweilige Ausgleichsjahr zugrunde gelegt wurden. Auf Grundlage der ermittelten Risikogruppenbesetzung sind die 10% der HMGs mit den höchsten Steigerungsraten als mögliche auszuschließende HMGs zu berücksichtigen, sofern

- deren Steigerung den Schwellenwert in Höhe des Eineinhalbfachen der durchschnittlichen Steigerungsrate (§ 19 Abs. 4 Satz 1 RSAV) übersteigt und
- deren absolute Risikogruppenbesetzung über dem Schwellenwert von 0,05% der durchschnittlichen Versicherungszeiten aller Krankenkassen im Ausgleichsjahr (§ 19 Abs. 4 Satz 2 RSAV) liegt.

Von diesen 10% wählt das BAS gemäß § 19 Abs. 5 RSAV die HMGs mit dem höchsten Zuweisungsvolumen aus, bis 5% der HMGs nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV ausgeschlossen sind. Erfüllen weniger als 5% der Risikogruppen die Kriterien nach § 19 Abs. 4 RSAV, sind alle nach Absatz 4 der Vorschrift ermittelten Risikogruppen auszuschließen.

Gemäß § 19 Abs. 6 RSAV teilt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) dem BAS mit entsprechender Begründung bis zum 31. August des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres mit, welche der ermittelten HMGs nicht ausgeschlossen werden sollen, weil bei diesen eine hohe Steigerungsrate medizinisch (z. B. bei Epidemien) oder diagnostisch (z. B. bei Einführung neuer Diagnostikmethoden) bedingt ist. Das BAS schließt diese HMGs nicht aus.

Die gemäß § 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV auszuschließenden HMGs werden bei der Korrektur des Jahresausgleichs unter Verwendung von korrigierten Meldungen der Versichertenstammdaten und der personenbezogenen, berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben neu ermittelt.

Das BAS kann gemäß § 19 Abs. 7 RSAV unter Berücksichtigung des Gutachtens nach § 266 Abs. 10 Satz 3 SGB V (Gutachten zu den Wirkungen des Ausschlusses von Risikogruppen im Risikostrukturausgleich, veröffentlicht am 10. Mai 2024) oder einer durch das BMG in Auftrag gegebenen Überprüfung der Schwellenwerte durch den Wissenschaftlichen Beirat die Schwellenwerte abweichend festlegen.

Das BAS gibt gemäß § 19 Abs. 1 RSAV die dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden Werte zum Jahresausgleich bekannt.

In dieser Verfahrensbeschreibung stellt das BAS die Datengrundlagen des Ausschlussverfahrens und die Einzelheiten zur Ermittlung der auszuschließenden HMGs im Jahresausgleich dar.

2 Datengrundlagen des Ausschlussverfahrens

2.1 Vorbereitung der Daten zur Berechnung der HMG-Besetzungen

2.1.1 Vollerhebung vor Kassenausschluss im Jahresausgleich

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss des Jahresausgleichs umfasst die in der Satzart 703 des Jahres 2025 gemeldeten Versicherten mit deren Informationen aus der Satzart 100 des Jahres 2025 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung). Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2025 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlechtsmerkmal des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2025 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. Weist ein Versicherter mehr Versichertentage auf als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, werden die überzähligen Versichertentage auf die Kalendertage des Berichtszeitraums gekürzt. Das Ergebnis ist die Vollerhebung vor Kassenausschluss für die Ermittlung der Risikogruppenbesetzungen im Jahresausgleich.

2.1.2 Vollerhebung vor Kassenausschluss im Referenzjahr

Die Vollerhebung vor Kassenausschluss des Referenzjahres basiert auf den Daten, die den Festlegungen nach § 8 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025 zugrunde lagen. Sie umfasst die in der Satzart 703 des Jahres 2022 gemeldeten Versicherten mit deren Informationen aus der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) und den Satzarten 100, 400, 500 und 600 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung). Liegen zu einem Versicherten in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vor, wird das Geschlechtsmerkmal des Datensatzes verwendet, dessen Merkmal „Letzter Tag im Berichtszeitraum“ gleich 1 ist, sofern die Summe der Einträge dieses Merkmals über alle Krankenkassen 1 beträgt. Versicherte werden aus der Vollerhebung vor Kassenausschluss ausgeschlossen, für die in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) oder in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) unterschiedliche Geschlechtsmeldungen vorliegen und für die die Summe der Einträge des Merkmals „Letzter Tag des Berichtszeitraums“ gleich 0 oder größer 1 ist. Weist ein Versicherter mehr Versichertentage auf als der Berichtszeitraum Kalendertage hat, werden die überzähligen Versichertentage auf die Kalendertage des Berichtszeitraums gekürzt. Das Ergebnis ist die Vollerhebung vor Kassenausschluss für die Ermittlung der Risikogruppenbesetzungen im Referenzjahr.

2.2 Ermittlung der HMG-Besetzungen

2.2.1 HMG-Besetzung im Jahresausgleich

Jeder HMG werden die in der Satzart 100 des Jahres 2025 (Erstmeldung) gemeldeten Versichertentage der in der Vollerhebung vor Kassenausschluss enthaltenen Versicherten nach Abschnitt 2.1.1 zugeordnet. Die Zuordnung zu den HMGs erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2024 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung). In den folgenden Fällen erhalten die Versicherten keine HMG-Zuordnung:

- Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet.
- Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2024 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet.

2.2.2 HMG-Besetzung im Referenzjahr

Jeder HMG werden die in der Satzart 100 des Jahres 2022 (Erstmeldung) gemeldeten Versichertentage der in der Vollerhebung vor Kassenausschluss enthaltenen Versicherten nach Abschnitt 2.1.2 zugeordnet. Die Zuordnung zu den HMGs erfolgt anhand der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2021 auf Basis der Satzarten 400 bis 600 und der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung). In den folgenden Fällen erhalten die Versicherten keine HMG-Zuordnung:

- Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet.
- Versicherte, die in der Satzart 100 des Jahres 2021 (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden keiner HMG zugeordnet.

2.3 Berechnung der HMG-Steigerungsrate

Die HMG-Steigerungsrate entspricht der prozentualen Steigerung der HMG-Besetzung im Jahresausgleich (Abschnitt 2.2.1) im Vergleich zur HMG-Besetzung im Referenzjahr (Abschnitt 2.2.2).

2.4 Berechnung des HMG-Zuweisungsvolumens im Ausschlussverfahren

Zur Berechnung des dem Ausschlussverfahren zugrunde liegenden HMG-Zuweisungsvolumens werden zunächst die Regressionskoeffizienten aller HMGs ermittelt. Hierzu wird vor der Neuermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge im Jahresausgleich das Regressionsverfahren gemäß den Abschnitten R.1.a und R.1.b der RSA-Verfahrensbestimmung für das Ausgleichsjahr 2025, ohne Berücksichtigung des HMG-Ausschlusses und ohne Beseitigung von negativen Regressionskoeffizienten und Hierarchieverletzungen, durchgeführt. Das HMG-Zuweisungsvolumen ergibt sich

aus dem Produkt der HMG-Besetzung aus Abschnitt 2.2.1. mit dem Regressionskoeffizienten der HMG aus dieser Regression.

3 Berechnung der Schwellenwerte des Ausschlussverfahrens

3.1 Schwellenwert für die HMG-Steigerungsrate (Schwellenwert 1)

Der Schwellenwert für die HMG-Steigerungsrate (Schwellenwert 1) entspricht dem 1,5-fachen der prozentualen Steigerung der Summe der Versichertentage über alle HMGs im Jahresausgleich (Abschnitt 2.2.1) gegenüber der Summe der Versichertentage über alle HMGs im Referenzjahr (Abschnitt 2.2.2).

3.2 Schwellenwert für die HMG-Besetzung (Schwellenwert 2)

Bezüglich der im Ausschlussverfahren zu verwendenden HMGs wird ein Schwellenwert für die HMG-Besetzung festgelegt, der 0,05% der Summe der in der Satzart 100 des Jahres 2025 (Erstmeldung) gemeldeten Versichertentage der Versicherten in der Vollerhebung vor Kassenausschluss im Jahresausgleich nach Abschnitt 2.1.1 entspricht (Schwellenwert 2).

4 Ermittlung der im Jahresausgleich auszuschließenden HMGs

4.1 Vorauswahl auffälliger HMGs

Zunächst werden diejenigen HMGs bestimmt, bei denen

- die HMG-Steigerungsrate nach Abschnitt 2.3 den Schwellenwert 1 nach Abschnitt 3.1 überschreitet und
- die HMG-Besetzung nach Abschnitt 2.2.1 den Schwellenwert 2 nach Abschnitt 3.2 übersteigt.

Von diesen HMGs werden diejenigen für die Vorauswahl auffälliger HMGs selektiert, die zu den 10% der HMGs mit den höchsten HMG-Steigerungsraten gehören. Die maximale Anzahl der HMGs in der Vorauswahl entspricht dem auf die nächste ganze Zahl abgerundeten Anteil von 10% aller HMGs im Jahresausgleich.

4.2 Ausschlussliste des BAS

Das BAS wählt aus der Vorauswahl auffälliger HMGs nach Abschnitt 4.1 jede HMG aus, deren HMG-Zuweisungsvolumen nach Abschnitt 2.4 zu den oberen 5% aller HMGs gehört. Sofern die Vorauswahl auffälliger HMGs nach Abschnitt 4.1 maximal 5% aller HMGs des Jahresausgleichs enthält, entspricht sie der Ausschlussliste des BAS. Die maximale Anzahl der HMGs in der Ausschlussliste des BAS entspricht dem auf die nächste ganze Zahl abgerundeten Anteil von 5% aller HMGs im Jahresausgleich.

4.3 Vom Ausschluss auszunehmende HMGs (Meldung des GKV-Spitzenverbands)

Der GKV-Spitzenverband meldet dem BAS gemäß § 19 Abs. 6 Satz 1 RSAV diejenigen HMGs, die vom Ausschluss auszunehmen sind.

4.4 Vom BAS im Jahresausgleich auszuschließende HMGs

Diejenigen HMGs, die in der Meldung des GKV-Spitzenverbands gemäß § 19 Abs. 6 Satz 1 RSAV enthalten sind, werden vom BAS aus der Ausschlussliste des BAS nach Abschnitt 4.2 entfernt. Ein Auffüllen der auf diese Weise gekürzten Ausschlussliste des BAS mit nachrückenden HMGs erfolgt nicht. Es resultieren die vom BAS im Jahresausgleich auszuschließenden HMGs.

5 Neuermittlung der auszuschließenden HMGs im Korrekturverfahren des vorangegangenen Jahresausgleichs

Mit dem Jahresausgleich 2025 wird der Jahresausgleich 2024 einmalig korrigiert. Im Korrekturverfahren werden die auszuschließenden HMGs des Jahresausgleichs 2024 unter Beachtung der folgenden Abweichungen neu ermittelt:

- Die ursprünglich verwendeten Versichertenstammdaten (Satzart 100), d. h. sowohl die Erstmeldung für das Jahr 2024 als auch die Korrekturmeldung für das Jahr 2023, werden durch korrigierte Versichertenstammdaten mit dem gleichen Pseudonymisierungsschlüssel ersetzt (Satzart 110).
- Anstelle der Erstmeldung der personenbezogenen, berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des Jahres 2024 (Satzart 703) wird die Korrekturmeldung des Jahres 2024 verwendet (Satzart 713).

Anlage: Übersicht der Vollerhebungen vor Kassenausschluss

Vollerhebung vor KA für das Ausgleichsjahr 2025			
	Referenzjahr (Abschnitt 2.1.2)	Jahresausgleich (Abschnitt 2.1.1)	Korrektur Jahresausgleich
Grundmenge Versicherte	SA703 2022 Erstmeldung	SA703 2025 Erstmeldung	SA713 2025 Korrekturmeldung
Versicherten- stammdaten	SA100 2022 Erstmeldung 2021 Korrekturmeldung	SA100 2025 Erstmeldung 2024 Korrekturmeldung	SA110 2025 Erstmeldung 2024 Korrekturmeldung
Morbiditäts- informationen	SA100, 400, 500, 600 2021 Korrekturmeldung	SA100, 400, 500, 600 2024 Korrekturmeldung	SA100, 400, 500, 600 2024 Korrekturmeldung

KA = Kassenausschluss, SA = Satzart.