

#01

# einsnull

## Morbi-RSA

### Themen dieser Sonderausgabe

Der Morbi-RSA erklärt

Datengrundlagen

Theoretische Grundlagen

Geschichte des Morbi-RSA

Gesamtvolumen und  
Behandlungskosten

Gut zu wissen: Zentrale  
Begriffe rund um den Morbi-RSA

Die Maschinerie im Griff:  
Das Produkt-Portfolio von  
BITMARCK zum Morbi-RSA  
im Überblick



BITMARCK®

# Inhalt

## 04

---

**Kennen Sie eigentlich den Morbi-RSA?**  
Der Risikostrukturausgleich verteilt rund  
300 Milliarden Euro im Gesundheitswesen

## 10

---

**Datengrundlagen des Morbi-RSA**  
Wie funktioniert das eigentlich?

## 16

---

**Die Maschinerie im Griff**  
Unsere Expertise im Kontext Morbi-RSA

## 18

---

**Kompakt dargestellt**  
Das Produkt-Portfolio von BITMARCK zum  
Morbi-RSA im Überblick

## 22

---

**Über Gerechtigkeit und Rosinenpickerei**  
Wir stellen die theoretischen Grundlagen  
des Morbi-RSA vor

## 27

---

**Von einfach zu komplex**  
Das ist die Geschichte des Morbi-RSA

## 32

---

**Gesamtvolumen und Behandlungskosten**  
Das sind die kostenintensivsten Risikogruppen

## 34

---

**Gut zu wissen**  
Begriffe und Fakten rund um den Morbi-RSA

# LIEBE LESERINNEN UND LESER

**D**ie einsnull Print hat uns beinahe seit Gründung der BITMARCK begleitet. Das Magazin war über viele Jahre eines der Aushängeschilder unserer Kundenkommunikation. Wir haben hier neue Entwicklungen vorgestellt, über Veranstaltungen berichtet und Strategien erläutert. Doch in Zeiten von digitalen Newslettern wie der einsnull kompakt und schnell veröffentlichten Informationen auf Social Media haben wir immer stärker gespürt, dass wir mit der einsnull in bisheriger Form nicht mehr Aktualität in dem Maße bieten können, wie Sie als Leserinnen und Leser, aber auch wir als Herausgeber es uns wünschen würden.

Wir haben uns daher grundlegend gefragt: Braucht es heutzutage überhaupt noch ein Magazin wie die einsnull? Wir meinen ja – aber mit anderer Ausrichtung! Im Rahmen einer inhaltlichen Neukonzeption wird die einsnull Print künftig zu einem Magazin werden, das sich in jeder Ausgabe einem anderen Schwerpunkt widmet – die Beiträge sind dabei bewusst sachlich-orientiert und erklärend gehalten. Unser Ziel: Ihnen einen noch größeren Mehrwert zu bieten. Indem wir wichtige und zentrale Informationen zu einem Thema bündeln. Und indem wir Begriffe und Hintergründe erläutern und auch komplexe Materie erklären. In Summe wird die neue einsnull so zu einem Nachschlagewerk, das für einen langen Zeitraum relevant bleibt.

Ich freue mich sehr, Ihnen die vorliegende erste Ausgabe im neuen Konzept vorstellen zu dürfen. Inhaltlich haben wir uns dem Morbi-RSA gewidmet: Was ist der Morbi-RSA eigentlich? Wie setzt er sich zusammen? Was ist seine Historie und was sind eigentlich die kostenintensivsten Risikogruppen? All diese – und noch viele weitere – Fragen werden in diesem Heft aufgegriffen. Und natürlich lassen wir an einigen Stellen auch unsere Kompetenzen in den jeweiligen Schwerpunkten durchblicken. Damit Sie wissen, bei welchen Aspekten des Morbi-RSA wir Sie mit welchen Dienstleistungen und Produkten unterstützen können.

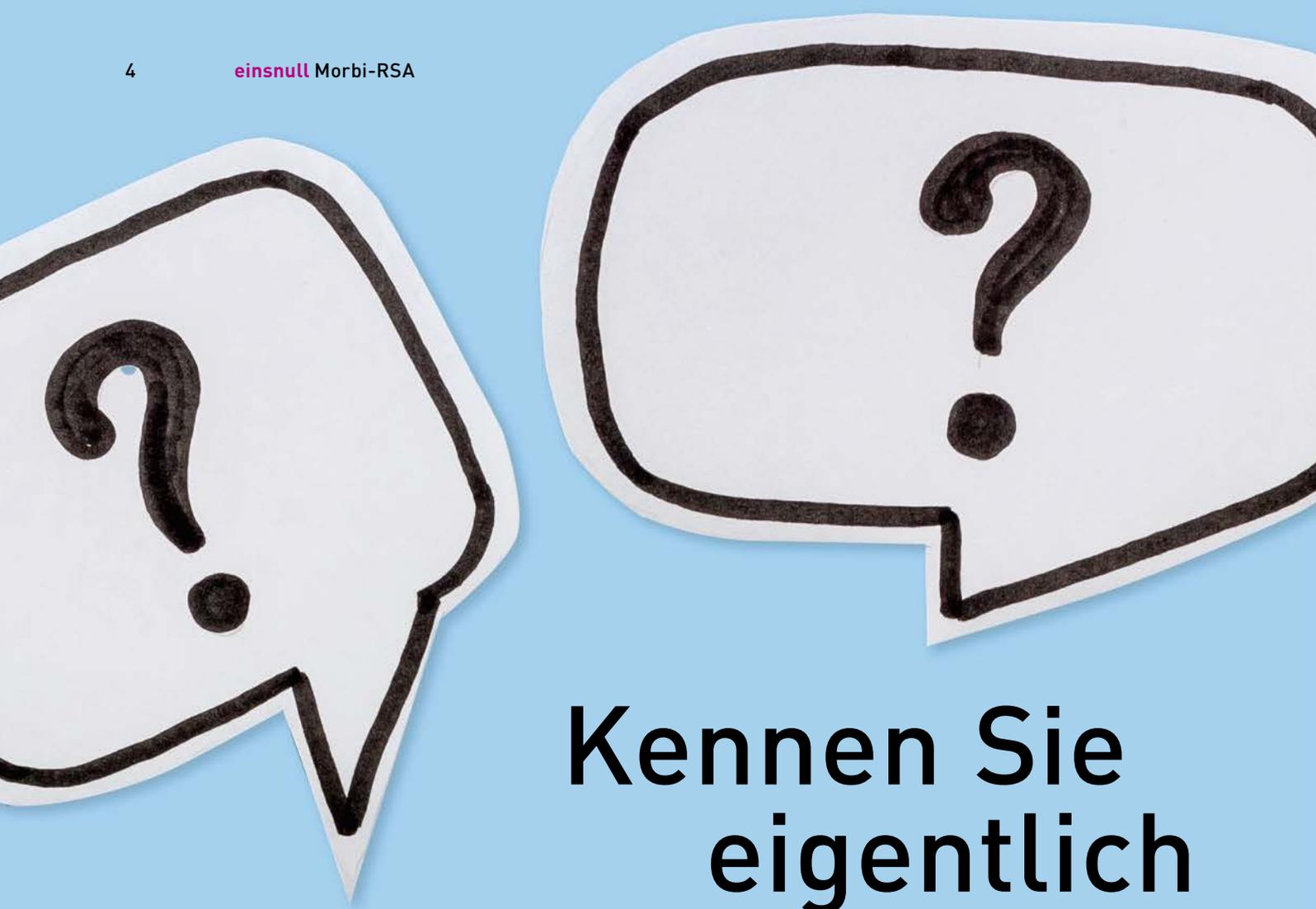
**Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen der einsnull-Sonderausgabe zum Morbi-RSA!**

**Herzliche Grüße**



**Andreas Strausfeld**  
Vorsitzender der BITMARCK-Geschäftsführung





# Kennen Sie eigentlich den Morbi-RSA?

## Der Risikostrukturausgleich verteilt rund 300 Milliarden Euro im Gesundheitswesen

**D**er morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems und spielt eine entscheidende Rolle bei der Finanzierung und dem Risikoausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dieser Artikel erläutert die Entwicklung, Finanzierung sowie Funktionsweise des Morbi-RSA und beleuchtet weitere wichtige Aspekte dieses komplexen Systems.

### Entwicklung und Notwendigkeit

Im Jahr 1994 wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Zu Beginn fanden ausschließlich die Risikomerkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus Berücksichtigung. Seither stand beim Risikostrukturausgleich die kontinuierliche Verfeinerung im Mittelpunkt. Die Weiterentwicklung obliegt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), das zur Unterstützung einen wissenschaftlichen Beirat eingerichtet hat. Als Ergebnis der fortlaufenden Weiterentwicklungen wurde 2009 der heutige Morbi-RSA eingeführt, erstmals wurde dabei die Morbidität (Krankheitslast) der Versicherten berücksichtigt – ein Umstand, den auch die entsprechende Umbenennung verdeutlicht.



Die Meilensteine in der Entwicklung und Weiterentwicklung des Morbi-RSA können Sie dem Artikel „Das ist die Geschichte des Morbi-RSA“ in diesem Heft entnehmen.



## Warum ist der Morbi-RSA überhaupt notwendig?

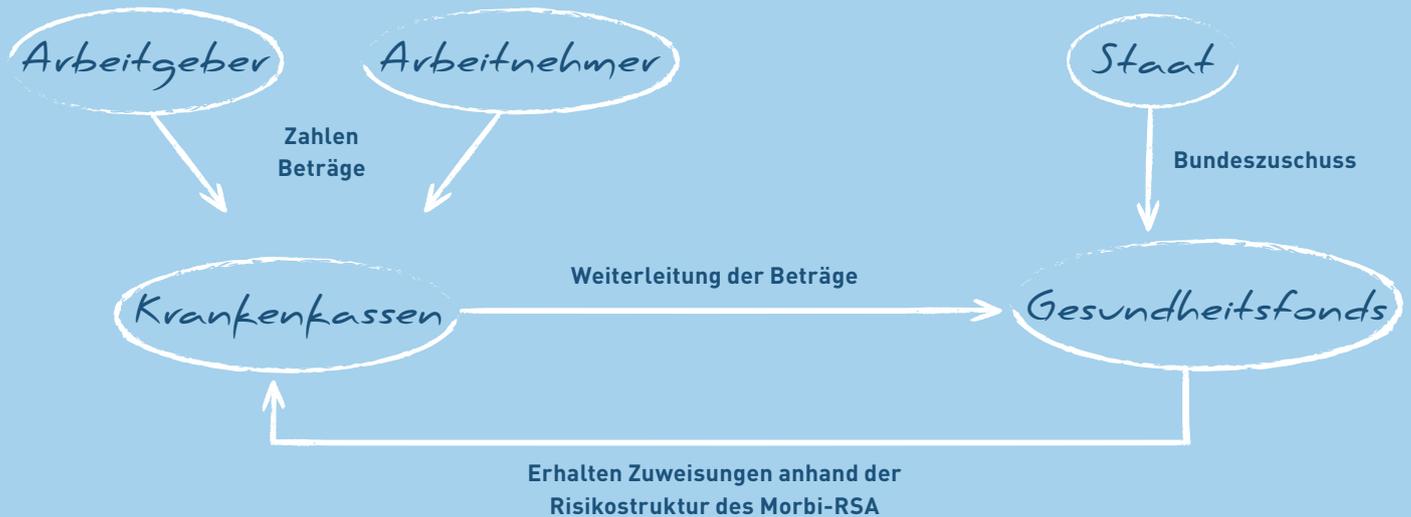
Seit dem 01. Januar 1996 gibt es die freie Krankenkassenwahl für alle Mitglieder der GKV, d.h. jeder kann seine Krankenkasse frei wählen. Gleichzeitig unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen dem Kontrahierungszwang, was bedeutet, dass diese verpflichtet sind, Mitglieder unabhängig von deren Alter, Gesundheitszustand oder ihrer finanziellen Leistungskraft aufzunehmen. Aus diesem Grund haben Krankenkassen eine ungleiche Mitglieder- bzw. – wenn man die Ehepartner und Kinder der Mitglieder hinzurechnet – Versichertenstruktur. Manche Krankenkassen haben beispielsweise überdurchschnittlich viele kranke Versicherte mit niedrigem Einkommen, andere Krankenkassen haben überdurchschnittlich viele gut verdienende und gesunde Versicherte.

Um einer Risikoselektion vorzubeugen und für einen fairen Wettbewerb in der GKV zu sorgen, gibt es den Morbi-RSA. Ohne diesen könnten Krankenkassen versuchen, Risikopatienten mit Krankheiten bzw. hoher Morbidität zu meiden, um entsprechende Kosten zu sparen.

Das Ziel des Morbi-RSA besteht darin, die finanzielle Stabilität der Krankenkassen langfristig sicherzustellen. Krankenkassen, die eine überdurchschnittlich hohe Versichertenmorbidität haben, erhalten ein an die Versichertenstruktur angepasstes Zuweisungsvolumen, um die zusätzlichen Belastungen auszugleichen.

## Finanzierung und Einnahmen des Morbi-RSA

Die gesetzlichen Krankenkassen leiten die gezahlten Beiträge ihrer Mitglieder direkt an den Gesundheitsfonds weiter. Neben den gezahlten Beiträgen von Mitgliedern und Arbeitgebern erhält der Gesundheitsfonds einen jährlich variierenden Zuschuss vom Bund. Die Beitragseinnahmen und der Bundeszuschuss führen im Gesundheitsfonds derzeit zu einem jährlichen Gesamtvolumen von ca. 300 Milliarden Euro. Das Budget im Gesundheitsfonds wird durch das BAS verwaltet und durch Zuweisungen anhand der Risikostruktur des Morbi-RSA an die Krankenkassen ausgezahlt. ▶



Diese Grafik zeigt die Einordnung des Morbi-RSA in die Finanzströme der GKV

## Funktionsweise des Morbi-RSA

Wie bereits erwähnt, ist das Hauptziel des Morbi-RSA, die finanziellen Belastungen der Krankenkassen, bedingt durch unterschiedliche Versichertenstrukturen (Alter, Geschlecht, Wohnort und Morbidität), auszugleichen.

### Doch wie genau funktioniert dieser Risikoausgleich?

Die Versicherten nehmen aufgrund einer Erkrankung Leistungen in Anspruch. Die entsprechenden Abrechnungsdaten der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken werden mit Diagnoseschlüsseln (ICD-Codes) an die Krankenkassen weitergeleitet.

In Form von regelmäßigen Datenmeldungen (Satzarten) der Krankenkassen werden diese Versicherteninformationen an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) übermittelt – bei unseren Kundinnen und Kunden mit einem Zwischenschritt über die BITMARCK-Kopfstelle für verschiedene Plausibilitätsprüfungen. Die Meldungen beinhalten beispielsweise das Alter, das Geschlecht, den Wohnort, die Arzneimittelverordnungen und die Krankheitsdiagnosen der Versicherten. Nach Prüfung durch den GKV-SV werden die Satzarten in einem weiteren Schritt an das BAS weitergeleitet. Das BAS stellt auf dieser Grundlage die Morbidität der Versicherten fest und berechnet das Zuweisungsvolumen der einzelnen Krankenkassen. Im nachfolgenden Artikel „Datengrundlagen des Morbi-RSA“ gibt es eine ausführliche Übersicht und weitere Erläuterungen zu den einzelnen Datenmeldungen.

Nach § 266 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) setzen sich die Zuweisungen der Krankenkassen aus einer Grundpauschale sowie aus risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zusammen<sup>1</sup>. Die risikoadjustierten Zuweisungen werden mithilfe der Regelungen des Morbi-RSA berechnet. Hierfür werden die Versicherten in Risikogruppen eingeteilt. Die Versichertenzuordnung zu den Risikogruppen erfolgt u. a. anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und Morbidität. Dazu kommen regionale Merkmale ebenso wie die Berücksichtigung, ob seitens der Mitglieder Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V besteht. Auf Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale wird die Versichertenmorbidität festgestellt. Die regionalen Merkmale berücksichtigen wohnortbedingte Kostenunterschiede, beispielsweise Sterbekosten oder die Kosten der ambulanten Pflege in einer Region.

Für jedes Ausgleichsjahr gibt es ein neues Versichertenklassifikationsmodell, das die Risikogruppen definiert. Das Klassifikationsmodell wird jeweils prospektiv zum 30. September eines Jahres für das folgende Ausgleichsjahr vom BAS festgelegt und ist somit entscheidend für das Zuweisungsvolumen, das eine Krankenkasse zur Versorgung ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält.



## Im Folgenden werden einige Risikogruppen des Morbi-RSA genauer erläutert:

### Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG)

Die Zuweisungshöhe ergibt sich aus dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten. Im Ausgleichsjahr 2024 gibt es 40 Alters-Geschlechts-Gruppen. Versicherte können pro Ausgleichsjahr ausschließlich einer AGG zugeordnet werden.

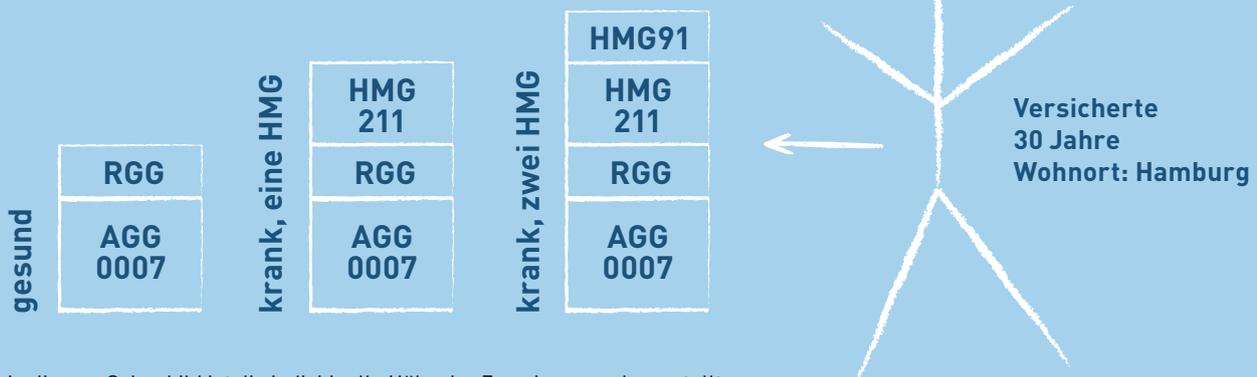
### Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)

Zur Klassifikation von Erkrankungen und deren finanziellen Bewertungen werden ICD-Codes in Diagnosegruppen zusammengefasst. Diagnosegruppen werden unter Kosten- und medizinischen Aspekten zu HMGs gebündelt. Für das Ausgleichsjahr 2024 wurden 385 hierarchisierte Morbiditätsgruppen festgelegt.

### Regionalgruppen (RGG)

Die Versicherten werden auf Basis ihrer Wohnorte entsprechenden Regionalgruppen zugeordnet. Im Ausgleichsjahr 2024 spielen dabei u. a. folgende regionale Merkmale eine Rolle: regionale Sterbekosten, ambulante Pflege, Zuweisungen, stationäre Pflege, kleine und mittlere Unternehmen, Pflegebedürftige, Pendlersaldo und Ausländeranteil.

Die Zuordnung in die Risikogruppen und die daraus resultierende Zuweisungshöhe sind versichertenindividuell. In der nächsten Abbildung werden die unterschiedlichen Höhen der Zuweisungen dargestellt. Für eine 30-jährige Versicherte, wohnhaft in Hamburg, die keinerlei Erkrankungen hat, erhält eine Krankenkasse weniger Zuweisungen (AGG und RGG) als für eine gleichaltrige Versicherte, die erkrankt ist (AGG, RGG plus HMG). ➤



In diesem Schaubild ist die individuelle Höhe der Zuweisungen dargestellt

<sup>1</sup> [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_266.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_266.html)

## Grundlegende Morbi-RSA-Reform durch das GKV-FKG

Mit dem Ausgleichsjahr 2021 wurde der Morbi-RSA durch das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG) umfassend reformiert. Mittels GKV-FKG sollte der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gerechter und die Manipulationsresistenz gestärkt werden. Auf die wichtigsten Anpassungen wird im Folgenden näher eingegangen. Eingeführt wurden u. a.:

### Das Vollmodell

Durch das GKV-FKG werden seit dem Jahr 2021 in einem sogenannten Vollmodell alle Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt. Bis 2020 wurden in den Morbi-RSA ausschließlich 80 chronische und schwerwiegende Krankheiten einbezogen.

### Die Manipulationsbremse

Durch die Manipulationsbremse soll der Morbi-RSA gegen Manipulationen gestärkt werden. Aufgrund eines in den Datenmeldungen beobachtbaren stetigen Anstiegs der Versichertenmorbidity, der weder auf den demografischen Wandel noch auf reale Morbiditätsentwicklungen zurückgeführt werden kann, wurde dieses Element eingeführt. Die Manipulationsbremse soll also dafür sorgen, dass Versicherte nicht morbider dargestellt werden, als sie sind, und die Krankenkassen somit keine zu hohen Zuweisungen für diese Versicherten erhalten.

Konkret prüft das BAS die Steigerungsraten der übermittelten Daten der Krankenkassen (HMG) auf statistische Auffälligkeiten. Bei Auffälligkeiten werden die betroffenen HMG ausgeschlossen und die Zuschläge somit gestrichen.

Die Wirksamkeit der Manipulationsbremse soll noch im Jahr 2023 durch den wissenschaftlichen Beirat in einer ersten Evaluation überprüft werden.

### Die Regionalkomponente

Auf die Regionalgruppen wurde bereits eingegangen. Hintergrund für die Einführung dieser Gruppen durch das GKV-FKG sind die unterschiedlichen regionalen Kosten der Versorgung in Deutschland. Aufgrund von diversen Faktoren ist beispielsweise die Versorgung von Versicherten in Hamburg und München teurer als die Versorgung in dünn besiedelten Regionen. Dies bedeutet einen finanziellen Wettbewerbsvorteil für Krankenkassen, die vor allem in „günstigeren“ Regionen aktiv sind. Diese regionalen Kostenunterschiede, die zu wohnortbedingten Über- bzw. Unterdeckungen führen, werden durch die Regionalkomponente im Morbi-RSA mittels Zu- bzw. Abschläge berücksichtigt.

Auch die Wirksamkeit der Regionalkomponente soll noch im Jahr 2023 vom wissenschaftlichen Beirat überprüft werden.

### Die Vorsorgepauschale

Die Präventionsorientierung des Morbi-RSA soll durch die Vorsorgepauschale gestärkt werden. Die Krankenkassen sollen angeregt werden, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern.

## Der Hochrisikopool

Beginnend mit dem Ausgleichsjahr 2021 wurde zudem ein Hochrisikopool eingerichtet. Durch diesen Risikopool findet ein versichertenbezogener anteiliger Istkosten-Ausgleich statt. Liegen die Ausgaben für einen Versicherten über 100.000 Euro in einem Ausgleichsjahr, werden 80 Prozent des darüberliegenden Betrags an die jeweilige Krankenkasse erstattet. Hat ein Versicherter zum Beispiel Leistungsausgaben in Höhe von 300.000 Euro, werden 160.000 Euro direkt durch den Risikopool erstattet, die restlichen 140.000 Euro muss die Krankenkasse durch die regulären Zuweisungen anhand des Morbi-RSA abdecken (vgl. Abbildung), wobei hier i. d. R. immer noch eine Deckungslücke bei der Krankenkasse entsteht. Ziel des Hochrisikopools ist es, die Versorgung von Versicherten mit schweren und kostenintensiven Erkrankungen zu sichern und die finanziellen Belastungen unter den Krankenkassen besser auszugleichen.



Auf einen Blick: Die Kostenerstattung im Hochrisikopool

## Fazit

Wie hier ersichtlich wird, werden die Verfahrensregelungen des Morbi-RSA immer komplizierter. Die erläuterte große Morbi-RSA-Reform aus dem Jahr 2021 brachte verschiedene neue Elemente mit sich, die das Verfahren zwar präziser, jedoch auch schwerer zu durchschauen machte. Dabei sind nicht nur die Regelungen kompliziert, auch der Aufwand zur Ermittlung der erforderlichen Datengrundlagen steigt jedes Jahr weiter an, wie der Artikel „Datengrundlagen des Morbi-RSA“ in diesem Heft zeigt.

Daneben gibt es innerhalb der GKV von verschiedenen Seiten Kritik an einzelnen Elementen des Morbi-RSA. Einige bemängeln z. B. hohe jährliche Zuweisungsschwankungen beim Regionalfaktor, die die finanzielle Planungssicherheit beeinträchtigen. Andere sehen vulnerable Gruppen wie Pflegebedürftige unzureichend berücksichtigt.

Um die kritischen Punkte aufzuarbeiten und den Morbi-RSA weiterzuentwickeln, wird das BAS durch einen wissenschaftlichen Beirat unterstützt<sup>2</sup>. Dieser erstellt regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, ein Gutachten über die Wirkungen des Morbi-RSA: An der Maschinerie des Morbi-RSA wird es somit auch weiterhin stetig Veränderungen geben. ■

<sup>2</sup> <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat/>

# *Datengrundlagen des Morbi-RSA*

## *Wie funktioniert das eigentlich?*

**W**er die Datengrundlagen des Morbi-RSA erklären möchte, der kommt um § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V nicht herum. Denn diese Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes bildet die Grundlage für die Datenmeldungen zum Morbi-RSA – und diese aus den Kassensystemen wie BITMARCK\_21c\ng erzeugten Datenmeldungen sind wiederum die Grundlage zur finalen Berechnung des Morbi-RSA. Besagte Bestimmung wird vom GKV-Spitzenverband meist Endes des Jahres vorgenommen und ist immer vom 15. April des folgenden Jahres bis zum 14. April (Schlüsseljahr) des darauffolgenden Jahres gültig. Die Bestimmung wird im Vorfeld in Zusammenarbeit mit den Kassensartenvertretern ausgearbeitet – und anschließend vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes beschlossen.

Das Morbi-RSA-Datenjahr beginnt demzufolge jeweils im April für die Krankenkassen mit der Abholung des sogenannten Pseudonymisierungsschlüssels. Dieser muss von den Krankenkassen vom 15. April bis zum 15. Mai eines Jahres online vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bezogen werden und besteht aus zwei Teilen: dem kasseneinheitlichen und dem kassenindividuellen Schlüssel. Er dient zur einheitlichen Verschlüsselung der KV-Nummern – damit wird gewährleistet, dass sämtliche Datenmeldungen eines Meldejahres miteinander verknüpft werden können. >





## Alles beginnt mit der Korrekturueldung...

Die erste Meldung eines jeden Morbi-RSA-Jahres ist die sogenannte Korrekturmeldung – hier in aller Kürze die wichtigsten Fakten:

- Die Korrekturmeldung hat bis zum 31. Mai zu erfolgen.
- Sie bezieht sich auf das Meldejahr minus 2 Jahre. Im Meldejahr 2023 wurde die Korrekturmeldung beispielsweise für das Berichtsjahr 2021 gemeldet.
- Die Korrekturmeldung umfasst folgende Satzarten (SA): SA100 (Versichertenstammdaten), SA400 (Daten der Arzneimittelversorgung), die SA500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung) und SA600 (Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung).



## Die Satzart 100 ist das Herzstück der Morbi-RSA-Datenmeldung.

Alle Pseudonyme, die in den anderen 3 Satzarten gemeldet werden, müssen auch in der SA100 vorhanden sein. Die Versicherteninformationen in der SA100 umfassen beispielsweise das Geburtsjahr, das Geschlecht, die Anzahl der Versichertentage sowie Anzahl der Erwerbsminderungsrententage oder die Versichertentage im Ausland.

- Die SA400 beinhaltet neben dem Versichertenpseudonym das Verordnungsdatum, die Pharmazentralnummer sowie die Anzahl der Einheiten oder den Faktor.
- In der SA500 werden das Versichertenpseudonym, der Entlassungsmonat, der Fallzähler, die kodierte Diagnose, die Lokalisation, die Art der Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) und die Art der Behandlung gemeldet.
- Die SA600 umfasst neben dem Versichertenpseudonym das Leistungsquartal, die kodierte Diagnose, die Qualifizierung, die Lokalisation, den Datenweg und die Vertragsnummer.





## ... auf die Korrekturmeldung folgt die Erstmeldung...

Nach der Korrekturmeldung ist bis zum 31. Juli die Erstmeldung abzugeben, diese umfasst das Meldejahr minus ein Jahr. Neben den Satzarten 100, 400, 500 und 600 sind zur Erstmeldung auch die ...

- ... SA303 (zeitraumbezogene beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten),
- ... SA304 (fallbezogene Leistungsausgaben für Krankengeld),
- ... SA700 (personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben),
- ... SA703 (personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben – netto),
- ... SA821 (Meldung der Zusatzbeitragssätze und Mitgliederzahlen zur Durchführung des Einkommensausgleichs) und die ...
- ... SA831 (Vorsorgepauschale) zu erfassen.

Nach der Erstmeldung erfolgt bis zum 15. August die Meldung der **Satzart 111 Z1**, die sogenannte **Halbjahresmeldung**. Hierbei werden die Versichertenangaben vom 01. Januar bis 30. Juni des jeweiligen Meldejahres gemeldet. Von der SA100 unterscheidet sich die SA111 Z1 nur dadurch, dass zum Beispiel die Angaben zur Erwerbsminderung, zur Kostenerstattung sowie zur Auslandsversicherung fehlen. Das neue Kalenderjahr startet im Morbi-RSA dann mit der Meldung der **Satzart 111 Z2**. Dabei werden die Versichertenstammdaten genau wie in der SA111 Z1 gemeldet, der Meldezeitraum umfasst aber das gesamte Meldejahr. Die SA111 Z2 muss bis zum 15. Februar abgegeben werden.



## ... der Abschluss: Die Meldung zum Ende des Schlüsseljahres

Die letzte Meldung des Schlüsseljahres muss zum 31. März erfolgen. Hierbei ist die **Satzart 110** (Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten) des Berichtsjahres und des Berichtsjahres minus 1 abzugeben. Die SA110 der Berichtsjahre 2021 und 2022 müsste somit beispielsweise zum 31. März 2024 gemeldet werden. Übrigens: Im Gegensatz zur SA100 wird das Kennzeichen zur extrakorporalen Blutreinigung in der Satzart 110 nicht gemeldet – ansonsten entsprechen beide Satzarten einander.

Zusätzlich zu den Versichertenstammdaten werden die **SA713** und die **SA832** gemeldet. Beide Korrekturmeldungen umfassen das Berichtsjahr – in obigem Beispiel das Jahr 2022.

- Die **SA713** bildet als Korrekturmeldung zur **SA703** die Grundlage zur Ermittlung der Erstattungen aus dem Risikopool für die Krankenkassen (siehe hierzu auch den Artikel Morbi-RSA erklärt auf Seite 4). Eine Neumeldung der Ausgaben im März ist notwendig, weil oftmals zum Zeitpunkt der Erstmeldung noch nicht alle Ausgabeninformationen vorliegen.
- Die **SA832** ist die Korrekturmeldung der Vorsorgepauschale – hier werden alle Felder wie in der **SA831** gemeldet.

Sowohl für die **SA713** als auch für die **SA832** gilt, dass alle Versichertenpseudonyme, die in den jeweiligen Satzarten gemeldet werden, auch in der **SA110** vorhanden sein müssen.

Mit diesen letzten vier Satzarten enden das Bestimmungsjahr und die Datenmeldung – bis es wieder mit einem neuen Bestimmungsjahr von vorne losgeht. >

# Morbi-RSA-Datenermeldung auf einen Blick



## Kurz erklärt: Wer prüft eigentlich die Satzarten – und wie oft muss das sein?



Zur Gewährleistung der Korrektheit der von den Krankenkassen gemeldeten Satzarten führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) regelmäßig Prüfungen durch. Die Verfahren sind in der Datenbestimmung zur Prüfung nach § 20 Abs. 2 Satz 3 RSAV beschrieben. Alle drei Jahre werden die Satzarten 100, 400, 500 und 600 geprüft. Das BAS zieht eine Stichprobe von den gemeldeten Versicherten, für diese muss die Richtigkeit der gemeldeten Versichertenzeiten und der gemeldeten Diagnose bzw. Pharmazentralnummer (PZN) belegt werden. Die Prüfung der Diagnosen und PZN erfolgt hauptsächlich automatisiert. Dazu melden die Krankenkassen der BITMARCK die sogenannten Prüfsatzarten, welche die gemeldeten Diagnosen/PZN der Krankenkassen enthalten. Diese werden anschließend mit den original gelieferten TP-Leistungsdaten verglichen. Dabei wird in etwa 99% der Fälle eine korrekte Diagnose bestätigt. Die verbleibenden Diagnosen können im zweiten Schritt in der Regel manuell belegt werden.

## Fazit

Der vorliegende Artikel zeigt: Die Mechanik des Morbi-RSA ist sehr kompliziert, und auch die Datenmeldungen sind ziemlich aufwändig. Erschwerend kommt hinzu, dass immer wieder neue Satzarten aufgenommen werden, wodurch die Komplexität (aber auch die Bürokratie) des gesamten Verfahrens weiter zunimmt. Um dabei den Durchblick zu bewahren und korrekte Ergebnisse zu liefern, bedarf es einer hohen fachlichen Expertise – an dieser Stelle kommt BITMARCK ins Spiel.

### Doch welche Rolle spielen wir hierbei eigentlich genau?

Die Datenmeldungen des Morbi-RSA werden im BITMARCK\_21cInG der Krankenkassen erzeugt und an BITMARCK als Kopfstelle für das BKK- und IKK-System gesendet. Hier erfolgt zunächst die Annahme der Datenmeldungen, zudem wird die Korrektheit der Struktur geprüft. Anschließend findet eine inhaltliche Prüfung statt. Die in der Bestimmung vorgeschriebenen Kennzahlen werden für jede Krankenkasse und jede Satzart exakt ermittelt. Die erzeugten Kennzahlen erhalten die Krankenkassen nach erfolgreicher Prüfung über das BITMARCK-Kundenportal. Bei einer Überschreitung der vorgeschriebenen Grenzen für die einzelnen Kennzahlen erfolgt natürlich eine Benachrichtigung der Krankenkassen. Gut zu wissen: Es besteht immer die Möglichkeit, die Satzarten nach Korrekturen in den Systemen der Krankenkassen neu zu erzeugen und wiederholt an die Kopfstelle zu senden.

BITMARCK bietet seinen Kundinnen und Kunden zudem die Möglichkeit einer Vorabdatenprüfung an: Vor der amtlichen Datenmeldung können die Krankenkassen eine Testmeldung an die Kopfstelle senden und auf diese Weise prüfen, ob die Datenmeldung korrekt ist und die Kennzahlen eingehalten werden. Die amtliche Datenmeldung wird nach der Überprüfung an den GKV-Spitzenverband weitergeleitet. Dieser prüft die Daten für alle gesetzlichen Krankenkassen und fordert bei auffälligen Kennzahlen Begründungen an. Anschließend erfolgt die Weiterleitung an das BAS, das für die abschließende Berechnung des Morbi-RSA-Ausgleichs zuständig ist. ■

# DIE MASCHINERIE IM GRIFF

## Unsere Expertise im Kontext Morbi-RSA

Im Themencluster „Morbi-RSA und Finanzen“ beschäftigen wir uns intensiv mit zahlreichen Themen rund um den Morbi-RSA. Unser Team bietet verschiedene Produkte und Services an, die aufeinander aufbauen und im Gesamtpaket Sicherheit und Orientierung in dieser komplexen Thematik gewährleisten. Dabei steht die persönliche Beratung unserer Kundinnen und Kunden an erster Stelle – unsere Expertise erstreckt sich über den gesamten Ablauf, wie diese Grafik verdeutlicht.



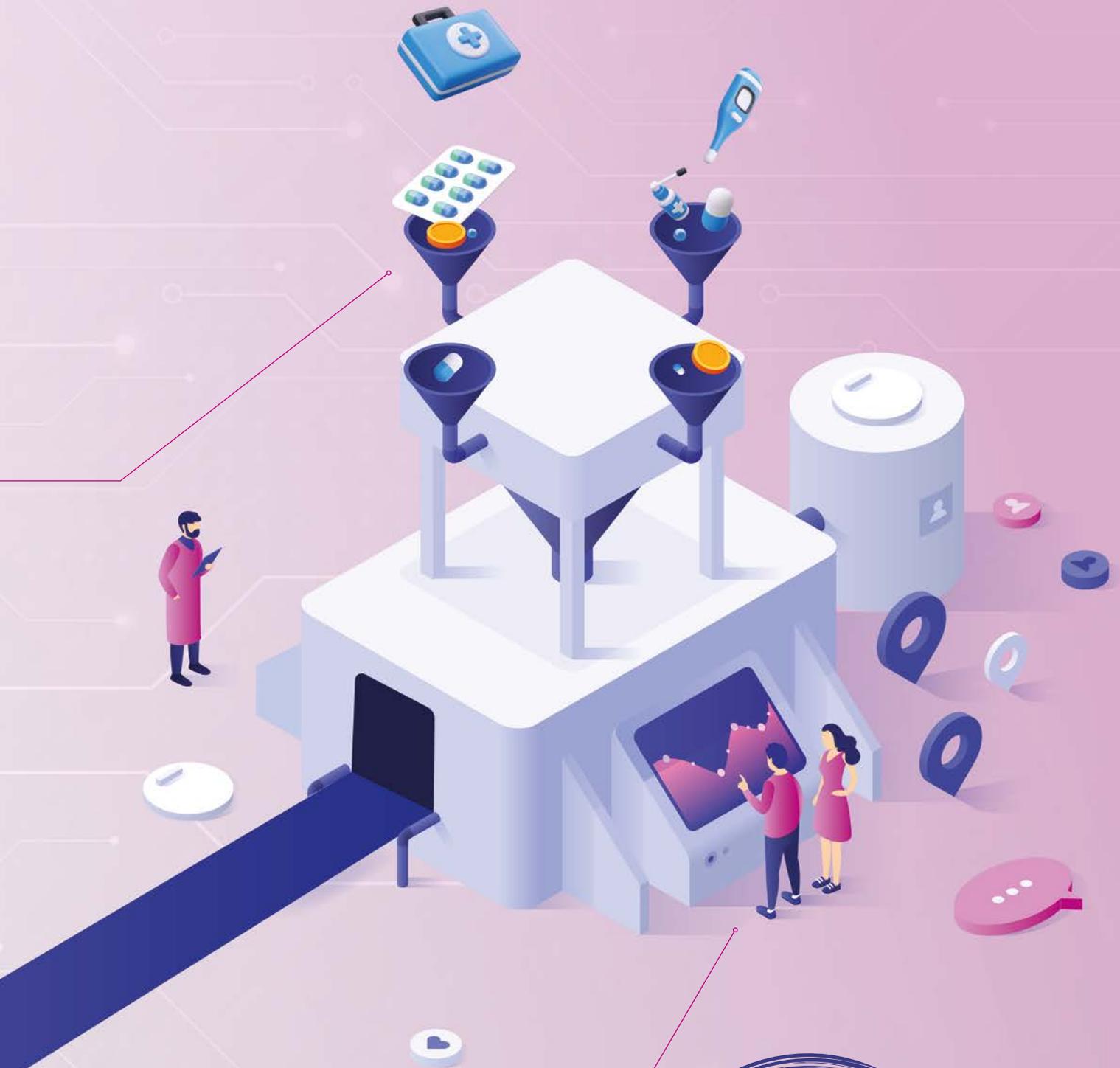
### INPUT: Wir sorgen für eine hohe Datenqualität

Unsere Services im **Bereich Morbi-RSA-Datenmeldungen** stellen geprüfte und fehlerfreie Morbi-RSA-Satzarten sicher. Die Daten werden fristgerecht an den GKV-Spitzenverband weitergeleitet, mit dem wir in einem engen Austausch stehen. Durch unsere intensiven Datenprüfungen, ergänzt durch eine **Vorabdatenprüfung** und den **MRSA-Scan**, erhalten Sie die Sicherheit, dass keine Zuweisungen aufgrund von Fehlern in den Daten verloren gehen: Die Einnahmen aus dem Morbi-RSA werden gesichert.

### OUTPUT: Wir können vorhersagen, wie hoch die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA sein werden

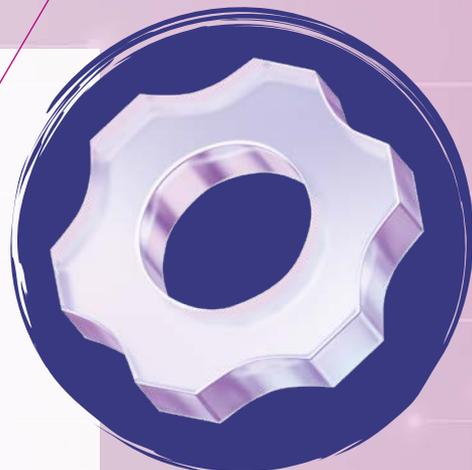
Auf der Basis unseres Morbi-RSA-Nachbaus schätzen wir bereits 2 Jahre vor dem amtlichen Schlussausgleich die endgültigen **Zuweisungen aus dem Morbi-RSA**. Diese Schätzung fließt in unser Finanzprodukt bitForecast\_Web ein. Damit schaffen wir Transparenz, bezogen auf die aktuelle und zukünftige Finanzlage einer Krankenkasse, und kassenindividuelle eigene Analysen können plausibilisiert werden.





## **ÄNDERUNGEN:** Wir können simulieren, wie sich Änderungen des Morbi-RSA auswirken werden

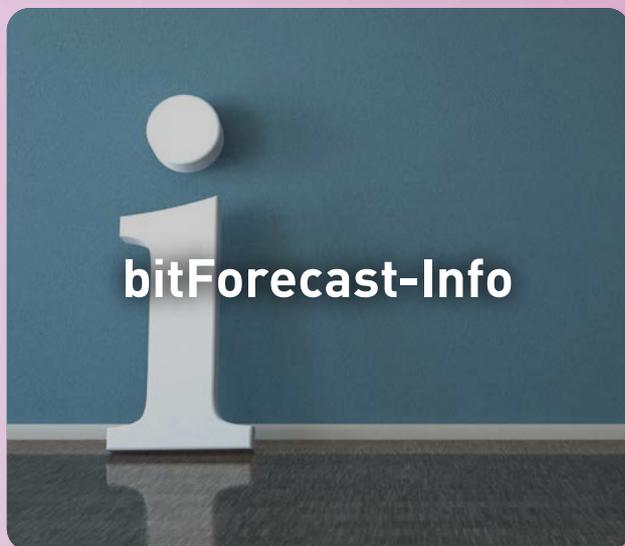
Der Morbi-RSA-Nachbau dient auch bei der Erstellung der **Morbi-RSA-Analysen** als Basis. Hier stellen wir Veränderungen im Morbi-RSA-Verfahren nach, bewerten diese für unsere Kundinnen und Kunden und simulieren Auswirkungen kommender Verfahrensänderungen und möglicher Reformoptionen, z. B. in unserer jährlichen **Morbi-RSA-Konferenz** oder in separaten **Gutachten**. So möchten wir einen Beitrag zu mehr Orientierung im vielschichtigen Morbi-RSA-Verfahren leisten – auf GKV- wie auf kassenindividueller Ebene.



# KOMPAKT DARGESTELLT

Das Produkt-Portfolio von BITMARCK zum Morbi-RSA im Überblick





**MEHR AUF DER  
NÄCHSTEN SEITE ...**

**HÄTTEN SIE ES GEWUSST?** Im Produkt-Portfolio von BITMARCK gibt es zahlreiche innovative Lösungen und Services rund um den Morbi-RSA – diese stellen wir hier kurz und kompakt vor, inklusive der Vorteile für unsere Kundinnen und Kunden. ■

## MRSA-Scan

### Worum geht es?

#### Vor Abgabe der amtlichen Morbi-RSA-Datenmeldung:

- Vergleich der Inhalte von Morbi-RSA-Satzarten, die Krankenkassen erstellt haben
- Vergleichsbasis: Originale Abrechnungsdaten aus dem zentralen Data Warehouse (zDWH) von BITMARCK
- Start: 6 Wochen vor Abgabe der amtlichen Meldung

### Vorteile für Krankenkassen

- Sicherheit, dass keine Zuweisungen aufgrund von Datenlücken oder -fehlern verloren gehen
- Sicherheit, dass die in den Satzarten gemeldeten Krankenhausdaten mit Originaldaten belegbar sind

## Vorabdatenprüfung der Morbi-RSA-Satzarten

### Worum geht es?

#### Vor Abgabe der amtlichen Morbi-RSA-Datenmeldung:

- Fehlersuche und Ermittlung von Verbesserungspotenzial in den Morbi-RSA-Satzarten
- Start: 4 Wochen bis 7 Tage vor Abgabe der amtlichen Meldung

### Vorteile für Krankenkassen

- Sicherheit, dass keine Zuweisungen aufgrund von Datenlücken oder -fehlern verloren gehen

## Morbi-RSA-Datenmeldung

### Worum geht es?

#### Während der amtlichen Morbi-RSA-Datenmeldung:

- Prüfung der amtlichen Morbi-RSA-Satzarten und fristgerechte Weiterleitung an den GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- persönliche Betreuung und Beratung während der Datenmeldung – auch im Austausch mit dem GKV-SV sowie dem BAS

### Vorteile für Krankenkassen

- Sicherheit, dass keine Zuweisungen aufgrund von Datenlücken oder -fehlern verloren gehen
- Sicherheit eines reibungslosen Ablaufs der Datenmeldung

## Morbi-RSA-Prüfsatzdaten

### Worum geht es?

#### Nach der amtlichen Morbi-RSA-Datenmeldung:

- Unterstützung bei der nachträglichen Morbi-RSA-Prüfung durch die Prüfdienste
- maschineller Nachweis von Originaldaten für die Stichprobenversicherten der Morbi-RSA-Prüfungen
- Bereitstellung eines Recherchetools zum Nachweis der in den amtlichen Morbi-RSA-Satzarten gemeldeten Diagnosen (Abfragen in bitInfoNet)

### Vorteile für Krankenkassen

- Arbeitserleichterung und Aufwandsreduktion während der Morbi-RSA-Prüfungen
- Vermeidung von ggf. zu zahlenden Korrekturbeträgen durch umfassende Nachweismöglichkeiten

## Blog „MRSA-Check aktuell“ im BITMARCK-Kundenportal

### Worum geht es?

#### Laufend:

- regelmäßige Informationen zur Einordnung von aktuellen Entwicklungen und rechtlichen Änderungen

### Vorteile für Krankenkassen

- Erhalt von Hintergrundwissen zur Morbi-RSA-Datenmeldung und den Morbi-RSA-Prüfungen
- Sicherheit, dass keine wesentliche Information zur Datenmeldung untergeht

## Morbi-RSA-Konferenz

### Worum geht es?

- jährliche Konferenz mit Informationen zu aktuellen Entwicklungen im Morbi-RSA und deren finanziellen Folgen auf die Zuweisungen
- kassenindividuelle Simulationen der Auswirkungen möglicher Veränderungen
- Vorträge externer Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis

### Vorteile für Krankenkassen

- Orientierung durch eine frühzeitige Abschätzung der finanziellen Auswirkungen von Änderungen im Morbi-RSA
- Erhalt von Hintergrundwissen zur Mechanik des Morbi-RSA

## Analysen & Gutachten zum Morbi-RSA

### Worum geht es?

- im Auftrag erstellte Analysen und Gutachten zu Auswirkungen des Morbi-RSA-Klassifikationsmodells oder Effekten kommender Reformoptionen
- Bewertung von Ideen der Modellausgestaltung auf unterschiedlichste Parameter (beispielsweise im Kontext der Finanz- und Modellgüte)

### Vorteile für Krankenkassen

- Orientierung durch eine frühzeitige Abschätzung der finanziellen Auswirkungen von Änderungen
- Basis für kassen(arten)eigene Positionierungen und/oder Lobbyarbeit

## GKV-Schätzung

### Worum geht es?

- Schätzung der Entwicklung der Versicherten sowie der Einnahmen und Ausgaben in der GKV
- Basis für die Morbi-RSA-Eckwerte (zum Beispiel die Grundpauschale) in bitForecast\_Web und der Wettbewerbsanalyse

### Vorteile für Krankenkassen

- frühzeitige Orientierung bei der Finanzplanung

## bitForecast\_Web

### Worum geht es?

- Softwaretool zum Finanzcontrolling bzw. zur Finanzprognose sowie zur Haushaltsplanung
- Schätzung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA bereits 2 Jahre vor dem amtlichen Schlussausgleich
- persönliche Betreuung und Beratung bei der Prognose von Morbi-RSA-Zuweisungen

### Vorteile für Krankenkassen

- frühzeitige Orientierung bei der Finanzplanung
- Plausibilisierungsmöglichkeit und Absicherung kasseneigener Prognosen

## bitForecast-Info

### Worum geht es?

- Regelmäßige Fachinformationen zu den Bereichen Morbi-RSA und der GKV-Finanzentwicklung

### Vorteile für Krankenkassen

- Erhalt von detailliertem Hintergrundwissen

## Haushaltsplanung

### Worum geht es?

- Veröffentlichungsreihe zur Haushaltsplanung (Oktober/November)
- Informationen zu allen wesentlichen Themen einer strategischen Haushaltsplanung einschließlich anstehender Veränderungen im Morbi-RSA

### Vorteile für Krankenkassen

- Erhalt von detailliertem Hintergrundwissen
- Orientierung bei der Haushaltsplanung

## Wettbewerbsanalyse

### Worum geht es?

- Darstellung der aktuellen sowie eine Prognose der künftigen Wettbewerbssituation einzelner Krankenkassen und der Kassenarten in der GKV (beispielsweise im Kontext Vermögenssituation oder Zusatzbeitragssätze) – unter Berücksichtigung anstehender Veränderungen im Morbi-RSA

### Vorteile für Krankenkassen

- Orientierung bei der Haushaltsplanung
- Abschätzung der Konkurrenzsituation und der generellen Entwicklung der GKV



Haben Sie Fragen zu unseren Produkten, Services und Leistungen rund um den Morbi-RSA?

Dann stehen Ihnen sowohl unsere Fachexpertinnen und -experten unter [morbi-rsa\\_finanzen@bitmarck.de](mailto:morbi-rsa_finanzen@bitmarck.de) als auch unser Kundenmanagement unter [vertrieb@bitmarck.de](mailto:vertrieb@bitmarck.de) gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Nachricht!

# ÜBER *Gerechtigkeit* UND *Rosinenpickerei*

Wir stellen die theoretischen Grundlagen des Morbi-RSA vor

**D**er Risikoausgleich ist ein Kernelement in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland – und beeinflusst maßgeblich die Finanzlage einzelner Krankenkassen und den Wettbewerb insgesamt. Doch wie ist der Risikoausgleich in seiner heutigen Form eigentlich zustande gekommen?

Ein erster Risikoausgleich in der GKV wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) Anfang der 90er Jahre eingeführt. Die Einführung war Teil eines politischen Maßnahmenpaketes, das 1992 ausgehandelt wurde und nach seinem Verhandlungsort als „Lahnstein-Kompromiss“ in die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens eingehen sollte. Zuvor hatte es bereits mehrere große Reformgesetze für die Gesetzliche Krankenversicherung gegeben – mit dem Ziel, die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung zu begrenzen. Diese sogenannten Kostendämpfungsmaßnahmen erzielten aber zumeist nur kurzfristige Erfolge, sodass in den 80er-Jahren die Ausgaben der Krankenversicherung in der Bundesrepublik – wie in vielen anderen entwickelten Volkswirtschaften – weiter dynamisch stiegen.



# Wettbewerbselemente sollten *Anreize* zur *Steigerung* von Effizienz liefern

In der Folge dieser Entwicklungen gewann zunächst in der Wissenschaft und später auch in der Politik die Idee immer mehr Befürworter, durch die Einführung von Wettbewerbselementen in das Krankenversicherungssystem Anreize zur Steigerung der Effizienz zu schaffen:

- Das Gesundheitsstrukturgesetz griff Wettbewerbsideen für die GKV durch die Einführung eines Kassenwahlrechts in Verbindung mit einem Risikoausgleich auf, der ursprünglich auf demografische Variablen und versicherungsrechtliche Statusmerkmale beschränkt war.
- Die zum Risikoausgleich genutzten mathematischen Modelle werden auch als Risikoadjustierung bezeichnet.
- Darunter wird die Nutzung von Informationen auf Patientenebene zur Erklärung von Variation der Leistungsausgaben, der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen oder von Versorgungsergebnissen verstanden.

## „*Prediction Models*“ und „*Payment Models*“

Die Nutzung der Modelle ist nicht allein auf Finanzierungsfragen beschränkt. So lassen sich „Prediction Models“ und „Payment Models“ unterscheiden. Ihnen ist gemeinsam, dass sie die Wirkung bestimmter Faktoren auf Ergebnisvariablen abbilden bzw. adjustieren.

- **Prediction Models** eignen sich u. a. zur Überwachung der Qualität in Versorgungsprozessen, im Fall- oder Disease-Management oder auch zum Controlling im Vertragsmanagement.
- Ihre Funktion ist, die Ergebnisse solcher Maßnahmen um den Einfluss von Merkmalen der Patienten zu bereinigen und dadurch überhaupt erst die Möglichkeit zu schaffen, Qualität und Kosten der Maßnahmen zu bewerten.
- Ohne Risikoadjustierung würden Patientenmerkmale die Evaluation der Ergebnisse eines Versorgungsprogramms erschweren oder sogar unmöglich machen.
- **Payment Models** stellen eine spezielle Form der Risikoadjustierung dar, deren Entwicklung sich aus der Notwendigkeit ergibt, Mechanismen für die Zuteilung von Finanzmitteln in Gesundheitssystemen zu nutzen.
- Sie kommen in wettbewerblichen Gesundheitssystemen zum Einsatz, in denen Konsumenten die Wahl zwischen verschiedenen Krankenversicherungen (bzw. Versorgungsprogrammen) haben.
- Ihre Entwicklung ist daher eng verwoben mit der Etablierung wettbewerblicher Elemente in den Krankenversicherungssystemen vieler westlicher Länder und den dabei beobachteten Strukturveränderungen in Versichertenpopulationen. ▶



# Die Bedeutung der *Risikoadjustierung*

Ohne Risikoadjustierung<sup>1</sup> kommt es in wettbewerblichen Systemen zur Entmischung von Risiken zwischen Krankenversicherungen durch sogenannte adverse Selektion der Versicherten. Das heißt: Versicherer sind durch Wettbewerb dazu gezwungen, Prämien bzw. Beiträge so zu kalkulieren, dass sie die erwarteten Kosten ihrer Versichertenpopulation (ggf. abzüglich anderer Finanzierungsquellen wie staatlicher Zuschüsse) decken. Gleichzeitig wählen Individuen mit niedrigen gesundheitlichen Risiken Versicherungen mit günstigen Beiträgen und geringerem Leistungsumfang, während Versicherte mit höheren gesundheitlichen Risiken und daraus resultierenden erhöhten zukünftigen Versorgungsbedarfen entsprechend ausgestattete und damit teurere Versicherungsangebote wählen. Dies zieht weitere strukturelle Veränderungen in den Versichertenpopulationen der im Wettbewerb stehenden Krankenversicherer nach sich, was wiederum die erwarteten Kosten in der Population durch Zuwanderung hoher bzw. niedriger Risiken weiter verändert und daher zur Neukalkulation von Versicherungsbeiträgen führen muss.

Ohne weitere Korrekturmaßnahmen würden sich die Risikostrukturen und in der Folge die Versicherungsprämien bzw. Beiträge der im Wettbewerb stehenden Krankenversicherer immer weiter auseinanderentwickeln.

Eine solche Entwicklung wirft Fragen zur Effizienz und Gerechtigkeit auf. Risikoäquivalente Beiträge und damit verbundene Beitragsdifferenzen für die Versicherten werden in der GKV durch gesetzliche Regelungen zur Erhebung von Beiträgen verhindert. Der individuelle finanzielle Beitrag zur eigenen Gesundheitsversorgung soll nicht von Faktoren wie Alter, Geschlecht oder bekannten Vorerkrankungen abhängen, sondern von anderen Kriterien – in Deutschland von der Höhe des Einkommens. Der Risikoadjustierung kommt dabei die Funktion zu, die finanzielle Lage der Krankenversicherungen von der gesundheitlichen Risikostruktur der versicherten Population (teilweise) zu entkoppeln:

- Bei Abwesenheit von risikoäquivalenten Beiträgen oder Risikoadjustierung bestehen Anreize zur Risikoselektion, weil Krankenversicherer versuchen könnten, bei gegebener Beitragshöhe Versicherte mit günstigen Risiken und einem erwarteten positiven Deckungsbeitrag anzuziehen. Dies wird in der ökonomischen Literatur unter dem Begriff „Cream Skimming“ („Rosinenpicken“) beschrieben.
- In Systemen (wie dem deutschen), in denen Leistungen der (gesetzlichen) Krankenversicherungen weitgehend durch externe Regelungen und Verfahren vorgegeben und Leistungseinschränkungen dadurch begrenzt sind, sind die Möglichkeiten zur direkten Risikoselektion allerdings gering.
- Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten von Krankenversicherungen, überhaupt auf die Versorgung Einfluss zu nehmen, durch rechtliche und politische Rahmenbedingungen, soziale Faktoren und vor allem medizinische Gegebenheiten beschränkt sind. Dennoch stehen den Krankenkassen grundlegende Informationen über zukünftige oder potenzielle Versicherte zur Verfügung - unter anderem Alter, Geschlecht und Region. Diese können indirekt zur Risikoselektion genutzt werden.

<sup>1</sup> Risiko-Adjustierung kann entweder bezogen auf einzelne Versorgungs-Episoden angewendet werden oder aber für festgelegte Zeiträume, z.B. Jahre. Für die Nutzung im GKV-Kontext ist die Anwendung für festgelegte Zeiträume relevant.

# *Prospektive* und *retrospektive Modelle* leiten Prognosen über den zukünftigen *Ressourcenbedarf* ab

Vor diesem Hintergrund besteht in der Wissenschaft ein breiter Konsens, dass in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem Elemente der Risikoadjustierung erforderlich sind. Weniger einheitlich sind die Positionen zur Frage, welche Faktoren in eine Risikoadjustierungsformel eingeschlossen werden sollten und wie die entsprechenden Modelle konzeptionell aufgebaut sein sollen. Das betrifft zum Beispiel die Frage, welchen Zeithorizont ein Risikoadjustierungsmodell haben soll. In der Literatur werden zwei idealtypische Varianten unterschieden: prospektive und retrospektive Modelle:

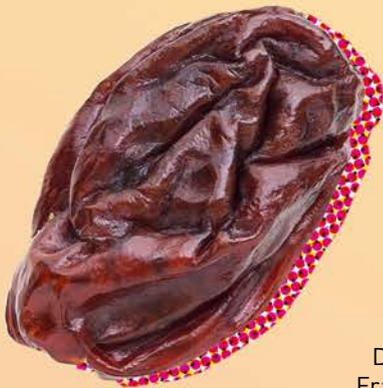
- **Prospektive Modelle** beziehen nur vorab bekannte Informationen über Versicherte ein, um daraus Prognosen über den zukünftigen Ressourcenbedarf abzuleiten.
- Dagegen nutzen **retrospektive Modelle** rückwirkend zur Verfügung stehende Informationen und erklären für eine definierte Periode den Ressourcenverbrauch von Versicherten aus versichertenbezogenen Attributen.
- Prospektive Modelle berücksichtigen aufgrund ihrer „inneren Mechanik“ dabei eher chronische Faktoren zur Erklärung des (künftigen) Ressourcenbedarfs.
- Retrospektive Modelle fußen stärker auf akuten Faktoren. Dies führt dazu, dass die Erklärungsgüte dieser Modelle tendenziell größer ist als die der prospektiven Modelle. ▶

Mehr zur Manipulationsbremse  
im Artikel „**Kennen Sie den  
Morbi-RSA?**“ in diesem Heft.





Sofern ein Risikoadjustierungsmodell primär zur Vermeidung von Risikoselektion dienen soll, spricht der Umstand, dass für Risikoselektion und Risikoentmischung nur vorab (bei Versicherten oder Krankenkassen) bekannte Faktoren relevant sind, allerdings für die Nutzung prospektiver Modelle. Prospektive Modelle weisen außerdem den Vorteil auf, dass Anreize zur Effizienz und zur Vermeidung von Missbrauch eher bestehen bleiben. Bei ihrer Anwendung lohnt es sich für Krankenkassen immer noch, zukünftigen Ressourcenbedarf durch Versorgungs- und Kostenmanagement zu begrenzen, während entsprechende Anreize bei retrospektiven Modellen deutlich abgeschwächt werden. Abschließend ist auch die praktische Implementierung von prospektiven Modellen einfacher als von retrospektiven.



Eine weitere entscheidende Frage ist, welche Attribute in ein Risikoadjustierungsmodell aufgenommen werden sollen. Die größte praktische Relevanz haben Modelle erlangt, die – neben demografischen Informationen – Diagnosen und Arzneimittelinformationen berücksichtigen. Erste Vorarbeiten zeigten bereits in den 80er-Jahren, dass durch die Nutzung von Diagnosen (und später noch Arzneimittelinformationen) eine höhere Erklärungsgüte in der Risikoadjustierung erreicht werden kann, als wenn nur demografische Informationen verwendet werden. Der zukünftige Ressourcenverbrauch von Versicherten kann also mit diesen Merkmalen genauer vorhergesagt werden. In prospektiven Modellen werden dazu Diagnosen aus Vorperioden zur Erklärung von Ausgaben in einem bestimmten Zeitraum herangezogen. Aus der verbesserten Erklärungsgüte gegenüber demografischen Modellen wird abgeleitet, dass Unterdeckungen in bestimmten Versichertengruppen verringert und die damit verbundenen Probleme hinsichtlich Risikoentmischung bzw. -selektion verringert werden können.



Die Nutzung von Diagnosen und Arzneimittelinformationen wirft allerdings Fragen zu Anreizwirkungen auf. Während demografische Faktoren der Versicherten durch die Krankenversicherungen nicht beeinflusst werden können, ist bei Diagnose- und Arzneimittelinformationen eine Beeinflussung grundsätzlich möglich. In der Literatur wurde daher bereits seit den 90er-Jahren darauf hingewiesen, dass diagnosebasierte Modelle Versicherungen bevorzugen können, die ihre Versicherten zur Inanspruchnahme von Leistungen (z. B. Arztbesuchen) animieren oder Wege finden, Ärzte zur vermehrten Dokumentation von Diagnosen (zum sogenannten Upcoding) zu bewegen. Diagnosebasierte Modelle sind also weniger robust gegenüber strategischen Verhaltensweisen und Manipulationen durch Krankenversicherungen. Dies hat in Deutschland zum Beispiel zur Einführung einer Manipulationsbremse geführt.

## Fazit

Wie unsere Aufarbeitung zeigt, ist Risikoadjustierung in der Krankenversicherung mit mehreren Zielkonflikten konfrontiert. Neben der Vermeidung unerwünschter Risikoentmischung und -selektion sind Fragen zur Effizienz und Gerechtigkeit sowie zur Manipulationsanfälligkeit von Interesse. In diesem Spannungsfeld bewegt sich auch die Weiterentwicklung des deutschen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. ■



## VON EINFACH ZU KOMPLEX

# Das ist die Geschichte des Morbi-RSA



**S**eit der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) werden immer wieder kleinere und größere Reformen umgesetzt – und es wird mit jeder Reform komplexer. Aus dem Artikel „Kennen Sie eigentlich den Morbi-RSA?“ wissen wir schon: Der heutige Morbi-RSA bezieht bei den Berechnungen der Zuweisungen für die Krankenkassen die Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse, ihre Diagnosen, Arzneimittelverordnungen, ihre (Hoch-)Kosten, ihren Wohnort – und auch weiterhin ihr Alter und Geschlecht mit ein. Doch bis zu dieser aktuellen Version des Morbi-RSA war es ein langer Weg. Wir werfen daher in dieser Sonderausgabe der einsnull einen Blick auf die Entstehungsgeschichte des RSA und betrachten dabei auch seine Weiterentwicklungen.

Schon vor der Einführung der freien Krankenkassenwahl durch die Versicherten 1996 lag das Thema „Ausgleich“ zwischen den Krankenkassen auf dem Tisch, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Denn manche Krankenkassen – schicksalhaft mit jüngeren und/oder gesünderen Versicherten beglückt – hätten sich sonst finanziell deutlich besserstellen können als andere. Der Ausgleichsgedanke beseelte schon den Ist-Kostenausgleich für versicherte Rentner zwischen den Krankenkassen – ganz besonders aber die Einführung des RSA im Jahr 1994, der zu Beginn noch kein „Morbi“-RSA war. Dieser Ausgleichsgedanke wurde nach der Einführung der freien Kassenwahl für die Versicherten umso relevanter: Einerseits sollten die Krankenkassen nicht weiterhin schicksalhaft gut oder schlecht dastehen, sie sollten aber andererseits auch nicht aktiv um junge und gesunde Versicherte buhlen (mehr Hintergründe hierzu im Artikel „Über Gerechtigkeit und Rosinenpickerei“). ➤



## DIE REALITÄT ZEIGTE:

# Aufangs besaß der RSA noch große Lücken ...

Der frühe RSA berechnete für eine erste Anzahl von Risikomerkmale der Versicherten durchschnittliche Ausgaben – anfangs sogar noch getrennt nach Ost und West. Diese Durchschnitte bildeten die Zuschläge für die Versicherten. Anfänglich ging es dabei um die Ausgleichsmerkmale Alter, Geschlecht, den Erwerbsminderungsrentenstatus und den Krankengeldanspruch; später auch die Teilnahme der DMP (Disease Management Programme).

Doch die Realität zeigte, dass der anfängliche RSA noch recht große Lücken besaß:

- Zwar wurde die Morbidität der Versicherten (und damit ihre Kostenintensität) über Merkmale wie Alter oder Erwerbsminderungsstatus grob abgebildet.
- Gesunde, wenig morbidite Versicherte lieferten aber weiterhin deutlich positive Deckungsbeiträge.
- Die Folge: Krankenkassen hatten immer noch einen Anreiz, möglichst gesunde Gutverdiener (mit geringen Kosten und hohen Beitragszahlungen) zu versichern.

Abhilfe in dieser Sache sollte der 2002 eingeführte Risikopool schaffen. Dieser galt bereits ab einem Schwellenwert von ca. 20.000 Euro und glich 60 Prozent der darüber liegenden Ausgaben aus. Perspektivisch sollten aber differenzierte Ausgleichsgruppen bzw. der Einbezug von expliziten Morbiditätsgruppen / Krankheitsinformationen die Zuweisungen der Krankenkassen bestimmen.

## EINE REVOLUTION?

# 2009 traten weitreichende Änderungen des RSA in Kraft

Aus dem RSA wurde 2009 der morbiditätsorientierte RSA, kurz: Morbi-RSA. Grundlage hierzu war das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) von 2007. Der Morbi-RSA bezog fortan die Morbidität der Versicherten für 80 vorab ausgewählte Krankheiten explizit in den Ausgleich mit ein. Nicht wenige Expertinnen und Experten meinen: Hier von einer Revolution zu sprechen, wäre durchaus angemessen. Parallel zur Einführung dieser nun deutlich differenzierteren Risikogruppen wurde der bisherige Risikopool wieder abgeschafft. Die Zuweisungen für Krankengeld weiterhin ohne Morbiditätsbezug berechnet:

- Die Krankenkassen erhielten ihre Gelder aus dem neu eingeführten Gesundheitsfonds, der sich zum größten Teil aus den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen speist.
- Es bestand seit diesem Zeitpunkt eine Versicherungspflicht.
- Krankenkassen wurden außerdem insolvenzfähig.
- Neben den morbiditätsorientierten Zuschlägen erhielten alle Krankenkassen außerdem das Recht, einen monatlichen Zusatzbeitrag zu erheben – um auf diese Weise die Lücke zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und dem Finanzbedarf zu decken.

## RECHTSSTREITIGKEITEN *nicht ausgeschlossen*

Dass die konkrete Ausgestaltung des Morbi RSA auch für vehemente Diskussionen bis hin zu Rechtsstreitigkeiten führen kann, zeigt das Thema Verstorbene:

- Zu Beginn des Morbi-RSA wurden die Ausgaben von verstorbenen Versicherten bei der Berechnung der Zuschläge nicht auf ein Jahr hochgerechnet („annualisiert“).
- Die entsprechenden Zuschläge für diese Versicherten waren im Durchschnitt zu gering.
- Die Zuschläge nicht verstorbener Versicherter waren im Durchschnitt zu hoch.

Nach der Klage zweier Krankenkassen entschied das Landessozialgericht NRW im Jahr 2013, dass die Ausgaben Verstorbener wie die aller Versicherten bei der Zuschlagsberechnung annualisiert werden müssen. Das BAS musste daraufhin sein Verfahren anpassen.

In den folgenden Jahren wurden die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) im Morbi-RSA immer weiter ausdifferenziert, um das Ausgabengeschehen der Krankenkassen immer besser abbilden zu können. Dabei entstanden auch die ersten Hochkosten-HMG mit über 100.000 Euro Zuschlag, damals noch ohne den noch kommenden neuen Hochrisikopool (Beispiel: die Dialyse-HMG 130). Zum Hintergrund: HMG werden anhand von teuren Arzneimittel-Therapien, Altersgruppen oder eben auch dem Dialysekennzeichen ausdifferenziert.

Mit dem 2015 in Kraft getretenen „GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz“ (GKV-FQWG) wurde aus dem absoluten Zusatzbeitrag ein (neuer) prozentualer Zusatzbeitragssatz. Dieser fungiert weiterhin als zentrale Wettbewerbsgröße und determiniert die Wechselbewegungen innerhalb der GKV zu einem großen Teil.

Das GKV-FQWG brachte darüber hinaus Anpassungen bei der Berechnung von Zuweisungen spezieller Versichertengruppen mit sich. Beispielsweise eine Deckelung der Zuweisungen für Auslandsversicherte (bis dato als Durchschnitte der Zuweisungen für Nicht-Auslandsversicherte berechnet) auf die tatsächlichen Ist-Ausgaben in der GKV. Zuvor wiesen Auslandsversicherte in der Regel eine hohe Überdeckung auf. Eine weitere Deckelung wurde für Versicherte mit Krankengeldausgaben in Form eines sogenannten Hybridmodells eingeführt. Das bedeutet: Die Zuweisungen setzten sich jeweils zu gleichen Teilen aus den tatsächlichen und den nach den geltenden Krankengeldrisikogruppen standardisierten Krankengeldausgaben zusammen. Der schlechte „Fit“ bei der Abbildung der Ausgabenrealität im Krankengeldbereich wird dadurch abgeschwächt. ➤



## KENNZEICHEN des heute geltenden Morbi-RSA

Fünf Jahre später – also 2020 – trat das „Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG) in Kraft und brachte abermals starke Änderungen für den ab 2021 geltenden Morbi-RSA mit sich. Diese Evolutionsstufe stellt im Kern den heute geltenden Morbi-RSA dar. Die wesentlichen Änderungen kurz dargelegt:



Anstatt von 80 Krankheiten wurden nun grundsätzlich alle Krankheiten berücksichtigt (Vollmodell).



Regionale Faktoren sind im Modell integriert. Daraus bilden sich ausgleichsrelevante Risikogruppen.



Für Versicherte mit besonders hohen Ausgaben über anfangs 100.000€ wurde ein teilweiser Ist-Ausgleich eingeführt, der neu aufgelegte (Hoch-)Risikopool. Neu deshalb, weil nur noch sehr hohe Ausgaben teilweise ausgeglichen werden. Eine Wiedereinführung des alten Risikopools aus Alt-RSA-Zeiten mit seinem geringen Schwellenwert hätte den eigentlichen Morbi-RSA mit seinen mittlerweile sehr stark ausdifferenzierten Risikogruppen und teilweise sehr hohen Zuschlagswerten „kannibalisiert“.



Um den Morbi-RSA robuster gegen Manipulation zu gestalten, wurde die sogenannte „Manipulationsbremse“ integriert, die auffällig stark wachsende Krankheitsgruppen vom direkten Ausgleich ausschließt – sofern sich die Anstiege nicht medizinisch oder diagnostisch begründen lassen.



## TENDENZ STEIGEND: SEITENZAHLEN DER ERLÄUTERUNGEN DES KLASSIFIKATIONSENTWURFS IM ANHÖRUNGSVERFAHREN



Die Grafik zeigt: Wer gespannt auf die Fortsetzung des Morbi-RSA wartet,  
kann sich auf umfangreiche Text-Lektüre freuen.

## Fazit

Das GKV-FKG stellt zwar die aktuell gültige – aber sicher nicht die finale Form des Morbi-RSA dar. Aktuell werden bestimmte Komponenten der Neuerung (Regionalisierung und Manipulationsbremse) bereits wieder durch den Wissenschaftlichen Beirat des BAS untersucht. Andere Aspekte der Regelungen werden ebenfalls kontinuierlich evaluiert. Die Ergebnisse dieser Gutachten fließen dann in künftige Versionen des Morbi-RSA ein.

Auch unabhängig von großen oder kleinen Reformen wird es im Morbi-RSA immer Anpassungsbedarf geben: Ändert sich nämlich die medizinische Versorgung oder deren Kosten, müssen auch die Risikogruppen der Zuweisungskalkulation angepasst werden. Die Zukunft des Morbi-RSA und seine Ausgestaltung bleiben spannend und werden uns weiterhin begleiten. Und das uns dabei nicht der Lesestoff ausgeht, zeigt der Umfang der jährlich vom BAS veröffentlichten Modellspezifikationen in der obigen Grafik. ■



# GESAMTVOLUMEN UND BEHANDLUNGSKOSTEN

## DAS SIND DIE KOSTENINTENSIVSTEN RISIKOGRUPPEN

### TOP 10 – GRÖSSTES VOLUMEN

<b>3.403.767.529 €</b>	Dialysestatus, Apherese
<b>2.905.345.049 €</b>	Diabetische Ketoazidose, Koma oder multiple Komplikationen bei D.m. Typ 1 bzw. bei sonstigem Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation
<b>2.586.484.170 €</b>	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)
<b>2.480.065.012 €</b>	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)
<b>2.045.250.734 €</b>	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation
<b>1.960.480.679 €</b>	Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert
<b>1.912.519.681 €</b>	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern
<b>1.883.192.274 €</b>	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom
<b>1.818.191.989 €</b>	Multiple Sklerose mit Dauermedikation
<b>1.801.104.553 €</b>	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation I

Quelle: BAS 2023, Festlegung zum Klassifikationsmodell 2024

### KURZ ERKLÄRT

Die Morbi-RSA-Risikogruppen, über die das größte Zuweisungsvolumen in der GKV verteilt wird, zählen nicht zu den allerteuersten. Konkret findet sich hier eine Mischung aus relativ teuren Risikogruppen, die nicht ganz so häufig sind – und günstigen Risikogruppen, die aber sehr häufig sind.

In der erstgenannten Gruppe befinden sich beispielsweise Dialysestatus oder auch die Therapie mit sogenannten monoklonalen Antikörpern bei bösartigen Neubildungen. In der zweitgenannten Gruppe sind zum Beispiel Diabetes ohne Komplikationen oder auch COPD (Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen; in der entsprechenden Risikogruppe im Verbund mit weiteren Erkrankungen vermischt) vertreten. Bei diesen sogenannten Volkserkrankungen ist das Präventionspotenzial oft hoch. Die überwiegenden Ursachen (im Falle der COPD das Rauchen<sup>1</sup> und im Falle der Typ-2-Diabetes zumindest zum Teil das Übergewicht und der Bewegungsmangel<sup>2</sup>) sind durch Verhaltensänderungen beeinflussbar. Zuweisungen im Morbi-RSA gingen dann (bei weniger Erkrankungen) zwar auch verloren, die entsprechenden Ausgaben wären aber auch geringer. Teilweise sind die genauen Ursachen der hier aufgeführten Risikogruppen aber auch noch unklar: So bei Multipler Sklerose, bei der es derzeit weiterhin verschiedene Forschungsansätze gibt.

<sup>1</sup>Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt: <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/risikofaktoren>

<sup>2</sup>Deutsches Zentrum für Diabetesforschung

## TOP 10 – GRÖSSTER ZUSCHLAG

<b>203.877 €</b>	Mukopolysaccharidose Typ II, Hypophosphatasie mit ERT
<b>175.057 €</b>	Morbus Pompe, Mukopolysaccharidose Typ IV oder Typ VI mit ERT
<b>133.718 €</b>	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation
<b>131.016 €</b>	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT
<b>126.079 €</b>	X-chromosomale Hypophosphatämie
<b>125.353 €</b>	Hereditäre spinale Muskelatrophie
<b>123.307 €</b>	Morbus Fabry mit ERT
<b>122.124 €</b>	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation
<b>120.529 €</b>	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie
<b>82.773 €</b>	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid

Quelle: BAS 2023, Festlegung zum Klassifikationsmodell 2024

## KURZ ERKLÄRT

Unter den teuersten Morbi-RSA-Ausgleichsgruppen sind mittlerweile fast nur noch genetisch bedingte, oft seltene Erkrankungen, deren sehr hohe Zuschlagsgelder durch vor allem arzneimittelbedingt hohe Behandlungskosten zu Stande kommen. Die meisten der hier aufgeführten genetischen Erkrankungen sind verschiedenste Erkrankungen des Stoffwechsels, die eine Minder- bzw. Nichtproduktion notwendiger Enzyme beinhalten. Dies führt zum Beispiel dazu, dass Stoffe sich ungewollt anlagern (wie komplexe Zuckermoleküle im Fall der Mukopolysaccharidose) – mit entsprechenden schweren Folgen für den Organismus. In den letzten Jahren sind immer mehr und sehr teure spezifische Arzneimittel auf den Markt gekommen, die eine Behandlung an der mittelbaren Ursache der auftretenden Gesundheitsprobleme ermöglichen – und nicht nur ein Behandeln der Symptome. Dazu zählen ERT (Enzyersatzpräparate) und SRT (Substrat- / Ablagerungs-Reduktionspräparate). Auch andere, nicht-stoffwechselbezogene Erbkrankheiten finden sich in der Liste der teuersten Risikogruppen des Morbi-RSA: So die Hämophilie (Bluterkrankheit, bei der genetisch bedingt Gerinnungsfaktoren fehlen), der medikamentös entgegengewirkt wird.

Die Zuschläge bzw. durchschnittlichen Behandlungsfolgekosten der hier aufgeführten Gruppen sind sogar meist noch deutlich höher als es die abgebildeten Eurowerte vermuten lassen – dies liegt am 2021 im Morbi-RSA eingeführten Hochrisikopool, der dafür sorgt, dass die Krankenkassen 80 Prozent der über einem Schwellenwert von anfangs 100.000 € liegenden Ausgaben direkt erstattet bekommen. Die im Durchschnitt noch verbleibenden (Folge-)Ausgaben von Erkrankungen werden über den Zuschlag der Risikogruppe(n) ausgeglichen. Die Krankenkasse bleibt demnach in der Regel nicht auf hohen Behandlungskosten sitzen.

## MEGATREND PRÄZISIONSMEDIZIN

Die teuren Hochkostengruppen spiegeln einen allgemeinen Trend im Gesundheitswesen – nämlich zu einer immer präziseren, aber auch kostenintensiveren Medikation, was die Versorgung der Erkrankten deutlich verbessert. Der Morbi-RSA berücksichtigt daher auch immer mehr solche Spezifika, indem Gruppen genauer ausdifferenziert und neue Arzneimitteltherapien hinzugenommen werden. Mittlerweile sind Anregungen aus der GKV zu neu zu berücksichtigenden Arzneimitteln fester Bestandteil der sogenannten Stellungnahmen, die beim BAS im Vorfeld der Festlegungen des Zuweisungsmodells für das kommende Jahr eingehen. ■

# Gut zu wissen

## Zentrale Begriffe rund um den Morbi-RSA

### A

#### Adverse Selektion

Begriff aus der Institutionen-Ökonomik. Beschreibt einen Prozess, bei dem es durch Informations-Asymmetrien zu suboptimalen Ergebnissen in Märkten kommt – zum Beispiel zur Durchsetzung schlechterer oder teurerer Produkte. Auch als Negativ-Auslese bezeichnet.

#### Annualisierung

Hochrechnung der Ausgaben von Versicherten auf ein Jahr (als Quasi-Fortschreibung der Ausgaben von nur unterjährig Versicherten).

#### Auslandsversicherte im Morbi-RSA

Versicherte mit im Vorjahr zum betrachteten Ausgleichsjahr überwiegendem Aufenthalt / Wohnsitz im Ausland ( $\geq 183$  Tage). Hintergrund der gesonderten Berücksichtigung im Morbi-RSA ist, dass für diese Versicherten auf individueller Ebene keine oder nur teilweise Diagnose- und Ausgabeninformationen vorliegen.

### B

#### Berichtsjahr

Das Berichtsjahr ist das Jahr, auf das sich die Satzarten beziehen.

### D

#### Deckungsbeitrag

Im Kontext MRSa ist die Differenz aus Einnahmen (Zuweisungen) und Ausgaben einer Krankenkasse für einen Versicherten bzw. eine Versichertengruppe gemeint. Ist diese Differenz positiv, spricht man von einer Überdeckung, anderenfalls von einer Unterdeckung.

#### Disease Management Programme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Ziel ist eine bessere Versorgung für bestimmte Krankheiten – von Diabetes über Asthma bis hin zu koronarer Herzkrankheit – und die Vermeidung von Krankheits- eskalationen.

### E

#### Enzymersatztherapie bzw. Substratreduktionstherapie (ERT/SRT)

Therapeutische Gabe von Arzneimitteln im Rahmen von Stoffwechselerkrankungen, die ein Enzym ersetzen oder dem Körper zuführen. So können auch die durch das fehlende Enzym bedingten, schädlichen Ablagerungsprodukte (Substrate) im Körper medikamentös reduziert werden. In der Regel erfolgt diese Arzneimitteltherapie lebenslang.

## H

### Hauptleistungsbereiche (HLB)

Die für den Morbi-RSA relevanten Ausgaben für medizinische Leistungen werden in 8 Bereiche (HLB) unterteilt: Ärzte (HLB1), Zahnärzte (HLB2), Apotheken (HLB3), Krankenhäuser (HLB 4), Sonstige Leistungsausgaben (HLB5), Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung (HLB7), Krankengeld (HLB6) und Kinderkrankengeld (HLB6a).

### Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG)

Risikogruppen, die aus Diagnosen sowie demographischen und Arzneimittel-Informationen gebildet werden und im Morbi-RSA mit Zuweisungen verbunden sind.

### Hybridmodell

Ein im Morbi-RSA auf den Bereich Krankengeld bezogenes Mischmodell, bei dem die Zuweisungen zu je 50 Prozent aus den Ist-Ausgaben und GKV-Durchschnitten der Krankengeld-Risikogruppen-Besetzungen resultieren.

## I

### International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

Ein internationales Codesystem, mit dem Diagnosen und Gesundheitszustände in vergleichbare Codes transformiert werden. Krankenhäuser und Ärzte verwenden dieses Codesystem.

### Ist-Kostenausgleich

Erstattung der Ausgaben für eine Krankenkasse für einen bestimmten Bereich zu 100 Prozent.

## K

### Klassifikationsmodell

Durch das BAS jährlich für ein Ausgleichsjahr veröffentlichtes Regelwerk. Mit diesem wird festgelegt, wie Diagnosen, Arzneimittel, demographische und weitere Informationen der Versicherten zu Risikogruppen für die Zuweisungen berechnet werden gebündelt werden.

## M

### Manipulationsbremse

Eine mit dem FKG (Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz) 2021 eingeführte Regelung, bei der GKV-weit in einem definierten Zeitraum überdurchschnittlich stark in ihrer Prävalenz steigende HMG vom expliziten Zuweisungsverfahren ausgeschlossen werden. Die entsprechenden Zuweisungen verteilen sich GKV-weit dann auf andere Risikomerkmale.

### Meldejahr

Das Meldejahr ist das Jahr, in dem die Satzarten gemeldet werden.

### Morbidität

Krankheitslast eines Versicherten bzw. einer Versichertengruppe.

# P

## Prüfsatzarten

Gemeint sind Satzarten, die speziell für die Prüfungen der Morbi-Satzarten erstellt werden. Diese Prüfsatzarten werden mit den Originaldatenmeldungen befüllt und an die jeweilige Aufsicht gesendet.

# R

## Regionalisierung

Darunter ist die Einführung regionaler Risikomerkmale im Morbi-RSA zu verstehen.

## Risikomerkmale

Eigenschaften oder Variablenausprägungen, die ein Versicherter aufweisen kann – mit denen bestimmte durchschnittliche Zuweisungsbeträge verbunden sind.

## Risikopool

Regelung, nach der Krankenkassen die Ausgaben von (Hoch-)Kostenfällen teilweise erstattet bekommen.

## Risikoselektion

Aktivitäten von Versicherungen, die – direkt oder indirekt – darauf gerichtet sind, zu versichernde Risiken nach bestimmten Kriterien auszuwählen. In Märkten wie der GKV, in denen keine risikoabhängigen Beiträge erhoben werden können oder dürfen, kann sie zu unerwünschten Ergebnissen durch Risikoentmischung zwischen Krankenversicherungen führen.

# S

## Satzart / Morbi-Satzart

Vom GKV-SV und seinen sogenannten Bestimmungen definierte Datenpakete, welche die Leistungsdaten (TP) und Stammdaten der Versicherten für den Morbi-RSA meist auf Versichertenebene voraggregieren. Ein Beispiel ist die Satzart 500 mit Angaben zum Leistungsgeschehen von Versicherten einer Krankenkasse im Krankenhausbereich. Erstellt werden müssen die Satzarten durch die Krankenkassen. Gemeldet werden sie letztlich an den GKV-SV, dann schließlich an das BAS, das daraus die zuweisungsrelevanten Risikomerkmals-Ausprägungen / Morbiditätsgruppen für die Versicherten berechnet.

## Schlüsseljahr / Bestimmungsjahr

Das Schlüsseljahr geht immer vom 15. April bis zum 14. April des folgenden Jahres. In diesem Zeitraum ist der Pseudonymisierungsschlüssel der Krankenkassen gültig und die jeweilige Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes.

# T

## TP-Daten

Leistungsdaten (Abrechnungsdaten) vor allem der Ärzte (TP1), Zahnärzte (TP2), Apotheken (TP3), Krankenhäuser (TP4a) und sonstiger Leistungserbringer (TP5), die als Grundlage der Bildung der Morbi-Satzarten dienen.



## U

### Upcoding

Steigerung des Diagnosevolumens bzw. der Wertigkeit der Diagnosen durch Beeinflussung der Leistungserbringer, um mehr morbiditätsbezogene Zuweisungen zu erhalten.

## V

### Vollmodell

Berücksichtigung der ICD aller Krankheiten für die Einsortierung der Versicherten in HMG. In Vor-FKG-Zeiten war dies nur für ICD von 80 zuvor ausgewählten Krankheiten möglich.

### Vorsorgepauschalen

Ebenfalls mit dem FKG (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz) 2021 eingeführte Zuweisungskategorien, bei denen für bestimmte, von den Versicherten genutzte Vorsorgemaßnahmen (nach ausgewählten und gruppierten Gebührenordnungspositionen) Zuweisungen gezahlt werden.

## Z

### zDWH

Zentrales Datawarehouse der BITMARCK, in welchem unter anderen die TP-Daten (Leistungsdaten) sowie Morbi-Satzarten von Kundinnen und Kunden zur Weiterverarbeitung gespeichert sind.



## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Herausgeber der einsnull ist die BITMARCK Holding GmbH.

### Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Andreas Pschera, BITMARCK Holding GmbH.  
Anregungen und Anfragen zu den Beiträgen richten Sie bitte per E-Mail an [andreas.pschera@bitmarck.de](mailto:andreas.pschera@bitmarck.de).

BITMARCK Holding GmbH  
Kruppstraße 64  
45145 Essen  
[www.bitmarck.de](http://www.bitmarck.de)

### Redaktionsleitung:

Andreas Pschera

### Redaktion dieser Ausgabe:

Dr. Edith Batta, Jana Goldau, Peter Hernold, Sarah Kordges, Astrid Köhlmann, Axel Krüger, Jutta Schumann, Rieke Tidden, Dr. Katja Wilking

### Konzeption und Redaktion:

A-Quadrat Werbeagentur GmbH  
Am Ruhrstein 45 | 45133 Essen  
[www.a2-werbeagentur.de](http://www.a2-werbeagentur.de)

### Druck und Vertrieb:

gilbert design druck werbetechnik GmbH  
Witteringstr. 20-22 | 45130 Essen

### Fotonachweis:

BITMARCK-Archiv | Adobe Stock

Stand: Dezember 2023

# BITMARCK®



**RECYCLED**  
Papier aus  
Recyclingmaterial  
FSC® C006990