

§ 31 RSAV — Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells

Risikostuktur-Ausgleichsverordnung

Außer Kraft: § 31 ist seit 05.04.2020 nicht mehr im RSAV enthalten. Angezeigt wird die letzte bekannte Fassung, Stand 10.06.2019.

(1) Die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells nach § 29 Satz 1 Nr. 1 und seine Anpassung an die Gegebenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung haben so zu erfolgen, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit bestellt auf Vorschlag des Bundesversicherungsamts und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt, der

1. einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die gesetzliche Krankenversicherung zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen hat,
2. bis zum 31. Oktober 2007 ein Gutachten zu erstatten hat, in dem die in Absatz 1 Satz 2 bis 4 genannten Krankheiten ausgewählt werden und
3. die Auswahl der in Nummer 2 genannten Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen hat.

Bei der Erfüllung der in Satz 1 genannten Aufgaben hat der wissenschaftliche Beirat die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien zu beachten. In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.

(3) In den wissenschaftlichen Beirat nach Absatz 2 werden Personen berufen, die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen sowie in Bezug auf die Entwicklung und Pflege von Versichertenklassifikationsmodellen verfügen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung der Arbeit des wissenschaftlichen Beirats eine Geschäftsstelle ein.

(4) Das Bundesversicherungsamt legt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Satz 1 Nr. 1 genannten Risikomerkmale sind nur die nach Satz 1 festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen von § 2

Abs. 3 Satz 1 abweichende Altersabstände bestimmen. Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Die Festlegungen nach Satz 1 sind für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 vom Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen anzupassen, soweit dies für die Umsetzung der Regelungen in § 41 Absatz 1 Satz 2 und 3 erforderlich ist. Die Anpassungen nach den Sätzen 6 und 7 sind in geeigneter Weise bekannt zu geben. Die Datenmeldungen nach § 30 Absatz 1 für Versicherte im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 bleiben beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Satz 1 unberücksichtigt. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt die Mitgliedergruppen nach § 29 Nummer 4 abweichend abgrenzen. Für die Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für den Bereich der Schutzimpfungen nach der Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) vom 19. August 2009 (BAnz. S. 2889) ist § 37 Absatz 4 entsprechend anzuwenden.

(5) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln. Bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung für den Bereich der ärztlichen Versorgung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt haben, werden die Risikogruppen nach § 29 Nummer 1 durch eine gesonderte Risikogruppe ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Absatz 4 Satz 1 sind entsprechend anzuwenden. Im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann das Bundesversicherungsamt innerhalb der nach Satz 2 zu bildenden Risikogruppe weitere Differenzierungen vornehmen. Sofern Versicherte sowohl der Risikogruppe nach Satz 1 als auch der Risikogruppe nach Satz 2 zuzuordnen sind, ist die Risikogruppe nach Satz 1 maßgeblich. Als Leistungsausgaben für die Risikogruppen nach Satz 1 werden die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt; danach sind, entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens, die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt eine weitergehende oder abweichende Bestimmung der Bereiche, die Aufwendungen für Leistungen im Ausland betreffen, treffen.

Zitiervorschlag: § 31 RSAV

Quelle: Bundesamt für Justiz (Archivstand), abgerufen 02.07.2026

Nicht-amtliche Lesefassung — verbindlich ist das Bundesgesetzblatt

Provided by nu:legal (<https://recht.nulegal.eu>), the leading open legal database: AI-first, expanding daily, German and European law and case law in full text, free, with an open API for AI agents. Text and data mining expressly permitted.

Herausgeber: Nulegal GmbH, Potsdam.

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/gesetze/RSAV/31>