



GKV-SPITZENVERBAND

# Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung gem. § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025

---

vom 06.08.2024

## **Impressum**

GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin

Abteilung Systemfragen  
[rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de](mailto:rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V.  
Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>I. Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
<b>II. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien</b>	<b>4</b>
Statistisches Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	4
Beschreibung der Pandemieeffekte auf die Datengrundlage	4
Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2025	5
<b>III. Hierarchien</b>	<b>5</b>
Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	6
Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen	9
<b>IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens</b>	<b>11</b>
Regionale Risikogruppen	11
Auslandsversicherte	11

# I. Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2025 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2024 fest.

Das BAS hat den Entwurf der o. g. Festlegungen inklusive der diesbezüglichen Erläuterungen im Rahmen dieses Anhörungsverfahrens am 14. Juni 2024 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 9. August 2024 an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Vor dem Hintergrund der durch das BAS bzw. den Wissenschaftlichen Beirat im Jahr 2024 im Rahmen der Evaluation des Risikostrukturausgleichs nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V durchzuführenden Überprüfung der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs auf den Wettbewerb der Krankenkassen sowie der Manipulationsresistenz des RSA weist das BAS darauf hin, dass auch in diesem Jahr nur begrenzte personelle Ressourcen zur Weiterentwicklung und Pflege des RSA-Klassifikationsmodells zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund hat das BAS im vorliegenden Festlegungsentwurf den Schwerpunkt auf noch offene Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes sowie die Behebung bestehender Hierarchieverletzungen gelegt. Darüber hinaus enthält der vorliegende Festlegungsentwurf eine Überprüfung der Variablenauswahl für die regionalen Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 RSAV sowie Berechnungen zur Bildung der Wohnlandgruppen für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt bzw. Wohnort im Ausland nach § 269 Absatz 3 SGB V.

Die Ausführungen des BAS zu dem in diesem Jahr eingeschränkten Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes sind aus unserer Sicht nachvollziehbar. Gleichmaßen gehen wir davon aus, dass sich dieser zukünftig wieder deutlich erweitern wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind insbesondere folgende Themen im Rahmen der kommenden jährlichen Anpassung des Klassifikationsmodells in die Untersuchung einzubeziehen:

- Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen,
- Altersdifferenzierung,
- Arzneimitteldifferenzierung/-validierung,
- Verwendung von ICD-Codes der Ausschlusskategorie,
- Abbildung von Ko- und Multimorbidität und
- Beschreibung von Kriterien zur Modellanpassung.

Ferner gehen wir davon aus, dass die noch unbearbeiteten Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes im kommenden Anpassungszyklus, wenn die vom Gesetzgeber vorgesehenen Untersuchungen zur Evaluation des RSA abgeschlossen sind, bearbeitet werden. Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahmen der Vorjahre.

Bezüglich der vom BAS im Rahmen dieser Anhörung zur Verfügung gestellten Unterlagen möchten wir darauf hinweisen, dass auch in diesem Jahr ausschließlich Risikozuschläge ohne eine Nullsetzung veröffentlicht wurden. Der GKV-Spitzenverband bemüht sich zwar, seinen Mitglieds-kassen die entsprechenden Berechnungen

mit Nullsetzung seinerseits zeitnah zur Verfügung zu stellen, allerdings würde eine Bereitstellung dieser Informationen bei Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes durch das BAS den Krankenkassen ermöglichen, die Modellauswirkungen im Vergleich zur Festlegung für das jeweilige Vorjahr ohne Zeitverzug zu beurteilen. Wir schlagen daher nochmals vor, bei künftigen Anhörungsverfahren diese Informationen direkt durch das BAS mit der Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes bereit zu stellen.

Die folgenden Anmerkungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 werden durch die Ausführungen in der Anlage zu diesem Dokument vervollständigt.

## II.    Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

### **Statistisches Bewertungskriterien und Datenbeschreibung**

Die aufgeführten statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene. Die für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen basieren auf den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2021 und den Versichertenstammdaten sowie den versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2022. Wie bereits in den Vorjahren stellt das BAS sowohl die Datenaufbereitung als auch den verwendeten Datensatz ausführlich dar. Der GKV-Spitzenverband konnte die beschriebenen Analyseergebnisse rechnerisch nachvollziehen.

### **Beschreibung der Pandemieeffekte auf die Datengrundlage**

Im Festlegungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025 werden Daten des 2. und 3. Pandemiejahres für die Analysen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens herangezogen. Wie bereits im Vorjahr hat das BAS ausführliche und detaillierte Untersuchungen zum möglichen Einfluss der Pandemie auf die Datengrundlage durchgeführt. Die diesbezüglichen Analysen der Ausgabenentwicklung und Morbiditätsdaten zeigen für die entsprechenden Berichtsjahre teils deutliche Effekte, die als mögliche direkte bzw. indirekte Auswirkungen der Corona-Pandemie interpretiert werden können. Die Aufbereitung der Auswertungen der Untersuchungsergebnisse und die hiermit verbundenen Schlussfolgerungen des BAS sind nachvollziehbar.

Schließlich analysiert das BAS in den vorliegenden Erläuterungen zum Festlegungsentwurf die Auswirkungen der zuvor festgestellten Pandemieeffekte auf das RSA-Klassifikationsmodell. Im Ergebnis führt das BAS aus, dass sich das RSA-Klassifikationsmodell insbesondere als Vollmodell mit Regionalkomponente trotz beobachtbarer Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Datengrundlagen als äußerst robust erweist. Der GKV-Spitzenverband kann die Ausführungen des BAS nachvollziehen und

stimmt diesen zu. Auch aus unserer Sicht erscheint die Verwendung der vorliegenden Datenmeldungen der Berichtsjahre 2021 und 2022 für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs unproblematisch.

## **Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2025**

Basis für das Ausgangsmodell für die Modellentwicklung für das Ausgleichsjahr 2025 ist ein modifiziertes Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2024.

### **Anpassung an den ICD10-GM Version 2024**

Die vorgenommene Eingliederung neuer ICD-Codes ist bis auf die ICD-Codes mit der Kategorie „Anpassung an ICD-10-GM Version 2024“ versehenen Hinweise in der Anlage zur Stellungnahme nachvollziehbar. Die zusätzliche Bereitstellung einer Tabelle zur Krankheitsabgrenzung, die die Zuordnung von ICD-Codes zu Krankheiten bzw. den Ausschlusskategorien enthält, würde eine Überprüfung auf Vollständigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen an eine neue ICD-Version aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes deutlich erleichtern.

### **Weitere Anpassungen**

Die Anpassung der Altersgrenzen der ICD-Codes zur Multiplen Sklerose G35.-, der DXG-ATC-Zuordnung sowie die weiteren Anpassungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht und nachvollziehbar.

## **III. Hierarchien**

Die vorgeschlagenen Hierarchieanpassungen sind medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar und führen zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells. Wir weisen darauf hin, dass sich unsere Anmerkungen grundsätzlich auf die konkreten Änderungsvorschläge beschränken. Ausgenommen hiervon sind Vorschläge zur Ergänzung der Arzneimittelauswahl für DXGs mit bestehender Arzneimittelvalidierung bzw. -differenzierung der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ und Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ um therapierelevante Arzneimittelwirkstoffe, die bisher nicht berücksichtigungsfähig sind.

Hinsichtlich noch offener Vorschläge aus den Vorjahren verweisen wir auf unsere Stellungnahmen zum Entwurf der Festlegungen der Ausgleichsjahre 2023 und 2024. Dies betrifft insbesondere den Vorschlag, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, rheumatoide Erkrankungen und CED dominiert.

In der Anlage zu dieser Stellungnahme sind detaillierte Anmerkungen zu einzelnen Anpassungsvorschlägen enthalten. Zu zwei Vorschlägen hat der GKV-Spitzenverband eigene Analysen durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden:

## Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Für die Hierarchie 11 hat der GKV-Spitzenverband zwei Änderungsvorschläge analysiert. Die Hintergründe und Ergebnisse der jeweiligen Untersuchungen sind im Folgenden dargestellt.

### Vollständige Berücksichtigung der ICD-Codes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“

Die ICD-Codes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ sind bisher nicht vollständig im Klassifikationsmodell berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass eine Tabakabhängigkeit mit Folgekosten verbunden ist. Derzeit haben Versicherte mit einer schweren Tabakabhängigkeit nach § 34 Abs. 2 SGB V Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Eine erneute Behandlung ist frühestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung möglich. Tabakkonsum erhöht das Risiko für zahlreiche Erkrankungen.

Eigene Untersuchungen haben ergeben, dass die Zuordnung der fehlenden ICD-Codes zur DXG1289 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ und damit zur HMG0656 „Andere psychische Störungen“ (M1 GKV-SV) das Modell deutlich verbessert. Das  $R^2$  steigt um 0,001 Prozentpunkte, während das MAPE um 13 Cent sinkt. Eine differenzierte Zuordnung auf Ebene der ICD-Viersteller analog der Systematik des Festlegungsentwurfs führt hingegen zu einer deutlichen Verschlechterung der Modellgüte (M2 GKV-SV):

Modelle	$R^2$	MAPE	CPM	adj. $R^2$
<b>FLE AJ 2025</b>	59,5686%	2.616,96 €	30,4921%	59,5683%
<b>M1 GKV-SV</b>	59,5696%	2.616,83 €	30,4955%	59,5694%
<b>Änderung</b>	0,0010PP	-0,13 €	0,0034PP	0,0010PP
<b>M2 GKV-SV</b>	59,5612%	2.618,20 €	30,4591%	59,5609%
<b>Änderung</b>	-0,0074PP	1,25 €	-0,0331PP	-0,0074PP

Durch die vorgenommene Ergänzung der ICD-Codes zur DXG1289 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ in Modell M1 GKV-SV steigt die Besetzungszahl der HMG0656 „Andere psychische Störungen“ deutlich um ca. 60 % auf 4.610.217 Versicherte. Der Anstieg des Kostenschätzers um 54,07 € auf knapp 197 € zeigt, dass die neu hinzugekommenen Versicherten relevante Folgekosten aufweisen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine vollständige Berücksichtigung der ICD-Codes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ einen deutlichen Beitrag zur Verbesserung der Erklärungskraft leisten kann. Auf die anderen HMGs der Hierarchie 11 hat die zusätzliche Berücksichtigung der ICD-Codes nur geringfügige Auswirkungen:

M1 GKV-SV			FLE AJ2025		Änderung	
Risikofaktor	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert
<b>HMG0012</b>	623.615	1.891,09 €	623.619	1.878,84 €	-4	12,25 €
<b>HMG0014</b>	78.283	826,21 €	78.283	822,35 €	0	3,86 €

M1 GKV-SV			FLE AJ2025		Änderung	
<b>HMG0048</b>	532.854	1.140,49 €	532.854	1.133,68 €	0	6,81 €
<b>HMG0052</b>	374.343	1.657,98 €	374.351	1.639,71 €	-8	18,27 €
<b>HMG0053</b>	207.943	5.990,03 €	207.943	5.978,12 €	0	11,91 €
<b>HMG0054</b>	323.805	5.874,06 €	323.805	5.863,06 €	0	11,00 €
<b>HMG0055</b>	642.615	2.836,32 €	642.422	2.825,75 €	193	10,57 €
<b>HMG0057</b>	2.601.456	389,59 €	2.601.467	373,98 €	-11	15,61 €
<b>HMG0058</b>	1.920.592	1.458,34 €	1.920.601	1.447,00 €	-9	11,34 €
<b>HMG0060</b>	109.324	2.401,18 €	109.324	2.401,29 €	0	0,11 €
<b>HMG0064</b>	2.348.321	537,09 €	2.348.334	521,98 €	-13	15,11 €
<b>HMG0066</b>	1.712.162	828,03 €	1.712.177	814,29 €	-15	13,75 €
<b>HMG0067</b>	803.880	1.102,82 €	803.883	1.093,33 €	-3	9,49 €
<b>HMG0069</b>	272.933	1.996,60 €	272.933	1.986,68 €	0	9,92 €
<b>HMG0230</b>	850.631	652,68 €	850.631	647,51 €	0	5,17 €
<b>HMG0243</b>	18.630	6.416,97 €	18.630	6.414,13 €	0	2,84 €
<b>HMG0442</b>	32.229	3.414,05 €	32.229	3.411,97 €	0	2,09 €
<b>HMG0517</b>	39.685	2.618,53 €	39.685	2.615,82 €	0	2,70 €
<b>HMG0643</b>	173.820	478,74 €	173.820	472,54 €	0	6,20 €
<b>HMG0645</b>	60.364	778,43 €	60.364	769,52 €	0	8,92 €
<b>HMG0656</b>	4.610.217	196,97 €	2.879.782	142,90 €	1.730.435	54,07 €

Der entsprechende Ergänzungsvorschlag findet sich unter der Kategorie „ICD-Ergänzung“ in der Anlage zur Stellungnahme. Wir bitten die weiteren Anmerkungen und Prüfbitten ebenda zu berücksichtigen.

#### Aktualisierung der Arzneimittelauswahl für die DXG0926 „Opiatsubstitution“

Die „Technische Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V „enthält ab Version 36 (stand 29.9.2021) die beiden Sonderkennzeichen 06461506 "Abrechnung von Methadon-Zubereitungen" und 06461512 "Abrechnung von Levomethadon-Zubereitungen". Anzuwenden ist die technische Anlage ab Februar 2022. Da der überwiegende Teil der Opiatsubstitution als patientenindividuelle Zubereitung erfolgt, sind die beiden Sonderkennzeichen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend der DXG zuzuordnen, um die Versicherten mit einer Substitutionstherapie vollständig im RSA zu berücksichtigen.

Desweiteren ist aufgefallen, dass aufgrund der Zuordnung auf ATC-5-Stellerebene zahlreiche Analgetika der Gruppen N02AA, N02AC und N02CX berücksichtigungsfähig sind, die im Rahmen einer Substitutionsbehandlung jedoch nicht eingesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Zuordnung auf Wirkstoffebene vorzunehmen und diese auf Wirkstoffe zu beschränken, die der Gruppe N07BC "Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit" zugeordnet bzw. therapierelevant sind: Morphin (N02AA01), Dihydrocodein (N02AA08), Levomethadon (N02AC06), Buprenorphin (N02AE01) und Clonidin (C02AC01). Insgesamt ergibt sich für die DXG0926 „Opiatsubstitution“ folgende DXG-ATC-Zuordnung:

DXG	DXG Bezeichnung	ATC	ATC Bezeichnung
<b>926</b>	Opiatsubstitution	2567107	L-Polamidon Einzeldosen
<b>926</b>	Opiatsubstitution	2567113	Subutex Einzeldosen
<b>926</b>	Opiatsubstitution	2567136	Suboxone Einzeldosen

DXG	DXG Bezeichnung	ATC	ATC Bezeichnung
926	Opiatsubstitution	2567656	Abrechnung von Diamorphen
926	Opiatsubstitution	9999086	Methadon-Zubereitungen
926	Opiatsubstitution	N07BC	Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit
926	Opiatsubstitution	V70AA	Rezepturen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit
926	Opiatsubstitution	6461506	Abrechnung von Methadon-Zubereitungen
926	Opiatsubstitution	6461512	Abrechnung von Levomethadon-Zubereitungen
926	Opiatsubstitution	N02AA01	Morphin
926	Opiatsubstitution	N02AA08	Dihydrocodein
926	Opiatsubstitution	N02AC06	Levomethadon
926	Opiatsubstitution	N02AE01	Buprenorphin
926	Opiatsubstitution	C02AC01	Clonidin

Durch die vorgenommenen Anpassungen der Arzneimittelauswahl verschlechtert sich die Modellgüte geringfügig, insgesamt ergibt sich für M3 GKV-SV folgendes Ergebnis:

	M3 GKV-SV	FLE AJ 2025	Änderung
<b>R<sup>2</sup></b>	59,5684%	59,5686%	-0,0002PP
<b>MAPE</b>	2.616,96 €	2.616,96 €	0,00 €
<b>CPM</b>	30,4921%	30,4922%	-0,0001PP
<b>adj. R<sup>2</sup></b>	59,5681%	59,5683%	-0,0002PP

	M3 GKV-SV		FLE AJ 2025		Änderung	
Risikogruppe	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert
HMG0053	201.037	6.049,54 €	207.943	5.978,12 €	-6.906	71,42 €
HMG0069	273.360	1.989,71 €	272.933	1.986,68 €	427	3,03 €
HMG0442	32.229	3.412,89 €	32.229	3.411,97 €	0	0,92 €
HMG0517	39.685	2.616,56 €	39.685	2.615,82 €	0	0,74 €
HMG0645	60.364	770,15 €	60.364	769,52 €	0	0,63 €
HMG0067	803.940	1.093,48 €	803.883	1.093,33 €	57	0,15 €
HMG0060	109.324	2.401,21 €	109.324	2.401,29 €	0	- 0,07 €
HMG0643	173.820	472,31 €	173.820	472,54 €	0	- 0,23 €
HMG0656	2.880.151	142,49 €	2.879.782	142,90 €	369	- 0,42 €
HMG0066	1.712.529	813,87 €	1.712.177	814,29 €	352	- 0,42 €
HMG0014	78.283	821,91 €	78.283	822,35 €	0	- 0,43 €
HMG0052	374.491	1.639,03 €	374.351	1.639,71 €	140	- 0,68 €
HMG0048	532.854	1.132,94 €	532.854	1.133,68 €	0	- 0,73 €
HMG0064	2.348.991	521,18 €	2.348.334	521,98 €	657	- 0,80 €
HMG0230	850.631	646,15 €	850.631	647,51 €	0	- 1,36 €
HMG0058	1.921.295	1.445,61 €	1.920.601	1.447,00 €	694	- 1,38 €
HMG0057	2.602.353	372,40 €	2.601.467	373,98 €	886	- 1,58 €
HMG0054	323.805	5.861,42 €	323.805	5.863,06 €	0	- 1,63 €
HMG0055	642.422	2.823,25 €	642.422	2.825,75 €	0	- 2,51 €
HMG0243	18.630	6.411,35 €	18.630	6.414,13 €	0	- 2,78 €
HMG0012	624.045	1.874,99 €	623.619	1.878,84 €	426	- 3,85 €

In einem zweiten Schritt wurde die separate Abbildung der DXG0926 „Opiatsubstitution“ in einer eigenen HMG0071 „Opiatsubstitution“ untersucht, die wie im Ausgangsmodell unterhalb der HMG0053 im Hierarchiestrang eingefügt wurde. Während das  $R^2$  leicht absinkt, verbessert sich das MAPE um 2 Cent, die Kostenschätzer der HMG0053 und HMG0071 unterscheiden sich um etwa 400 €. Im Folgenden sind die Ergebnisse für Modell M4 GKV-SV dargestellt:

	M4 GKV-SV	FLE AJ 2025	Änderung
<b>R<sup>2</sup></b>	59,5684%	59,5686%	-0,0001PP
<b>MAPE</b>	2.616,94 €	2.616,96 €	-0,02 €
<b>CPM</b>	30,4926%	30,4922%	0,0004PP
<b>adj. R<sup>2</sup></b>	59,5682%	59,5683%	-0,0001PP

	M4 GKV-SV		FLE AJ 2025		Änderung	
Risikogruppe	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert	Anzahl	Jahreswert
<b>HMG0053</b>	151.126	6.144,95 €	207.943	5.978,12 €	-56.817	166,83 €
<b>HMG0071</b>	49.911	5.752,83 €			49.911	5.752,83 €
<b>HMG0069</b>	273.360	1.988,96 €	272.933	1.986,68 €	427	2,28 €
<b>HMG0517</b>	39.685	2.616,62 €	39.685	2.615,82 €	0	0,80 €
<b>HMG0442</b>	32.229	3.412,65 €	32.229	3.411,97 €	0	0,68 €
<b>HMG0645</b>	60.364	770,17 €	60.364	769,52 €	0	0,66 €
<b>HMG0067</b>	803.940	1.093,37 €	803.883	1.093,33 €	57	0,04 €
<b>HMG0643</b>	173.820	472,46 €	173.820	472,54 €	0	-0,08 €
<b>HMG0052</b>	374.491	1.639,31 €	374.351	1.639,71 €	140	-0,41 €
<b>HMG0656</b>	2.880.151	142,48 €	2.879.782	142,90 €	369	-0,42 €
<b>HMG0066</b>	1.712.529	813,86 €	1.712.177	814,29 €	352	-0,43 €
<b>HMG0060</b>	109.324	2.400,76 €	109.324	2.401,29 €	0	-0,52 €
<b>HMG0048</b>	532.854	1.133,03 €	532.854	1.133,68 €	0	-0,65 €
<b>HMG0064</b>	2.348.991	521,16 €	2.348.334	521,98 €	657	-0,82 €
<b>HMG0230</b>	850.631	646,61 €	850.631	647,51 €	0	-0,90 €
<b>HMG0014</b>	78.283	821,32 €	78.283	822,35 €	0	-1,03 €
<b>HMG0058</b>	1.921.295	1.445,52 €	1.920.601	1.447,00 €	694	-1,47 €
<b>HMG0057</b>	2.602.353	372,37 €	2.601.467	373,98 €	886	-1,61 €
<b>HMG0054</b>	323.805	5.860,73 €	323.805	5.863,06 €	0	-2,32 €
<b>HMG0012</b>	624.045	1.875,11 €	623.619	1.878,84 €	426	-3,73 €
<b>HMG0055</b>	642.422	2.820,92 €	642.422	2.825,75 €	0	-4,83 €
<b>HMG0243</b>	18.630	6.404,04 €	18.630	6.414,13 €	0	-10,09 €

## Hierarchie 14 Neurologische Erkrankungen

Die Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung bei Multipler Sklerose (MS) führt zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells. Die getroffene Abgrenzung der Arzneimittel nach Wirksamkeitskategorie in Anlehnung an die aktuelle Leitlinie ist medizinisch inhaltlich sinnvoll und nachvollziehbar.

Im Zuge der Untersuchung zur Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung werden zunächst die ICD-Codes der MS und der anderen demyelinisierenden Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) getrennt und in eigenen DXGs/ HMGs mit und ohne Dauermedikation jeweils parallel im Hierarchiestrang abgebildet (Modell 01). Eine Anpassung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel findet zu diesem

Zeitpunkt noch nicht statt. Es wird festgestellt, dass es einen hohen Anteil an Versicherten gibt, die sowohl Diagnosen von MS als auch anderer demyelinisierender Erkrankungen des ZNS aufweisen. In einem nächsten Schritt (Modell 02) wird die DXG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ aufgrund vergleichbarer Kostenschätzer in die HMG 0073 verschoben, die Auswahl berücksichtigungsfähiger Arzneimittelwirkstoffe sowohl für die DXG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ (HMG0234) als auch die DXG0654 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation“ (HMG0226) an die überarbeitete Leitlinie angepasst und die HMG0226 oberhalb der HMG0234 im Hierarchiestrang eingegliedert. Aufgrund der angepassten Wirkstoffauswahl steigt die Anzahl der Versicherten für die HMGs mit Dauermedikation, während die der HMGs ohne Dauermedikation absinkt. Die Kostenschätzer der beiden HMGs mit Dauermedikation (HMG0226 und HMG0234) unterscheiden sich mit einer Höhe von ca. 4.000 € deutlich voneinander. In Modell 03 wird für MS eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung nach Wirksamkeitskategorie eingeführt. Bezugnehmend auf die Ergebnisse von Modell 01, wonach ein hoher Anteil von Versicherten sowohl eine MS-Diagnose als auch eine Diagnose einer anderen demyelinisierenden Erkrankung des ZNS aufweisen, werden die DXG0654 und die DXG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ wieder in einer HMG zusammengefasst. Als Grund für die Überschneidung und die Sinnhaftigkeit der Zusammenlegung wird ausgeführt, dass sich die Krankheitszustände für MS und anderer demyelinisierender Erkrankungen des ZNS nicht immer eindeutig identifizieren ließen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gilt dies gleichermaßen für die DXGs der Multiplen Sklerose bzw. der anderen demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS ohne Dauermedikation, weshalb die DXGs 662 und 325 ebenfalls in einer HMG abgebildet werden sollten. Auch auf Basis des Festlegungsentwurfs mit angepasster Arzneimittelauswahl besteht nach eigenen Analysen ein hoher Anteil an Überschneidungen: 31,6 % der Versicherten mit DXG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ werden auch der DXG0325 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation“ zugeordnet, für Versicherte mit Dauermedikation sind es 57,8 %. Bei einer Zuordnung der DXG0662 zur HMG0072 steigt die Besetzungszahl der HMG0072 um 13.300 Versicherte auf 145.434, gleichzeitig sinkt der Kostenschätzer um 106,54 € auf 1.322,30 €. Es ergibt sich eine geringfügige Verschlechterung der Modellkennzahlen:

Modelle	R <sup>2</sup>	MAPE	CPM	adj. R <sup>2</sup>
<b>M1-GKVS</b>	59,5684%	2.616,98 €	30,4915%	59,5682%
<b>FLE AJ 2025</b>	59,5686%	2.616,96 €	30,4921%	59,5683%
<b>Änderung</b>	<b>-0,0002PP</b>	<b>0,02 €</b>	<b>-0,0006PP</b>	<b>-0,0002PP</b>

Der entsprechende Änderungsvorschlag findet sich unter der Kategorie „DXG-Verschiebung“ in der Anlage zur Stellungnahme.

## IV. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

### Regionale Risikogruppen

Wie bereits in den Vorjahren hat das BAS auch in diesem Jahr im Rahmen des Festlegungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2025 die Variablenselektion zur Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) überprüft. Hierbei wurde wiederum die im Regionalgutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2018 verwendete Methodik herangezogen.

Das BAS beschreibt ausführlich die der Untersuchung zugrunde liegenden RSA-Daten sowie die weiteren herangezogenen Statistiken. Die einzelnen Schritte der Variablenselektion werden transparent dargestellt. Die dargestellten Berechnungsergebnisse können von Seiten des GKV-Spitzenverbandes rechnerisch nachvollzogen werden.

Im Ergebnis werden die Regionalvariablen „SV-Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Wahlbeteiligung“, „Standardisierte Sterberate“ und „Säuglingssterblichkeit“ neu in das Verfahren aufgenommen, während die Variablen „stationäre Pflege“, „Pflegebedürftige“, „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ entfallen. Mit dem Austausch dieser vier Variablen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine relativ größere Veränderung in den verwendeten regionalstatistischen Merkmalen. Eine mögliche Begründung hierfür können naturgemäß die größtenteils aktualisierten Datenstände der jeweiligen Statistiken sein. Es ist zu prüfen, inwiefern die Ergebnisse der diesjährigen und der vorangegangenen Variablenselektionen Rückschlüsse auf den Turnus der Variablenüberprüfung zulassen.

### Auslandsversicherte

Wie bereits im Anpassungszyklus für das Ausgleichsjahr 2024 überprüft das BAS auch für das Ausgleichsjahr 2025 die Zuordnung der Länder zu den Wohnlandgruppen. Hierzu greift es auf die auch in den Vorjahren verwendete Methodik zurück. Erstmals ist in diesem Anpassungszyklus jedoch nicht mehr ein Rückgriff auf die Ausgabendaten aus dem Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte erforderlich, da mittlerweile vollständige Datenmeldungen zu den Leistungsausgaben der Auslandsversicherten für drei Berichtsjahre vorliegen.

Wie angekündigt führt das BAS in Rahmen dieser Analyse nunmehr auch eine Überprüfung der Grenze von 1.000 Versichertenjahren (VJ) je Land für die Bildung der Wohnlandgruppen durch. Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weisen die dargestellten Auswertungen darauf hin, dass größere Wohnlandgruppen die Stabilität der Zuweisungen für diese erhöht. Gleichermaßen erscheint es auch uns aus pragmatischen Gründen als sachgerecht, in diesem Anpassungszyklus an der Grenze von 1.000 VJ

festzuhalten, da die durchgeführten Untersuchungen hier keine eindeutig andere Schlussfolgerung zulassen. Wir teilen ebenso die Auffassung des BAS, diesen offenen Punkt regelmäßig in den jährlichen Anpassungszyklen auf Grundlage weiterer Daten neu zu bewerten.