



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Erläuterungen zur

**Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren**

für das RSA-Ausgleichsjahr 2025

Bonn, den 30. September 2024

Kontakt

Bundesamt für Soziale Sicherung

Referat 316 „Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs,
Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats“

Friedrich-Ebert-Allee 38

D-53113 Bonn

E-Mail: [referat316\[at\]bas.bund.de](mailto:referat316[at]bas.bund.de)

www.bundesamtsozialesicherung.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
I Einführung	12
1 Rechtsgrundlagen	12
2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen	14
2.1 Anhörungsverfahren	14
2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	14
3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2025 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	61
3.1 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien	61
3.2 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	61
3.3 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	61
3.4 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	61
3.5 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	61
3.6 Regionale Risikogruppen	61
3.7 Auslandsversicherte	61
3.8 Hybrid-DRGs	61
II Methodik	62
4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	62
4.1 Festlegungsentwurf	62
4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	62
4.3 Diskussion der Stellungnahmen	63
5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2025	64
5.1 Festlegungsentwurf	64
5.2 Anhörungsverfahren	64
5.3 Festlegung	66
6 Weitere Themen	67
6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen	67
6.2 Diskussion der Stellungnahmen	71
III Anpassung der Hierarchien	74
7 Vorbemerkungen	74
7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen	74
7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien	74
7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen	76
8 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	78
8.1 Festlegungsentwurf	78
8.2 Anhörungsverfahren	82
8.3 Überprüfung der Einordnung der weiteren F17.-Diagnosen auf Basis der Systematik der jeweiligen Viersteller	88
8.4 Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	93
9 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	94
9.1 Festlegungsentwurf	94
9.2 Anhörungsverfahren	99
9.3 Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“	102
9.4 Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	104

10 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	109
10.1 Festlegungsentwurf	109
10.2 Anhörungsverfahren	113
10.3 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	113
11 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	114
11.1 Festlegungsentwurf	114
11.2 Anhörungsverfahren	117
11.3 Festlegung der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	118
IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	119
12 Regionale Risikogruppen	119
12.1 Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 und Anhörungsverfahren	119
12.2 Öffentliche Diskussion um die Variable „Wahlbeteiligung“	120
12.3 Angepasster Festlegungsentwurf vom 18. September 2024 und Anhörungsverfahren	121
12.4 Diskussion der Stellungnahmen zu den Festlegungsentwürfen	122
12.5 Ergebnis	127
13 Auslandsversicherte	129
13.1 Festlegungsentwurf	129
13.2 Anhörungsverfahren	129
14 Berücksichtigung von Diagnosen aus Hybrid-DRGs (§ 115 f SGB V - Spezielle sektorengleiche Vergütung)	131
14.1 Festlegungsentwurf	131
14.2 Anhörungsverfahren	131
V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	133
15 Kennzahlen der Festlegung	133
VI Literaturverzeichnis	136
A Anhang	138
A.1 Erläuterung zu den Anlagen	138
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus	140
A.3 Übersicht der Hierarchien	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie	75
Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung	75
Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle	76
Abbildung 8.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2025 (1/2)	81
Abbildung 8.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2025 (2/2)	82
Abbildung 9.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (1/2)	97
Abbildung 9.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (2/2)	98
Abbildung 9.3: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2025 (1/2)	107
Abbildung 9.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2025 (2/2)	108
Abbildung 10.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2025 (1/2)	111
Abbildung 10.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2025 (2/2)	112
Abbildung 11.1: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (1/1)	116
Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2025	140
Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage	141
Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage	142
Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen	143
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“	144
Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)	145
Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)	146
Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)	147
Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)	148
Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)	149
Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)	150
Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)	151
Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)	152
Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)	153
Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)	154
Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)	155
Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)	156
Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)	157
Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)	158
Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen des Rückenmarks“ (1/1)	159
Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)	160
Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)	161
Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1)	162
Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)	163
Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)	164
Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)	165
Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)	166
Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)	167
Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)	168
Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)	169
Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)	170
Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)	171

Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)	172
Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)	172
Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)	173
Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)	174
Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)	175
Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)	176
Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)	177
Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)	178

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise	15
Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise	18
Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien	28
Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	56
Tabelle 2.5: Stellungnahmen – Gesamtbewertung des Festlegungsentwurfs	60
Tabelle 2.6: Redaktionelle Hinweise	60
Tabelle 8.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 für das AJ 2025	79
Tabelle 8.2: Dokumentation aller Fallzahlen und Schätzer der Hierarchie 05 im Modellvergleich aufgrund der Behebung der Hierarchieverletzung im Festlegungsentwurf der Hierarchie 11	88
Tabelle 8.3: Veränderungen der ICD-DxG-HMG-Abgrenzung in den Modelle A01 und A02	89
Tabelle 8.4: Wirkung einer möglichen Verschiebung des F17.6 in HMG0012	90
Tabelle 8.5: Wirkung einer möglichen Verschiebung des F17.3 in HMG0053	91
Tabelle 9.1 Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 im Vergleich	95
Tabelle 9.2: Veränderte DxG-HMG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2025	102
Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01	103
Tabelle 9.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2025	105
Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich	109
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 im Vergleich	115
Tabelle 12.1: Selektierte Regionalmerkmale in den Ausgleichsjahren 2021 bis 2025	123
Tabelle 12.2: Veränderung der Zuweisungsvolumina nach Art der Risikogruppen durch die Anpassung der Regionalkomponente (i. d. F. des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024)	124
Tabelle 12.3: Veränderung der Zuweisungsvolumina nach Art der Risikogruppen durch die Anpassung der Regionalkomponente (i. d. F. des angepassten Festlegungsentwurfes vom 18. September 2024)	124
Tabelle 15.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2025	134
Tabelle 15.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool	135
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2025	139

Abkürzungsverzeichnis

a. o.	andernorts
Abs.	Absatz
AGG	Alters-Geschlechts-Gruppe
AGM	Ausgangsmodell
aHUS	atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
AJ	Ausgleichsjahr
ak.	akut(e)
ALL	Akute lymphatische Leukämie
and.	andere
Aneur.	Aneurisma
angeb.	angeboren
AOK-BV	Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen, AOK-Bundesverband
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
Atheroskl.	Atherosklerose
BARMER	BARMER Ersatzkasse
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BÄK	Bundesärztekammer
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
bed.	bedingt(e)
Bedarfsmed.	Bedarfsmedikation
bez.	bezeichnet(e)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BH4	Tetrahydrobiopterin
BJ	Berichtsjahr
BKK	Betriebskrankenkasse
BKK DV	BKK Dachverband
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BT	Behandlungstage
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BVD	Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e. V.
bzw.	beziehungsweise
ca.	ungefähr (circa)
chron.	chronisch
CLL	Chronische lymphatische Leukämie
CML	Chronische myeloische Leukämie
COPD	Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
COVID-19	coronavirus disease 2019
CPM	Cumming's Prediction Measure
DAK-G	DAK-Gesundheit
Dauermed.	Dauermedikation
depr.	depressiv(e)
demyel.	demyelinisierend(e)
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
d. h.	das heißt
D. m.	Diabetes mellitus
DM	Dauermedikation
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.
DVKA	Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
Entz.	Entzündung(en)

Enzephal.	Enzephalopathie
Erkr.	Erkrankung(en)
ERT	Enzym-Ersatz (Replacement) Therapie
e. V.	eingetragener Verein
et al.	und andere (et alii)
exkl.	exklusive
exsudat.	exsudativum
f.	folgende
fam.	familiär(e)
ff.	auf den nächsten Seiten
FL	Festlegung
FLE	Festlegungsentwurf
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gew.	gewichtet
ggf.	gegebenenfalls
GISD	German Index of Social Deprivation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GLB	Grundlagenbescheid
grds.	grundsätzlich
GvHD	Graft versus Host Disease (Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion)
hämatopoet.	hämatopoetisch(e)
hepat.	hepatisch(e)
Hg.	Herausgeber
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
HPA	Hyperphenylalaninämie
(H)MG	(Hierarchisierte) Morbiditätsgruppe
HNO-Trakt	Hals-Nasen-Ohren-Trakt
iatr.	iatrogene
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Version 10, German Modification
i. d. F.	in der Fassung
i. d.	In der
IKK	Innungskrankenkasse
IKK e. V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
Inf.	Infektion(en)
inst.	instabil(e)
ITP	idiopathische thrombozytopenische Purpura
i. V. m.	in Verbindung mit
J.	Jahr(e)
juv.	juvenil(e)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KEG	Kostenerstattergruppe
KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
Kr.	Krankheit(en)
Lt.	laut
m.	mit
M2Q	Diagnose liegt in mindestens zwei Quartalen vor
männl.	Männlich(e)
MAPE	Mittlerer Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
mech.	mechanisch(e)
MGUS	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz
Mio.	Millionen

mult.	multiple
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
MS	Multiple Sklerose
MSA-C	Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ
N	Anzahl der Versicherten
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom
NMOSD	Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung
Nr.	Nummer
NS	Nervensystem
o.	ohne
o. Ä.	oder Ähnliches
o. g.	oben genannte
PKU	Phenylketonurie
PML	Progressive multifokale Leukenzephalopathie
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PP	Prozentpunkte
R ²	Bestimmtheitsmaß
rd.	rund
Rekt.	Rektum
RGG	Regionale Risikogruppe
RKI	Robert Koch-Institut
RM	Rückenmark
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
S.	Seite
schw.	schwer(e)
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
sog.	sogenannt
sonst.	sonstige(s)
spez.	spezifisch(e)
SRT	Substratreduktionstherapie
Stör.	Störung(en)
Syndr.	Syndrom
TK et al.	Techniker Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse
TMA	Thrombotische Mikroangiopathie
traumat.	traumatisch(e)
Tyrosinkinase-Inh.	Tyrosinkinase-Inhibitoren
u.	und
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
v.	von
Verbr.	Verbrennung(en)
Verl.	Verletzung(en)
vgl.	vergleiche
VJ	Versichertenjahr(e)
weibl.	Weiblich(e)
WLG	Wohnlandgruppe
Wissenschaftlicher Beirat	Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung
WK	Wirbelkörper
WS	Wirbelsäule
z. B.	zum Beispiel
Z. n.	Zustand nach
zerebr.	zerebral(e/r)

ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil
Abs.	Absatz
ZNS	Zentralnervensystem
z. T.	zum Teil
u. U	unter Umständen

I Einführung

1 Rechtsgrundlagen

Im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben neben einer Grundpauschale risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich der RSA durchgeführt. Durch das Verfahren werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, welche sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen ergeben (§ 266 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)).

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen entwickelt und pflegt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ein sog. Versichertenklassifikationsmodell. Die Festlegungen des BAS nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beinhalten vor diesem Hintergrund die Risikogruppen des Versichertenklassifikationsmodells, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen sowie die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV. Das BAS legt ferner gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV das sich an die Versichertenklassifikation anschließende Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest. Die Festlegungen haben jeweils nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) bis zum 30. September eines Jahres für das folgende Ausgleichsjahr (AJ) zu erfolgen.

Das BAS hat die Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen. Nach § 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV obliegt es dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bestellten Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BAS (im Folgenden: Wissenschaftlicher Beirat) unter Beachtung der in § 8 Absatz 1 RSAV genannten Kriterien (keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion), Empfehlungen zum Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu geben, die das BAS bei den Festlegungen berücksichtigt (§ 8 Absatz 4 Satz 2 RSAV). Entsprechende Empfehlungen hat der Wissenschaftliche Beirat in seiner Sitzung am 17.05.2024 beraten und im Anschluss abschließend beschlossen. Der auf diesen Vorschlägen aufbauende Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsverfahren 2025 wurde am 14.06.2024 durch das BAS veröffentlicht (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024b). Zeitgleich wurde die nach § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV (mit Frist zur Stellungnahme bis zum 09.08.2024) eingeleitet. Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens hat der Wissenschaftliche Beirat in der Sitzung vom 13.09.2024 über im Anhörungsverfahren vorgebrachte Empfehlungen beraten und im Anschluss einen entsprechenden Beschluss gefasst. Unter anderem hat sich der Wissenschaftliche Beirat auf dieser Sitzung mit der konkreten Ausgestaltung der Regionalkomponente auseinandergesetzt und dem BAS zum Ausschluss einer der im Festlegungsentwurf ausgewählten Regionalvariablen („Wahlbeteiligung“) sowie einer erneuten Durchführung der Variablenselektion geraten. Dieser Empfehlung ist das BAS nachgekommen. Nach der erneuten Variablenauswahl wurde zudem am 18. September 2024 der GKV-SV zu der hieraus resultierenden Anpassung des Festlegungsentwurfes um Stellungnahme bis zum 24. September 2024 gebeten (vgl. hierzu Abschnitt 12.3).

Bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind gemäß § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 RSAV die Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionale Merkmale sowie das Merkmal Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 SGB V zugrunde zu legen.

Die Morbidität wird auf Grundlage von Diagnosen und Arzneimitteln bzw. deren Wirkstoffen berücksichtigt (§ 266 Absatz 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 2 RSAV). Regionale Merkmale sind solche, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demographische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden (§ 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV). Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 ff. RSAV legt das BAS die Anzahl der in die Versichertenklassifikation einzubeziehenden regionalen Merkmale fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Das BAS verwendet als Datengrundlage öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 267 Absatz 1 SGB V.

Für die Ermittlung der Risikozuschläge für das Krankengeld ist die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 RSAV maßgeblich, d. h. das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach § 44 SGB V, differenziert nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht der Versicherten.

Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind seit dem Ausgleichsjahr 2023 gesonderte Risikogruppen differenziert nach deren Wohnstaat zu bilden und Risikozuschläge aufgrund der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu ermitteln (§ 269 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 5 RSAV). Als abgerechnete Rechnungsbeträge sind dabei die im jeweiligen Berichtsjahr (BJ) bei der DVKA eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen (§ 8 Absatz 6 Satz 2 RSAV). Das BAS kann bei den Risikogruppen für die Auslandsversicherten länderübergreifende Risikogruppen bilden (§ 8 Absatz 6 Satz 1 RSAV). Die Datenmeldungen für diese Versicherten bleiben gemäß § 8 Absatz 4 Satz 11 RSAV beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge unberücksichtigt.

Zudem werden bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V gewählt haben, die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 RSAV (die Morbiditätsgruppen) durch gesonderte Risikogruppen ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge sind entsprechend anzuwenden (§ 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 RSAV).

Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 8 RSAV liegt es im Ermessen des BAS, im Berechnungsverfahren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 RSAV nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert zu berücksichtigen.

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen

2.1 Anhörungsverfahren

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 09.08.2024 gingen beim BAS neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der BARMER, des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e. V. (BVD), des BKK Dachverbandes (BKK DV), der DAK-Gesundheit (DAK-G), der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF), der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e. V.), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Bundesärztekammer (KBV/BÄK), sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

Zum hinsichtlich der Regionalkomponente angepassten Festlegungsentwurf vom 18. September 2024 gingen bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 24.09.2024 beim BAS neben der Stellungnahme des GKV SV weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), des BKK Dachverbandes (BKK DV), der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e. V.) sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich in Tabelle 2.1 bis Tabelle 2.6. In den sich anschließenden Kapiteln werden die vom BAS mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen und in den Stellungnahmen thematisierten Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst. Im Anschluss erfolgt eine themenbezogene Zusammenfassung der im Anhörungsprozess eingegangenen Stellungnahmen, bevor eine Bewertung derselben erfolgt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen und Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgestellt.

Ist aufgrund der diesjährigen Schwerpunktsetzung die Weiterentwicklung einzelner Hierarchien unterblieben bzw. liegen Stellungnahmen zu Veränderungen des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens vor, die von den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs AJ 2025 nicht erfasst werden, erfolgt im Allgemeinen auch keine gesonderte Zusammenfassung und Bewertung der Stellungnahmen zu diesen Themenbereichen. Die eingegangenen Vorschläge können jedoch vom BAS im Rahmen der jeweiligen Schwerpunktsetzung in den kommenden Anpassungszyklen wieder aufgegriffen und bewertet werden.

Es liegen Vorschläge zur Verschiebung von ICD- bzw. Ergänzung von ATC-Kodes für Hierarchien vor, die im Festlegungsentwurf vom BAS nicht überarbeitet worden sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um neu zuzuordnende Diagnosen und Wirkstoffe (bzw. neue Codes für deren Klassifizierung). Diese werden im Abschnitt 5.2.2 abgehandelt.

Ausgewählte hierarchieübergreifende Themen werden in Kapitel 6 zusammengefasst. Dabei werden jedoch ausschließlich Vorschläge behandelt, die das BAS im Rahmen seiner Festlegungskompetenz nach § 8 Absatz 4 RSAV umsetzen kann. Nicht aufgegriffen werden hingegen Themen, die auf eine Änderung der einschlägigen Rechtsgrundlagen abzielen und sich dem Grunde nach an den Gesetz- bzw. den Verordnungsgeber richten.

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise

I	Einführung	
1	Schwerpunktsetzung	
	<p>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 gesetzt. 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. Gleichermaßen gehen wir davon aus, dass sich dieser zukünftig wieder deutlich erweitern wird.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Im Rahmen der kommenden jährlichen Anpassung des Klassifikationsmodells sind folgende Themen in die Untersuchung einzubeziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen • Altersdifferenzierung • Arzneimitteldifferenzierung/-validierung • Verwendung von ICD-Codes der Ausschlusskategorie • Abbildung von Ko- und Multimorbidität • Beschreibung von Kriterien zur Modellanpassung <p>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.</p>	GKV-SV
	<p>Aufgrund der Vorbereitung auf das Gutachten zur Wirkung des RSA auf Manipulationsanreize und den Wettbewerb der Krankenkassen im Jahr 2024 stehen dem BAS auch dieses Jahr nur begrenzte Personalressourcen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zur Verfügung. Entsprechend ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich nachvollziehbar, dass der vorliegende Entwurf nur überschaubare und begrenzte Änderungen am Klassifikationsmodell vorsieht.</p> <p>Die durch die Pandemie sowohl im Morbiditäts- und Kostenjahr deutlich beeinflusste Datengrundlage spricht gegen eine umfangreichere Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells. Die Fokussierung der Modell Anpassungen auf die Behebung von Hierarchieverletzungen und die Bearbeitung einiger medizinisch begründeter Vorschläge des GKV-SV aus dem letztjährigen Anhörungszyklus ist daher grundsätzlich sachgerecht.</p>	AOK-BV
	<p>Wir bitten in der Festlegung um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.</p>	BARMER
	<p>Mit Blick auf die Zukunft stellt sich angesichts der noch ausstehenden Gutachten die Frage, wie lange noch mit einer minimalen Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells zu rechnen ist bzw. ob und wann wieder eine breitere und strukturierte Pflege und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu erwarten ist. Dies umso mehr, als derzeit bereits neue Sondergutachten und Sonderdatenmeldungen gefordert werden.</p>	BKK DV

I	Einführung	
	<p>Bedingt durch die Fertigstellung von drei Sondergutachten standen dem Wissenschaftlichen Beirat und dem BAS für diesen Anpassungszyklus nur begrenzte Ressourcen für die Weiterentwicklung des RSA-Klassifikationsmodells zur Verfügung. Insofern ist es aus unserer Sicht legitim und nachvollziehbar, dass das BAS den Schwerpunkt für die Weiterentwicklung des Modells in diesem Jahr auf noch offene Vorschläge des GKV-SV aus den Vorjahren gelegt hat.</p> <p>Für die anstehenden Festlegungszyklen wünschen wir uns die Prüfung und Aufnahme bislang noch nicht berücksichtigter Diagnosekodes sowie eine systematische Überprüfung der HMG-Zusammensetzung auf Kostenhomogenität. Zudem möchten wir das BAS ermutigen, den im AJ 2023 eingeschlagenen Weg fortzuführen und hierarchieübergreifende Komorbiditäten aufzudecken, um dadurch bedingte Über- und Fehldeckungen zu beseitigen. Nur so kann es gelingen für die kommenden Festlegungszyklen die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen und die erfreuliche Entwicklung der letzten Jahre zu verstetigen und weiter auszubauen.</p>	IKK e. V.
	<p>Der eingeschränkte Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes ist in Anbetracht der vom BAS bzw. dem Wissenschaftlichen Beirat durchzuführenden Überprüfung der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs nachvollziehbar. Wir gehen davon aus, dass sich der Bearbeitungsumfang künftiger Festlegungsentwürfe wieder erweitern wird. Dabei halten wir insbesondere eine weitere Beschäftigung mit systematischen Alterssplits von HMG für erforderlich.</p>	TK et al.
2	Vorschlagsverfahren, Anhörungszeitraum und organisatorische Aspekte des Anhörungsverfahrens	
	<p>Wir schlagen vor, sämtliche Altvorschläge zum Klassifikationsmodell zu streichen und es den Beteiligten zu überlassen, diese bei einem Neustart des Verfahrens erneut einzubringen. Dies würde alle Beteiligten entlasten. Einen guten Ansatzpunkt für die effiziente und transparente Verwaltung der eingebrachten Vorschläge bilden aus unserer Sicht die seit letztem Jahr bereitgestellten Tabellen-vorlagen.</p>	BKK DV
	<p>Um alle Beteiligten auch künftig nicht zu überfordern, könnten im Rahmen einer Mittelfristplanung vorab Schwerpunktsetzungen bei Themen und Hierarchien für die dann nächsten Jahre vorgenommen werden.</p> <p>Idealerweise würden die Vorschläge der Krankenkassen nicht erst, wie bisher üblich, im Rahmen der Anhörung zum Festlegungsentwurf im Juni gesammelt, sondern in einem gesonderten Vorschlagsverfahren etwa zu Jahresbeginn.</p> <p>In jedem Fall bitten wir um einen frühzeitigen Ausblick auf das Ausgleichsjahr 2026 im Rahmen der endgültigen Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2025. In dieser Vorschau sollten zudem die Bearbeitungsschwerpunkte des Ausgleichsjahres 2027 aufgezeigt werden, welches nach Abschluss der noch anstehenden Gutachten wieder eine vertiefte Arbeit am Klassifikationsmodell erlaubt.</p> <p>Solange die Änderungen am Klassifikationsmodell sich auch künftig so sehr auf ein Minimum beschränken, wie in diesem Jahr, sind die aktuellen Rückmeldefristen ausreichend. Wenn seitens des BAS wieder umfangreichere Änderungen vorgenommen werden, sollte die Fristen verlängert werden. Insbesondere die Zeit zur Reaktion auf den Stellungnahmeentwurf des GKV-Spitzenverbandes im August fällt so knapp aus, dass diese in halben Arbeitstagen bemessen wird! Zur näheren Begründung unserer Vorschläge zur Verfahrensgestaltung verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2023.</p>	BKK DV

I	Einführung	
3	Themen mit Änderungsbedarf der Rechtsgrundlagen	
	<p>Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung hat in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich aus dem Jahr 2024 eine Empfehlung zur Untersuchung von versichertenbezogenen Informationen ausgesprochen, welche bei Berücksichtigung auf Individualebene sowohl die versichertenindividuelle Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells als auch die Zuweisungsgenauigkeit auf regionaler Ebene steigern können. Die AOK-Gemeinschaft hat in diesem Zusammenhang bereits im Jahr 2022 eine wissenschaftliche Untersuchung beim Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen beauftragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die RSA-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der entsprechenden Krankenkassen für Versicherte</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI, • die einkommensbedingt unter die „Härtefallregelung“ des § 62 SGB V fallen, • mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, • sowie mit Bezug von ALG II, <p>systematisch und in einem relevanten Umfang nicht decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Personen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Diese vulnerablen Versichertengruppen sind zudem sehr ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt - mit den entsprechenden Auswirkungen im Kassenwettbewerb. Die AOK-Gemeinschaft setzt sich dafür ein, den RSA konsequent auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Wenn wissenschaftliche Indizien dafürsprechen, dass Fehlanreize zu Lasten besonders schutzbedürftiger Versichertengruppen bestehen, dann müssen diese Fehlanreize schnell und nachhaltig behoben werden. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollte der Wissenschaftliche Beirat des BAS im § 266 SGB V ergänzend beauftragt werden, im Rahmen eines Sondergutachtens zu untersuchen, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Die entsprechenden Merkmale können nach den Ergebnissen unserer Studie eine höhere Leistungsanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden.</p>	AOK-BV
	<p>Die seit 2021 vollzogene Streichung der Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner als separates Risikomerkmal bewertet die AOK-Gemeinschaft vor diesem Hintergrund als Fehlentwicklung im Morbi-RSA. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat auch in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich aufgezeigt, sind ohne Erwerbsminderungszuschläge die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versichertengruppe durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterfinanziert. Die fehlende Berücksichtigung reduziert nicht nur die Erklärungskraft des Morbi-RSA, sondern setzt klare Anreize, diese besonders schutzbedürftigen Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen.</p>	AOK-BV
	<p>Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung von partiellen Ist-Kostenausgleichen im Morbi-RSA grundsätzlich ab und fordert stattdessen, die Zuweisungen über den bewährten, standardisierten Ausgleich von prospektiven Folgekosten zu bemessen. Nur so werden die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren. Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahrens allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter. Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 (BT-Drs. 19/15662) sowie unsere Stellungnahmen vom 13.08.2021 und vom 04.08.2023 verwiesen.</p>	AOK-BV

I	Einführung	
	<p>Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA entspricht.</p> <p>Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft fordert weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden [vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 13.08.2021].</p>	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise

II	Methodik	
1	Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung	
1.1	Statistische Bewertungskriterien	
	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.	GKV-SV
	Die verwendeten statistischen Bewertungskriterien sind nach Auffassung der KBV und der BÄK für die Bewertung, ob eine Überarbeitung umgesetzt werden sollte, geeignet und grundsätzlich nachvollziehbar.	KBV/BÄK
	Aus Sicht der KBV und der BÄK ist daher wiederum anzumerken, dass Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen (ggf. auch aggregiert auf Kassenarten) potenziell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern könnten. Der aktuell verwendete Mittelwert über alle Krankenkassen ist ggf. z. B. durch einzelne Ausreißer stark beeinflusst.	KBV/BÄK
1.2	Datenaufbereitung und -beschreibung	
	Die Aufbereitung der Auswertungen der Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die Pandemieeffekte und die hiermit verbundenen Schlussfolgerungen des BAS sind nachvollziehbar. 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.	GKV-SV
	<p>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 Mitgliedskassen 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.</p> <p>Vorschlag: Bei künftigen Anhörungsverfahren sollten diese Informationen direkt durch das BAS mit der Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes bereitgestellt werden.</p>	GKV-SV, IKK e. V., BARMER, BKK DV

II	Methodik	
	<p>Durch die Einführung des Krankheitsvollmodells entfällt die jährliche Krankheitsauswahl und die damit bereitgestellten Informationen. Auf Basis der verbliebenen Informationen des BAS zur Modellfestlegung ist eine Zuordnung aller ICD-Codes zu den Krankheiten und Ausschlusskategorien aktuell nicht möglich. Eine vollständige Krankheitsabgrenzung inkl. der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien ist aber erforderlich um nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Codes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden. Derzeit können die Anhörungspartner nur über den Abgleich mit dem ICD-Katalogverzeichnis des DIMDI feststellen, ob tatsächlich alle ICD-Codes für die Festlegung berücksichtigt wurden. Eine entsprechende Transparenz über die ICDs in der Ausschlusskategorie würde auch das Risiko deutlich verringern, dass im Rahmen der Modellfestlegung relevante ICDs übersehen werden (so wie z. B. die ICDs G90.80 und G90.88, die aufgrund der ICD-Ausdifferenzierung des ICD G90.8 im ICD-GM-10 2024 neu hinzukommen, vgl. unsere redaktionellen Hinweise).</p> <p>Vorschlag: Wir bitten erneut um Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Codes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1 der Festlegung [vgl. auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV
	<p>Wir begrüßen, dass das BAS trotz der Widrigkeiten auch in diesem Jahr wieder Untersuchungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf den Datengrundlagen für den Festlegungszyklus 2025 (Morbidität 2021 und Leistungsausgaben 2022) durchgeführt hat. Auch wenn die Gütemaße im Modellvergleich zum Teil noch deutliche Schwankungen im Vergleich zu den Vor-Pandemie-Jahren aufweisen, zeigt sich gerade in der Übersicht der Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2025 Seite 4 von 14 vierjährigen Verwendungszyklen der Klassifikationsmodelle, dass insbesondere der Risikopool geeignet ist, die Schwankungen in der Zielgenauigkeit auszugleichen und die Klassifikationsmodelle robuster gegenüber äußeren Einflussfaktoren zu machen.</p>	IKK e. V.
	<p>Es fällt auf, dass eine bessere Abgrenzung der Begriffe „Klassifikationssystem“ und „Klassifikationsmodell“ ggf. die Verständlichkeit erhöhen könnte. Aktuell werden die Begriffe scheinbar synonym verwendet.</p> <p>Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung des Morbi-RSA verwendbar sei. Dem können KBV und BÄK folgen, nachdem die Analysen und Ergebnisse vom BAS schlüssig dargelegt wurden.</p>	KBV/BÄK
	<p>Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.</p> <p>Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung des Morbi-RSA verwendbar sei. Dem können KBV und BÄK folgen, nachdem die Analysen und Ergebnisse vom BAS schlüssig dargelegt wurden.</p>	KBV/BÄK
2	Entwicklung des Ausgangsmodells	
2.1	Anpassungen an den ICD-10-GM	
	<p>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 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.</p>	GKV-SV
	<p>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 deutlich erleichtern. Sie ist erforderlich um nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Codes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden.</p>	GKV-SV, AOK-BV
	<p>Die vorgeschlagenen Anpassungen zur Bildung des Ausgangsmodells halten wir für medizinisch und inhaltlich sinnvoll.</p>	TK et al., IKK e. V., KBV/BÄK

II	Methodik	
	<p>Die Verwendung eines Ausgangsmodells, anstelle des Vorjahresmodells ist für die Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-Katalog 2024 notwendig.</p> <p>Aus unserer Sicht sollte im Ausgangsmodell jedoch keine medizinische Überprüfung bereits vorhandener ICD-Zuordnungen zu Diagnosegruppen vorgenommen werden. Für uns sind diese Verschiebungen nicht transparent und es fehlen Begründungen für diese Verschiebungen. Die Darstellung zu Beginn einer jeden Hierarchie ist nicht ausreichend und für uns nicht simulierbar dargestellt.</p> <p>Eine Überprüfung der Zuordnung von bereits im Modell vorhandenen ICDs und ggf. die Verschiebung von ICDs in andere Hierarchien oder Diagnosegruppen stellt eine reguläre Anpassung des Modells dar und gehört daher unseres Erachtens nicht in das Ausgangsmodell, sondern sollte regulär im Entwurf behandelt und bewertet werden.</p>	BARMER
	<p>Der ICD-Code dokumentiert eine Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Insofern sollte das in der Anlage 1 hinterlegte Mindestalter von 16 auf 18 Jahre angepasst werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das AJ 2028 sollte anhand der dann vorliegenden Daten die Einordnung des ICD-Codes überprüft werden.</p>	GKV-SV, AOK-BV, DAK-G
	<p>Im Ausgleichsjahr 2024 erfolgte eine Anpassung der unteren Altersgrenze von 0 auf 15 Jahre. Lt. systematischem Verzeichnis und Meta-Daten des ICD-10-GM gibt es keine Hinweise für diese untere Altersgrenze. Im ICD-10-GM ist „18 Jahre und älter“ im Zusammenhang mit Erwachsenen zu finden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Klarstellung bzw. Anpassung auf 18 Jahre.</p>	DAK-G
	<p>Die KBV und die BÄK begrüßen die Umsetzung zur Anpassung der spezifischen Altersgrenzen zur Multiplen Sklerose, welche aus dem Anhörungsverfahren zum Ausgleichsjahr 2024 resultieren. Die Herabsetzung der unteren Altersgrenzen von 15 Jahre auf 0 Jahre sind schlüssig.</p>	KBV/BÄK
	<p>Ab Version 2024 werden zum ICD-Code G90.8 „Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ die ICD-Fünfsteller G90.80 „Posturales Tachykardiesyndrom [PoTS]“ und G90.88 „Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ eingeführt. Obwohl der ICD-Code G90.8 im RSA berücksichtigt wird, werden die beiden neuen ICD-Codes keiner DXG/HMG/Krankheit zugeordnet. Dies ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es wird vorgeschlagen, die beiden ICD-Codes analog des G90.8 der DXG1333 „Erkrankungen des autonomen Nervensystems“ und damit der HMG0080 „Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Trigemineuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS“ zuzuordnen.</p>	GKV-SV, AOK-BV, DAK-G, KBV/BÄK
	<p>Für den ICD-Viersteller I21.4 „Akuter subendokardialer Myokardinfarkt“ sind die Altersgrenzen von 15 bis 124 Jahren festgelegt, während sie für die dazugehörenden ICD-Fünfsteller 0 bis 124 Jahre betragen. Auch die Metadatei des BfArM sieht ein zulässiges Alter von 15-124 Jahren vor.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es wird vorgeschlagen, die Altersgrenzen für die Fünfsteller ICD-Codes ebenfalls auf 15 – 124 Jahre festzulegen.</p>	GKV-SV, DAK-G
	<p>Ab ICD-10-GM Version 2024 kann das akute Atemnotsyndrom differenziert für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene abgebildet werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Im Tabellenblatt „IDM_AJ25_ICD24“ der Anlage 1 des Festlegungsentwurfs sind die Altersgrenzen der ICD-Codes, die das Krankheitsgeschehen für Erwachsene dokumentieren, noch nicht angepasst. Anpassung von ICD J80.01 bis J80.03 entsprechend dem ICD-10-GM auf 18 bis 124 Jahre. Das betrifft alle ICD-Jahre 2021 bis 2024.</p>	GKV-SV, AOK-BV, DAK-G
	<p>Die Verschiebung der Diagnose K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ von der DxG0934 in die DxG0775 und die Zuordnung der B39.0 „Akute Histoplasmose der Lunge durch Histoplasma capsulatum“ zur Krankheit 181 sind nachvollziehbar. Die DAK-Gesundheit begrüßt die Umsetzung des Vorschlags, die Diagnose „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ (U08.9/U07.3) der Ausschlusskategorie zuzuordnen.</p>	DAK-G

II	Methodik	
	<p>Wir begrüßen es, dass das BAS unserem Vorschlag aus dem letzten Jahr gefolgt ist und den ICD-Kode K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ von der Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ in die Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ verschoben hat.</p> <p>Die vom BAS vorgenommenen Anpassungen im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 sind für uns schlüssig und nachvollziehbar dargestellt.</p>	IKK e. V.
	<p>Dass die manipulationsanfälligen ICD-Kodes U08.9 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ sowie U07.3 „COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“, der Ausschlusskategorie zugeordnet wurden, ist sachgerecht.</p>	IKK e. V., TK et al.
	<p>Es sind immer noch zahlreiche Diagnosen und Symptomcodes unberücksichtigt. So erschließt sich uns nicht, warum beispielsweise die ICD-Kodes zu den durch Tabak induzierten, psychischen und Verhaltensstörungen F17.0 und F17.3 bis F17.7 in die Hierarchie 11 eingeordnet sind, die Codes F17.1 und F17.2 sowie F17.8 und F17.9 aber nicht. Die Aufnahme von unberücksichtigten Diagnosen in den Verteilungsalgorithmus hat in den vergangenen Jahren immer dazu geführt, dass sich die Zielgenauigkeit des Modells verbessert hat. Für die Zukunft wünschen wir uns eine strukturierte Auseinandersetzung und systematische Prüfung aller unberücksichtigten ICD-Kodes durch das BAS.</p>	IKK e. V.
2.2	Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die im AJ 2023 vorgenommene Integration zahlreicher bislang nicht genutzter Codes aus den Ausschlusskategorien 501 und 502 an unterschiedlichen Stellen des Klassifikationsmodells. Die Berücksichtigung dieser Diagnosen leistet einen wichtigen Beitrag, um eine nachhaltige Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Erneut möchten wir anregen, eine zusätzliche Berücksichtigung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ zu untersuchen. Analysen der AOK-Gemeinschaft zeigen, dass diese ICD-Codes besonders geeignet sind, um eine Verbesserung der Prädiktionsgüte durch eine differenziertere Abbildung von Krankheitsschweregraden zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten für eine krankheitsvollständige Abbildung der Morbiditäten auch Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen nach medizinischen Maßnahmen, die Berücksichtigung von Dauertherapien mit Antikoagulanzen, die Integration von Nekrosen/Gangrän und die Abbildung von Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sowie Nachuntersuchungen nach Organtransplantationen geprüft werden [vgl. unsere Vorschläge zu den Hierarchien 07, 08, 11, 22, 24 und 25].</p>	AOK-BV
	<p>Wir möchten unseren Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren für das Ausgleichsjahr 2023 erneuern, dass immer noch zahlreiche Diagnosen und Symptomcodes unberücksichtigt sind wie zum Beispiel F17.1, F17.2, F17.8 und F17.9. Die Aufnahme von unberücksichtigten Diagnosen in den Verteilungsalgorithmus hat in den vergangenen Jahren immer dazu geführt, dass sich die Zielgenauigkeit des Modells verbessert hat.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für die Zukunft wünschen wir uns eine strukturierte Auseinandersetzung und systematische Prüfung aller unberücksichtigten ICD-Kodes durch das BAS.</p>	IKK e. V.
2.3	Anpassung von ATC-Kodes	
	<p>Die vorgenommenen Anpassungen von ATC-Kodes aufgrund von Umklassifizierungen sind grundsätzlich nachvollziehbar.</p>	KBV/BÄK
	<p>Bei den aufgeführten DxGs 0199 bis 0962 wurde der ATC-Kode L01XC (der nicht mehr existent ist) durch den ATC-Kode L01FA ersetzt. Dieser beinhaltet die drei Wirkstoffe Ofatumomab, Rituximab und Obinutuzumab. Die dafür zugelassenen Anwendungsgebiete scheinen nach unserem Kenntnisstand nicht alle aufgeführten DxG zu umfassen. Insofern könnte ggf. eine Überprüfung sinnvoll sein.</p>	KBV/BÄK

II	Methodik	
3	Weitere Themen	
3.1	Dokumentation der Modellanpassungen	
	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 Arzneimittelwahl für DxGs mit bestehender Arzneimittelvalidierung bzw. -differenzierung der Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ und Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ um therapie-relevante 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.	GKV-SV
	Das methodische Vorgehen und die schrittweisen Analysen zur Neuordnung der einzelnen Hierarchien sind gut dokumentiert und dadurch grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollten alle Anpassungsschritte im Entwurf dokumentiert werden.	AOK-BV
	Im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfsmodells für die Hierarchie 11 hat sich eine Hierarchieverletzung in der Hierarchie 05 ergeben. Eine Darstellung in einem eigenen Kapitel ist nicht erfolgt, wodurch die Übersichtlichkeit der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf gemindert wird. Vorschlag: Darstellung aller Anpassungen einer Hierarchie in einem eigenen Kapitel.	IKK e. V.
	Nach unserer Auffassung hat sich die Übersichtlichkeit der Modellstruktur im Vergleich zu den Vorjahren nicht verbessert. Vorschlag: Für eine bessere Übersichtlichkeit wäre eine Darstellung der Kostenschätzer und der entsprechenden Besetzungszahlen der jeweiligen HMGs in der Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell des Festlegungsentwurfs vorteilhaft.	IKK e. V.
3.2	Einheitliche Entscheidungskriterien	
	Bereits in den vergangenen Jahren hat die BARMER für Hierarchiekonsolidierungen eine Formalisierung vorgeschlagen, wann HMGs für eine Zusammenlegung in Betracht gezogen werden können. Diesen Vorschlag wollen wir erneut zur Diskussion stellen, da allgemeingültige Regelungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsverfahrens viele Fragen im Vorfeld klären würden.	BARMER
	In der Hierarchie 19 besteht eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und der HMG0500 „Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz“. Auch in der Hierarchie 22 entstand eine Hierarchieverletzung, obwohl es im Klassifikationsverfahren keine Änderungen in dieser Hierarchie gab. Daher darf vermutet werden, dass lediglich die geänderte Datenbasis Ursache dieser Hierarchieverletzungen war. Die Hierarchieverletzungen könnten pandemiebedingt sein oder auf zufälligen Schwankungen beruhen [redaktionelle Zusammenfassung]. Für die Beseitigung von Hierarchieverletzungen gibt es in der Festlegung die Beschreibung zum Umgang mit Hierarchieverletzungen bei der Regression unter Punkt 2.3.2.6 „Verletzung der Kostendominanz“. Vorschlag: Wir regen daher an, die Hierarchieverletzungen erst dann zu bearbeiten, wenn sie auch bei der Verwendung von Daten ohne Pandemieeinfluss bestehen bleibt und ansonsten den normalen Prozess bei der Regression zur Ermittlung der Risikozuschläge zu folgen. Dies würde den Aufwand der Überarbeitung reduzieren und Ressourcen beim BAS schonen.	BARMER
	Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass sich das BAS weiterhin dem kassenartenübergreifenden Wunsch nach einem systematischen und transparenten sowie an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung stellt. Im Zentrum stehen für uns folgende Punkte „Festlegung allgemeiner Schwellenwerte für Änderungen der Gütemaße“ und „Einheitliche qualitative Bewertungskriterien (Checkliste) bei der Überprüfung des Klassifikationsmodells“. Wir verweisen hierzu nochmals auf die von uns skizzierte Checkliste aus dem vergangenen Jahr: [...]. Zur Verbesserung der Transparenz bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells schlagen die Betriebskrankenkassen eine Erweiterung der Routinekennzahlen in zwei Punkten vor: Matrix zu Über- und Unterdeckungen nach Alter und HMG-Anzahl der Versicherten; Veröffentlichung der Fallzahlen und Kostenschätzer unter Berücksichtigung von Hierarchieverletzungen und der Nullsetzung negativer Werte in elektronischer Form als Excel-Datei.	BKK DV

II	Methodik	
	Für die zukünftigen Weiterentwicklungen regen wir erneut an, zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu entwickeln und umzusetzen. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein. Abweichungen hiervon in entsprechend zu begründenden Einzelfällen oder Ausnahmeregelungen für dünn besetzte HMGs sind durchaus möglich.	AOK-BV
3.3	Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien	
	<p>Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürfen dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen sowie bei Arzneimittelvalidierungen über „klinisch-relevant“) zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen [vgl. unserer Stellungnahme vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV
	<p>Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV
	<p>Für einige der im Rahmen der Vervollständigung des Krankheitsspektrums im AJ 2021 neu hinzukommenden DxGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z. B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DxGs daher ungeeignet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für die nachfolgend aufgelisteten DxGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren (vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023): DxGs 0081, 0334, 0402, 0522, 0591, 0630, 0687, 1033, 1034.</p>	AOK-BV
	Die Arzneimittel- und Altersdifferenzierung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Auch mit Blick auf das vorliegende Gutachten zum HMG-Ausschluss sollte dieser Ansatz ausgebaut werden. Konkrete Ansatzpunkte haben wir in unserer Stellungnahme zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2024 genannt.	BKK DV
	<p>a) Arzneimittel mit sehr breitem Anwendungsgebiet sind mitunter zur Validierung verschiedener Krankheiten hinterlegt, was dazu führen kann, dass dasselbe - unspezifische und breit eingesetzte - Medikament zur Zuweisung für verschiedene Krankheitsbilder führen kann.</p> <p>b) Die Zuordnung von ICD-Codes eines Krankheitsbilds zu HMG in verschiedenen Hierarchien/Hierarchiesträngen kann dazu führen, dass dasselbe Krankheitsbild (je nach Ausprägung) beim selben Patienten aufgrund einer Arzneimittelverordnung (für dieselbe Symptomatik) zu parallelen Zuweisungen über verschiedene HMGs führt.</p>	BKK DV

II	Methodik	
	<p>Insbesondere die Berücksichtigung von zahlreichen Arzneimittelwirkstoffgruppen trägt zur weiteren Stärkung der Manipulationsresistenz bei. Jedoch wurde im Entwurf aus Ressourcengründen nur eine Hierarchie mit Arzneimittelvalidierung überarbeitet.</p> <p>Wir bitten in der Festlegung um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.</p>	BARMER
3.4	Kostenhomogenität	
	<p>Auch nach der Einführung des Vollmodells lässt sich im Jahresvergleich erkennen, dass sich diverse Kostenschätzer direkt angrenzender HMGs immer weiter angleichen und sich hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) nur noch um 100 € oder weniger unterscheiden. Hiervon betroffen sind beispielsweise die Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems“ (HMG0566 und HMG0314), die Hierarchie 16 „Herzkrankungen“ (HMG0090 und HMG0092), die Hierarchie 23 „Verletzungen“ (HMG0803 und HMG0804) und die Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (HMG0117 und HMG0009).</p> <p>Bei HMGs mit einem geringem Kostenunterschied besteht ein latentes Risiko bei der Aktualisierung von Datengrundlagen Hierarchieverletzungen zu generieren. Hierarchieverletzungen setzen Anreize auf die Meldung solcher Morbiditätsinformationen zu verzichten.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Bisher wurden HMGs immer nur bei einer bestehenden Hierarchieverletzung überprüft. Aus unserer Sicht ist das nicht ausreichend. Wir halten eine strukturierte Auseinandersetzung und Überprüfung der Kostenhomogenität für alle Hierarchien für notwendig.</p>	IKK e. V.
	<p>Insbesondere bei Sammel-HMGs mit geringen oder negativen Kostenschätzern am Strangende der Hierarchien sollte geprüft werden, ob die Folgekosten in der HMG noch richtig abgebildet sind. So sind beispielsweise in der HMG0315 „Sonstige Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems“ 24 DxGs mit einer Besetzungszahl von 11,3 Mio. Versicherten zusammengefasst. Die HMG wurde im Anpassungszyklus AJ 2022 nach vorwiegend medizinischen Gesichtspunkten konsolidiert. Interne Analysen zeigen z. T. deutliche Deckungsunterschiede auf Ebene der einzelnen Diagnosegruppen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es sollte konsequent überprüft werden, ob die Folgekosten der Diagnosegruppen in den einzelnen HMGs noch richtig abgebildet sind.</p>	IKK e. V.
	<p>Identifizierung von HMG mit im Zeitverlauf sich heterogen entwickelnden Kosten bei Diagnosen/DxG auch vor dem Hintergrund einer Verringerung der Anzahl an HMG bei steigender Anzahl an DxG.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMG in ihre DxG standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen Anpassungsbedarf anzeigen. Im Kontext der aktuellen Komplexität des Klassifikationsmodell mit einer stetigen Zunahme von DxG und Dominanzbeziehungen und auch anderen Einflüssen wie der Pandemie soll das Verfahren die Weiterentwicklung unterstützen, wozu auch die Prüfung des aktuellen Klassifikationsmodells auf einer neuen Datengrundlage gehört. Die Reduzierung der Anzahl an kostenhomogenen HMG bei gleichzeitig steigender Anzahl an DxG lässt den Überarbeitungsbedarf in den Folgejahren ansteigen. Besonders betroffen sind HMG, die z. B. DxG mit stationärem Aufgreifkriterium, geringer Anzahl oder Diagnosen mit veränderten Therapiekosten enthalten. Das können sowohl höheren Kosten durch neue Therapien als auch niedrigeren Kosten z. B. durch geringere Arzneimittelkosten sein. Darüber hinaus ließen sich in einem solch automatisierten Prozess auch Altersdifferenzierungen standardisiert berechnen.</p>	DAK-G

II	Methodik	
3.5	Komorbidität	
	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.	GKV-SV
	<p>Die in den Anhörungszyklen zur Modellfestlegung für die Ausgleichsjahre 2022 und 2023 vorgenommene, überwiegend rein ökonomisch über Fehldeckungen begründete Hierarchieumgestaltung wird kritisch gesehen. Denn hierdurch entfernt sich das Modell weiter von der bis zum Ausgleichsjahr 2021 angewandten medizinischen Systematik, in der die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Die AOK-Gemeinschaft sieht diesen Paradigmenwechsel kritisch, da eine auf Basis von HMG-bezogenen Fehldeckungen orientierte Modellausgestaltung langfristig einen deutlich erhöhten Aufwand für die Modellpflege nach sich zieht. Denn Datenaktualisierungen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen in der betreffenden, aber auch in anderen Hierarchien, wirken sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus.</p> <p>Dies erfordert die rein nach ökonomischen Gesichtspunkten definierten Hierarchiestrukturen auch kontinuierlich zu überprüfen. Dabei gilt es zu messen, ob und inwieweit die zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Modell aufgetretenen Fehldeckungen infolge von Komorbiditäten weiterhin Bestand haben bzw. inwieweit neue Fehldeckungen entstanden sind.</p>	AOK-BV
	<p>Wir stellen fest, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien kommt. Diese führen zu erheblichen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten. Daher sprechen wir uns in diesem besonderen Fall zumindest übergangsweise für die seitens des GKV-SV für das AJ 2023 vorgeschlagene, gemeinsame Abbildung der betroffenen Dauermedikations-HMGs in einem Hierarchiestrang aus. Die bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis auftretenden Gelenkbeteiligungen werden häufig auch von behandelnden Ärzten als Rheumatoide Arthritis kodiert. So zeigen auch die im Kontext der Anhörung zum Ausgleichsjahr 2022 und 2023 seitens des GKV-SV bereitgestellten Komorbiditätsanalysen hohe Odds-Ratios zwischen diesen Erkrankungen. Die Immunsuppressiva werden bei diesen Patienten nur einmal gegeben, führen aber in zwei oder drei HMGs zur Auslösung des höchsten Zuschlags. Dies führt bei paralleler Zuschlagsauslösung zu Überdeckungen in problematischem Umfang.</p> <p>Vorschlag: Ein Lösungsansatz könnte die Abbildung der Autoimmunerkrankung in einer Hierarchie darstellen. Dies erscheint aber sehr komplex, da man dann auch die jeweils untergeordneten HMGs mit einbeziehen müsste. Für eine hinreichende, kurzfristige Lösung des Problems im Rahmen der anstehenden Festlegung sprechen wir uns daher übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Dauermedikation II) über die Psoriasis mit Dauermedikation III und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen (Dauermedikation II) aus.</p> <p>Perspektivisch zielführender, da vermutlich zielgenauer, wäre hingegen die Abbildung der erhöhten Folgekosten dieser Patientengruppen über einen hierarchieübergreifenden, gesonderten Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der Entwurfsfassung AJ 2023 eingeführten Zuschlagsgruppen für innovative Onkologika. Im Rahmen der Weiterentwicklung ließen sich über eine solche Zuschlagsgruppe zudem auch die erhöhten Folgekosten weiterer Autoimmunerkrankungen, z. B. des zentralen Nervensystems (Multiple Sklerose mit Dauermedikation) bzw. weiterer Manifestationen im Bereich Hauterkrankungen (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation) und andere Ausprägungen dieser Erkrankung adäquat und ohne unerwünschte Nebenwirkungen durch medizinisch unbegründete Hierarchiebeziehungen abbilden [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV
	<p>Die Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität bleibt aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein zentrales Thema für die künftige Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells.</p> <p>Vorschlag: Der vor zwei Jahren eingeschlagene Weg, breite Komorbiditäten zwischen Hierarchien durch ihre Zusammenlegung aufzuarbeiten ist richtig und sollte unbedingt fortgesetzt werden, wenn wieder breitflächiger am Klassifikationsmodell gearbeitet werden kann.</p>	BKK DV

II	Methodik	
	<p>Ein Schwerpunkt der letzten beiden Anhörungszyklen war die Identifikation und Beseitigung von durch Komorbidität ausgelösten Überdeckungen. Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2024 angeführt, haben wir auf der Grundlage von IKK-internen Analysen auch im Festlegungsentwurf weitere signifikante Korrelationen und daraus resultierende Fehldeckungen, z. B. zwischen den rheumatoiden Erkrankungen in der Hierarchie 07 und den Hauterkrankungen in der Hierarchie 22 festgestellt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Zur Vermeidung unerwünschter Kodieranreize halten wir eine systematische Überprüfung hierarchieübergreifender Abhängigkeiten für dringend erforderlich. Wir möchten das BAS ermutigen den in 2023 begonnenen Schritt weiterzuverfolgen.</p>	IKK e. V.
	<p>Einführung zusätzlicher HMG-Dominanzbeziehungen bei Multi- bzw. Komorbidität zwischen zwei oder wenigen HMG als Ergänzung der strangweisen Hierarchisierung zur Verbesserung der Zielgenauigkeit</p> <p>Vorschläge aus dem Klassifikationsmodell 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HMG0311 über 0119/DxG0203 über DxG1284 oder DxG1284 über DxG0203; • HMG0313 über 0220; • HMG0214 über 0215; • HMG0500 über 0215; • HMG0962 über 0019; • HMG0002 über 0501, 0136; • HMG0006 über 0501; • HMG0451 über 0501 	DAK-G
	<p>Besonders vor dem Hintergrund der Vermeidung von Überdeckung durch mehrere HMG-Zuweisungen bei Komorbidität könnten direkte zusätzliche HMG-Dominanzbeziehungen das strangweise Vorgehen ergänzen und die Zielgenauigkeit erhöhen. Punktuelle hierarchische Beziehungen von nur zwei oder wenigen HMG soll dabei die strangweise Hierarchisierung ergänzen, wie am o. g. Beispiel der Psoriasis. Letztendlich muss eine Modellberechnung zeigen, ob eine Verbesserung der Modelgüte bzw. Deckungsbeiträge erreicht werden kann.</p>	DAK-G
3.6	Alterssplits	
	<p>Eine regelmäßige Überprüfung der im Ausgleichsjahr 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen der HMG-Altersdifferenzierungen halten wir für erforderlich.</p>	AOK-BV
	<p>Die Arzneimittel- und Altersdifferenzierung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Manipulationssicherheit des RSA. Auch mit Blick auf das vorliegende Gutachten zum HMG-Ausschluss sollte dieser Ansatz ausgebaut werden.</p>	BKK DV
	<p>Der Einstieg in systematische Alterssplits von HMG mit hohen altersbezogenen Über- und Unterdeckungen erfolgte für das Ausgleichsjahr 2020. Das BAS hat sich dabei gegen allgemeingültige, für jede HMG-Differenzierung geltende Altersgrenzen entschieden, sondern eine individuelle Bestimmung der Splitgrenzen für jede betroffene HMG vorgesehen. Diese Methode ist zwar genauer, aber auch mit einem deutlich höherem Analyseaufwand verbunden. Der Einstieg erfolgte zunächst nur für wenige HMG, da BAS und Wiss. Beirat davon ausgingen, dass die Einführung eines Vollmodells und eines Risikopools altersspezifische Fehldeckungen innerhalb der HMGs reduzieren wird. Seither ist aber keine Überprüfung dieser Hypothese erfolgt bzw. der GKV übermittelt worden. Nach Einführung des Vollmodells und mittlerweile mehrjähriger Konsolidierung halten wir es für notwendig, auf Basis des aktuellen Modells zu prüfen, inwieweit altersbezogene Über- und Unterdeckungen in einzelnen HMGs bestehen und auf Basis dieser Ergebnisse weitere Alterssplits vorzunehmen, um die nach wie vor bestehende Unterdeckung bei jüngeren Versicherten abzubauen und gleichzeitig die Überdeckung bei älteren multimorbiden Versicherten zu reduzieren.</p>	TK et al.

II	Methodik	
3.7	Sonstiges	
	Problematisch gesehen wird weiterhin die Wirkung der deutlich verflochtenen Hierarchiestränge im Kontext der sog. „Manipulationsbremse“. Erschwerend kommt in diesem Zusammenhang hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann. Teilweise werden Überdeckungen durch den HMG-Ausschluss zu Unterdeckungen und umgekehrt. Die Entscheidung des BAS, von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen, halten wir in diesem Zusammenhang für grundsätzlich richtig.	AOK-BV
	Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es für die zukünftige zielorientierte Verbesserung des Modells unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau der bedeutsamen Überdeckungen bei – im RSA-Sinn - Gesunden zu entwickeln. Diese verstärken sich zudem zusätzlich durch die Anwendung der Manipulationsbremse.	AOK-BV
	Als Ärzteschaft besteht weiterhin Interesse, sich regelmäßig an der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu beteiligen z. B., in Form des seinerzeit einmal jährlich stattfindenden Austauschs, den wir jeweils als sehr informativ und konstruktiv empfunden haben.	KBV/BÄK
	Bezüglich der Reduktion von Manipulationsanreizen wäre zudem der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates zu beleuchten, dass Zuschläge für einige Morbiditätsgruppen mit einer überdurchschnittlichen Fallzahlsteigerung ggf. für alle Krankenkassen gestrichen werden sollen. So sehr dieser Vorschlag auf den ersten Blick verfährt, sollte aus unserer Sicht zunächst geklärt werden, ob de facto auch die intendierten Ziele sicher und verlässlich auf Ebene der einzelnen Krankenkassen wissenschaftlich nachgewiesen und faktisch erreicht werden können.	KBV/BÄK
	Die DAK-Gesundheit begrüßt grundsätzlich Arzneimitteldifferenzierungen im Klassifikationsmodell. Diese führten in der Vergangenheit wie auch im vorgelegten Entwurf für das Ausgleichsjahr 2025 bei multipler Sklerose zu einer verbesserten Zielgenauigkeit des RSA. Allerdings wird diese Verbesserung im Ausgleichsjahr nicht erreicht, sofern HMG durch das Verfahren nach § 18 Absatz 1 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) von einer HMG-Zuweisung ausgeschlossen werden.	DAK-G

Quelle: BAS

Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
1	Hierarchie 01 „Infektionen“					
	Einordnung ICD	U08.9, U07.3				Die Zuordnung der ICD-Kodes für COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet, zur Ausschlusskategorie ist sachgerecht.
2	Hierarchie 02 „Neubildungen“					
	Aufgreifkriterium Arzneimittel			0331, 0332, 0333		Ein offener Vorschlag ist die Veränderung des Arzneimittelkriteriums auf 42/21 BT bei den HMGs 0331, 0332, 0333.
3	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“					
	Arzneimitteldifferenzierung	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB08	<p>Das Maroteaux-Lamy-Syndrom gehört zu den Mukopolysaccharidosen und bezeichnet eine angeborene lysosomale Speicherkrankheit, bei der es zur Akkumulation von Dermatansulfat kommt. Die Therapie erfolgt über eine Enzyersatztherapie mit Galsulfase (ATCAB08). Dieser Enzyersatz kann Chondroitinsulfat und Dermatansulfat abbauen und verzögert somit den Krankheitsverlauf.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für das Maroteaux-Lamy-Syndrom gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog. Die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Therapie wird das Maroteaux-Lamy-Syndrom zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Maroteaux-Lamy-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs (Galsulfase ATCAB08) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ IV Maroteaux-Lamy-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen.</p>

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Arzneimitteldifferenzierung	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB18	<p>Das Sly-Syndrom ist eine autosomal rezessive erbliche Erkrankung, die durch einen Beta-Glucuronidasemangel verursacht wird. Für die Behandlung der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Sly steht mit der Enzyersatztherapie Vestronidase alfa (Mepsevii®) seit 2018 ein Medikament zur Verfügung, das spezifisch diesen Enzymmangel behebt und dabei sehr hohe prospektive Kosten verursacht. Zugelassen ist Mepsevii zur Behandlung nicht-neurologischer Krankheitsanzeichen der Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzyersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023).</p>	AOK-BV
Arzneimitteldifferenzierung		0821, 0850, 0877	0130		<p>Im Rahmen der Sonderfall-4-Prüfung vorgesehenen Arzneimittelvalidierung für DxG0877 werden ca. 20 % der LDL-apheresepflichtigen, teuren Versicherten von einer HMG-Zuordnung ausgeschlossen. Eine Apherese kann gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses Anlage I Nummer 1 § 5 auch dann durchgeführt werden, wenn unerwünschte Nebenwirkungen eintreten, die ein Absetzen der Medikamente notwendig machen. Eine Arzneimittelvalidierung ist auch deshalb nicht notwendig, da die Indikationsstellung zur Apherese durch die beratenden Kommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Durch den Verzicht auf die Arzneimittelvalidierung im Rahmen der Schaffung eines neuen Sonderfalls ließen sich die resultierenden Unterdeckungen für diejenigen Versicherten vermeiden, bei denen aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen keine Arzneimitteltherapie erfolgen kann bzw. bei denen die notwendigen DDD-Mengen nicht erreicht werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Zugunsten einer weiteren Verbesserung der Modellgüte regen wir an, auf die Arzneimittelprüfung zu verzichten. Inwieweit eine Arzneimittelvalidierung verzichtbar ist sollte analog auch für Versicherte mit klassischen Blutreinigungsverfahren (DxGs 0821 und 0850) untersucht werden.</p>	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Arzneimitteldifferenzierung		0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068	0020, 0397, 0392	A10BK, A10BJ	<p>Sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP-1-Rezeptoragonisten sind für die Begleittherapie zur Insulintherapie zugelassen. Durch Ihre Wirkungsweise verbessern diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führen zu einer Einsparung an Insulin um bis zu 13 % bei Typ 2-Diabetes. Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen kommt es daher zu einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben kann, dass die notwendige BT-Grenze nicht mehr erreicht wird. Gleichzeitig verursachen diese Medikamente hohe Jahrestherapiekosten. Daher erscheint es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC: A10BK) und Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1)-Rezeptoragonisten (ATC: A10BJ) den DxGs für Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung zuzuordnen. Insoweit sich die prospektiven Folgekosten dieser Versicherten signifikant unterscheiden, können alternativ auch drei zusätzliche HMGs (analog der drei Insulin-HMGs) gebildet werden, die die entsprechenden DxGs der HMGs 0020, 0397 und 0391 erhalten und zusätzlich über SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) und GLP-1-Agonisten (ATC A10BJ) validiert werden (= mehrfache Arzneimitteldifferenzierung). Vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023.</p>	AOK-BV
Arzneimitteldifferenzierung	E88.1	0590	0019	A16AB22	<p>Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit Lipodystrophie, andernorts nicht klassifiziert (ICD E88.1) – derzeit in HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a. o. nicht klassifiziert“ – über die Wirkstoffgruppe Metreleptin (ATC A16AA07) an.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des Hierarchiestrangs der Fettstoffwechselstörungen zuzuordnen.</p>	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	Arzneimitteldifferenzierung	E77.1, E72.1, E72.0	0119	0024	A16AA04, A16AA06, A16AB15	Die erhöhten Krankheitsfolgekosten der mit den genannten Wirkstoffen therapierten Patienten werden derzeit nicht adäquat abgebildet. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICDs E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransportes und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppen Mercaptamin (ATC A16AA04), Betain (ATC A16AA06) und Valmanase (ATC A16AB15) zu prüfen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs im mittleren Bereich des Hierarchiestrangs zuzuordnen.	AOK-BV
	Arzneimitteldifferenzierung	E75.5	0119	0024	A05AA01	Chenodesoxycholsäure (A05AA01) ist zugelassen für eine seltene Erkrankung (angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese aufgrund eines Sterol-27-Hydroxylase-Mangels). Die Erkrankung manifestiert sich als Zerebrotendinöse Xanthomatose und wird mit ICD E75.5 codiert. Dieser Code ist nicht spezifisch für Zerebrotendinöse Xanthomatose, sondern umfasst auch weitere Erkrankungen, u. a. die Wolman-Krankheit, und ist bisher der untenstehenden HMG0024 (Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz) in Hierarchie 04 zugeordnet. Die Jahrestherapiekosten werden vom Hersteller im Dossier nach § 35a SGB V im Jahr 2020 mit 56.403,80 € angegeben. Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation liegt laut Hersteller bei 411. Vorschlag: Wir schlagen eine Arzneimitteldifferenzierung zur Erfassung der mit Chenodesoxycholsäure behandelten Patienten mit Zerebrotendinöse Xanthomatose vor; diese sollten entsprechend ihrer Folgekosten einer HMG in der Hierarchie 04 zugeordnet werden.	AOK-BV
	Arzneimittelvalidierung	E75.2	0120	0282	A16AB20	Therapie M. Fabry. Wirkstoff: Pegunigalsidase alfa (Elfabrio®). Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes A16AB23 zur bestehenden ATC-Liste	BKK DV
	Arzneimittelvalidierung	E74.0	0112		A16AB23	Therapie M. Pompe. Wirkstoff: Cipaglucosidase alfa. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes A16AB23 zur bestehenden ATC-Liste	BKK DV
	Komorbidität			0962		Gleichzeitigen Vorliegen von HMG0962 und anderen HMG des Hierarchiestrangs Diabetes mellitus. Vorschlag: Prüfung auf Eingliederung der HMG0962 in den Hierarchiestrang Diabetes mellitus auf den aktuellen Daten.	DAK-G

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	ATC-Berücksichtigung	E85.-	0123	0022	N07XX08, N07XX12, N07XX15, N07XX18, L04AC08	<p>Versicherte mit einer Amyloidose sind bisher mit dem Aufgreifkriterium M2Q in der HMG0022 abgebildet. Bei einer Arzneimitteltherapie mit den genannten ATC-Codes entstehen sehr hohe Kosten.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Prüfung, ob die Abbildung der Amyloidose in einer eigenen HMG mit den aufgeführten ATC-Codes und Arzneimittelvalidierung 92/183 DDD zu einer zielgenaueren Abbildung dieser Gruppe und zu einer Verbesserung des gesamten Klassifikationssystem führt</p>	DAK-G
4	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“						
	Arzneimitteldifferenzierung	K76.8, K74.5	0920	0288	A05AX05	<p>Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit progressiver familiärer intra-hepatischer Cholestase (PFIC) über die Wirkstoffgruppe Odevixibat (ATC A05AX05) an. Da für die PFIC kein eigener ICD-Code existiert, werden die Fälle über den ICD-Kodes K76.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber“ (derzeit in HMG0407 „Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen“) und K74.5 „Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet“ (derzeit in HMG0028 „Leberzirrhose / ...“) kodiert. Mit Odevixibat steht seit 2021 ein spezifisches nur für diese Erkrankung zugelassenes Medikament zur Verfügung mit Jahrestherapie kosten gemäß AMNOG-Beschluss des G-BA von 52.750 bis 1,88 Mio €.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des der Fettstoffwechselstörungen in Hierarchie 04 zuzuordnen.</p>	AOK-BV
5	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“						
	Arzneimitteldifferenzierung (klinisch-relevant)	D86.8, D86.9	0721, 0722	0482	A09AA02, A09AA03, A09AA04, A09AC01	<p>Vorschlag:</p> <p>Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 0722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden. Als ATCs schlagen wir dazu A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01 vor [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
6	Hierarchie 07 „Muskel-Skelett-Erkrankungen“						
	ATC-Ergänzung		0187, 0205	0311, 0312	C02KX01	Die unterschiedlichen Schweregrade einer systemischen Sklerose werden anhand von Arzneimitteln differenziert in den DxGs 0187 bzw. „Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I/II“ im Klassifikationsmodell abgebildet. Es ist aufgefallen, dass Bosentan (C02KX01) in der Arzneimittelauswahl nicht berücksichtigt wird. Bosentan (C02KX01) wird u. a. zur Behandlung eines Lungenhochdrucks bzw. von digitalen Ulzerationen eingesetzt, die als Manifestationen der systemischen Sklerose auftreten können. Es ist davon auszugehen, dass Versicherte, die mit Bosentan behandelt werden, einen hohen Schweregrad der Erkrankung aufweisen. Vorschlag: Um diese Versicherten entsprechend ihres Schweregrades zielgenau abzubilden, wird vorgeschlagen, eine Zuordnung von Bosentan (C02KX01) für die DxGs 0187 und 0205 „Systemischer Lupus erythematoses (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation I/II“ zu prüfen.	GKV-SV, BARMER
	Arzneimitteldifferenzierung (klinisch-relevant)		0488, 0718	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorschlag: Vorgeschlagen wird, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 0488 und 0798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023].	AOK-BV
	Arzneimitteldifferenzierung (klinisch-relevant)		0807	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorschlag: Unseres Erachtens sollte eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG0807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023].	AOK-BV
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	M96.88	0858	0042		Patienten mit sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Maßnahmen (ICD M96.88) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie). Vorschlag: Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der DxG0858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“ (HMG0042 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln“) auch den ICD M96.88 zu berücksichtigen (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie).	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
7	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“						
	Redaktionelle Anmerkung		0235	0049		Die Bezeichnung der DxG0235 „Anämie durch akute Blutung und bei sonstigen näher bezeichneten Erkrankungen“ enthält keinen ICD, der auf eine akute Blutung hinweist. Vorschlag: Es wird daher vorgeschlagen, die Bezeichnung in „Anämie bei sonstigen näher bezeichneten Erkrankungen“ zu ändern.	GKV-SV, AOK-BV
	Arzneimitteldifferenzierung (klinisch-relevant)	D86.8, D86.9	0686, 1210	0190, 0206	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 0686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].	AOK-BV
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	Z92.1, D62, D64.9, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9	neu	neu		Anämien und Dauertherapie mit Antikoagulanzen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Codes derzeit in Ausschlusskategorie). Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind: „Dauertherapie mit Antikoagulantien“ (enthält ICD Z92.1), „Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9), „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8, D50.9). Der Aufgriff der DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs. Bei den beiden anderen DxGs wird eine M2Q-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DxGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“ [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
	Verschiebung von ICD-Kodes	D46			L04AX	<p>Beim Myelodysplastischen Syndrom (MDS) handelt es sich laut Onkopedia-Leitlinie um die häufigste maligne hämatologische Erkrankung. Die Behandlung umfasst neben der Beobachtung und regelmäßigen Transfusion bei günstigen Risikofaktoren auch Hochdosis Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation und die Behandlung mit teuren Onkologika, u. a. Lenalidomid.</p> <p>Vorschlag: Daher ist eine Zuordnung des MDS (ICD D46) in die Hierarchie 02 medizinisch sachgerecht. Patienten, die im Rahmen der Zulassung mit MDS mit Lenalidomid behandelt werden, sollten dabei der DxG0973 zugeordnet werden [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023].</p>
	ICD-Verschiebung	D56.1	0194	0181		<p>Beta-Thalassämie (auch „Mittelmeeranämie“ genannt) ist eine seltene, durch Genmutation verursachte und so vererbte Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch eine Störung der Bildung von Bestandteilen der roten Blutzellen. Schwere Thalassämien verlaufen unbehandelt tödlich. Als Therapieoptionen stehen eine Stammzellentransplantation, lebenslange Bluttransfusionen alle zwei bis vier Wochen (kostenintensiv) sowie auch eine Gentherapie (Stammzellenmodifikation, EMA-Zulassung 11/2019) für Patienten > 12 Jahre mit transfusionsabhängiger Beta-Thalassämie ohne geeigneten Stammzellenspender (Therapiekosten: ca. 1,6 Mio. €) zur Verfügung.</p> <p>Vorschlag: Beta-Thalassämie wird über den ICD-Code D56.1 abgebildet, der derzeit im Klassifikationsmodell der DxG0194 „Hereditäre hämolytische Anämien“ bzw. der HMG0181 „Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten“ zugeordnet ist. Patienten mit Beta-Thalassämie haben allerdings aufgrund der lebenslang benötigten Bluttransfusionen deutlich höhere Folgekosten als die anderen Patienten der HMG0181. Wir regen daher an, eine eigenständige DxG für Beta-Thalassämie zu bilden (Aufgriff über M2Q) und diese anhand des Kostenschätzers in die Hierarchiestruktur einzusortieren [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].</p>
	Arzneimitteldifferenzierung			0035, 0036		<p>Analysen auf AOK-Daten zeigen zudem, dass Versicherte mit Hämophilieerkrankungen trotz der Berücksichtigung im Morbi-RSA aufgrund z. T. sehr hoher prospektiver Folgekosten häufig sehr hohe, persistente Unterdeckungen aufweisen.</p> <p>Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittelschweredifferenzierung auf Basis der unterschiedlichen verordneten Wirkstoffe zu untersuchen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].</p>

III Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
	ATC und ICD-Ergänzung	D68.32	0237, 0238, 0239	0035, 0036, 0046	B02BD37	<p>Im Klassifikationsmodell werden erworbene Hämophilien durch Antikörperbildung gegen Gerinnungsfaktoren oder den von Willebrandfaktor nicht berücksichtigt. Diese Erkrankungen werden über den ICD-Code D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ abgebildet. Solche durch Antikörperbildung verursachten Blutererkrankungen sowie von-Willebrand-Jürgens-Syndrome werden in einigen Fällen durch dieselben Medikamente behandelt wie die entsprechenden angeborenen Blutererkrankungen. Entscheidend ist daher die spezifische Therapie, die in der Regel durch spezialisierte Zentren initiiert wird. Die ICD D68.32 ist bisher der DxG0232 zugeordnet und führt damit in die HMG0195 im unteren Bereich des Hierarchiestrangs. Die ICD D68.32 ist jedoch eine hoch spezifische Diagnose für bestimmte Konstellationen der Blutererkrankung. Eine Nichtberücksichtigung dieses Codes im Fall hochpreisiger spezifischer medikamentöser Behandlungen ist daher nicht sachgerecht. Ferner wird B02BD37 (Eptocoq alfa) nur den DxGs mit Faktor VIII zugeordnet, obgleich das Medikament u. a. auch zur Behandlung von Antikörperbildung gegenüber Faktor IX, bei Faktor VII-Mangel und erworbener Hämophilie zugelassen ist. Die hohen Folgekosten einer Arzneimitteltherapie mit dem Wirkstoff Eptacoq alfa (B02BD37) werden damit für die anderen Indikationen, für die dieser Wirkstoff zugelassen ist, in keiner Weise abgebildet.</p> <p>Vorschlag: Es wird vorgeschlagen den ICD D68.32 auch den DxGs 0225, 0226, 0227, 0237, 0238, 0239, 0815 und 0816 zuzuordnen. B02BD37 sollte den 0225, 0226 und 0227 zugeordnet werden.</p>
	Arzneimitteldifferenzierung	D68.24	0966	0046	B02BD13	<p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit hereditärem Faktor-X-Mangel anhand des ICDs D68.24 „Hereditärer-Faktor-X-Mangel“ – derzeit in HMG0046 „Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppe Blutgerinnungsfaktor X (ATC B02BD13) zu prüfen. Die erhöhten Krankheitsfolgekosten der mit den genannten Wirkstoffen therapierten Patienten werden derzeit nicht adäquat abgebildet.</p> <p>Vorschlag: Analog zu Versicherten mit hereditärem Faktor-VIII-Mangel werden die Versicherten entsprechend ihrer Behandlungstage den HMGs 0035 „Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation“, 0036 „Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und 0043 „Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II“ zugeordnet.</p>

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
8	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“						
	Abgrenzung der ICD-Kodes des Alkohols- und Drogenmissbrauchs					Die Umsetzung der Auftrennung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und gleichzeitige Neuordnung nach Vorliegen von Entzugssyndromen und Abhängigkeiten mit und ohne psychische Verhaltensstörungen wird ausdrücklich begrüßt.	AOK-BV, BARMER, KBV/BÄK, TK et al.
	ICD-Ergänzung	F17.1/.2/.8/.9	1289	0656		Die genannten ICD-Viersteller des F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: ...“ werden bisher nicht im RSA berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die hiermit verschlüsselten Erkrankungen mit Folgekosten verbunden sind: 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. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Zuordnung der genannten ICD-Codes zur DxG1289 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ und damit der HMG0656 „Andere psychische Störungen“ zu prüfen. Dies sollte auch eine Prüfung der Manipulationsresistenz des Modells hinsichtlich bestehender oder entstehender Kodieranreize beinhalten. Eine Nichtberücksichtigung eines Teils der Diagnosen zu F17.- könnte dazu führen, dass die dem Modell zugeordneten ICD-Codes anstelle der unberücksichtigten ICD-Codes kodiert werden könnten. Auf der anderen Seite ist nicht auszuschließen, dass eine Berücksichtigung der fehlenden ICD-Codes zu einem Anstieg der Dokumentation von F17.1/.2/.8/.9- Diagnosen führt.	GKV-SV, BARMER, IKK e. V.
	ICD-Ergänzung	F17.1/.2/.8/.9	1289	0656		Der GKV-Spitzenverband schlägt in seiner Stellungnahme vor, ICD-Kodes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ aus der Ausschlusskategorie heraus in das Klassifikationsmodell zu integrieren und legt dazu Modellrechnungen auf Basis von GKV-Daten vor. Auch wenn diese Auswertungen zunächst eine umfassende Berücksichtigung der ICD-Kodes F17.x nahelegen scheinen, halten wir eine Integration in das Klassifikationsmodell ausdrücklich nicht für sinnvoll und zudem für manipulationsanfällig. Tabakabhängigkeit ist in der Regel keine isolierte Diagnose, sondern Komorbidität bzw. Risikofaktor für Folgeerkrankungen. Aus gutem Grund sind daher die genannten ICD der Ausschlusskategorie zugeordnet. Die aus dem Tabakkonsum folgenden Krankheiten sind bereits im Klassifikationsmodell enthalten. Eine zusätzliche Berücksichtigung der genannten ICDs führt regelmäßig zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen. (Weitere Argumente siehe Stellungnahme)	TK et al.

III Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
	ICD-Ergänzung	F17.1/.2/.8/.9	1289	0656		<p>Aus nomenklatorischer Sicht ist die Aufnahme aller Endsteller aus dem ICD-Code F17 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ durchaus nachvollziehbar. Allerdings erfordert die Aufnahme der bisher fehlenden Endsteller nach Auffassung der Betriebskrankenkassen noch eine intensivere Prüfung. Was die Folgekosten des ICD F17 betrifft, wird vorgeschlagen, abzuwarten, bis die erstattungsfähigen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung auch in der Datengrundlage enthalten sind. Danach bringt eine diesbezügliche Analyse sicherlich neue Erkenntnisse. Ebenfalls ist es zutreffend, dass Rauchen das Risiko für verschiedene Krankheiten erhöht. Letztere werden jedoch im aktuellen Klassifikationsmodell bereits überwiegend als eigene Krankheitsbilder in anderen Hierarchien ausgeglichen (z. B. Krebs und kardiovaskuläre Erkrankungen). Insofern sollte zwischen direkten Folgekosten und Folgekrankheiten des Rauchens unterschieden werden.</p> <p>Es wird die Gefahr gesehen, dass eine Berücksichtigung der nicht enthaltenen F17-Endsteller in den Folgejahren erhebliche Fallzahlsteigerungen (Mehrkodierungen) nach sich ziehen könnte. Aufgrund des großen Potenzials sollten mögliche Kodierungsanreize bei einer Berücksichtigung mitbedacht werden – auch in Hinblick auf möglicherweise entstehende Auffälligkeiten bei den Datenprüfungen und dem Verfahren zum HMG-Ausschluss.</p> <p>Vor einer Erweiterung um die derzeit nicht im Klassifikationsmodell enthaltenen Endsteller des ICD-Code F17 sollte eine Prüfung der genannten Punkte und die Möglichkeit zur Diskussion der Ergebnisse umgesetzt werden.</p>
	ICD-Zuordnung	F17.6	1289	0656		<p>In der Hierarchie 11 wird die Differenzierung der Suchterkrankungen überarbeitet, die Differenzierung findet bis auf wenige Ausnahmen auf Ebene der ICD-Viersteller statt. Einen Überblick der vorgenommenen Zuordnungen und Aufgreifkriterien gibt Abbildung 7.3. Warum für den ICD-Code F17.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom“ von der neuen Zuordnungssystematik abgewichen wird, wird nicht erläutert. Es ist anzunehmen, dass dies aufgrund von Modellrechnungen geschehen ist, diese Zwischenschritte jedoch nicht in den Erläuterungen dargestellt sind.</p> <p>Vorschlag: Wir bitten diesbezüglich um Erläuterung und ggf. Prüfung einer Zuordnung gemäß der neuen Zuordnungssystematik auf ICD-Vierstellerebene.</p>
	DxG-HMG-Abgrenzung		1227	0012		<p>Im Rahmen der Modellkonsolidierung werden der HMG0012 weitere DxGs zugeordnet. In der HMG befinden sich somit neun DxGs. Es liegen Hinweise vor, dass sich die Folgekosten auf DxG-Ebene deutlich voneinander unterscheiden.</p> <p>Vorschlag: Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Kostenhomogenität der HMG0012 zu überprüfen und die DxG-HMG-Zuordnung ggf. anzupassen.</p>

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
DxG-HMG-Abgrenzung		1227	0012		Interne Analysen geben Hinweise, dass die Folgekosten für Versicherte mit der in die HMG0012 integrierten DxG1227 „Sonstige psychische Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen“ nicht adäquat abgebildet werden und diese Versicherten deutlich unterdeckt sind. Vorschlag: Wir regen an, diesen Sachverhalt zu prüfen.	IKK e. V.
Aufgreifkriterium stationär erforderlich		1231	0012		Das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ für die DxG1231 (Delir) ist medizinisch-inhaltlich sinnvoll.	TK et al.
DxG-ATC-Zuordnung		0926	0053	N02AC, N02AA, N02CX; Sonderkennzeichen 06461506 und 06461512	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 1 ab Februar 2022. Da der überwiegende Teil der Opiatsubstitution als patientenindividuelle Zubereitung erfolgt, sind die beiden Sonderkennzeichen sowie der genannte ATC-Code zwingend der DxG zuzuordnen. Des Weiteren ist aufgefallen, dass aufgrund der Zuordnung auf ATC-Fünfstellerebene zahlreiche Analgetika der Gruppen N02AA, N02AC und N02CX berücksichtigungsfähig sind, die im Rahmen einer Substitutionsbehandlung jedoch nicht eingesetzt werden. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Zuordnung auf Wirkstoffebene vorzunehmen und die Zuordnung 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).	GKV-SV
DxG-HMG-Abgrenzung		0926	0053		Eine separate Abbildung der DxG0926 „Opiatsubstitution“ in einer eigenen HMG0071 „Opiatsubstitution“ wurde untersucht. Wie im Ausgangsmodell wurde die entsprechende HMG0071 unterhalb der HMG0053 im Hierarchiestrang eingefügt. Während das R ² leicht absinkt, verbessert sich das MAPE um 2 Cent, die Kostenschätzer der HMG0053 und HMG0071 unterscheiden sich um etwa 400 €.	GKV-SV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Arzneimittelvalidierung		0926	0053	N02AC, N02AA	<p>Problem: Die Verordnung von opioidhaltigen Analgetika nach unserer Auffassung nicht validierend für die DxG0926 Opiatsubstitution gelten.</p> <p>Vorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung der beiden Sonder-PZN 06461506 (Abrechnung von Methadon-Zubereitungen) und 06461512 (Abrechnung von Levomethadon-Zubereitungen) • Streichung der ATC-Gruppe N02AC (Analgetika, Diphenylpropylamin-Derivate) und N02CX (Andere Migränemittel), ggf. mit Ausnahme von N02CX02 für Clonidin • Streichung der ATC-Gruppe N02AA (Analgetika, Natürliche Opium-Alkaloide) mit Ausnahme von N02AA08 Dihydrocodein. 	BKK DV
ATC-Ergänzung		0262	0054	N06AA, N06AB, N06AX, N06BA	<p>Die schizoaffective Störung ist eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereint. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Im Klassifikationsmodell ist die schizoaffective Störung über die DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ abgebildet (Arzneimittel obligat/chronisch). Gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN sollte bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Konkret regen wir an, ATC-Codes aus der Gruppe der Antidepressiva zur Arzneimittelvalidierung der DxG0262 zu ergänzen: N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und N06AX „Andere Antidepressiva“. Des Weiteren werden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepinen zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Wir schlagen daher vor, auch den ATC N06BA „Benzodiazepin-Derivate“ zu ergänzen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 04.08.2023].</p>	AOK-BV
Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	U51.10, U51.11, U51.12, U51.20, U51.22	neu	0058		<p>Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG0058 „Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)“ auch die ICDs U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 sowie U51.22 zu berücksichtigen (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p>	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Psychotische Störungen					Die Verschiebung der psychotischen Störungen aufgrund des Gebrauchs psychotroper Substanzen in den dritten Strang ist zu begrüßen.	KBV/BÄK
Hierarchieverletzung in H05					Im Rahmen der Erstellung des Festlegungsentwurfsmodells für die Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ hat sich eine Hierarchieverletzung in der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ ergeben. Seitens der Innungskrankenkassen bedauern wir es, dass diese zwar ebenfalls geprüft und überarbeitet, jedoch nicht in einem eigenen Kapitel dargestellt wurden. Hier fehlt aus Sicht des IKK e. V. die Darstellung der veränderten Kostenschätzer.	IKK e. V.
DxG-HMG-Abgrenzung					Nach einer Neustrukturierung von Diagnosen werden abschließend in der Hierarchie 11 die HMGs 0071 und 0069 zusammengefasst (Modell 04, 05). Der Unterschied der Kostenschätzer ist anteilig vergleichbar mit den weiterhin untereinanderstehenden HMGs 0052 und 0058 in dieser Hierarchie. Auch wenn sich die Besetzungsanteile unterscheiden, sieht die DAK-Gesundheit keinen zwingenden Grund, die HMGs 0071 und 0069 im Modell 04 zusammenzulegen, zumal selbst eine Hierarchieverletzung einer Zusammenlegung entspräche und sich im weiteren Verlauf unterschiedliche Kostenentwicklungen innerhalb einer HMG auch erst wieder erkannt werden müssen – wie oben ausgeführt.	DAK-G
9 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“						
Neuordnung ICD-Codes	F70.0, F71.0, F72.0, F74.0, F78.0, F79.0, F73.0, F71.1, F70.1, F72.1, F73.1, F74.1, F78.1, F79.1, F70.9, F71.9, F72.9, F73.9, F74.9, F78.9, F79.9, F70.8, F71.8, F72.8, F73.8, F74.8, F78.8 F79.8, F84.4	0072, 0405, 0578, 0667, 0886, 0889, 0908	0254, 0342, 0515, 0463		In Anlehnung an die in Hierarchie 11 vorgenommene Art der Differenzierung schlagen wir eine Neuordnung der verschiedenen Formen der Intelligenzminderungen nach Vorliegen bzw. nicht Vorliegen von Verhaltensstörungen in Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ vor. Die ICD-Codes, die die Intelligenzminderung beschreiben, sind derzeit in der Hierarchie 12 auf vier unterschiedlichen HMGs und bzw. sieben DxGs verteilt. Es ist auffällig, dass die Zuordnung uneinheitlich ist und eine Systematik (im Sinne einer Zuordnung von unspezifischen Codes nicht über den spezifischen) vermissen lässt. Wir regen daher eine Neuordnung der ICDs der Intelligenzminderung an. Interne Analysen auf AOK-Daten haben gezeigt, dass sich eine Clusterung nach dem Vorliegen einer Verhaltensstörung anbietet. Konkret schlagen wir vor, die spezifischen ICD-Codes F7x.0 und F7x.1 gemeinsam in einer HMG abzubilden (ggf. die bereits bestehende HMG0342, die schon viele der genannten ICDs beinhaltet) und die unspezifischen ICDs F7x.8 und F7x.9 sowie den F84.4 aufgrund ihrer geringen Folgekosten ganz unten im Hierarchiestrang einzusortieren (HMG0463).	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
10	Hierarchie 13 „Erkrankungen /Verletzungen der Wirbelsäule“					
	DxG-HMG-Abgrenzung		0342, 0582, 0805	0993		<p>Nachdem im Rahmen der Festlegung zum AJ 2022 eine Überarbeitung des unteren Hierarchiestranges erfolgte, um unter anderem die Kostenhomogenität im Strang zu verbessern, sank im Laufe der Jahre der Kostenschätzer der im Hierarchiestrang untersten HMG0993 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Erkrankungen des Rückens“ immer weiter ab. In der Festlegung zum Ausgleichsjahr 2024 und im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 liegt nun ein negativer Kostenschätzer bei einer Besetzungszahl von N = 2 Mio. Versicherte vor. Eigene Analysen zeigen auffällige Kostenunterschiede bei den DxGs0342 „Wirbelkörperluxation (Subluxation)“, 0582 „Spondylose und assoziierte Erkrankungen“ und 0805 „N.n.bez. Deformität der Wirbelsäule“ und dadurch bedingte Unter- bzw. Fehldeckungen gegenüber den restlichen der HMG zugeordneten DxGs. Dadurch entstehen negative Selektionsanreize.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir schlagen vor, die genannten drei Diagnosegruppen (DxGs 0342, 0582 und 0805) in einer neuen HMG1089 „Wirbelkörperluxation, Spondylose und n.n.bez. Deformität der Wirbelsäule“ zusammenzufassen. Die Einordnung im Hierarchiestrang erfolgt zwischen der HMG0993 „Sonstige und n.n.bez. Erkrankungen des Rückens“ und der HMG0211 „Andere n. bez. Erkrankungen des Rückens“.</p>
11	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“					
	Vorbemerkungen					<p>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.</p> <p>Eigene Analysen zur Überschneidung von Versicherten mit MS bzw. anderen demyelinisierenden Erkrankungen wurden durchgeführt.</p>
	Darstellung der Analysen					<p>Die vorgeschlagenen Änderungen sind inhaltlich zum überwiegenden Teil nachvollziehbar und führen zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte. Allerdings sind die einzelnen Schritte der Modellentwicklung in Teilen nur schwer nachvollziehbar dargestellt, zum Teil scheinen Tabellen zu einzelnen Bearbeitungsschritten zu fehlen (Modell 01 zu Modell 02). Die Zuordnung auf ATC-Siebenstellerebene für die Multiple Sklerose ist nachvollziehbar, allerdings gilt die gleiche Argumentation auch für die Arzneimittel der anderen demyelinisierenden Erkrankungen bzw. der Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung (NMOSD). Für das unterschiedliche Vorgehen fehlt diesbezüglich eine Erläuterung.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um die Modellentwicklung der Hierarchie 14 besser nachvollziehen zu können, halten wir es für erforderlich, diese nachvollziehbarer zu dokumentieren.</p>
	Zustimmung					<p>KBV- und BÄK-seitig werden die Schritte zur Weiterentwicklung der Hierarchie begrüßt.</p>
						IKK e. V.
						GKV-SV
						GKV-SV
						KBV/BÄK

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
DxG-Verschiebung		0662	0073		<p>Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ in die HMG0072:</p> <p>Die Begründung für eine Verschiebung der DxG0654 „Andere demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystems mit Dauermedikation“ in die HMG0234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ gilt gleichermaßen für die entsprechenden DXGs ohne Dauermedikation.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die DXGs 0662 und 0325 sollten ebenfalls in einer HMG abgebildet werden. Durch die vorgeschlagene Verschiebung verschlechtert sich das Modell nur geringfügig.</p>	GKV-SV
DxG-ATC-Zuordnung		0846, 0654	0234		<p>Für die Multiple Sklerose wird eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Die Zuordnung orientiert sich dabei an den drei Wirksamkeitskategorien der 2023 überarbeiteten „Living Guideline“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023). Daneben wird auch die DxG-ATC-Zuordnung der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ und DxG0654 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation“ an die neue Leitlinie angepasst. Die vorgenommenen Änderungen werden mit Verweis auf die Leitlinie nur tabellarisch ohne nähere Erläuterung dargestellt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Zum besseren Verständnis wäre eine Erläuterung der vorgeschlagenen Zuordnung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hilfreich.</p>	GKV-SV
DxG-ATC-Zuordnung		0768	0980	L04AX01	<p>Für die Multiple Sklerose wird auf Basis der als Living Guideline 2023 veröffentlichten aktualisierten Leitlinie zur Behandlung der Multiplen Sklerose eine nach Wirksamkeitskategorien differenzierte Arzneimittelauswahl eingeführt. Dabei wird Azathioprin (L04AX01) der Wirksamkeitskategorie 1 zugeordnet, obwohl der Wirkstoff in der Living Guideline bei keiner Wirksamkeitskategorie aufgeführt ist.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Diesbezüglich bitten wir um eine Erläuterung der getroffenen Zuordnung.</p>	GKV-SV, DAK-G
Einführung mehrfache differenzierte AM-Therapie bei MS		0325, 0846			<p>Die Einführung der mehrfach differenzierten Arzneimitteltherapie bei Multiple Sklerose befürworten wir.</p> <p>Wir sehen allerdings auch eine Gefahr, dass die Differenzierung der HMGs der Multiplen Sklerose nach Wirksamkeitskategorien, durch neu auf dem Markt kommende Arzneimittel von der Manipulationsbremse betroffen sein können. Dies sollte bei der Bewertung nach § 19 RSAV berücksichtigt werden.</p>	BARMER
Dokumentation der mehrfachen differenzierten AM-Therapie bei MS					<p>An manchen Stellen ist der Festlegungsentwurf nicht ausführlicher begründet. Beispielsweise wird das Modell zwischen M1 und M2 auf Seite 94 nicht dargestellt. Leider wird der Wegfall dieses Zwischenschritt nicht erläutert. Für ein besseres Verständnis über die Modellentwicklungen regen wir an, alle Zwischenmodelle einheitlich aufzuführen.</p>	BARMER

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Arzneimittelvalidierung		0699, 0701, 0768, 0846	0227, 0228, 0980, 0234		Wir begrüßen ausdrücklich die erweiterte Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose. Die Übernahme der Wirksamkeitskategorien aus der aktuellen S2k-Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose spiegelt den aktuellen Stand wieder. Auch andere Aspekte, wie die höheren Kostengewichte bei aktiverem Krankheitsgeschehen sind hierbei mit abgebildet. Die Zuordnung von endstelligen ATCs in den drei neu eingeführten DxGs nach Wirksamkeitskategorie und auch teilweise in der DxG0846 entspricht der fortwährenden Tendenz zu hochspezifischen Therapien, die bestimmten Krankheitsbildern klar zugeordnet werden können und bildet dies entsprechend gut ab. Vorschlag: Da für die genannte Leitlinie als „Living Guideline“ eine jährliche Aktualisierung vorgesehen ist, sollte idealerweise auch im selben Turnus eine Überprüfung auf Vollständigkeit der zugeordneten Arzneimittel einschl. Neueinführungen im Klassifikationsmodell erfolgen.	BKK DV
Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung		0846, 0654	0234	L04AX01, L01DB	Das BAS schlägt im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung in Anlehnung an die drei Wirksamkeitskategorien der 2023 überarbeiteten „Living Guideline“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023) für die Multiple Sklerose vor. Dazu wird für die bestehende DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ und die neu gebildete DxG0654 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation“ die jeweilige ATC-Code-Auswahl an die neue Leitlinie angepasst und parallel für die Multiple Sklerose eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung nach Wirksamkeitskategorien eingeführt. Anhand welcher Kriterien diese Anpassung und Zuordnung in die Gruppen erfolgt, bleibt offen. Seitens des BAS wird Azathioprin (ATC-Code L04AX01) (in der Leitlinie unter „andere Immuntherapeutika“ geführt) in die DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“ eingruppiert. Gleichzeitig wird dieser Wirkstoff in der Leitlinie nicht zur Wirksamkeitskategorie 1 gezählt. Anthracycline und verwandte Substanzen (ATC-Code L01DB), wie Mitoxantron werden wiederum in der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ belassen, obwohl diese Substanz auch verlaufsmodifizierend eingesetzt werden kann. Vorschlag: Wünschenswert wäre eine detaillierte Darstellung, warum welche Arzneimittel aufgenommen werden.	IKK e. V.

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	ATC-DxG-Zuordnung		0768, 0846	0980, 0234	H02AB, L01DB, M03AX, M03BX, N02BF, N02BG, N07XX	Die einzelnen Stufen vor allem zwischen DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizieren-der Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“ und der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedi-kation“ können pharmazeutisch nicht zielgenau voneinander getrennt werden. Vorschlag: Wir schlagen daher vor, alle der DxG0846 zusätzlich zugeordneten ATC-Codes der DxG0768 hin-zuzufügen und die DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ zu streichen. Gleichzeitig regen wir an die Benennung der einzelnen Stufen so wie ursprünglich zur Einfüh-rung der pyramidalen Ausgestaltung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung (AJ 2020) festgelegt an die bisherige Nomenklatur („Multiple Sklerose mit Dauermedikation I“ (DxG0768), „Multiple Sklerose mit Dauermedikation II“ (DxG0701) und in „Multiple Sklerose mit Dauerme-dikation III“ (DxG0699)) anzupassen.	IKK e. V.
	DxG-ATC-Zuordnung		0846 0654		N03AX L01BA, L01FA	Neu aufgenommen wurde u. a. der ATC-Kode N03AX „Antiepileptika, andere“. Schaut man zu den hier genannten Wirkstoffen die verfügbaren Arzneimittel an, findet sich keines mit einer Zulassung zur Behandlung der Multiplen Sklerose. Dies erscheint zunächst diskussionswürdig. Den Erläuterungen nach ist diese Art von Dauermedikation der jeweiligen ATC-Kode-Auswahl an die neue Leitlinie angepasst (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023) und gilt nach unserer Einschätzung für paroxysmale Symptome. Sie ist somit nachvollziehbar. Auch die Aufnahme beispielsweise der ATC-Codes L01BA und L01FA bei anderen demyelinisie-renden Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation wird mit Hinweis auf die Anpassungen an die aktualisierte Leitlinie erläutert und ist damit plausibel dargelegt. Die Streichungen der ATC-Kodes in Tabelle 8.5 sind bei beiden HMG einleuchtend.	KBV/BÄK
	Rituximab		0699	0227	L01FA01	In der Wirksamkeitskategorie 3 ist daher als Aufgreifkriterium auch Rituximab im OFF-Label-Use aufgenommen worden. Diese Entscheidung ist schlüssig und nachvollziehbar.	KBV/BÄK
	Mehrfache Arznei-mitteldifferenzie-rung der Multiplen Sklerose		0227, 0228, 0231, 0234, 0980			Die mehrfache Arzneimitteldifferenzierung für Multiple Sklerose auf Basis der neuen neurologi-schen Leitlinie unter Berücksichtigung von ATC 7-Stellern ist medizinisch und inhaltlich sinnvoll. Aus dieser Anpassung auf Basis von ATC 7-Stellern wird über die konkrete Änderung in der Hie-rarchie 14 hinaus ersichtlich, dass die Verwendung von ATC 5-Stellern im Klassifikationsmodell vielfach zu unscharf ist. Entsprechend sollten zumindest künftige Überarbeitungen von Dx-Gruppen generell auf ATC 7-Steller abstellen.	TK et al.
	Einordnung ICD und Neuordnung DxG	U09.9	0279, 1137	0418		Die Zuordnung des ICD-Kodes U09.9 Post-COVID-Zustand ist nachvollziehbar. Die Zuordnung der DxG0279 Chron. Müdigkeitssyndrome zur HMG0418 ist nachvollziehbar. Die Entwicklung der Häufigkeiten sowie des Kostenverlaufs sollte jedoch weiter beobachtet und bei auffälligen Entwicklungen in einem künftigen Modell nochmals angepasst werden.	TK et al., KBV/BÄK

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	veränderte Abgrenzung Post-COVID-Zustand und chronischem Müdigkeitssyndrom	U09.9	0279, 1137			Des Weiteren erfahren Post-COVID-Zustand und chronischem Müdigkeitssyndrom eine veränderte Abgrenzung. Diese Änderungen befürworten wir.	BARMER
12	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“						
	Redaktionelle Anmerkung			0085		Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, die Bezeichnung der HMG0085 „Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis“ in „Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis“ zu ändern, da die ICD-Kodes der angeborenen Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) der HMG0495 und nicht in der HMG0085 zugeordnet sind.	GKV-SV, AOK-BV
	Redaktionelle Anmerkung			0301		Für die der HMG0301 „Schwere angeborene Herzfehler“ zugeordneten DxGs gilt eine Altersgrenze von 5 < Jahre < 18. Vorschlag: Wir schlagen vor, die Altersgrenze in der HMG Bezeichnung zu berücksichtigen und diese als „Schwere angeborene Herzfehler (5 < Jahre < 18)“ zu bezeichnen.	GKV-SV, AOK-BV
	ATC-Ergänzung		0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0385, 0539	0079, 0082, 0083, 0091, 0131	C01DX22	Die Behandlung einer Herzinsuffizienz erfolgt u. a. mit Vericiguat (C01DX22). Der Wirkstoff ist bisher nicht für die DxGs, die eine Herzinsuffizienz dokumentieren, berücksichtigungsfähig. Für sämtliche Herzinsuffizienz-DxGs ist zur Diagnosevalidierung das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, chronischer Krankheitsverlauf“ festgelegt. Es ist sicherzustellen, dass auch Versicherte, deren Herzinsuffizienz mit Vericiguat behandelt wird, den entsprechenden DxGs/HMGs zugeordnet werden können. Vorschlag: Es wird daher vorgeschlagen, den genannten ATC Code den entsprechenden DxGs zuzuordnen.	GKV-SV
	ATC-Ergänzung		0370	0082	C01EB24	Mavacamten (C01EB24) wird als spezifische Therapeutikum bei hypertrophisch obstruktiver Kardiomyopathie eingesetzt. Für die DxG0370 „Näher bezeichnete Kardiomyopathie“ ist zur Diagnosevalidierung das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, chronischer Krankheitsverlauf“ festgelegt. Es ist sicherzustellen, dass auch Versicherte, deren Kardiomyopathie mit Mavacamten behandelt wird, der DxG0370/HMG0082 zugeordnet werden können. Vorschlag: Es wird daher vorgeschlagen, die Arzneimittelauswahl der DxG0370 um den ATC-Code C01EB24 zu ergänzen.	GKV-SV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	Z99.4	0974	0492		Der ICD-Code Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ wurde der Ausschlusskategorie zugeordnet. Mit dem Klassifikationsmodell 2023 wurde die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit der DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ in der Hierarchie 16 eingeführt. Für diese DxG sind folgende ICD-Kodes berücksichtigungsfähig: <ul style="list-style-type: none">• Z45.02 Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems• Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems Vorschlag: Auch der ICD Z99.4 ist konsistenterweise in die DxG0974 aufzunehmen, zumal bereits mehrere ICDs aus dem ICD-Dreisteller Z99.- „Abhängigkeit (langzeitig) von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert“ für die Klassifikation berücksichtigt sind, z. B. <ul style="list-style-type: none">• Z99.0 Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator• Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator• Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz	AOK-BV
	Arzneimitteldifferenzierung	I27.0	0356, 0345	0078, 0081	B01AC21	Der Wirkstoff Treprostinil (ATC B01AC21) ist seit 7. April 2020 als neues Orphan-Arzneimittel zur Behandlung von chronisch thromboembolischer, pulmonaler Hypertonie (PAH) zugelassen. Die Jahrestherapiekosten liegen bei etwa 730.000 €. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen wird vorgeschlagen, Patienten mit pulmonaler Herzkrankheit (ICD I27.0) und Treprostiniltherapie über den ATC-Code B01AC21 zu differenzieren und diese in einer höherwertigen HMG am oberen Ende des Hierarchiestrangs zu berücksichtigen.	AOK-BV
	Arzneimittelvalidierung		0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0385, 0539	0079, 0082, 0083, 0091, 0131	C01DX22	Vericiguat mit Zulassung für Herzinsuffizienz. Wirkstoff: Vericiguat. Problemstellung: Wirkstoff aktuell nur bei DxG0364 (Angina Pectoris) und DxG0365 (Koronarsklerose) enthalten (Fünfsteller), aber nicht bei DxG-Herzinsuffizienz. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes C01DX22 (oder Fünfsteller) zur bestehenden ATC-Liste	BKK DV
	Arzneimittelvalidierung	I42.1	0370	0082	C01EB24	Spezifische Therapie bei hypertrophisch obstruktiver Kardiomyopathie. Azneistoff: Mavacamten. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes C01EB24 (oder Fünfsteller) zu bestehender ATC-Liste.	BKK DV

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
	Aufhebung eines Alterssplits			0090, 0092		<p>Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell für das AJ 2024 haben wir den Kostenschätzerabstand zwischen der HMG0090 „Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter 55 bis 79 Jahre)“ und der HMG0092 „Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter < 55 bzw. > 79 Jahre)“ bemängelt und eine Aufhebung des Alterssplits gefordert. Auch in diesem Jahr zeigt sich eine stabile Kostenentwicklung für beide Risikogruppen. Der Abstand der beiden Kostenschätzer beträgt weniger als 100 €.</p> <p>Vorschlag: Wir empfehlen die Aufhebung des Alterssplits und die Zusammenlegung beider HMGs.</p>	IKK e. V.
	Hierarchisierung			0090, 0091, 0092		<p>Im zweiten Hierarchiestrang ist die Hierarchisierung der HMG0090 mit der HMG0091 „Hypertonie“ zu prüfen. Gemäß aktuellem Festlegungsentwurf wird die HMG0091 „Hypertonie“ zwar mit der HMG0090, nicht aber mit der HMG0092 hierarchisiert.</p> <p>Das bedeutet, dass Versicherte, die jünger als 55 oder älter als 79 Jahre sind mit Bluthochdruck und einer Arrhythmie grundsätzlich zwei Zuschläge (HMG0091 und HMG0092) erhalten können, während Versicherte im Alter zwischen 55 und 79 Jahren nur einen Zuschlag für die Arrhythmie (HMG0090) bekommen können. Aus unserer Sicht ist es nicht gerechtfertigt, eine Dominanzbeziehung zwischen zwei inhaltsgleichen HMGs, die durch einen Alterssplit getrennt sind, herzustellen.</p> <p>Vorschlag: Daher bitten wir das BAS um Überprüfung von Hierarchiestrang 2 zur HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Herzerkrankungen“. Die Dominanz zu Hierarchie 04 bleibt davon unberührt.</p>	IKK e. V.
14	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“						
	DxG-Verschiebung		0353	0501		<p>Aufgrund einer Hierarchieverletzung zwischen den HMGs 500 und 501 „chronische“ bzw. „akute respiratorische Insuffizienz“ wird die DxG0353 „Chronische respiratorische Insuffizienz“ in die HMG0501 „Respiratorische Insuffizienz“ verschoben und die HMG0500 aufgelöst. Die differenzierte Abbildung einer chronischen und akuten respiratorischen Insuffizienz hat sich in der Vergangenheit bewährt. Es ist anzunehmen, dass die Hierarchieverletzung aus der Coronapandemie resultiert und nur vorübergehend auftritt.</p> <p>Vorschlag: Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Abbildung in zwei getrennten HMGs beizubehalten und die Hierarchieverletzung im Rahmen des Regressionsverfahrens zu beheben (vgl. Festlegung unter Punkt 2.3.2.6 „Verletzung der Kostendominanz“). Sollte die Hierarchieverletzung auch unter Verwendung der Datengrundlage ab Berichtsjahr 2022 auftreten, so kann eine Zusammenlegung der beiden HMGs im Rahmen der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2026 erfolgen. Sollte das BAS dem Vorschlag nicht folgen, sollte eine Rückkehr zu einer getrennten Abbildung der chronischen und akuten respiratorischen Insuffizienz im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das AJ 2026 überprüft werden.</p>	GKV-SV, BARMER

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
	Hierarchieverletzung					In Hierarchie 19 wird eine Hierarchieverletzung zwischen den beiden HMGs 0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und HMG0500 „Chronische respiratorische Insuffizienz“ durch Zusammenlegung beseitigt. Aufgrund der starken Einflüsse von COVID-19 auf die Fallzahlentwicklung der HMG0501 sollte auf der Datengrundlage 2022/2023 im Anhörungsverfahren des Ausgleichsjahres 2026 eine erneute Überprüfung der Homogenität der Folgekosten für diese beiden DxGs erfolgen.
	Arzneimittelvalidierung		0807	0315	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Vorschlag: Wir regen analog zu den DxGs 0686 und 1210 der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ erneut an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich auch hier die Codes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 04.08.2023].
	ATC-Ergänzung		0449	0217	H02AB	Bei der Ausdifferenzierung der HMG0217 „Mukoviszidose > 11 Jahre“ zur HMG0222 „Mukoviszidose > 11 Jahren mit Kausaltherapie“ wurde auch das Arzneimittelspektrum der DxG0449 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ angepasst. In diesem Zuge wurde der ATC-Code H02AB Glucocorticoide gestrichen. Der ATC-Code R01AD Corticosteroide wurde neu hinzugefügt. Unter dem ATC-Code R01AD sind die inhalativ verabreichten Corticosteroide zusammengefasst, der ATC-Code H02AB enthält die systemischen verabreichten Glucocorticoide. In der Literatur konnte kein eindeutiger Ausschluss der systemischen Gabe von Corticosteroiden gefunden werden. Es wird lediglich von der Langzeitgabe von Corticosteroiden abgeraten. Vorschlag: Entsprechend wird vorgeschlagen, den ATC-Code H02AB Glucocorticoide wieder in die ATC-Auswahl der DxG0449 Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit aufzunehmen.

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
	Aufhebung einer Altersgrenze		0655	0222		<p>Die DxG0655 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ ist bisher auf Personen ab dem zwölften Lebensjahr beschränkt. Die verwendeten ATC-Codes (R07AX32, R07AX31, R07AX30, R07AX02) sind ebenfalls für jüngere Personen zugelassen und werden auch entsprechend zur Therapie eingesetzt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Insofern schlagen wir die Aufhebung der Altersgrenze und die Umbenennung in DxG0655 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ vor. Eine Anpassung der Aufgreifkriterien ist nicht erforderlich. Die neue HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ dominiert sowohl die HMG0217 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)“ als auch die HMG0218 „Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)“. Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 wird im Vergleich zur Festlegung 2024 deutlich, dass der Kostenschätzer für Versicherte unter 12 Jahren durch die Aktualisierung der Datengrundlage bei HMG0218 merklich ansteigt (ca. 18.000 € bei annähernd gleicher Besetzungszahl). Dies deutet darauf hin, dass auch jüngere Versicherte zunehmend häufiger mit Ivacaftor und dessen Kombinationen versorgt werden. Aufgrund eigener Analysen gehen wir davon aus, dass durch diese Änderung eine Verbesserung der Gütemaße eintritt.</p>
	Aufgreifkriterium	E84.-	0655	0222		<p>Für die HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ wird das Aufgreifkriterium 92/183 DDD festgelegt. Es gibt eine relevante Anzahl an Versicherten, die weniger DDD erhalten, sich jedoch erheblich von den Kosten der HMG0217 unterscheiden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Prüfung, ob das Aufgreifkriterium 21/42 BT zu einer weiteren Verbesserung des Klassifikationssystems führt</p>
	Modellanpassungen					<p>Die Lösung der aus der Neuaufnahme von ICD-10-GM-Kodes in die DxG0352 entstehenden Hierarchieverletzung zwischen der HMG0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ und der HMG0500 „Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz“ wird plausibel dargestellt. Die vorgenommenen Anpassungen aufgrund von Umklassifizierungen der ATC-Kodes sind gut erläutert. Ergänzend siehe auch Anmerkungen zur Tabelle 5.4 Anpassung der ATC-Kodes im Ausgangsmodell.</p>

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
15	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“						
	Anpassung an ICD-10-GM Version 2024 DxG-HMG-Zuordnung	N30.80	0553	0132		Der ICD-Code dokumentiert einen Abszess der Harnblasenwand. Vorschlag: Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das AJ 2028 sollte anhand der dann vorliegenden Daten die Einordnung des ICD-Codes empirisch überprüft werden. Denkbar wäre auch eine Zuordnung analog der anderen Abszesse in der Niere und ableitenden Harnwege zur DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“ und damit zur HMG0104 „Uropathie und Abszesse im Nierensystem“.	GKV-SV
	Umklassifizierungen von ATC-Kodes					Die vorgenommenen Anpassungen aufgrund von Umklassifizierungen der ATC-Kodes sind gut erläutert.	KBV/BÄK
17	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“						
	Hierarchieverletzung			0122, 0125		Zur Behebung einer Hierarchieverletzung werden die HMG0122 „Herpes zoster“ und HMG0125 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I“ zusammengelegt. Da die Hierarchieverletzung erstmalig auftritt sollte sie aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zunächst beobachtet werden; ggf. ergeben sich bei Verwendung kommender Datenmeldungen wieder trennscharfe Kostenschätzer. Vorschlag: Es wird daher vorgeschlagen, die Abbildung in zwei getrennten HMGs beizubehalten und die Hierarchieverletzung im Rahmen des Regressionsverfahrens zu beheben (vgl. Festlegung unter Punkt 2.3.2.6 „Verletzung der Kostendominanz“). Sollte die Hierarchieverletzung auch unter Verwendung der Datengrundlage ab Berichtsjahr 2022 auftreten, so kann eine Zusammenlegung der beiden HMGs im Rahmen der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2026 erfolgen. Sollte das BAS dem Vorschlag nicht folgen, sollte eine Rückkehr zu einer getrennten Abbildung der beiden HMGs im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das AJ 2026 überprüft werden.	GKV-SV, BARMER
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	R02.0x R02.8	neu	neu		Diagnosen für Nekrosen der Haut und Unterhaut sowie Gangrän sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Codes derzeit in Ausschlusskategorie). Vorschlag: Für eine Vervollständigung des berücksichtigten Krankheitsspektrums schlägt die AOK-Gemeinschaft die Berücksichtigung der Ausschluss-ICDs R02.0x „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ sowie R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“ vor. Über die genannten Diagnosen können Patientengruppen mit deutlich erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden. Die Abbildung könnte z. B. über eine zusätzlichen, freistehenden HMG (M2Q-validiert) erfolgen.	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Arzneimitteldifferenzierung	L10.x	1261, 0691	0446, 0129		<p>In HMG0446 „Sonstige Hauterkrankungen“ werden derzeit Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten (L10.8 „Sonstige Pemphiguskrankheiten“ und L10.9 „Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet“) mit und ohne Arzneimitteltherapie abgebildet (Zuschlag 0 €). Als Pemphigus wird eine Gruppe chronischer Autoimmun-Krankheiten der Haut mit Blasenbildung in den äußeren Schichten der Haut und in den Schleimhäuten bezeichnet. Hingegen enthält die HMG0129 „Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ Patienten mit den entsprechenden, spezifisch kodierten Erkrankungen und Arzneimitteltherapie (Zuschlag ca. 3.300 €). Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die Zuordnung von Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten und Arzneimitteltherapie in HMG0446 aus den nachfolgenden Gründen nicht sachgerecht (siehe Stellungnahme).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Eine Differenzierung über die Kodierung, wie sie augenblicklich im Klassifikationsmodell des Morbi-RSA umgesetzt ist, indem die spezifischen Codes der ICDs aus dem Bereich L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 fallen, während die Codes L10.8 und L10.9 ohne Arzneimittelaufgreifkriterium der DxG1044 zugeordnet werden, ist daher medizinisch nicht sachgerecht, da gleich schwerwiegende und obligat zu therapierende Unterformen des Pemphigus nur deshalb nicht in die DxG1261 fallen, weil es für sie keinen spezifischen ICD-4-Steller gibt. Das differenzierende Merkmal für mit Immunsuppressiva behandlungsbedürftige Pemphiguskrankheiten ist die medikamentöse Behandlung. Daher ist es medizinisch sachgerecht, alle ICDs aus L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 aufzunehmen.</p>	AOK-BV

III Anpassungen der Hierarchien						
Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
Veränderung der HMG Zuordnung	L73.2	0440	0220		<p>Die aktuelle Abbildung der Risikozuschläge für L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ in der (H)MG220 von 54,65 € spiegelt bei Weitem nicht die Kosten der Versorgungsrealität wieder, was zu Fehldiagnosen und einer Unterversorgung der stark belasteten Patient:innengruppe führt. Bereits in den Hurley-Stadien I und II sind chirurgische Eingriffe und Drainagen mit einer begleitenden Antibiotika-Therapie oder Biologika-Therapie notwendige Interventionen im ambulanten und stationären Setting. Die Entzündungen des Hurley-Stadiums III sind in der Regel nur durch die großflächige operative Entfernung des entzündeten Gewebes behandelbar und erfordern oft eine medikamentöse Begleittherapie mit Biologika.</p> <p>Die medikamentösen Therapien der Hidradenitis suppurativa beinhalten, ähnlich wie bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, eine Medikations-Kaskade mit Präparate wie Antibiotika (Tetracyclin, Clindamycin, Rifampicin) sowie Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren und Interleukin (IL-17)-Inhibitoren. (Weiteres siehe Stellungnahme)</p> <p>Vorschlag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zuordnung der Hidradenitis suppurativa ohne Dauermedikation zu HMG0152 (Festlegung des Abszesses L02, der eine der Primärläsionen der chronischen Hidradenitis suppurativa ist) oder zu HMG0033 (chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation). 2. Zuordnung der Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation I analog zu HMG0030 (Morbus Crohn mit Dauermedikation I) oder HMG0274 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I) oder Bildung einer eigenen HMG. 3. Zuordnung der Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation II zu HMG0029 (Morbus Crohn mit Dauermedikation II) oder HMG0275 (Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II) oder Bildung einer eigenen HMG. 	BVDD, DGFW
Hierarchieverletzung					Für die Hierarchie 22 wird erläutert, dass sich aufgrund der neuen Daten eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0122 „Herpes Zoster“ und der HMG0125 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation“ ergeben habe. Die Zusammenlegung dieser beiden HMGs zur Behebung der Hierarchieverletzung kann bei nahezu unveränderten Kennzahlen nachvollzogen werden.	KBV/BÄK
Hierarchieverletzung					Die Abbildung der Psoriasis zeigt beispielhaft die Grenzen der strangweisen Hierarchisierung auf. Hier möchten wir erneut den Vorschlag einbringen, zusätzlich zu den bestehenden Hierarchisierungen eine direkte HMG-Beziehung der Psoriasis-Arthropathie (L40.5) über den anderen Diagnosen Psoriasis (L40-/L41-) zu überprüfen und ggf. einzuführen. Das bedeutet die HMG0311 dominiert zusätzlich die HMG0119 bzw. die HMG0313 die HMG0220. Sollte es zu einer Hierarchieverletzung kommen, der Kostenschätzer der HMG0311 mit den Komplikationen also geringer sein, wäre eine Überprüfung der HMG0311 auf Kostenhomogenität der 10 DxGs und eine daraus resultierende Überarbeitung der DxG-Zuordnung ein erster Lösungsansatz. Aufgrund der unterschiedlichen ATC der DxG0203 und DxG1284 wäre auch eine Dominanz der DxG1284 (HMG0119) über der DxG0203 (HMG0311) eine Alternative.	DAK-G

III	Anpassungen der Hierarchien						
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag	
18	Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“						
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80, Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9, Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6	neu	neu		<p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Abbildung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor. Bei Stomas handelt es sich um künstliche Verbindungen zwischen einem Hohlorgan und der Körperoberfläche, also künstlich angelegte Körperöffnungen. Während ein Gastrostoma (Magen-Stoma) der künstlichen Ernährung dient, ermöglicht das Enterostoma (künstlicher Darmausgang) die Stuhlausscheidung bzw. das Urostoma (künstlicher Blasenausgang) die Harnausscheidung. Stomas werden z. B. dann gelegt, wenn aufgrund einer Grunderkrankung die natürliche Entleerung oder Nahrungsaufnahme infolge von medizinischen Eingriffen (z. B. Entfernung der Blase oder des Darmes bei Krebserkrankungen) nicht mehr möglich ist bzw. eine schwerwiegende Funktionsstörung der betreffenden Organe vorliegt. Daher sind die ICD-Kodes der Stomaversorgung auch sehr gut geeignet, um innerhalb von Krankheitsgruppen besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe zu identifizieren.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Da es sich überwiegend auch um Erkrankungen/Folgen von medizinischen Eingriffen handelt, schlägt die AOK-Gemeinschaft die Aufnahme von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor, in dem die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs über die folgenden drei DxGs wie folgt abgebildet werden:</p> <p>„Tracheostoma, Thorakostoma, Dysphagie“, „Kolostoma, Gastrostoma, Ileostoma, künstliche Körperöffnungen“, „Zytostoma, künstliche Körperöffnung Harntrakt, -wege, künstliche Vagina“. Der Zugriff erfolgt über M2Q. Die genannten DxGs sind nach Kostenschätzern in z. B. drei HMGs zusammenzufassen und in einem neuen, separaten Hierarchiestrang abzubilden (vgl. auch unserer Stellungnahme vom 04.08.2023).</p>	AOK-BV
19	Hierarchie 25 „Transplantationen“						
	Integration von ICDs der Ausschlusskategorie	Z09.80	neu	176		<p>Patienten mit Nachuntersuchungen nach Organtransplantation (ICD Z09.80) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG0176 „Komplikationen und Zustand nach Organtransplantation“ auch den ICD Z09.80 zu berücksichtigen (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie).</p>	AOK-BV

III	Anpassungen der Hierarchien					
	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Hintergrund/Vorschlag
20	Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“					
	DxG-HMG-Abgrenzung		0506, 0095, 0446, 0246, 1259	0009, 0117, 0223		<p>Die Kostenschätzer der oben im Hierarchiestrang einsortierten HMG0117 „Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels, Blindheit / Netzhautablösung“ und der darunterliegenden HMG0009 „Schwere Entzündung des Auges, Uveitis, Makuladegeneration, Augenverletzung“ haben sich in den letzten Jahren immer weiter angenähert, sodass aufgrund aktueller Datengrundlagen eine Hierarchieverletzung nicht ausgeschlossen werden kann. Auf der Grundlage interner Analysen haben wir festgestellt, dass die DxG0506 „Schwerwiegende Augenverletzung“ in der HMG0009 untergedeckt ist, während die in der HMG0117 einsortierten DxGs 0095 „Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels“ und 0446 „Netzhautablösung“ deutliche Überdeckungen aufweisen. Überdeckungen konnten auch bei DxG0246 „Schwere Entzündung des Auges“ und DxG1259 „Uveitis“ der HMG0009 festgestellt werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um mögliche Fehlanreize zu reduzieren, schlagen wir eine Neuordnung der DxGs vor. Die DxG0506 wird aus der HMG0009 in die HMG0117 verschoben. Die DxGs 0095 und 0446 werden aus der HMG0117 in die HMG0009 umsortiert. Die DxGs 0246 und 1259 sind von der HMG0009 in die darunterliegende HMG0223 zu verschieben.</p>

IKK e. V.

Quelle: BAS

Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
1	Regionale Risikogruppen	
01	Festlegungsentwurf vom 14.06.2024	
	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.	GKV-SV
	<p>Als Ergebnis der Überprüfung 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.</p> <p>Vorschlag: Es ist zu prüfen, inwiefern die Ergebnisse der diesjährigen und der vorangegangenen Variablenselektionen Rückschlüsse auf den Turnus der Variablenüberprüfung zulassen.</p>	GKV-SV
	<p>Seit der erstmaligen Anwendung des Verfahrens im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 sind immer wieder erhebliche Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz von bestimmten regionalstatistischen Merkmalen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden zu beobachten. Dies ist auch zukünftig in ähnlichem Umfang zu erwarten.</p> <p>Vorschlag: Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Regionalvariablenauswahl auch weiterhin jährlich durchzuführen. Die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich empfohlene Verlängerung der Abstände der Variablenauswahl auf zunächst zwei Jahre erscheint in Anbetracht der fehlenden Stabilität der Merkmale im Zeitverlauf nicht sachgerecht.</p>	AOK-BV, BARMER
	Die Selektion der Regionalkomponenten fluktuiert über die verschiedenen Berichtsjahre relativ stark. Dieses Jahr unterscheiden sich 4 von 8 selektierten Regionalkomponenten von denen des Vorjahres, im letzten Ausgleichsjahr unterschieden sich 3 von 8 Regionalkomponenten von denen des Vorjahres. Ob diese Fluktuationen in der Datengrundlage begründet sind oder doch in Abhängigkeiten der Variablen untereinander, die nicht in der Bereinigung von Multikollinearität ausreichend erfasst wurden oder ob sich verschiedene Kennzahlen zu einer Variablen zusammenfassen lassen, sind aus Sicht der KBV und der BÄK Fragen, die zur weiteren Verbesserung des Modells beitragen könnten.	KBV/BÄK
	<p>Bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022, 2023 und 2024 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit eines Verfahrens zur Validierung der verwendeten Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung hingewiesen. Insbesondere bedarf es unseres Erachtens einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, ob und inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen. Leider wurden in diesem Punkt aus unserer Sicht noch keine Fortschritte erzielt.</p> <p>Zwar wird im Festlegungsentwurf ausgeführt, dass nur Variablen verwendet würden, für die sich „ein inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden herleiten lässt“. Allerdings wurde für mehrere der ausgewählten Variablen nach unserer Kenntnis bisher weder im Regionalgutachten noch im Rahmen der bisherigen Festlegungen ein solch inhaltlicher Zusammenhang auch tatsächlich ausgeführt.</p>	AOK-BV
	<p>Vorschlag: Für die perspektivische Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen eingehen, auf Versichertenebene in den Krankenkassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell im Morbi-RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene zu erhöhen. Darüber hinaus sprechen wir uns weiterhin dafür aus, Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren grundsätzlich auf die Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV zu prüfen.</p>	AOK-BV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	Die Anpassung des Modells auf Basis der aktualisierten Daten ist nachvollziehbar.	TK et al.
	<p>Es zeigen sich durch die aktuelle Anpassung der Variablen und die Anpassung der für die Regionalindikatorenberechnung genutzten Statistiken auf Einzelkassenebene zum Teil deutliche Umverteilungseffekte zwischen den AGG und RGG gegenüber dem Vorjahr.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die Gründe dafür sollten untersucht werden. Im Zuge einer Diskussion um eine mögliche Turnusverlängerung müssen diese Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden.</p>	IKK e. V.
	<p>Die Aufnahme der aktualisierten Variable „Haushaltsgröße“ wird begrüßt.</p> <p>Insgesamt sind die Festlegungen und Auswahlen sehr fundiert und sorgfältig vorgenommen worden, sodass die RGG weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Modellgüte auf Kreis- und Kassenebene liefern.</p>	KBV/BÄK
	Auf Ebene einzelner Landkreise kommt es weiterhin zu erheblichen Schwankungen der Regionalzuweisungen. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten für regional konzentrierte Krankenkassen haben wir bereits mehrfach adressiert und uns auch zu den Ursachen aus unserer Sicht geäußert (Stichworte: Stetigkeit im Verlauf und Dezil-Abgrenzung). Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahmen zu den Ausgleichsjahren 2023 und 2024.	BKK DV
	Die Ergebnisse der Multikollinearitätsanalyse der diesjährigen Anpassung sind trotz neuer Datengrundlage nahezu identisch. Auch die standardisierten Koeffizienten und die Dezilgrenzen der wiederkehrenden Regionalvariablen bleiben über die Zeit relativ stabil, auch wenn die Dezilgrenzen weiterhin nicht-monoton verlaufen.	IKK e. V.
	<p>In den Erläuterungen zu den Festlegungen der letzten Jahre finden sich aber auch Kennzahlen, die nahelegen, dass der Umgang mit regionalen Variablen ggf. noch verbessert werden kann:</p> <p>Wenn die Unterteilung in Dummy-Variablen entsprechend der Dezile von Nachkommastellen abhängt, könnte es sinnvoll sein, von dem allgemein gewählten Verfahren, nach dem jede Regionalkomponente in 10 Dummy-Variablen unterteilt wird, abzurücken und die Einteilung in Dummy-Variablen flexibel entsprechend der Verteilungen der Variablen zu wählen. Entsprechend erscheinen die Zuweisungen zu den Dummy-Variablen nach Tabelle 11.9 insbesondere zu „Kleinere und mittlere Unternehmen“, „standardisierte Sterberate“ und „Säuglingssterblichkeit“ keinem linearen Trend zu folgen.</p>	KBV/BÄK
01	Festlegungsentwurf vom 18.09.2024	
	Der GKV-SV informiert in seinem Schreiben darüber, dass die Ergebnisse des vom BAS erneut durchgeführten Verfahrens zur Auswahl der Regionalvariablen rechnerisch haben nachvollzogen werden können. Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität wird von weiteren inhaltlichen Ausführungen abgesehen.	GKV-SV
	Der AOK-BV trägt keine weiteren Argumente vor, verweist allerdings auf den Fortbestand seiner Darlegungen aus der Stellungnahme vom 09. August 2024.	AOK-BV
	Der BKK DV bewertet „die Vorgänge, die nach Ablauf der Anhörungsfrist zu einer Neufassung des Festlegungsentwurfs bezüglich der Variablenauswahl der Regionalkomponente und insbesondere zur Streichung der Variablen ‚Wahlbeteiligung‘ geführt haben, kritisch. [...] Ausschlaggebend für Änderungen am RSA-Verfahren sollten [...] sach- und modellbezogene Argumente sein und nicht mediale Polemik und Lautstärke.“ Der BKK DV begrüßt hingegen, dass der Wissenschaftliche Beirat die Ausnahmestellung der Variablen „Wahlbeteiligung“ klarstellt und dass durch „das konstruktive Zusammenwirken aller Betroffenen“ die rechtzeitige Bekanntgabe der Festlegung sichergestellt und (zumindest) in diesem Punkt Rechtssicherheit hergestellt worden sei.	BKK DV
	Der IKK e. V. hält die Streichung der Variable „Wahlbeteiligung“ für nachvollziehbar. Zwar handle es sich bei dieser Größe um einen Indikator, der „in einem engen Verhältnis zur sozialen Vernetzung, Kooperationsbereitschaft und Vertrauen in der Bevölkerung steht [...] und [für den] ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Deckungsbeiträge auf Kreisebene nachweisbar ist“. Allerdings sei der kausale Zusammenhang nur schwer nachvollzieh- bzw. vermittelbar. Zum Schutz der Regionalkomponente vor Einflussnahmen wird unter Verweis auf die bereits am 7. Juni 2023 übermittelte Stellungnahme angeregt, in den kommenden Anpassungszyklen zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der Robustheit des Instruments zu ergreifen.	IKK e. V.

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>TK et al. lehnen die am 18. September 2024 zur Anhörung gegebene Anpassung des Regionalmodells aus inhaltlichen und Verfahrensgründen ab. Die Eignung der Variable „Wahlbeteiligung“ sei vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 ausführlich dargelegt worden. Bei sachlicher Betrachtung könne ausgeschlossen werden, dass die Berücksichtigung der Variable „deutlich nach dem eigentlichen Wahljahr“ die freie Wahlbeteiligung beeinflusse, insbesondere wenn für die Wahlberechtigten ex ante nicht absehbar sei, ob die (regionale) Wahlbeteiligung überhaupt ausgleichsrelevant würde. Aus Verfahrensperspektive wird kritisiert, dass die Eignung der Variable „Wahlbeteiligung“ als regionalstatistisches Merkmal in den bisherigen Anhörungsverfahren nicht angegriffen, sondern erst nach dessen statistischer Auswahl „in der Presse und Medienöffentlichkeit aufgegriffen und unter Vernachlässigung der fachlichen Systematik des RSA-Modells diskutiert“ worden sei. Die Forderung zur Streichung der Variable sei unter Verweis auf die finanziellen Auswirkungen auf die Höhe der regionalen Zuweisungen zustande gekommen. Dies aber sei keine tragfähige Begründung für den Ausschluss der Variable im Rahmen eines ordnungsgemäßen Verwaltungsverfahrens. Das BAS solle daher an der ursprünglichen Variablenselektion des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024 festhalten.</p>	TK et al.
2	Auslandsversicherte	
	<p>Wie angekündigt, führt das BAS in Rahmen dieser Analyse nunmehr auch eine Überprüfung der Grenze von 1.000 Versichertenjahren 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. Gleichermäßen 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.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir teilen ebenso die Auffassung des BAS, diesen offenen Punkt regelmäßig in den jährlichen Anpassungszyklen auf Grundlage weiterer Daten neu zu bewerten.</p>	GKV-SV
	<p>Aus Sicht der Betriebskrankenkassen lässt sich an der Datenbeschreibung und Aufbereitung nur noch wenig verbessern. Allerdings würde es die Bewertung, z. B. alternativer Zuschnitte von Wohnlandgruppen deutlich erleichtern, wenn die Basisdaten zur Abgrenzung der Wohnlandgruppen als Excel-Datei zusammen mit dem Festlegungsentwurf bereitgestellt würden.</p>	BKK DV
	<p>Den Ausführungen kann zudem entnommen werden, dass durch die DVKA im Jahr 2022 keine Leistungen aus den Ländern Island, Tunesien und Montenegro abgerechnet wurden. Worauf dies zurückzuführen ist und warum es auch bei anderen Ländern zu auffälligen Abrechnungen kommt, bleibt offen. Hilfreich wäre ein begleitender Bericht der DVKA, denn so ließe sich möglicherweise erklären, warum die abgerechneten Leistungsausgaben Schwedens seit 2020 deutlich stärker steigen, als die Zahl der eingeschriebenen Versicherten.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen regen an, dass die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) um kurze Statements zu auffälligen Entwicklungen gebeten wird.</p>	BKK DV
	<p>Die Betriebskrankenkassen begrüßen die gewählte Methodik und interpretieren die Erläuterungen so, dass der Beurteilungszeitraum fallweise verlängert wird, jedenfalls ließen sich so möglicherweise fehlende Ausgaben einzelner Länder (s.o. Island, Tunesien, Montenegro) in der Zukunft aufnehmen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es dann zu ausfallenden Abrechnungen bei anderen Abkommensstaaten kommt.</p>	BKK DV
	<p>Das BAS hat im Zuge des Festlegungsentwurfes für das Ausgleichsjahr 2025 die Wohnlandgruppen (WLGs) erneut überarbeitet. Erstmals wurde dabei auf drei Datenmeldungen aus den Satzarten 150 und 703 für die Berichtsjahre 2020 bis 2022 zurückgegriffen. Wie bereits im Vorjahr wurde ein gewichteter Mittelwert der Ausgaben gebildet. Seitens des IKK e. V. wäre eine methodische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichtungsfaktoren wünschenswert. Wir freuen uns, dass das BAS auf unsere Anregung aus dem letzten Stellungnahmeverfahren eingegangen ist und die angewandten Formeln dargestellt werden. Dadurch erhöht sich die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Berechnungen.</p>	IKK e. V.
	<p>Das BAS behält die Systematik zur Bildung von Wohnlandgruppen des letzten Jahres bei, wobei die zunächst pragmatisch festgelegte Grenze von 1000 VJ in nachvollziehbarer Weise plausibilisiert wurde.</p>	KBV/BÄK
	<p>Die Anpassung der Wohnlandgruppen auf Basis der aktualisierten Daten ist sachgerecht.</p>	TK et al.

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
3	Hybrid-DRGs	
	<p>Für das Klassifikationsmodell ist die nicht eindeutige Kennzeichnung der Nebendiagnosen aus Sicht der Betriebskrankenkassen vor untergeordneter Bedeutung, nicht jedoch die möglicherweise nicht korrekte oder gar nicht vorgenommene Markierung der Hauptdiagnosen in Freitextfeldern, da diese Diagnosen dann nicht als Hauptdiagnosen aufgegriffen werden können. In der Folge werden diese Diagnosen den stationären Hauptdiagnosen nicht gleichgestellt. Morbiditätsinformationen aus der Versorgung nach § 115 f. SGB V werden damit faktisch eben doch nicht gleichbehandelt. Die Betriebskrankenkassen bitten daher um eine vertiefte Prüfung der Abrechnungsqualität in den kommenden Monaten bis zur abschließenden Festlegung der Klassifikation und in Abhängigkeit vom Qualitätsgrad um eine Neubewertung der Zuordnungen der Abrechnungsdaten aus Hybrid-DRGs im Ausgleichsjahr 2025.</p>	BKK DV
	<p>Es wird nachvollziehbar erläutert, warum die Festlegungen zur Anwendung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen analog auf die Diagnosen der Leistungen nach § 115 f. SGB V übertragen werden.</p> <p>Die Sichtweise, dass Erkrankungen, die eine in der Regel ambulant bzw. nicht notwendigerweise stationär erbringbare Leistung indizieren, als stationäre Diagnosen gewertet werden, wird daher zur Kenntnis genommen.</p> <p>Zwar ließe sich aus dem Wortlaut des § 115 f. Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ableiten, dass ausschließlich Leistungen des AOP-Kataloges für die sektorengleiche Vergütung rekrutiert wurden—die Rechtsverordnung gemäß § 115 f. Abs. 4 SGB V weicht indes von dieser Vorgabe ab. Von den 244 OPS-Kodes der Anlage 1 zur Hybrid-DRG-Verordnung sind 146 OPS-Kodes nicht im AOP-Katalog enthalten. Die Anlage 1 ist somit keine Teilmenge, sie bildet eine Schnittmenge mit dem AOP-Katalog.</p>	KBV/BÄK
4	Weitere Themen des Berechnungsverfahrens	
	<p>Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter.</p>	AOK-BV
	<p>Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA entspricht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft fordert weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden [vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 13.08.2021].</p>	AOK-BV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	
	<p>Drohende oder bestehende Lieferausfälle im Arzneimittelmarkt können auf Antrag des Zulassungsinhabers zu sogenannten Gestattungen nach §§ 10 Absatz 1a, 11 Absatz 1c AMG durch das BfArM führen. Die entsprechenden Produkte haben keine PZN und verfügen über eine vom Produkt für den dt. Markt abweichende Zulassungsnummer. Um den in der Stellungnahme genannten Problemen zu begegnen, wird der AOK-BV über den GKV-SV die Einführung jeweils einer zugeordneten, eindeutigen PZN je gestatteter Ware durch die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA) vorschlagen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen von Gestattungen auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA im Kontext der entsprechenden Arzneimitteldifferenzierungen oder -validierungen zu beachten. Die Gestattungsregelungen bergen die Gefahr, dass Krankenkassen für Versicherte trotz erfolgter Arzneimitteltherapie keine Zuweisungen erhalten. Sollte die IFA dem Vorschlag der Vergabe von eineindeutigen PZNs für gestattete Ware nicht folgen, bitten wir das BAS und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen. Konkret vorstellbar wäre z. B. die Absenkung der erforderlichen BT-Grenzen entsprechend der Relevanz der gestatteten Waren für die Arzneimittelversorgung bestimmter Patientengruppen oder der (temporäre) Umstieg auf eine Validierung über die Anzahl von Verordnungsquartalen in betroffenen DxGs.</p>	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.5: Stellungnahmen – Gesamtbewertung des Festlegungsentwurfs

V	Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	
	<p>Im Vergleich zur Festlegung 2025 haben sich die Kennzahlen geringfügig verbessert. Das R^2 hat sich um 0,04 Prozentpunkte und das CPM um 0,08 Prozentpunkte verbessert. Der MAPE ist um 3 € gesunken. Die minimale Verbesserung des Modells muss jedoch vor dem Hintergrund der nur wenigen Änderungen des Modells gesehen werden.</p> <p>Aus unserer Sicht ist es erfreulich, dass sich die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr wieder verbessert haben.</p>	IKK e. V.

Quelle: BAS

Tabelle 2.6: Redaktionelle Hinweise

VI	Sonstige und redaktionelle Anmerkungen zu den Dokumenten	
1	Redaktionelle Anmerkungen zu den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2025	
	<p>In der uns vorliegenden Version scheint in der Erklärung des adjustierten R^2 noch ein (vermeintlicher) Übertragungsfehler enthalten zu sein – so ist im Nenner des Strafterms statt dem korrekten und in der Formel verwendeten Term $(N - P - 1)$ nur das Produkt NP enthalten.</p>	KBV/BÄK
	<p>Zur Abbildung 9.3 auf Seite 103 haben wir einen redaktionellen Hinweis: In dem Kästchen „Strang 3“ müsste es unseres Erachtens nicht „HMGs 0214 – 0500“, sondern „HMGs 0214 – 0501“ heißen. Dies würde sich mit der ausführlichen Darstellung des Strangs 3 in Abbildung 9.4 auf Seite 104 decken.</p>	KBV/BÄK

Quelle: BAS

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2025 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

3.1 Ausgangsmodell/Änderungen in nicht bearbeiteten Hierarchien

Es erfolgen entsprechend Vorschlägen aus den Stellungnahmen der Anhörungspartner zum Ausgangsmodell einige Anpassungen. Das Mindestalter wird für einige im Rahmen des ICD-11-GM 2024 neu eingeführte ICD-Kodes korrigiert. Ebenso werden zwei neue ICD-Kodes im Klassifikationssystem ergänzt und die DxG-HMG-Zuordnung eines neuen ICD-Kodes angepasst. Eine DxG und zwei HMGs werden umbenannt. Infolge dieser Anpassungen kommt es nicht zu Veränderungen im Klassifikationsergebnis oder der Vorhersagegüte des Modells.

3.2 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Im Vergleich zum FLE gibt es in der Festlegung keine wesentlichen Änderungen.

3.3 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird aus der HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ die DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ in die HMG0072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ verschoben.

3.4 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.5 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.6 Regionale Risikogruppen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 ändert sich die Auswahl der für die Regionalkomponente berücksichtigten Variablen. Zur Bildung der RGGs im Ausgleichsjahr 2025 werden die neun Merkmale „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Deprivationsindex“, „Standardisierte Sterberate“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, „Langzeitarbeitslose“ und „Pendlersaldo“ herangezogen.

Im Vergleich zum angepassten Festlegungsentwurf vom 18. September 2024 ergeben sich keine Änderungen.

3.7 Auslandsversicherte

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.8 Hybrid-DRGs

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

II Methodik

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

4.1 Festlegungsentwurf

Für den Festlegungsentwurf des AJ 2025 wurde in den Erläuterungen eine Übersicht über die verwendeten Kennzahlen gegeben und deskriptive Statistiken zur genutzten Datengrundlage veröffentlicht. Wie in Vorjahren wurden die etablierten Auswertungen um ausführliche Analysen zur Verwendbarkeit der Datengrundlage unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemieauswirkungen ergänzt. Die Bewertung des BAS ergab, dass die Datengrundlage trotz der Pandemieauswirkungen uneingeschränkt verwendbar ist.

4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.2.1 Statistische Bewertungskriterien

Der GKV-SV beschreibt die verwendeten Kennzahlen auf Individual-, Gruppen-, regionaler und Krankenkassenebene. Der GKV-SV konnte die bereitgestellten Ergebnisse der Datenaufbereitung und des verwendeten Datensatzes rechnerisch nachvollziehen.

KBV/BÄK bezeichnen die verwendeten statistischen Bewertungskriterien als geeignet und grundsätzlich nachvollziehbar. Wie in den Vorjahren wird vorgeschlagen, dass die Kennzahlen auf Ebene der Einzelkassen potenziell weitere Anhaltspunkte zur Weiterentwicklung liefern könnten, da der aktuell verwendete Mittelwert über alle Krankenkassen durch einzelne Ausreißer beeinflussbar sei.

4.2.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Der GKV-SV bezeichnet die Auswertungen in Bezug auf die Pandemieeffekte und die damit verbundenen Schlussfolgerungen als nachvollziehbar und stimmt diesen zu. Der IKK e. V begrüßt, dass das BAS trotz der Widrigkeiten auch in diesem Jahr wieder Untersuchungen zu den Auswirkungen der Pandemie durchgeführt hat. Die Auswertungen würden belegen, dass insbesondere der Risikopool geeignet sei, die Schwankungen in der Zielgenauigkeit auszugleichen und die Klassifikationsmodelle robuster gegenüber äußeren Einflussfaktoren zu machen.

Der GKV-SV, der BKK DV, die BARMER und die IKK e. V bemängeln, dass auch in dieser Anhörung die zur Verfügung gestellten Unterlagen die Risikozuschläge ohne Nullsetzung beinhalteten. Auch wenn der GKV-SV sich bemühe, seinen Mitgliedschaften die entsprechenden Berechnungen mit Nullsetzung seinerseits zeitnah zur Verfügung zu stellen, würde dafür wertvolle Zeit zur Beurteilung der Vorschläge verloren gehen. Daher erfolgt der Vorschlag, bei künftigen Anhörungsverfahren diese Informationen direkt durch das BAS mit der Veröffentlichung des Festlegungsentwurfs bereitzustellen.

Der AOK-BV kritisiert, dass die bereitgestellten Unterlagen nicht die notwendigen Informationen enthielten, um eine vollständige Krankheitsabgrenzung inklusive der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien nachvollziehen zu können. Es sei damit nicht nachvollziehbar, auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes zwischen den Krankheiten oder in bestimmte Krankheiten verschoben würden. Nur durch einen Abgleich mit dem ICD-Katalogverzeichnis des DIMDI könne nachvollzogen werden, ob tatsächlich alle ICD-Kodes für die Festlegung berücksichtigt würden. Mehr Transparenz, durch Veröffentlichung der

Ausschlusskategorien, würde auch das Risiko verringern, im Rahmen der Modellfestlegung relevante ICD-Kodes zu übersehen.

KBV/BÄK thematisieren, dass die Begriffe „Klassifikationssystem“ und „Klassifikationsmodell“ scheinbar synonym verwendet würden. Eine bessere Abgrenzung der Begriffe könne die Verständlichkeit erhöhen. Die Begründung, warum die verwendete Datengrundlage für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA verwendbar sei, sei schlüssig dargelegt und die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.

4.3 Diskussion der Stellungnahmen

4.3.1 Statistische Bewertungskriterien

Die Anmerkung von KBV/BÄK, dass der Mittelwert ausreißergetrieben sein könne, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings verbietet sich aus datenschutzrechtlicher Sicht die Veröffentlichung von Kennzahlen auf Einzelkassenebene. Außerdem ist zunächst nicht erkennbar, inwiefern hinsichtlich der Klassifikation – speziell die Zuordnung von ICD-/ATC-Kodes zu den DxGs betreffend – für die GKV aus der Analyse von Einzelkassenkennzahlen wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden könnten.

4.3.2 Datenaufbereitung und Pandemieeffekt

Das BAS nimmt die positiven Rückmeldungen zur Beschreibung der Datenaufbereitung und zur Analyse des Pandemieeffekts dankend zur Kenntnis.

Die Kritik des AOK-BV kann nicht nachvollzogen werden. Die Anlage 1 zur Festlegung enthält in Spalte H die Zuordnung der ICD-Kodes zu den Krankheiten. Rein sachlogisch sind somit alle nicht in Anlage 1 enthaltenen ICD-Kodes Bestandteil der Ausschlusskategorie. Somit sind alle notwendigen Informationen vorhanden.

Das BAS begründet im Rahmen der Darstellung des Ausgangsmodells, ob und wenn ja welche Verschiebungen von ICD-Kodes zwischen den Krankheiten vorgenommen werden. Hinsichtlich der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie sei auf Abschnitt 5.2.2.3 verwiesen.

5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2025

5.1 Festlegungsentwurf

Im Ausgangsmodell erfolgte eine Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-10-GM 2024. Zudem wurde bei der Definition des Ausgangsmodells punktuell eine erneute medizinische Überprüfung der Zuordnung von ICD-Kodes zu Diagnosegruppen vorgenommen. Hierzu wurden einzelne ICD-Kodes in andere Hierarchien verschoben. Einzelne Altersgrenzen wurden im Rahmen des Ausgangsmodells ebenfalls angepasst.

5.2 Anhörungsverfahren

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

5.2.1.1 Altersgrenzen

In Bezug auf die vorgesehenen Altersgrenzen gingen Stellungnahmen zu den folgenden ICD-Kodes ein:

ICD-Kodes K31.1- „Pylorusstenose beim Erwachsenen“

Die DAK-G weist darauf hin, dass im Ausgleichsjahr 2024 eine Anpassung der unteren Altersgrenze von 0 auf 15 Jahre erfolgt sei. Lt. systematischem Verzeichnis und Meta-Daten des ICD-10-GM gäbe es keine Hinweise für diese untere Altersgrenze. Im ICD-10-GM ist „18 Jahre und älter“ im Zusammenhang mit Erwachsenen zu finden. Es wird um Klarstellung bzw. eine Anpassung auf 18 Jahre gebeten.

ICD-Kodes J80.0- „Akutes Atemnotsyndrom“

Der GKV-SV, der AOK-BV und die DAK-G weisen darauf hin, dass ab ICD-10-GM 2024 das akute Atemnotsyndrom differenziert für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene abgebildet werden kann. Deshalb wird angeregt, in der Anlage 1 die Altersgrenzen der ICD-Kodes, die das Krankheitsgeschehen für Erwachsene dokumentieren, ICD-Kode J80.01 bis J80.03, entsprechend dem ICD-10-GM auf 18 bis 124 Jahre anzupassen. Das betreffe alle ICD-10-GM 2021 bis 2024.

ICD-Kodes I21.4- „Akuter subendokardialer Myokardinfarkt“

Der GKV-SV und die DAK-G weisen darauf hin, dass für den ICD-Viersteller I21.4 „Akuter subendokardialer Myokardinfarkt“ die Altersgrenzen von 15 bis 124 Jahren festgelegt seien, während sie für die dazugehörigen ICD-Fünfsteller 0 bis 124 Jahre betrügen. Auch die Metadatei des BfArM sehe ein zulässiges Alter von 15 bis 124 Jahre vor. Es wird vorgeschlagen, die Altersgrenzen für die Fünfsteller ICD-Kodes ebenfalls auf 15 bis 124 Jahre festzulegen.

ICD-Kode U69.75 „Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“

Der GKV-SV, der AOK-BV und die DAK-G konstatieren, dass der ICD-Kode U69.75 eine Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter, dokumentiert. Insofern solle das in der Anlage 1 hinterlegte Mindestalter von 16 auf 18 Jahre angepasst werden.

5.2.1.2 Ergänzung bisher noch nicht berücksichtigter neuer ICD-Kodes des ICD-GM 2024

Der GKV-SV, der AOK-BV, die DAK-G und die KBV/BÄK führen aus, dass ab Version 2024 zum ICD-Kode G90.8 „Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ die ICD-Fünfsteller G90.80 „Posturales Tachykardiesyndrom [PoTS]“ und G90.88 „Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ eingeführt werden. Obwohl der ICD-Kode G90.8 im RSA berücksichtigt wird, würden die beiden neuen ICD-Kodes keiner DxG/HMG/Krankheit zugeordnet. Es wird vorgeschlagen, die beiden ICD-Kodes analog des

G90.8 der DxG1333 „Erkrankungen des autonomen Nervensystems“ und damit der HMG0080 „Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS“ zuzuordnen.

5.2.1.3 Berücksichtigung bisher ausgeschlossener ICD-Kodes

Der GKV-SV und die Verbände der Krankenkassen benennen – wie in den Vorjahren – ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie, die zukünftig für die Klassifikation aufgenommen werden sollten.

5.2.1.4 Verschiebung eines neuen ICD-Kodes in eine andere DxG/HMG

Der GKV-SV schlägt vor, den neuen ICD-Kode N30.80 „Abszess der Harnblasenwand“ analog der anderen Abszesse in der Niere und ableitenden Harnwege zur DxG0812 „Abszesse in der Niere oder den ableitenden Harnwegen“ und damit zur HMG0104 „Uropathie und Abszesse im Nierensystem“ zuzuordnen.

5.2.1.5 HMG-Umbenennungen in nicht bearbeiteten Hierarchien

Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Der GKV-SV und der AOK-BV führen aus, dass die Bezeichnung der DxG0235 „Anämie durch akute Blutung und bei sonstigen näher bezeichneten Erkrankungen“ keinen ICD-Kode enthielte, der auf eine akute Blutung hinweist. Es wird daher vorgeschlagen, die Bezeichnung in „Anämie bei sonstigen näher bezeichneten Erkrankungen“ zu ändern.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Der GKV-SV und der AOK-BV schlagen vor, die Bezeichnung der HMG0085 „Angeborene Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) / Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis“ in „Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis“ zu ändern, da die ICD-Kodes der angeborenen Anomalien des Herzens und des Gefäßsystems (> 17 Jahre) der HMG0495 „Andere schwere angeborene Herzfehler“ und nicht in der HMG0085 zugeordnet seien.

Der GKV-SV und der AOK-BV führen aus, dass für die der HMG0301 „Schwere angeborene Herzfehler“ zugeordneten DxGs eine Altersgrenze von $5 < \text{Jahre} < 18$ gälte. Sie schlagen vor, die Altersgrenze in der HMG Bezeichnung zu berücksichtigen und diese als „Schwere angeborene Herzfehler ($5 < \text{Jahre} < 18$)“ zu bezeichnen.

5.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

5.2.2.1 Altersgrenzen

ICD-Kodes K31.1- „Pylorusstenose beim Erwachsenen“

Das BAS definiert für ICD-Kodes, die lediglich für Erwachsene vorgesehen sind und keine weiteren ICD-Kodes für Kinder und Jugendliche vorsehen eine untere Altersgrenze von 15 Jahren. Dies erfolgt im Hinblick auf die unscharfe biologische Grenze zur Erreichung des Erwachsenenalters. Hierdurch wird gewährleistet, dass auch Personen, die das biologische Erwachsenenalter vor Vollendung des 18. Lebensjahres erreichen, und für die der jeweilige ICD-Kode daher entsprechend plausibel kodiert werden kann, eine HMG-Zuordnung erhalten. Es erfolgt keine Änderung der Altersgrenzen.

ICD-Kodes J80.0- „Akutes Atemnotsyndrom“

Der Vorschlag ist nur im Hinblick auf den ICD-10-GM 2024 sachgerecht und wird für diesen umgesetzt. Die Altersgrenzen für die ICD-10-GM 2021 bis 2023 bleiben unverändert.

ICD-Kodes I21.4- „Akuter subendokardialer Myokardinfarkt“

Der Vorschlag ist sachgerecht und wird umgesetzt.

ICD-Kode U69.75 „Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“

Der Vorschlag ist sachgerecht und wird umgesetzt.

5.2.2.2 Ergänzung bisher noch nicht berücksichtigter neuer ICD-Kodes des ICD-GM 2024

Der Vorschlag ist sachgerecht und wird umgesetzt.

5.2.2.3 Berücksichtigung bisher ausgeschlossener ICD-Kodes

Das BAS wird im Rahmen der Erstellung der Ausgangsmodelle in den nächsten Anpassungszyklen die Vorschläge der Krankenkassen – auch aus den Vorjahren – wiederholend sichten und sukzessive priorisieren, ob und welche ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie zukünftig für die Klassifikation genutzt werden.

5.2.2.4 Verschiebung von neuen ICD-Kodes in andere DxG/HMG

Das BAS hält den Vorschlag für sachgerecht und setzt ihn um.

5.2.2.5 HMG-Umbenennungen in nicht bearbeiteten Hierarchien

Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Das BAS hält den Vorschlag für sachgerecht und setzt ihn um.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Der Vorschlag, die Bezeichnung der HMG0085 zu ändern ist sachgerecht. Die HMG0085 enthält allerdings noch eine Reihe von Diagnosen zu „Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe“, sodass die neue Bezeichnung der HMG0085 „Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis / Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe“ lautet.

Die vorgeschlagene Umbenennung der HMG0301 ist sachgerecht und wird umgesetzt.

5.3 Festlegung

5.3.1 Auswirkung der Anpassungen

Die Anpassungen führen nicht zu Änderungen im Klassifikationsergebnis, da es sich bei den neu berücksichtigten ICD-Kodes und den ICD-Kodes, deren Altersgrenzen verändert wurden, um solche handelt, die gegenwärtig noch nicht in der Datenmeldung enthalten sind.

6 Weitere Themen

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

6.1.1 Schwerpunktsetzung und organisatorische Aspekte der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

Der GKV-SV bezeichnet den eingeschränkten Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes vor dem Hintergrund der nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V durchzuführenden Überprüfung der Wirkungen des Risikostrukturausgleichs als nachvollziehbar. Gleichmaßen werde davon ausgegangen, dass sich der Bearbeitungsumfang zukünftig wieder deutlich erweitern wird. Folgende Themen seien dabei zukünftig in die Untersuchung einzubeziehen:

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

Auch werde davon ausgegangen, dass die noch unbearbeiteten Vorschläge des GKV-SV im kommenden Anpassungszyklus, wenn die vom Gesetzgeber vorgesehenen Untersuchungen zur Evaluation des RSA abgeschlossen seien, bearbeitet werden. Auch AOK-BV, BARMER, TK et al. und BKK DV thematisieren den Bearbeitungsumfang und offene Vorschläge. Der AOK-BV begrüßt dabei, dass insbesondere aufgrund der von der Pandemie beeinflussten Datengrundlage keine umfangreichere Anpassung des Klassifikationsmodells stattgefunden habe. TK et al. und BKK DV äußern die Erwartung, dass sich der Bearbeitungsumfang künftig wieder erweitert.

Der BKK DV schlägt vor, sämtliche Altvorschläge zum Klassifikationsmodell zu streichen und es den Beteiligten zu überlassen, diese bei einem Neustart des Verfahrens erneut einzubringen. Dies würde alle Beteiligten entlasten. Ein guter Ansatzpunkt für die effiziente und transparente Verwaltung der eingebrachten Vorschläge bilden aus ihrer Sicht die seit dem letzten Jahr bereitgestellten Tabellenvorlagen. Der BKK DV wiederholt zudem seine Vorschläge einer Mittelfristplanung und eines Vorschlagsverfahrens.

Für den Fall, eines künftig wieder zunehmenden Bearbeitungsumfanges der Festlegungsentwürfe sollten aus Sicht des BKK DV die Rückmeldefristen der Krankenkassen verlängert werden.

6.1.2 Dokumentation der Modellanpassungen

GKV-SV und AOK-BV bezeichnen die Veränderungen der Hierarchieanpassung als gut dokumentiert und nachvollziehbar. Der IKK e. V. bemängelt, dass sich die Übersichtlichkeit der Modellstrukturen im Vergleich zu den Vorjahren nicht verbessert habe. Er schlägt vor, die Darstellung der Kostenschätzer und der entsprechenden Besetzungszahlen in der Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell einzuführen, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen.

6.1.3 Einheitliche Entscheidungskriterien

BARMER, BKK DV und AOK-BV thematisieren die Einheitlichkeit der Entscheidungskriterien. Die BARMER erinnert dabei an ihren Vorschlag der Formalisierung für Hierarchiekonsolidierungen, da

allgemeingültige Regelungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells viele Fragen im Vorfeld klären würden.

Der AOK-BV regt erneut an, zugunsten einer höheren Konsistenz und Transparenz im Verfahren eine im Grundsatz für alle Krankheitshierarchien gültige, einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu entwickeln und umzusetzen. Diese sollte in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtzuweisung formuliert sein. Abweichungen hiervon in zu begründenden Einzelfällen seien möglich.

Der BKK DV begrüßt, dass sich das BAS weiterhin dem kassenartenübergreifenden Wunsch nach einem systematischen und transparenten sowie an einheitlichen Kriterien orientierten Vorgehen bei der Modellüberarbeitung stellt. Im Zentrum stünden die Punkte „Feststellung allgemeiner Schwellenwerte für Änderungen der Gütemaße“ sowie „einheitliche qualitative Bewertungskriterien (Checkliste) bei der Überprüfung des Klassifikationsmodells“. Auf die vom BKK DV entworfene Checkliste des vorangegangenen Jahres wird verwiesen.

6.1.4 Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien

AOK-BV, BKK DV und BARMER bringen allgemeine Hinweise zur Verwendung von Arzneimitteln und den Aufgreifkriterien ein.

Der AOK-BV thematisiert erneut die am 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung, welche vorsähe, dass „Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich“ seien. Apotheken dürften dann die Mehrfachverordnung, welche aus bis zu vier Teilverordnungen besteht, nach Erstabgabe bis zu dreimal innerhalb eines Jahres beliefern. Das BAS wird daher gebeten, die möglichen Implikationen auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen vorzunehmen. Im Kontext des M2Q-Kriteriums wird ebenfalls thematisiert, dass mit der Vervollständigung des Krankheitsspektrums ICD-Kodes in das Klassifikationssystem hinzugekommen seien, die aus medizinischer Sicht nur eine Kodierung der Erkrankung in lediglich einem Quartal erwarten ließe (z. B. Fehlgeburt, Entbindung, offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen). Daher wird vorgeschlagen, für bestimmte DxGs auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten.

Darüber hinaus bittet der AOK-BV darum, die Sonderfall 1-Prüfung zu überarbeiten. In dieser Prüfung wäre eine BT-Prüfung nicht nur für die ambulanten Diagnosen, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen erforderlich.

Der BKK DV wünscht einen Ausbau der Arzneimitteldifferenzierung und verweist diesbezüglich auf seine Stellungnahme aus dem Vorjahr.

Die BARMER bittet um einen Hinweis, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln als Themenschwerpunkt gewählt werden.

6.1.5 Doppelzuschläge für HMGs mit Dauermedikation

Der GKV-SV verweist auf den vom BAS bislang noch nicht bewerteten Vorschlag, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und der Psoriasis mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, der rheumatoiden Erkrankungen und der CED dominiert.

Der AOK-BV stellt darüber hinaus fest, dass es im Zuge der verstärkten Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen zu ungerechtfertigten Parallelzuschlägen für Immunsuppressiva-Therapien komme, welche zu erheblichen Überdeckungen bei den betroffenen Versicherten führten. In diesem besonderen Fall spricht sich der AOK-BV zumindest übergangsweise dafür aus, die seitens des GKV-SV für das AJ 2023 vorgeschlagene, gemeinsame Abbildung der betroffenen Dauermedikations-HMGs in einem Hierarchiestrang abzubilden (s. o.). Ein Lösungsansatz könne die Abbildung der Autoimmunerkrankungen in einer Hierarchie darstellen. Als hinreichende kurzfristige Lösung wird übergangsweise die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den CED über die Psoriasis mit Dauermedikation II und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen aus. Perspektivisch zielführender, da vermutlich zielgenauer, wäre hingegen die Abbildung der erhöhten Folgekosten dieser Patientengruppen über einen gesonderten Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der innovativen Onkologika.

Der BKK DV weist darauf hin, dass es Arzneimittel mit sehr breiten Anwendungsgebieten gäbe, die zur Validierung verschiedener Krankheiten hinterlegt seien. Dies könne dazu führen, dass dasselbe breit eingesetzte Arzneimittel zur Zuweisung für verschiedene Krankheitsbilder führen könne. Auch die Zuordnung von ICD-Kodes eines Krankheitsbildes zu HMGs in verschiedenen Hierarchien/Hierarchiesträngen könne dazu führen, dass dasselbe Krankheitsbild beim selben Patienten aufgrund einer Arzneimittelverordnung für dieselbe Symptomatik zu parallelen Zuweisungen über die verschiedenen HMGs führe.

6.1.6 Kostenhomogenität/Hierarchieverletzungen

Der IKK e. V. führt aus, dass sich in diversen Fällen die Kostenschätzer direkt angrenzender HMGs immer weiter anglichen. Im Ergebnis unterschieden sich die entsprechenden HMGs im Schätzer nur noch um 100 € oder weniger. Es bestehe die Gefahr, dass bei Aktualisierung der Datengrundlage Hierarchieverletzungen entstünden, die Anreize setzten, auf die Meldung solcher Morbiditätsinformationen zu verzichten. Die bisherige Praxis, die entsprechenden HMGs immer nur bei einer bestehenden Hierarchieverletzung zu überprüfen, sei nicht ausreichend. Eine strukturierte Auseinandersetzung und Überprüfung der Kostenhomogenität für alle Hierarchien sei notwendig.

Der IKK e. V. fordert, insbesondere bei Sammel-HMGs mit geringen oder negativen Kostenschätzern am Strangende der Hierarchien zu prüfen, ob die Folgekosten in der HMG noch richtig abgebildet seien.

Die BARMER weist darauf hin, dass zwei Hierarchieverletzungen aufgrund der Veränderung der Datenbasis entstanden seien. Diese Hierarchieverletzungen könnten pandemiebedingt sein oder auf zufälligen Schwankungen beruhen. Es bestehe die Möglichkeit, dass die Hierarchieverletzungen bei Verwendung von Daten ohne Pandemieeinfluss nicht mehr vorlägen und diese daher erst dann zu bearbeiten, wenn sie auch bei der Verwendung von Daten ohne Pandemieeinfluss bestehen blieben. Es wird daher angeregt, Hierarchieverletzungen erst dann zu bearbeiten, wenn diese über zwei bis drei Jahre bestehen blieben. So könnten Ressourcen beim BAS geschont werden.

Die DAK-G schlägt ein Verfahren vor, um HMGs zu identifizieren, die im Zeitverlauf sich heterogen entwickelnde Kosten aufweisen. Ursachen dafür seien u. a. Veränderungen der Therapiekosten durch neue Therapien oder geringere Arzneimittelkosten. In einem solchen Prozess ließen sich auch Altersdifferenzierungen standardisiert berechnen.

6.1.7 Komorbidität

Der BKK DV schlägt vor, den Weg, breite Komorbiditäten zwischen den Hierarchien durch ihre Zusammenlegung aufzuarbeiten, weiter fortzusetzen. Auch der IKK e. V. schlägt eine systematische

Überprüfung hierarchieübergreifender Abhängigkeiten vor. Die BARMER bittet zumindest um einen Hinweis, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur „Beseitigung von Komorbiditäten“ als Themenschwerpunkt gewählt werden.

Der AOK-BV sieht die Entwicklung der AJs 2022 und 2023, überwiegend ökonomisch über Fehldeckungen begründete Hierarchieumgestaltungen umzusetzen, kritisch. Dadurch entferne sich das Modell weiter von der medizinischen Systematik des AJ 2021. Daraus ergäbe sich zum einen ein erhöhter Aufwand für die Modellpflege. Denn Datenaktualisierungen bzw. Modellanpassungen im Rahmen der regelhaften Weiterentwicklungen wirkten sich über Komorbiditäten auf die altersbezogenen Über- und Unterdeckungen einer HMG aus. Es gälte dabei zu messen, ob und inwieweit die zu einem bestimmten Modell aufgetretenen Fehldeckungen infolge von Komorbiditäten weiter Bestand hätten, bzw. inwieweit neue Fehldeckungen entstanden seien.

Die DAK-G macht acht Vorschläge für konkrete Dominanzen. Es solle geprüft werden, ob durch die Einführung dieser Dominanzbeziehungen bei Komorbidität eine Hierarchisierung zur Verbesserung der Zielgenauigkeit führen würde. Dabei sollten punktuelle Beziehungen von nur zwei oder wenigen HMGs die strangweise Hierarchisierung ergänzen. Ausschlaggebend müsse letztendlich die konkrete Modellberechnung sein, die zeigen müsse, ob eine Verbesserung der Modellgüte erreicht werden könne.

6.1.8 Alterssplits

AOK-BV, BKK DV und TK et al. bringen Anmerkungen zum Thema Alterssplits ein. Der AOK-BV hält eine regelmäßige Überprüfung der im AJ 2020 festgelegten individuellen Altersgrenzen für erforderlich. Der BKK DV sieht in der Altersdifferenzierung ein gutes und wichtiges Instrument, um die Manipulationssicherheit des RSA zu verbessern. TK et al. beschreiben, dass sich das BAS bei der Einführung der systematischen Alterssplits im AJ 2020 gegen allgemeingültige, für jede HMG-Differenzierung geltende Altersgrenzen entschieden und stattdessen einer individuellen Bestimmung der Splitgrenzen für jede betroffene HMG den Vorzug gegeben habe. Diese Methode sei zwar genauer, aber auch mit deutlich höherem Analyseaufwand verbunden. TK et al. kritisieren, dass seit der Einführung des Vollmodells keine Überprüfung der Hypothese erfolgt sei, ob die Einführung des Vollmodells und des Risikopools die altersspezifischen Fehldeckungen innerhalb der HMGs reduziert habe. Nach mittlerweile mehrjähriger Konsolidierung halten es TK et al. für notwendig auf Basis des aktuellen Modells zu prüfen, inwieweit altersbezogene Über- und Unterdeckungen in einzelnen HMGs bestehen und die nach wie vor bestehenden Unterdeckungen bei jüngeren Versicherten abzubauen.

6.1.9 Sonstiges

Der AOK-BV hält es für richtig, vor dem Hintergrund der sog. „Manipulationsbremse“ von hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen nach Möglichkeit abzusehen. Die Manipulationsbremse verstärke die Überdeckung von im RSA-Sinne gesunden Versicherten. Für eine zielorientierte Verbesserung des Modells sei es unbedingt erforderlich, Lösungsansätze für einen nachhaltigen Abbau bedeutsamer Überdeckungen dieser Versichertengruppe zu entwickeln.

6.2 Diskussion der Stellungnahmen

6.2.1 Schwerpunktsetzung und organisatorische Aspekte der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

Das BAS misst den Vorschlägen des GKV-SV grundsätzlich eine erhöhte Priorität bei. Gleichwohl können aus Zeitgründen nicht immer alle Vorschläge des GKV-SV innerhalb einer Modellüberarbeitung bearbeitet werden können. Über die Bearbeitungsschwerpunkte eines jeweiligen Ausgleichsjahres kann daher nur zu Beginn eines jeweiligen Anpassungszyklus entschieden werden.

Der Vorschlag des BKK DV, sämtliche Altvorschläge zu streichen und es den Beteiligten zu überlassen, die noch relevanten Vorschläge mittels der vom BAS bereitgestellten Tabellenvorlagen neu einzubringen, erscheint prüfenswert. Für ein solches Vorgehen wird jedoch ein Konsens mit dem GKV-SV angestrebt.

In den kommenden Anpassungszyklen wird grundsätzlich wieder ein größerer Bearbeitungsumfang bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells angestrebt. Der tatsächliche Umfang wird auch künftig von den zusätzlichen vom BAS im Kontext der RSA-Weiterentwicklung zu erfüllenden Aufgaben abhängen (wie etwa der derzeit laufenden Evaluation nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V).

Im Übrigen sei auf die Ausführungen des BAS in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 91 f).

6.2.2 Dokumentation der Modellanpassungen

Das BAS nimmt die positiven Rückmeldungen zur Nachvollziehbarkeit der dokumentierten Modellanpassungen dankend zu Kenntnis.

Der Vorschlag des IKK e. V., für eine bessere Übersichtlichkeit eine Darstellung der Kostenschätzer und der entsprechenden Besetzungszahlen in der Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell einzubinden, wird ggf. in einem der kommenden Anpassungszyklen aufgegriffen.

6.2.3 Einheitliche Entscheidungskriterien

In Bezug auf die genannten Punkte wird auf den entsprechenden Abschnitt der Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2023 verwiesen (vgl. Abschnitt 6.2.1 in Bundesamt für Soziale Sicherung 2022b, S. 2). Eine abschließende Bewertung kann auch im Rahmen dieser Festlegung nicht erfolgen.

6.2.4 Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien

Ein Bestandteil der jährlichen Weiterentwicklung besteht in der Sichtung eingebrachter Vorschläge aus den Vorjahren, die in zahlreichen Fällen die Verwendung von Arzneimitteln beinhalten. Welche Vorschläge konkret in dem jeweiligen Anpassungszyklus bewertet werden können, ist daher abhängig von der jeweils gewählten Schwerpunktsetzung zu Beginn eines jeden Anpassungszyklus.

In Bezug auf die weiteren Stellungnahmen, welche auf die Ausgestaltung der Aufgreifkriterien abzielen, ist auf Abschnitt 6.2.4 der Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 zu verweisen. (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 92)

6.2.5 Doppelzuschläge für HMGs mit Dauermedikation

In Bezug auf die Anmerkungen der Anhörungspartner zu den genannten Punkten wird auf die Ausführungen zu der Thematik in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 verwiesen (vgl. Abschnitt 6.5.2 in Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 93).

6.2.6 Kostenhomogenität/Hierarchieverletzungen

Das Anliegen, in Abständen zu überprüfen, ob ggf. medizintechnische Veränderungen oder Modellanpassungen an anderer Stelle des Klassifikationsmodells die Kostenhomogenität der aus mehreren DxGs bestehenden HMGs negativ beeinflusst, ist prinzipiell nachvollziehbar. Entsprechende Untersuchungen sind auch jetzt schon punktuell Bestandteil der Weiterentwicklung der Hierarchien, insbesondere bei Überprüfungen in Zusammenhang mit Hierarchieverletzungen. Ob eine systematische Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgen kann, wird im Rahmen der Schwerpunktsetzung eines jeweiligen Anpassungszyklus zu entscheiden sein.

Die Forderung der BARMER, Hierarchieverletzungen erst mit Zeitverzug zu beheben, wird nicht nachverfolgt. Grundsätzlich sollte das Modell einerseits so robust ausgestaltet sein, dass auch Schwankungen in der Datengrundlage nicht zu Hierarchieverletzungen führen. Andererseits können Hierarchieverletzungen auf grundsätzliche Veränderungen in der Kostenstruktur infolge medizinisch-technologischer Veränderungen der Therapien hinweisen, die im Klassifikationsmodell nach Möglichkeit zeitnah abgebildet werden sollten. Der Option, in einem der kommenden Anpassungszyklen noch einmal zu überprüfen, ob die zur Behebung der Hierarchieverletzung verwendete Lösungsoption angemessen war, ist daher der Vorzug zu geben.

6.2.7 Komorbidität

In Bezug auf die Anmerkungen der Anhörungspartner zu den genannten Punkten bzgl. Untersuchungen der Abbildung von Komorbidität im Klassifikationsmodell wird auf die Ausführungen zu der Thematik in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 verwiesen (vgl. Abschnitt 6.5.2 in Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 92).

6.2.8 Alterssplits

Das BAS nimmt die Anregungen in Verbindung mit der Überprüfung oder Einführung von Alterssplits zur Kenntnis. Die von TK et al. beschriebene Feststellung, dass die vom BAS im AJ 2020 verwendete Methode zur Bestimmung von Alterssplits zwar genauer, aber auch mit einem deutlich höheren Analyseaufwand verbunden sei, ist sachgerecht.

Eine neuerliche (systematische oder punktuelle) Bewertung von Alterssplits kann in diesem Anpassungszyklus nicht geleistet werden.

6.2.9 Sonstiges

In Bezug auf hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen ist festzuhalten, dass diese grundsätzlich die Komplexität des Klassifikationsmodells erhöhen, die Pflege desselben erschweren und das Fehlerpotenzial erhöhen (vgl. dazu auch Abschnitt 6.2.2 aus Bundesversicherungsamt 2019, S. 9). Die Abwägung, hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen einzuführen bzw. zu vermeiden, muss daher grundsätzlich sorgfältig getroffen werden. Sie beruhen primär auf medizinischen Überlegungen.

Grundsätzlich verfolgt die Weiterentwicklung das Ziel, die Reduzierung von systematischen Fehldeckungen – gemessen in den verwendeten Kennzahlen R^2 , CPM und MAPE – zu erreichen. Dies beinhaltet auch

die Reduktion der Überdeckung der im RSA-Sinne gesunden Versicherten und kann durch den Abbau von Unterdeckungen der im RSA-Sinne kranken Versicherten mit erreicht werden.

III Anpassung der Hierarchien

7 Vorbemerkungen

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen

Jedes Kapitel zur Anpassung des Klassifikationsmodells beginnt mit einer Einleitung, in welcher der Festlegungsentwurf (FLE) kurz zusammengefasst wird. Beschreibt das Kapitel konkrete Änderungen der Klassifikation, so werden das Ausgangsmodell und der Festlegungsentwurf (der Hierarchie) tabellarisch gegenübergestellt. Der Festlegungsentwurf der betreffenden Hierarchie wird außerdem strukturell anhand einer schematischen Darstellung der betreffenden Hierarchie dargestellt, welche die Fallzahlen und Kostenschätzer des Festlegungsentwurfs der Hierarchie auf Basis der Daten der Vollerhebung enthält.

Im Anschluss folgen eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen. Nur im Falle, dass weitere Analysen durchgeführt werden, folgen in den anschließenden Abschnitten die entsprechenden Untersuchungen. Alle Untersuchungen in den Hierarchien werden **auf Basis des Festlegungsentwurfs der jeweiligen Hierarchie berechnet**, d. h. alle anderen Hierarchien entsprechen ceteris paribus nach wie vor dem Ausgangsmodell (AGM) für das AJ 2025. Veränderungen der Kennzahlen werden jeweils in den Tabellen **im Vergleich zum Ausgangsmodell** ausgewiesen.

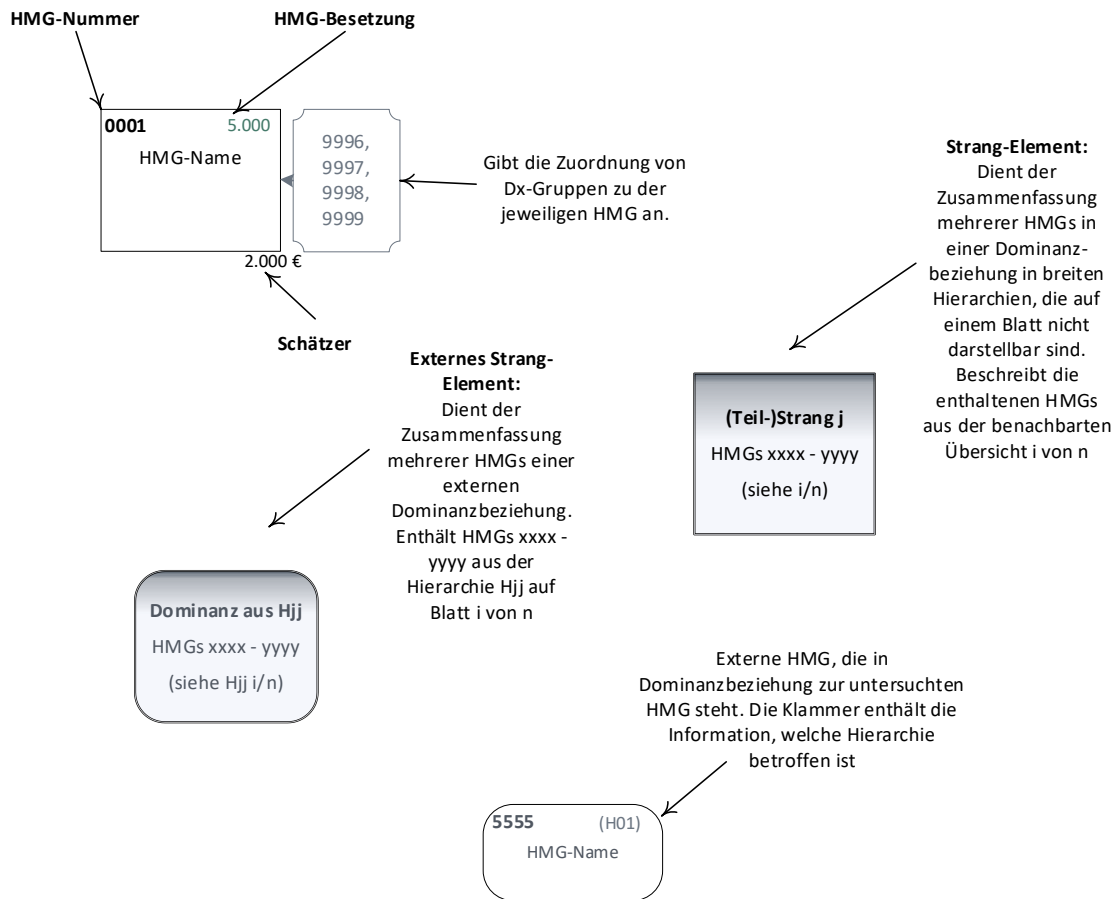
Nach der Darstellung und Abwägung der geprüften Modifikationen wird das Ergebnis als **Festlegung der Hierarchie** dargestellt. Falls sich empirisch relevante Veränderungen zwischen Festlegungsentwurf der Hierarchie und der Festlegung (FL) der Hierarchie ergeben, werden am Ende des jeweiligen Kapitels diese Modelle tabellarisch gegenübergestellt. Auf eine Wiederholung des Ausgangsmodells AJ 2025 wird aus Platzgründen an entsprechender Stelle verzichtet. Eine Abbildung der überarbeiteten Hierarchie mit allen Anpassungen auf Grundlage der Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung fasst die Modellstruktur abschließend zusammen.

Dementsprechend beziehen sich auch die Hierarchieabbildungen in den jeweiligen Kapiteln der Festlegung nur auf die isolierte Bearbeitung **der jeweiligen Hierarchie**. Bei Vorliegen von veränderten externen Dominanzbeziehungen weisen sie daher noch die externe Dominanzbeziehung des Ausgangsmodells aus. **Änderungen der externen Dominanzbeziehung werden nur in dem entsprechenden Hierarchie-Kapitel, in dem diese Veränderung der externen Dominanzbeziehung geprüft wurde, dokumentiert.** Die resultierende Ausgestaltung im Gesamtmodell ist den Hierarchieabbildungen des Anhangs A.3 zu entnehmen.

7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien

Die Erläuterungen zu den Anpassungen werden durch schematische Abbildungen ergänzt, um die vorgenommenen Anpassungen in den einzelnen Hierarchien zu veranschaulichen. Die einzelnen Bausteine dieser schematischen Anpassungen werden in Abbildung 7.1 vorgestellt.

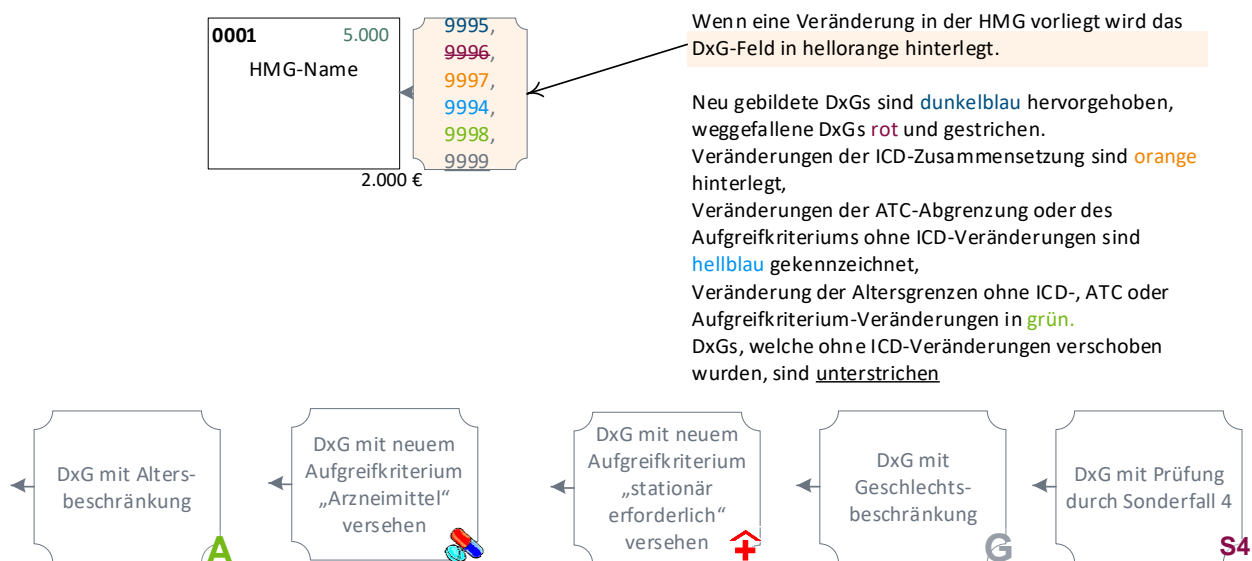
Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie



Quelle: BAS

Veränderungen, welche sich durch die Überarbeitung im Vergleich zum Ausgangsmodell des AJ 2025 ergeben, werden wie in Abbildung 7.2 dargestellt hervorgehoben.

Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung



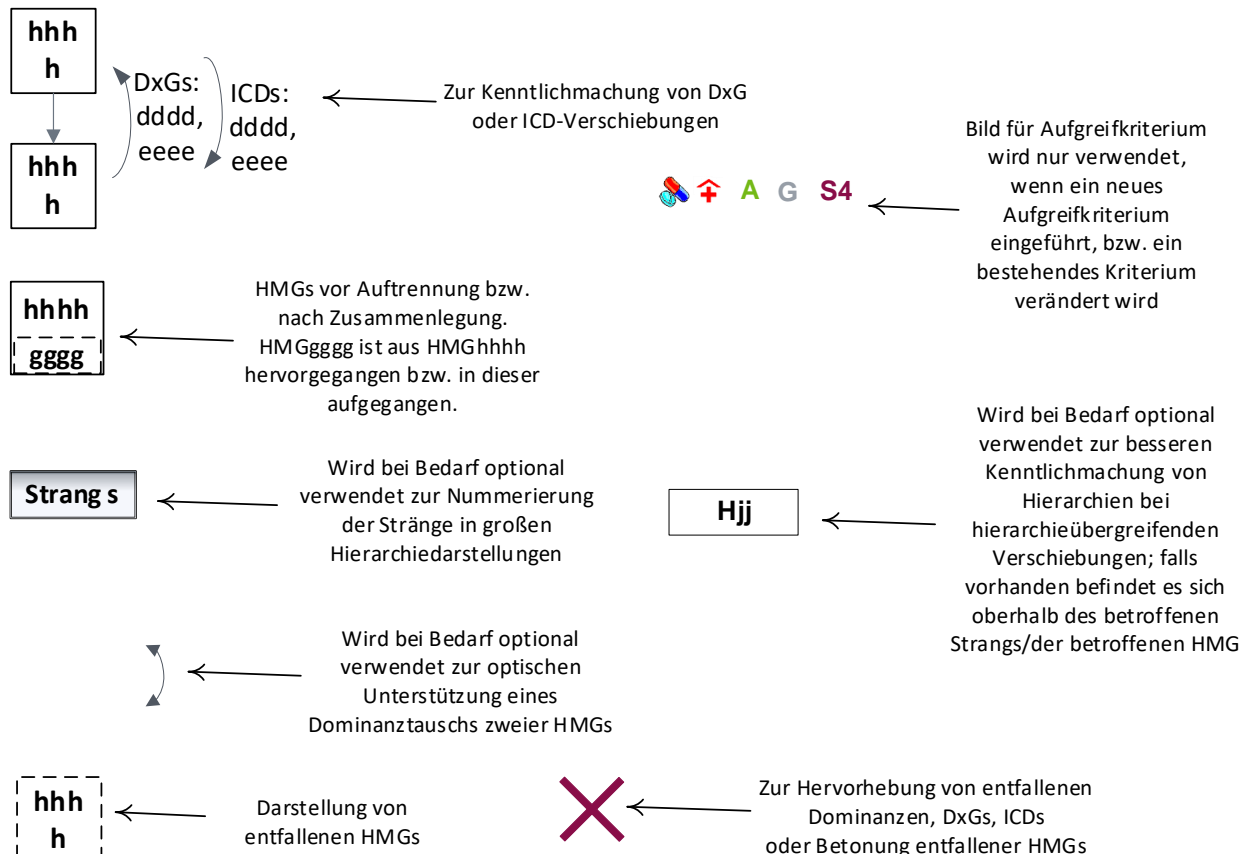
Quelle: BAS

Bei den abschließenden Abbildungen zur **Festlegung der Hierarchie** beschreiben die Hervorhebungen Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

Zum Teil werden verkürzte graphische Darstellungen verwendet, welche lediglich die HMG-Nummern enthalten. Der Fokus dieser Darstellungen liegt darauf, die Veränderungen in der Modellstruktur zwischen den einzelnen Modellen darzustellen.

Abbildung 7.3 stellt die Elemente vor, welche für die bildliche Darstellung der Modellveränderungen zur Verfügung stehen.

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle



Quelle: BAS

7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen

Die Darstellung der Berechnungsergebnisse in tabellarischer Form konzentriert sich auf die untersuchten Bereiche der Hierarchie. Grundsätzlich folgt die Reihenfolge der HMGs in der Darstellung der Dominanzreihenfolge bzw. der Zuordnung in einzelnen Strängen des Vergleichsmodells. Ausnahmen von dieser Regel werden im Text kenntlich gemacht. Auch die Benennung folgt weitgehend diesem Prinzip. Eine Ausnahme stellen gesplittete oder zusammengelegte HMGs dar. In diesen Fällen entspricht die Bezeichnung den gesplitteten HMGs, bzw. der HMGs vor der Zusammenlegung. Die letztendlich vergebenen Bezeichnungen der HMGs sind der finalen Gegenüberstellung von Festlegungsentwurf und Festlegung zu entnehmen.

Falls zur Zusammenfassung der Änderungen in ICD-DxG-HMG-Zuordnungen die tabellarische Form gewählt wird, bezeichnet das Kürzel „AGM“ jeweils das Ausgangsmodell des AJ 2025 und „FLE“ jeweils den Festlegungsentwurf für das AJ 2025. Das Kürzel „FL“ bezeichnet bei Bedarf die Festlegung. Im Rahmen

des Anhörungsprozesses neu gerechnete Modelle erhalten bei der Modellnummerierung das Kürzel „A“ für „Anhörung“.

Bei der Darstellung der Struktur und Ergebnisse der einzelnen Modellrechnungen ist zu beachten, dass z. T. temporäre Nummern und/oder Benennungen für DxGs und HMGs vergeben werden, die sich im endgültigen Modell des Festlegungsentwurfs nicht wiederfinden müssen. In der graphischen Darstellung des Festlegungsentwurfs werden lange HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen durch Auslassungen mit „...“ gekürzt. Die Kürzung langer HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen gilt ebenfalls für sämtliche Tabellen mit Ausnahme der abschließenden Gegenüberstellung von Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie.

Wenn für eine Hierarchie keine empirischen Überprüfungen vorgenommen werden, wird auf die Darstellung in Form eines Kapitels verzichtet. Für diese Hierarchien entspricht die Festlegung dem Ausgangsmodell bzw. Festlegungsentwurf für das AJ 2025 – sofern die Anpassungen in den Hierarchien mit empirischer Überprüfung keinen Anpassungsbedarf (z. B. Hierarchieverletzungen) in anderen Hierarchien nach sich gezogen haben. Sollten durch die Anpassung einer der überprüften Hierarchien Hierarchieverletzungen in einer anderen, nicht bearbeiteten Hierarchie entstanden sein, wird die Behebung der Hierarchieverletzung im Rahmen der ursprünglich überprüften Hierarchie mitbehandelt. Die Darstellung der vollständigen Struktur der betreffenden Hierarchie kann der abschließenden Zusammenfassung im Abschnitt A.3 entnommen werden.

8 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

8.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 11 wurden im Festlegungsentwurf für das AJ 2025 folgende Anpassungen durchgeführt:

Die HMGs 0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“ wurden aufgesplittet. Für die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wurden weitgehend auf Basis der vierten Stelle des ICD-Kodes neue Morbiditätsgruppen gebildet. Die gebildeten Kategorien lauteten „Entzugssyndrom mit Delir“, „Entzugssyndrom“, „psychotische Störungen durch psychotrope Substanzen“ und „sonstige psychische bzw. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Getrennt wurden außerdem die bis zu dem Zeitpunkt in der HMG0052 alter Fassung enthaltenen DxGs der Alkoholabhängigkeit, der Drogenabhängigkeit und der Opiatsubstitution.

Die psychotischen Störungen aufgrund des Gebrauchs psychotroper Substanzen wurden in den dritten Strang verlagert und in eine Dominanzbeziehung zu den anderen psychotischen Störungen gebracht. Im Anschluss wurden Hierarchieverletzungen, die durch Umstellungen der Dominanzstruktur entstanden sind, behoben und HMGs mit vergleichbaren Kostenschätzern vereinigt.

Eine durch die Neustrukturierung der Drogenabhängigkeit entstandene Hierarchieverletzung in der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ wurde durch eine Verschiebung der DxG0831 „Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation“ in die HMG0288 behoben. Die Namensgebung der HMG0288 wurde angepasst in „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C), Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation“.

Tabelle 8.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie (sowie die Anpassungen in der Hierarchie 05) vergleichend gegenüber.

Abbildung 8.1 und Abbildung 8.2 stellen den Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 graphisch dar.

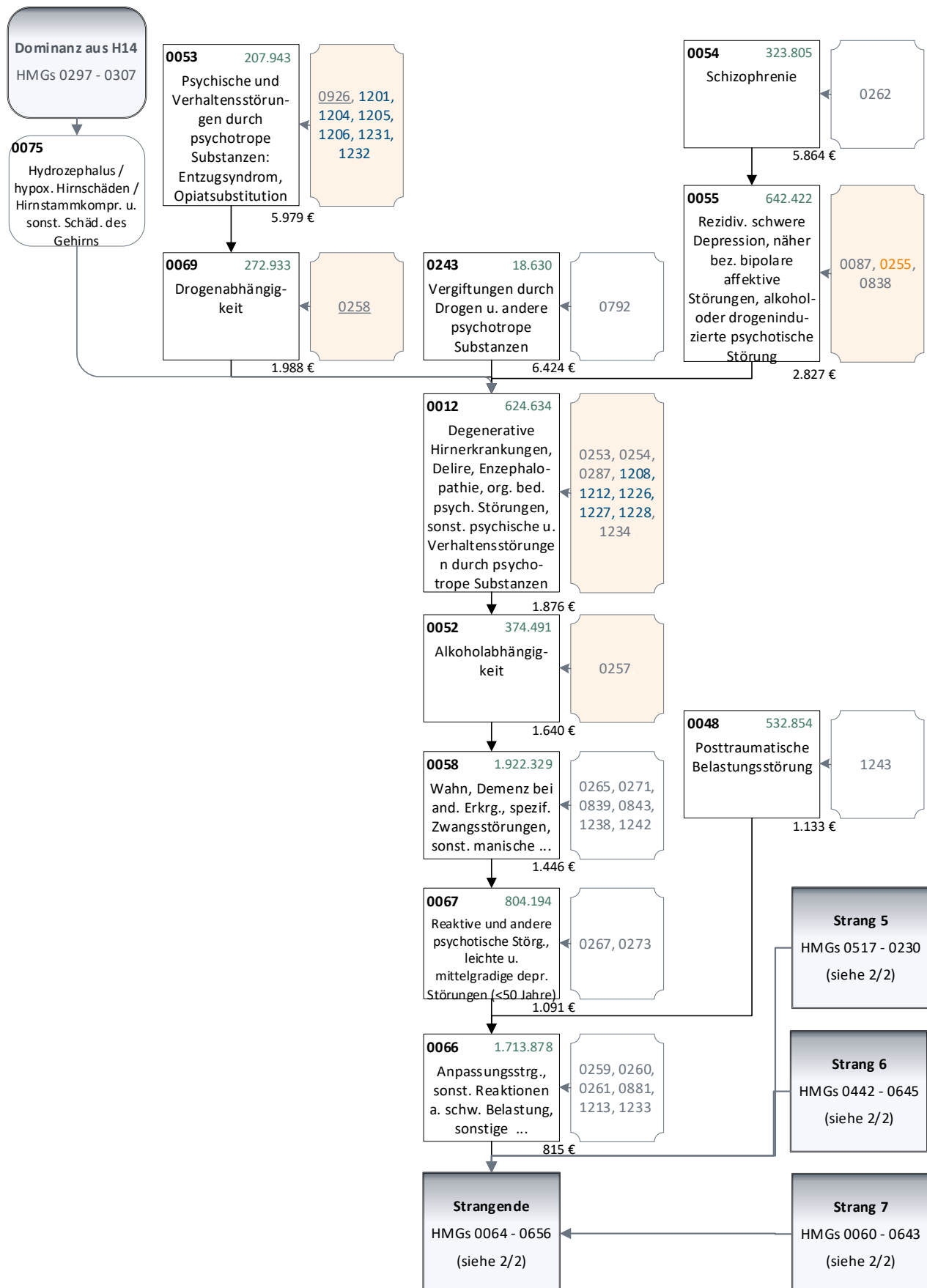
Tabelle 8.1: Vergleich des Ausgangsmodells mit dem Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 für das AJ 2025

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %	59,5412 %	0,0179 PP	
	CPM	30,4121 %	30,4426 %	0,0306 PP	
	MAPE	2.619,97 €	2.618,82 €	-1,1512 €	
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“					
HMG0051 (alt)	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	263.446	4.763 €		
HMG0052 (alt)	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	723.979	1.968 €		
HMG0053 (neu)	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Entzugssyndrom, Opiatsubstitution			207.943	5.979 €
HMG0069 (neu)	Drogenabhängigkeit			272.933	1.988 €
Strang 2: „Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen“					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	18.630	6.528 €	18.630	6.424 €
Strang 3: „Schizotypie, affektive und kognitive Erkrankungen“					
HMG0054	Schizophrenie	323.805	5.688 €	323.805	5.864 €
HMG0055 (alt)	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	595.192	2.775 €		
HMG0055 (neu)	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen, alkohol- oder drogeninduzierte psychotische Störung			642.422	2.827 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1, 2 & 3					
HMG0012 (alt)	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	566.564	1.857 €		
HMG0012 (neu)	Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, Enzephalopathie, organisch bedingte psychische Störungen, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen			624.634	1.876 €
HMG0052 (neu)	Alkoholabhängigkeit			374.491	1.640 €
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	1.922.425	1.443 €	1.922.329	1.446 €
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	804.220	1.087 €	804.194	1.091 €
Strang 4: „Belastungsstörungen“					
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	532.854	1.146 €	532.854	1.133 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1, 2, 3 & 4					
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom	1.713.762	815 €	1.713.878	815 €
HMG0064 (alt)	Akute Belastungsreaktion	301.629	561 €		
Strang 5: „Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, gestörte Impulskontrolle“					
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	39.685	2.611 €	39.685	2.617 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5412 %	0,0179 PP
	CPM	30,4121 %		30,4426 %	0,0306 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.618,82 €	-1,1512 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0014	Störungen der Impulskontrolle	78.283	805 €	78.283	823 €
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psycho-tisch organische Störung	850.631	651 €	850.631	650 €
Strang 6: „Dissoziative Störungen, Belastungsstörungen, Missbrauch, Zwangs- und Angststörungen“					
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	32.229	3.414 €	32.229	3.415 €
HMG0645	Sonstige dissoziative Störungen	60.364	763 €	60.364	771 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1, 2, 3, 4, 5 & 6					
HMG0064 (neu)	Akute Belastungsreaktion, rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., generalisierte Angststörungen, sonstige anhaltende affektive Störungen			2.349.874	523 €
HMG0068 (alt)	Rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., sonstige Angst- und anhaltende affektive Störungen	2.055.448	517 €		
Strang 7: „Esstörungen“					
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	109.324	2.399 €	109.324	2.402 €
HMG0643	Sonstige Essstörungen	173.820	469 €	173.820	473 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psycho-tisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegenerationen, leichte kognitive Störung	2.603.960	377 €	2.603.830	376 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.881.260	144 €	2.880.583	143 €
Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“					
HMG0173 (alt)	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose], Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation	97.013	2.252 €		
HMG0173 (neu)	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose]			6.363	2.472 €
HMG0288 (alt)	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)	22.531	1.986 €		
HMG0288 (neu)	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C), Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation			113.181	1.703 €

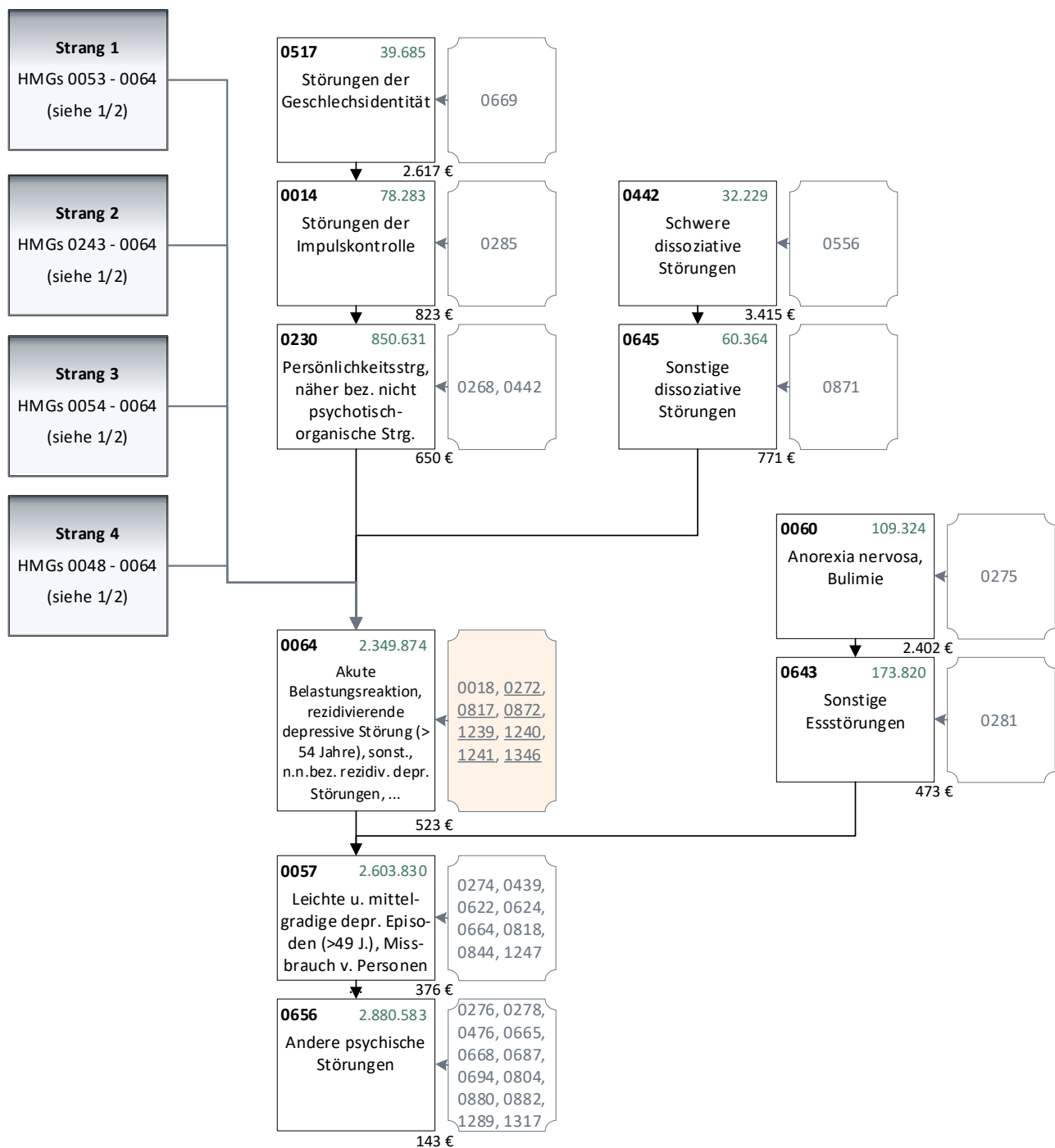
Quelle: BAS

Abbildung 8.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2025 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 8.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2025 (2/2)



Quelle: BAS

8.2 Anhörungsverfahren

8.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zu den Anpassungen der Hierarchie 11 gingen Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, des BKK DV, des IKK e. V., der BARMER, von KBV/BÄK und TK et al. ein.

8.2.1.1 Allgemeine Anmerkungen

Die vorgeschlagene Auftrennung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs und gleichzeitige Neuordnung in den gewählten Kategorien wird von AOK-BV, TK et al., BARMER und von KBV/BÄK ausdrücklich begrüßt. Auch der GKV-SV bezeichnet im Rahmen seiner Vorbemerkungen die vorgeschlagenen Hierarchieanpassungen als medizinisch-inhaltlich nachvollziehbare Anpassungen, die zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells führen.

Der IKK e. V. merkt an, dass auch die in diesem Anpassungszyklus vorgenommenen Anpassungen der Hierarchie geeignet schienen, die Zielgenauigkeit des Modells im Vergleich zum Ausgangsmodell deutlich zu verbessern. KBV/BÄK begrüßen dabei insbesondere die Verschiebung der psychotischen Störungen aufgrund des Gebrauchs psychotroper Substanzen in den dritten Strang. TK et al. bezeichnen das gewählte Aufgreifkriterium (stationär-erforderlich) für die DxG1231 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir“ als medizinisch-inhaltlich sinnvoll.

8.2.1.2 Vollständigkeit und Berücksichtigung der ICD-Kodes des ICD-Dreistellers F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“

Der GKV-SV, BKK DV, BARMER und TK et al. thematisieren die fehlende Berücksichtigung der ICD-Kodes F17.1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch“, F17.2 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom“, F17.8 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen“ und F17.9 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung“ im Rahmen des RSA-Klassifikationsmodells. Dabei fordern GKV-SV und BARMER diese Diagnosen zukünftig in der DxG1289/HMG0565 zu berücksichtigen. Der GKV-SV begründet dies damit, dass Versicherte mit einer schweren Tabakabhängigkeit nach § 34 Absatz 2 SGB V Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung hätten und Tabakkonsum das Risiko für zahlreiche Erkrankungen erhöhe. Auf die verzerrten Kodieranreize durch die bestehende Asymmetrie berücksichtigter und unberücksichtigter ICD-Kodes des ICD-Dreistellers F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ wird hingewiesen. Auswertungen des GKV-SV belegten, dass die grundsätzliche Aufnahme der fehlenden Ausdifferenzierungen des ICD-Dreistellers F17.- zu einer deutlichen Modellverbesserung führen würde.

TK et al. beziehen sich auf die Stellungnahme des GKV-SVs und bezeichnen die Integration dieser ICD-Kodes in das Klassifikationsmodell ausdrücklich nicht für sinnvoll und zudem manipulationsanfällig. Tabakabhängigkeit sei in aller Regel keine isolierte Diagnose, sondern eine Komorbidität bzw. Risikofaktor für Folgeerkrankungen. Daher seien diese ICD-Kodes aus gutem Grund der Ausschlusskategorie zugeordnet. Eine zusätzliche Berücksichtigung der genannten ICD-Kodes führe zu ungerechtfertigten Doppelzuweisungen, da die aus dem Tabakkonsum folgenden Krankheiten bereits im Klassifikationsmodell enthalten seien.

Der BKK DV bezeichnet die Aufnahme aller Endsteller des ICD-Kodes F17.- dabei aus nomenklatorischer Sicht als nachvollziehbar. Allerdings erfordere die Aufnahme der entsprechenden Codes eine intensivere Prüfung hinsichtlich der Folgekosten dieser ICD-Kodes. Darüber hinaus wird vorgeschlagen diesbezüglich abzuwarten, bis die erstattungsfähigen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung auch in der Datengrundlage enthalten seien und dann die Lage erneut zu analysieren. Auch der BKK DV thematisiert mögliche Nachholeffekte in Form von Fallzahlsteigerungen durch eine vollständige Berücksichtigung aller Endsteller des F17.-. Mögliche Kodieranreize sollten bei der Berücksichtigung daher mitbedacht werden. Es sei

zutreffend, dass Rauchen das Risiko für verschiedene Krankheiten erhöhe. Diese würden jedoch im aktuellen Klassifikationsmodell bereits überwiegend als eigene Krankheitsbilder in anderen Hierarchien ausgeglichen. Insofern solle zwischen direkten Folgekosten und den Folgekrankheiten des Rauchens unterschieden werden.

Der GKV-SV sowie der AOK-BV thematisieren die ICD-Zuordnung auf Ebene der ICD-Viersteller. Sie kritisieren, dass nicht erläutert wird, warum in Bezug auf den F17.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom“ von der neuen Zuordnungssystematik abgewichen wird. Vermutet wird, dass dies aufgrund von Modellrechnungen geschehen ist, diese Zwischenschritte jedoch nicht in den Erläuterungen dargestellt seien. Um eine Erläuterung und ggf. Prüfung einer Zuordnung gemäß der neuen Zuordnungssystematik auf ICD-Vierstellerebene wird gebeten.

8.2.1.3 Kostenhomogenität innerhalb der HMGs 0012, 0053 und 0069

Der GKV-SV sowie der IKK e. V. thematisieren die Abgrenzung der HMG0012 „Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, Enzephalopathie, organisch bedingte psychische Störungen, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ im Festlegungsentwurf der Hierarchie. Gemäß der vorgeschlagenen Abgrenzung befinden sich neun DxGs in der HMG0012. Es lägen jedoch Hinweise vor, dass sich die Folgekosten auf DxG-Ebene deutlich voneinander unterscheiden. Der IKK e. V. kritisiert, dass die Auftrennung auf medizinischen Überlegungen beruhe und nicht geprüft worden sei, ob die Zusammenlegung die Krankheitskosten korrekt abbilden würde. Es lägen Hinweise vor, dass die Folgekosten für Versicherte mit der in die HMG0012 integrierten DxG1227 „Sonstige psychische Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen“ nicht adäquat gedeckt seien. Insbesondere steht die Vermutung einer deutlichen Unterdeckung dieser Versicherten im Raum. Es wird angeregt, diesen Sachverhalt zu prüfen.

Der GKV-SV stellt eine Untersuchung zur Auftrennung der HMG0053 vor, in der er die Ausgliederung der DxG0926 in eine eigenständige HMG0071 untersucht. Ein entsprechender Schritt würde das R2 leicht verschlechtern und das MAPE um zwei Cent verbessern. Es läge eine Kostendifferenz von rund 400 € vor.

Die DAK-G kritisiert die Zusammenlegung der HMGs 0069 „Drogenabhängigkeit“ und 0071 „Opiatsubstitution“. Der Unterschied der Kostenschätzer wäre anteilig vergleichbar mit den im Strang weiter unten stehenden HMGs 0052 und 0058 in der Hierarchie. Auch wenn sich die Besetzungsanteile unterscheiden, sieht die DAK-G keinen zwingenden Grund, die beiden HMGs zusammenzulegen, zumal selbst eine Hierarchieverletzung einer Zusammenlegung entspräche. Im Falle einer im weiteren Verlauf unterschiedlichen Kostenentwicklung innerhalb einer HMG müsste diese auch erst festgestellt werden, bevor sie behoben werden könne.

8.2.1.4 Berücksichtigung von Arzneimitteln

GKV-SV sowie BKK DV thematisieren die DxG-ATC-Zuordnung für die DxG0926 „Opiatsubstitution“. Gemäß der „Technischen Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V“ seien ab der Version 36 mit Stand vom 29.09.2021 die Sonderkennzeichen 06461506 „Abrechnung von Methadon-Zubereitungen“ und 06461512 „Abrechnung von Levomethadon-Zubereitungen“ enthalten. Daher seien diese Sonderkennzeichen zwingend für die Arzneimittelprüfung der DxG0926 „Opiatsubstitution“ zu berücksichtigen. Darüber hinaus seien in der Anlage 3 für die DxG0926 zahlreiche Analgetika der Gruppen N02AA, N02AC und N02AX berücksichtigungsfähig, die im Rahmen einer Substitutionsbehandlung nicht eingesetzt würden.

Der GKV-SV schlägt vor, für die Prüfung der DxG0926 lediglich Wirkstoffe zu berücksichtigen, die als Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit therapierelevant seien. Dies beträfe die ATC-Kodes N02AA01 „Morphin“, N02AA08 „Dihydrocodein“, N02AC06 „Levomethadon“, N02AE01 „Buprenorphin“ sowie C02AC01 „Clonidin“. Der BKK DV schlägt vor, die ATC-Gruppen N02AC „Analgetika, Diphenylpropylamin-Derivate“, N02CX „Andere Migränemittel“ mit Ausnahme des ATC-Siebenstellers N02CX02 „Clonidin“ und N02AA „Analgetika, Natürliche Opium-Alkaloide“ mit Ausnahme von N02AA08 „Dihydrocodein“ zu streichen.

Der AOK-BV thematisiert erneut die Arzneimittelprüfung der DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“. Die schizoaffektive Störung sei eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereine. Gemäß der Empfehlung der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) solle bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt seien. Daher sollten folgende ATC-Kodes aus der Gruppe der Antidepressiva für die Arzneimittelvalidierung der DxG0262 ergänzt werden:

- N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“,
- N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und
- N06AX „Andere Antidepressiva“.

Des Weiteren würden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepine zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Daher werde auch die Ergänzung des ATC-Kodes N06BA als „Benzodiazepin-Derivate“ vorgeschlagen.

8.2.1.5 Weitere Anmerkungen

Der AOK-BV thematisiert, dass die ICD-Kodes U51.1- „Mittlere kognitive Funktionseinschränkung“ und U51.2- „Schwere kognitive Funktionseinschränkung“ derzeit Teil der Ausschlusskategorie seien. Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Versicherten schlage die AOK-Gemeinschaft vor, diese ICD-Kodes künftig in einer neuen DxG innerhalb der HMG0058 „Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)“ zu berücksichtigen.

Der IKK e. V. kritisiert, dass die Behebung der Hierarchieverletzung in Hierarchie 05 nicht in einem eigenen Kapitel dargestellt wurde. Aus Sicht des IKK e. V. fehlt die Darstellung der veränderten Kostenschätzer.

8.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

8.2.2.1 Vollständigkeit und Berücksichtigung der ICD-Kodes des ICD-Dreistellers F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“

In Bezug auf die teilweise nicht berücksichtigten ICD-Kodes F17.- wird das BAS in einem der nächsten Anpassungszyklen im Rahmen der Erstellung der Ausgangsmodelle die eventuelle Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie prüfen (vergleiche Kapitel 5.2.2.3).

Das BAS kann die Aussage von TK et al. im Kontext der Stellungnahme des GKV-SV hinsichtlich der Frage ungerechtfertigter Doppelzuweisungen inhaltlich nicht nachvollziehen. Dies gilt insbesondere dafür, dass Doppelzuschläge nicht per se ungerechtfertigt sind.

Anknüpfend an die Frage, warum bzgl. des ICD-Kodes F17.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom“ von der Systematik der Zuordnung auf Grundlage der ICD-Viersteller abgewichen wurde, ist Folgendes zu erläutern.

Die überwiegende Mehrzahl der neu eingeteilten ICD-Kodes der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen befand sich in den HMGs alter Fassung 0051 „Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose“ und 0052 „Alkohol- oder Drogenabhängigkeit“. Sämtliche im Klassifikationssystem berücksichtigte ICD-Kodes des Dreistellers F17.- befanden sich in der HMG0656 „Andere psychische Störungen“. Die DxG1289 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (ehemalige HMG0352 gleichen Namens) war im Rahmen der Festlegung des AJ 2023 aufgrund ihres niedrigen Schätzers in die HMG0656 eingeordnet worden (vgl. dazu auch Bundesamt für Soziale Sicherung 2022a, S. 278 ff.).

Aufgrund der damaligen Überprüfung ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der ICD-Viersteller des F17.- von den zu erwartenden Kosten weit unterhalb der Schätzer der neu abzugrenzenden Gruppen liegen. Für den ICD-Kode F17.4 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom mit Delir“ wurde aufgrund der Schwere der Diagnose in Verbindung mit dem zugrunde gelegten Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ eine andere Bewertung vorgenommen.

Auch für die ICD-Kodes F17.5 sowie F17.7 (psychotische Störungen durch Tabak) wurde aufgrund der Schwere dieser Diagnosen eine andere Bewertung getroffen. Die übrigen Diagnosen des F17.- verblieben aufgrund des niedrigen Kostenschätzers der HMG0656 ohne explizite Prüfung in der DxG1289. Die Annahme der unpassenden Kostenhomogenität der weiteren Viersteller des F17.- wird in Abschnitt 8.3 einer empirischen Prüfung unterzogen.

8.2.2.2 Kostenhomogenität innerhalb der HMGs 0012, 0053 und 0069

Das BAS kann die Hinweise in Bezug auf die Kostenheterogenität der HMG0012 in Teilen nachvollziehen. Insbesondere zwischen den DxGs 1208, 1212, 1226, 1227 und 1228 sind größere Unterschiede in Abhängigkeit der zugrundeliegenden psychotropischen Substanz feststellbar. Allerdings liegen für die DxG1227 „Sonstige psychische Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen“ eher Hinweise für eine merkliche Überdeckung vor. Unterdeckt in der HMG scheinen hingegen die Versicherten mit den DxGs 0253 „Vorübergehende organische Psychose (akute exogene Reaktionstypen) mit Delir, Wahn oder Halluzination“, 0287 „Delir bei Demenz“ und 1208 „Sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ zu sein. Allerdings erfordert eine gute Lösung eine umfassende Überarbeitung. Diese würde eine Anhörung erfordern. U. a. müsste systematisch der Frage nachgegangen werden, ob die beobachtete Kostenheterogenität in Abhängigkeit der jeweilig konsumierten psychotropen Substanz auch in den anderen betroffenen HMGs beobachtet werden kann. Auch eine geeignete Lösung für die in der HMG0012 enthaltenen Delire ohne Entzugssyndrom wäre dabei zu adressieren. Dies wird in einem der kommenden Anpassungszyklen untersucht.

Die Kritik der DAK-G kann nicht nachvollzogen werden, da die HMGs 0069 und 0071 nicht vereinigt wurden. Bezüglich der vom GKV-SV thematisierten Einordnung der DxG0926 „Opiatsubstitution“ (in einem Zwischenmodell als HMG0071 geführt) in die HMG0053, ist festzuhalten, dass Zusammenlegungen von HMGs jeweils einer sorgfältigen Abwägung im Einzelfall bedürfen. Der Sachverhalt wird in einem der kommenden Anpassungszyklen geprüft.

8.2.2.3 Berücksichtigung von Arzneimitteln

Die Hinweise des GKV-SV und des BKK DV bezüglich der fehlenden Zuordnung der Sonderkennzeichen 06461506 „Abrechnung von Methadon-Zubereitungen“ und 06461512 „Abrechnung von Levomethadon-Zubereitungen“ sind sachgerecht. Diese Sonder-PZNs werden in der Anlage 3 für die Prüfung der DxG0926 „Opiatsubstitution“ ergänzt.

Den Hinweisen bzgl. der Streichung der ATC-Fünfsteller N02AA „Analgetika, Natürliche Opium-Alkaloide“, N02AC „Analgetika, Diphenylpropylamin-Derivate“ und N02CX „Andere Migränemittel“ sowie die ausschließliche Berücksichtigung der ATC-Siebensteller N02AA01 „Morphin“, N02AA08 „Dihydrocodein“, N02AC06 „Levomethadon“, N02AE01 „Buprenorphin“ sowie C02AC01 „Clonidin“ wird nicht gefolgt. Das BAS hält an der regelhaften Ausgestaltung der Anlage 3 mit fünfstelligen ATC-Kodes fest. „Dies ist insofern unschädlich, da für eine Zuordnung von Versicherten zu Diagnosegruppen immer auch eine entsprechende Diagnosestellung vorliegen muss. Darüber hinaus erfordert jegliche Verwendung von ATC-Siebenstellern [...] eine erhöhte Vorsicht bei der technischen Pflege des Klassifikationssystems.“ (Bundesversicherungsamt 2019, S. 26).

Der Vorschlag des AOK-BV, zusätzlich auch Antidepressiva für die DxG0262 „Schizophrenie und schizotypische Störungen“ zu berücksichtigen, wird in einem der kommenden Anpassungszyklen geprüft.

8.2.2.4 Weitere Anmerkungen

Die Aufnahme neuer ICD-Kodes kann nur im Rahmen eines Ausgangsmodells erfolgen. Der Vorschlag des AOK-BV, die ICD-Kodes U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 sowie U51.22 zu berücksichtigen, wird daher in einem der kommenden Anpassungszyklen überprüft werden (vgl. dazu auch Abschnitt 5.2.2.3).

Die Kritik des IKK e. V. bezüglich der Darstellung der Hierarchie 05 kann inhaltlich nur in Teilen nachvollzogen werden. Das gewählte Vorgehen entspricht dem etablierten Prozedere für diese Fälle. Die Veränderungen der Fallzahlen und Schätzer des relevanten Ausschnitts der Hierarchie 05 (HMGs 0173, 0288 und 0028) werden im Übrigen in Tabelle 7.11 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dokumentiert wurden (vgl. dazu auch Bundesamt für Soziale Sicherung 2024a, S. 69). Sollte eine vollständige Dokumentation aller Fallzahlen und Schätzer der Hierarchie 05 durch die Veränderung, welche die Hierarchieverletzung behoben hat, gewünscht sein, so ist diese der Tabelle 8.2 zu entnehmen. Innerhalb der Hierarchie 05 zeigen sich keinerlei weitere relevante Auswirkungen durch die Behebung der Hierarchieverletzung. Die Schätzer weniger HMGs verändern sich minimal.

Tabelle 8.2: Dokumentation aller Fallzahlen und Schätzer der Hierarchie 05 im Modellvergleich aufgrund der Behebung der Hierarchieverletzung im Festlegungsentwurf der Hierarchie 11

		Hierarchie 05 im Festlegungsentwurf der H11 vor Anpassung		Hierarchie 05 im Festlegungsentwurf nach Anpassung	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5412 %	0,0179 PP	59,5412 %	0,0179 PP
	CPM	30,4424 %	0,0303 PP	30,4426 %	0,0306 PP
	MAPE	2.618,83 €	-1,1416 €	2.618,82 €	-1,1512 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“					
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	4.038	12.756 €	4.038	12.759 €
HMG0351	Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C	18.605	6.858 €	18.605	6.863 €
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	13.744	4.409 €	13.744	4.412 €
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	10.821	2.750 €	10.821	2.747 €
HMG0173	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre ...	97.013	1.686 €	6.363	2.472 €
HMG0288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)	22.531	1.981 €	113.181	1.703 €
HMG0028	Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis m. Koma / ak. Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndr.	196.947	1.298 €	196.947	1.299 €
HMG0272	Hepatitis ohne Leberkoma / Autoimmun-Hepatitis/ Echinococcus-Infektionen / Pfortaderthrombose	151.809	468 €	151.809	468 €
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	56.928	148 €	56.928	148 €
HMG0407	Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte o. unspezifische Lebererkrankungen	3.450.760	-216 €	3.450.760	-216 €

Quelle: BAS

8.3 Überprüfung der Einordnung der weiteren F17.-Diagnosen auf Basis der Systematik der jeweiligen Viersteller

8.3.1 Hintergrund

Der Wunsch von GKV-SV und AOK-BV bezüglich einer Erläuterung und ggf. nachzuziehenden Prüfung zur Einordnung des F17.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom“ kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Allerdings betrifft diese fehlende Einordnung auf Basis des ICD-

Vierstellers nicht nur den F17.6, sondern ebenfalls als weiteren ICD-Kode der DxG1289 den F17.3 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom“.

Im Folgenden wird eine alternative Einordnung der ICD-Viersteller F17.3 und F17.6 gemäß der für die anderen psychotropen Substanzen im Festlegungsentwurf des AJ 2025 untersuchten Vierstellersystematik geprüft.

8.3.2 Untersuchung

Im Folgenden werden zwei Modelle gerechnet. In **Modell A01** wird die von GKV-SV und AOK-BV vorgeschlagene Verschiebung des F17.6 in die HMG0012 geprüft. In **Modell A02** wird analog die Verschiebung des ICD-Kodes F17.3 in die HMG0053 untersucht. In jedem Modell wird jeweils isoliert die Verschiebung des einzelnen Vierstellers geprüft. Die sich daraus ergebenden Veränderungen im Mapping, werden in Tabelle 8.3 zusammengefasst.

Tabelle 8.3: Veränderungen der ICD-DxG-HMG-Abgrenzung in den Modelle A01 und A02

HMG FLE	DxG FLE	ICD	ICD-Bezeichnung	DxG A01	HMG A01	DxG A02	HMG A02
0656	1289	F17.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom	1289	0656	1202	0053
		F17.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Amnestisches Syndrom	1200	0012	1289	0656

Quelle: BAS

Tabelle 8.4 fasst die Ergebnisse des Modells A01 zusammen. Die Verschiebung des ICD-Kodes F17.6 hat eine leichte Verschlechterung aller Kennzahlen zur Folge.

Tabelle 8.4: Wirkung einer möglichen Verschiebung des F17.6 in HMG0012

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5412 %	0,0179 PP	59,5412 %	0,0178 PP
	CPM	30,4426 %	0,0306 PP	30,4426 %	0,0305 PP
	MAPE	2.618,82 €	-1,1512 €	2.618,83 €	-1,1491 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1, 2 & 3					
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bed. psych. Strg.	624.634	1.876 €	625.084	1.874 €
HMG0052	Alkoholabhängigkeit	374.491	1.640 €	374.475	1.640 €
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige...	1.922.329	1.446 €	1.922.315	1.446 €
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive ...	804.194	1.091 €	804.190	1.091 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1, 2, 3 & 4					
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonst. nicht-psychotische...	1.713.878	815 €	1.713.850	815 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1-6					
HMG0064	Akute Belastungsreaktion, rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, ...	2.349.874	523 €	2.349.841	523 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, ...	2.603.830	376 €	2.603.793	376 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.880.583	143 €	2.880.271	143 €

Quelle: BAS

Durch die Hochstufung des ICD-Kodes F17.6 würden 450 zusätzliche Versicherte der HMG0012 zugeordnet. Von diesen 450 Versicherten stammen 312 Versicherte aus der HMG0656. Die anderen kommen weitgehend gleichmäßig aus den weiteren HMGs, die im Strang zwischen der HMG0012 und der HMG0656 liegen. Der Schätzer der HMG0656 bleibt unverändert. Der Schätzer der HMG0012 sinkt um zwei Euro ab. Dass der Anstieg der Fallzahl von 450 Versicherten in einer HMG mit über 620.000 Versicherten ein leichtes Absinken des Schätzers zur Folge hat, ist so zu werten, dass die neu

hinzugekommenen Versicherten im Vergleich zu den anderen Versicherten der HMG0012 weit unterdurchschnittliche Kosten aufweisen und von der Kostenstruktur nicht in die HMG0012 passen. Eine Verschiebung dieser Versicherten in die HMG0012 wird daher abgelehnt.

Tabelle 8.5 fasst die Ergebnisse einer möglichen Verschiebung des F17.3 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Entzugssyndrom“ analog zur Systematik der anderen F1x.-Viersteller zusammen. Hier zeigt sich eine deutliche Verschlechterung aller Kennzahlen. Im Vergleich zum Festlegungsentwurf sinkt das R^2 um 0,0025 PP, das CPM um 0,0044 PP und das MAPE steigt um 16,64 Cent. Der Schätzer der HMG0053 würde durch die Umsetzung dieser Zuordnung um rund 200 € sinken.

Tabelle 8.5: Wirkung einer möglichen Verschiebung des F17.3 in HMG0053

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,5412 %	0,0179 PP	59,5388 %	0,0154 PP
	CPM	30,4426 %	0,0306 PP	30,4382 %	0,0262 PP
	MAPE	2.618,82 €	-1,1512 €	2.618,99 €	-0,9848 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1: „Alkohol- und Drogenmissbrauch“					
HMG0053	Psychische u. Verhaltensstörungen d. psychotr. Substanzen: Entzugssyndrom, Opiatsubstitution	207.943	5.979 €	215.204	5.776 €
HMG0069	Drogenabhängigkeit	272.933	1.988 €	272.808	1.985 €
Strang 3: „Schizotype, affektive und kognitive Erkrankungen“					
HMG0054	Schizophrenie	323.805	5.864 €	323.805	5.867 €
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	642.422	2.827 €	642.422	2.833 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1, 2 & 3					
HMG0012	Degen. Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Strg.	624.634	1.876 €	624.528	1.876 €
HMG0052	Alkoholabhängigkeit	374.491	1.640 €	374.275	1.639 €
HMG0058	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige ...	1.922.329	1.446 €	1.922.010	1.446 €
HMG0067	Reaktive u. andere psychot. Störungen, leichte u. mittelgradige depr. Störungen (< 50 Jahre)	804.194	1.091 €	804.051	1.091 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5412 %	0,0179 PP	59,5388 %	0,0154 PP
	CPM	30,4426 %	0,0306 PP	30,4382 %	0,0262 PP
	MAPE	2.618,82 €	-1,1512 €	2.618,99 €	-0,9848 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1, 2, 3 & 4					
HMG0066	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-...	1.713.878	815 €	1.713.461	815 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1-6					
HMG0064	Akute Belastungsreaktion, rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, ...	2.349.874	523 €	2.349.306	524 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0057	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, ...	2.603.830	376 €	2.603.292	377 €
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.880.583	143 €	2.876.210	144 €

Quelle: BAS

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Anstieg des Schätzers der HMG0656. Auch wenn dieser Anstieg „nur“ einen Euro beträgt, lautet die Schlussfolgerung daraus, dass die rund 4.300 Versicherten, die aus dieser HMG nun in die oberste HMG gestuft würden, sogar im Vergleich zu den anderen 2,8 Mio. Versicherten der HMG0656 unterdurchschnittliche Kosten aufweisen.

Ein ähnliches Bild gilt auch für die Versicherten, die vor der Hochstufung des F17.3 in die HMG0053 aus den HMGs 0057 und 0064 zugeordnet waren. Diese Versicherten haben zusätzlich zum ICD-Kode F17.3, der im Festlegungsentwurf zu einer Zuordnung in der HMG0656 führt, offensichtlich weitere Diagnosen, welche eine Einstufung in die höheren HMGs 0057 und 0064 bewirken. Auch diese rund 1.100 Versicherten sind im Vergleich zu den Versicherten ihrer bisherigen HMGs unterdurchschnittlich kostenintensiv. Zusätzlich ist ein Entzugssyndrom durch Tabak vermutlich auch in seinem Ausmaß nicht gleichzusetzen mit z. B. Entzugssyndromen durch Opioide oder andere psychotrope Substanzen.

Daher wird die Hochstufung beider ICD-Kodes (F17.3 und F17.6) abgelehnt.

8.3.3 Ergebnis

Es werden keine weiteren Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf vorgenommen.

8.4 Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

8.4.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 11

Die Festlegung der Hierarchie entspricht dem entsprechenden Festlegungsentwurf für das AJ 2025.

9 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2025 wurden Vorschläge aus den Vorjahren aufgegriffen und geprüft. Für die Multiple Sklerose wurde eine mehrfache Arzneimitteldifferenzierung nach Wirksamkeitskategorien eingeführt. In diesem Kontext wurden die Diagnosen der Multiplen Sklerose und anderer demyelinisierender Erkrankungen des ZNS aufgeteilt. Des Weiteren wurden die ICD-Kodes zum „Post-COVID-19-Zustand“ und des „Chronischen Müdigkeitssyndroms“ untersucht und in der Hierarchie 14 neu eingeordnet.

Tabelle 9.1 stellt das Ausgangsmodell dem Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 9.1 Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 im Vergleich

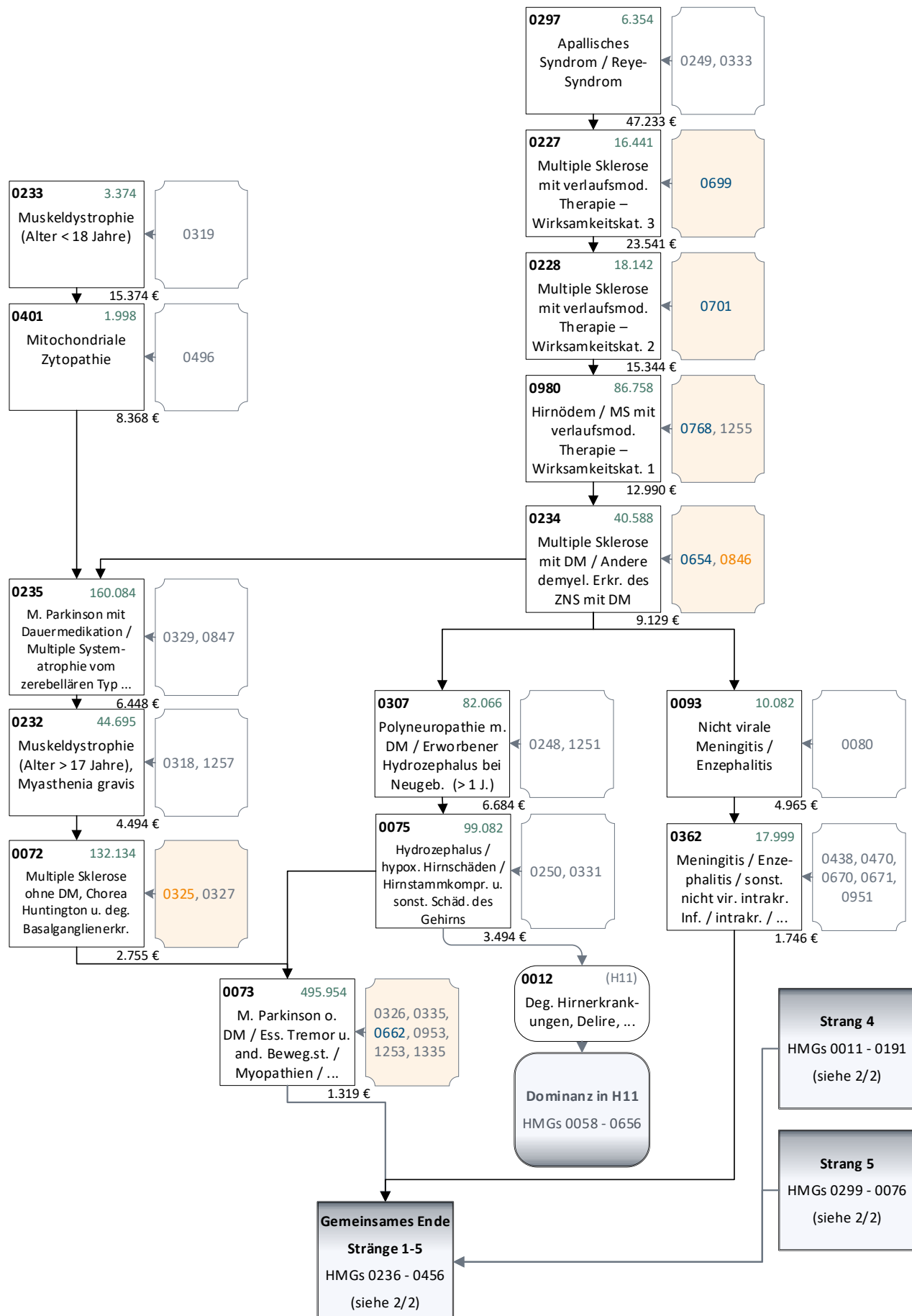
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5508 %	0,0274 PP
	CPM	30,4121 %		30,4614 %	0,0494 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.618,12 €	-1,8582 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.374	15.369 €	3.374	15.374 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.998	8.388 €	1.998	8.368 €
gemeinsamer Kopf Stränge 2 & 3 & 5 & 7					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.354	47.171 €	6.354	47.233 €
HMG0227 (neu)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 3			16.441	23.541 €
HMG0228 (neu)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 2			18.142	15.344 €
HMG0980 (neu)	Hirnödeme / Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1			86.758	12.990 €
HMG0234 (alt)	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	130.651	13.951 €		
HMG0234 (neu)	Multiple Sklerose mit Dauermedikation / Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation			40.588	9.129 €
HMG0980 (alt)	Hirnödeme	14.890	13.609 €		
gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 5					
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	44.778	4.515 €	44.695	4.494 €
Stränge 2 & 3					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	160.197	6.445 €	160.084	6.448 €
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	160.925	3.108 €	132.134	2.755 €
Strang 5					
HMG0307	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbenes Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	82.217	6.830 €	82.066	6.684 €
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	99.226	3.480 €	99.082	3.494 €
aus Hierarchie 11					
HMG0012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	566.564	1.857 €	565.602	1.859 €
gemeinsamer Strangabschnitt 1 & 2 & 3 & 5					
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	482.952	1.310 €	495.954	1.319 €
Strang 6					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	10.214	4.964 €	10.082	4.965 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	18.034	1.740 €	17.999	1.746 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5508 %	0,0274 PP
	CPM	30,4121 %		30,4614 %	0,0494 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.618,12 €	-1,8582 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.797	18.466 €	1.797	18.491 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	8.828	8.377 €	8.828	8.351 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.785	6.362 €	69.785	6.371 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	795.823	1.379 €	795.823	1.368 €
Strang 7					
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	2.750	6.962 €	2.750	7.020 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.171	2.058 €	1.171	2.059 €
gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	100.206	626 €	100.196	629 €
HMG0080 (alt)	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	3.595.634	374 €		
HMG0080 (neu)	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS			3.430.698	400 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	1.947.524	111 €	2.112.323	89 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	1.483.590	-48 €	1.483.587	-49 €

Quelle: BAS

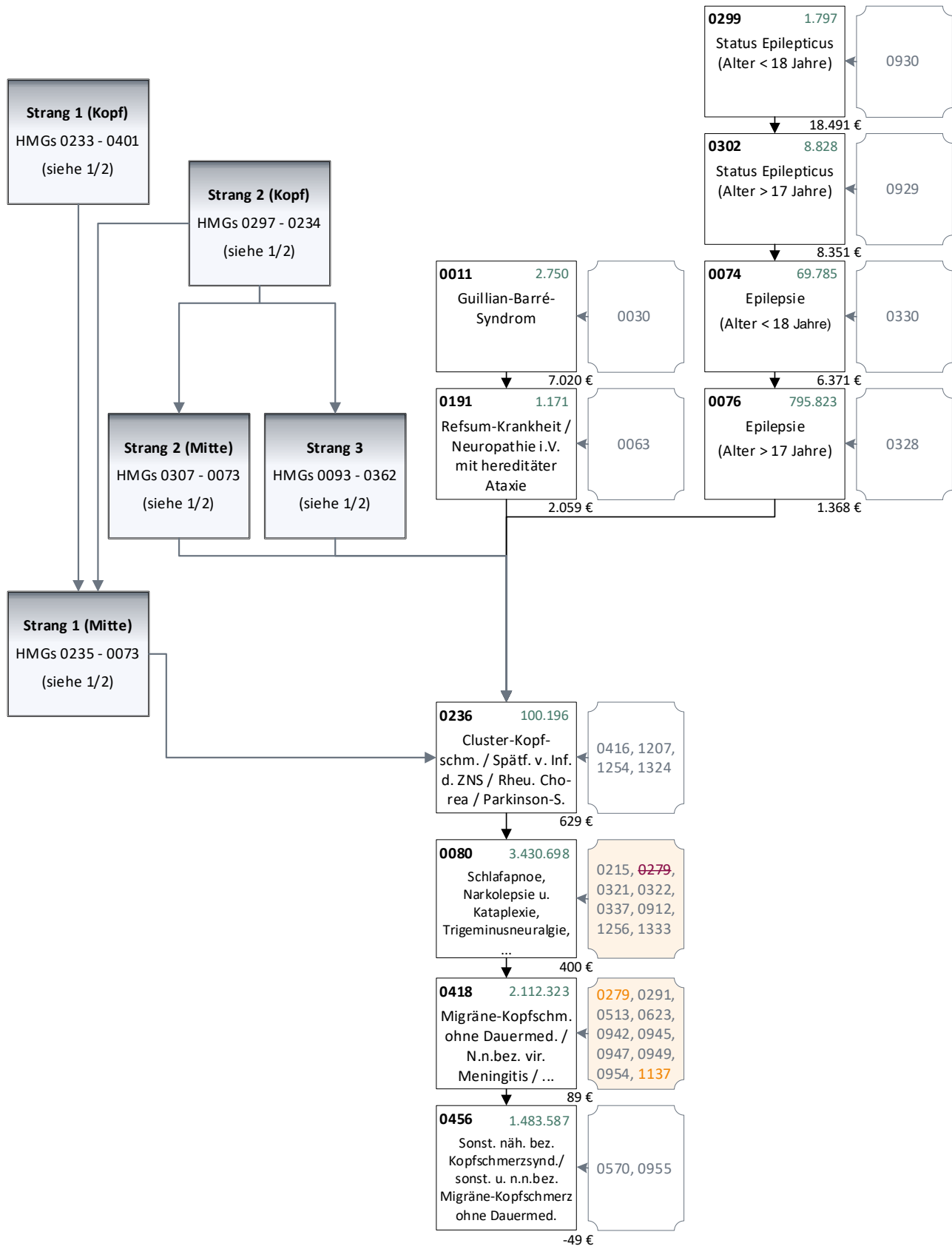
Abbildung 9.1 und Abbildung 9.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 9.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 9.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (2/2)



Quelle: BAS

9.2 Anhörungsverfahren

9.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren gingen zur Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ Stellungnahmen von GKV-SV, BARMER, BKK DV, DAK-G, IKK e. V., KBV/BÄK und TK et al. ein. In den Stellungnahmen wird die Verschiebung einer DxG vorgeschlagen. Darüber hinaus wird eine ausführlichere Dokumentation bezüglich der Arzneimittelauswahl, eine jährliche Überprüfung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung bei der Multiplen Sklerose (MS) sowie die generelle Umstellung von ATC-Fünfstellern auf ATC-Siebensteller adressiert.

9.2.1.1 Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung für die Multiple Sklerose

Die vorgeschlagene Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung erfährt generell große Zustimmung. Der GKV-SV und TK et al. bezeichnen sie als medizinisch und inhaltlich sinnvoll. BKK DV und die BARMER befürworten den Schritt ausdrücklich. Auch von Seiten der KBV/BÄK werden die Schritte zur Weiterentwicklung der Hierarchie begrüßt. Die vorgenommenen Anpassungen in der Arzneimittelauswahl der MS und der anderen demyelinisierenden Erkrankungen wird als schlüssig und nachvollziehbar bezeichnet.

Der GKV-SV und der IKK e. V. regen an, die Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung für die Multiple Sklerose, die sich an den drei Wirksamkeitskategorien der 2023 überarbeiteten „Living Guideline“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023) orientiert, näher zu erläutern und insgesamt ausführlicher zu dokumentieren.

Darüber hinaus führt der GKV-SV aus, dass die Auswahl der Arzneimittelwirkstoffe für die Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankung (NMOSD) mit derselben Argumentation wie bei der MS getroffen werden könnte (ATC-Siebensteller).

Zudem weisen der GKV-SV, die DAK-G sowie der IKK e. V. darauf hin, dass Azathioprin (L04AX01) der Wirksamkeitskategorie 1 zugeordnet werde, obwohl der Wirkstoff in der Living Guideline keiner Wirksamkeitskategorie zugeordnet sei. Diesbezüglich sei die getroffene Zuordnung zu erläutern.

Die BARMER regt an, alle Zwischenmodelle einheitlich aufzuführen. Die BARMER sieht die Gefahr, dass die Differenzierung der HMGs der MS nach Wirksamkeitskategorien aufgrund neu auf den Markt kommender Arzneimittel verstärkt von der Manipulationsbremse betroffen sein könnte.

9.2.1.2 Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“

Der GKV-SV schlägt eine Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ aus der HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ in die HMG0072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ vor, um zu gewährleisten, dass die DxG0662 in derselben HMG abgebildet wird wie die DxG0325 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation“. Er begründet dies damit, dass die Diagnosen beider DxGs nicht klar voneinander abzugrenzen seien und ist angelehnt an das Vorgehen bei den entsprechenden Diagnosegruppen mit Arzneimittelaufgreifkriterium am Kopf des Hierarchiestrangs 2.

9.2.1.3 Jährliche Überprüfung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose

Der BKK DV schlägt eine jährliche Überprüfung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose vor. Durch die jährliche Aktualisierung der „Living Guideline“ (s. o.) werde dies für die hier berücksichtigten ATC-Kodes (Siebensteller) notwendig.

9.2.1.4 Umstellung auf ATC-Siebensteller

TK et al. nehmen die konkret vorgeschlagene Ausgestaltung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung bei MS zum Anlass zu fordern, bei zukünftigen Überarbeitungen generell auf ATC-Siebensteller abzustellen, da die Verwendung von ATC-Fünfstellern vielfach zu unscharf sei.

9.2.1.5 Modifikation der Wirksamkeitskategorien

Der IKK e. V. schlägt vor, alle der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ zusätzlich zugeordneten ATC-Kodes der DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 1“ hinzuzufügen und die DxG0846 zu streichen, da die Arzneimittel nicht zielgenau voneinander getrennt werden könnten. Gleichzeitig wird angeregt, die Benennung der einzelnen Stufen an die bisherige Nomenklatur anzupassen.

9.2.1.6 Zuordnung des U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“

Die Zuordnung des ICD-Kodes U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ wird von BAR-MER, KBV/BÄK und TK et al. als nachvollziehbar bezeichnet und befürwortet. TK et al. und KBV/BÄK merken in dem Kontext an, dass die Häufigkeiten und der Kostenverlauf weiterhin beobachtet werden sollten und bei auffälligen Entwicklungen in einem zukünftigen Modell noch einmal angepasst werden sollten.

9.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Im Folgenden werden die vom GKV-SV und den Verbänden vorgetragenen Vorschläge diskutiert und bewertet.

9.2.2.1 Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung für die Multiple Sklerose

Die Auswahl der Arzneimittelwirkstoffe für die mehrfache Differenzierung der Multiplen Sklerose sowie für die einfache Differenzierung der anderen demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS (inkl. NMOSD) orientiert sich an den Empfehlungen der aktuellen „Living-Guideline“ (s. o.). Dementsprechend wurden die Wirkstoffe als ATC-Siebensteller den Wirksamkeitskategorien 1-3 zugeordnet. Azathioprin ist gemäß der Leitlinie keiner Wirksamkeitskategorie zuzuordnen.

Die Aufteilung in Wirksamkeitskategorien ist für die ATC-Kodes auf Ebene der Fünfsteller nicht möglich (Datenstand WiDO 06/2022). Regelhaft zieht das BAS nach wie vor die ATC-Fünfsteller für das Arzneimittelaufgreifkriterium heran. Möglicherweise ist es ab dem Datenstand WiDO 06/2023 denkbar, für die MS auf Fünfsteller-Ebene zurückzukehren. Dies lässt sich auf der aktuellen Datengrundlage (BJ 2021) noch nicht überprüfen.

Für die NMOSD besteht derzeit eine einfache Arzneimitteldifferenzierung, welche über die regelhafte Berücksichtigung von ATC-Fünfstellern möglich ist.

Darüber hinaus wurden in der DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ auch Arzneimittel zur Behandlung von MS-assoziierten Symptomen, wie beispielsweise der Spastik, berücksichtigt. Daher

wurden die Wirkstoffe Baclofen, Tizanidin, Gabapentin, Botulinumtoxin A, Mitoxantron, Fampridin und Cannabinoide über die jeweiligen ATC-Fünfsteller in die Anlage 3 aufgenommen.

Azathioprin ist laut Leitlinie „in seiner Wirksamkeit allenfalls der Wirksamkeitskategorie 1 zuzuordnen“ (Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. 2023, S. 40). Daher wurde der Wirkstoff dort zugeordnet.

9.2.2.2 Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“

Die Anmerkungen des GKV-SV, die DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ aus der HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ in die HMG0072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ zu verschieben, sind nachvollziehbar. Vor Einführung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung für die Multiple Sklerose mit dem diesjährigen Festlegungsentwurf waren die Diagnosen der anderen demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS sowie der Multiplen Sklerose in einer Diagnosegruppe vereint. Beide haben eine entzündliche Pathogenese, die bei diesen Erkrankungen zu Demyelinisierungen führt. Die Diagnostik und Therapieoptionen werden größtenteils in derselben Leitlinie behandelt.

Daher wird der Vorschlag, die DxG0662 in die HMG0072 zu verschieben, im Abschnitt 9.3 näher diskutiert und untersucht.

9.2.2.3 Jährliche Überprüfung der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose

Der Vorschlag des BKK DV, eine jährliche Überprüfung der Vollständigkeit der zugeordneten Arzneimittel der Multiplen Sklerose einschließlich neuer Arzneimittel durchzuführen, kann nachvollzogen werden. Sobald möglich prüft das BAS die oben angesprochene Rückkehr auf ATC-Fünfsteller-Ebene, sodass der Pflegeaufwand geringgehalten wird.

9.2.2.4 Umstellung auf ATC-Siebensteller

Das BAS hält an der regelhaften Ausgestaltung der Anlage 3 mit fünfstelligen ATC-Kodes fest. In diesem Kontext sei auf die entsprechenden Ausführungen in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2020 verwiesen: „Dies ist insofern unschädlich, da für eine Zuordnung von Versicherten zu Diagnosegruppen immer auch eine entsprechende Diagnosestellung vorliegen muss. Darüber hinaus erfordert jegliche Verwendung von ATC-Siebenstellern [...] eine erhöhte Vorsicht bei der technischen Pflege des Klassifikationssystems.“ (vgl. dazu Bundesversicherungsamt 2019, S. 26).

9.2.2.5 Modifikation der Wirksamkeitskategorien

Der Vorschlag des IKK. e. V. würde eine Streichung der DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1“ bedeuten (zweite Stufe der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung). Der Aufbau würde dann nicht mehr der Logik einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung entsprechen. Darüber hinaus besteht derzeit eine klare Trennung der Schätzer der entsprechenden HMGs in Höhe von rund 3.000 €. Der Zuschlag für Versicherte mit MS mit verlaufsmodifizierender Medikation der Wirksamkeitskategorie 1 würde durch ein solches Vorgehen durch kostengünstigere Versicherte verwässert. Ein Großteil der derzeit in HMG0234 befindlichen Versicherten wäre in Folge ungerechtfertigterweise überdeckt. Der Vorschlag wird abgelehnt.

Die Benennung nach Wirksamkeitskategorien entspricht der Formulierung in der „Living Guideline“ (s. o.) und ist spezifischer als der Begriff „Dauermedikation“. Das BAS sieht daher keinen Vorteil durch eine Anpassung der Benennung in Dauermedikation.

9.2.2.6 Zuordnung des U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“

Eine Beobachtung der Häufigkeiten und des Kostenverlaufs der Versicherten mit dem ICD-Kode U09.9 sowie ihre Einordnung in die HMG0418 ist grundsätzlich sinnvoll. Ob dies jeweils im laufenden Festlegungszyklus geleistet werden kann, wird in der jeweiligen Schwerpunktsetzung zu entscheiden sein.

9.3 Verschiebung der DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“

9.3.1 Hintergrund

Der Vorschlag des GKV-SV, die DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ aus der HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ in die HMG0072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ zu verschieben, wird im Folgenden in **Modell A01** untersucht.

9.3.2 Untersuchung

In **Modell A01** wird die DxG0662 „Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation“ aus der HMG0073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ in die HMG0072 „Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ verschoben.

Die sich daraus ergebenden Veränderungen werden in Tabelle 9.2 zusammengefasst.

Tabelle 9.2: Veränderte DxG-HMG-Zuordnung des Modells A01 im Vergleich zum Festlegungsentwurf AJ 2025

HMG FLE	HMG-Bezeichnung (FLE)	DxG	DxG-Bezeichnung	HMG A01
0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	0325	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	0072
		0327	Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	
0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	0662	Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems ohne Dauermedikation	0073
		0326	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation	
		0335	Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	
		0953	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	
		1253	Myopathien	
		1335	Andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse	

Quelle: BAS

Tabelle 9.3 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5508 %	0,0274 PP	59,5506 %	0,0272 PP
	CPM	30,4614 %	0,0494 PP	30,4608 %	0,0487 PP
	MAPE	2.618,12 €	-1,8582 €	2.618,14 €	-1,8335 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.354	47.233 €	6.354	47.234 €
HMG0227	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 3	16.441	23.541 €	16.441	23.541 €
HMG0228	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 2	18.142	15.344 €	18.142	15.344 €
HMG0980	Hirnödem / Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 1	86.758	12.990 €	86.758	12.990 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation / Andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS mit ...	40.588	9.129 €	40.588	9.128 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1 & 2a					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	160.084	6.448 €	160.084	6.449 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	44.695	4.494 €	44.695	4.494 €
HMG0072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degen. Basalganglienerkrankungen	132.134	2.755 €	145.434	2.643 €
Strangmitte 2b					
HMG0307	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbenes Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	82.066	6.684 €	82.066	6.685 €
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression u. sonst. Schädig. d. Gehirns	99.082	3.494 €	99.082	3.490 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1 & 2a & 2b					
HMG0073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / ...	495.954	1.319 €	482.875	1.313 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5508 %	0,0274 PP	59,5506 %	0,0272 PP
	CPM	30,4614 %	0,0494 PP	30,4608 %	0,0487 PP
	MAPE	2.618,12 €	-1,8582 €	2.618,14 €	-1,8335 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des ZNS / Rheumatische Chorea / ...	100.196	629 €	100.196	629 €
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie,...	3.430.698	400 €	3.430.698	400 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez....	2.112.323	89 €	2.112.323	89 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	1.483.587	-49 €	1.483.587	-49 €

Quelle: BAS

9.3.3 Ergebnis

Durch die Verschiebung der DxG0662 verändern sich sämtliche Kennzahlen: Das R² sinkt um 0,0002 Prozentpunkte, das MAPE verschlechtert sich um rund 2,5 Cent und das CPM um 0,0007 Prozentpunkte. Der Kostenschätzer der HMG0072 sinkt um ca. 4,1 % von 2.755 € auf 2.643 €. Der Schätzer der HMG0073 sinkt ebenfalls um sechs Euro. Dies deutet darauf hin, dass die betroffenen Versicherten im Mittelwert mit ihren Kosten zwischen den beiden HMGs liegen. Das Modell A01 stellt die Hierarchie 14 in der Festlegung dar.

9.4 Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

9.4.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 14

Tabelle 9.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 9.3 und Abbildung 9.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ graphisch dar.

Tabelle 9.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie für das AJ 2025

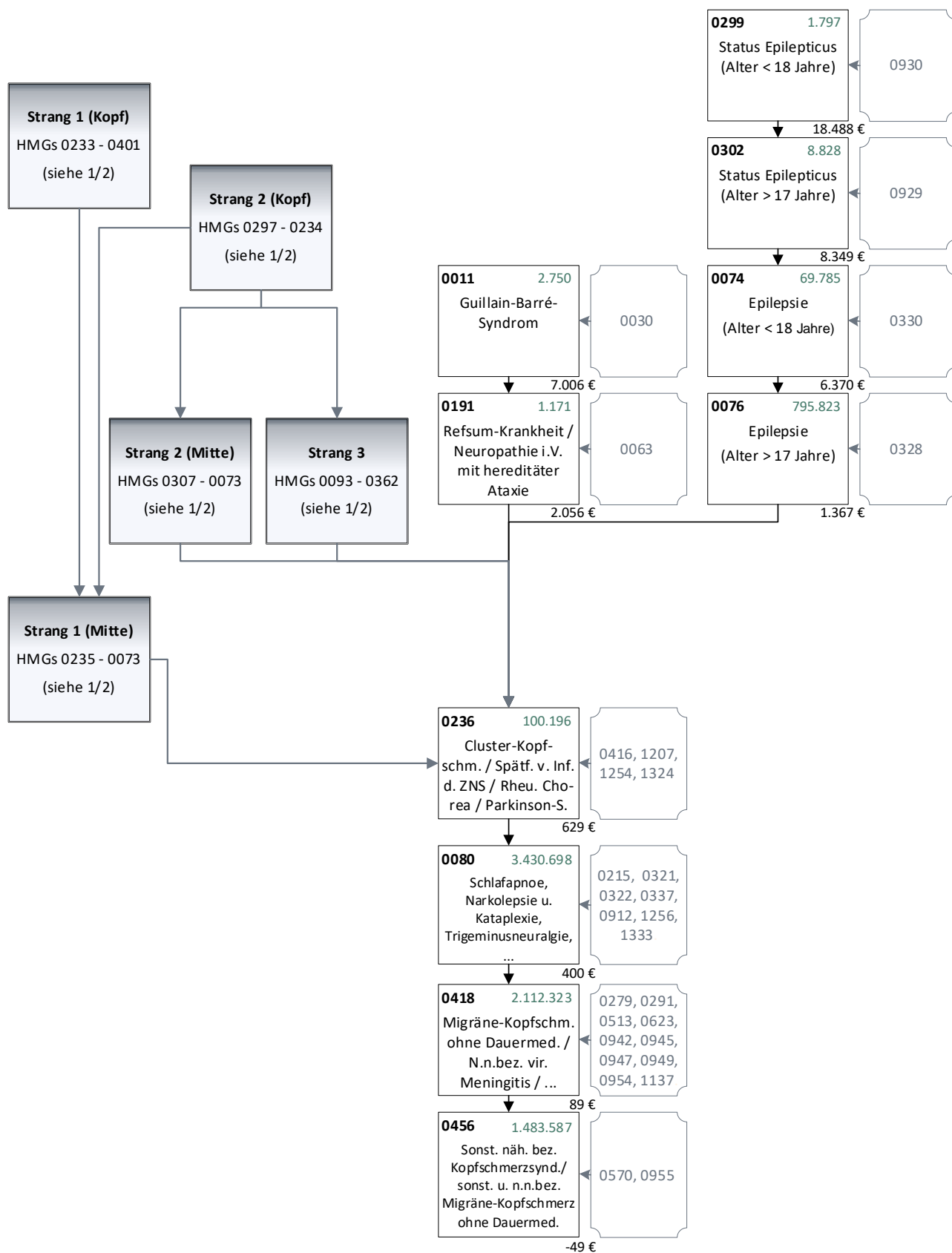
		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5508 %	0,0274 PP	59,5506 %	0,0272 PP
	CPM	30,4614 %	0,0494 PP	30,4608 %	0,0487 PP
	MAPE	2.618,12 €	-1,8582 €	2.618,14 €	-1,8335 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.374	15.374 €	3.374	15.374 €
HMG0401	Mitochondriale Zytopathie	1.998	8.368 €	1.998	8.369 €
Strang 2					
HMG0297	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	6.354	47.233 €	6.354	47.234 €
HMG0227	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 3	16.441	23.541 €	16.441	23.541 €
HMG0228	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 2	18.142	15.344 €	18.142	15.344 €
HMG0980	Hirnödem / Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie – Wirksamkeitskategorie 1	86.758	12.990 €	86.758	12.990 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation / Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation	40.588	9.129 €	40.588	9.128 €
Gemeinsame Mitte der Stränge 1 & 2					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	160.084	6.448 €	160.084	6.449 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	44.695	4.494 €	44.695	4.494 €
HMG0072 (neu)	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen			145.434	2.643 €
HMG0072 (alt)	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	132.134	2.755 €		
Strangmitte Strang 2					
HMG0307	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworben Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	82.066	6.684 €	82.066	6.685 €
HMG0075	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	99.082	3.494 €	99.082	3.490 €
Gemeinsame Strangmitte der Stränge 1, 2 & 3					
HMG0073 (alt)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	495.954	1.319 €		
HMG0073 (neu)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems			482.875	1.313 €
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	10.082	4.965 €	10.082	4.954 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	17.999	1.746 €	17.999	1.745 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5508 %	0,0274 PP	59,5506 %	0,0272 PP
	CPM	30,4614 %	0,0494 PP	30,4608 %	0,0487 PP
	MAPE	2.618,12 €	-1,8582 €	2.618,14 €	-1,8335 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 4					
HMG0011	Guillain-Barré-Syndrom	2.750	7.020 €	2.750	7.006 €
HMG0191	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.171	2.059 €	1.171	2.056 €
Strang 5					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	1.797	18.491 €	1.797	18.488 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre)	8.828	8.351 €	8.828	8.349 €
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	69.785	6.371 €	69.785	6.370 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	795.823	1.368 €	795.823	1.367 €
Gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0236	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	100.196	629 €	100.196	629 €
HMG0080	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Chronische Müdigkeitssyndrome, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	3.430.698	400 €	3.430.698	400 €
HMG0418	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	2.112.323	89 €	2.112.323	89 €
HMG0456	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	1.483.587	-49 €	1.483.587	-49 €

Quelle: BAS

Quelle: BAS

Abbildung 9.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2025 (2/2)



Quelle: BAS

10 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

10.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ wurde eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0501 „Akute respiratorische Insuffizienz“ (DxG0352 „Akute respiratorische Insuffizienz“) und der HMG0500 „Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz“ (DxG0353 „Chronische respiratorische Insuffizienz“ und DxG0933 „N.n.bez. respiratorische Insuffizienz“) durch Zusammenlegung in der HMG0501 „Respiratorische Insuffizienz“ behoben.

Tabelle 10.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich

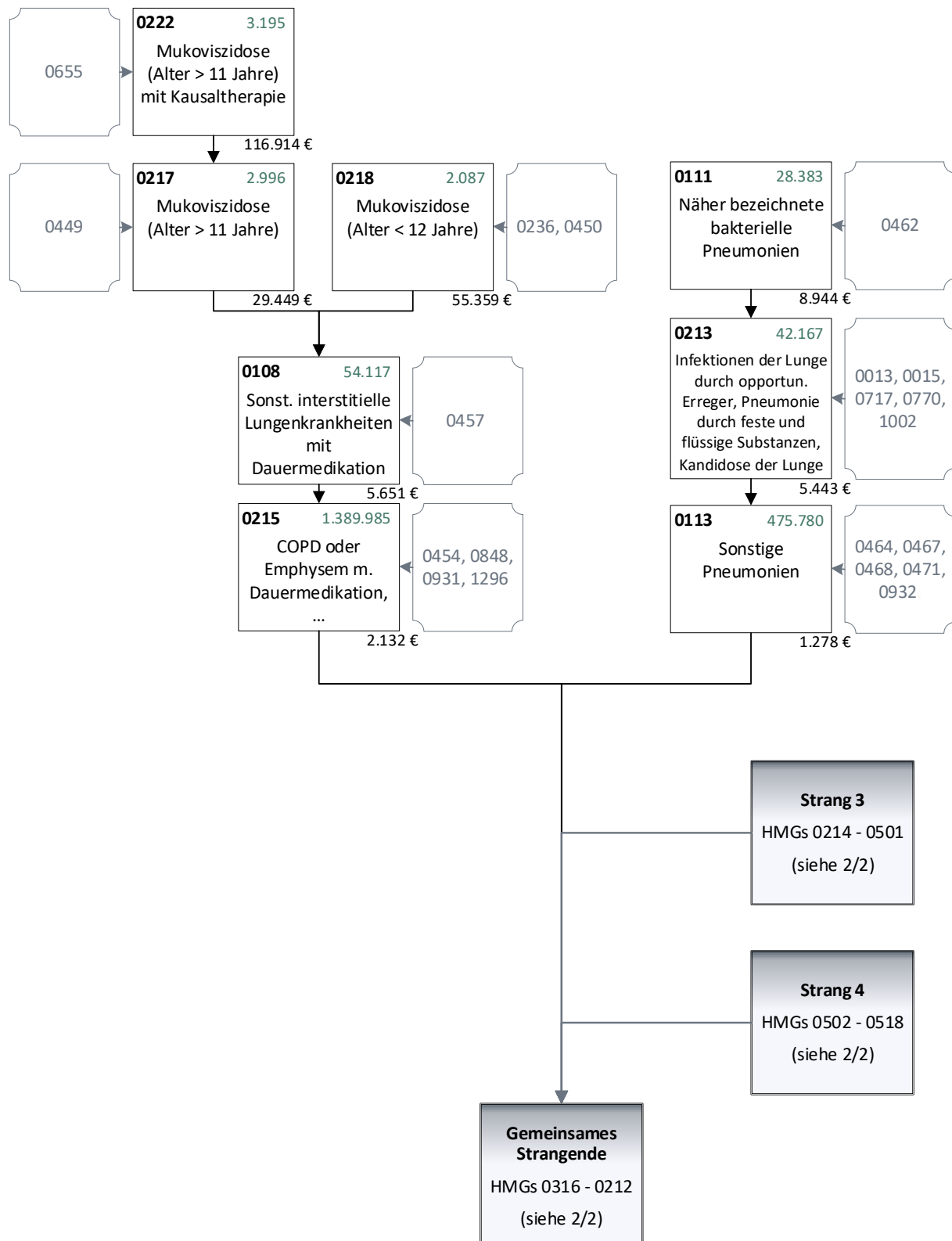
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5234 %	0,0000 PP
	CPM	30,4121 %		30,4122 %	0,0002 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.619,97 €	-0,0062 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0222	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre) mit Kausaltherapie	3.195	116.912 €	3.195	116.914 €
HMG0217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	2.996	29.447 €	2.996	29.449 €
HMG0218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	2.087	55.359 €	2.087	55.359 €
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	54.117	5.647 €	54.117	5.651 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	1.389.985	2.129 €	1.389.985	2.132 €
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	28.383	8.957 €	28.383	8.944 €
HMG0213	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge	42.167	5.453 €	42.167	5.443 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	475.780	1.287 €	475.780	1.278 €
Strang 3					
HMG0214	Aspirator / Respirator	66.447	12.619 €	66.447	12.620 €
HMG0501 (alt)	Akute respiratorische Insuffizienz	537.343	2.158 €		
HMG0501 (neu)	Respiratorische Insuffizienz			799.927	2.186 €
HMG0500	Chronische und n.n.bez. respiratorische Insuffizienz	262.584	2.228 €		
Strang 4					
HMG0502	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	1.413	13.138 €	1.413	13.134 €
HMG0148	Verletzungen des respiratorischen Systems / Angeborene Anomalien (> 5 Jahre) / Pneumothorax	42.146	4.170 €	42.146	4.165 €
HMG0518	Pleuraerguss, -empyem, Lungenödem, -abszess, andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Verbrennungen oder Verätzungen des respiratorischen Systems	282.226	2.502 €	282.226	2.496 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5234 %	0,0000 PP
	CPM	30,4121 %		30,4122 %	0,0002 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.619,97 €	-0,0062 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsames Ende der Stränge 1, 2, 3 & 4					
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	1.050.067	827 €	1.050.067	827 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation / Influenza mit Pneumonie / Sarkoidose der Lunge	1.566.869	292 €	1.566.869	292 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.122.255	84 €	1.122.255	84 €

Quelle: BAS

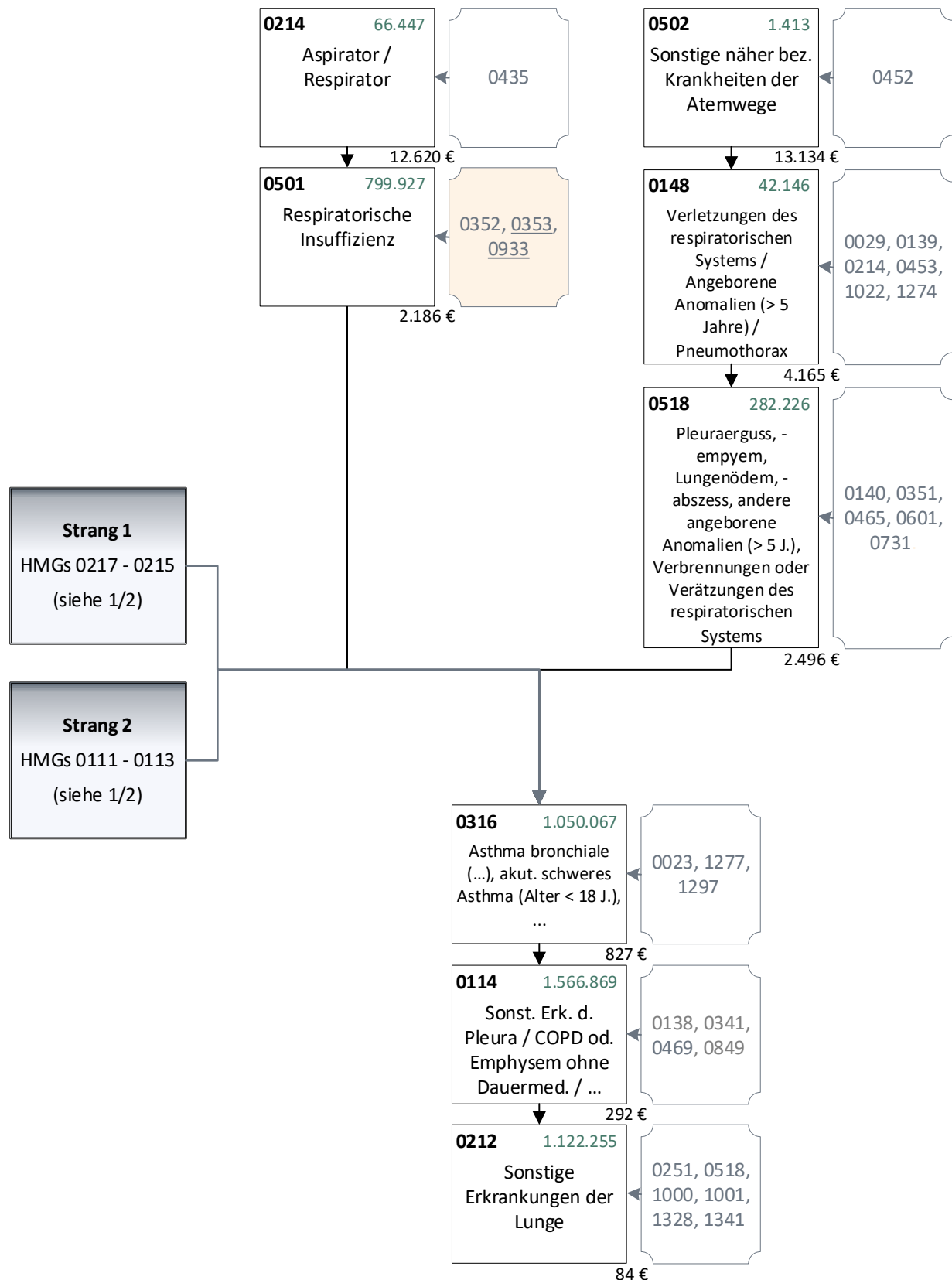
Abbildung 10.1 und Abbildung 10.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 10.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2025 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 10.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf 2025 (2/2)



Quelle: BAS

10.2 Anhörungsverfahren

10.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

GKV-SV und BARMER schlagen vor, die im Festlegungsentwurf behobene Hierarchieverletzung zunächst bestehen zu lassen und sie erst bei weiterem Bestehen im Regressionsverfahren zu beheben. Erst bei wiederholtem Auftreten dieser Hierarchieverletzung solle eine Zusammenlegung der HMGs erfolgen. Alternativ soll eine Auftrennung in zwei separate HMGs im Rahmen der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2026 geprüft werden. Diesem zweiten Vorschlag schließt sich auch der AOK-BV an. KBV und BÄK halten die Behebung der Hierarchieverletzung im Festlegungsentwurf für plausibel.

Der AOK-BV schlägt vor, für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ das Aufgreifkriterium einer Arzneimittelzuordnung mit klinischer Relevanz zu prüfen (ATC-Kodes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX).

Weiter schlägt der AOK-BV vor, den aus der DxG0449 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ gestrichenen ATC-Kode H02AB wieder dieser DxG zuzuordnen. Die Streichung dieser systemisch verabreichten Glucocorticoide stimme nicht mit der aktuellen Literatur überein.

Der IKK e. V. schlägt vor, die Altersbegrenzung der DxG0655 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ aufzuheben, da auch jüngere Versicherte mit entsprechenden Arzneimitteln behandelt würden und da ihre Leistungsausgaben im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen seien.

Die DAK-G regt an, für die HMG0222 „Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ als Aufgreifkriterium den Sonderfall 2 (42 bzw. 21 BT) festzulegen, da einige Versicherte das aktuelle Aufgreifkriterium nicht erfüllen, jedoch Kosten aufweisen, die deutlich über den Kosten der dominierten HMG0217 liegen.

10.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Bei der Behebung der auf den aktuellen Daten aufgetretenen Hierarchieverletzung im Bereich der respiratorischen Insuffizienzen folgt das BAS der in den bisherigen Anpassungsverfahren etablierten Vorgehensweise, die auch in den voranliegenden, durch Corona beeinflussten Datenjahren beibehalten wurde und sich bisher bewährt hat. Von diesem Vorgehen wird auch in dieser Festlegung nicht abgewichen, selbstverständlich wird das Zusammenspiel der drei betroffenen DxGs in weiteren Anpassungszyklen sorgfältig beobachtet werden.

Die in den weiteren Stellungnahmen vorgeschlagen Anpassungen der Aufgreifkriterien erfordern eine weitergehende Untersuchung und eine anschließende Anhörung der eventuell resultierenden Anpassungen und können daher erst in einem der nächsten Anpassungszyklen durchgeführt werden.

Es erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

10.3 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

11 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

11.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ wurde eine Hierarchieverletzung zwischen der HMG0122 „Herpes zoster“ und der HMG0125 „Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I“ durch Zusammenlegung in der HMG0122 „Herpes zoster / Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I“ behoben.

Tabelle 11.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

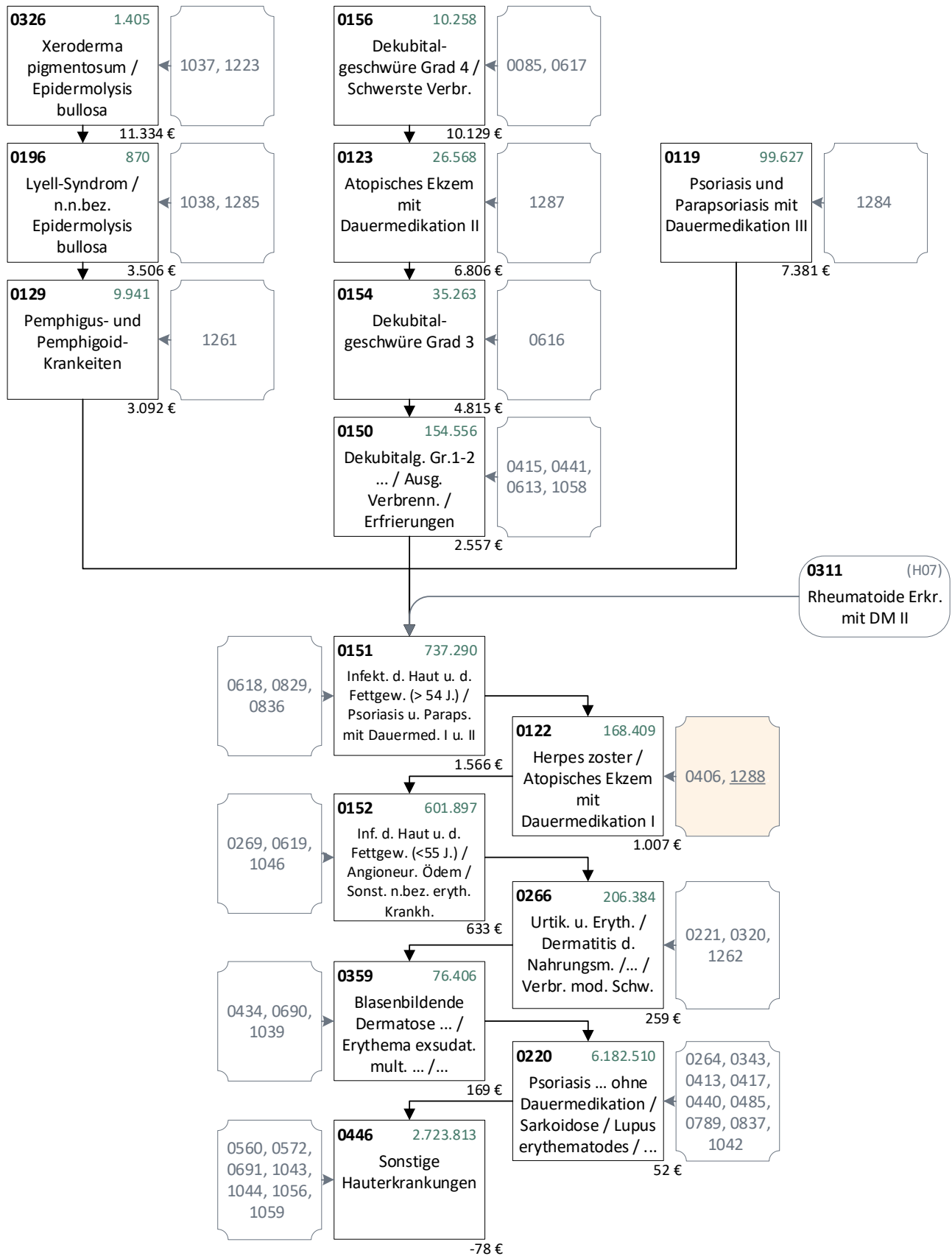
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 22 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,5234 %		59,5234 %	0,0000 PP
	CPM	30,4121 %		30,4121 %	0,0000 PP
	MAPE	2.619,97 €		2.619,97 €	-0,0001 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0326	Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa	1.405	11.334 €	1.405	11.334 €
HMG0196	Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa	870	3.506 €	870	3.506 €
HMG0129	Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten	9.941	3.092 €	9.941	3.092 €
Strang 2					
HMG0156	Dekubitalgeschwüre Grad 4 / Schwerste Verbrennungen	10.258	10.129 €	10.258	10.129 €
HMG0123	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation II	26.568	6.806 €	26.568	6.806 €
HMG0154	Dekubitalgeschwüre Grad 3	35.263	4.815 €	35.263	4.815 €
HMG0150	Dekubitalgeschwüre Grad 1-2 oder n.n.bez. / Ausgedehnte Verbrennungen / Erfrierungen	154.556	2.557 €	154.556	2.557 €
Strang 3					
HMG0119	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III	99.627	7.381 €	99.627	7.381 €
Gemeinsames Ende der Stränge 1, 2 & 3					
HMG0151	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II	737.290	1.566 €	737.290	1.566 €
HMG0122 (alt)	Herpes zoster	61.616	980 €		
HMG0122 (neu)	Herpes zoster / Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I			168.409	1.007 €
HMG0125 (alt)	Atopisches Ekzem mit Dauermedikation I	106.793	1.023 €		
HMG0152	Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angioneurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten	601.897	633 €	601.897	633 €
HMG0266	Urtikaria und Erythem / Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel / Hauteruptionen durch Drogen oder Arzneimittel / Verbrennungen moderaten Schweregrads	206.384	259 €	206.384	259 €
HMG0359	Blasenbildende Dermatose exkl. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten / Erythema exsudativum multiforme, exkl. Lyell-Syndrom / Sonstige und n.n.bez. sonstige angeborene Anomalien der Haut	76.406	169 €	76.406	169 €
HMG0220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematoses / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut	6.182.510	52 €	6.182.510	52 €
HMG0446	Sonstige Hauterkrankungen	2.723.813	-78 €	2.723.813	-78 €

Quelle: BAS

Abbildung 11.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 11.1: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ im Festlegungsentwurf AJ 2025 (1/1)



Quelle: BAS

11.2 Anhörungsverfahren

11.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

GKV-SV und BARMER schlagen vor, die im Festlegungsentwurf behobene Hierarchieverletzung bestehen zu lassen und sie bei weiterem Bestehen im Regressionsverfahren zu beheben. Erst bei wiederholtem Auftreten dieser Hierarchieverletzung solle eine Zusammenlegung der HMGs erfolgen. Alternativ soll eine Auftrennung in zwei separate HMGs im Rahmen der Weiterentwicklung für das Ausgleichsjahr 2026 geprüft werden. KBV und BÄK hingegen können die Zusammenlegung nachvollziehen.

Der AOK-BV schlägt vor, die ICD-Kodes R02.0x „Nekrosen der Haut und Unterhaut“ und R02.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert“, welche sich aktuell in der Ausschlusskategorie befinden, in das Klassifikationsmodell aufzunehmen. Dadurch könnten Versicherte mit erhöhten Kostenrisiken zielgenauer abgebildet werden.

Der AOK-BV schlägt außerdem vor, alle ICD-Kodes des Dreistellers L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung der DxG1261 „Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ zuzuordnen. Das differenzierende Merkmal sollte hierbei die medikamentöse Behandlung sein. Bei den ICD-Kodes L10.8 und L10.9 sei dies aktuell nicht möglich, da diese ohne Aufgreifkriterium Arzneimittel der DxG1044 „Sonstige und n.n.bez. Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ zugeordnet sind.

BVDD und DGfW schlagen eine Neuordnung der Hidradenitis suppurativa vor. Dabei sollte die Hidradenitis suppurativa ohne Dauermedikation der HMG0152 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (< 55 Jahre) / Angioneurotisches Ödem / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten“ oder der HMG0033 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis / Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ zugeordnet werden. Die Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation I sollte der HMG0030 „Morbus Crohn mit Dauermedikation I“, der HMG0274 „Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I“ oder einer eigenen HMG zugeordnet werden. Die Hidradenitis suppurativa mit Dauermedikation II sollte der HMG0029 „Morbus Crohn mit Dauermedikation II“, der HMG0275 „Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II“ oder einer eigenen HMG zugeordnet werden.

Die DAK-G schlägt eine Anpassung der Hierarchisierung der Psoriasis vor. So sollte die HMG0311 „Rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation II“ zusätzlich die HMG0119 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation III“ dominieren, während die HMG0313 „Bestimmte rheumatoide Erkrankungen ohne Dauermedikation“ (Hierarchie 07) zusätzlich die HMG0220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematodes / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut“ dominieren sollte.

11.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Bei der Behebung der auf den aktuellen Daten aufgetretenen Hierarchieverletzung folgt das BAS der in den bisherigen Anpassungsverfahren etablierten Vorgehensweise, die auch in den voranliegenden, durch Corona beeinflussten Datenjahren beibehalten wurde und sich bisher bewährt hat. Von diesem Vorgehen wird auch in dieser Festlegung nicht abgewichen. Selbstverständlich wird das Zusammenspiel der betroffenen DxGs in weiteren Anpassungszyklen sorgfältig beobachtet werden.

Anpassungen der Aufgreifkriterien sowie der Dominanzstruktur erfordern eine anschließende Anhörung und können daher erst in einem der nächsten Anpassungszyklen durchgeführt werden.

Dies gilt entsprechend für den Vorschlag der DAK-G zur Änderung der Dominanzverhältnisse bei der Psoriasis.

Wie unter Abschnitt 5.2.2.3 erläutert, wird das BAS in einem der nächsten Anpassungszyklen im Rahmen der Erstellung der Ausgangsmodelle die eventuelle Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie prüfen.

Die von der DGfW erneut vorgeschlagene Verschiebung des ICD-Kodes L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ aus der HMG0220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation / Sarkoidose / Lupus erythematosus / Nagelerkrankungen / Dermatitis durch sonstige aufgenommene Substanzen / Andere Hauterkrankungen / Sonstige näher bez. erythematöse Krankheiten / Herpes simplex / Parasitenbefall der Haut“ in die HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“ wird in einem der nächsten Anpassungszyklen untersucht werden.

Der wiederholte Vorschlag des AOK-BV zur Arzneimittelvalidierung der unspezifischen Pemphiguskrankheiten stellt einen umfangreicheren Anpassungsvorschlag dar, der ggf. eine erneute Anhörung des GKV-SV erforderlich macht und kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht geprüft werden.

Es erfolgen keine weitergehenden Untersuchungen.

11.3 Festlegung der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

12 Regionale Risikogruppen

12.1 Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 und Anhörungsverfahren

12.1.1 Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024

Nach der Aktualisierung der Datengrundlagen zu den regionalstatistischen Merkmalen auf Kreisebene wurde bei Erarbeitung des Festlegungsentwurfes die Auswahl der Variablen für die Bildung der regionalen Risikogruppen (RGGs) überprüft und angepasst. Am Ende des Auswahlprozesses standen acht regionalstatistische Merkmale, welche die Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das AJ 2025 bilden. Wie bereits für das Vorjahresmodell wurden die Indikatoren „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“ und „Kleine und mittlere Unternehmen“ für die Ausgestaltung der RGGs selektiert. Zusätzlich wurden die Indikatoren „Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Wahlbeteiligung“, „Standardisierte Sterberate“ und „Säuglingssterblichkeit“ aufgenommen. Die Merkmale „Stationäre Pflege“, „Pflegebedürftige“, „Pendlersaldo“ und „Ausländeranteil“ entfielen im Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 aus der Auswahl.

12.1.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen zum Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024

Die vom BAS vorgenommenen Berechnungen wurden vom GKV-SV als transparent bezeichnet und die Ergebnisse konnten rechnerisch nachvollzogen werden. BARMER und TK et al. qualifizierten die Anpassungen als (fachlich) nachvollziehbar bzw. als angemessen. Aus Sicht von KBV/BÄK sind die Festlegungen zu den RGGs fundiert und sorgfältig getroffen worden.

Der Austausch von vier der acht regionalstatistischen Merkmale im Vergleich zum Vorjahresmodell wurde von GKV-SV, BKK DV, BARMER sowie von KBV/BÄK übereinstimmend als relativ große Veränderung eingestuft. Der AOK-BV wies in diesem Zusammenhang auf Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz bestimmter regionalstatistischer Merkmale für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden hin, die aus seiner Sicht auch zukünftig in ähnlichem Umfang zu erwarten seien. Vor diesem Hintergrund hinterfragten GKV-SV, AOK-BV und BARMER den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Gutachten zu den Regionalen Merkmalen im Risikostrukturausgleich (vgl. Drösler et al. 2024), den Turnus der Variablenselektion auf zwei Jahre zu verlängern.

Nach Auffassung des IKK e. V. ist es bei der Auswahl der neuen Variablen im Vergleich zum Vorjahresmodell zu vergleichsweise großen Verschiebungen der Zuweisungsvolumina zwischen den AGGs und den RGGs auf Einzelkassenebene gekommen. Die Gründe hierfür sollten laut IKK e. V. vor einer Turnusverlängerung der Variablenauswahl geklärt werden.

Dem IKK e. V. zufolge erwiesen sich die Ergebnisse der Multikollinearitätsanalyse der einzelnen Regionalvariablen, die bei der Variablenselektion ausgewiesenen standardisierten Koeffizienten und die Dezilgrenzen der Regionalvariablen im Zeitverlauf als relativ stabil. Laut BKK DV blieben trotz der geänderten Variablenauswahl zudem die versichertenindividuellen und die regionalen Modellkennzahlen auf GKV-Ebene im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert. Der BKK DV erinnerte allerdings an seine

Stellungnahmen zu den Festlegungsentwürfen für die Ausgleichsjahre 2023 und 2024 und wies darauf hin, dass sich aufgrund von Schwankungen der RGG-Zuweisungen in einzelnen Landkreisen im Zeitverlauf Probleme für Krankenkassen mit regional begrenzten Tätigkeitsschwerpunkten ergeben könnten. In diesem Zusammenhang wurden (auch vom IKK e. V. und von KBV/BÄK) die vom BAS zur Bildung der RGGs genutzte Dezil-Abgrenzung und der nicht-stetige Verlauf der Parameterschätzer innerhalb der einzelnen RGGs für ein Regionalmerkmal thematisiert.

Wie schon in den Anhörungsverfahren zu den Entwürfen der Vorjahresmodelle monierte der AOK-BV, dass die inhaltlichen Zusammenhänge zwischen regionalen Ausgabenhöhen bzw. Deckungsbeiträgen und den Auswahlvariablen nicht ausreichend dokumentiert seien. Konkret wurde darum gebeten, den inhaltlichen Zusammenhang zwischen den regionalen Über- und Unterdeckungen und einzelnen Auswahlvariablen (konkret „Wahlbeteiligung“, „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“ und „Anteil kleiner und mittlerer Unternehmen“) näher zu erläutern.

Perspektivisch solle aus Sicht des AOK-Systems außerdem geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen in den RSA eingehen, auf Versichertenebene bei den Krankenkassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell berücksichtigt werden könnten, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene zu erhöhen.

12.2 Öffentliche Diskussion um die Variable „Wahlbeteiligung“

Nach Ende des Anhörungsverfahrens wurde die Verwendung der Variable „Wahlbeteiligung“ in einer breiten Medienöffentlichkeit – z. T. unrichtig und verkürzend – thematisiert.

Wie der Blick auf die oben zusammengefassten Stellungnahmen zeigt, sind dem BAS im Anhörungsverfahren selbst keine Bedenken gegen die Nutzung der Variable vorgetragen worden. Gleichwohl hat das BAS vor dem Hintergrund der Diskussion die Auswahl der Variable „Wahlbeteiligung“ als mögliches Ausgleichsmerkmal vor Bekanntgabe der Festlegungen am 30. September 2024 mit dem Wissenschaftlichen Beirats nochmals ausführlich diskutiert.

Als ein zentrales Ergebnis dieser Diskussion ist ausdrücklich festzuhalten, dass sich aus der erneuten Prüfung der rechtlichen Vorgaben zur Auswahl der regionalen Risikomerkmale im RSA weiterhin keine Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass die Variable der regionalen „Wahlbeteiligung“ zwingend aus dem Auswahlverfahren auszuschließen wäre. Auf die Ausführungen im Festlegungsentwurf und insbesondere im Gutachten zu den Regionalen Wirkungen des Risikostrukturausgleichs zur Auswahl der Variable wird verwiesen (vgl. Drösler et al. 2018, S. 135 f.).

Der Wissenschaftliche Beirat hat allerdings betont, dass es sich bei der „Wahlbeteiligung“ – im Gegensatz zu den übrigen zur Auswahl stehenden Regionalvariablen – um eine besondere Variable handelt. Die Wahlfreiheit der Bürger ist durch Artikel 38 GG geschützt. Unstreitig darf von der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs keine Beeinflussung der freien Wahlentscheidung des Einzelnen ausgehen. Die öffentliche Diskussion über die Berücksichtigung der regionalen „Wahlbeteiligung“ hätte aber dazu führen können, dass einzelne individuelle Wahlentscheidungen beeinflusst oder aber von Dritten zur Beeinflussung der Wahlentscheidung instrumentalisiert werden.

Um alleine die Möglichkeit einer Beeinflussung der vom Grundgesetz geschützten Wahlfreiheit auszuschließen, hat der Wissenschaftliche Beirat dem BAS von der Verwendung der Variable abgeraten. Stattdessen solle die Variable „Wahlbeteiligung“ aus dem Variablenset der für die Regionalkomponente auswählbaren Variablen ab dem Ausgleichsjahr 2025 ausgeschlossen werden. Nach Ansicht des

Wissenschaftlichen Beirats steht im Variablenset eine Vielzahl weiterer Variablen zur Verfügung, welche die Sozialstruktur umfassend abbilden.

12.3 Angepasster Festlegungsentwurf vom 18. September 2024 und Anhörungsverfahren

12.3.1 Angepasster Festlegungsentwurf vom 18. September 2024

Auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats hat das BAS die Selektion der Variablen für die Regionalkomponente für das Ausgleichsjahr 2025 unter Ausschluss der Variable „Wahlbeteiligung“ wiederholt. Aus der erneut durchgeführten Berechnung resultierte eine angepasste Variablenselektion mit den neuen regionalen Merkmalen „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „SV-Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Deprivationsindex“, „Standardisierte Sterberate“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, „Langzeitarbeitslosigkeit“ und „Pendlersaldo“.

Der zu diesem Zeitpunkt bereits angehörte Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025 vom 14. Juni 2024 wurde im Zuge dessen – ausschließlich bezogen auf die Veränderung der Regionalkomponente nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 RSAV – angepasst und am 18. September 2024 erneut zur Anhörung an den GKV-SV gesendet.

12.3.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen zum angepassten Festlegungsentwurf vom 18. September 2024

Mit dem Ende der Anhörungsfrist wurden dem BAS am 24. September 2024 die Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, des IKK e. V., des BKK DV und von TK et al. zum angepassten Festlegungsentwurf vom 18. September 2024 übermittelt.

Der GKV-SV informiert in seinem Schreiben darüber, dass die Ergebnisse des vom BAS erneut durchgeführten Verfahrens zur Auswahl der Regionalvariablen rechnerisch nachvollzogen werden konnten. Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität wird von weiteren inhaltlichen Ausführungen abgesehen.

Der AOK-BV trägt in der Stellungnahme vom 24. September 2024 keine weiteren Argumente vor und verweist auf den Fortbestand der Darlegungen aus der Stellungnahme vom 09. August 2024.

Der IKK e. V. hält die Streichung der Variable „Wahlbeteiligung“ für nachvollziehbar. Zwar handle es sich bei dieser Größe um einen Indikator, der „in einem engen Verhältnis zur sozialen Vernetzung, Kooperationsbereitschaft und Vertrauen in der Bevölkerung steht [...] und [für den] ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Deckungsbeiträge auf Kreisebene nachweisbar ist“. Allerdings sei der kausale Zusammenhang nur schwer nachvollzieh- bzw. vermittelbar. Zum Schutz der Regionalkomponente vor Einflussnahmen wird unter Verweis auf die bereits am 7. Juni 2023 übermittelte Stellungnahme angeregt, in den kommenden Anpassungszyklen zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der Robustheit der Regionalkomponente zu ergreifen.

Der BKK DV bewertet „die Vorgänge, die nach Ablauf der Anhörungsfrist zu einer Neufassung des Festlegungsentwurfs bezüglich der Variablenauswahl der Regionalkomponente und insbesondere zur Streichung der Variablen ‚Wahlbeteiligung‘ geführt haben, kritisch. [...] Ausschlaggebend für Änderungen am RSA-Verfahren sollten [...] sach- und modellbezogene Argumente sein und nicht mediale Polemik und Lautstärke.“ Der BKK DV begrüßt hingegen, dass der Wissenschaftlichen Beirat die Ausnahmestellung der Variablen „Wahlbeteiligung“ klarstellt und dass durch „das konstruktive Zusammenwirken aller

Betroffenen“ die rechtzeitige Bekanntgabe der Festlegung sichergestellt und (zumindest) in diesem Punkt Rechtssicherheit hergestellt worden sei.

TK et al. lehnen die am 18. September 2024 zur Anhörung gegebene Anpassung des Regionalmodells aus inhaltlichen und Verfahrensgründen ab. Die Eignung der Variable „Wahlbeteiligung“ sei vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 ausführlich dargelegt worden. Bei sachlicher Betrachtung könne ausgeschlossen werden, dass die Berücksichtigung der Variable „deutlich nach dem eigentlichen Wahljahr“ die freie Wahlbeteiligung beeinflusse, insbesondere wenn für die Wahlberechtigten ex ante nicht absehbar sei, ob die (regionale) Wahlbeteiligung überhaupt ausgleichsrelevant würde. Aus Verfahrensperspektive wird kritisiert, dass die Eignung der Variable „Wahlbeteiligung“ als regionalstatistisches Merkmal in den bisherigen Anhörungsverfahren nicht angegriffen, sondern erst nach dessen statistischer Auswahl „in der Presse und Medienöffentlichkeit aufgegriffen und unter Vernachlässigung der fachlichen Systematik des RSA-Modells diskutiert“ worden sei. Die Forderung zur Streichung der Variable sei unter Verweis auf die finanziellen Auswirkungen auf die Höhe der regionalen Zuweisungen zustande gekommen – dies aber sei keine tragfähige Begründung für den Ausschluss der Variable im Rahmen eines ordnungsgemäßen Verwaltungsverfahrens. Das BAS solle daher an der ursprünglichen Variablenselektion des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024 festhalten.

12.4 Diskussion der Stellungnahmen zu den Festlegungsentwürfen

Es trifft zu, dass mit dem Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 für das AJ 2025 im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahren erstmals vier Variablen der Regionalkomponente ausgetauscht wurden und sich somit eine verhältnismäßig große Veränderung bei den ausgewählten Variablen im Vergleich zum Modell des AJ 2024 ergab. Durch den Ausschluss der „Wahlbeteiligung“ aus dem Selektionsprozess und die erneute Durchführung der Variablenselektion kam es bei der Anpassung des Festlegungsentwurfes zur Auswahl der Variable „Pendlersaldo“ und somit zum Wegfall von nur noch drei Variablen im Vergleich zum Vorjahresmodell.

Zudem zeigt der Blick auf die jeweiligen Auswahlvariablen der Ausgleichsjahre 2021 bis 2025, dass vier der acht ausgewählten Regionalmerkmale („Sterbekosten“, „Zuweisungen“, „Ambulante Pflege“ und „Kleine und mittlere Unternehmen“) in jedem der fünf Selektionsprozesse auf der Auswahlliste standen (vgl. Tabelle 12.1). Auch die Variable „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“ wurde bereits zum vierten Mal ausgewählt. Wechsel der berücksichtigten Regionalmerkmale ergeben sich erst bei Variablen, die sich in der Rangfolge der Merkmale nach p-Wert regelmäßig hinter diesen Größen befinden.

Tabelle 12.1: Selektierte Regionalmerkmale in den Ausgleichsjahren 2021 bis 2025

Festlegung für das AJ		2021	2022	2023	2024	2025*	Häufigkeit der Auswahl
Auswahlvariablen	Sterbekosten	✓	✓	✓	✓	✓	5
	Zuweisungen	✓	✓	✓	✓	✓	5
	Ambulante Pflege	✓	✓	✓	✓	✓	5
	Kleine und mittlere Unternehmen	✓	✓	✓	✓	✓	5
	Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen	✓	✓	✓		✓	4
	Stationäre Pflege	✓	✓	✓	✓		4
	Pendlersaldo	✓			✓	✓	3
	Gesamtwanderungssaldo	✓	✓	✓			3
	Pflegebedürftige			✓	✓		2
	Wohnfläche			✓			1
	Ausländeranteil				✓		1
	Deprivationsindex					✓	1
	Standardisierte Sterberate					✓	1
	Langzeitarbeitslosigkeit					✓	1
Anzahl der Variablen i. d. Regionalkomponente		8	7	9	8	9	
Berichtsjahre RSA-Daten		2017 & 2018	2018 & 2019	2019 & 2020	2020 & 2021	2021 & 2022	
Berichtsjahre Regionalmerkmale		2015 - 2018	2017 - 2019	2019 & 2020	2019 - 2021	2019 - 2022	

Quelle: BAS in Anlehnung an Drösler et al. 2024, S. 89; *in der Fassung des angepassten Festlegungsentwurfes vom 18. September 2024 für das AJ 2025

Veränderungen an der Variablenselektion können begründet sein durch eine veränderte Verteilung der regionalen Deckungsbeiträge, durch sich im Zeitverlauf ändernde Ausprägungen der einzelnen Regionalvariablen, durch einen sich hieraus ergebenden veränderten Ausschluss der Variablen im Rahmen der Multikollinearitätsanalyse oder auch durch die Verfügbarkeit und Verwendung einer genaueren Datengrundlage im Auswahlprozess (etwa durch die Berechnung weiterer Dezimalstellen). Das BAS gibt zu bedenken, dass die Variablenselektion für die Ausgleichsjahre 2023 bis 2025 auf Daten basiert, die während der COVID-19-Pandemie erhoben wurden. Dass die Pandemie einerseits Auswirkungen auf die Verteilung der Höhe der regionalen Leistungsausgaben und die über die Diagnosen und Verordnungen gemessene regionale Morbidität bzw. die sich hieraus letztlich ergebenden regionalen Deckungsbeiträge hatte¹, liegt ebenso nahe wie ein Einfluss der Pandemie auf einige der in der Regionalkomponente herangezogenen regionalstatistischen Merkmale (etwa auf die standardisierte Sterberate). Vor diesem Hintergrund sind die sich für das Ausgleichsjahr 2025 ergebenden Veränderungen an der Variablenauswahl nicht unplausibel. Gleichwohl kann das BAS den Wunsch der Krankenkassen nachvollziehen, den Turnus der Variablenselektion für die Regionalkomponente vorerst nicht auf zwei Jahre zu verlängern. Gerade

¹ Im Zeitverlauf führt das dazu, dass bei der Variablenselektion regionale Deckungsbeiträge angesetzt wurden, die auf durch die Pandemie unbeeinflusste Morbiditätsdaten und beeinflusste Ausgabedaten (Festlegung AJ 2023 mit Daten der Berichtsjahre 2019 und 2020), auf in ähnlicher Weise beeinflusste Morbiditäts- und Ausgabedaten (Festlegung AJ 2024, mit den Daten der Berichtsjahre 2020 und 2021) sowie auf noch immer durch die Pandemie beeinflusste Morbiditätsdaten und deutlich weniger von der Pandemie betroffenen Ausgabedaten (aktuelle Festlegung AJ 2025 mit den Daten der Berichtsjahre 2021 und 2022) dass das RSA-Modell zur Erklärung von der Pandemie unbeeinflusste Morbiditätsdaten beruhen. Die Situation, in der erstmals wieder von der Pandemie weitestgehend unbeeinflusste Morbiditätsdaten (BJ 2022) zur Erklärung von ebenfalls unbeeinflussten Leistungsausgaben (BJ 2023) herangezogen werden, wird erstmalig wieder im kommenden Jahr und damit im Rahmen der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2026 gegeben sein.

mit Blick auf eine mögliche Stabilisierung der Datengrundlagen nach der COVID-19-Pandemie wird das BAS daher nach derzeitigem Stand die Auswahl der Regionalvariablen auch für das Ausgleichsjahr 2026 überprüfen und ggf. anpassen.

Die vom IKK e. V. thematisierten starken Verschiebungen der Zuweisungsvolumina zwischen den RGGs und den AGGs können ohne weitere Erläuterungen weder auf Einzelkassen- noch auf GKV-Ebene nachvollzogen werden – zumindest nicht in Bezug auf die geänderte Variablenselektion zum Stand des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024. Die Kostenschätzer für die AGGs blieben von der Aktualisierung der Variablenauswahl des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024 nahezu unberührt. Die Werte der AGG-Schätzer haben sich bei Austausch der RGGs lediglich um 0,1 bis 0,3 % verändert. Werden die Zuweisungsvolumina des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024 nach Art der Risikogruppen (AGGs, RGGs, HMGs und KEGs) – einmal mit den RGGs des Ausgleichsjahres 2024 und einmal mit der angepassten Variablenauswahl des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024 berechnet – so kommt es zwischen RGGs und AGGs zu einer Zuweisungsumverteilung von lediglich rd. 190 Mio. € (vgl. Tabelle 12.2). Bezogen auf das isoliert betrachtete RGG-Volumen im Modell mit den RGGs des AJ 2024 entspricht dies einer Veränderung von etwa 1,4 %, bezogen auf das AGG-Volumen einer Veränderung von 0,2 %.

Tabelle 12.2: Veränderung der Zuweisungsvolumina nach Art der Risikogruppen durch die Anpassung der Regionalkomponente (i. d. F. des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024)

Risikogruppen	Ausgangsmodell 2025		Veränderung
	mit RGGs des AJ 2024	mit RGGs des FLE 2025 (14.06.2024)	
AGG	111.277 Mio. €	111.465 Mio. €	188 Mio. €
RGG	-13.770 Mio. €	-13.961 Mio. €	-191 Mio. €
(AGG+RGG)	(97.507 Mio. €)	(97.504 Mio. €)	(-3 Mio. €)
HMG	137.165 Mio. €	137.168 Mio. €	3 Mio. €
KEG	144 Mio. €	144 Mio. €	0 Mio. €
Summe	234.815 Mio. €	234.815 Mio. €	0 Mio. €

Quelle: BAS

Größer fällt die Umverteilung zwischen den RGGs und den AGGs erst aus, wenn die 91 RGGs des angepassten Festlegungsentwurfes vom 18. September 2024 mit dem Ausgangsmodell kombiniert werden. In diesem Fall nehmen die Beträge der AGG- und RGG-Volumen um jeweils knapp 900 Mio. € ab (vgl. Tabelle 12.3).

Tabelle 12.3: Veränderung der Zuweisungsvolumina nach Art der Risikogruppen durch die Anpassung der Regionalkomponente (i. d. F. des angepassten Festlegungsentwurfes vom 18. September 2024)

Risikogruppen	Ausgangsmodell 2025		Veränderung
	mit RGGs des AJ 2024	mit RGGs des angepassten. FLE des AJ 2025 (18.09.2024)	
AGG	111.277 Mio. €	110.384 Mio. €	-893 Mio. €
RGG	-13.770 Mio. €	-12.892 Mio. €	878 Mio. €
(AGG+RGG)	(97.507 Mio. €)	(97.492 Mio. €)	(-15 Mio. €)
HMG	137.165 Mio. €	137.179 Mio. €	14 Mio. €
KEG	144 Mio. €	144 Mio. €	0 Mio. €
Summe	234.815 Mio. €	234.815 Mio. €	0 Mio. €

Quelle: BAS

Vor dem Hintergrund der Verschiebungen zwischen den Zuweisungsvolumina der AGGs und der RGGs ist darüber hinaus auf die Ausführungen im Gutachten zu den regionalen Merkmalen zu verweisen (vgl. Drösler et al. 2024, 150 f.): Die Höhe der Zuschläge für die AGGs und die RGGs stehen untereinander in einem direkten Zusammenhang. Würde das BAS bspw. die Referenzkategorien der RGGs (derzeit automatisch die RGG für das jeweils zehnte Dezil eines Regionalmerkmals) durch eine entsprechende Restriktion in der Regressionsgleichung für andere RGGs festlegen, so würden sich die RGG-Zuschläge – und in der Folge auch das RGG-Zuweisungsvolumen – deutlich verändern. Im Gegenzug würde sich kompensierend exakt diese Zuweisungsveränderung (unter umgekehrten Vorzeichen) im Zuweisungsvolumen der AGGs wiederfinden. Die Modellkennzahlen und das Verteilungsergebnis auf Ebene der Versicherten, der Versichertengruppen, der Krankenkassen und der Regionen aber blieben von der Verschiebung der Zuschlagshöhen bzw. der Zuweisungsvolumina völlig unberührt. Aus einer isolierten Betrachtung der Zuweisungssummen für die AGGs oder die RGGs lassen sich daher keine validen Rückschlüsse über die Funktionalität des Klassifikationsmodells im Allgemeinen oder der Regionalkomponente im Speziellen ziehen. Eine Beurteilung der Verschiebung der Zuweisungsvolumina nach Art der Risikogruppen (AGGs, RGGs, HMGs, KEGs) ist nur bei gemeinsamer Betrachtung der Zuweisungen für die AGGs und die RGGs sinnvoll möglich. Hier weisen die drei oben dargestellten Modelle (das Ausgangsmodell des Jahres 2025 jeweils kombiniert mit den RGGs des AJ 2025, den RGGs des Festlegungsentwurfes 2025 (14. Juni 2024) und den RGGs des angepassten Festlegungsentwurfes 2025 (18. September 2024)) eine gemeinsame Zuweisungssumme aus AGGs und RGGs in Höhe von 97,5 Mrd. € (bzw. einen Zuweisungsanteil von 41,5 %) auf.

Wenn daher die Verteilungseffekte für die Versicherten innerhalb einer Region oder die Ergebnisse einzelner Krankenkassen zu analysieren sind, so kann eine isolierte Betrachtung der RGG-Zuweisungen aus methodischen Gründen keine inhaltlich belastbaren Ergebnisse generieren. In diesem Fall ist es sinnvoll und nötig, die Höhe der (regionalen oder krankenkassenbezogenen) Gesamtzusweisungen in den Fokus zu stellen.

Für alle im Selektionsprozess ausgewählten Regionalmerkmale ordnet das BAS bei der Bildung der RGGs – abhängig von der jeweiligen Merkmalsausprägung des Regionalmerkmals – jeden Kreis in eine von zehn RGGs ein, wobei die Wertegrenzen für die Zuordnung der Kreise zu den RGGs den Dezilgrenzen des Merkmals entsprechen. BKK DV und KBV/BÄK weisen darauf hin, dass ggf. auch eine abweichende Abgrenzung der RGGs sinnvoll sein könnte. Das BAS nimmt die Anregung zur Kenntnis, hält aber im Rahmen dieser Festlegung an dem vom Wissenschaftlichen Beirat im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (vgl. Drösler et al. 2018) erarbeiteten und für alle Verfahrensbeteiligten leicht nachvollziehbaren Abgrenzungsverfahren fest.

BKK DV, IKK e. V. und KBV/BÄK weisen ebenfalls in zutreffender Weise darauf hin, dass die Werte der Parameterschätzer der zehn Dezile einzelner RGGs keinen stetigen bzw. monotonen Verlauf aufweisen. Die statistischen Zusammenhänge der einzelnen Regionalmerkmale und der regionalen Deckungsbeiträge müssen nicht zwangsweise linear (bzw. monoton steigend oder monoton fallend) verlaufen. Aus diesem Grund bildet das BAS für jedes der Merkmale jeweils zehn Risikoklassen anstatt lediglich die konkrete Ausprägung der Merkmale auf Kreisebene als stetige Variablen im Regressionsansatz zu verwenden.

Hinsichtlich der vom AOK-BV (erneut) aufgeworfenen Frage zum inhaltlichen Zusammenhang der regionalen Deckungsbeiträge und der für die Regionalkomponente ausgewählten regionalstatistischen Merkmale verweist das BAS auf seine Ausführungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells für das AJ 2024

sowie auf das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (vgl. Drösler et al. 2018). Jede der vom AOK-BV angesprochenen Regionalmerkmale wurde vom Wissenschaftlichen Beirat bei Erstellung des Regionalgutachtens in das Variablenset der grundsätzlich auswählbaren Indikatoren aufgenommen, weil für sie ein (in einer vorgeschalteten Literaturanalyse identifizierter) inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden plausibel erschien. Die Variable „Wahlbeteiligung“ wurde trotz inhaltlicher und statistischer Erklärungskraft vom BAS auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Variablenset entfernt. Bezogen auf die im angepassten Festlegungsentwurf für das AJ 2025 vom 18. September 2024 ausgewählten Variablen wiederholt das BAS die entsprechenden Ausführungen des Gutachtens zu den regionalen Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie der Erläuterungen zu den Festlegungen aus den Vorjahren:

- Die *Zuweisungen* umschreiben den über den RSA quantifizierten bzw. ausgeglichenen Versorgungsbedarf einer Region (gemäß Alter, Geschlecht und Morbidität). Aufgrund der bekannten Überdeckung multimorbider Versicherter kann eine regionale Konzentration dieser Personen mit einer höheren durchschnittlichen Zuweisung in einem Kreis einhergehen und dort zu einer regionalen Überdeckung führen (vgl. Drösler et al. 2018, S. 162).
- Bei den Merkmalen *Ambulante Pflege*, *Sterbekosten* und *Standardisierte Sterberate* handelt es sich um „[m]orbiditäts- und mortalitätsbezogene Indikatoren, die die vom Morbi-RSA, zumindest in regionaler Hinsicht, nicht erfassten Versorgungsbedarfsunterschiede erfassen“ (Drösler et al. 2018, S. 131). Diesbezüglich „lässt sich festhalten, dass ein beachtlicher Teil der regionalen Deckungsbeitragsunterschiede auf räumliche Variationen bezüglich [dieser] vom RSA nicht erfassten Morbidität und Mortalität (z. B. Pflegebedürftigkeit, Sterberate, Leistungsausgaben Verstorbener) zurückgeführt werden kann“ (Drösler et al. 2018, S. 153).
- Der *Anteil der kleinen und mittleren Unternehmen* (KMU) und der *Pendlersaldo* sind Indikatoren der regionalen Markt- und Wirtschaftsstruktur.
Der *Anteil der KMU* misst strukturelle Unterschiede in den Betriebsgrößen und bildet die regionale Wirtschaftskraft und Erwerbsstruktur ab. Diese wird als relevante nachfrageseitige Determinante regionaler Deckungsbeitragsunterschiede erachtet (vgl. Drösler et al. 2018, S. 162; Ulrich & Wille 2014, S. 24).
Der *Pendlersaldo* „[...] trägt der regionalen Wirtschaftskraft und der Erwerbsstruktur sowie dem Urbanisierungsgrad Rechnung“ (Bundesamt für Soziale Sicherung 2020, S. 496) und stellt zudem die funktionale Bedeutung einzelner Regionen als Arbeitsmarktzentren dar (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2022; Drösler et al. 2018; Ulrich & Wille 2014). Zudem typisiert der Pendlersaldo die Bevölkerungsstruktur und z. T. die individuellen Präferenzen der Wohnbevölkerung, die im RSA selbst nicht abgebildet werden (vgl. hierzu auch Bundesamt für Soziale Sicherung 2023).
- „Sozioökonomische Indikatoren wie Bildung, Einkommen oder die Stellung im Beruf stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand, dem Risikoverhalten und der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen“ (Drösler et al. 2018, S. 134). U. a. kann ein bestimmter „sozioökonomischer Status (z. B. ein hohes Einkommen und ein hoher Bildungsstand) mit einem anspruchsvolleren Inanspruchnahmeverhalten einhergehen“ (Drösler et al. 2018, S. 134).
- Der *Deprivationsindex* ist ein „umfassendes Maß zur Erfassung regionaler sozioökonomischer Deprivation, welches von Forschern des Robert-Koch-Instituts in Anlehnung an englische soziale (und multidimensionale) Deprivationsindizes speziell für Deutschland entwickelt wurde“

(Drösler et al. 2018, S. 134). Er setzt sich aus den drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zusammen (vgl. hierzu ausführlicher Kroll et al. 2017; Michalski et al. 2022).

- „Neben der sozioökonomischen Deprivation gibt es noch weitere sozialstrukturelle Merkmale, die die regionalen Deckungsbeiträge beeinflussen können. Diese beziehen sich insbesondere auf die Struktur der Arbeitslosigkeit [...]. Einen Hinweis auf strukturelle Arbeitslosigkeit liefert die Variable *Langzeitarbeitslosigkeit* [...]“ (Drösler et al. 2018, S. 135).

Bezüglich des Ausschlusses der Variable „Wahlbeteiligung“ sieht der GKV-SV von einer inhaltlichen Bewertung ab und verweist auf die uneinheitlichen Interessen seiner Mitgliedskassen, die sich auch in den weiteren abgegebenen Stellungnahmen zum angepassten Festlegungsentwurf vom 18. September zeigen: Während der IKK e. V. die Anpassung inhaltlich nachvollziehen kann verweist der AOK-BV lediglich auf den Fortbestand seiner bisherigen Ausführungen. Der BKK DV begrüßt zwar die Begründung zum (ausnahmsweisen) Ausschluss der Variable „Wahlbeteiligung“ als tragfähig, kommentiert allerdings den Vorgang der Diskussion – außerhalb des regulären Anhörungsverfahrens – kritisch. TK et al. lehnen die vorgenommene Anpassung aus inhaltlichen und verfahrenstechnischen Gründen ab und fordern ein Festhalten an der Variablenselektion in der Fassung des Festlegungsentwurfes vom 14. Juni 2024.

Hinsichtlich der vorgetragenen Kritik ist nochmals zu betonen, dass der Ausschluss der Variable „Wahlbeteiligung“ nach einer umfassenden Diskussion mit und auf ausdrückliche Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats erfolgt ist. Die Empfehlung zur Streichung der Variable wurde durch eben jenes Gremium ausgesprochen, das diese zur Nutzung in der Regionalkomponente ursprünglich vorgeschlagen hatte.

TK et al. zweifeln an, dass die Berücksichtigung der Variable „Wahlbeteiligung“ einen tatsächlichen Einfluss auf künftige individuelle Wahlentscheidungen haben kann. Für die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats und die finale Entscheidung des BAS ist allerdings unerheblich, wie groß die tatsächliche Wahrscheinlichkeit einer Beeinflussung ausfällt. Ebenso wenig sind die Art oder der potenzielle Umfang einer denkbaren Beeinflussung entscheidungsrelevant oder auch die Tatsache, dass eine Beeinflussung möglicherweise nur durch eine unsachgemäße Faktendarstellung erfolgt. Der Grund für die Entscheidung ist hingegen der besondere Status des individuellen Wahlrechts und ein aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats und des BAS (entgegen der Auffassung von TK et al.) *nicht gänzlich auszuschließender Einfluss*, der sich durch die Berücksichtigung der Variable „Wahlbeteiligung“ im RSA ergeben kann.

Soweit es die faktischen Auswirkungen betrifft, die sich aus der Streichung der Variablen aus dem Variablenset ergeben, so ist zu betonen, dass die in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV benannte Merkmalsdimension der regionalen „Sozialstruktur“ auch nach Ausschluss der „Wahlbeteiligung“ über eine Vielzahl von Variablen abgebildet wird, von denen sich zwei (Langzeitarbeitslosigkeit und Deprivationsindex) auch in der angepassten Variablenauswahl wiederfinden. Bei der Entscheidung für eine Neuselektion spielte auch die sich hierdurch ergebende Umverteilung der Zuweisungen auf Ebene einzelner Krankenkassen bzw. einzelner Regionen keine Rolle – allerdings zeigt sich mit Blick auf die regionalen und krankenkassenspezifischen Modellkennzahlen, dass die Neuselektion zu vergleichbaren Ergebnissen führt.

12.5 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf vom 14. Juni 2024 ändert sich die Auswahl der für die Regionalkomponente berücksichtigten Variablen. Zur Bildung der RGGs im Ausgleichsjahr 2025 werden die neun Merkmale „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „Sozialversicherungspflichtig

Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Deprivationsindex“, „Standardisierte Sterberate“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, „Langzeitarbeitslose“ und „Pendlersaldo“ herangezogen.

Im Vergleich zum angepassten Festlegungsentwurf für das AJ 2025 vom 18. September 2024 ergeben sich keine Änderungen an der Ausgestaltung der Regionalkomponente.

13 Auslandsversicherte

13.1 Festlegungsentwurf

Nach der Aktualisierung der Datengrundlagen wurde bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfs die Zuordnung der Wohnländer zu den Wohnlandgruppen (WLG) angepasst. Wie auch in den Vorjahren wurden bei der Bildung der WLGs neben den auf die einzelnen Wohnländer entfallenden Versichertenzeiten insbesondere die mittleren, gewichteten Leistungsausgaben der Auslandsversicherten berücksichtigt. Dabei wurden Länder mit geringen Versichertenzeiten (< 1.000 Versichertenjahre) zu länderübergreifenden WLGs zusammengefasst. Erstmals wurde jedoch nicht mehr auf die Ausgabendaten aus dem Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (vgl. EsFoMed et al. 2019) zurückgegriffen, da zwischenzeitlich reguläre Datenmeldungen für drei Berichtsjahre vorlagen.

Die Grenze von 1.000 Versichertenjahren wurde, wie vom BAS zuvor angekündigt, überprüft. Da die Auswertungen hier keine eindeutig andere Schlussfolgerung zuließen, ist sie auch in diesem Anpassungszyklus unverändert bei 1.000 Versichertenjahren beibehalten worden. Es sollen allerdings auch künftige Entwicklungen bei Vorliegen einer größeren Datenbasis berücksichtigt werden. Die bisherige Sonderstellung Großbritanniens aufgrund des EU-Austritts wurde wegen der stabilen Entwicklung der gemeldeten Ausgaben und Versichertenzeiten für die Auslandsversicherten wieder aufgehoben.

Um mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, wurde die Berechnungsformel für die mittleren, gewichteten Ausgaben je Wohnland ins Erläuterungsdokument zum Festlegungsentwurf aufgenommen.

13.2 Anhörungsverfahren

13.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV bezieht sich in seiner Stellungnahme auf die Überprüfung der 1.000 VJ-Grenze. Aus seiner Sicht gäbe die diesbezügliche Auswertung des BAS einen Hinweis darauf, dass größere Wohnlandgruppen die Stabilität der Zuweisungen für diese erhöhen. Ferner würde ein Festhalten an der 1.000 VJ-Grenze in diesem Anpassungszyklus aus pragmatischen Gründen als sachgerecht erachtet, da die durchgeführten Untersuchungen keine eindeutig andere Schlussfolgerung zuließen. Ebenso wird eine regelmäßige Überprüfung der Grenze auf Grundlage weiterer Daten befürwortet. Die KBV/BÄK konstatieren, dass die zunächst pragmatisch gewählte Grenze von 1.000 VJ in nachvollziehbarerweise plausibilisiert wurde.

TK et al. bewerten die Anpassungen der WLGs auf Basis der aktualisierten Daten als sachgerecht.

Der IKK e. V. bezieht sich in seiner Stellungnahme auf die Bildung des gewichteten Mittelwertes der Ausgaben: Es wird eine methodische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichte angeregt. Begrüßt wird der Ausweis der angewandten Berechnungsformel.

Der BKK DV begrüßt die gewählte Methodik. Es wird konstatiert, dass sich durch die fallweise Verlängerung des Beurteilungszeitraumes die fehlenden Ausgaben einzelner Länder (Island, Tunesien und Montenegro) zukünftig aufnehmen ließen, wobei es dann zum Abrechnungsausfall bei anderen Abkommensstaaten kommen könne.

In der Aufbereitung und Darstellung der Daten wird seitens des BKK DV wenig Verbesserungspotenzial gesehen; allerdings wird eine Bereitstellung der Basisdatei zur Abgrenzung der WLGs zusammen mit dem Festlegungsentwurf gewünscht, um alternative WLG-Abgrenzungen besser bewerten zu können.

Außerdem regt der BKK DV an, die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) um einen begleitenden Bericht zu bitten, um fehlende Abrechnungsdaten, wie z. B. bei Island, Tunesien und Montenegro im BJ 2022, bzw. auffällige Entwicklungen in den Abrechnungsdaten, wie z. B. bei Schweden, eventuell erklären zu können.

13.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Bei der Bildung des gewichteten Mittelwerts der Ausgaben über drei (und mehr) Berichtsjahre wurden die Gewichte so gewählt, dass diese linear mit ihrer Nähe zum aktuellsten Datenpunkt zunehmen. Somit wird sichergestellt, dass bei der Beurteilung der Kostensituation eines Landes neuere Daten eine größere Relevanz haben als ältere. Aus pragmatischen Gründen wurde hier ein einfaches Gewichtungsschema gewählt. Es wurden aber auch alternative Gewichtungsschemata geprüft, die allerdings zu ähnlichen Ergebnissen führten.

Eine Bereitstellung der Basisdatei zur Abgrenzung der WLGs erfolgt nicht, um das Volumen der Anlagen zur Festlegung nicht noch weiter auszudehnen. Alle benötigten Informationen liegen tabellarisch aufbereitet im Erläuterungsdokument zum Festlegungsentwurf vor und können hieraus im Bedarfsfall für die weitere Verwendung in andere elektronische Dateiformate exportiert werden.

Die DVKA ist eine Einrichtung des GKV-Spitzenverbandes und ist diesem organisatorisch zugeordnet. Gemäß § 219a SGB V nimmt der GKV-Spitzenverband die Aufgaben der DVKA wahr. Eventuell ist dem GKV-Spitzenverband Näheres in Bezug auf fehlende bzw. auffällige Abrechnungsdaten bei den genannten Ländern bekannt. Eine Anfrage bei dem GKV-Spitzenverband seitens der Krankenkassen würde das BAS begrüßen.

13.2.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf für das AJ 2025 ergeben sich keine Änderungen an der Ausgestaltung der WLGs.

14 Berücksichtigung von Diagnosen aus Hybrid-DRGs (§ 115 f. SGB V - Spezielle sektorengleiche Vergütung)

14.1 Festlegungsentwurf

Vor dem Hintergrund der durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 20.12.2022 neu aufgenommenen speziellen sektorengleichen Vergütung, hat das BAS unter Punkt 1.3 der Festlegung (Prinzipien für die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen) den folgenden klarstellenden Einschub vorgenommen: „Die Festlegungen zu stationären Haupt- und Nebendiagnosen werden analog auf Diagnosen aus Leistungen nach § 115b SGB V oder § 115 f. SGB V angewendet, die im Rahmen der Datenmeldungen nach § 267 SGB V differenziert als Haupt- und Nebendiagnosen gemeldet werden.“

14.2 Anhörungsverfahren

14.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Verarbeitung der Diagnosen aus Leistungen der sog. Hybrid-DRGs im Rahmen der Klassifikationslogik (analog zu den Haupt- und Nebendiagnosen der Krankenhausbehandlung) wird lediglich von KBV/BÄK sowie dem BKK DV kommentiert.

KBV/BÄK können die Überlegungen, die zur obenstehenden Klarstellung der Festlegung geführt haben nachvollziehen, betonen aber, dass es sich bei den betreffenden Leistungen um solche handele, die in der Regel nicht stationär erbracht werden müssten. Zudem weisen KBV/BÄK darauf hin, dass Anlage 1 der „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung“ auch OPS-Kodes enthalte, welche nicht Bestandteil des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe und stationärer ersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) seien.

Der BKK DV befürwortet die Entscheidung, dass Diagnosen aus Leistungen, die innerhalb von Hybrid-DRGs erbracht werden, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gleichbehandelt werden. Der Verband weist allerdings darauf hin, dass entsprechende Diagnosemeldungen, welche im Jahr 2024 im Leistungsbereich der niedergelassenen Ärzte abgerechnet werden, u. U. nicht eindeutig als Haupt- oder Nebendiagnosen zu identifizieren seien. Zwar sei grds. eine Kennzeichnung der Hauptdiagnosen über ein Freitextfeld vorgesehen, aus Sicht der Betriebskrankenkassen besteht allerdings die Gefahr, dass diese von den Leistungserbringern möglicherweise nicht korrekt oder gar nicht gekennzeichnet würden. In der Folge würden diese Diagnosen den stationären Hauptdiagnosen nicht gleichgestellt werden. Dem BKK DV sei eine Quantifizierung möglicher Fehlerfassungen aufgrund des Zeitverzugs zwischen Erhebung der Daten und der Meldung an die Krankenkassen nicht möglich. Die Betriebskrankenkassen bitten daher um eine vertiefte Prüfung der Abrechnungsqualität und in Abhängigkeit vom Qualitätsgrad ggf. um eine Neubewertung der Zuordnungen der Abrechnungsdaten aus Hybrid-DRGs im Ausgleichsjahr 2025.

14.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Hinweise von KBV/BÄK treffen grundsätzlich zu, haben aber keine Auswirkungen auf die vom BAS im Rahmen des Festlegungsentwurfes vorgenommene Anpassung.

Die vom BKK DV aufgeworfene (mögliche) Problematik einer mangelnden Kennzeichnung der Hauptdiagnosen aus den von den Vertragsärzten im Rahmen von Hybrid-DRGs abgerechneten Leistungen ist auf

das Jahr 2024 beschränkt und kann vom BKK DV selbst nicht genauer quantifiziert werden. Analysen zur Qualität der betreffenden Datenmeldungen sind auch dem BAS nicht möglich, weil diese das Amt mit einem noch stärkeren Zeitverzug erreichen werden als die Krankenkassen und den GKV-SV. Allerdings finden sich weder in der Stellungnahme des GKV-SV noch in den Ausführungen der übrigen Krankenkassenarten oder der KBV/BÄK Hinweise auf ein mögliches Erfassungsproblem. Hieraus lässt sich schließen, dass diesen Akteuren gegenwärtig keine konkreten Erkenntnisse über eine tatsächliche Fehlerfassung von Hauptdiagnosen aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich vorliegen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine schwerwiegende negative Verzerrung der Datenmeldung zu erwarten, die zu einer abweichenden Berücksichtigung der Diagnosen aus Hybrid-DRGs im Ausgleichsjahr 2025 führen müsste. Sollte es in einzelnen Fällen zu einer fehlerhaften oder fehlenden Kennzeichnung von Hauptdiagnosen kommen, so kann die kassenseitige Selektion der Hauptdiagnosen für die vom BKK DV genannten Fälle im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V definiert werden.

Ausweislich der Ergebnisniederschrift der Bestimmungssitzung vom 04. September 2024 wurden bereits folgende Festlegungen bezüglich der Datenmeldung 2024 getroffen:

„Die Teilnehmer einigen sich daher darauf, dass, sofern die im Berichtsjahr 2024 mit der Hybrid-DRG Abrechnung übermittelte Hauptdiagnose im LED-Segment nicht erkannt werden kann, alle Diagnosen des Falls in der Satzart 600 zu melden sind. Für den Fall, dass Daten über Direktabrechner (per DTA oder in Papierform) gemeldet werden, sind noch Regelungen festzulegen, die eine Zuordnung zu Haupt- und Nebendiagnosen bestimmen. Sofern Daten aus dem Übergangsverfahren aus technischen Gründen nicht in der Satzart 500 gemeldet werden können, können diese in der Satzart 600 gemeldet werden.“

14.2.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf für das AJ 2025 ergeben sich keine Änderungen.

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

15 Kennzahlen der Festlegung

In Tabelle 15.1 werden die verschiedenen Gütemaße des für die Untersuchungen zur Entwicklung der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2025 verwendeten Ausgangsmodells denen der abschließend vorgelegten Festlegung gegenübergestellt. Zusätzlich werden die Kennzahlen des angepassten Festlegungsentwurfs vom 18.09.2024 sowie für die Vorjahresmodelle der Ausgleichsjahre 2022 bis 2024 ausgewiesen.

Die dargestellten Werte umfassen die aggregierten Gütemaße auf der Individualebene sowie die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen.

Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle dargestellten Modelle die Vollerhebung des Meldejahres 2023, welche die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2021 mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2022 verknüpft.

Tabelle 15.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2025

AJ	2022		2023		2024		2025					
Modell	Festlegung		Festlegung		Festlegung		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf ²		Festlegung	
RGG	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Risikopool	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikogruppen	437	508	443	534	432	513	432	513	432	523	432	523
Individuelle Kennzahlen												
R ²	57,7553 %	57,7643 %	59,4068 %	59,4163 %	59,5231 %	59,5324 %	59,5234 %	59,5326 %	59,5686 %	59,5784 %	59,5684 %	59,5782 %
CPM	29,1348 %	29,1466 %	30,3538 %	30,3655 %	30,4116 %	30,4246 %	30,4121 %	30,4250 %	30,4922 %	30,5027 %	30,4915 %	30,5021 %
MAPE	2.668,06 €	2.667,62 €	2.622,17 €	2.621,73 €	2.619,99 €	2.619,50 €	2.619,97 €	2.619,49 €	2.616,96 €	2.616,56 €	2.616,98 €	2.616,58 €
Regionale Kennzahlen												
MAPE _{Kreis_abs}	103,44 €	72,80 €	100,98 €	62,85 €	100,92 €	64,80 €	100,92 €	64,80 €	100,62 €	58,32 €	100,65 €	58,31 €
gew. MAPE _{Kreis_abs}	102,32 €	59,30 €	100,15 €	51,98 €	100,15 €	53,02 €	100,15 €	53,02 €	99,71 €	47,25 €	99,76 €	47,26 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen												
MAPE _{KK_abs}	59,98 €	43,99 €	57,61 €	39,06 €	57,56 €	41,79 €	57,55 €	41,78 €	57,24 €	36,53 €	57,28 €	36,56 €
gew MAPE _{KK_abs}	52,23 €	31,42 €	50,85 €	26,42 €	50,75 €	27,26 €	50,75 €	27,26 €	50,62 €	25,74 €	50,68 €	25,77 €

Quelle: BAS

² Kennzahlen des angepassten Festlegungsentwurfs vom 18.09.2024.

Tabelle 15.2 stellt die Kennzahlen für die bereits oben gezeigten Modelle jeweils ohne Berücksichtigung des Risikopools dar. Relevant sind diese Modellvarianten ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren. Sowohl die Weiterentwicklung des Modells als auch die jeweiligen das Ausgleichsjahr abschließenden Jahresausgleiche, beruhen auf den Modellen mit Berücksichtigung des Risikopools.

Tabelle 15.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool

AJ	2022	2023	2024	2025		
Modell	Festlegung	Festlegung	Festlegung	Ausgangsmodell	Festlegungsentwurf ³	Festlegung
RGG	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikopool	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Risikogruppen	508	534	513	513	523	523
Individuelle Kennzahlen						
R ²	25,8895 %	28,8516 %	29,2242 %	29,2245 %	29,2668 %	29,2668 %
CPM	25,7921 %	27,1436 %	27,2385 %	27,2389 %	27,3180 %	27,3175 %
MAPE	2.793,92 €	2.743,03 €	2.739,46 €	2.739,44 €	2.736,47 €	2.736,48 €
Regionale Kennzahlen						
MAPE _{Kreis_abs}	77,28 €	65,61 €	68,85 €	68,85 €	61,57 €	61,57 €
gew. MAPE _{Kreis_abs}	62,45 €	54,19 €	56,15 €	56,15 €	48,97 €	48,97 €
Krankenkassenbezogene Kennzahlen						
MAPE _{KK_abs}	48,94 €	43,62 €	45,52 €	45,52 €	40,70 €	40,71 €
gew MAPE _{KK_abs}	34,34 €	27,95 €	29,23 €	29,23 €	26,63 €	26,65 €

Quelle: BAS

³ Kennzahlen des angepassten Festlegungsentwurfs vom 18.09.2024.

VI Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2020) *„Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2021“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [23.07.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022a) *„Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2023“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [13.09.2022].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022b) *„Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im Risikostrukturausgleich für das RSA-Ausgleichsjahr 2023“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [17.03.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023) *„Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2024“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [09.01.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2024a) *„Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2025“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [23.07.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2024b) *„Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [19.09.2024].
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hg.) (2022) *„Bevölkerungsdynamik in Mittelstädten – interaktive Stadtportraits“*, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/programme/refo/staedtebau/2020/bevoelkerungsdynamik-mittelstaedte/endbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [22.08.2023].
- Bundesversicherungsamt (Hg.) (2019) *„Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2020“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [23.07.2024].
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) (Hg.) (2023) *„Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen und MOG-IgG-assoziierten Erkrankungen - S2k-Leitlinie – 2. Aktualisierung als Living Guideline“*, AWMF-Register - 030-050, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-050> [24.04.2024].

- Drösler, S. E., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2018) „*Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*“, Bundesversicherungsamt, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf [08.04.2022].
- Drösler, S. E., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Stingl, J., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. C. (2024) „*Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich – Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V*“, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20240513_Gutachten_Regionale_Merkmale_RSA.pdf [28.05.2024].
- EsFoMed, Universität Duisburg-Essen & WIG 2 (Hg.) (2019) „*Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV – Endbericht*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20200331Folgegutachten_Auslandsversicherte.pdf [25.04.2022].
- Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J. & Lampert, T. (2017) „*Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland*“, *Journal of Health Monitoring*, Vol. 2 (2), S. 103-120. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-035.2.
- Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2022) „*D-German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele*“, *Journal of Health Monitoring*, Vol. 7 (Suppl 5), S. 2-23. DOI: 10.25646/10640.
- Ulrich, V. & Wille, E. (2014) „*Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)*“, http://www.bnfi.de/download/InformationenGutachten32_Ulrich%202014-09-21-Endbericht-RSA-Bayern.pdf [01.10.2021].

A Anhang

A.1 Erläuterung zu den Anlagen

Anlage 1 zur Festlegung beschreibt die Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2025. Bei der Anlage 1 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine veränderte Definition von ICD-Kodes: Neue ICD-Kodes können hinzukommen, bestehende wegfallen. Manchmal erhalten ICD-Kodes u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ICD-Kode zugewiesen wird. Einzelne ICD-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben. Die Anlage 1 wird im Rahmen dieser Festlegung für alle für das Ausgleichsjahr 2025 relevanten Morbiditätsjahre (2021 bis 2024) bekannt gegeben. Anlage 1 enthält ebenfalls die Regeln zur Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen.

Für die Versichertenklassifikation sind aus den einzelnen Morbiditätsjahren nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d. h. in der Metadaten-datei des BI zum ICD-10-GM die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine sogenannte Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Dabei werden für die Diagnosen die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr und bei sogenannten „Jahresüberlieger-Diagnosen“ aus der stationären Versorgung die Kriterien aus dem Jahr, das dem Morbiditätsjahr vorangegangen ist, zugrunde gelegt.

Die Aufgreifkriterien für die Diagnosegruppen ergeben sich aus **Anlage 2** zur Festlegung

Anlage 3 zur Festlegung ordnet den DxGs die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zu. Die Zuordnung erfolgt auf Basis der im GKV-Arzneimittelindex gelisteten ATC-Kodes (Stand Juni des auf das Morbiditätsjahr folgenden Jahres). Bei der Anlage 3 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine mögliche Umklassifikation von ATC-Kodes. ATC-Kodes erhalten u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ATC-Kode zugewiesen wird. Einzelne ATC-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2021 bis 2023 (d. h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2022 bis 6/2024) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2024 (auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Festlegungen noch nicht vorliegenden GKV-Arzneimittelindexes 6/2025) erfolgt im Jahr 2025 im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025.

Die Zuordnung der amtlichen Gemeindeschlüssel zu den Regionalen Risikogruppen ergibt sich aus **Anlage 4** zur Festlegung. Die Zuordnung erfolgt auf Grundlage der ersten fünf Stellen des Gemeindeschlüssels der Versicherten im Ausgleichsjahr. In Anlage 4 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Berichtsjahre erstellt. Im Falle von weiteren Aktualisierungen des Gemeindeverzeichnisses der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die sich auf die ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindeschlüssels der Landkreise und kreisfreien Städte auswirken, kann das BAS auf Grundlage des § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV nach Anhörung des GKV-SV auch die Anlage 4 im Rahmen einer technischen Anpassung unterjährig abändern und neu bekannt geben.

Anlage 5 zur Festlegung ordnet die Länderkennzeichen der Auslandsversicherten den Wohnlandgruppen zu.

Tabelle A.1.1 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das Ausgleichsjahr 2025.

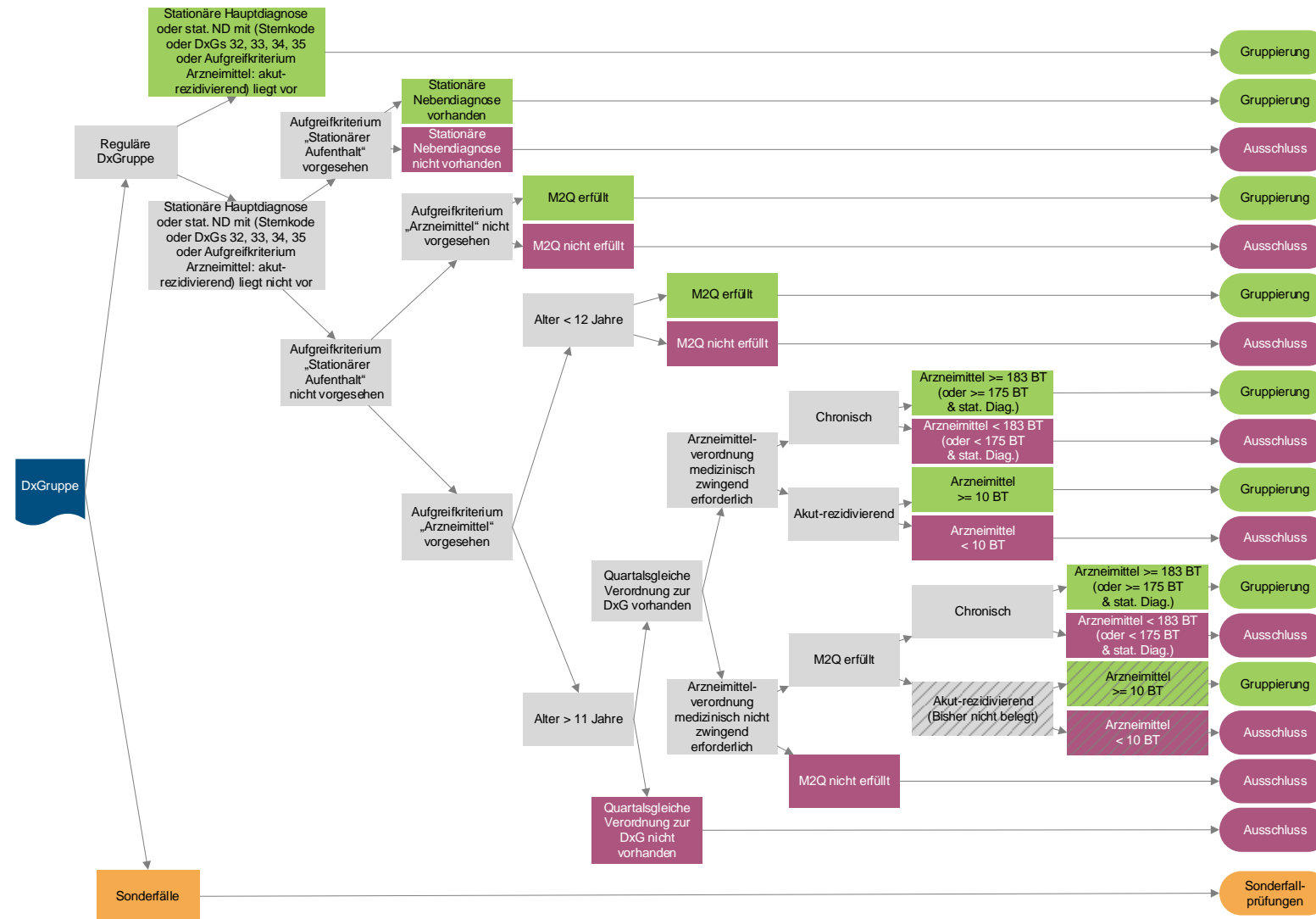
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2025

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	Anlage 4	Anlage 5	GKV-AI
Festlegung	2021	2021	2022	2021	6/2022
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2022	2022	2023	2022	6/2023
GLB I	2023	2023	2024	2023	6/2024
GLB II	2023	2023	2024	2023	6/2024
GLB III	2024	2024	2025	2024	6/2025
Gewichtungsfaktoren GLB IV	2023	2023	2024	2023	6/2024
GLB IV	2024	2024	2025	2024	6/2025
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2024	2024	2025	2024	6/2025
Jahresausgleich	2024	2024	2025	2024	6/2025

Quelle: BAS

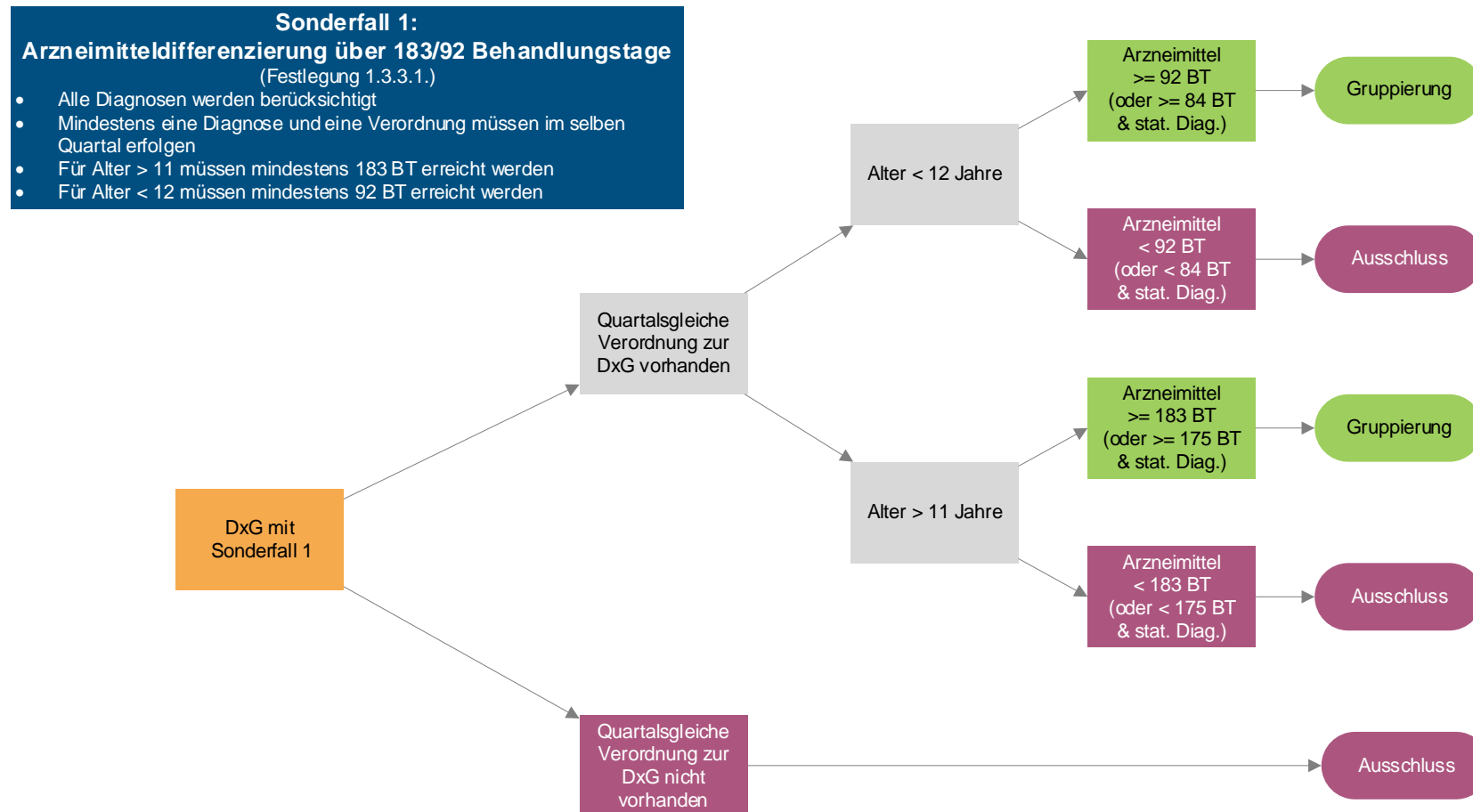
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2025



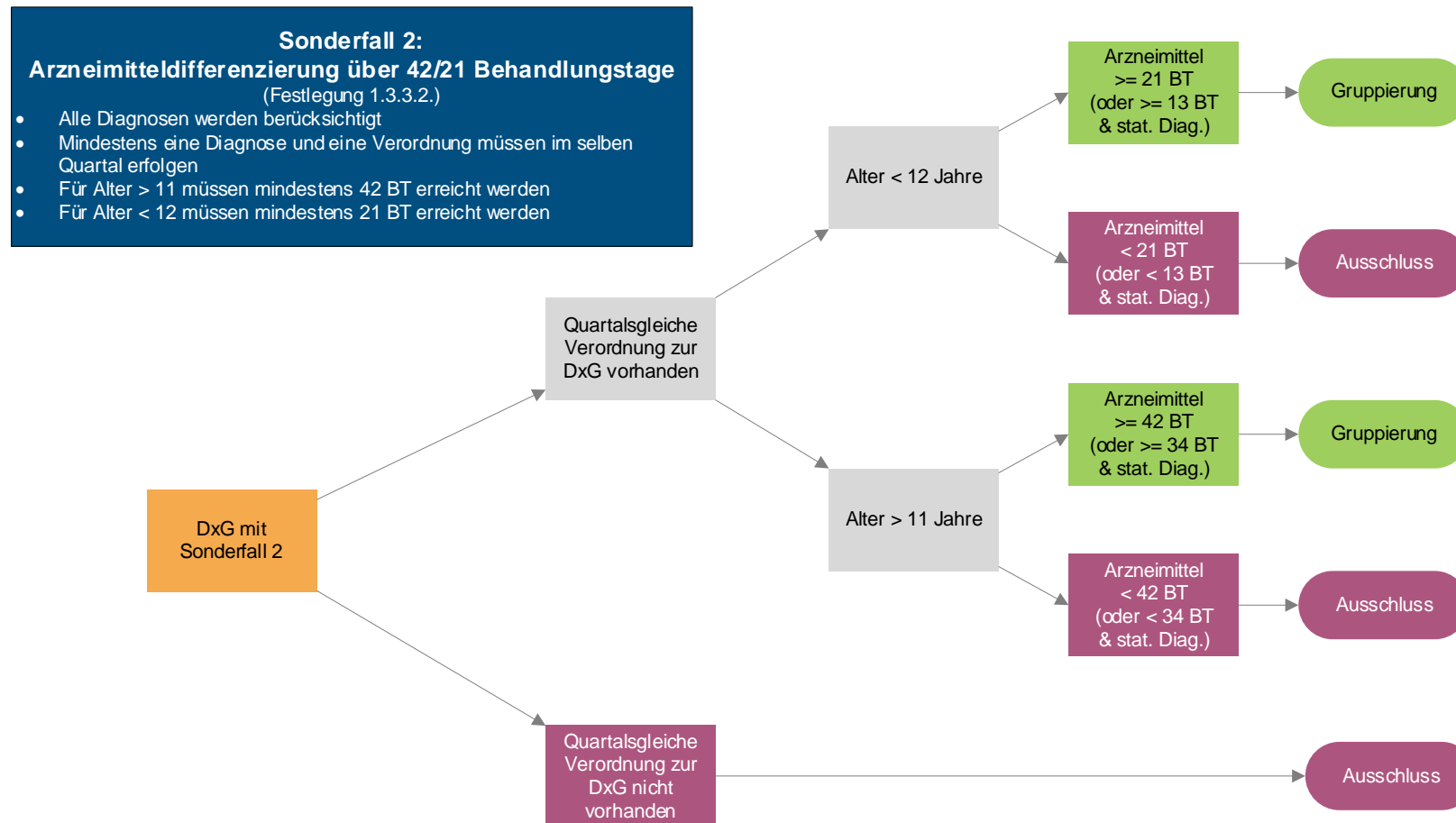
Quelle: BAS

Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage



Quelle: BAS

Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage

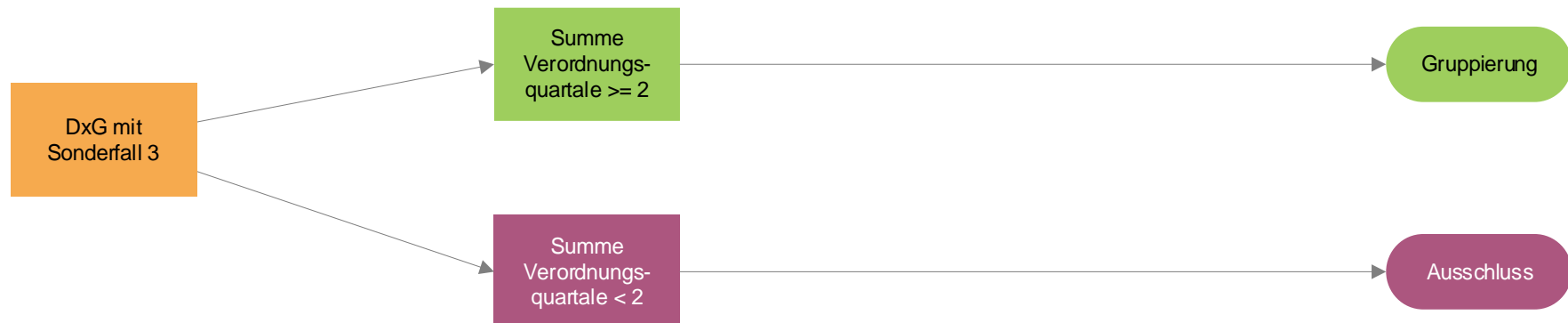


Quelle: BAS

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

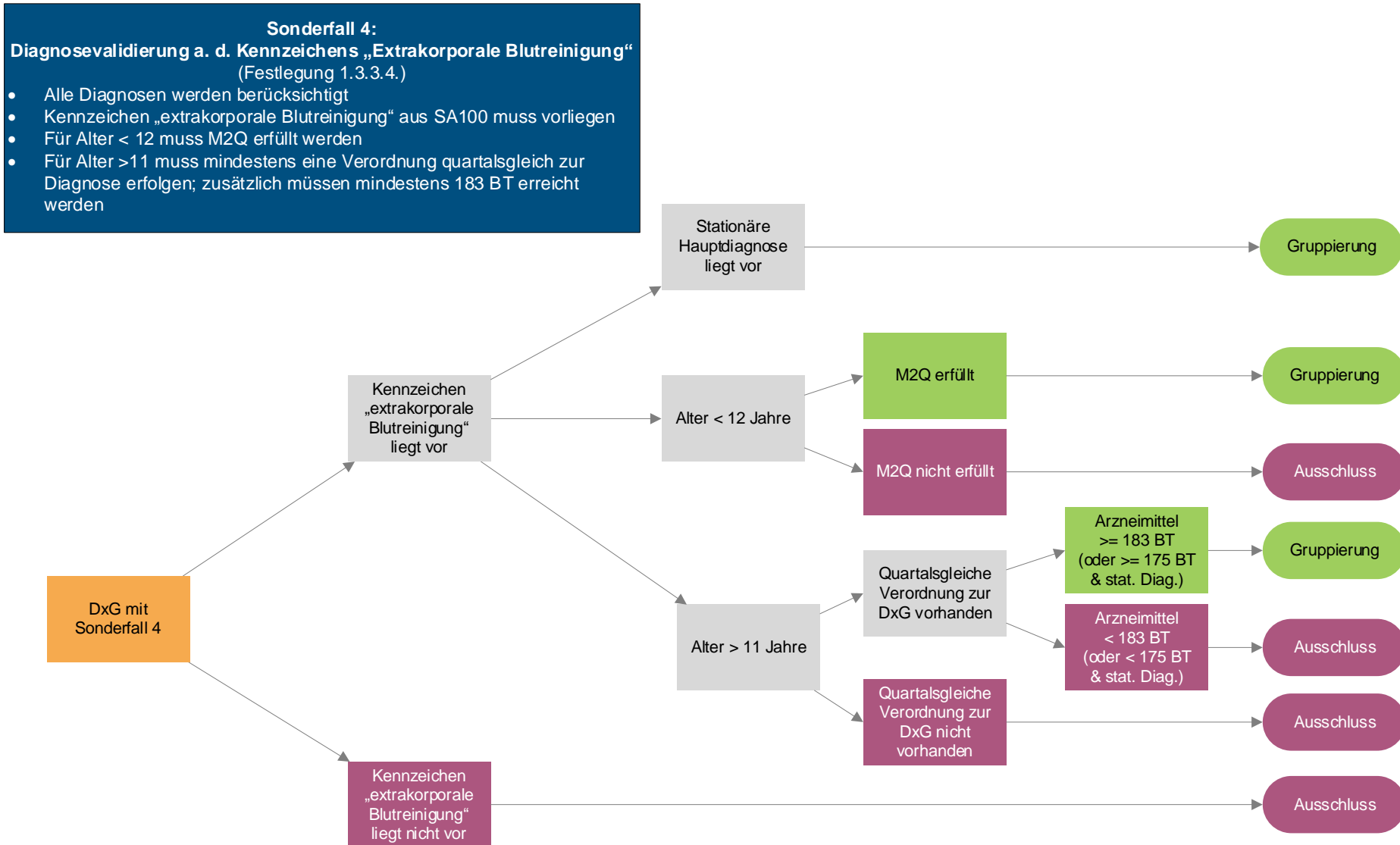
Sonderfall 3:
Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen
(Festlegung 1.3.3.3.)

- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
- Mindestens zwei Verordnungen aus unterschiedlichen Quartalen müssen vorliegen



Quelle: BAS

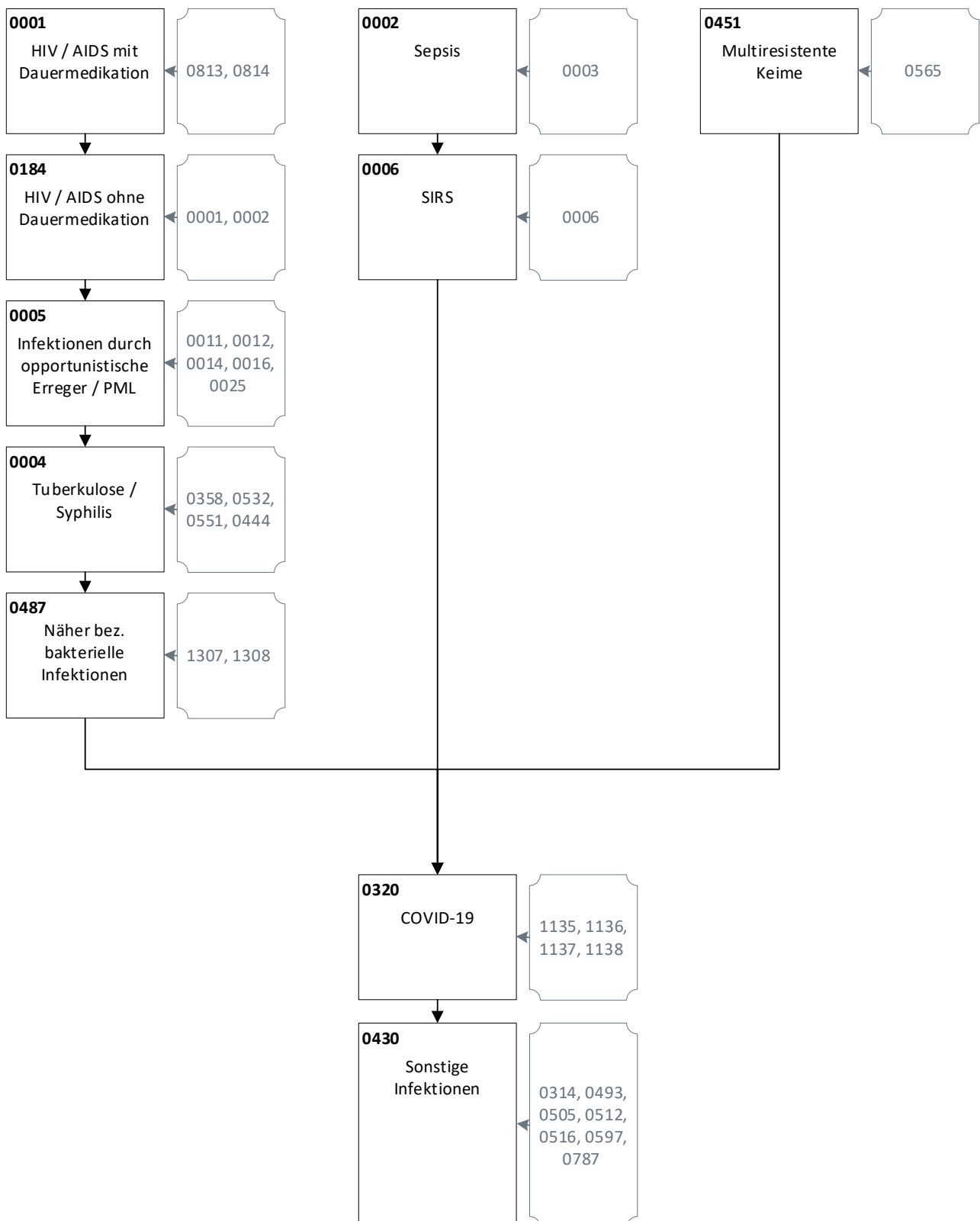
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“



Quelle: BAS

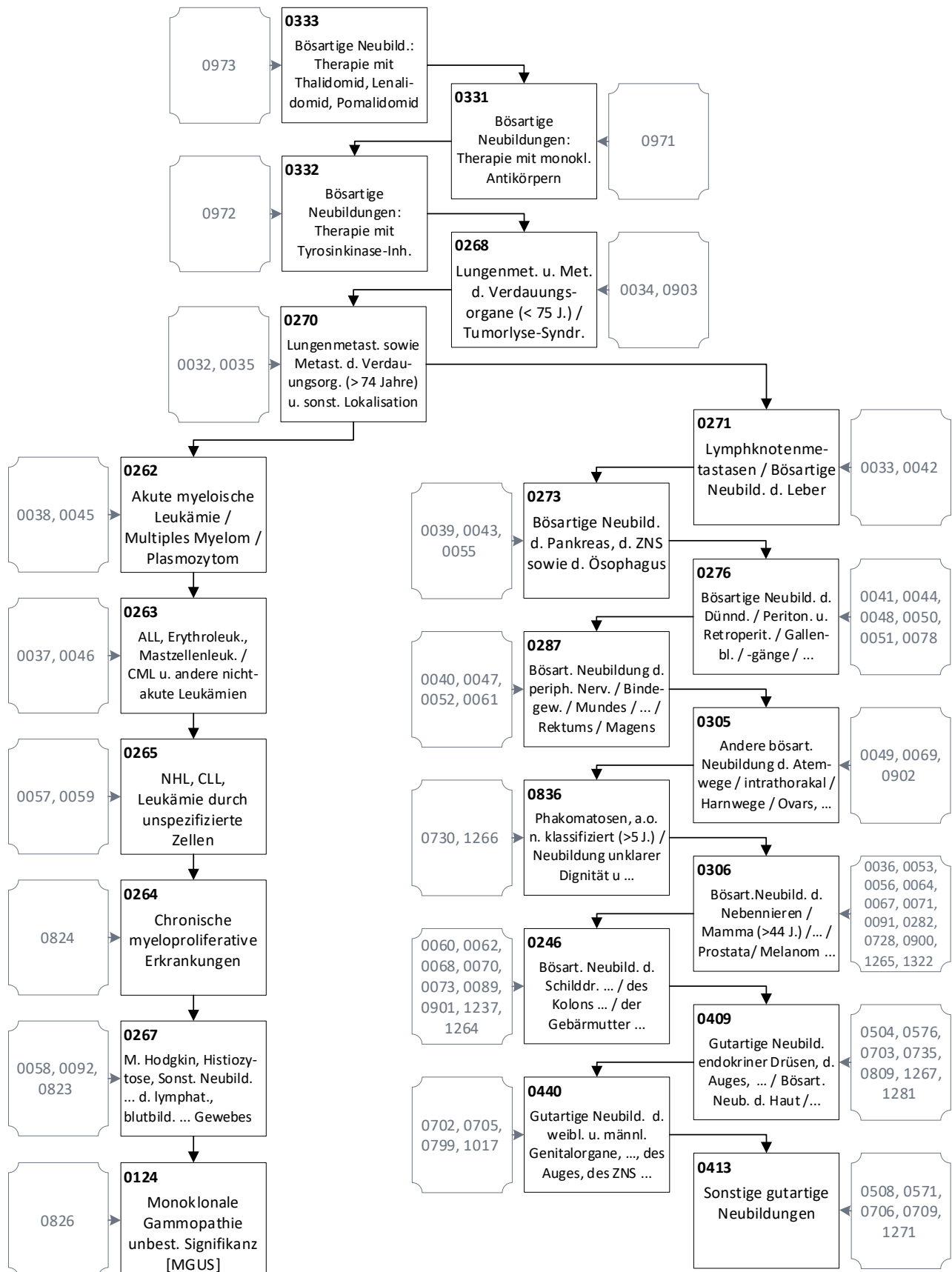
A.3 Übersicht der Hierarchien

Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)



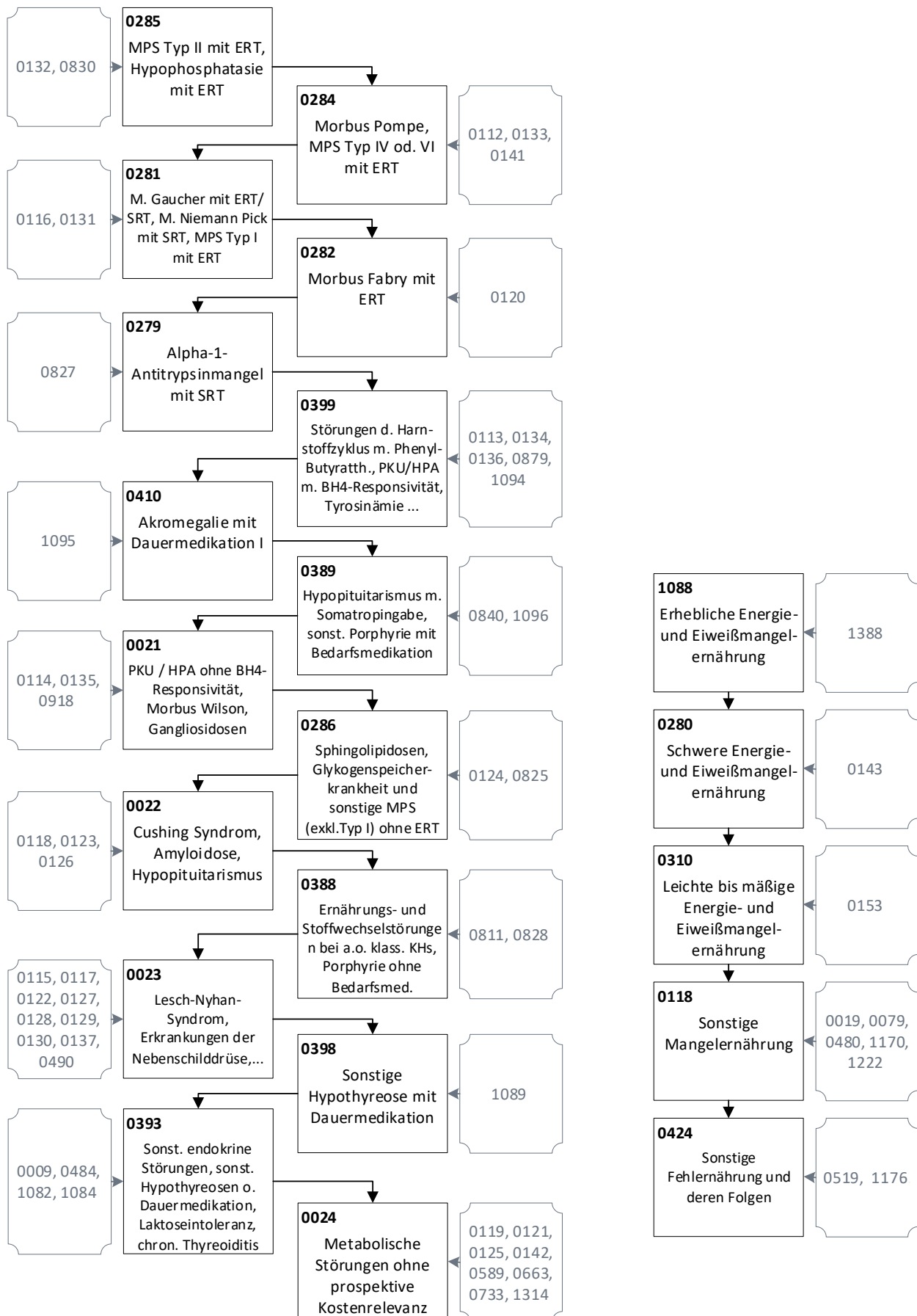
Quelle: BAS

Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)

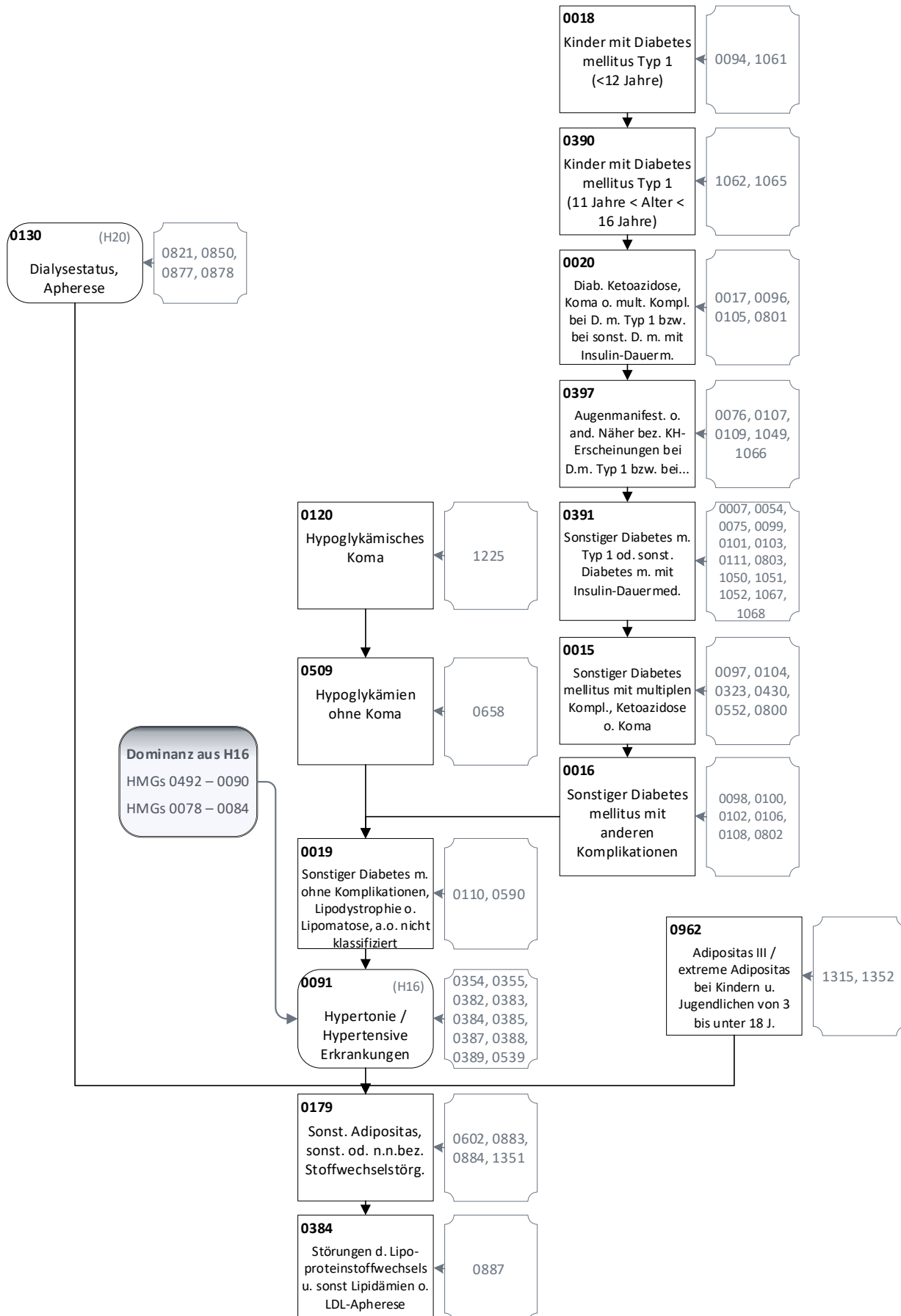
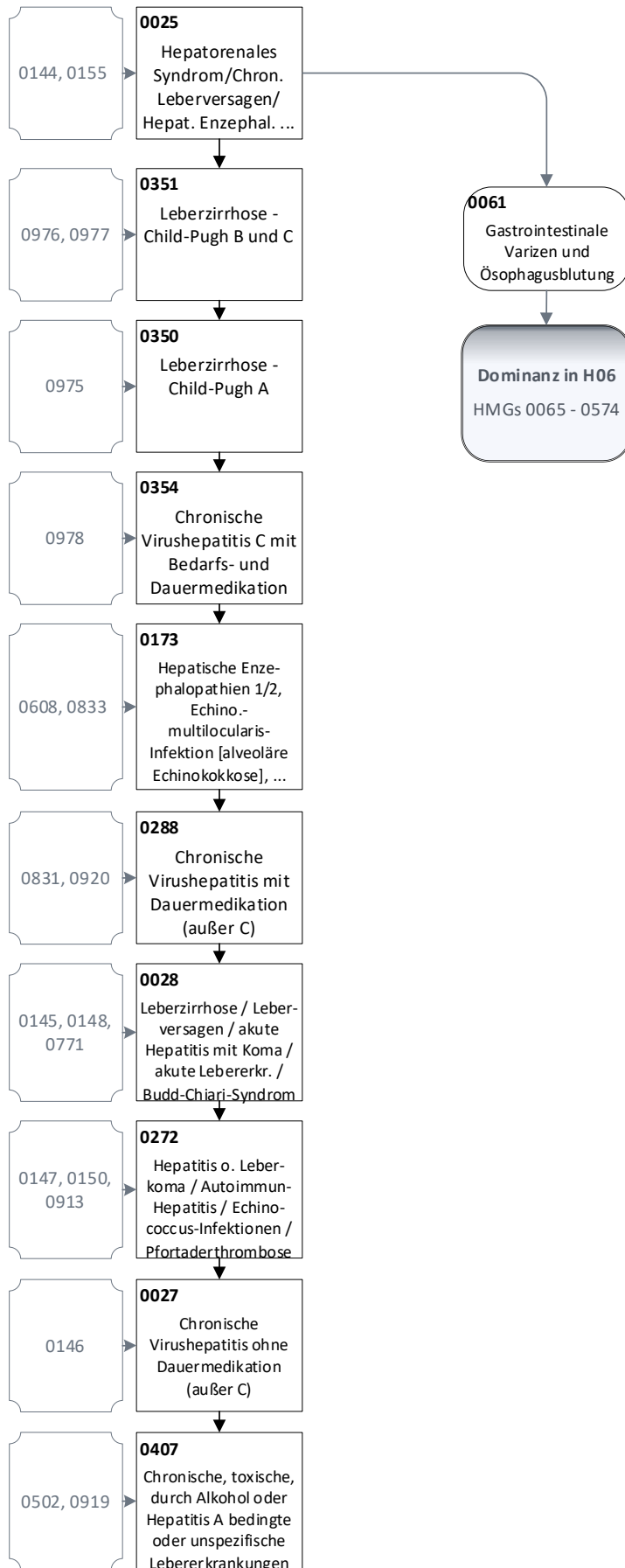
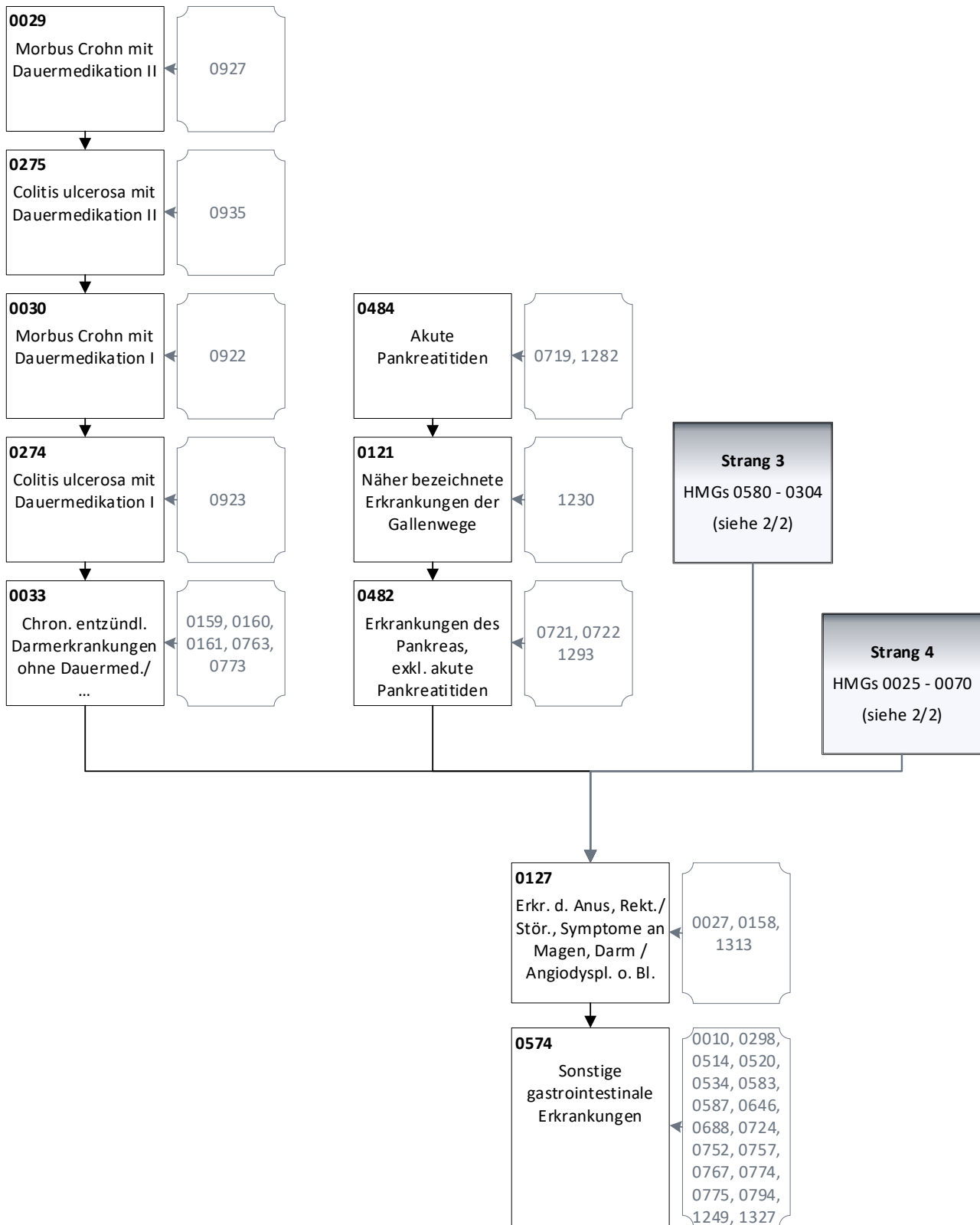


Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)



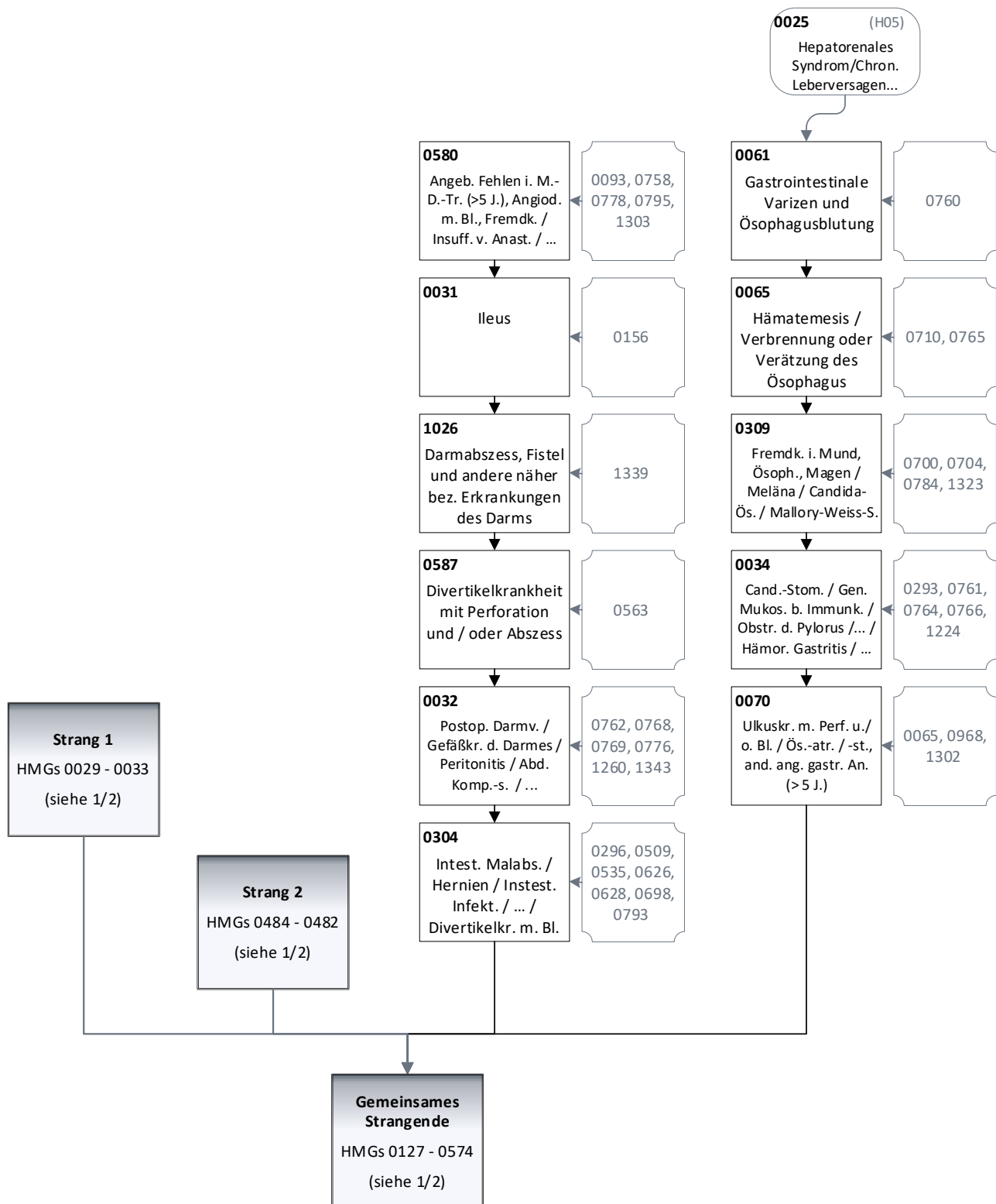
Quelle: BAS

Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)



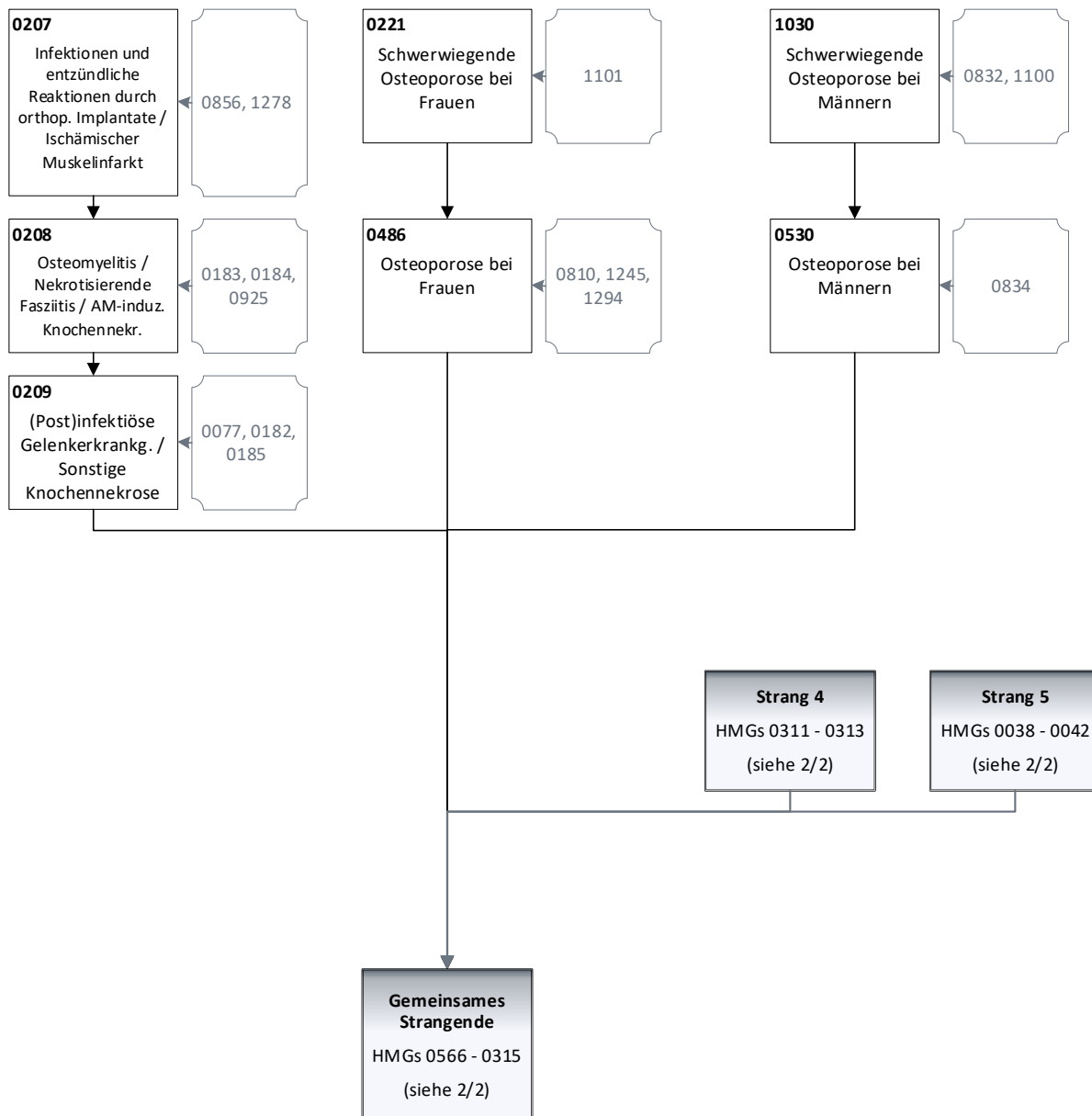
Quelle: BAS

Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)



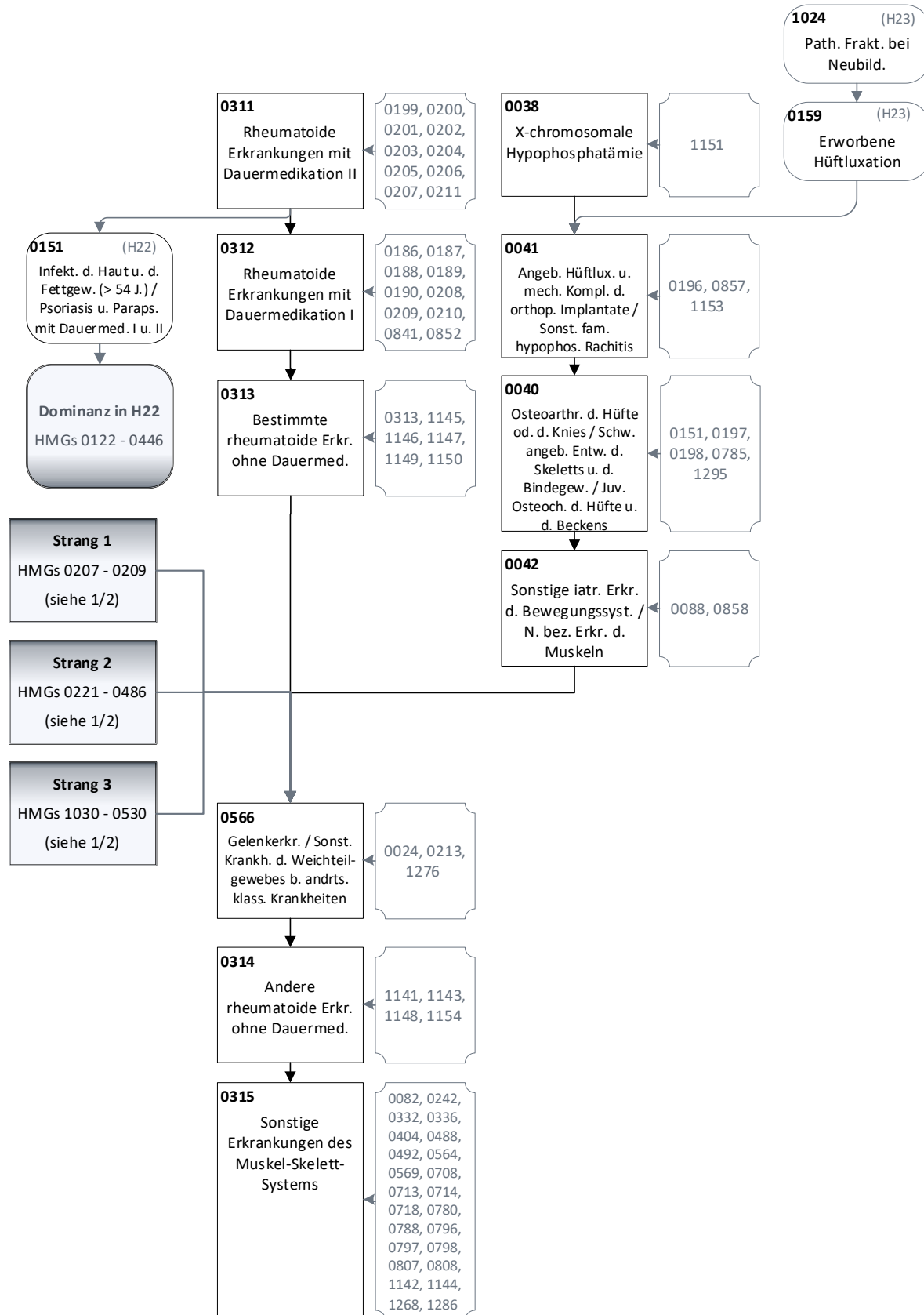
Quelle: BAS

Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)



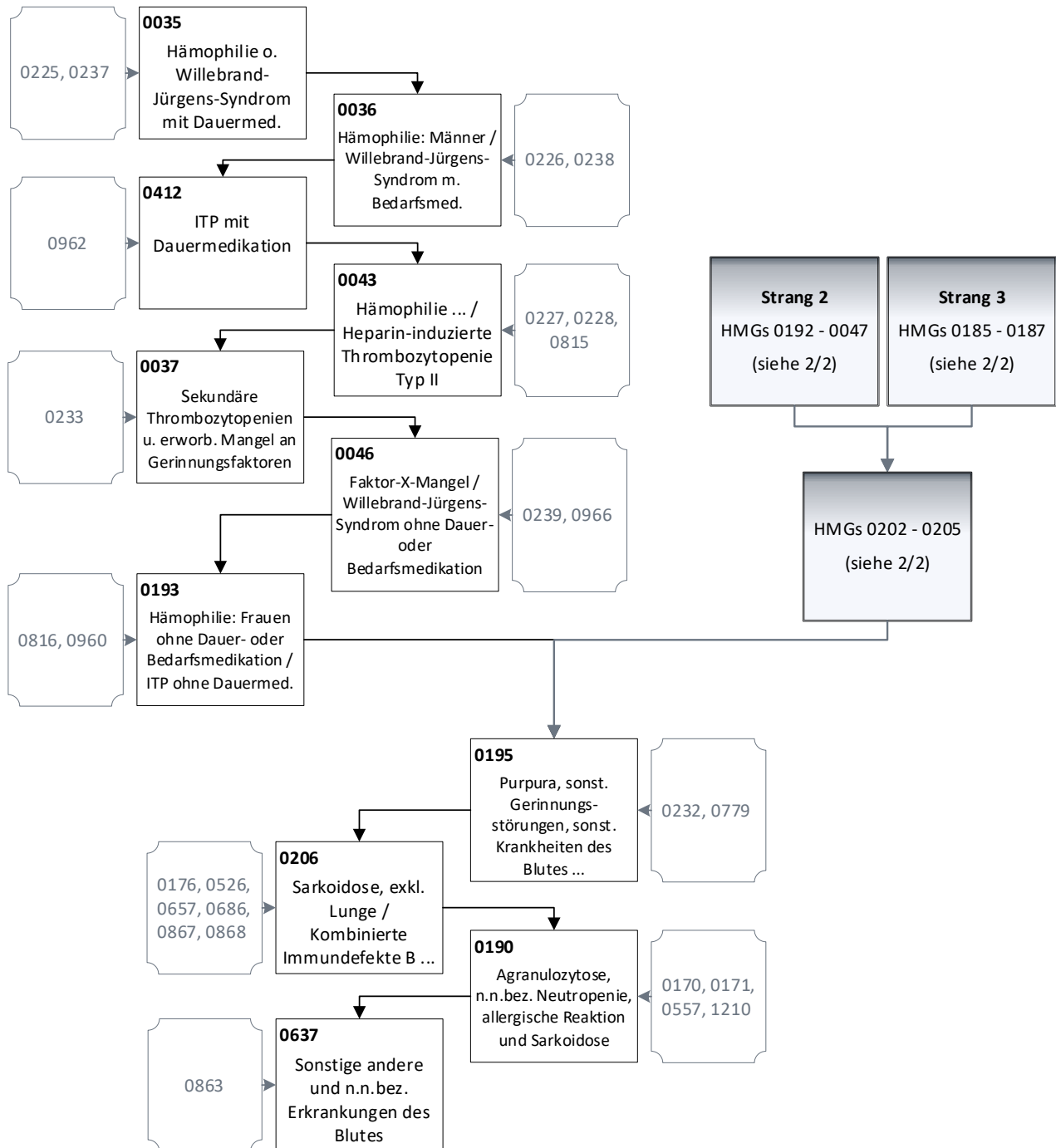
Quelle: BAS

Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)

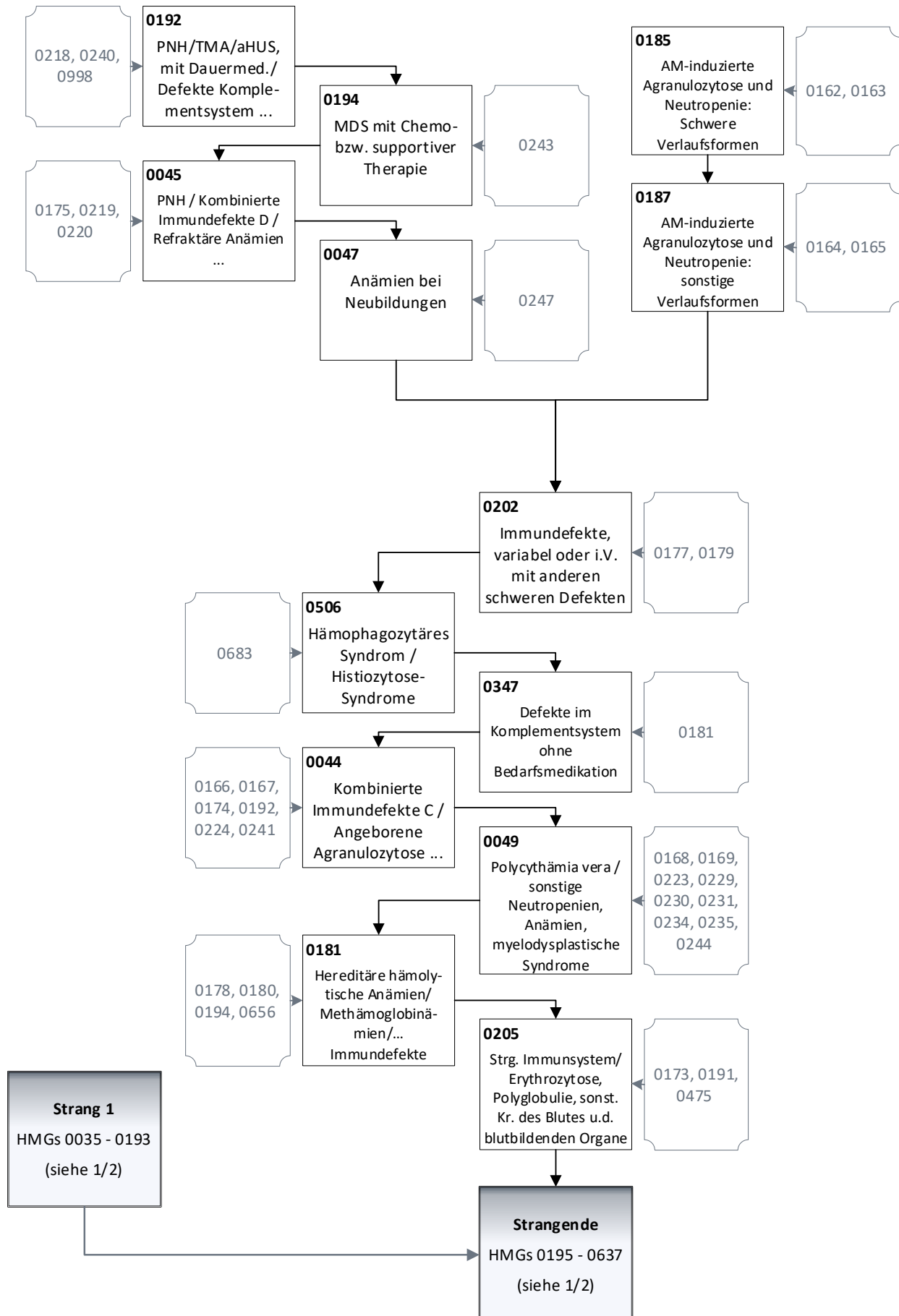
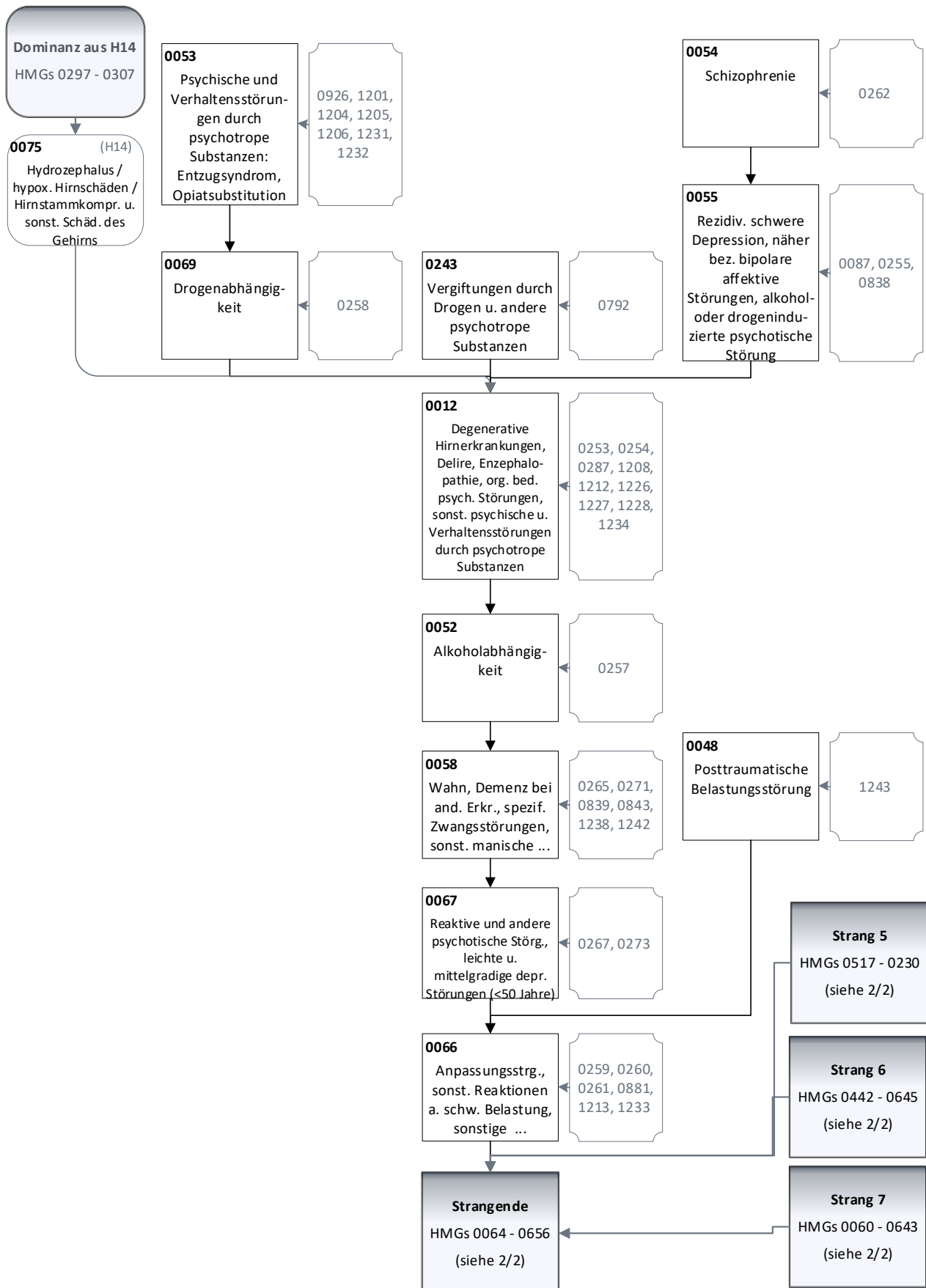
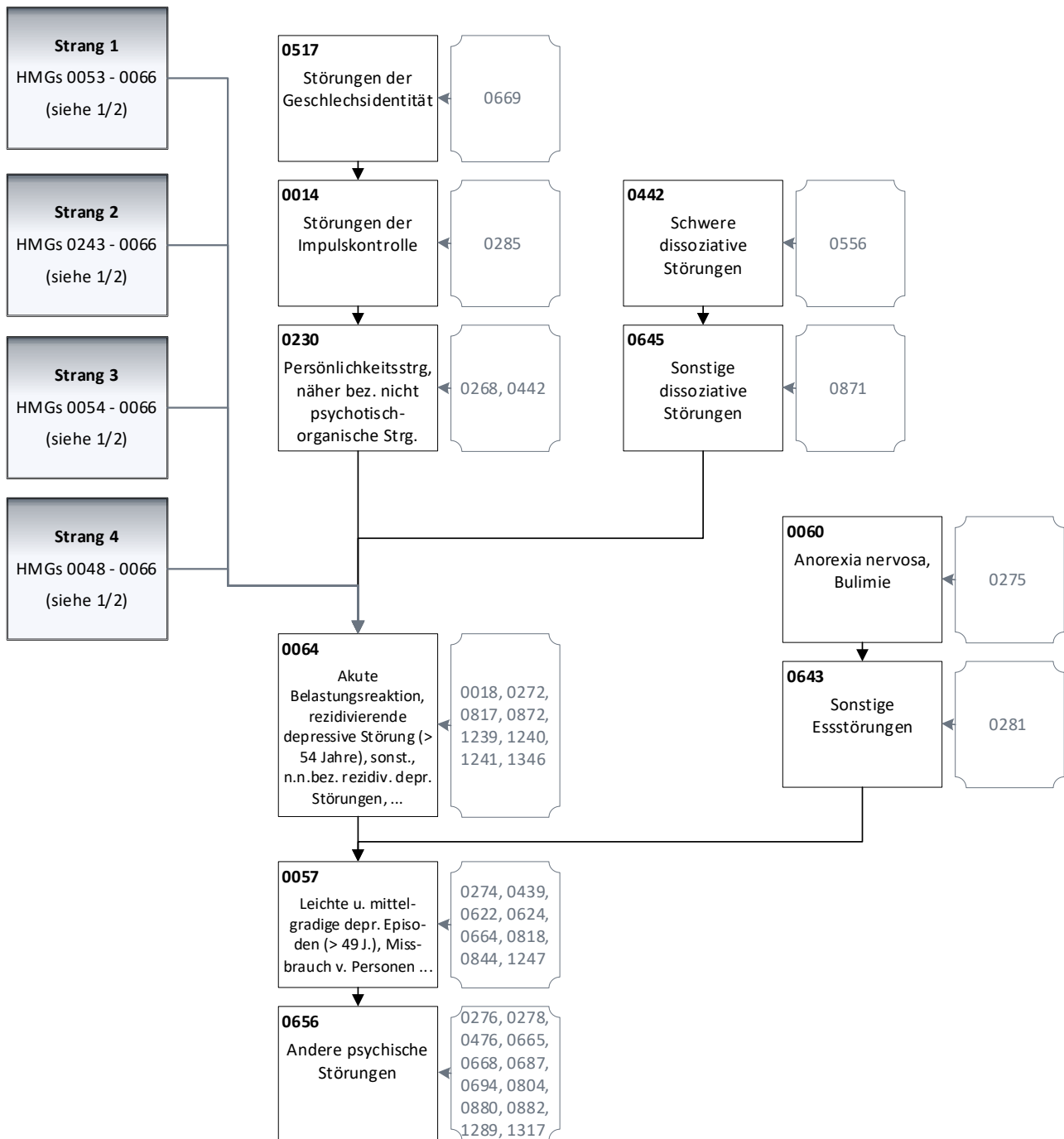


Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)



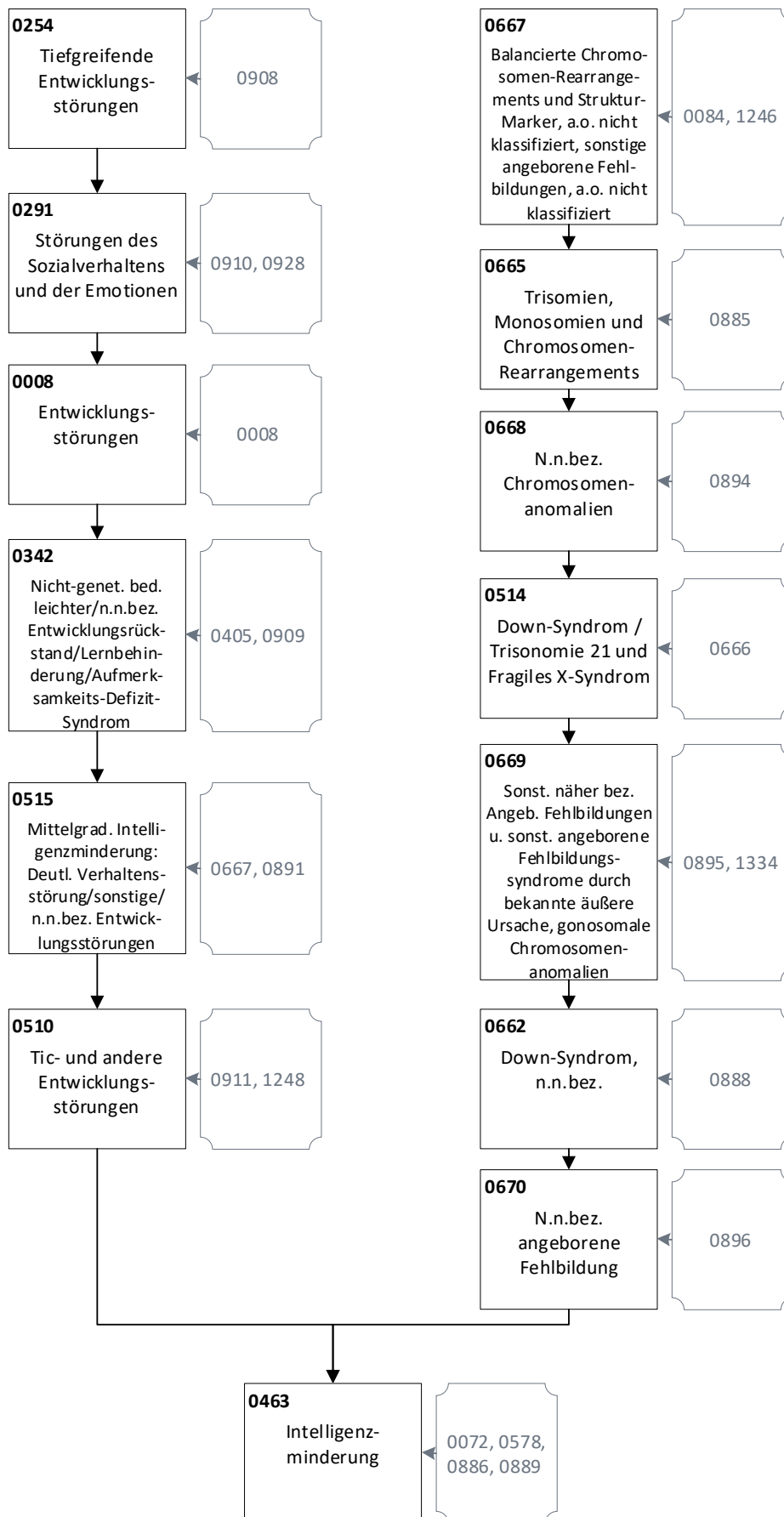
Quelle: BAS

Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)



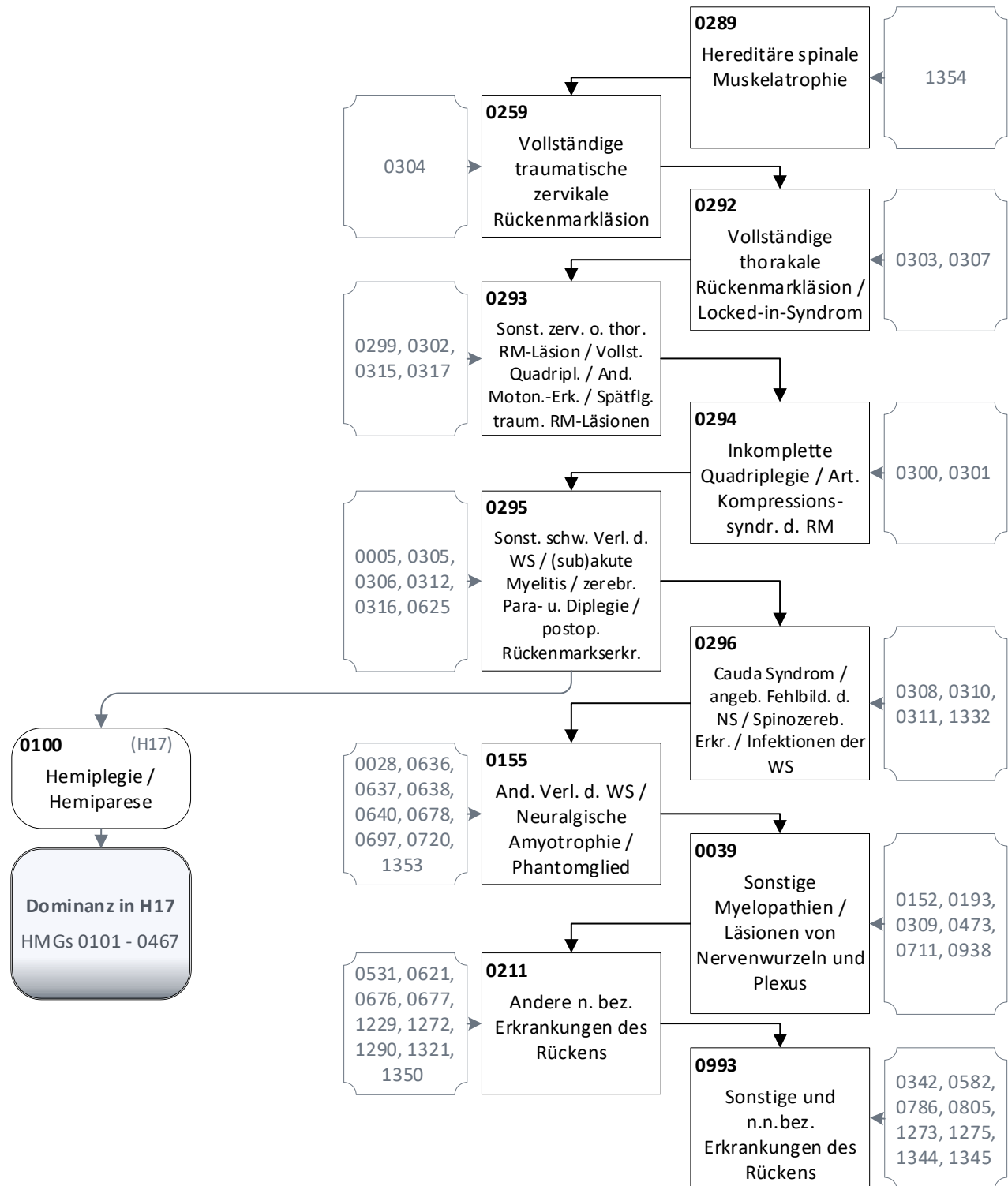
Quelle: BAS

Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)



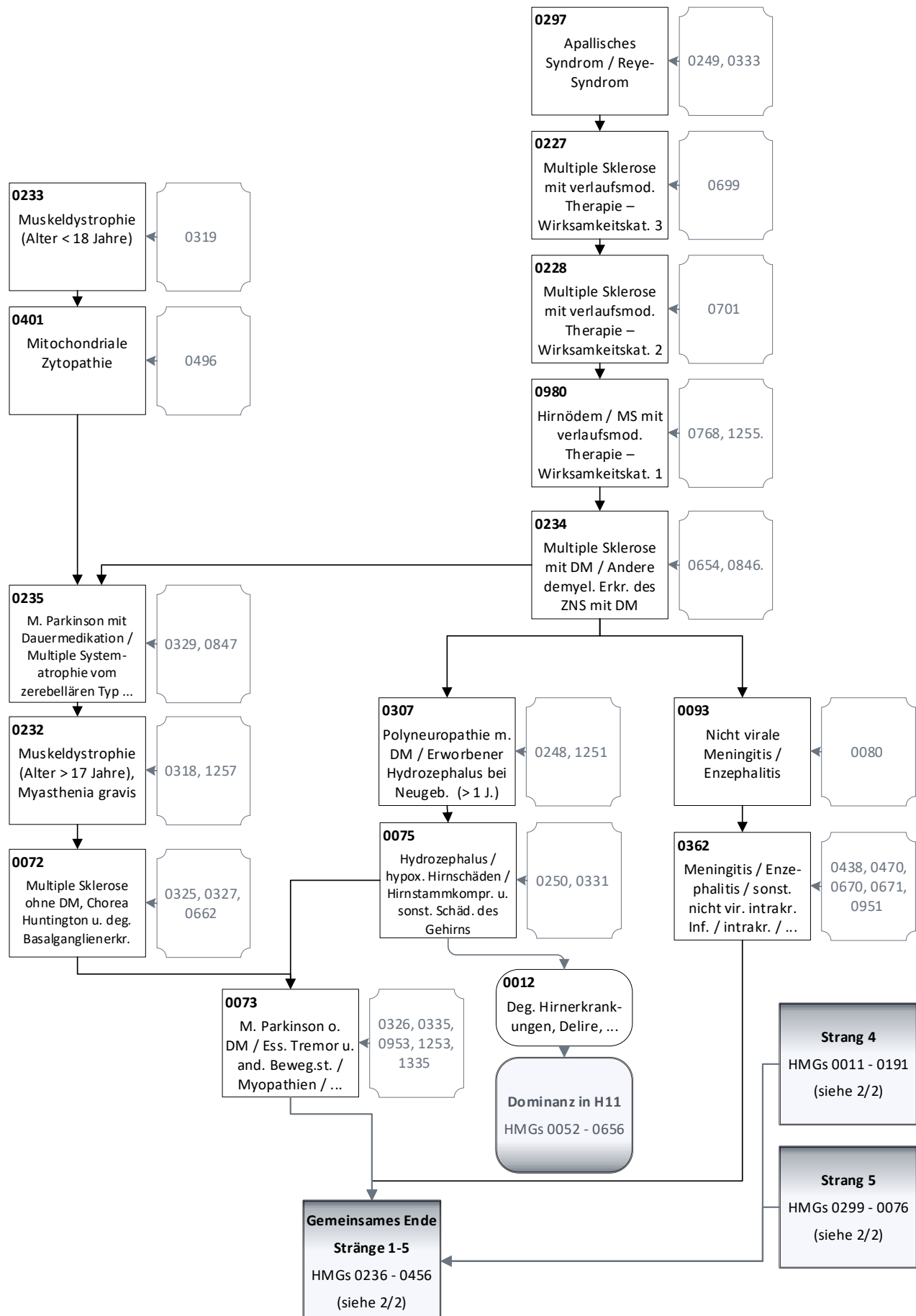
Quelle: BAS

Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen des Rückenmarks“ (1/1)



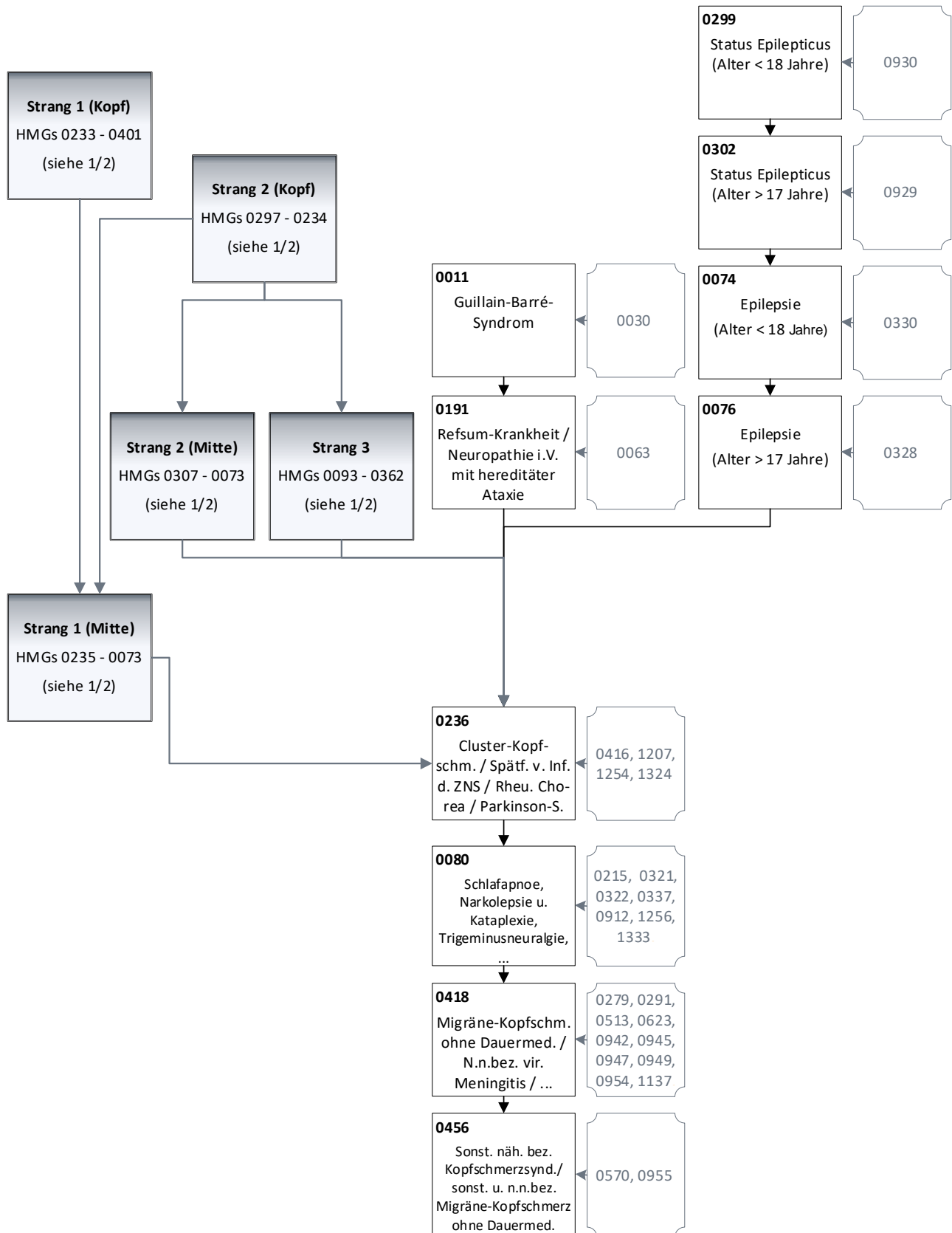
Quelle: BAS

Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)



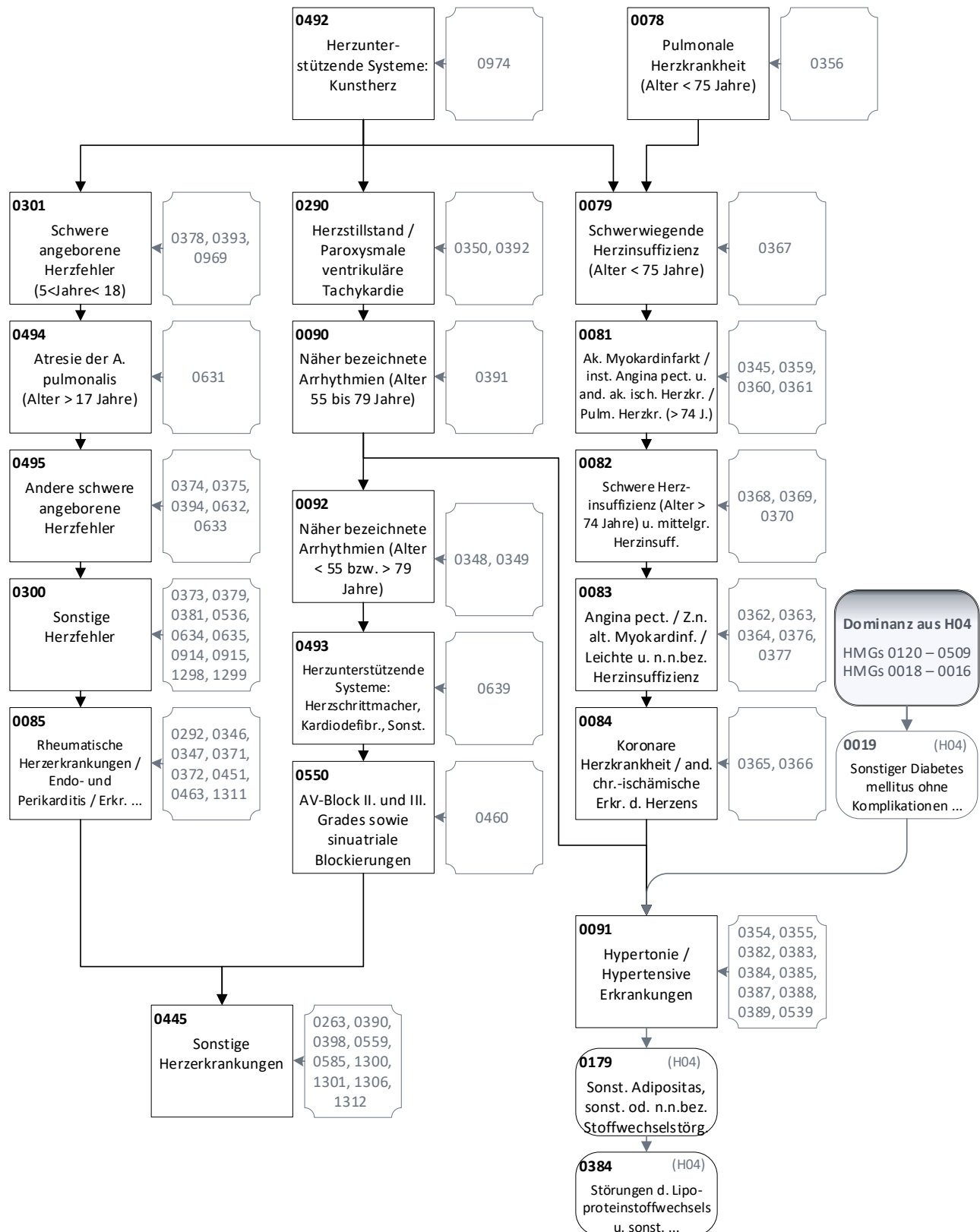
Quelle: BAS

Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)



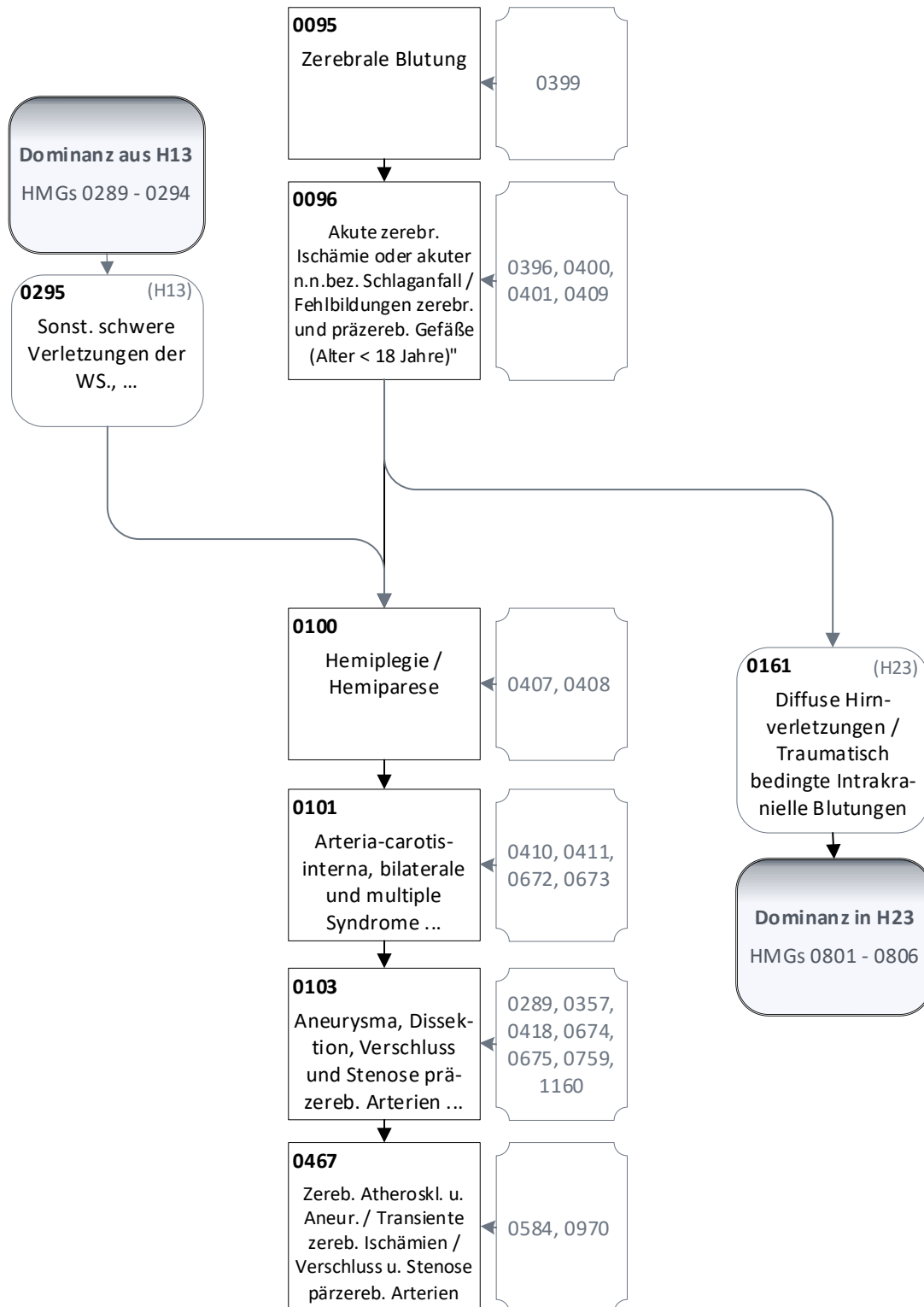
Quelle: BAS

Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1)



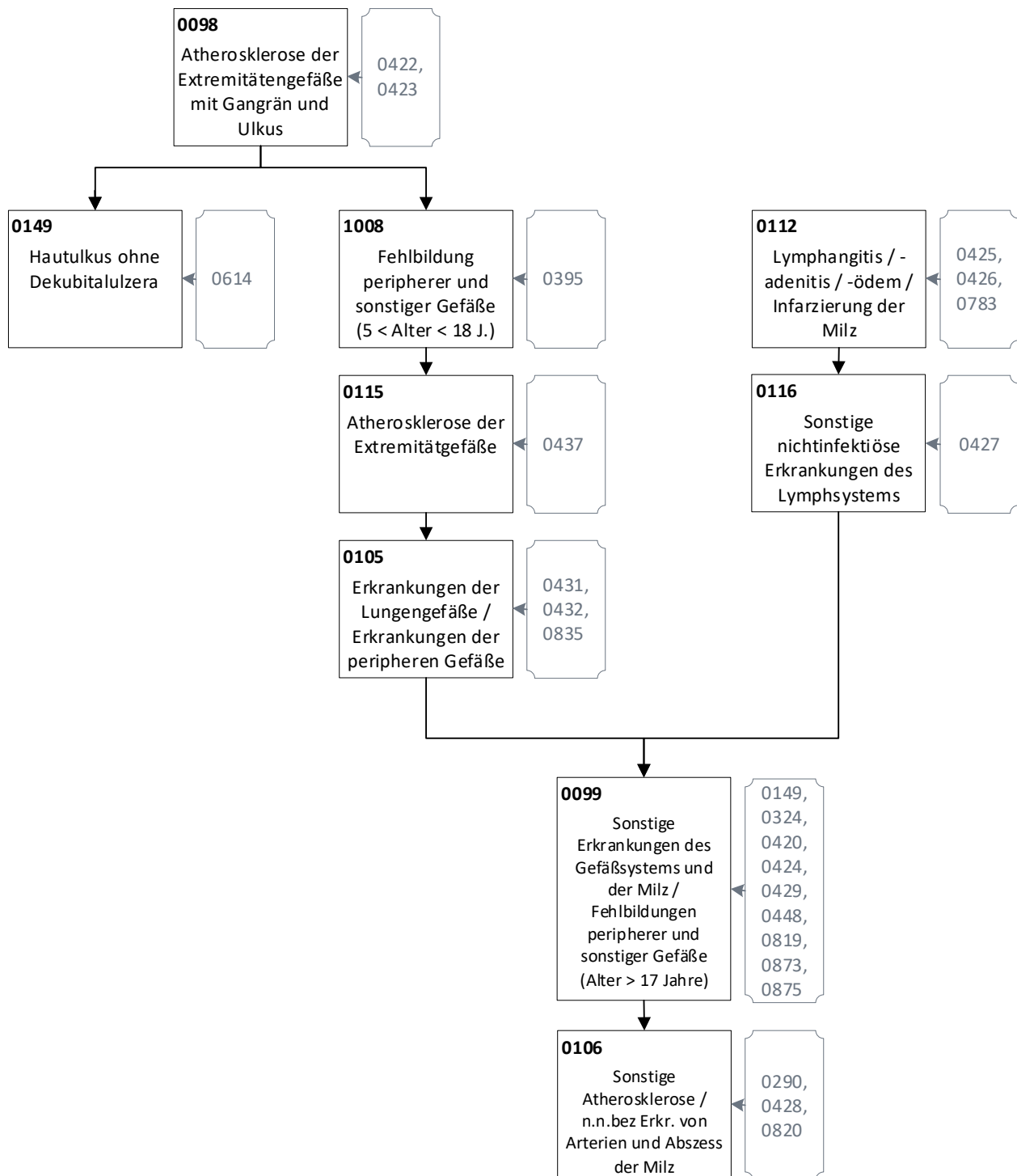
Quelle: BAS

Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)



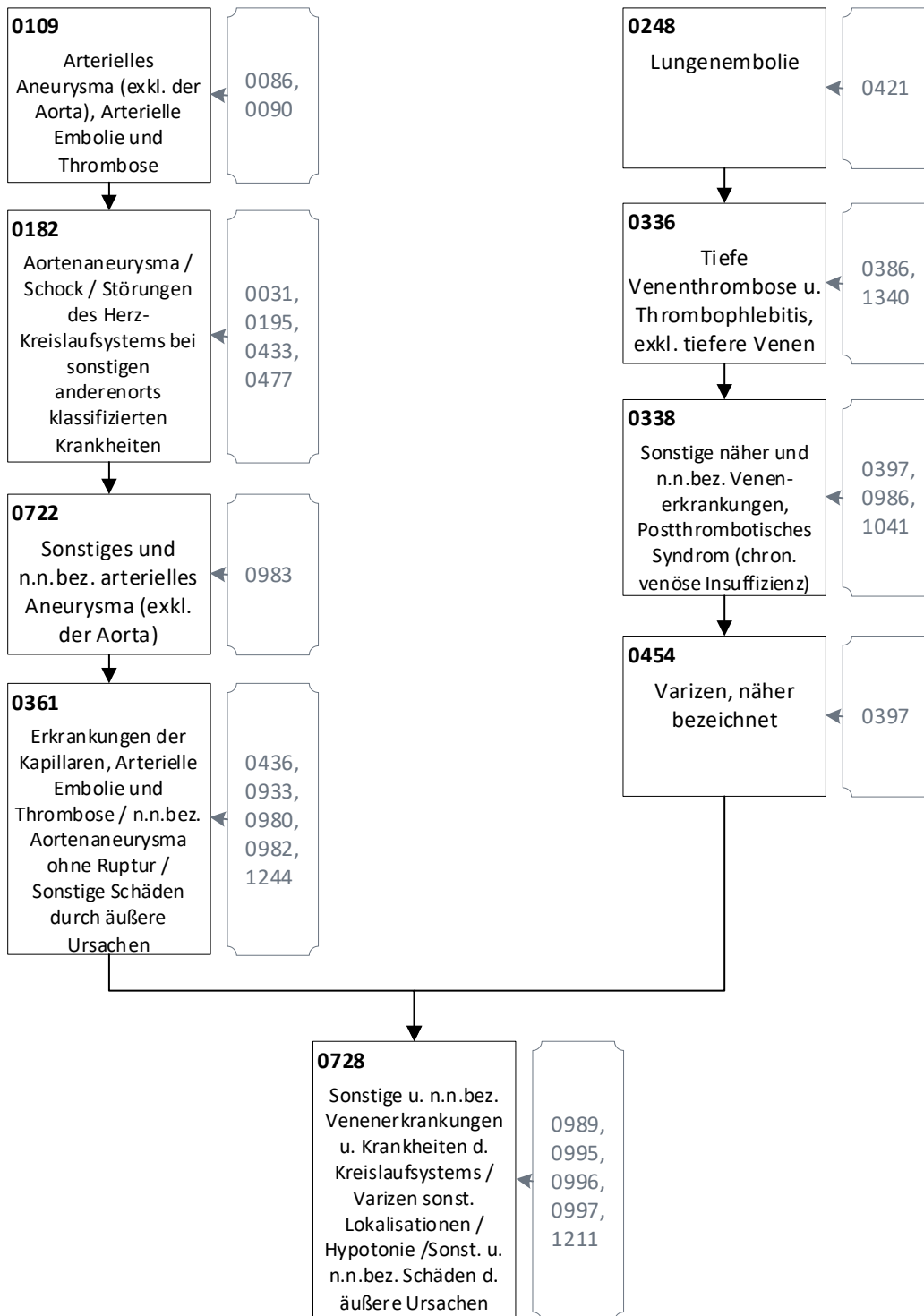
Quelle: BAS

Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)



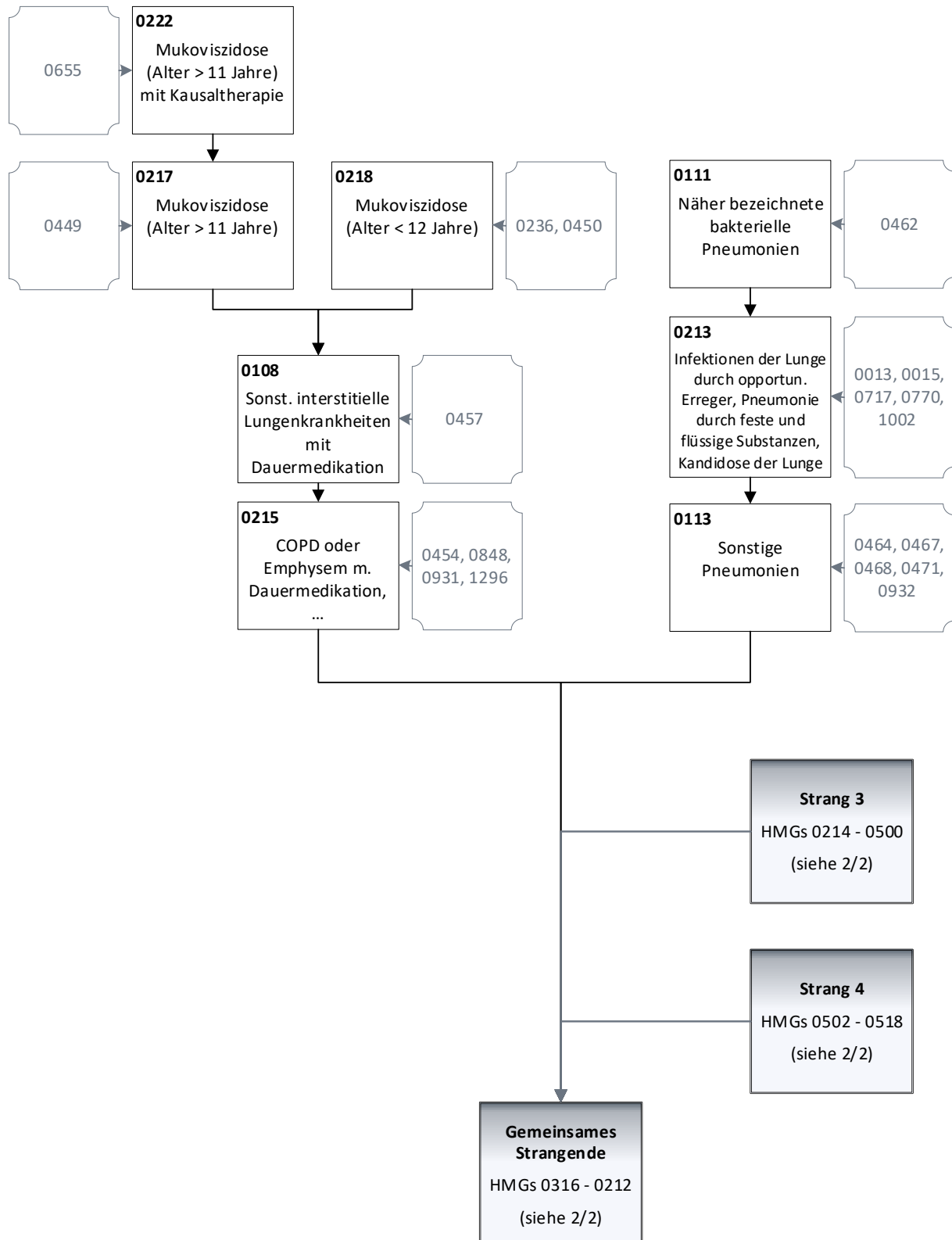
Quelle: BAS

Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)



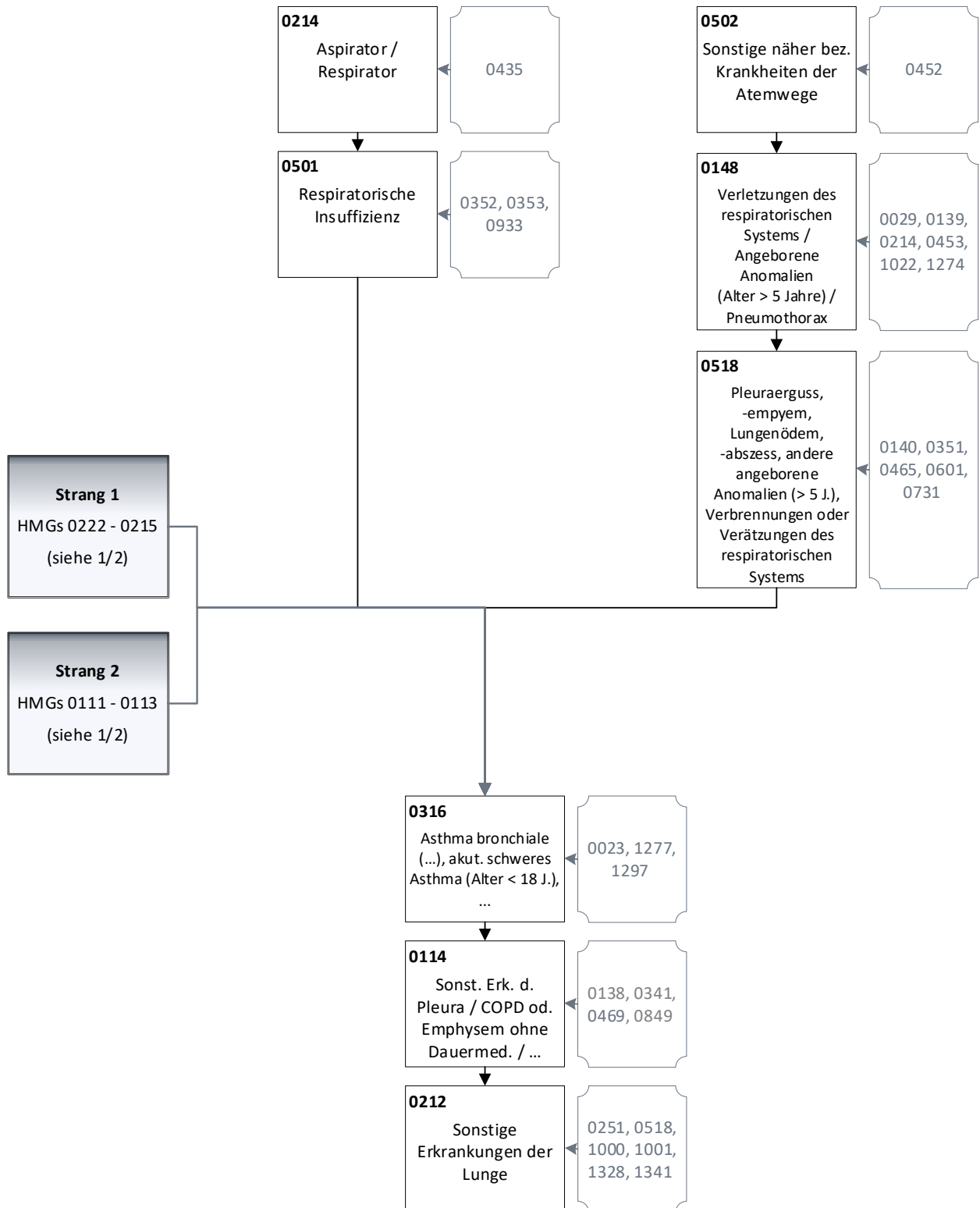
Quelle: BAS

Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)

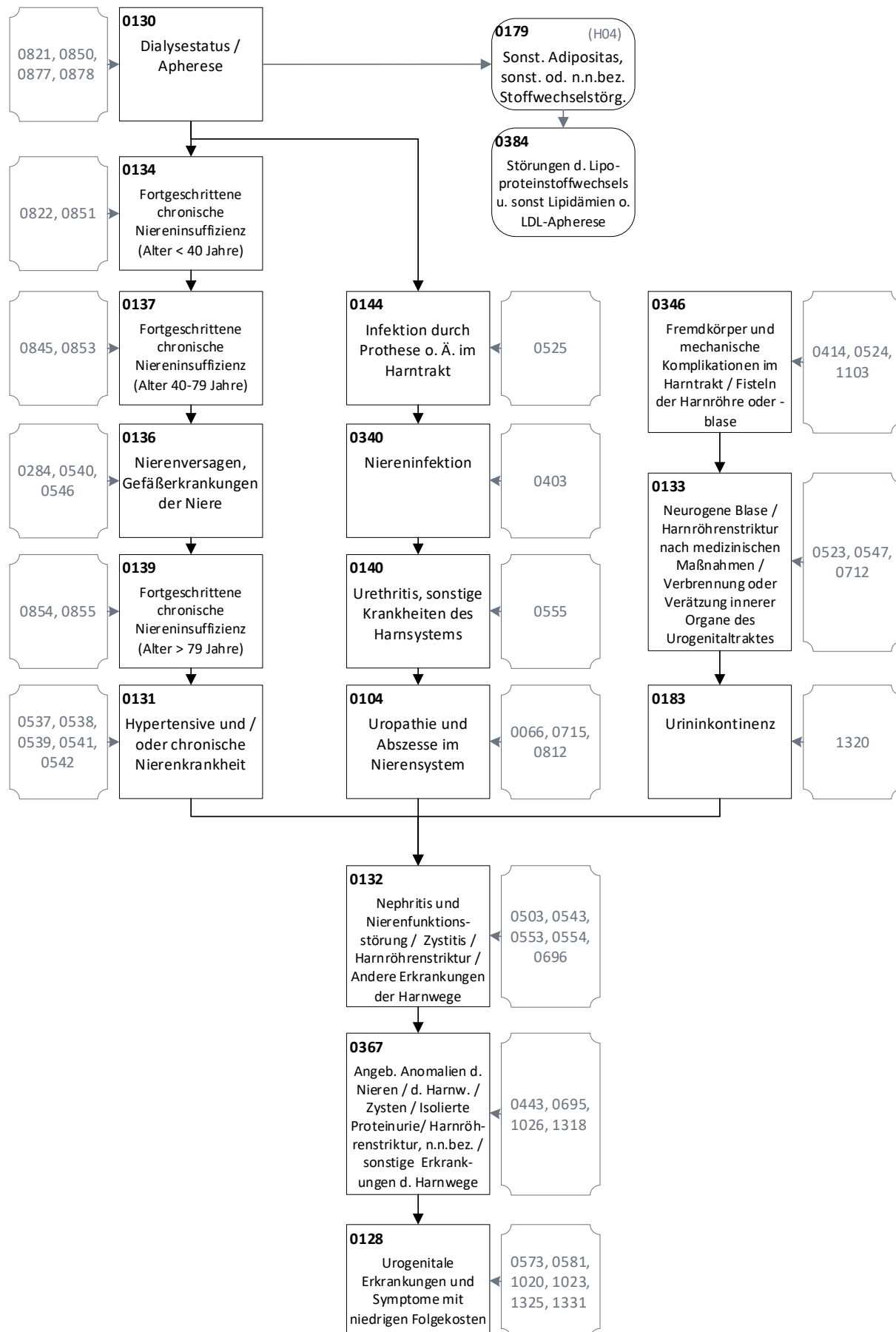
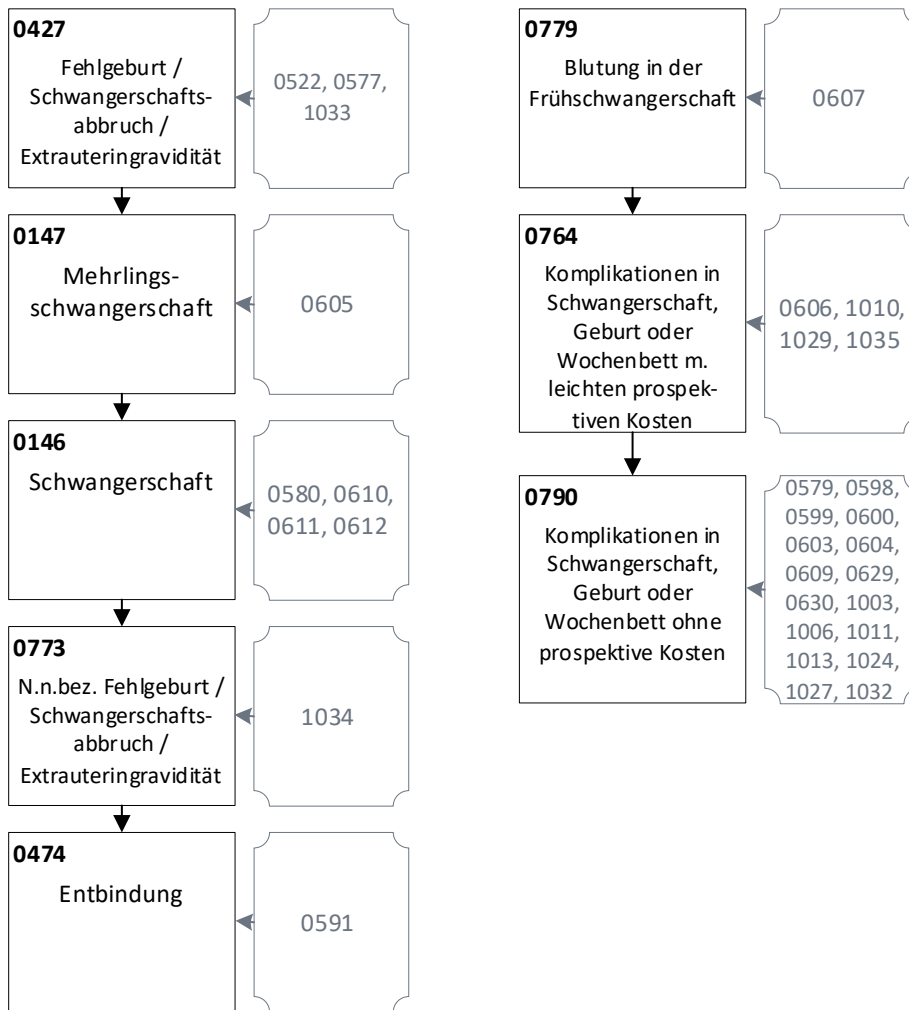
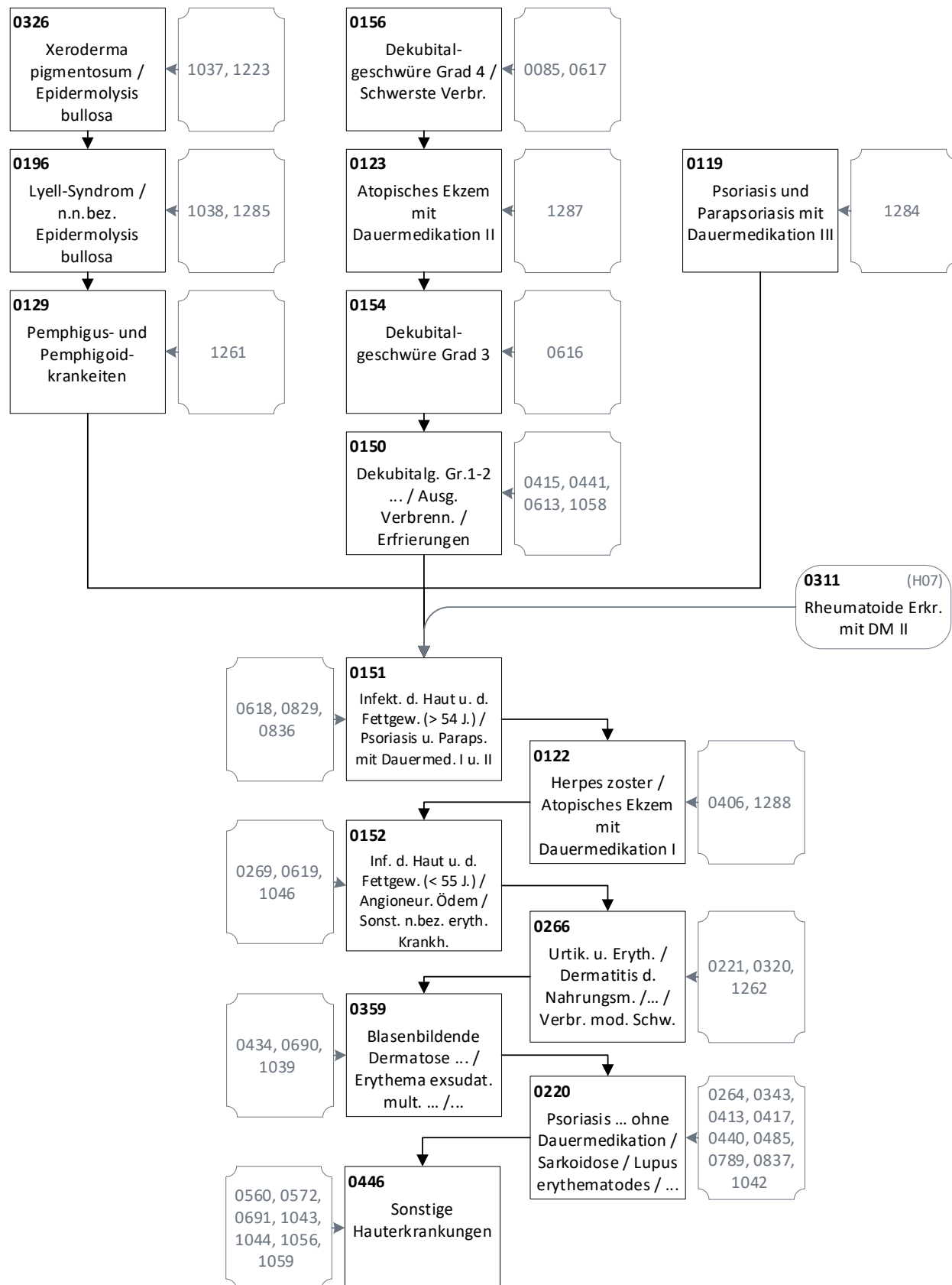


Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)



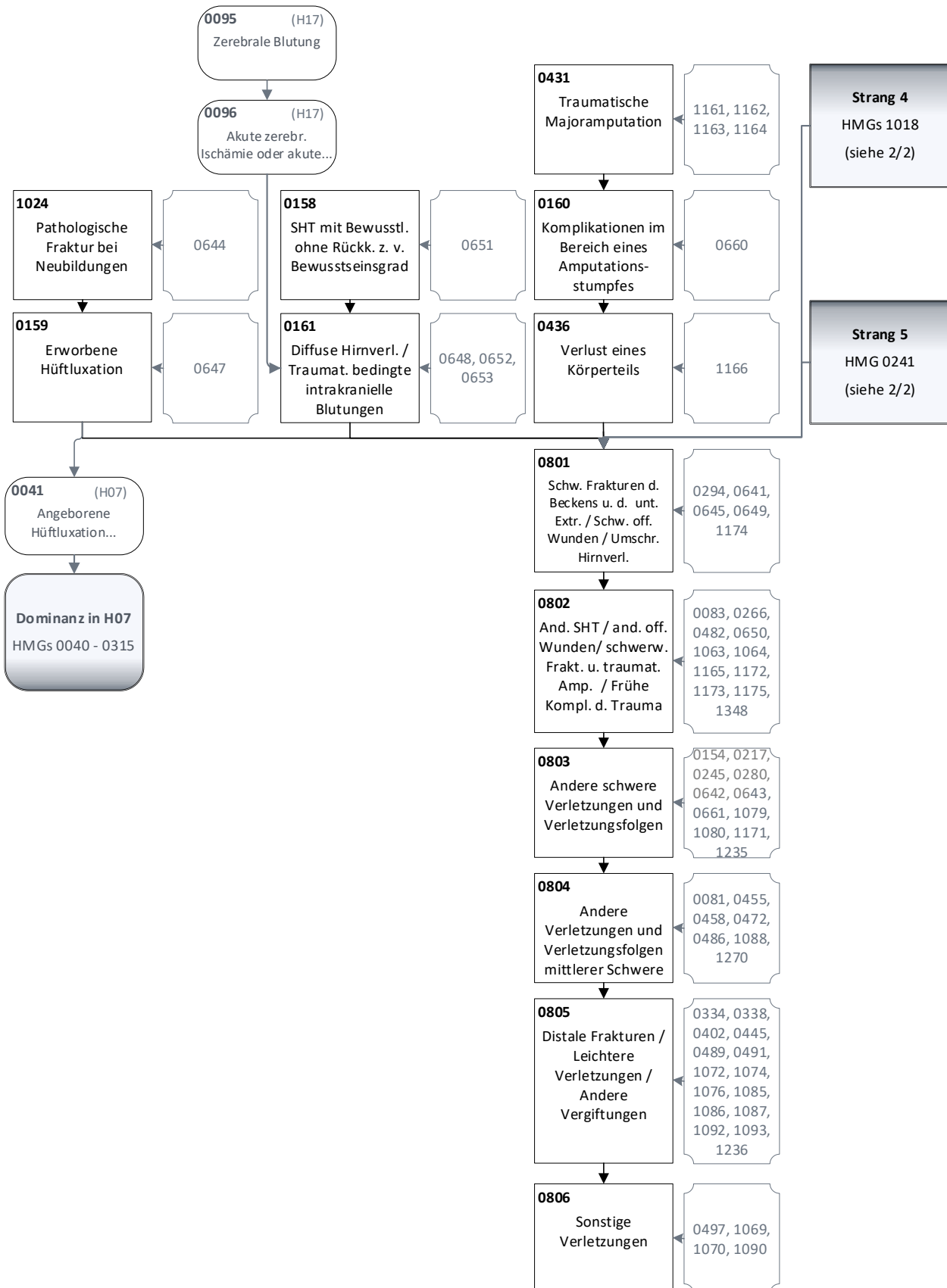
Quelle: BAS

Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)



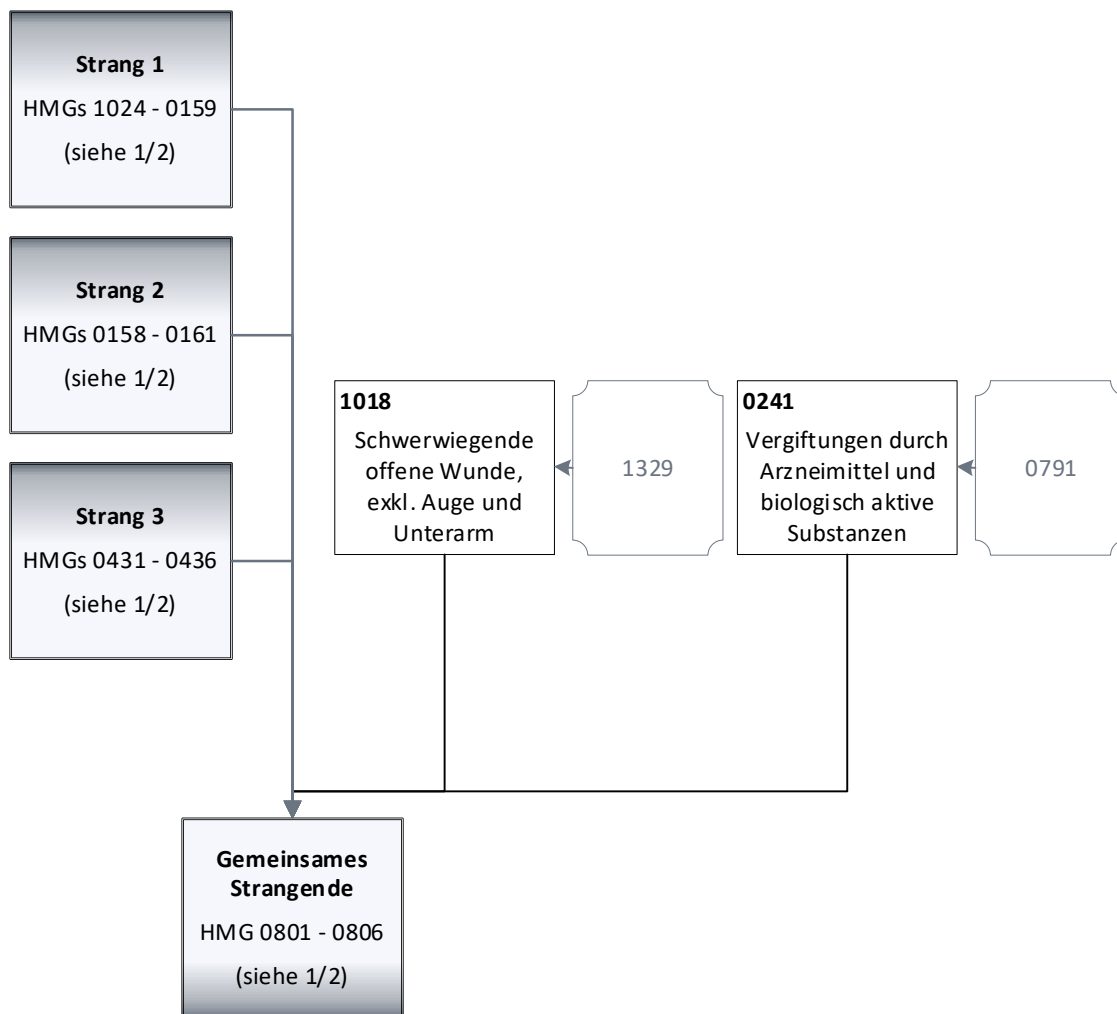
Quelle: BAS

Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)



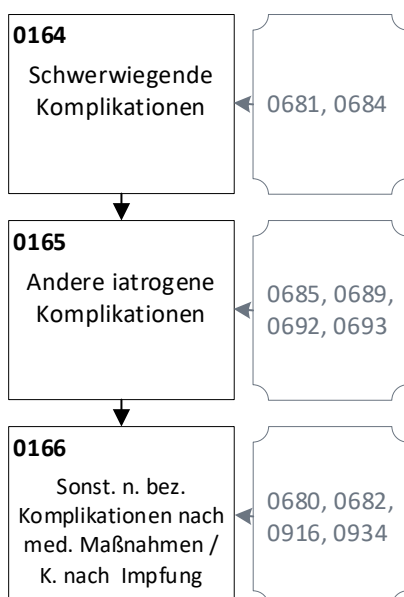
Quelle: BAS

Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)



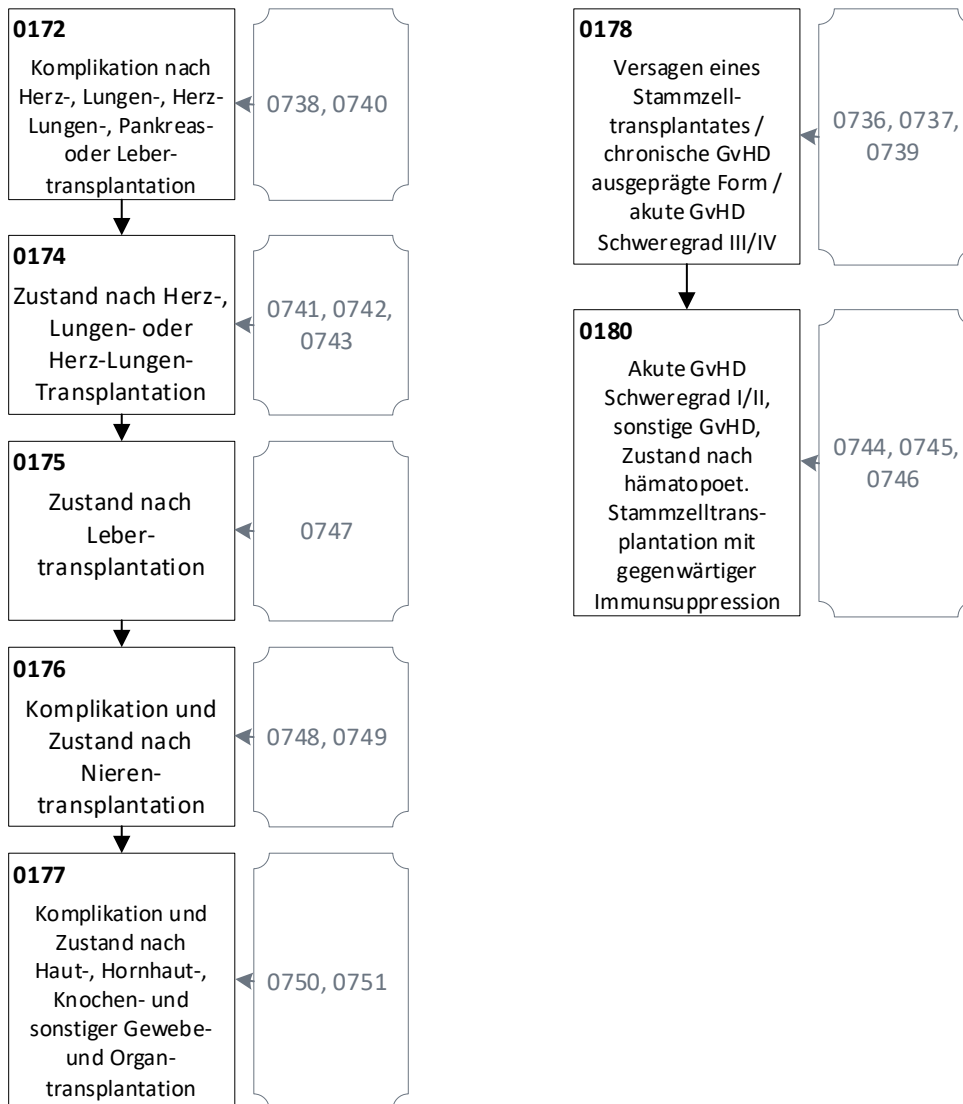
Quelle: BAS

Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)



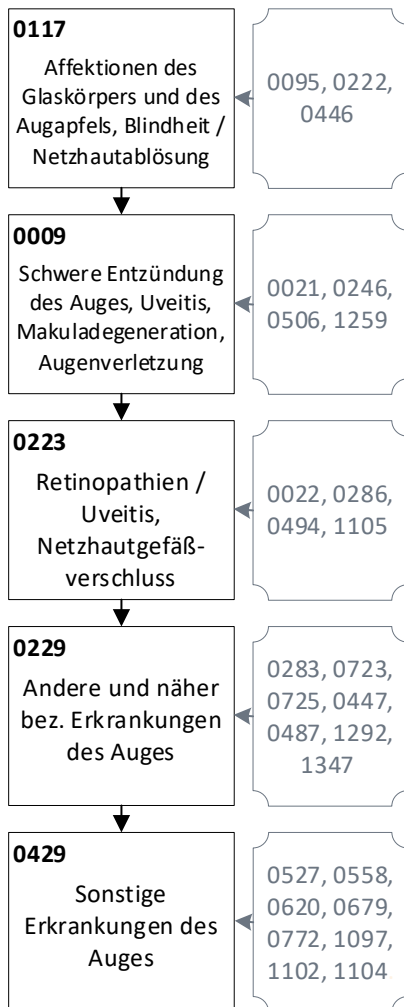
Quelle: BAS

Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)

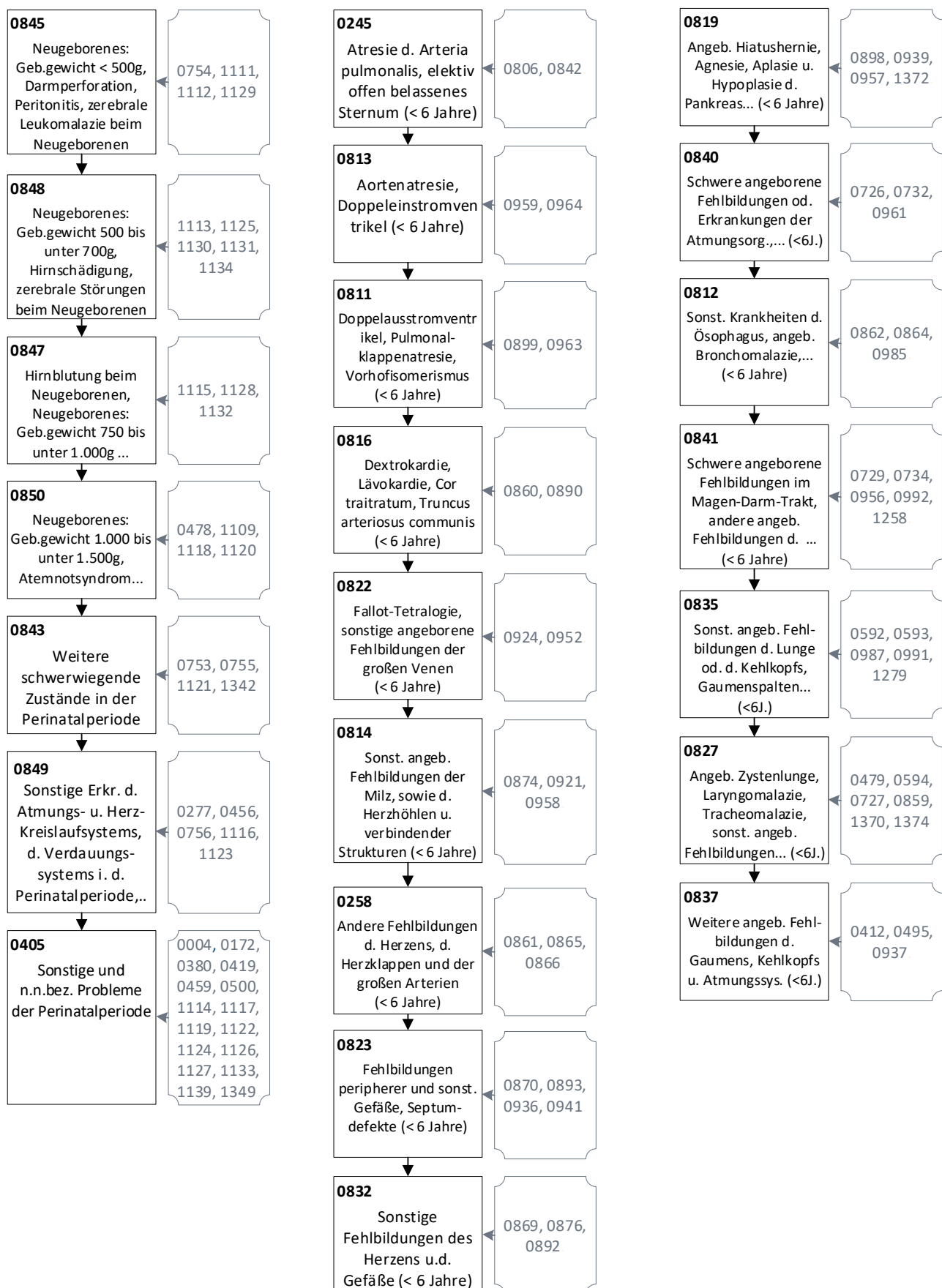
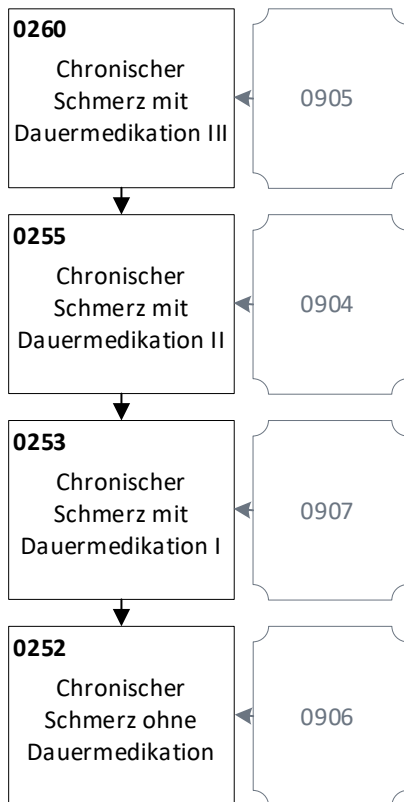
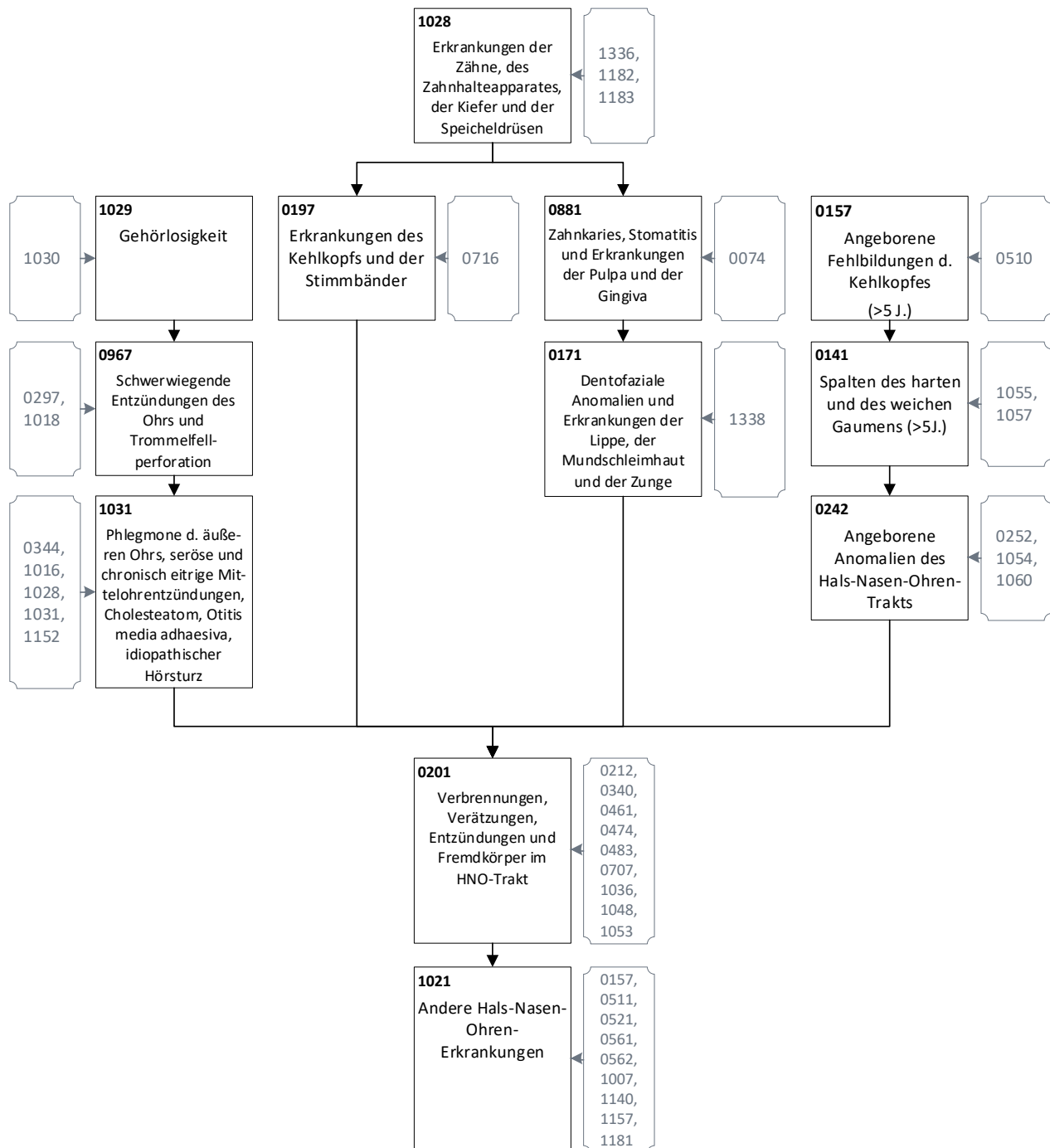


Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)



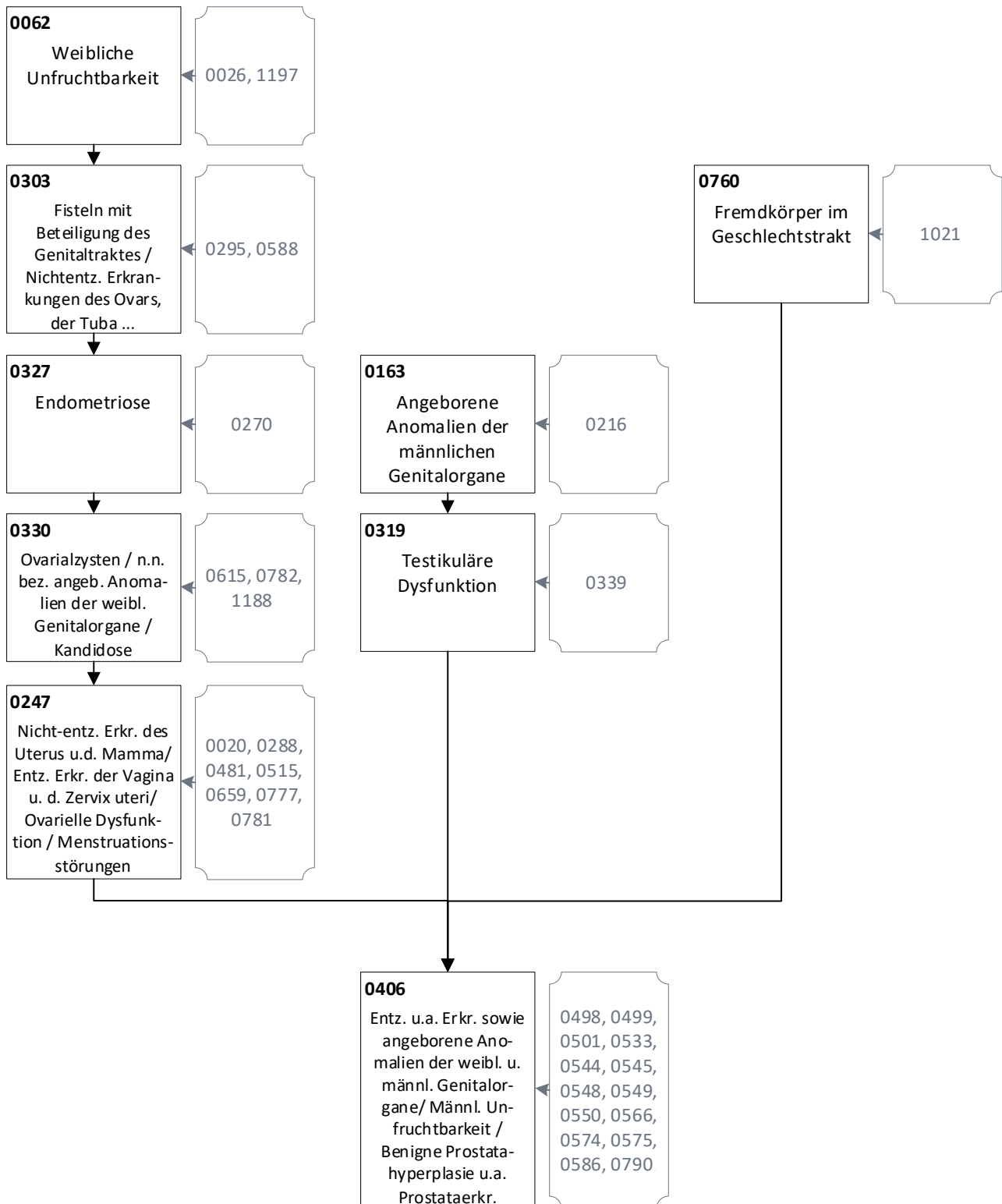
Quelle: BAS

Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS