

Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells
im Risikostrukturausgleich (RSA)

Stellungnahme des BKK Dachverband e.V.

Anhörung des Bundesamtes für Soziale Sicherung zum Entwurf der
Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2025

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Anmerkungen zur Durchführung der Anhörung	2
3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf	3
3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besondere Bedeutung	3
3.1.1. Einführung einheitlicher und transparenter Entscheidungskriterien.....	4
3.1.2. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell	5
3.1.3. Arzneimittel- und Altersdifferenzierung	5
3.1.4. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel	5
3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf	6
4. Zuweisungen für Auslandsversicherte	8
4.1. Grundsätzliches.....	8
4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung	8
4.3. Bildung der Wohnlandgruppen	9
5. Berücksichtigung von Diagnosen aus Hybrid-DRGs (§ 115 f. SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung)	9
6. Zur Gestaltung der Regionalkomponente	11
7. Schlussbemerkung	11

1. Einleitung

Mit dem Festlegungsentwurf zum Versichertenklassifikationsmodells (KLM) vom 14.06.2024 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Vorschläge zur Ausgestaltung für das Jahr 2025 vorgelegt und damit das jährliche Stellungnahmeverfahren eröffnet.

Die Änderungsvorschläge des BAS im Bereich der Hierarchien des Klassifikationsmodells beschränken sich in diesem Jahr erneut auf wenige Punkte. Begründet wird dies, wie im vergangenen Jahr, mit der Belastung der Beteiligten infolge der im selben Zeitraum zu erstellenden RSA-Gutachten. Während diese Einschränkung im vergangenen Jahr noch überraschend kam, wurde sie in diesem Jahr transparent angekündigt.

Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen die regelmäßige wissenschaftliche Begleitung des RSA-Verfahrens und tragen daher auch in diesem Jahr die Einschränkung bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells mit. Da vor diesem Hintergrund allerdings nicht mit der Prüfung und Umsetzung von Vorschlägen jenseits der vom BAS angesprochenen Themenbereiche zu rechnen ist, verzichten wir in diesem Jahr auf thematisch weiterführende Anmerkungen.

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.

Der diesjährige Festlegungsentwurf konzentriert sich inhaltlich im Wesentlichen auf zwei Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, betreffend die Hierarchien 11 und 14, aus dem vergangenen Jahr. Darüber hinaus wird die Variablenauswahl im Bereich der Regionalkomponente aktualisiert: Vier Variablen werden hier durch andere ersetzt. Auch im Bereich der Auslandsversicherten werden Änderungen deutlich, beispielsweise bei der nun kompletten Umstellung der Auslandsausgaben auf Angaben der DVKA sowie einigen Anpassungen bei der Zusammensetzung der Wohnlandgruppen.

2. Anmerkungen zur Durchführung der Anhörung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen anhaltenden Einschränkungen bei der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells stellen sich für die Betriebskrankenkassen mit Blick auf die Zukunft verschiedene Fragen zum Umfang der Anpassungen, zur Schwerpunktsetzung aber auch zum Umgang mit den vorliegenden Anpassungsvorschlägen der vergangenen Jahre.

Die Aufhebung der Krankheitsauswahl im Zuge des GKV-FKG hat zunächst zu einer

starken Ausweitung der Risikogruppen geführt. Im Jahr darauf erfolgte eine großflächige Konsolidierung. Etliche Vorschläge aus dieser Zeit und davor dürften inzwischen veraltet sein. Vor diesem Hintergrund regen wir an, die aktuelle Phase verminderter Intensität bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für einen Neustart des Verfahrens zu nutzen. Diesbezüglich schlagen wir vor, sämtliche *Alt-vorschläge* 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 *Tabellenvorlagen*.

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. Wenn diese auch vorab kommuniziert würden, könnten sich die Vorschlagenden fokussieren. Dies könnte dazu beitragen, dass Vorschläge nicht mehrere Jahre auf eine Prüfung warten müssten und die Liste mit zurückgestellten Vorschlägen würde nicht so schnell wachsen.

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.

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*; denn Vorschläge, die im Juni eingebracht werden, können im laufenden Verfahren kaum noch aufgegriffen werden und sind im ungünstigsten Fall im Jahr darauf schon nicht mehr aktuell.

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.

3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf

3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besondere Bedeutung

Nachfolgend greifen wir hierarchieübergreifende Themen zum Klassifikationsmodell auf, die

wir bereits in den vergangenen Jahren adressiert hatten. Sie sollen, für den Fall festgehalten werden, dass nach Abschluss der Gutachtenphase wieder eine umfangreichere Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells geplant ist.

3.1.1. Einführung einheitlicher und transparenter Entscheidungskriterien

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. Für eine ausführlichere Darstellung verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2024. Im Zentrum stehen für uns folgende Punkte:

- Festlegung allgemeiner Schwellenwerte für Änderungen der Gütemaße (Allgemeine Relevanzschwelle? Bis zu welchen Werten können qualitative Argumente geringfügige quantitative Verschlechterungen bei den Gütemaßen überwiegen?) Die Abwägungen hierzu erfolgten bisher durchaus unterschiedlich.
- Einheitliche qualitative Bewertungskriterien (Checkliste) bei der Überprüfung des Klassifikationsmodells. Wir verweisen hierzu nochmals auf die von uns skizzierte Checkliste aus dem vergangenen Jahr:
 - Gibt es neue Arzneimittel, deren Zulassung im Datenzeitraum liegt und die für eine Validierung in Frage kommen?
 - Welche zugelassenen medikamentösen Therapien werden für die jeweilige Erkrankung in den Leitlinien empfohlen? Welche Leitlinien wurden zugrunde gelegt (mit Quellenangabe)?
 - Sind die in den Quellen genannten Arzneimittel in der Aufgreifliste enthalten?
 - Werden die, in den Regelwerken (ICD-10 GM, Orphanet) definierten, korrekten Diagnosecodes für das Aufgreifen der Krankheit verwendet?
 - Werden alle hier genannten Diagnosen für das Aufgreifen der Krankheit verwendet?
 - Sind die Schwerpunktsetzungen und ICD-Abgrenzungen (der Hierarchien, HMG, DxG) vor dem Hintergrund der ICD-Systematik nachvollziehbar? Dies ist vielfach nicht der Fall. So finden sich beispielsweise die ICD-Endsteller der Syphilis in drei verschiedenen Hierarchien.
 - Gibt es statistisch auffällige HMG-Kombinationen mit Über- oder Unterdeckungen?
 - Wenn ja: Liegen medizinische Gründe für die auffälligen HMG-Kombinationen vor?
 - Ist eine Zusammenlegung machbar oder müssen Dominanzbeziehungen neu oder anders gesetzt werden?

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, um die Modellwirkungen auf multimorbide Versicherte verschiedenen Alters einzuschätzen.
- Veröffentlichung der *Fallzahlen und Kostenschätzer* unter Berücksichtigung von *Hierarchieverletzungen und der Nullsetzung* negativer Werte in elektronischer Form als Excel-Datei, um die Berechnungen des BAS auch auf eigenen Daten nachvollziehen zu können.

3.1.2. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell

Die Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität bleibt aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein zentrales Thema für die künftige Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells. 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. Als Grundlage dafür sollten dann die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes aus den vergangenen Jahren durch den GKV-Spitzenverband oder das BAS aktualisiert werden. Die offenen Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu weiteren Hierarchiezusammenlegungen unterstützten wir ausdrücklich. Zu weiteren konkreten Ansatzpunkten verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2024. Auch Interaktionsterme können aus unserer Sicht ein geeignetes Mittel sein, um Multimorbidität zu berücksichtigen, insbesondere wenn eine Hierarchiezusammenlegung nicht möglich ist.

3.1.3. Arzneimittel- und Altersdifferenzierung

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.

3.1.4. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel

Im vergangenen Jahr hatten wir zwei häufiger vorkommende Probleme mehrdeutiger Zuordnungen im Klassifikationsmodell angesprochen:

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. So kann beispielsweise die Verordnung eines NSARs zu einer gleichzeitigen Zuweisung bei Osteoarthritis (DxG 197/198 mit der HMG0040),

Gicht/Arthritis urica mit Bedarfsmedikation (DxG1154 mit der HMG0314), sowie Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation (DxG1256 mit der HMG0080) führen. Ein ähnliches Bild zeigt sich u.a. bei der Arzneimittelgruppe der Betablocker. Die Problematik ließe sich z.B. durch die Anwendung des pyramidalen Systems lösen.

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. Dies könnte z.B. durch eine entsprechende Anpassung der Hierarchisierung oder aber der Zusammenlegung verschiedener DxGs aus verschiedenen Hierarchien in eine HMG behoben werden. Ein Beispiel hierfür wäre Psoriasis (ICD L40 ohne L40.5) und Psoriasis-Athrophathie (ICD L40.5) die in unterschiedliche Hierarchien (Hierarchie 22 und 7) münden.

Wir bitten darum, die beiden Problemfelder aufzugreifen, wenn wieder intensiver am Modell gearbeitet wird.

3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf

Zu den Hierarchien 11 und 14, die im Fokus des Festlegungsentwurfs zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 stehen, haben wir nachfolgende Anmerkungen. Darüber hinaus verweisen wir auf die beigefügten Einzelvorschläge in Tabellenform (Anlage).

Hierarchie 11 - „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

DXG 926 Opiatsubstitution

Bei der DXG 926 Opiatsubstitution schlagen wir folgende Anpassung der validierenden Arzneimittel vor:

- 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.

Die Verordnung von opioidhaltigen Analgetika nach unserer Auffassung nicht validierend für die DxG 926 Opiatsubstitution gelten.

Zur Berücksichtigung der „Tabak-ICDs“ F17

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, würden wir vorschlagen, 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.

Zudem sehen wir die Gefahr, dass eine Berücksichtigung der nicht enthaltenen F17-Endsteller in den Folgejahren erhebliche Fallzahlsteigerungen (Mehrkodierungen) nach sich ziehen könnte – ähnlich, wie dies bei Adipositas und Chronischem Schmerz bereits der Fall war, nachdem diese in das RSA-Verfahren aufgenommen wurden. 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.

Die Erweiterung um die derzeit nicht im Klassifikationsmodell enthaltenen Endsteller des ICD-Code F17 sollte nach unserer Auffassung nicht ohne Prüfung der genannten Punkte und die Möglichkeit zur Diskussion der Ergebnisse umgesetzt werden.

Hierarchie 14 - „Neurologische Erkrankungen“

Wir begrüßen ausdrücklich die erweiterte Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose. Die Übernahme der Wirkamkeitskategorien 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 Wirkamkeitskategorie und auch teilweise in der DxG 846 entspricht der fortwährenden Tendenz zu hochspezifischen Therapien, die bestimmten Krankheitsbildern klar zugeordnet werden können und bildet dies entsprechend gut ab. 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.

4. Zuweisungen für Auslandsversicherte

4.1. Grundsätzliches

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) reformierte in den zurückliegenden Jahren den Ausgleichsmechanismus für Auslandsversicherte grundlegend. Strukturgebend war das Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (EsFoMed et al. 2019).

In den Stellungnahmen zu den Entwürfen der Versichertenklassifikationsmodelle 2023 und 2024 bestätigen die Betriebskrankenkassen das Vorgehen des BAS und regten lediglich geringe Anpassungen an (z. B. veränderter Zuschnitt einer Hochkostengruppe im Ausgleichsjahr 2023). Das BAS bewertete die von Verfahrensbeteiligten eingebrachten Anmerkungen sehr weitgehend. Letztlich verblieben nur wenige Themen, die nun aber erneut aufgegriffen werden, dazu zählen die Sonderberücksichtigung Großbritanniens, die willkürlich gegriffene Grenze von 1.000 Versicherten, die für die Bildung einer eigenen Wohnlandgruppe herangezogen werden sowie die ausschließliche Verwendung der Satzart 150, die durch die DVKA für im Ausland anfallende und abgerechnete Leistungsausgaben bereitgestellt wird.

4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung

Wie in zurückliegenden Jahren werden die verwendeten Daten zur Bestimmung der relevanten Einflussgrößen weitgehend nachvollziehbar beschrieben. Dies gilt insbesondere für die Verteilung von Inlands- und Auslandskosten sowie des Risikopoolvolumens. Zu allen drei Datenbereichen werden nach Länder differenzierte und berichtsjahrübergreifende Daten bereitgestellt und ausführlich beschrieben, soweit sie auffällige Werte aufweisen (z. B. Tunesien).

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.

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. Größere Schwankungen im Sinne von Verschiebungen von einem in ein anderes Berichtsjahr sind nicht erkennbar. Die Betriebskrankenkassen regen an, dass die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) um kurze Statements zu auffälligen Entwicklungen gebeten wird.

4.3. Bildung der Wohnlandgruppen

Dem BAS liegen inzwischen zu drei Berichtsjahren Ausgabenmeldungen der DVKA vor, darauf aufbauend werden gewichtete Mittelwerte berechnet und für den Zuschnitt der Wohnlandgruppen verwendet.

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. In der Beurteilung, ob fallweise längere Zeiträume herangezogen werden, würden jedenfalls der o.g. Zusatzbericht der DVKA helfen.

In Sachen Zuschnitt der Wohnlandgruppen besteht aus unserer Sicht – auch vor dem Hintergrund, dass eingebrachte Vorschläge, beispielsweise eine veränderte Zuordnung Montenegros (DQ 163 %), durch dann doch vollzogene Abrechnungen unzutreffend sein könnten – kein zwingender Änderungsbedarf.

Der Aspekt „Beurteilungsschwelle von 1.000 Versichertenjahren je Abkommensstaat“ wird erneut eingehend beschrieben. Ein Anpassungsbedarf besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen an der Stelle weiterhin nicht. Einen wichtigen Aspekt, der nun nach vorliegenden Daten ausreichend belastbar beurteilt werden kann, stellt die Sonderstellung Großbritanniens dar. Das Land wird nun in die Wohnlandgruppe (WLG) 0007 bestehend aus Finnland, Norwegen und Spanien eingruppiert.

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

Der Festlegungsentwurf zum Klassifikationsmodell 2025 sieht eine Gleichbehandlung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Diagnosen aus Leistungen nach § 115b SGB V sowie § 115f SGB V vor, die im Rahmen der Datenmeldun-

gen nach § 267 SGB V differenziert als Haupt- und Nebendiagnosen gemeldet werden.

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Gleichbehandlung der Diagnosen, da die durch sie ausgelösten Behandlungen – unabhängig vom Abrechnungsweg – für die gleiche Versorgungsleistung stehen. Dazu ist es erforderlich, die entsprechenden Daten zweifelsfrei zu identifizieren. Dies gilt unabhängig von der Frage, in welcher RSA-Satzart diese Daten gemeldet werden. Für die ab 2025 gemeldeten Versorgungsfälle ist dies, nach allem was bekannt ist, sichergestellt. Für Leistungsfälle, die das Übergangsjahr 2024 betreffen, welches für das Ausgleichsjahr 2025 relevant ist, gilt dies jedoch nicht.

Die auf „stationärem Weg“ übermittelten Daten sind durch einen neuen Aufnahmegrund für Hybridfälle im Krankenhaus als solche identifizierbar. Sie sind hinsichtlich der Merkmalsausprägungen valide. So lassen sie beispielsweise die Klassifizierung in Haupt- und Nebendiagnosen zu. Bei ambulant erbrachten Leistungsfällen ist dies dagegen nicht immer der Fall.

Die Problematik betrifft im Wesentlichen Morbiditätsdaten, die über die Kassenärztliche Vereinigung gemeldet werden. Da kein separater Meldeweg eingerichtet wurde, fließen diese in die Meldung ambulanter Diagnosen ein, die RSA-seitig anders klassifiziert werden. Zwar ist vorgesehen, dass eine Kennzeichnung dieser Hauptdiagnosen in einem Freitext erfolgt, allerdings unterbleibt eine Kennzeichnung der Nebendiagnosen aus Abrechnungen nach §115 SGB V.

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 §115f SGB V werden damit faktisch eben doch nicht gleichbehandelt.

Den beteiligten Fachbereichen ist eine Einschätzung zum Grad der erwarteten Fehlerfassung aktuell nicht möglich, da diese Informationen erst mit einem erheblichen Zeitverzug gemeldet werden. Für den Fall, dass diese Diagnosen zwar erkannt werden, aber keine Hauptdiagnose angegeben ist, ist eine Korrektur erforderlich. Diese, über die KV zu veranlassenden, Korrekturen werden erfahrungsgemäß nicht bis zur Erstellung der Korrekturdatenlieferung, in diesem Fall bis Mai 2026, vorgenommen. Insofern lassen sich – da eine direkte Prüfung über die Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht vorgesehen ist – diese Daten, nach allem was bekannt ist, nicht richtigstellen.

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.

6. Zur Gestaltung der Regionalkomponente

Die Auswahl der Regionalvariablen wurde erneut anhand des aus den vergangenen Ausgleichsjahren bekannten Algorithmus überprüft. Im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2024 kommen folgende Variablen hinzu:

- „Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“,
- „Wahlbeteiligung“,
- „Standardisierte Sterberate“,
- „Säuglingssterblichkeit“

Stattdessen entfallen:

- „Stationäre Pflege“,
- „Pflegebedürftige“,
- „Pendlersaldo“,
- „Ausländeranteil“.

Weiterhin erhalten bleiben

- „Sterbekosten“,
- „Ambulante Pflege“,
- „Zuweisungen“,
- „Kleine und mittlere Unternehmen“

Auch diese im Vergleich der letzten Jahre umfangreiche Anpassung der Variablenauswahl ändert die versichertenindividuellen und regionalen Modellkennzahlen auf GKV-Ebene kaum. Auf Ebene einzelner Landkreise kommt es jedoch weiterhin zu erheblichen Schwankungen der Regionalzuweisungen. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten für regional konzentrierte Kassen 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.

7. Schlussbemerkung

Die Betriebskrankenkassen akzeptieren in diesem Jahr erneut die starken Einschränkungen bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells. Unserer Anmerkungen haben wir deshalb auf die durch das BAS adressierten Themen und auf eher techni-

sche Aspekte begrenzt. Konkrete Vorschläge zur künftigen Gestaltung des Anhörungsverfahrens nach Abschluss der laufenden Gutachtenphase haben wir eingebracht. Über eine frühzeitige Information, ob und wann wieder mit einer umfangreicheren Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu rechnen ist, würden wir uns freuen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Für weitere Informationen:

Dr. Thomas Schepp, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 702

Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706

Martin Richter, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 708

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschla- gender	Hierar- chie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	4	Arzneimittel- validierung	E75.2	120	282	A16AB20	Therapie M. Fabry. Wirkstoff: Pegunigalsidase alfa (Elfabrio ®). Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes A16AB23 zur bestehenden ATC-Liste
BKK DV	4	Arzneimittel- validierung	E74.0	112		A16AB23	Therapie M. Pompe. Wirkstoff: Cipaglucosidase alfa. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes A16AB23 zur bestehenden ATC-Liste
BKK DV	11	Arzneimittel- validierung		926	53	N02AC, N02AA	<p>Problem: Die Verordnung von opioidhaltigen Analgetika nach unserer Auffassung nicht validierend für die DxG 926 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.

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	14	Arzneimittelvalidierung		699, 701, 768, 846	227, 228, 980, 234		Anmerkung: 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 DxG 846 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	16	Arzneimittelvalidierung		354,355, 367,368, 369,376, 385,539	79,82, 83,91, 131	C01DX22	Vericiguat mit Zulassung für Herzinsuffizienz. Wirkstoff: Vericiguat. Problemstellung: Wirkstoff aktuell nur bei DxG 364 (Angina Pectoris) und DxG 365 (Koronarsklerose“) enthalten (5-steller), aber nicht bei DxG-Herzinsuffizienz. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes C01DX22 (oder Fünfsteller) zur bestehenden ATC-Liste
BKK DV	16	Arzneimittelvalidierung	I42.1	370 ("näher bezeichnete Kardiomyopathie")	82	C01EB24	Spezifische Therapie bei hypertrophisch obstruktiver Kardiomyopathie. Arzneistoff: Mavacamten. Vorschlag: Ergänzung des ATC-Codes C01EB24 (oder Fünfsteller) zu bestehender ATC-Liste