



**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungs-  
algorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das  
Ausgleichsjahr 2025**

**09.08.2024**

**IKK e.V.**

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

## Inhalt

I.	Vorbemerkungen .....	3
II.	Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen .....	5
	Ausgangsmodell .....	5
	Kostenhomogenität und Robustheit des Modells .....	5
	Ko-/Multimorbidität .....	6
	Darstellung der Modellstruktur.....	7
	Regionale Risikogruppen .....	7
	Auslandsversicherte .....	8
III.	Anpassung der Hierarchien.....	8
	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ .....	8
	Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ .....	9
	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ .....	10
	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ .....	11
	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ .....	12
	Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ .....	12
IV.	Gesamtbewertung der Anpassung .....	14

## **I. Vorbemerkungen**

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Absatz 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) am 14. Juni 2024 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2024 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2025 vorgelegt.

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.

Im Ergebnis wurden zwei Krankheitshierarchien bearbeitet: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ und Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“. Zudem wurden in den Hierarchien 19 „Erkrankungen der Lunge“ und 22 „Erkrankungen der Haut“ jeweils bestehende Hierarchieverletzungen behoben. 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.

Darüber hinaus hat das BAS die für die Regionalkomponente auszuwählenden regionalstatistischen Indikatoren sowie die Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen (WLGs) auf der Grundlage neu vorliegender Daten überprüft. Aus den dargelegten Gründen sind die geringfügigen Änderungen vom BAS im Rahmen des diesjährigen Festlegungsentwurfs durchgeführten Modellanpassungen nachvollziehbar.

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

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.

Auch in diesem Jahr hat das BAS den Festlegungsentwurf leider nur mit Risikozuschlägen ohne Nullsetzung veröffentlicht. Damit fehlt den Kassen eine wichtige Möglichkeit die Modellauswirkungen im Vergleich zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2024 zu beurteilen. Diese Problematik wird zwar durch entsprechende nachgelagerte Veröffentlichungen des GKV-SV behoben, diese werden vom GKV-SV jedoch erst mit einem Zeitverzug bereitgestellt. Wir möchten unsere bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahren für das Ausgleichsjahr 2023 vorgebrachte Anregung erneuern und bitten das BAS für künftige Anhörungszyklen gleich mit der Veröffentlichung des Festlegungsentwurfs die Risikogewichte, sowohl mit als auch ohne Nullsetzung, auszuliefern (s. IKK-Stellungnahme v. 05.08.2022).

Unsere Anmerkungen zum Festlegungsentwurf haben wir wie folgt gegliedert: hierarchieübergreifende und grundlegende Hinweise zum Verfahren und zur Methodik sind im Kapitel II dargestellt. Anpassungsvorschläge für die einzelnen Hierarchien sind im Kapitel III zusammengefasst.

## **II. Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen**

### *Ausgangsmodell*

Das Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 basiert auf einem zum Teil in den Abgrenzungen und Zuordnungsregeln modifiziertem Klassifikationsmodell des Jahres 2024.

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. Zudem begrüßen wir es, 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“, wie von uns und von weiteren Krankenkassen vorgeschlagen, der Ausschlusskategorie zugeordnet wurden.

Die vom BAS vorgenommenen Anpassungen im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2025 sind für uns schlüssig und nachvollziehbar dargestellt. Allerdings sind immer noch zahlreiche Diagnosen und Symptomkodes 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.

### *Kostenhomogenität und Robustheit des Modells*

Auch nach der Einführung des Vollmodells und der damit verbundenen Auseinandersetzung zu allen Hierarchien mit sämtlichen Morbiditätsgruppen lässt sich im Jahresvergleich zwischen den Klassifikationsmodellen 2023 bis 2025 erkennen, dass sich diverse Kostenschätzer direkt angrenzender HMGs immer weiter angleichen und sich hierarchisierte Morbiditätsgruppen nur noch um 100 Euro/Jahr oder weniger unterscheiden. Hiervon be-

troffen sind beispielsweise die Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems“ (HMG0566 und HMG0314), die Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (HMG0090 und HMG0092), die Hierarchie 23 „Verletzungen“ (HMG0803 und HMG0804) und die Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (HMG0117 und HMG0009).

Bei HMGs mit einem geringen Kostenunterschied besteht ein latentes Risiko bei der Aktualisierung von Datengrundlagen Hierarchieverletzungen zu generieren. Hierarchieverletzungen setzen Anreize auf die Meldung solcher Morbiditätsinformationen zu verzichten.

Die Innungskrankenkassen haben immer wieder gefordert, die Stabilität und Robustheit des Modells zu verbessern, um das Risiko von Hierarchieverletzungen und der damit verbundenen Fehlanreize zu reduzieren. 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.

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 und zeigt nach unseren Analysen z.T. deutliche Deckungsunterschiede auf Ebene der einzelnen Diagnosegruppen. Es sollte konsequent überprüft werden, ob die Folgekosten der Diagnosegruppen in den einzelnen HMGs noch richtig abgebildet sind. Dazu wäre es hilfreich, wenn das BAS in der Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell des Festlegungsentwurfs (Anhang A im Erläuterungsdokument) die Kostenschätzer und Besetzungszahlen aller HMGs mit ausweisen würde.

### *Ko-/Multimorbidität*

Ein Schwerpunkt der Modellüberarbeitung aus den letzten beiden Anhörungszyklen war die Identifikation und Beseitigung von durch Komorbidität ausgelösten Überdeckungen. In diesem Zusammenhang wurden im Anpassungszyklus 2023 die Hierarchie 03, 04 und

30 zur neuen Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ und die Hierarchien 09, 10 und 11 zur neuen Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ konsolidiert.

Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf 2024 ausgeführt, haben wir auf der Grundlage von IKK-internen Analysen auch im Festlegungsentwurf 2025 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.

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.

### *Darstellung der Modellstruktur*

Nach unserer Auffassung hat sich die Übersichtlichkeit der Modellstruktur im Vergleich zu den Vorjahren nicht verbessert. 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.

### *Regionale Risikogruppen*

Das BAS hat im Rahmen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2025 erneut die regionalstatistischen Indikatoren aktualisiert und die Variablenauswahl überprüft. Durch dieses Selektionsverfahren wurde eine neue Auswahl an Variablen für die spätere Kreis-Dezil-Zuordnung erstellt. Infolgedessen sind die Variablen "Säuglingssterblichkeit", "Standardisierte Sterblichkeit" und "Wahlbeteiligung" erstmals in der Auswahl enthalten. Diese verdrängen im Vergleich zum Auswahlverfahren des Ausgleichsjahres 2024 die Variablen "Pendlersaldo", "Ausländeranteil", "Pflegebedürftigkeit" und "Stationäre Pflege" auf hintere Plätze in der Variablen-Rangfolge.

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.

Ungeachtet dessen 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. Die Gründe dafür sollten untersucht werden. Im Zuge einer Diskussion um eine mögliche Turnusverlängerung müssen diese Aspekte zwingend mitberücksichtigt werden.

### *Auslandsversicherte*

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.

Insgesamt sehen wir es positiv, dass sich das MAPE erneut verbessert hat und um 3,04 Euro gesunken ist.

## **III. Anpassung der Hierarchien**

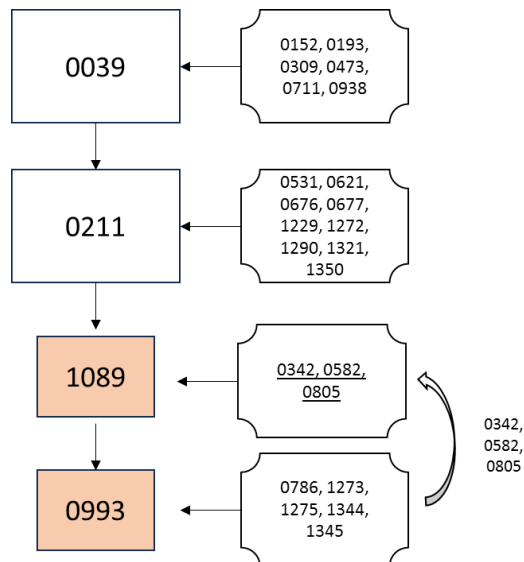
### *Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“*

Im Anpassungszyklus 2023 erfolgte eine umfangreiche Anpassung der Hierarchie. Die früheren Hierarchien 09 „Kognitive Erkrankungen“, 10 „Drogen- und Alkoholmissbrauch“ und 11 „Psychische Erkrankungen“ wurden zur neuen Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ zusammengefasst. Dadurch ist es gelungen, die durch hierarchieübergreifende Komorbiditäten bestehenden Überdeckungen zu reduzieren. Auch die in diesem Anpassungszyklus vorgenommene Auftrennung und Neuordnung der alkohol- und drogeninduzierten Krankheitsbilder scheint geeignet zu sein, die Zielgenauigkeit des Modells im Vergleich zum Ausgangsmodell deutlich zu verbessern.  $R^2$  verbessert sich um 0,018 PP. MAPE sinkt um 1,15 Euro.

Die Auftrennung der HMG0051 und 0052 und die Konsolidierung der alkohol- und drogenbedingten Krankheitsbilder hat das BAS durch eine neue ICD-DxG-HMG-Abgrenzung auf der Basis medizinischer Überlegungen durchgeführt. Es wurde dabei nicht untersucht, ob diese Zusammenlegungen die Krankheitskosten korrekt darstellen. 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. Wir regen an, diesen Sachverhalt zu prüfen.

### *Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“*

Nachdem im Rahmen der Festlegung zum AJ2022 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. 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 DxGs 0342 „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. 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“.



#### *Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“*

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 neugebildete 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.

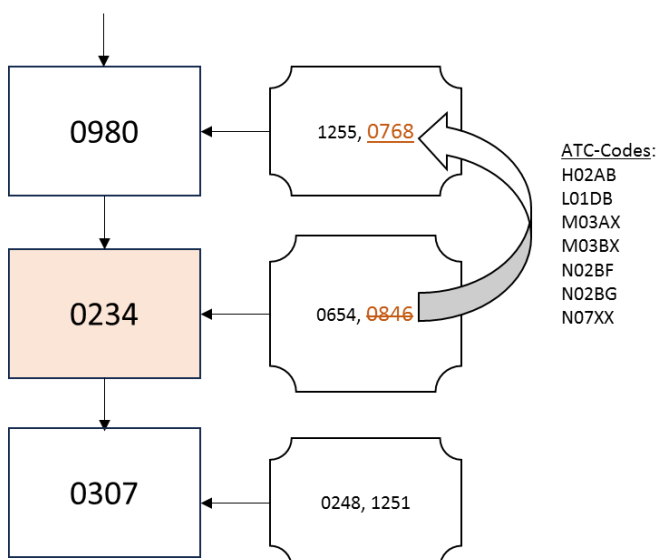
Seitens des BAS wird Azathioprin (ATC-Code L04AX01) (in der Leitlinie unter "andere Immuntherapeutika" geführt) in die DxG0768 "Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 1" eingruppiert. Gleichzeitig wird dieser Wirkstoff in der Leitlinie nicht zur Wirksamkeitskategorie 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.

Wünschenswert wäre eine detaillierte Darstellung, warum welche Arzneimittel aufgenommen werden.

Wir schlagen folgende Zuordnung zu den DxGs vor:

Da die einzelnen Stufen vor allem zwischen DxG0768 „Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 1“ und der DxG0846 "Multiple Sklerose mit Dauermedikation" pharmazeutisch nicht zielgenau voneinander getrennt werden können, schlagen wir vor alle der DxG0846 zusätzlich zugeordneten ATC-Codes der DxG0768 hinzuzufügen und die DxG0846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ zu streichen.

Gleichzeitig regen wir an die Benennung der einzelnen Stufen so wie ursprünglich zur Einführung 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 Dauermedikation III“ (DxG0699)) anzupassen.



### *Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“*

Gemäß aktuellem Festlegungsentwurf wird die HMG0091 „Hypertonie“ zwar mit der HMG0090, nicht aber mit der HMG0092 hierarchisiert. Das bedeutet, dass Versicherte, die jünger als 55 oder älter als 79 Jahre sind mit Bluthochdruck und einer Arrhythmie grundsätzlich zwei Zuschläge (HMG0092 und HMG0091) erhalten können, während Versicherte im Alter zwischen 55 und 79 Jahren nur einen Zuschlag für die Arrhythmie (HMG0092) bekommen können. Aus unserer Sicht ist es nicht gerechtfertigt, eine Dominanzbeziehung zwischen zwei inhaltsgleichen HMGs, die durch einen Alterssplit getrennt sind, herzustellen. Daher bitten wir das BAS um Überprüfung von Hierarchiestrang 2 zur

HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Herzerkrankungen“. Die Dominanz zu Hierarchie 04 bleibt davon unberührt.

Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 haben wir den geringen 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. Mit dem aktuellen Datenset zeigt sich auch für den aktuellen Festlegungsentwurf eine stabile Kostenentwicklung für beide Risikogruppen. Der Abstand bei der Kostenschätzer beträgt weniger als 100 Euro/Jahr. Daher empfehlen wir die Aufhebung des Alterssplits durch Harmonisierung beider HMGs.

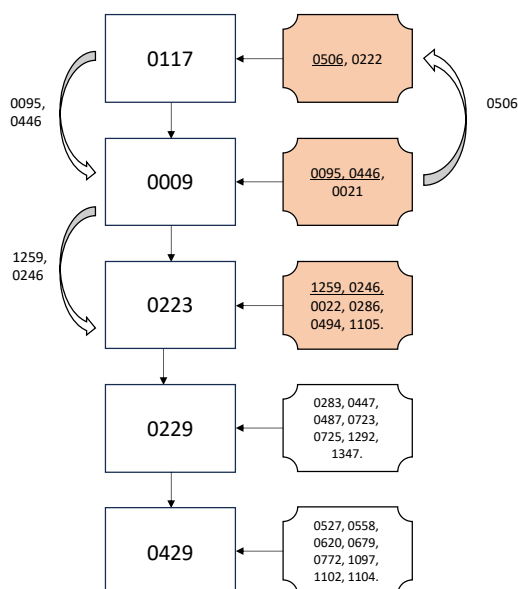
#### *Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“*

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. 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 Euro 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.

#### *Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“*

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, Au-

genverletzung“ haben sich in den letzten Jahren immer weiter angenähert, so dass 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. Um mögliche Fehlanreize zu reduzieren, schlagen wir eine Neuordnung der DxGs entsprechend dem nachfolgenden Schema vor.



Die DxG0506 wird aus der HMG0009 in die HMG0117 verschoben. Die DxGs0095 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.

#### **IV. Gesamtbewertung der Anpassung**

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 Euro gesunken. Die minimale Verbesserung des Modells muss jedoch vor dem Hintergrund der nur wenigen Änderungen des Modells gesehen werden.

Aus unserer Sicht ist es erfreulich, dass sich die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr wieder verbessert haben.

Wie an anderer Stelle bereits erwähnt, können wir nachvollziehen, weshalb das BAS sich in diesem Jahr nicht intensiver mit den notwendigen Modellanpassungen beschäftigen konnte. 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.