

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVORFAHREN UND BERECHNUNGSVORFAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2026

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die diesjährigen Modell Anpassungen zeichnen sich wie auch im Ausgleichsjahr 2025 nachvollziehbar durch überschaubare Umstrukturierungen aus. Die Schwerpunktsetzung der Bearbeitung lag dabei wiederum auf der Beseitigung von Hierarchieverletzungen und der Umsetzung noch offener Vorschläge aus vorherigen Anpassungszyklen. Seitens der KBV und der BÄK begrüßen wir zudem die Zielsetzung, die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter zu erhöhen, indem medizinische Inkongruenzen insbesondere durch Verschiebungen von ICD-Kodes verringert werden.

Des Weiteren wurden die Datengrundlagen aktualisiert und eine Überarbeitung der regionalen Risikogruppen sowie der länderbezogenen Risikogruppen zur Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte vorgenommen.

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.

Eine detaillierte Kommentierung der Zuordnungen aus medizinischer Sicht entnehmen Sie bitte unseren Anmerkungen unter Kapitel III.

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.

METHODIK (KAP. II 4-5)

STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

- **Statistische Bewertungskriterien**

Die grundsätzliche Berechnung der statistischen Kennzahlen durch einen Abgleich der tatsächlichen Kosten mit den durch das Modell vorhergesagten Kosten, die Verwendung eines Risikopools sowie die konkreten Kennzahlen auf Individualebene (R^2 , MAPE, CPM) sind, bei Aktualisierung der Datengrundlage, analog wie in den Vorjahren erläutert. Positiv hervorzuheben ist die Aufnahme der gewichteten mittleren absoluten Prozentabweichung, die auch für Zeitreihenvergleiche geeignet ist, sowie die Bestimmung eines Risikofaktors je Krankenkasse, der Vergleiche der Morbidität zum Durchschnitt ermöglicht. Interessant erscheint die Einführung des Zuweisungsanteils je Modellbestandteil (z. B. Alters- und Geschlechtsgruppen oder der Risikopool), der angibt, wie sich die Zuweisungen nach einer Modell Anpassung verschieben. Die Kennzahlen auf Versichertengruppenebene werden etwas allgemeiner gefasst als in der Vergangenheit.

Die KBV und die BÄK sehen die Kennzahlen als sinnvoll an, um Einblicke in die Risikostruktur zu bekommen und die Modellgüte sachgerecht bewerten zu können.

- **Weitere Bewertungskriterien**

Das BAS erwähnt die Einbeziehung weiterer Kriterien zur Bewertung, die darauf basieren, dass durch das Modell und die Daten keine unerwünschten Anreize generiert werden bzw. Möglichkeiten zur Manipulation geboten werden. Auch der Aufwand zur Prüfung der Daten und der Mehraufwand bei Datenerhebung, -ermittlung und Verfahrensdurchführung soll minimal gehalten werden. Hier ist für uns noch nicht klar zu erkennen, wie dies formal umgesetzt wird.

- **Datensatzaufbereitung und -beschreibung**

In der betrachteten Periode werden die Morbiditätsdaten aus dem Berichtsjahr 2022 und die Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahrs 2023 für die berücksichtigten Versicherten für den Morbi-RSA verwendet. Das BAS gibt Kennzahlen der Verteilung der Leistungsausgaben an und vergleicht sie mit den entsprechenden Vorjahreswerten. Die Entwicklung der Zahlen setzt einen andauernden, steigenden Trend fort. Dies erscheint plausibel.

Bei den Auszählungen zum Risikopool zeigt sich, dass mehr Versicherte den Schwellenwert überschreiten als im Vorjahr. Es wird geschlussfolgert, dass daher der Anteil dieser Versicherten an allen Versicherten steigt. Hier ist jedoch anzumerken, dass dies nicht zwangsläufig der Fall ist, speziell, wenn die Gesamtversichertenzahl noch stärker steigt.

Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.

- **Beschreibung der Pandemieeffekte auf die Datengrundlage**

Die Pandemieeffekte auf die Datengrundlage im Zeitverlauf werden im Folgenden ausführlich beschrieben, wobei die Jahre 2020 bis 2022 als „pandemiebeeinflusster Zeitraum“ und 2023 als erstes postpandemisches Jahr bezeichnet werden. So werden die Hauptleistungsbereiche (HLB) bezüglich ihrer Ausgabenentwicklungen analysiert, die Anzahl und Veränderung der Sterbefälle berichtet und die Entwicklung der Morbiditätsdaten betrachtet. Auch die Entwicklung der ambulanten Diagnosen wird dargestellt.

Anschließend wird dargestellt, wie sich R^2 und CPM je nach verwendeter Datengrundlage und Modell im RSA ändert. Dabei werden die Kenngrößen ab dem Meldejahr 2012 zusammengestellt.

Das BAS führt, wie bereits in der Vergangenheit, weiter aus, dass die Schwankungen in den Daten sich natürlich in den genannten Auswertungen widerspiegeln. Die Robustheit des Modells scheint beim Vollmodell mit Regionalkomponente und – vor allem – dem Risikopool verbessert worden zu sein.

Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung des Morbi-RSA verwendbar sei. Dem können die KBV und die BÄK folgen.

ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSAHR 2026

- **Anpassungen an die ICD-10-GM**

- Im Ausgangsmodell für das Ausgleichjahr 2026 werden 27 neue ICD-Kodes zusätzlich aufgenommen und zugeordnet. Diese Anpassungen an die ICD-10-GM Version 2025 sind aus Sicht der KBV und der BÄK grundlegend sachgerecht und nachvollziehbar.
- Detailliert diskutiert werden die bidirektionale Zuordnung des ICD-Kodes E88.00 „Alpha-1-Antitrypsinmangel“, die aus der angeführten Ausdifferenzierung des ICD-Kodes E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert“ in der ICD-10-GM 2025 resultiert sowie die Streichung des ICD-Kodes U07.4 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ aus der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ mit Wegfall der DxG1137 „Post-COVID-19-Zustand“ aus der HMG0418. Beides ist plausibel dargestellt.

- Die KBV und die BÄK nehmen zur Kenntnis, dass keine ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie in das Ausgangsmodell aufgenommen wurden.

- **Anpassung der ATC-Kodes im Ausgangsmodell**

Kein Kommentar

- **Kennzahlen des Ausgangsmodells**

Es werden die Kennzahlen für das Ausgleichsjahr 2026 im Vergleich zu den Modellen aus den Vorjahren dargestellt. Es wurden für alle Modelle sowohl die Varianten mit und ohne Regionalkomponente berechnet und die Ergebnisse hier festgehalten.

ANPASSUNGEN DER HIERARCHIEN (KAP. III 6-11)

Für Hierarchien, bei denen keine Änderungen zum Vormodell durchgeführt wurden, entfällt eine Kommentierung. Diese werden daher nicht aufgeführt.

HIERARCHIE 02 „NEUBILDUNGEN“

Die vom GKV-SV und der DAK vorgeschlagene Änderung des Arzneimittel-Aufgreifkriteriums von Sonderfall 1 nach Sonderfall 2 bei den drei HMG (0333, 0332 und 0331) ist nach Einschätzung der KBV und der BÄK nachvollziehbar und begründet. Aufgrund der bekannten Nebenwirkungen der Wirkstoffe aus den drei Gruppen sowie weiteren Kriterien, wie die Abhängigkeit der Therapiedauer von der Progression der Erkrankung, können die 183/92 Behandlungstage in der Tat als regelhaftes Aufgreifkriterium zu hoch sein. Die Änderung auf 42/21 Behandlungstage scheint von daher angemessen.

Die Anpassung des Modells aufgrund einer Hierarchieverletzung in der obersten Ebene des gemeinsamen Strangs kann nachvollzogen werden, zumal damit eine deutliche Verbesserung der Modellgüte erreicht werden konnte.

Die Zusammenlegung der HMGs 0440 und 0413, die jeweils gutartige Neubildungen subsummieren, erscheint aus medizinischer Sicht sachgerecht. Ebenso ist die Zusammenlegung der HMGs 0305 und 0836 für bestimmte bösartige Neubildungen medizinisch nachvollziehbar. Nicht zuletzt wird damit auch eine bessere Übersichtlichkeit erreicht.

HIERARCHIE 8 „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Verschiebung des ICD-10-GM-Kodes D89.9 in die DxG0863 erscheint medizinisch und klassifikatorisch sinnvoll. Der Tausch der HMG 0190 mit der HMG 0637 am gemeinsamen Strangende ist anhand der ökonomischen Kennziffern nachvollziehbar. Die komplexen Zusammenlegungen bzw. Aufteilungen von HMG zur Konsolidierung der Hierarchie werden verständlich erläutert.

Auch die umfangreichen Umbauten aufgrund offener Vorschläge können nachvollzogen werden.

Die Übersichtlichkeit wird, insbesondere am gemeinsamen Strangende, etwas verbessert, bei nahezu unveränderten Kennzahlen.

HIERARCHIE 12 „ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN“

Diese Hierarchie ist aus zwei Hierarchiesträngen aufgebaut, die nacheinander geprüft wurden. In Strang 1 werden die nicht explizit genetisch bedingten Entwicklungsstörungen verortet, in Strang 2 die explizit genetisch bedingten Entwicklungsstörungen.

Die Prüfung in Strang 1 ergab medizinisch nicht plausible Verortungen der ICD-Kodes für Intelligenzstörungen (F70.- bis F79.-), die zu Umstrukturierungen auf DxG-Ebene führten. Im Anschluss wurden im zweiten Strang mehrere ICD-Kodes für Chromosomenanomalien (Q90.-, Q95.- und Q99.-) neu hierarchisch einsortiert. Erfreulicherweise gelingt es durch diese Umstrukturierungen zudem, in beiden Strängen die eine jeweils bestehende Hierarchieverletzung zu beheben. Zur Konsolidierung der Hierarchie 12 wird in Modell 05 ein gemeinsames Strangende entwickelt, in dem Intelligenzstörungen (ICD-Kodes der HMG0515) aus Strang 1, die in Verbindung mit explizit genetisch bedingten Entwicklungsstörungen aus Strang 2 gemeinsam auftreten können, ihre Abbildung finden. Dies erscheint einerseits medizinisch tolerabel und trägt andererseits ökonomisch zur Verringerung von Doppelzuschlägen bei. Die gesamthaften Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Kennzahlen bleiben gering.

HIERARCHIE 21 „SCHWANGERSCHAFT“

Die umfassende Revision der Hierarchie 21 vor dem Hintergrund einer Hierarchieverletzung mit Neuordnung der enthaltenen ICD-Kodes zu den DxGs und den HMGs ist gut und nachvollziehbar begründet. Die daraus resultierende Umstrukturierung in neu fünf HMGs, die gemeinsam in einem einzigen Hierarchiestrang eingeordnet sind, ist auch im Hinblick auf die Übersichtlichkeit zu begrüßen.

HIERARCHIE 31 „GYNÄKOLOGISCHE UND ANDROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Überarbeitung der Hierarchie 31 ergab sich aus einer Hierarchieverletzung. Anpassungen aufgrund von Vorschlägen werden nicht genannt.

Anhand der Erläuterungen zu den ökonomischen Kennzahlen kann nachvollzogen werden, dass ein Hierarchiestrang, der Erkrankungen an den männlichen Genitalorganen zusammenfasst, aufgegeben wird. Das resultierende Hierarchie-Modell ist sehr kompakt und übersichtlich bei nahezu unveränderten bzw. leicht verbesserten (MAPE) Gütekriterien.

ANPASSUNG WEITERER BEREICHE DES KLASSIFIKATIONSSYSTEMS UND DES BERECHNUNGSVERFAHRENS (KAP. IV 12-13)

REGIONALE RISIKOGRUPPEN

Auch im Anpassungszyklus zum Ausgleichsjahr 2026 wurde ein Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede über Regionale Risikogruppen (RGG) vorgenommen. In diesem Jahr erfolgte die Auswahl der Variablen, die einen hohen statistischen Einfluss auf die Erklärung regionaler Deckungsbeiträge haben, auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte mit den Berichtsjahren 2022 und 2023 sowie auf Basis eines umfangreichen Indikatorensets mit 36 regionalstatistischen Merkmalen.

Die finale Auswahl umfasst neun Indikatoren, darunter weiterhin bewährte Variablen wie „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“ und „Zuweisungen“ sowie neue Merkmale wie der „Ausländeranteil“ und das „Bruttoinlandsprodukt je Einwohner“, während die Indikatoren „Langzeitarbeitslose“ und „Pendlersaldo“ aus dem Vorjahr entfallen sind. Der Deprivationsindex des Robert Koch-Instituts wurde nach seiner erstmaligen Berücksichtigung im Vorjahr auch im aktuellen Modell erneut aufgenommen und ergänzt damit die Abbildung sozioökonomischer Lageunterschiede auf regionaler Ebene.

Die Integration der 91 neu bestimmten RGGs in das Ausgangsmodell 2026 führte zu einer signifikanten Reduktion regionaler Deckungsdifferenzen: Der gewichtete mittlere absolute Prognosefehler auf Kreisebene sank von 109,95 € auf 52,41 €, was einer Reduktion von rund 52 % entspricht. Auf Ebene der Krankenkassen verringert sich der gewichtete mittlere absolute Prognosefehler ebenfalls um 50 % von 56,63 € auf 28,24 €. Diese Entwicklungen belegen, dass die Regionalkomponente ein zentrales Instrument zur Abmilderung verbleibender Ausgleichsverzerrungen auf regionaler Ebene darstellt.

Die versichertenindividuellen Modellgütemaße zeigen dabei lediglich marginale Änderungen (z. B. bleibt das R^2 bei rund 59,3 %). Dies zeigt, dass die Integration regionaler Faktoren zur Verbesserung regionaler Verteilungseffekte beiträgt, ohne die versichertenbezogene Treffsicherheit zu beeinträchtigen.

Aus Sicht der KBV und der BÄK stellt sich die Regionalkomponente auch im Ausgleichsjahr 2026 erneut als geeignetes und weiterentwickelbares Instrument zur Glättung regionaler Deckungsdifferenzen dar. Die Reduktion regionaler Über- und Unterdeckungen sowie die inhaltlich fundierte Auswahl relevanter Merkmale stärken die Ausgewogenheit des RSA.

AUSLANDSVERSICHERTE

Das BAS behält die Systematik zur Bildung von Wohnlandgruppen des letzten Jahres bei. Die Zusammenfassung von Ländern mit weniger als 1.000 Versichertenjahren (VJ) ändert sich im aktuellen Berichtsjahr (BJ) im Vergleich zum Vorjahr. Dabei verbessern sich fast durchgehend die länderbezogenen Deckungsquoten für das Ausgleichsjahr 2023 im Vergleich mit den Deckungsquoten zur Abgrenzung der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2025. Aus Sicht der KBV und der BÄK ist die Bezeichnung der ersten Spalte der Tabelle 13.4. etwas irreführend. Treffender wäre aus unserer Sicht die Bezeichnung „Wohnland (< 1.000 VJ im BJ 2022)“.