



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.08.2025

zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung
gemäß § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2026

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme	5
A. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien	6
1. Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung	6
2. Beschreibung der Pandemieeffekte auf die Datengrundlage	6
3. Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2026	6
4. Anpassungen an den ICD-10-GM 2025	6
5. Anpassung der ATC-Codes	7
6. Überarbeitungsprozess	7
B. Hierarchien	9
1. Allgemein	9
2. Hierarchie 02 Neubildungen	9
3. Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen	10
C. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	11
1. Regionale Risikogruppen	11
2. Auslandsversicherte	11

I. Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2026 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2025 fest. Das BAS hat den Entwurf dieser Festlegungen inklusive der diesbezüglichen Erläuterungen im Rahmen des Anhörungsverfahrens am 18. Juni 2025 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 13. August 2025 an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Wie bereits im Vorjahr weist das Bundesamt für Soziale Sicherung auch im aktuellen Anhörungsverfahren darauf hin, dass für die Weiterentwicklung und Pflege des RSA-Klassifikationsmodells auch in diesem Jahr lediglich eingeschränkte personelle Kapazitäten zur Verfügung stehen, da die Gutachten zu den Wirkungen des RSA im korrigierten Jahresausgleich 2021 sowie zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V durch den Wissenschaftlichen Beirat fertigzustellen waren. Vor diesem Hintergrund werden im aktuellen Festlegungsentwurf zum RSA-Klassifikationsmodell 2026 fünf Krankheitshierarchien mit dem Schwerpunkt der Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen bearbeitet. Gleichmaßen werden in diesem Zusammenhang offene Vorschläge aus vorherigen Anpassungszyklen geprüft bzw. umgesetzt.

Weiterhin 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 wiederholt eingeschränkten Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Wir gehen jedoch davon aus, dass sich der Bearbeitungsumfang aufgrund der nunmehr fertiggestellten Gutachten zukünftig wieder deutlich erweitern wird. Mit Verweis auf unsere Stellungnahme vom 06. August 2024 sind u. E. weiterhin insbesondere folgende Themen im Rahmen der kommenden jährlichen Anpassungen des Klassifikationsmodells in die Untersuchung einzubeziehen:

- Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen einschließlich einer Überprüfung der ICD-DXG-Zuordnung
- Altersdifferenzierung
- Arzneimitteldifferenzierung/-validierung
- Verwendung von ICD-Codes der Ausschlusskategorie
- Abbildung von Ko- und Multimorbidität
- Beschreibung von Kriterien zur Modellanpassung

Ferner gehen wir davon aus, dass die noch unbearbeiteten Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, die im Rahmen der Stellungnahmeverfahren der vergangenen Jahre eingebracht wurden, im kommenden Anpassungszyklus bearbeitet werden.

II. Stellungnahme

A. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

1. Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung

Die aufgeführten statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene. Das BAS hat im aktuellen Festlegungsentwurf die gewichtete mittlere absolute Prozentabweichung ($wMAPD_{kk}$) als neue Kennzahl eingeführt und ersetzt damit das bisher verwendete $MAPE_{kk}$. Die $wMAPD_{kk}$ erlaubt eine zeitliche Analyse und stellt u. E. eine Alternative zum bisherigen $MAPE_{kk}$ dar.

Die für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen basieren auf den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2022 und den Versichertenstammdaten sowie den versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2023. Wie in den Vorjahren erläutert das BAS detailliert die Datenaufbereitung und den genutzten Datensatz. Der GKV-Spitzenverband kann die Analysen rechnerisch nachvollziehen.

2. Beschreibung der Pandemieeffekte auf die Datengrundlage

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die ausführliche Analyse des BAS hinsichtlich der Auswirkungen von Pandemieeffekten auf die Datengrundlage. Die Auswertungen zeigen, dass die Datengrundlage im Meldejahr 2024 weiterhin von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst ist. Insbesondere die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2022 weisen pandemiebedingte Effekte auf, während die Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2023 und die entsprechenden Morbiditätsdaten durch die Übergangsphase zur postpandemischen Lage geprägt sind. Auch aus unserer Sicht erscheint die Verwendbarkeit der Datenmeldungen für die Weiterentwicklung und Durchführung des RSA unproblematisch.

3. Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2026

Das Ausgangsmodell für die Modellentwicklung des Ausgleichsjahres 2026 basiert auf einem modifizierten Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2025.

4. Anpassungen an den ICD-10-GM 2025

Die vorgeschlagenen Anpassungen an den ICD-10-GM 2025 sind nachvollziehbar. Die vorgesehenen Zuordnungen der neuen ICD-Codes zu Krankheiten, Diagnose- und Morbiditätsgruppen sind ebenso sachgerecht wie die getroffenen Festlegungen bezüglich Alter und Geschlecht. Nach wie vor halten wir die zusätzliche Bereitstellung einer Tabelle zur Krankheitsabgrenzung, die die Zuordnung sämtlicher ICD-Codes zu Krankheiten bzw. den Ausschlusskategorien enthält, für zielführend. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes würde dies eine Überprüfung auf Vollständigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen an eine neue ICD-Version deutlich erleichtern.

5. Anpassung der ATC-Codes

Die vorgenommenen Anpassungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht und gut dokumentiert.

6. Überarbeitungsprozess

Bei der Überarbeitung zur Behebung von Hierarchieverletzungen stand insbesondere die Überprüfung der Zuordnung auf ICD-Ebene im Vordergrund. Bei der Neugestaltung von Diagnosegruppen wurde die Festlegung spezifischer Aufgreifkriterien berücksichtigt und teilweise umgesetzt. Dieses Vorgehen ist zu begrüßen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Überprüfung der ICD-DXG-HMG-Zuordnung und der damit verbundenen Einführung weiterer spezifischer Aufgreifkriterien nach Einführung des Vollmodells noch nicht abgeschlossen und sollte in anderen Hierarchien weitergeführt werden. Auch um Anreize zur fehlerhaften Kodierung zu vermeiden, sollte dabei auf eine kostenhomogene Eingruppierung von spezifischen und unspezifischen ICD-Codes geachtet werden. So sind beispielsweise in der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ die spezifischen und unspezifischen ICD-Codes der Epidermolysis bullosa (Q81.-) auf die HMG0326 „Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa“ und HMG0196 „Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa“ aufgeteilt, deren Kostenschätzer sich um ca. 9.000 € unterscheiden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Kostenunterschiede einer Erkrankung häufig nicht an der spezifischen und unspezifischen Kodierung festmachen lassen, sondern vielmehr vom therapeutischen Geschehen abhängig sind. Auch gibt es für seltene Erkrankungen häufig keine spezifischen ICD-Codes, allerdings lassen sich diese über spezifisch eingesetzte Arzneimittel identifizieren und durch die Berücksichtigung von Arzneimitteln zielgenauer abbilden.

An manchen Stellen sind die Entscheidungsgründe für eine Anpassung unterschiedlicher Modellvarianten nur eingeschränkt nachvollziehbar, da die Ergebnisse von Zwischenschritten nicht ausreichend dokumentiert werden. Bei der Untersuchung der Hierarchie 08 „Erkrankungen des Blutes“ erschließt sich beispielsweise die Entscheidung für eine Zusammenlegung der HMG0506 mit der HMG0202 von Modell 03 zu Modell 04 nicht, denn die Kostenschätzer der beiden HMGs im Modell 03 unterscheiden sich um ca. 4.900 €, was gegen eine Zusammenlegung sprechen würde. Zu vermuten ist, dass sich die Kostenschätzer der beiden HMGs aufgrund der zuvor vorgenommenen Verschiebung des ICD-Codes D76.4 „Zytokinfreisetzungs-Syndrom [cytokine release syndrome]“ in die HMG0045 so weit annähern, dass sich hieraus eine Zusammenlegung ergibt. Aufgrund der fehlenden Darstellung der Ergebnisse der ICD-Verschiebung in die HMG0045 lässt sich die Entscheidung zur Zusammenlegung der HMG0506 und HMG0202 jedoch nicht nachvollziehen.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der vorgenommenen Änderungen bitten wir das BAS darauf zu achten, dass relevante Ergebnisse durchgeführter Analysen zur Deckungssituation in bestimmten Versichertengruppen sowie Zwischenschritte ausreichend dokumentiert werden.

Bei der Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der prozentuale Unterschied zwischen den Kostenschätzern und die Besetzungszahl der einzelnen Morbiditätsgruppen grundsätzlich in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Des Weiteren ist aufgefallen, dass sich einige Kostenschätzer von HMGs mit einer Altersdifferenzierung angenähert haben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedürfen die Altersdifferenzierungen einer Überprüfung und ggf. Aktualisierung.

B. Hierarchien

1. Allgemein

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 ist der Vorschlag zur Ergänzung der Arzneimittelauswahl für die DXGs aus dem Bereich Herzinsuffizienz um Vericigat (C01DX22). Für sämtliche Herzinsuffizienz-DXGs ist zur Diagnosevalidierung das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, chronischer Krankheitsverlauf“ festgelegt. Im Sinne der Versorgungsneutralität ist sicherzustellen, dass auch Versicherte, deren Herzinsuffizienz mit Vericigat behandelt wird, den entsprechenden DXGs/HMGs zugeordnet werden können. Diese werden aufgrund der derzeit fehlenden Berücksichtigung des ATC-Codes von einer Gruppierung in die DXGs mit Herzinsuffizienz ausgeschlossen.

Eigene Analysen zeigen, dass sich bei einer Berücksichtigung des ATC-Codes C01DX22 Vericigat für die relevanten Diagnosegruppen 354, 355, 367, 368, 369, 376, 385 und 539 aufgrund der verwendeten Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2022 keine nennenswerten Änderungen ergeben. Hintergrund ist, dass Vericigat erst Mitte September 2021 für Herzinsuffizienz zugelassen wurde. Ohne eine Veränderung des Kostenschätzers erfolgt aus den HMGs 84 bzw. 91 eine Höhergruppierung von insgesamt vier Versicherten. Der höheren HMG0079 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)“ werden zusätzlich zwei Versicherte zugeordnet, was einen Anstieg des Kostenschätzers um 34 Cent zur Folge hat. Die HMG0083 „Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz“ enthält zwei zusätzliche Versicherte, auch hier steigt der Kostenschätzer marginal um 7 Cent. Allerdings verdoppelt sich die Anzahl der Vericigat-Verordnungen vom Berichtsjahr 2022 zu 2023 von ca. 12.000 auf ca. 25.000.

Hinsichtlich weiterer offener Vorschläge aus den Vorjahren verweisen wir auf unsere Stellungnahmen zum Entwurf der Festlegungen der Ausgleichsjahre 2023 bis 2025. Dies betrifft insbesondere den Vorschlag, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, der die restlichen HMGs der Stränge Psoriasis, rheumatoide Erkrankungen und CED dominiert.

In der Anlage zu dieser Stellungnahme sind detaillierte Anmerkungen zu einzelnen Anpassungsvorschlägen enthalten.

2. Hierarchie 02 Neubildungen

Die durchgeführte Anpassung der Hierarchie ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht. Insbesondere die Änderung des Aufgreifkriteriums für die Diagnosegruppen 971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ und der damit verbundenen Absenkung der benötigten Behandlungstage führt zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit. Dies zeigt, welche Rolle der Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen im Gruppierungsprozess der Neubildungen zukommt. Wie das BAS in seinen

Erläuterungen zur Einführung der entsprechenden Arzneimittel-HMGs im Rahmen der Festlegungen zum Ausgleichsjahr 2023 bereits ausgeführt hat, ist bei der Behandlung der onkologischen Erkrankungen eine zunehmend dynamische Entwicklung in der Arzneimitteltherapie unter anderem durch Neuzulassungen und Zulassungserweiterungen zu beobachten. So ist beispielsweise mit dem Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitor Ivosidenib (L01XM02) ein weiterer hochspezifisch wirkender Wirkstoff zugelassen, der ebenfalls wie die bereits berücksichtigten Tyrosinkinase-Hemmer zielgenau die Wirkung eines Enzyms blockiert, das die Tumorentstehung fördert.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten Änderungen im Versorgungsgeschehen grundsätzlich bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells Berücksichtigung finden. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, welche weiteren Wirkstoffgruppen der antineoplastischen Mittel für eine Arzneimitteldifferenzierung geeignet sind, um die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu verbessern. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 04. August 2022 zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung gemäß § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023.

3. Hierarchie 08 Hämatologische Erkrankungen

Die in der Hierarchie 08 vorgenommenen Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen.

Aus medizinisch-inhaltlichen Gründen halten wir es nach wie vor für zielführend, die Diagnosen des Myelodysplastischen Syndroms (D46.6, D46.7, D46.9) in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ zu verschieben (vgl. unsere Stellungnahme vom 04. August 2022 zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023). Leider wurde der Vorschlag in diesem Anpassungszyklus nicht aufgegriffen, obwohl in beiden Hierarchien Anpassungen vorgenommen wurden. Wir bitten das BAS, eine Verschiebung der genannten ICD-Codes in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ zu prüfen.

C. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

1. Regionale Risikogruppen

Das BAS hat, wie in den Vorjahren, die Auswahl der Variablen für die Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) für das Ausgleichsjahr 2026 geprüft und dabei erneut die Methodik des Regionalgutachtens von 2018 verwendet. Hierbei werden die verwendeten RSA-Daten und weitere Statistiken der Untersuchung ausführlich erläutert. Die Auswahl der Variablen ist transparent dokumentiert. Die Berechnungen sind für den GKV-Spitzenverband nachvollziehbar.

Als Ergebnis des Auswahlprozesses werden neun regionalstatistische Merkmale, die die Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das AJ 2026 bilden, selektiert. Wie im Vorjahresmodell werden die Indikatoren „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, „Deprivationsindex“ und „Standardisierte Sterberate“ weiterhin für den Regionalausgleich herangezogen. Ergänzt werden die Indikatoren „Ausländeranteil“ und „Bruttoinlandsprodukt je Einwohner“. Die Merkmale „Langzeitarbeitslose“ und „Pendlersaldo“ werden aus der Auswahl entfernt.

2. Auslandsversicherte

Für das Ausgleichsjahr 2026 prüft das BAS erneut die Länderzuordnung zu den Wohnlandgruppen nach bewährter Methode. Die verwendeten Daten und Analysen werden transparent dargestellt. Der GKV-Spitzenverband kann die Ergebnisse nachvollziehen.