

Stellungnahme der BARMER zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2026 vom 18.06.2025

Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest.

Auch für das Klassifikationsverfahren 2026 ist ein Festlegungsentwurf vorgelegt worden, der jedoch analog zu den beiden Vorjahren wieder weniger umfangreich ist, da das BAS noch Gutachten zu erstellen hatte. Die Schwerpunkte für das Klassifikationsverfahren 2026 lagen hierbei auf die Beseitigung von Hierarchieverletzungen und der Bearbeitung noch offener GKV-SV Vorschläge der Vorjahre. Insgesamt wurden 5 Krankheitshierarchen bearbeitet.

Mit Datum vom 18.06.2025 hat das BAS den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2026 übermittelt.

Allgemeine Anmerkungen zum Vollmodell

Die Anzahl HMGs reduziert sich auf insgesamt 368 HMGs im aktuellen Festlegungsentwurf 2026.

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.

Auch die bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführten Elemente wie Alterssplits wurden erneut nicht systematisch überprüft.

Wir begrüßen es sehr, dass erstmals Regressionskoeffizienten ohne Nullsetzung für die vorherigen Ausgleichsjahre veröffentlicht wurden, so dass ein sinnvoller Vergleich mit dem Festlegungsentwurf möglich ist.

Ausgangsmodell

Wir bitten im nächsten Anpassungszyklus um eine strukturierte Auseinandersetzung und systematische Prüfung der unberücksichtigten ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie. Auch eine zusätzliche Bereitstellung einer ICD zu Krankheitentabelle, die sämtliche ICD-Codes auch die der Ausschlusskategorie enthält, halten wir für zielführend.

Vorschlag für eine zukünftige Formalisierung

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.

Regionalisierung

Die Prüfung der Variablen für die Regionalkomponente wurde nach dem gleichen Verfahren durchgeführt, wie in den vergangenen Jahren. Aus Sicht der BARMER ist das Verfahren nachvollziehbar.

Die Aktualisierung der Datenjahre und der herangezogenen externen Daten führen in jedem Jahr zu einer Veränderung bei der Auswahl der Regionalvariablen. In diesem Jahr sind es zwei Variablen. Eigene Untersuchungen haben ergeben, dass eine Erweiterung auf 15 RGGs zu einer größeren Stabilität des Verfahrens führen würde. Daher schlagen wir vor, die Auswahl der RGGs von 10 auf 15 RGGs zu untersuchen.

Im Gegenzug kann der Überprüfungszeitraum der Regionalvariablen auf zwei bis drei Jahre erweitert werden.

Auslandsversicherte

Keine Anmerkungen.

Hierarchien

Detaillierte Vorschläge zu den Hierarchien sind ebenfalls in der Exceltabelle 00_Stellungnahmen_ENTWURF_2026_BARMER.xlsx enthalten.

a) Hierarchie 2 - Neubildungen

Wir begrüßen die Umsetzung unseres Vorschlags aus dem Jahr 2024 die Umstellung des Arzneimittel-Aufgreifkriteriums von Sonderfall 1 (Dauermedikation) auf Sonderfall 2 (Bedarfsmedikation) für die HMGs 331, 332, 333.

Überprüfung neuer Arzneimittel im nächsten Anhörungsverfahren

Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme der Gruppe ATC L01XL „Antineoplastische Zell- und Gentherapie“.

Die Kombination Decitabin / Cedazuridin (Handelsname Inaqovi) ist seit September 2023 zur Behandlung von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine Standard-Induktionschemotherapie nicht infrage kommt, zugelassen. Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Decitabin / Cedazuridin, ATC L01BC68.

Ivosidenib (Tibsovo) wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML) mit einer Isocitrat-Dehydrogenase-1 (IDH1)-R132-Mutation angewendet, die für eine Standard-Induktionschemotherapie nicht geeignet sind.

Als Monotherapie wird Ivosidenib angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer IDH1-R132-Mutation, die zuvor bereits mit mindestens einer systemischen Therapie behandelt worden sind.

Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Ivosidenib, ATC L01XX62.

b) Hierarchie 8 – Hämatologische Erkrankungen

Bei der Überarbeitung der Hierarchie 8 werden zwei Bearbeitungsschritte vorgenommen, die aus unserer Sicht nicht schlüssig sind.

Schritt 1), Entwurf, S.68: Die HMG0202 wird aufgrund des niedrigen Kostenschätzers zwischen den HMG0202 und HMG0506 aufgeteilt, indem die DXG179 in die HMG0047 verschoben wird. Der Rest bleibt in der HMG0202. Aus unserer Sicht fehlt eine Begründung, warum die HMG0202 aufgeteilt wird und nicht zB. mit der HMG0506 zusammengelegt wird. Sollten die Kosten je DxG der HMG0202 stark differenzieren, sollte dieses dargestellt werden. So ist uns nicht ersichtlich, warum diese Aufteilung vorgenommen wurde.

Schritt 2), Entwurf, S. 70 – Anpassung offener Vorschläge:

Aufgrund eines Vorschlags des BKK DV (aus 2022) wird die ICD D76.4 aus der HMG0506 herausgelöst und in eine höhere HMG verschoben. Die HMG0506 wird mit HMG0202 vereinigt. Der Vorschlag des BKK DV enthielt die Umstellung des Aufgreifkriteriums für D76.4 auf stationär erforderlich oder die Höhergruppierung der ICD. Da die Umstellung auf stationär erforderlich damals erfolgt ist, ist die Höhergruppierung der ICD aus unserer Sicht hinfällig.

Es fehlen weitere Informationen, warum eine Zusammenlegung der HMG0506 und HMG0202 erfolgt. Die Zuschläge im Modell03 für die HMG0506 und HMG0202 liegen ca. 5000€ auseinander. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wären auch an dieser Stelle die Dokumentation weiterer Anpassungsschritte wünschenswert. Da diese in beiden Anpassungsschritten fehlen und für uns nicht nachvollziehbar sind, fordern wir die Aufteilung der HMG0202 (S. 68-69) nicht vorzunehmen und die ICD D76.4 nicht aus der DxG0683 (HMG0506) in die neue DxG0967 (HMG0045) zu verschieben sowie die HMG0202 und HMG0506 (S. 70-71) nicht zusammenzulegen.

c) Hierarchie 12 - Entwicklungsstörungen

In Modell 04 auf S.85 werden die HMGs 0515 „Sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen“ und 0510 „Tic- und andere Entwicklungsstörungen“ vereinigt. Begründet wird dies mit dem „geringen Abstand“ der jeweiligen Kostenschätzer. Diese betragen im vorigen Modell 03 428€ bzw. 303€. Aus unserer Sicht handelt es sich hier keineswegs um einen geringen Abstand. Der Kostenschätzer der HMG0515 ist über 40% größer als der der HMG0510. Beide Gruppen sind stark besetzt, so dass auch aus diesem Grund keine Zusammenlegung erforderlich ist. Darüber

hinaus verschlechtern sich die Modellkennzahlen in Modell 04 gegenüber Modell 03. Die Vereinigung dieser beiden HMGs sehen wir daher kritisch und fordern, sie nicht vorzunehmen.

d) Hierarchie 21 - Schwangerschaft

Wir bitten für die ICD-Kodes O00.8 und O00.9 die Umstellung des Aufgreifkriteriums auf stationär erforderlich noch mal zu prüfen, da nach Ansicht unserer Mediziner und auf Basis eigener Analysen diese ICD überwiegend stationär erfolgt.

e) Hierarchie 31 – Gynäkologische und andrologische Erkrankungen

Keine Anmerkungen.