

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 2026

### **Inhalt**

|  |   |
|--|---|
| 1. Einleitung .....  | 2 |
| 2. Anmerkungen zur Durchführung der Anhörung .....                             | 2 |
| 3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf .....                                    | 3 |
| 3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besonderer Bedeutung .....             | 3 |
| 3.1.1. Einführung einheitlicher und transparenter Entscheidungskriterien ..... | 3 |
| 3.1.2. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell .....                  | 5 |
| 3.1.3. Arzneimittel- und Altersdifferenzierung .....                           | 5 |
| 3.1.4. Altersdifferenzierung .....   | 5 |
| 3.1.5. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel .....                   | 6 |
| 3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf .....          | 7 |
| 4. Zuweisungen für Auslandsversicherte .....                                   | 7 |
| 4.1. Grundsätzliches .....   | 7 |
| 4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung .....                                  | 8 |
| 5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente .....                                 | 9 |
| 6. Schlussbemerkung .....  | 9 |

## **1. Einleitung**

Mit dem Festlegungsentwurf zum Versichertenklassifikationsmodells (KLM) vom 18.06.2025 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Vorschläge zur Ausgestaltung für das Jahr 2026 vorgelegt und damit das jährliche Stellungnahmeverfahren eröffnet. Die Anpassungen des BAS im Bereich der Hierarchien des Klassifikationsmodells beschränken seit nunmehr vier Jahren auf wenige Punkte. Begründet wird diese Zurückhaltung erneut mit der Belastung der Beteiligten infolge der parallel zu erstellenden RSA-Gutachten. 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.

Der diesjährige Festlegungsentwurf konzentriert sich überschaubare Anpassungen im Bereich von fünf Hierarchien. Darüber hinaus wird die Variablenauswahl im Bereich der Regionalkomponente aktualisiert: Zwei Variablen werden hier durch andere ersetzt. Im Bereich der Auslandsversicherten werden erneut Änderungen deutlich, die zu Rückfragen führen.

## **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 der Krankenkassen zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells aus dieser Zeit und davor dürften inzwischen veraltet sein. Vor diesem Hintergrund hatten wir im vergangenen Jahr vorgeschlagen, die Altvorschläge aus dieser Zeit fallen zu lassen und für das Ausgleichsjahr 2027 auf breiter Basis, idealerweise im Rahmen eines strukturierten Vorschlagsverfahrens, bei den Kassen neu abzufragen, mit der Möglichkeit zu einer ggf. erforderlichen Aktualisierung. Aus unserer Sicht wäre dieses Vorgehen zielführend und ressourcenschonend gewesen. Leider fand dieser Vorschlag bei den anderen Kassenarten keine ausreichende Unterstützung.

Aufgrund dieser Beschlusslage stehen die nicht umgesetzten Altvorschläge der vergangenen Jahre weiterhin im Raum. Für die Krankenkassen ist nicht nachvollziehbar, welche dieser Vorschläge durch das BAS noch für eine künftige Umsetzung vorgemerkt sind und welche Vorschläge final ad acta gelegt wurden. Wir bitten das BAS daher dringend, Transparenz über die noch für eine Prüfung oder Umsetzung vorgemerkten Vorschläge herzustellen.

Da die personellen Ressourcen bei allen Beteiligten knapp sind, würden wir ein transparentes, strukturiertes und planbares Vorgehen bei der jährlichen Überarbeitung des RSA-Klassifikationsmodells sehr begrüßen. So könnten im Rahmen einer *Mittelfristplanung* vorab *Schwerpunktsetzungen bei Themen und den Hierarchien im Fokus* für die dann nächsten Jahre vorgenommen werden. Wenn diese Schwerpunktsetzungen auch vorab kommuniziert würden, könnten sich auch 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 2027* im Rahmen der endgültigen Festlegung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2026. 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 Jahr darauf evtl. nicht mehr ohne Weiteres passend.

Sollten im nächsten Jahr seitens des BAS wieder umfangreichere Änderungen am Klassifikationsmodell vorgenommen werden, erneuern wir unsere Bitte aus dem letzten Jahr, in diesem Fall die Anhörungsfrist für das Klassifikationsmodell zu verlängern, sodass auch genügend Zeit zur Reaktion auf den Stellungnahmeentwurf des GKV-Spitzenverbandes bleibt. Zur näheren Begründung unserer Vorschläge zur Verfahrensgestaltung verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2023.

### **3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf**

#### **3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besonderer 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 ab 2027 wieder in umfassenderer Weise am Klassifikationsmodell gearbeitet wird.

##### **3.1.1. Einführung einheitlicher und transparenter Entscheidungskriterien**

Wie bereits im vergangenen Jahr 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* 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 drei 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. Arzneimitteldifferenzierung**

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 bereits in unserer Stellungnahme zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2024 genannt.

Leider verzichtet das BAS auch im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2026 auf jede Form der Umsetzung. Wir bringen daher an dieser Stelle weitere Vorschläge für eine erweiterte und präzisere Arzneimittelvalidierung ein. Sie sollen exemplarisch unterstreichen, dass in diesem Bereich hohes Potential besteht, um den RSA manipulationssicherer, valider und zielgenauer zu gestalten. Wir bitten deshalb dringend um eine jährlich regelmäßige, systematische Prüfung des Themas im Zuge der Festlegungen des RSA-Klassifikationsmodells. Mit Blick auf die in diesem Jahr durch das BAS bearbeiteten Hierarchien verweisen wir auf unsere Anmerkungen zur Hierarchie 02 „Neubildungen“ (s.u.).

### **3.1.4. Altersdifferenzierung**

Die Problematik der altersabhängigen Über- und Unterdeckungen wurde bereits vom Wissenschaftlichen Beirat im Sondergutachten 2017 aufgezeigt. Die Verfasser kamen zu dem Ergebnis, dass eine umfassende Einführung von Altersinteraktionstermen bestehende Fehlzusammenhänge nach Altersgruppen deutlich reduzieren kann. Im weiteren Verlauf wurde der Wissenschaftliche Beirat und das BAS durch das BMG darum gebeten, in der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2020 die Einführung einer Altersdifferenzierung der Morbiditätsgruppen vorzusehen. Das BAS hat dies schließlich mit punktuellen HMG-Alterssplittings in der Festlegung für das Modell

2020 umgesetzt.

Aus unserer Sicht ist zur Weiterentwicklung dieses Ansatzes eine systemische Auseinandersetzung zur Ausweitung von Alterssplits notwendig. Unter Abwägung der Zielgenauigkeit und des administrativen Aufwands erscheint uns hierbei grundsätzlich eine individuelle Bestimmung der Altersgrenzen einer allgemeingültigen Festlegung der Grenzen überlegen. Wir regen daher an, in der zukünftigen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodell das Thema „Alterssplits“ erneut aufzugreifen. Als infrage kommende Morbiditätsgruppen sehen wir bspw. die HMG0501 (Alterssplit bei 80 Jahre) oder die HMG0214 (Alterssplit bei 50 Jahre). Unabhängig hiervon erachten wir eine Überprüfung der im Jahr 2020 definierten Splitgrenzen für notwendig, da diese noch unter den Bedingungen des „alten“ RSA-Modells vor Umsetzung des GKV-FKG festgelegt wurden.

### **3.1.5. Problematik mehrfach validierender Arzneimittel**

Bereits in den vergangenen Jahren 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-Arthropathie (ICD L40.5) die in unterschiedliche Hierarchien (Hierarchie 22 und 7) münden.

Wir bitten darum, die beiden Problemfelder aufzugreifen, wenn zum Ausgleichsjahr 2027 wieder intensiver am Modell gearbeitet wird.

### **3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf**

Zu den Hierarchien 02, 08, 12, 21 und 31, die im Fokus des Festlegungsentwurfs zum Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 stehen, haben wir nachfolgende Anmerkungen. Darüber hinaus verweisen wir auf die beigefügten Einzelschlüsse in Tabellenform (Anlage).

#### **Hierarchie 02 „Neubildungen“**

Wir bitten, die Erweiterung der Arzneimitteldifferenzierung bei Krebserkrankungen zu überprüfen. Entsprechend schlagen wir eine weitere Abkehr von der reinen Zuordnung anhand der Krebsart hin zur Art der Arzneimitteltherapie vor. Dadurch soll eine zielgenauere Zuordnung von Krebserkrankungen bei Behandlung mit hochpreisigen Arzneimitteln ermöglicht werden. Darüber hinaus bitten wir um eine Überprüfung einer umfassenden Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika.

Zusätzlich zu den drei bereits bestehenden HMGs mit hochpreisigen Arzneimitteln bei Krebserkrankungen (HMGs 331, 332, 333) empfehlen wir die Einführung

- a. einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln für alle Krebserkrankungen
- b. einer rezessiven, arzneimittelvalidierten HMG mit allen Onkologika für alle Krebserkrankungen
- c. einer HMG für hormonsensitive Tumore der Geschlechtsorgane bei Behandlung mit endokrinen Therapien

Des Weiteren regen wir an, in diesem Zusammenhang ggf. die Anpassung der HMGs 331, 332 und 333 vom Sonderfall 1 auf den Sonderfall 2 zu überprüfen, da unter anderem „Therapieversager“ über diese neuen HMGs alternativ abgebildet werden könnten.

## **4. Zuweisungen für Auslandsversicherte**

### **4.1. Grundsätzliches**

Im Zuge der letzten Jahre konnte das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) diesen Zuweisungsteil reformieren und nunmehr in ein bewährtes Regelverfahren überführen. Dabei wurden die Rückmeldungen der am Stellungsverfahren beteiligten Akteure aufgenommen, sachgerecht bewertet und soweit geboten auch Anpassungen vorgenommen, beispielsweise die Herausnahme des Merkmals „geografische Nähe der Abkommensstaaten“

Einen wesentlichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf des Modells sehen die Betriebskrankenkassen daher nicht, das ist positiv hervorzuheben.



## **4.2. Datenbeschreibung und Aufbereitung**

In gewohnter Form werden die verwendeten Daten zur Bestimmung der relevanten Einflussgrößen in nachvollziehbarer Weise beschrieben. Dies gilt insbesondere für die Verteilung von Inlands- und Auslandskosten sowie des Risikopoolvolumens. Zu allen drei Datenbereichen werden nach Ländern differenzierte und berichtsjahrübergreifende Daten bereitgestellt und ausführlich wiedergegeben.

Leider liegen die Informationen nicht in Form von separaten Basisdaten vor, sodass zusätzliche Aktivitäten durch die Rücküberführung der Daten in andere Dateiformate notwendig werden.

Im letztjährigen Stellungnahmeverfahren regten wir einen Begleitbericht der DVKA zum Zwecke der Beschreibung einiger Auffälligkeiten an, genannt wurden fehlende Abrechnungen der Länder Island, Tunesien und Montenegro sowie ein stetiger Aufwuchs der Leistungsausgaben Schwedens seit 2020, der über dem Aufwuchs der eingeschriebenen Versicherten liegt.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung schloss sich dem Vorschlag inhaltlich an und befürwortete eine Initiative der Krankenkassen, auf den GKV Spitzenverband zuzugehen. Ebenjener Schritt wurde von Seiten der Betriebskrankenkassen initiiert, zum gewünschten Ergebnis führte dies allerdings nicht, so wird in der Ergebnisschrift festgehalten, dass es sich um „nachvollziehbare Sachverhalte“ handle und „es immer wieder zu Schwankungen bei Abrechnungsgeschäft kommen“ kann. Zudem könnte es „auch vorkommen, dass in manchen Jahren gar keine Rechnungen eingehen bzw. bezahlt werden. Es besteht kein weiterer Handlungsbedarf. Die BU wird geschlossen.“

Die nun im Stellungnahmeentwurf berücksichtigten Leistungsausgaben zeigen erneut auffällige Daten, so hat sich bei den o.g. Abkommensstaaten zwar die Situation Schwedens verändert, gleichwohl werden erneut keine Beträge für Tunesien und Island gemeldet und für Montenegro lediglich ca. 1.000 Euro. Da es sich im Falle Tunesiens um einen Abkommensstaat handelt, für den seit nunmehr mindestens 4 Jahren keine Abrechnungen vorliegen und der unter Berücksichtigung der „1.000-Versichertenjahresschwelle“ stets an der Grenze einer eigenen Wohnlandgruppe steht, ist aus unserer Sicht eine Bewertung der Hintergründe geboten. Immerhin wurde im Falle Großbritanniens und des EU-Austritts auch bei geringeren Versichertenumfängen vorübergehend und aus guten Gründen eine eigene Wohnlandgruppe eingeführt.

Die vorgeschlagene Zusammenlegung Tunesiens, Serbien und Montenegro zur ge-



meinsamen Wohnlandgruppe 0015 zeigt jedenfalls deutliche Deckungsquotenunterschiede (65 % bis 222 %) auf, die sich für den Fall, dass für Tunesien doch Auslandsausgaben abgerechnet werden, sogar noch vergrößern dürfte.

Auch wenn wir an der Stelle von einem alternativen Zuordnungsvorschlag – es käme allerdings eine Sondergruppe analog Großbritanniens in Betracht – absehen, erneuern wir den Bedarf an zusätzlichen Informationen, die die Abrechnungssituation mit einzelnen Abkommensstaaten detaillierter beschreiben kann.

## **5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente**

Die Auswahl der Regionalvariablen wurde erneut anhand des aus den vergangenen Ausgleichsjahren bekannten Algorithmus überprüft.

Im Vergleich zum Ausgleichsjahr 2025 kommen folgende Variablen hinzu:

- „Ausländeranteil“
- „Bruttoinlandsprodukt je Einwohner“

Es entfallen:

- „Langzeitarbeitslose“
- „Pendlersaldo“

Es verbleiben

- „Sterbekosten“
- „Ambulante Pflege“
- „Zuweisungen“
- „Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“
- „Kleine und mittlere Unternehmen“
- „Deprivationsindex“
- „Standardisierte Sterberate“

Wie in den vergangenen Jahren auch kommt es durch die Anpassung zu erheblichen Schwankungen der Regionalzuweisungen auf der Ebene einzelner Landkreise. 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 2025.

## **6. Schlussbemerkung**

Die Betriebskrankenkassen akzeptieren in diesem Jahr erneut die starken Einschränkungen bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells. Unserer Anmerkungen

haben wir deshalb im Wesentlichen auf die durch das BAS adressierten Themen und auf eher technische Aspekte begrenzt. Konkrete Vorschläge zur künftigen Gestaltung des Anhörungsverfahrens nach Abschluss der laufenden Gutachtenphase haben wir in dieser Stellungnahme und in den Stellungnahmen der vergangenen Jahre eingebracht. Über eine frühzeitige Information, ob zum Ausgleichjahr 2027 wieder mit einer umfangreicheren Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu rechnen ist und wie das Verfahren mit den nun freiwerdenden Ressourcen ggf. neugestaltet wird, würden wir uns freuen. Die Festlegung des Klassifikationsmodells zum Ausgleichsjahr 2026 wäre aus unserer Sicht dazu eine sehr geeignete Gelegenheit.

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

| Vorschlagender | Hierarchie | Kategorie                   | ICD              | DxG   | HMG   | ATC   | Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund<br>Vorschlag   |
|----------------|------------|-----------------------------|------------------|---|---|---|--|
| BKK DV         | 16         | Arzneimittelvalidierung     |                  | 354, 355, 367, 368, 369, 376, 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         | 14         | Arzneimitteldifferenzierung | G70.0            | 1257  | 232   | L04AA58, L04AJ, L04AG, J06BA  | Einführung einer hierarchisierten differenzierten Arzneimittelvalidierung mit Abbildung hochpreisiger Arzneimittel in einer weiteren hierarchisch dominanten HMG. Gegebenenfalls Einführung einer weiteren zusätzlichen hierarchisch dominanten arzneimittelvalidierten HMG für besonders hochpreisige Arzneimittel, wie z.B. Efgartigimod alfa (ATC: L04AA58) und Komplement-Inhibitoren wie Eculizumab (ATC: L04AJ01)  |
| BKK DV         | 02         | Arzneimitteldifferenzierung | alle C-Diagnosen | alle DxGs aus der Hierarchie 02 (außer 971, 972, 973) | alle HMGs aus der Hierarchie 02 (außer 331, 332, 333) | L01XJ, L01XK, L01XX52, L01XX73, V10XX und zusätzlich alle ATCs aus den HMGs 331, 332, 333 | <p>Umfassende Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika =&gt; weitere Abkehr von der vorrangigen Zuordnung anhand der Krebsart hin zur besseren Abbildung durch Art der Arzneimitteltherapie.</p> <p>Zusätzlich zu den drei bereits bestehenden HMGs für Neubildungen mit Arzneimittelvalidierung empfehlen wir die Einführung einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln (einschl. der Arzneimittel aus dem HMGs 331, 332, 333) für alle Krebs-ICDs. Diese sollte rezessiv zu den HMGs 331, 332, 333 sein.</p> |

## Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

| Vorschlagender | Hierarchie | Kategorie                        | ICD                   | DxG   | HMG  | ATC  | Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund<br>Vorschlag  |
|----------------|------------|----------------------------------|-----------------------|---|--|--|---|
| BKK DV         | 02         | Arzneimittel-<br>differenzierung | alle C-Di-<br>agnosen | alle DxGs aus<br>der Hierar-<br>chie 02 (au-<br>ßer 971, 972,<br>973) | alle HMGs aus<br>der Hierarchie<br>02 (außer 331,<br>332, 333) | alle L01<br>einschließlich der<br>hochpreisigen<br>ATCs aus den hie-<br>rarchisch überle-<br>genen HMGs:<br>L01XJ, L01XK,<br>L01XX52, L01XX73,<br>V10XX und zusätz-<br>lich alle ATCs aus<br>den HMGS 331,<br>332, 333 | Zusätzlich zum Vorschlag in Zeile 16 empfehlen wir die Einführung einer rezessiven, arzneimittelvalidierten HMG mit allen Onkolo-<br>gika für alle Krebs-ICDs mit Ausnahme der in Zeile 18 aufgeführten ATCs                          |
| BKK DV         | 02         | Arzneimittel-<br>differenzierung | C50-C58;<br>C60-C63   | 64, 67, 68, 78,<br>900, 901, 902                                      | 246, 276, 277,<br>305, 306, 836                                | L02AB, L02AE,<br>L02BA, L02BB,<br>L02BG, L02BX   | Einführung einer zusätzlichen HMG für hormonsensitive Tumore<br>der Geschlechtsorgane bei Behandlung mit endokrinen Therapien<br>(Behandlungen mit hochpreisigen Arzneimitteln werden weiterhin<br>über dominante HMGs aufgegriffen). |