



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Erläuterungen zur

Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im Risikostrukturausgleich

für das Ausgleichsjahr 2026

Bonn, den 30. September 2025

Kontakt

Bundesamt für Soziale Sicherung

Referat 316 „Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs,
Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats“

Friedrich-Ebert-Allee 38

D-53113 Bonn

E-Mail: [referat316\[at\]bas.bund.de](mailto:referat316[at]bas.bund.de)

www.bundesamtsozialesicherung.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
I Einführung	11
1 Rechtsgrundlagen	11
2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen	13
2.1 Anhörungsverfahren	13
2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	13
3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichjahr 2026 im Vergleich zum Festlegungsentwurf	63
3.1 Ausgangsmodell	63
3.2 Hierarchie 02 „Neubildungen“	63
3.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	63
3.4 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“	63
3.5 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“	63
3.6 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	63
3.7 Regionale Risikogruppen	63
3.8 Wohnlandgruppen	63
II Methodik	64
4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung	64
4.1 Festlegungsentwurf	64
4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen	64
4.3 Diskussion der Stellungnahmen	64
4.4 Festlegung	65
5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichjahr 2026	66
5.1 Festlegungsentwurf	66
5.2 Anhörungsverfahren	66
5.3 Weitere Anpassung: Altersgrenzen der ICD-Kodes O42.2-	67
5.4 Festlegung	68
6 Weitere Themen	69
6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen	69
6.2 Diskussionen der Stellungnahmen	71

III Anpassung der Hierarchien	74
7 Vorbemerkungen	74
7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen	74
7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien	74
7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen	76
8 Hierarchie 02 „Neubildungen“	78
8.1 Festlegungsentwurf	78
8.2 Anhörungsverfahren	83
8.3 Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“	85
9 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	86
9.1 Festlegungsentwurf	86
9.2 Anhörungsverfahren	91
9.3 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	92
10 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“	93
10.1 Festlegungsentwurf	93
10.2 Anhörungsverfahren	96
10.3 Festlegung der Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“	96
11 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“	97
11.1 Festlegungsentwurf	97
11.2 Anhörungsverfahren	99
11.3 Festlegung der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“	103
12 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	104
12.1 Festlegungsentwurf	104
12.2 Anhörungsverfahren	106
12.3 Festlegung der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“	107
IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens	108
13 Regionale Risikogruppen	108
13.1 Festlegungsentwurf	108
13.2 Anhörungsverfahren	108
13.3 Ergebnis	109
14 Wohnlandgruppen	110
14.1 Festlegungsentwurf	110
14.2 Anhörungsverfahren	110

V	Gesamtbewertung der Modellausgestaltung	113
	15 Kennzahlen der Festlegung	113
VI	Literaturverzeichnis	116
A	Anhang	118
A.1	Erläuterung zu den Anlagen	118
A.2	Darstellung des Aufgreifalgorithmus	120
A.3	Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell	125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie	75
Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung	75
Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle	76
Abbildung 8.1: Hierarchie 02 „Neubildungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2026 (1/1)	82
Abbildung 9.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2026 (1/2)	89
Abbildung 9.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2026 (2/2)	90
Abbildung 10.1: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2026	95
Abbildung 11.1: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2026 (1/1)	99
Abbildung 11.2: Rechter Hierarchiestrang (Schwangerschaftskomplikationen) der Hierarchie 21 im Ausgangsmodell	101
Abbildung 12.1: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf des AJ 2026 (1/1)	106
Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das AJ 2026	120
Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage	121
Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage	122
Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen	123
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“	124
Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)	125
Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)	126
Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)	127
Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)	128
Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)	129
Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)	130
Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)	131
Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)	132
Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)	133

Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)	134
Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)	135
Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)	136
Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)	137
Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)	138
Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (1/1)	139
Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)	140
Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)	141
Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1)	142
Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)	143
Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)	144
Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)	145
Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)	146
Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)	147
Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)	148
Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)	149
Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)	150
Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)	151
Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)	152
Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)	152
Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)	153
Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)	154
Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)	155
Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)	156
Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)	157
Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)	158

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise	14
Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise	16
Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien	27
Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahren	60
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 im Vergleich	78
Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich	86
Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 12 im Vergleich	93
Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 21 im Vergleich	98
Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 31 im Vergleich	104
Tabelle 14.1: Änderung der Zuordnung der Länder mit < 1.000 VJ zu den Ländern mit ≥ 1.000 VJ im Vergleich zur FL 2025	111
Tabelle 15.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2026	114
Tabelle 15.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool	115
 Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2026	 119

Abkürzungsverzeichnis

AGM	Ausgangsmodell
aHUS	atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom
AJ	Ausgleichsjahr
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln
AOK-BV	AOK-Bundesverband
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BÄK	Bundesärztekammer
BBS	Barret-Biedl-Syndrom
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BJ	Berichtsjahr
BKK	Betriebskrankenkasse
BKK DV	BKK Dachverband e. V.
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
BT	Behandlungstage
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
COVID-19	coronavirus disease 2019
CPM	Cumming's Prediction Measure
DAK-G	DAK-Gesundheit
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DVKA	GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
DxG	Diagnosegruppe
et al.	und andere (et alii)
FL	Festlegung
FLE	Festlegungsentwurf
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-AI	GKV-Arzneimittelindex
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GLB	Grundlagenbescheid
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IFA	Informationsstelle für Arzneyspezialitäten
IKK e. V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
ITP	idiopathische thrombozytopenische Purpura
JA	Jahresausgleich
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kreis	Landkreise und kreisfreie Städte
LAoKG	Leistungsausgaben ohne Krankengeld
MAPD	Mittlere absolute Prozentabweichung (Mean Absolute Percentage Deviation)
MAPE	Mittlerer absoluter Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)

MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGUS	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
Pandemie	COVID-19-Pandemie
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PP	Prozentpunkte
PZN	Pharmazentralnummer
R ²	Bestimmtheitsmaß
RGG	Regionale Risikogruppe
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung /Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK et al.	Techniker Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse
TMA	Thrombotische Mikroangiopathie
TTF	Tumor Treating Fields
VJ	Versichertenjahre
Wissenschaftlicher Beirat	Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung
WLG	Wohnlandgruppe
wMAPD	Gewichtete absolute Prozentabweichung (weighted Mean Absolute Percentage Deviation)
wMAPE	gewichteter mittlerer absoluter Prognosefehler (weighted Mean Absolute Prediction Error)
ZNS	Zentralnervensystem

I Einführung

1 Rechtsgrundlagen

Im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben neben einer Grundpauschale risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich der RSA durchgeführt. Durch das Verfahren werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, welche sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmale getrennte Risikogruppen ergeben (§ 266 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)).

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen entwickelt und pflegt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ein sog. Versichertenklassifikationsmodell. Die Festlegungen des BAS nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)) beinhalten vor diesem Hintergrund die Risikogruppen des Versichertenklassifikationsmodells, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen sowie die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV. Das BAS legt ferner gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV das sich an die Versichertenklassifikation anschließende Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge fest. Die Festlegungen haben jeweils bis zum 30. September eines Jahres für das folgende Ausgleichsjahr (AJ) nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zu erfolgen.

Das BAS hat die Festlegungen unter Beachtung der in § 8 Absatz 1 RSAV genannten Kriterien (keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion) zu treffen.

Bei der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen sind gemäß § 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4 RSAV die Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, regionale Merkmale sowie das Merkmal Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 SGB V zugrunde zu legen.

Die Morbidität wird auf Grundlage von Diagnosen und Arzneimitteln bzw. deren Wirkstoffen berücksichtigt (§ 266 Absatz 2 Satz 2 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 2 RSAV).

Regionale Merkmale sind solche, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demographische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden (§ 266 Absatz 2 Satz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV). Gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4ff. RSAV legt das BAS die Anzahl der in die Versichertenklassifikation einzubeziehenden regionalen Merkmale fest. Es wählt dabei insbesondere regionale Merkmale, die die Ausgabenstruktur der Regionen beeinflussen können. Regionale Merkmale, die sich auf die Angebotsstruktur beziehen, können dabei nicht ausgewählt werden. Das BAS verwendet als Datengrundlage öffentlich zugängliche, aktuelle, amtliche Daten und die Daten nach § 267 Absatz 1 SGB V.

Für die Ermittlung der Risikozuschläge für das Krankengeld ist die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 RSAV maßgeblich, d. h. das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach § 44 SGB V, differenziert nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht der Versicherten.

Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind gesonderte Risikogruppen differenziert nach deren Wohnstaat zu bilden und Risikozuschläge aufgrund der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu ermitteln (§ 269 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 2 Absatz 1 Nummer 5 RSAV). Als abgerechnete Rechnungsbeträge sind dabei die im jeweiligen Berichtsjahr bei der DVKA eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen (§ 8 Absatz 6 Satz 2 RSAV). Das BAS kann bei den Risikogruppen für die Auslandsversicherten länderübergreifende Risikogruppen bilden (§ 8 Absatz 6 Satz 1 RSAV). Die Datenmeldungen für diese Versicherten bleiben gemäß § 8 Absatz 4 Satz 11 RSAV beim Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und dem Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge unberücksichtigt.

Zudem werden bei Versicherten, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V gewählt haben, die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 RSAV (die Morbiditätsgruppen) durch gesonderte Risikogruppen ersetzt; das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge sind entsprechend anzuwenden (§ 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 RSAV).

Nach § 8 Absatz 4 Satz 8 RSAV liegt es im Ermessen des BAS, im Berechnungsverfahren nach § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 RSAV nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben der Krankenkassen gesondert zu berücksichtigen.

Der Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsverfahren 2026 wurde am 18.06.2025 durch das BAS veröffentlicht (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2025). Zeitgleich wurde die nach § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV (mit Frist zur Stellungnahme bis zum 13.08.2025) eingeleitet.

Nach Prüfung der Stellungnahmen gibt das BAS zum 30. September 2025 die Festlegung für das AJ 2026 bekannt.

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen

2.1 Anhörungsverfahren

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 13.08.2025 gingen beim BAS neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der BARMER, des BKK Dachverbandes e. V. (BKK DV), des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V (BPI), der DAK-Gesundheit (DAK-G), der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e. V.), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Bundesärztekammer (KBV/BÄK), sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich in Tabelle 2.1 bis Tabelle 2.4. In den sich anschließenden Kapiteln werden die vom BAS mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen und in den Stellungnahmen thematisierten Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst. Im Anschluss erfolgt eine themenbezogene Zusammenfassung der im Anhörungsprozess eingegangenen Stellungnahmen, bevor eine Bewertung derselben erfolgt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen und Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgestellt.

Aufgrund der diesjährigen Schwerpunktsetzung ist die Weiterentwicklung einzelner Hierarchien unterblieben. Dennoch liegen Stellungnahmen zu Veränderungen des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens vor, die von den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs AJ 2026 nicht erfasst werden. In diesem Fall erfolgen im Allgemeinen keine gesonderte Zusammenfassung und Bewertung der Stellungnahmen zu diesen Themenbereichen. Die eingegangenen Vorschläge können jedoch vom BAS im Rahmen der jeweiligen Schwerpunktsetzung in den kommenden Anpassungszyklen wieder aufgegriffen und bewertet werden.

Es liegen jedoch Hinweis zu inkonsistenten Altersgrenzen für ICD-Kodes im Ausgangsmodell vor. Diese betreffen auch Hierarchien, die im Festlegungsentwurf vom BAS nicht überarbeitet worden sind. Diese Hinweise werden im Kapitel 5 „Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichjahr 2026“ behandelt.

Ausgewählte hierarchieübergreifende Themen werden in Kapitel 6 zusammengefasst. Dabei werden jedoch ausschließlich Vorschläge behandelt, die das BAS im Rahmen seiner Festlegungskompetenz nach § 8 Absatz 4 RSAV umsetzen kann. Nicht aufgegriffen werden hingegen Themen, die auf eine Änderung der einschlägigen Rechtsgrundlagen abzielen und sich dem Grunde nach an den Gesetz- bzw. den Verordnungsgeber richten.

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise

I	Einführung	
1	Schwerpunktsetzung	
	<p>Die Ausführungen des BAS zu dem in diesem Jahr wiederholt eingeschränkten Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes sind aus Sicht des GKV-SV 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 6. August 2024 sind u. E. weiterhin insbesondere folgende Themen im Rahmen der kommenden jährlichen Anpassungen des Klassifikationsmodells in die Untersuchung einzubeziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen einschließlich einer Überprüfung der ICD-DXG-Zuordnung • Altersdifferenzierung • Arzneimitteldifferenzierung/-validierung • Verwendung von ICD-Kodes der Ausschlusskategorie • Abbildung von Ko- und Multimorbidität • Beschreibung von Kriterien zur Modellanpassung <p>Ferner gehen wir davon aus, dass die noch unbearbeiteten Vorschläge des GKV - SV, die im Rahmen der Stellungnahmeverfahren der vergangenen Jahre eingebracht wurden, im kommenden Anpassungszyklus bearbeitet werden.</p>	GKV-SV
	<p>Aufgrund der Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 und zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V im Jahr 2025 stehen dem BAS nur begrenzte Personalressourcen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zur Verfügung. Entsprechend ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich nachvollziehbar, dass der vorliegende Entwurf lediglich punktuelle und begrenzte Änderungen am Klassifikationsmodell vorsieht.</p> <p>Auch die weiterhin durch die Pandemie beeinflusste Datengrundlage im Morbiditäts- und Kostenjahr spricht gegen eine umfassendere Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es daher richtig, die Weiterentwicklung auf medizinisch begründbare Hierarchieanpassungen und die Verbesserung der Modellkonsistenz zu beschränken. Die Berücksichtigung medizinisch fundierter Vorschläge – insbesondere aus den letztjährigen Anhörungszyklus – wird ausdrücklich begrüßt.</p>	AOK-BV
	<p>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.</p>	BARMER
	<p>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 Ausgleichsjahr 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.</p>	BKK DV

I	Einführung	
	<p>Im Vergleich zur Festlegung 2025 haben sich die Kennzahlen erneut verbessert. Das R² hat sich um 0,27 Prozentpunkte und das CPM um 0,23 Prozentpunkte verbessert. Der MAPE ist um 9 € gesunken. Bedauerlicherweise haben sich die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. Wir können nachvollziehen, dass sich das BAS aufgrund der zu erstellenden Gutachten in diesem Anpassungszyklus Jahr nicht intensiver mit den notwendigen Modellanpassungen beschäftigen konnte. Für die nächsten Festlegungszyklen wünschen wir uns eine systematische Auseinandersetzung mit den nicht berücksichtigten Diagnosekodes sowie eine strukturierte Überprüfung der bislang noch ungeprüften Vorschläge aus den letzten Jahren, um die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen und die erfreuliche Entwicklung der letzten Jahre zu verstetigen und weiter auszubauen.</p>	IKK e. V.
2	Vorschlagsverfahren und organisatorische Aspekte des Anhörungsverfahrens	
	<p>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.</p>	BKK DV
3	Themen mit Änderungsbedarf der Rechtsgrundlagen	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft hat bereits 2022 eine entsprechende Untersuchung beim Forschungsinstitut EsFoMed und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen systematische Unterdeckungen bei den RSA-Zuweisungen für Versicherte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, • unter der Härtefallregelung gemäß § 62 SGB V, • mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, • sowie mit Bezug von ALG II. <p>Diese Gruppen sind nicht nur besonders schutzbedürftig, sondern auch leicht identifizierbar – was das Risiko gezielter Risikoselektion erhöht. Zudem sind sie ungleich auf die Krankenkassen verteilt, was zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führt.</p> <p>Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollte der Wissenschaftliche Beirat des BAS im § 266 SGB V ergänzend beauftragt werden, im Rahmen eines Sondergutachtens zu prüfen, inwieweit versichertenbezogene Risikomerkmale zur Verbesserung der RSA-Zuweisungen für vulnerable Gruppen beitragen können. Die Ergebnisse unserer Studie legen nahe, dass bestimmte Merkmale eine höhere Leistungsanspruchnahme erklären, die durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen allein nicht abgebildet wird.</p>	AOK-BV

I	Einführung	
	Zeitnah umzusetzen sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch die Empfehlungen des Beirats in seinem Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021. Darin empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, Risikomerkmale für Erwerbsminderung wieder im RSA zu berücksichtigen. Die fehlende Berücksichtigung eines separaten Merkmals für Erwerbsminderung mindert die Erklärungskraft des RSA und setzt Fehlanreize zulasten besonders schutzbedürftiger Menschen.	AOK-BV
	Der empfohlene Verzicht auf die sogenannte Manipulationsbremse, deren Dysfunktionalität erneut festgestellt wurde, wäre ein weiterer Beitrag zu weniger Bürokratie und mehr Planungssicherheit. Denn die Manipulationsbremse verfehlt ihr Ziel Manipulation zu bekämpfen und führt stattdessen zu mehr Aufwand und Fehlallokationen.	AOK-BV
	Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung von partiellen Ist-Kostenausgleichen im RSA grundsätzlich ab und fordert stattdessen, die Zuweisungen über den bewährten, standardisierten Ausgleich von prospektiven Folgekosten zu bemessen. Nur so werden die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren. Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahrens allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter. Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 (BT-Drs. 19/15662) sowie unsere Stellungnahmen vom 13.08.2021 und vom 09.08.2024 verwiesen.	AOK-BV
	<p>Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Absatz 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigen. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des RSA entspricht.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft fordert weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden [vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 13.08.2021].</p>	AOK-BV

Quelle: BAS

Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise

II	Methodik	
1.	Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung	
1.1	Statistische Bewertungskriterien	
	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.	GKV-SV

II	Methodik	
	Das BAS hat im diesjährigen Festlegungsentwurf als neue statistische Kennzahl die gewichtete mittlere absolute Prozentabweichung (weighted Mean Absolute Percentage Deviation, wMAPD _{kk}) eingeführt. Diese Kennzahl ersetzt das bisher ausgewiesene ungewichtete MAPE _{kk} . Die neue Kennzahl ermöglicht eine Betrachtung im Zeitverlauf und ist daher aus Sicht der Innungskrankenkassen eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits etablierten Kennzahlen.	IKK e. V.
	<p>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 (R², 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 Modellanpassung verschieben. Die Kennzahlen auf Versichertengruppenebene werden etwas allgemeiner gefasst als in der Vergangenheit.</p> <p>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.</p>	KBV/BÄK
	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.	KBV/BÄK
1.2	Datenaufbereitung und -beschreibung	
	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-SV kann die Analysen rechnerisch nachvollziehen.	GKV-SV
	Der GKV-SV 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.	GKV-SV

II	Methodik	
	In der Stellungnahme steht: Wir begrüßen, dass das BAS weiterhin Untersuchungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf den Datengrundlagen für den Festlegungszyklus 2026 (Morbidität 2022 und Leistungsausgaben 2023) durchgeführt hat. Wie bereits in den vorherigen Jahren ist auch dieses Jahr anzuerkennen, dass insbesondere der Risikopool für eine Stabilisierung des Modells sorgt.	KBV/BÄK
	Pandemieeffekte: Als Fazit der genannten Erkenntnisse zieht das BAS, dass die Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung des RSA verwendbar sei. Dem können die KBV und die BÄK folgen.	KBV/BÄK
2	Entwicklung des Ausgangsmodells	
2.1	Anpassungen an den ICD-10-GM	
	Die vorgeschlagenen Anpassungen an den ICD-10-GM 2025 sind nachvollziehbar. Die vorgesehenen Zuordnungen der neuen ICD-Kodes 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-Kodes zu Krankheiten bzw. den Ausschlusskategorien enthält, für zielführend. Aus Sicht des GKV-SV würde dies eine Überprüfung auf Vollständigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen an eine neue ICD-Version deutlich erleichtern.	GKV-SV
	Das Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 basiert auf einem zum Teil in den Abgrenzungen und Zuordnungsregeln modifiziertem Klassifikationsmodell des Jahres 2025. Die vom BAS vorgenommenen Anpassungen im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 sind schlüssig und nachvollziehbar dargestellt.	IKK e. V.
	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 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 Auszahlungen 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.	KBV/BÄK
	Im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 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.	KBV/BÄK
	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.	KBV/BÄK

II	Methodik
2.2	Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes
	<p>Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die im AJ 2023 vorgenommene Integration zahlreicher bislang nicht genutzter Codes aus den Ausschlusskategorien 501 und 502 an unterschiedlichen Stellen des Klassifikationsmodells. Die Berücksichtigung dieser Diagnosen leistet einen wichtigen Beitrag, um eine nachhaltige Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Erneut möchten wir anregen, eine zusätzliche Berücksichtigung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ zu untersuchen. Analysen der AOK-Gemeinschaft zeigen, dass diese ICD-Kodes besonders geeignet sind, um eine Verbesserung der Prädiktionsgüte durch eine differenziertere Abbildung von Krankheitsschweregraden zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten für eine krankheitsvollständige Abbildung der Morbiditäten auch Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen nach medizinischen Maßnahmen, die Berücksichtigung von Dauertherapien mit Antikoagulanzen, die Integration von Nekrosen/Gangrän und die Abbildung von Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sowie Nachuntersuchungen nach Organtransplantationen geprüft werden [vgl. unsere Vorschläge zu den Hierarchien 07, 08, 11, 22, 24 und 25 und unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].</p> <p>AOK-BV</p>
	<p>Durch die Einführung des Krankheitsvollmodells entfällt die jährliche Krankheitsauswahl und die damit bereitgestellten Informationen. Auf Basis der verbliebenen Informationen des BAS zur Modellfestlegung ist eine Zuordnung aller ICD-Kodes zu den Krankheiten und Ausschlusskategorien aktuell nicht möglich. Eine vollständige Krankheitsabgrenzung inkl. der ICD-Zuordnungen zu den Ausschlusskategorien ist aber erforderlich um nachzuvollziehen, warum bzw. auf Basis welcher Kriterien ICD-Kodes zwischen den Krankheiten oder in die Ausschlusskategorien (Ausschluss: Symptom, Zustand, ...) verschoben werden. Derzeit können die Anhörsungspartner nur über den Abgleich mit dem ICD-Katalogverzeichnis des DIMDI feststellen, ob tatsächlich alle ICD-Kodes für die Festlegung berücksichtigt wurden. Eine entsprechende Transparenz über die ICDs in der Ausschlusskategorie würde auch das Risiko deutlich verringern, dass im Rahmen der Modellfestlegung relevante ICDs übersehen werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten erneut um Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Kodes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1 der Festlegung [vgl. auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].</p> <p>AOK-BV</p>
	<p>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-Krankheiten-Tabelle, die sämtliche ICD-Kodes auch die der Ausschlusskategorie enthält, halten wir für zielführend.</p> <p>BARMER</p>
	<p>Die Zuordnung der neuen Diagnosen zu Krankheiten und Morbiditätsgruppen und die ICD-Verschiebung aus medizinischen Gründen sind nachvollziehbar.</p> <p>DAK-G</p>
2.3	Anpassung von ATC-Kodes
	<p>Die vorgenommenen Anpassungen sind aus Sicht des GKV-SV sachgerecht und gut dokumentiert.</p> <p>GKV-SV</p>

II	Methodik
3	Weitere Themen
3.1	Dokumentation der Modellanpassungen
	<p>Wir regen an, in den Anlagen zu den Festlegungen/Festlegungsentwürfe auch die Hierarchiebezeichnungen mit aufzunehmen. Beim Abgleich des Festlegungsentwurfs 2026 mit der Festlegung 2025 fällt auf, dass die Bezeichnung der Hierarchie 13 in den Erläuterungen zur Festlegung nicht einheitlich ist. In den Erläuterungen zur Festlegung 2025 hat die Hierarchie 13 in der Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell die Bezeichnung „Erkrankungen des Rückenmarks“ (siehe pdf-Seite 159, Dokumentseite 159). In den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf 2026 lautet der Titel der Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (siehe pdf-Seite 182, Dokumentseite 172).</p> <p>AOK-BV</p>
	<p>Die Anpassungen in den Hierarchien werden teilweise mit Überdeckungen von DxG erklärt (z. B. in Hierarchie 08 und Hierarchie 21). Die Deckungssituation der Versicherten wird aber an keiner Stelle dargestellt. Aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit sollten die entsprechenden Ergebnisse der durchgeführten Analysen in den Erläuterungen aufgenommen werden.</p> <p>AOK-BV</p>
	<p>Wir begrüßen es sehr, dass erstmals Regressionskoeffizienten ohne Nullsetzung für die vorherigen Ausgleichsjahre veröffentlicht wurden, sodass ein sinnvoller Vergleich mit dem Festlegungsentwurf möglich ist.</p> <p>BARMER</p>
	<p>Es wurden noch nicht alle ausstehenden Vorschläge der letzten Jahre systematisch geprüft und bewertet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Für zukünftige Anpassungszyklen würden wir es begrüßen, wenn alle noch ausstehenden Vorschläge der letzten Jahre systematisch geprüft und bewertet werden.</p> <p>IKK e. V.</p>
	<p>Die Nachvollziehbarkeit hinsichtlich der Annahme oder Ablehnung einzelner Vorschläge ist gering.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Das BAS begründet seine Entscheidungen hinsichtlich der Annahme oder Ablehnung einzelner Vorschläge transparent.</p> <p>IKK e. V.</p>
	<p>Wir halten eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln für unabdingbar, da sich hier vor allem in den vergangenen Jahren eine erhebliche Kostendynamik entwickelt hat. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf seltene Erkrankungen gelegt werden, bei denen spezifische Arzneimittelverordnungen Hinweise auf kostenintensive Behandlungsmethoden und differenzierte Kosten- und Deckungsunterschiede liefern können. Gerade bei unspezifischen oder schwer abgrenzbaren ICD-Kodes können hochpreisige Arzneimittel (Orphan Drugs) zu besserer Abgrenzung und damit zu zielgenaueren Zuweisungen für Versicherte mit kostenintensiven Behandlungsbedarf beitragen.</p> <p>IKK e. V.</p>

II	Methodik	
3.2	Einheitliche Entscheidungskriterien	
	Auch um Anreize zur fehlerhaften Kodierung zu vermeiden, sollte bei der Überprüfung der ICD-DxG-HMG-Zuordnung auf eine kostenhomogene Eingruppierung von spezifischen und unspezifischen ICD-Kodes geachtet werden. So sind beispielsweise in der Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ die spezifischen und unspezifischen ICD-Kodes 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-Kodes, allerdings lassen sich diese über spezifisch eingesetzte Arzneimittel identifizieren und durch die Berücksichtigung von Arzneimitteln zielgenauer abbilden.	GKV-SV
	An manchen Stellen sind die Entscheidungsgründe für eine Anpassung unterschiedlicher Modellvarianten nur eingeschränkt nachvollziehbar, da die Ergebnisse von Zwischenschritten nicht ausreichend dokumentiert werden. 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.	GKV-SV
	Bei der Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen sollte aus Sicht des GKV-SV der prozentuale Unterschied zwischen den Kostenschätzern und die Besetzungszahl der einzelnen Morbiditätsgruppen grundsätzlich in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.	GKV-SV
	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.	BARMER
	Identifizierung von HMG mit im Zeitverlauf sich heterogen entwickelnden Kosten bei Diagnosen/DxG auch vor dem Hintergrund einer Verringerung der Anzahl an HMG bei steigender Anzahl an DxG Vorschlag: In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMGs in ihre DxGs standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen Anpassungsbedarf anzeigen. Dabei ließen sich auch Altersdifferenzierungen standardisiert berechnen.	DAK-G

II	Methodik	
	<p>Bei der Bearbeitung der Hierarchie 08 erfolgt ausgehend von einer Hierarchieverletzung eine Überprüfung der HMG-Zusammensetzung. Zur Identifizierung von Anpassungsbedarf in heterogen zusammengesetzten HMG möchte die DAK-Gesundheit erneut einen zurückliegenden Vorschlag einbringen. In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMG in ihre DxG standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen Anpassungsbedarf anzeigen. Im Kontext der aktuellen Komplexität des Klassifikationsmodell mit einer stetigen Zunahme von DxG und Dominanzbeziehungen und auch anderen Einflüssen wie der Pandemie soll das Verfahren die Weiterentwicklung unterstützen, wozu auch die Prüfung des aktuellen Klassifikationsmodells auf einer neuen Datengrundlage gehört. Die Reduzierung der Anzahl an kostenhomogenen HMG bei gleichzeitig steigender Anzahl an DxG lässt den Überarbeitungsbedarf in den Folgejahren ansteigen. Besonders betroffen sind HMG, die z. B. DxG mit stationärem Aufgreifkriterium, geringer Anzahl oder Diagnosen mit veränderten Therapiekosten enthalten. Das können sowohl höhere Kosten durch neue Therapien als auch niedrigere Kosten z. B. durch geringere Arzneimittelkosten sein.</p> <p>Darüber hinaus ließe sich in einem solchen automatisierten Prozess zusätzlich jede HMG auf diverse Altersdifferenzierungen prüfen, um auch hier Handlungsbedarf zu identifizieren.</p>	DAK-G
	<p>Bei der Bearbeitung der Hierarchien werden HMG zusammengefasst, obwohl ein relativ großer Kostenunterschied bei hoher bzw. unterschiedlicher Besetzung vorliegt. Dies kann die DAK-Gesundheit grundsätzlich nicht nachvollziehen. Es werden dabei teilweise hohe Zuweisungen verschoben, die offensichtlich nicht zu einer Verbesserung führen, was sich in der, wenn auch geringen, Verschlechterung der Kennzahlen zeigt.</p>	DAK-G
	<p>Das methodische Vorgehen zur Neuordnung der Hierarchien ist gut dokumentiert und grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings begründet das BAS die Durchführung oder nicht Durchführung von Hierarchieanpassungen häufig mit Vorabanalysen der Deckungssituation in bestimmten Versichertengruppen. Um diese Entscheidungen nachvollziehen zu können, bitten wir das BAS auch diese Analyseergebnisse transparent zu machen. Für künftige Weiterentwicklungen regt die AOK-Gemeinschaft außerdem erneut an, eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu entwickeln, die sich an der Höhe der Gesamtzuweisung für die einzelnen HMGs orientiert. Abweichungen hiervon sollten nur in begründeten Einzelfällen erfolgen.</p>	AOK-BV
	<p>Abschließend betont die AOK-Gemeinschaft weiter die Notwendigkeit, Lösungsansätze zum nachhaltigen Abbau der signifikanten Überdeckungen bei gesunden Versicherten zu entwickeln. Diese werden durch die Manipulationsbremse in erheblichem Umfang verstärkt. Eine gezielte Integration von Merkmalen für sozialpolitisch schutzbedürftige und vulnerable Gruppen kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten – insbesondere zur Verbesserung der Ausgabendeckung bei Versicherten mit 1–4 HMGs.</p>	AOK-BV

II	Methodik
3.3	Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien
	<p>Aus Sicht des GKV-SV 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.</p> <p style="text-align: right;">GKV-SV</p>
	<p>Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13.11.2019 zum 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürfen dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Rezeptes durch den Arzt. Ärzte und Ärztinnen können das Wiederholungsrezept seit dem 1. April 2023 im Rahmen eines E-Rezeptes verordnen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen sowie bei Arzneimittelvalidierungen über „klinisch-relevant“) zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen [vgl. unserer Stellungnahme vom 09.08.2024].</p> <p style="text-align: right;">AOK-BV</p>
	<p>Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen. Dies betrifft nach Analysen des AOK-BV insbesondere die DxGs der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, arthritischen Gelenkerkrankungen, Multiplen Sklerose sowie des Hämolytisch-urämisches Syndroms. Auch für eine sachgerechtere Berücksichtigung der Versicherten mit spinaler Muskelatrophie und stationärer Nusinersen-Arzneimitteltherapie im vorliegenden Entwurf wäre eine Modifikation der Sonderfallprüfung 1 bei Arzneimitteldifferenzierung angezeigt. Denn dann könnten auch die zahlreichen ambulanten Behandlungen der spinalen Muskelatrophie ohne Dauermedikation im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].</p> <p style="text-align: right;">AOK-BV</p>

II	Methodik	
	<p>Für einige der im Rahmen der Vervollständigung des Krankheitsspektrums im AJ 2021 neu hinzukommenden DxGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z. B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DxGs daher ungeeignet. Für die nachfolgend aufgelisteten DxGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren (siehe detaillierte Auflistung in der Stellungnahme vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV
	<p>Drohende oder bestehende Lieferausfälle im Arzneimittelmarkt können auf Antrag des Zulassungsinhabers zu sogenannten Gestattungen nach §§ 10 Absatz 1a und 11 Absatz 1c AMG durch das BfArM führen. Gestattet wird hierbei die vorübergehende Abgabe von für den deutschen Markt nicht hergestellten Arzneimitteln. Diese können vorübergehend abgegeben und abgerechnet werden. Die entsprechenden Produkte haben keine PZN und verfügen über eine vom Produkt für den deutschen Markt abweichende Zulassungsnummer. Bereits heute sind hiervon diverse RSA-relevante Wirkstoffe betroffen, ob und inwieweit zukünftig weitere Wirkstoffe mit RSA-Relevanz betroffen sein werden ist nicht vorhersagbar. Die Abrechnung der gestatteten Arzneimittel führt aktuell zu diversen Problemen: Insoweit bei der Abrechnung eine allgemeine Sonder-PZN für Importarzneimittel abgerechnet wird, ist weder eine Zuordnung bzw. Erfassung des konkret abgegebenen Arzneimittels noch eine Berechnung von Behandlungstagen im Morbi-RSA-Klassifikationsmodell möglich. Im Falle der Erfassung einer deutschen „Pendant-PZN“ (soweit es ein deutsches „Pendant“ Arzneimittel gibt) kommt es fälschlicherweise zur Berücksichtigung von Herstellerrabatten für die Krankenkassen. Des Weiteren sind keine validen Auswertungen zur Relevanz der jeweiligen Lieferengpässe und keine Rückschlüsse auf die tatsächlich abgegebenen Arzneimittel möglich. Um den genannten Problemen zu begegnen, wird der AOK-BV über den GKV-SV die Einführung jeweils einer zugeordneten, eindeutigen PZN je gestatteter Ware durch die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA) vorschlagen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen von Gestattungen auf die bestehenden Aufgreifkriterien des RSA im Kontext der entsprechenden Arzneimitteldifferenzierungen oder -validierungen zu beachten. Die Gestattungsregelungen bergen die Gefahr, dass Krankenkassen für Versicherte trotz erfolgter Arzneimitteltherapie keine Zuweisungen erhalten. Sollte die IFA dem Vorschlag der Vergabe von uneindeutigen PZNs für gestattete Ware nicht folgen, bitten wir das BAS und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen. Konkret vorstellbar wäre z. B. die Absenkung der erforderlichen BT-Grenzen entsprechend der Relevanz der gestatteten Waren für die Arzneimittelversorgung bestimmter Patientengruppen oder der (temporäre) Umstieg auf eine Validierung über die Anzahl von Ordnungsquartalen in betroffenen DxGs.</p>	AOK-BV

II	Methodik	
3.4	Komorbidität	
	<p>Im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen wurden in mehreren Hierarchien Patientengruppen mit immunsuppressiven Dauertherapien mit Biologika (Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva, Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren, Interleukin-Inhibitoren, Monoklonale Antikörper, Selektive Immunsuppressiva) an den oberen Strangenden abgebildet (z. B. Hierarchie 06, 07 und 22, z. B. HMGs 0275 und 0311). Diese Art der Schweregraddifferenzierung geht in der Regel mit einer deutlich verbesserten Abbildung prospektiver Kostenrisiken einher und wird daher begrüßt. Allerdings bestehen zwischen diesen Erkrankungen Komorbiditäten, die mit denselben Medikamenten behandelt werden. So haben Patienten mit einer Psoriasis ein erhöhtes Risiko einer Erkrankung an Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa und umgekehrt. Die bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis auftretenden Gelenkbeteiligungen werden häufig auch von behandelnden Ärzten als Rheumatoide Arthritis kodiert. So zeigen auch die im Kontext der Anhörung zum Ausgleichsjahr 2023 und 2024 seitens des GKV-SV bereitgestellten Komorbiditätsanalysen hohe Odds-Ratios zwischen diesen Erkrankungen. Die Immunsuppressiva werden bei diesen Patienten nur einmal gegeben, führen aber in zwei oder drei HMGs zur Auslösung des höchsten Zuschlags. Dies führt bei paralleler Zuschlagsauslösung zu Überdeckungen in problematischem Umfang.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Ein Lösungsansatz könnte die Abbildung der Autoimmunerkrankung in einer Hierarchie darstellen. Dies erscheint aber sehr komplex, da man dann auch die jeweils untergeordneten HMGs mit einbeziehen müsste. Für eine hinreichende, kurzfristige Lösung des Problems im Rahmen der anstehenden Festlegung sprechen wir uns daher übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Dauermedikation II) über die Psoriasis mit Dauermedikation III und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen (Dauermedikation II) aus. Dies führt in den Analysen auf AOK-Daten zu deutlichen Modellgüteverbesserungen aufgrund der vermiedenen Überdeckungen, der MAPE reduziert sich um über 3 €. Perspektivisch zielführender, da vermutlich zielgenauer, wäre hingegen die Abbildung der erhöhten Folgekosten dieser Patientengruppen über einen hierarchieübergreifenden, gesonderten Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der Entwurfsfassung AJ 2023 eingeführten Zuschlagsgruppen für innovative Onkologika. Im Rahmen der Weiterentwicklung ließen sich über eine solche Zuschlagsgruppe zudem auch die erhöhten Folgekosten weiterer Autoimmunerkrankungen, z. B. des zentralen Nervensystems (Multiple Sklerose mit Dauermedikation) bzw. weiterer Manifestationen im Bereich Hauterkrankungen (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation) und andere Ausprägungen dieser Erkrankung adäquat und ohne unerwünschte Nebenwirkungen durch medizinisch unbegründete Hierarchiebeziehungen abbilden [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].</p>	AOK-BV

II	Methodik	
	<p>Die AOK-Gemeinschaft sieht die Tendenz zu immer stärker verflochtenen Hierarchiesträngen im Kontext der sogenannten „Manipulationsbremse“ weiterhin kritisch. Da nach der Anwendung des Ausschlussverfahrens keine Neugruppierung erfolgt, verbleiben für betroffene Versicherte kaum Morbiditätsgruppen zur Abbildung ihrer Leistungsausgaben. Dies führt zu verstärkten Fehldeckungen und reduziert die Zielgenauigkeit des RSA erheblich. Erschwerend kommt hinzu, dass sich das BAS bei der Modellweiterentwicklung nur an den Fehldeckungen vor Anwendung der Manipulationsbremse orientieren kann, obwohl die Komorbiditätsanalysen des GKV-SV deutliche Unterschiede in der Ausgabendeckung mit und ohne Anwendung der Bremse aufzeigen. Im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ wird die Zusammenlegung der beiden Hierarchiestränge mit der hohen Komorbidität zwischen beiden Strängen begründet. Wir weisen darauf hin, dass Komorbiditäten zwischen Hierarchiesträngen nur dann problematisch sind, wenn diese mit Fehldeckungen in relevantem Umfang assoziiert sind.</p>	AOK-BV
	<p>Einführung zusätzlicher HMG-Dominanzbeziehungen bei Multi- bzw. Komorbidität zwischen zwei oder wenigen HMG als Ergänzung der strangweisen Hierarchisierung zur Verbesserung der Zielgenauigkeit Vorschläge aus dem Klassifikationsmodell 2025: HMG0119 über 0311, HMG0313 über 0220, HMG0214 über 0215, HMG0501 über 0215, HMG0962 über 0019, HMG0002 über 0136</p>	DAK-G
	<p>Vor dem Hintergrund der Vermeidung von Überdeckung durch mehrere HMG-Zuweisungen bei Komorbidität als auch eine Verbesserung bei Versicherten mit nur einer dieser HMG könnten direkte zusätzliche HMG-Dominanzbeziehungen das strangweise Vorgehen ergänzen und die Zielgenauigkeit erhöhen. Punktuelle hierarchische Beziehungen von nur zwei oder wenigen HMG soll dabei die strangweise Hierarchisierung ergänzen, wie z. B. Beispiel der Psoriasis mit HMG0119 und HMG0311. Letztendlich unterscheidet sich das Vorgehen nicht wesentlich von der HMG0091, die als einzige HMG in Mitten von zwei Strängen der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ eingebunden ist.</p> <p>Zu weiteren Ausführungen verweist die DAK-Gesundheit auf die Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2022 und 2025.</p>	DAK-G
3.5	Alterssplits	
	<p>Des Weiteren ist aufgefallen, dass sich einige Kostenschätzer von HMGs mit einer Altersdifferenzierung angenähert haben. Aus Sicht des GKV-SV bedürfen die Altersdifferenzierungen einer Überprüfung und ggf. Aktualisierung.</p>	GKV-SV
	<p>Die im Klassifikationsmodell 2020 eingeführten Alterssplits einzelner HMG haben die Passgenauigkeit der Zuweisungen deutlich verbessert. Die Splittung wurde zunächst nur für wenige HMG vorgenommen und darauf verwiesen, dass mit dem Vollmodell ab 2021 eine neue Basis für Alterssplits vorliegt. Eine Überprüfung der Ergebnisse und Anwendung auf weitere HMG auf Basis des mit dem Klassifikationsmodell 2021 eingeführten Vollmodells hat jedoch bisher nicht stattgefunden. Das Thema sollte daher im Rahmen der Anpassung des Klassifikationsmodells 2026 wieder aufgegriffen werden.</p>	TK et al.
	<p>Auch die bereits mit der Festlegung für das Jahr 2020 eingeführten Elemente wie Alterssplits wurden erneut nicht systematisch überprüft.</p>	BARMER

Quelle: BAS

Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
1	Hierarchie 02 „Neubildungen“					
		0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01XM02	Die durchgeführte Anpassung der Hierarchie ist aus Sicht des GKV-SV sachgerecht. Insbesondere die Änderung des Aufgreifkriteriums für die Diagnosegruppen 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „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.	GKV-SV, AOK-BV, KBV/BÄK
					Die Berücksichtigung medizinisch fundierter Vorschläge – insbesondere aus dem letztjährigen Anhörungszyklus – wird ausdrücklich begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Neuordnung der Intelligenzminderungen nach Schweregrad und die Umstellung des Aufgreifkriteriums für hochteure Krebstherapien von Sonderfall 1 auf 2. Durch die Absenkung der BT-Grenze werden deutlich mehr Versicherte aufgegriffen, bei gleichzeitig überwiegend moderatem Rückgang in den Kostenschätzern. Über die niedrigere BT-Grenze erhalten Krankenkassen nun auch für Patienten mit Körpergewicht, zeitweiligen Therapieunterbrechungen bzw. Therapiebeginn in der zweiten Jahreshälfte HMG-Zuweisungen.	AOK-BV, BARMER, DAK-G
		0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01XL	Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme der Gruppe ATC L01XL „Antineoplastische Zell- und Gentherapie“.	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01BC68	Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Decitabin / Cedazuridin, ATC L01BC68. Die Kombination Decitabin / Cedazuridin ist seit September 2023 zur Behandlung von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine Standard-Induktionstherapie nicht infrage kommt, zugelassen.	BARMER
	C92, C22	0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01XX62	Wir bitten im nächsten Anhörungsverfahren um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Ivosidenib, ATC L01XX62. 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-Induktionstherapie 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.	BARMER
	alle C-Diagnosen	alle DxGs aus der Hierarchie 02 (außer 0971, 0972, 0973)	alle HMGs aus der Hierarchie 02 (außer 0331, 0332, 0333)	L01XJ, L01XK, L01XX52, L01XX73, V10XX und zusätzlich alle ATCs aus den HMGs 0331, 0332, 0333	Umfassende Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika => weitere Abkehr von der vorrangigen Zuordnung anhand der Krebsart hin zur besseren Abbildung durch Art der Arzneimitteltherapie. Zusätzlich zu den drei bereits bestehenden HMGs für Neubildungen mit Arzneimittelvalidierung empfehlen wir die Einführung einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln (einschließlich der Arzneimittel aus dem HMGs 0331, 0332, 0333) für alle Krebs-ICDs. Diese sollte rezessiv zu den HMGs 0331, 0332, 0333 sein.	BKK DV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	alle C-Diagnosen	alle DxGs aus der Hierarchie 02 (außer 0971, 0972, 0973)	alle HMGs aus der Hierarchie 02 (außer 0331, 0332, 0333)	alle L01 einschließlich der hochpreisigen ATCs aus den hierarchisch überlegenen HMGs: L01XJ, L01XK, L01XX52, L01XX73, V10XX und zusätzlich alle ATCs aus den HMGs 0331, 0332, 0333	Zusätzlich zum Vorschlag in Zeile 16 empfehlen wir die Einführung einer rezessiven, arzneimittelvalidierten HMG mit allen Onkologika für alle Krebs-ICDs mit Ausnahme der in Zeile 18 aufgeführten ATCs	BKK DV
	C50-C58, C60-C63	0064, 0067, 0068, 0078, 0900, 0901, 0902	0246, 0276, 0277, 0305, 0306, 0836	L02AB, L02AE, L02BA, L02BB, L02BG, L02BX	Einführung einer zusätzlichen HMG für hormonsensitive Tumore der Geschlechtsorgane bei Behandlung mit endokrinen Therapien (Behandlungen mit hochpreisigen Arzneimitteln werden weiterhin über dominante HMGs aufgegriffen).	BKK DV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
2	Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“					
	O24.0	0111	0391		Für O24.0 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1 ist ein Mindestalter von 16 Jahren angegeben. Dieses sollte analog der anderen O-Diagnosen auf 8 festgesetzt werden.	GKV-SV
	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB08	<p>Das „Maroteaux-Lamy-Syndrom“ gehört zu den Mukopolysaccharidosen und bezeichnet eine angeborene lysosomale Speicherkrankheit, bei der es zur Akkumulation von Dermatansulfat kommt. Die Therapie erfolgt über eine Enzymersatztherapie mit Galsulfase (ATCAB08). Dieser Enzymersatz kann Chondroitinsulfat und Dermatansulfat abbauen und verzögert somit den Krankheitsverlauf.</p> <p>Für das Maroteaux-Lamy-Syndrom gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Kode E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Therapie wird das Maroteaux-Lamy-Syndrom zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Maroteaux-Lamy-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs (Galsulfase ATCAB08) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ IV Maroteaux-Lamy-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB18	<p>Das Sly-Syndrom ist eine autosomal rezessive erbliche Erkrankung, die durch einen Beta-Glucuronidasemangel verursacht wird. Für die Behandlung der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Sly steht mit der Enzyersatztherapie Vestronidase alfa (Mepsevii®) seit 2018 ein Medikament zur Verfügung, das spezifisch diesen Enzymmangel behebt und dabei sehr hohe prospektive Kosten verursacht. Zugelassen ist Mepsevii zur Behandlung nicht-neurologischer Krankheitsanzeichen der Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom.</p> <p>Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Kode E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzyersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0821, 0850, 0877	0130		<p>Im Rahmen der Sonderfall 4-Prüfung vorgesehenen Arzneimittelvalidierung für DxG0877 werden ca. 20 % der LDL-apheresepflichtigen, teuren Versicherten von einer HMG-Zuordnung ausgeschlossen. Eine Apherese kann gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I Nummer 1 § 5 auch dann durchgeführt werden, wenn unerwünschte Nebenwirkungen eintreten, die ein Absetzen der Medikamente notwendig machen. Eine Arzneimittelvalidierung ist auch deshalb nicht notwendig, da die Indikationsstellung zur Apherese durch die beratenden Kommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Durch den Verzicht auf die Arzneimittelvalidierung im Rahmen der Schaffung eines neuen Sonderfalls ließen sich die resultierenden Unterdeckungen für diejenigen Versicherten vermeiden, bei denen aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen keine Arzneimitteltherapie erfolgen kann bzw. bei denen die notwendigen DDD-Mengen nicht erreicht werden.</p> <p>Zugunsten einer weiteren Verbesserung der Modellgüte regen wir an, auf die Arzneimittelprüfung zu verzichten. Eine valide Zuordnung der Versicherten zur DxG0877 ist bereits über das Dialysekennzeichen sowie die Indikationsprüfung durch die beratenden Kommissionen bei den KVen sichergestellt (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024). Inwieweit eine Arzneimittelvalidierung verzichtbar ist sollte analog auch für Versicherte mit klassischen Blutreinigungsverfahren (DxGs 0821 und 0850) untersucht werden, da trotz der im AJ 2023 vorgenommenen Erweiterungen des ATC-Spektrums hier immer noch eine relevante Anzahl von Versicherten die BT-Grenzen nicht erreicht.</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068	0020, 0397, 0391	A10BK, A10BJ	<p>Sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP-1-Rezeptoragonisten sind für die Begleittherapie zur Insulintherapie zugelassen. Durch ihre Wirkungsweise verbessern diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führen zu einer Einsparung an Insulin um bis zu 13 % bei Typ-2-Diabetes (Rosenstock et al.: Impact of empagliflozin added on to basal insulin in type 2 diabetes inadequately controlled on basal insulin: a 78-week randomized double-blind placebo-controlled trial. Diabetes Obes Metab 2015 Oct;17(10):936-48; Ärzteblatt 2016: Typ 2-Diabetes: Langzeit-Insulin plus Liraglutid verbessert Blutzucker (aerzteblatt.de); George et al. Real-world evaluation of insulin requirements after GLP1 agonist or SGLT2 inhibitor initiation and titration. Am J Health Syst Pharm 2022 Jul 8; 79(14): 1151-1157. Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen kommt es daher zu einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben kann, dass die notwendige BT-Grenze nicht mehr erreicht wird. Gleichzeitig verursachen diese Medikamente hohe Jahrestherapiekosten. Daher erscheint es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen. Dies betrifft die DxGs: 0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC: A10BK) und Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1)-Rezeptoragonisten (ATC: A10BJ) den DxGs für Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung zuzuordnen. Insoweit sich die prospektiven Folgekosten dieser Versicherten signifikant unterscheiden, können alternativ auch drei zusätzliche HMGs (analog der drei Insulin-HMGs) gebildet werden, die die entsprechenden DxGs der HMGs 0020, 0397 und 0391 erhalten und zusätzlich über SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) und GLP-1-Agonisten (ATC A10BJ) validiert werden (= mehrfache Arzneimitteldifferenzierung). Vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024.</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E88.1	0590	0019	A16AA07	<p>Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit Lipodystrophie, andernorts nicht klassifiziert (ICD E88.1) – derzeit in HMG0019 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a. o. nicht klassifiziert“ – über die Wirkstoffgruppe Metreleptin (ATC A16AA07) an.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene RisikoAbbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des Hierarchiestrangs der Fettstoffwechselstörungen zuzuordnen.</p>	AOK-BV
	E77.1, E72.1, E72.0	0119	0024	A16AA04, A16AA06, A16AB15	<p>Die erhöhten Krankheitsfolgekosten der mit den genannten Wirkstoffen therapierten Patienten werden derzeit nicht adäquat abgebildet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICDs E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransportes und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppen Mercaptamin (ATC A16AA04), Betain (ATC A16AA06) und Valmanase (ATC A16AB15) zu prüfen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs im mittleren Bereich des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E75.5	0119	0024	A05AA01	<p>Chenodesoxycholsäure (A05AA01) ist zugelassen für eine seltene Erkrankung (angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese aufgrund eines Sterol-27-Hydroxylase-Mangels). Die Erkrankung manifestiert sich als Zerebrotendinöse Xanthomatose und wird mit ICD E75.5 kodiert. Dieser Kode ist nicht spezifisch für Zerebrotendinöse Xanthomatose, sondern umfasst auch weitere Erkrankungen, u. a. die Wolman-Krankheit, und ist bisher der untenstehenden HMG0024 (Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz) in Hierarchie 04 zugeordnet. Die Jahrestherapiekosten werden vom Hersteller im Dossier nach § 35a SGB V im Jahr 2020 mit 56.403,80 € angegeben. Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation liegt laut Hersteller bei 411.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir schlagen eine Arzneimitteldifferenzierung zur Erfassung der mit Chenodesoxycholsäure behandelten Patienten mit Zerebrotendinöse Xanthomatose vor; diese sollten entsprechend ihrer Folgekosten einer HMG in der Hierarchie 04 zugeordnet werden (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV
	E85.-	0123	0022	N07XX08, N07XX12, N07XX15, N07XX18, L04AC08	<p>Versicherte mit einer Amyloidose sind bisher mit dem Aufgreifkriterium M2Q in der HMG0022 abgebildet. Bei einer Arzneimitteltherapie mit den genannten ATC-Kodes entstehen sehr hohe Kosten.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Prüfung, ob die Abbildung der Amyloidose in einer eigenen HMG mit den aufgeführten ATC-Kodes und Arzneimittelvalidierung 92/183 DDD zu einer zielgenaueren Abbildung dieser Gruppe und zu einer Verbesserung des gesamten Klassifikationssystems führt</p>	DAK-G
				A08AA12 A16AA04 N07XX08	<p>Barret-Biedl-Syndrom (BBS) mit Einsatz von Setmelanotid (ATC A08AA12) zur Behandlung von Adipositas und gestörtem Hungergefühl, die Nephropatische Cystinose mit Mercaptamin (ATC A16AA04) oder der hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Tafamidis (N07XX08)</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
3	Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“					
	K76.8, K74.5	0920	0288	A05AX05	<p>Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit progressiver familiärer intrahepatischer Cholestase (PFIC) über die Wirkstoffgruppe Odevixibat (ATC A05AX05) an.</p> <p>Die progressive familiäre intrahepatische Cholestase ist eine seltene von autosomal rezessiven Lebererkrankungen, die durch ein frühes Auftreten in der Kindheit geprägt ist und zur Leberzirrhose und zum Leberversagen vor Erreichen des Erwachsenenalters führt. Nur wenige Betroffene erreichen das Erwachsenenalter ohne Lebertransplantation. Da für die PFIC kein eigener ICD-Kode existiert, werden die Fälle über den ICD-Kodes K76.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber“ (derzeit in HMG0407 „Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen“) und K74.5 „Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet“ (derzeit in HMG0028 „Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom“) kodiert. Mit Odevixibat steht seit 2021 ein spezifisches nur für diese Erkrankung zugelassenes Medikament zur Verfügung mit Jahrestherapie kosten gemäß AMNOG-Beschluss des G-BA von 52 750 bis 1,88 Mio. € (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5313/2022-03-03_AM-RL_XII_Odevixibat_D-725_BAnz.pdf). Durch die enge Zulassung von Odevixibat nur für die PFIC ist die Kombination aus ICD und Arzneimittel für diese Erkrankung hoch spezifisch.</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene RisikoAbbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des der Fettstoffwechselstörungen in Hierarchie 04 zuzuordnen.</p>	AOK-BV, IKK e. V.
4	Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“					
					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.	GKV-SV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	D86.8, D86.9	0721, 0722	0482	A09AA02, A09AA03, A09AA04, A09AC01	Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 0722 „N.n.bez. Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden. Als ATCs schlagen wir dazu A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01 vor [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].	AOK-BV
					<p>Diagnosen, die in Zusammenhang mit Inkontinenz (Stuhl- und Harninkontinenz) stehen, sind im Klassifikationsmodell nicht vollumfänglich abgebildet. Die spezifischen Diagnosen der Urininkontinenz N39.3 „Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]“ sowie die Diagnosen der „Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz“ N39.40 - N39.48 sind der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ und dort der HMG0183 „Urininkontinenz“ mit der alleinigen DxG1320 „Urininkontinenz“ zugeordnet.</p> <p>In der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ sind funktionelle Störungen an Magen/Darm über den ICD-Code K59.0 „Obstipation“ und R19.88 „Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen“) abgebildet. Die ICD-Kodes R15 „Stuhlinkontinenz“ und R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ sind bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet. Bei diesen Diagnosen handelt es sich gem. ICD-10-GM 2025, Kapitel XVIII – R00-R99 „um bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Information vorliegt, die jedoch eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen“. Diese Codes treten nach medizinischen Maßnahmen/Operationen insbesondere im kleinen Becken sowie im Alter gehäuft auf und führen zu zahlreichen Behandlungsanlässen verbunden mit in der Summe hohen Folgekosten. Eigene Untersuchungen haben ergeben, dass in ca. 50 % aller Fälle, die mit Inkontinenzhilfen versorgt werden, ausschließlich die beiden R-Kodes geschlüsselt werden. Eine weitere Diagnosespezifizierung erfolgt nicht. Dies führt dazu, dass z. B. die Gruppe der mit Inkontinenzhilfen versorgten Versicherten permanent unterdeckt sind, da sie keine entsprechenden Zuweisungen erhalten. Dies führt zu negativen Selektionsanreizen gegenüber dieser Population.</p> <p>Vorschlag: Wir schlagen die Aufnahme und Einordnung folgender bislang unberücksichtigter Diagnosen vor: R15 „Stuhlinkontinenz“ – Hierarchie 06 „Gastrointestinale</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					Erkrankungen“; HMG0127 „Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/ oder Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasien ohne Blutung“; DxG1313 „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“, R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“- Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der Harnwege“; HMG0183 „Urininkontinenz“; DxG1320 „Urininkontinenz“ Im Ergebnis werden die Krankheitsbilder vollumfänglich abgebildet und die Manipulationsresistenz des Modells gestärkt. 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.	IKK e. V.
5	Hierarchie 07 „Muskel-Skelett-Erkrankungen“					
		0488, 0718	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorgeschlagen wird, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 0488 und 0798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].	AOK-BV
		0807	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Unseres Erachtens sollte eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG0807 „N.n.bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].	AOK-BV
	M96.88	0858	0042		Patienten mit sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Maßnahmen (ICD M96.88) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie) Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der DxG0858 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems“ (HMG0042 „Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln“) auch den ICD M96.88 zu berücksichtigen (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie, vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
				M05BX07	Achondroplasie mit Vosoritid (ATC M05BX07)	IKK e. V.
6	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“					
					Die in der Hierarchie 08 vorgenommenen Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen.	GKV-SV
			0045, 0202, 0506		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-Kodes 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.	GKV-SV
	D46.6, D46.7, D46.9	0230, 0243	0220, 0446		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 4. 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-Kodes in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ zu prüfen. Laut Onkopedia zählen die MDS zu den häufigsten malignen hämatologischen Erkrankungen. Nicht selten entwickelt sich hieraus eine akute myeloische Leukämie. Die Behandlung umfasst neben der Beobachtung und regelmäßigen Transfusion bei günstigen Risikofaktoren auch Hochdosis-Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation und die Behandlung mit teuren Onkologika, u. a. Lenalidomid.	GKV-SV, IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	D46			L04AX	<p>Beim Myelodysplastischen Syndrom (MDS) handelt es sich laut Onkopedia-Leitlinie (der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, der Schweizer Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie und der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie Myelodysplastische Syndrome (MDS) - Onkopedia) um die häufigste maligne hämatologische Erkrankung. Die Behandlung umfasst neben der Beobachtung und regelmäßigen Transfusion bei günstigen Risikofaktoren auch Hochdosis Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation und die Behandlung mit teuren Onkologika, u. a. Lenalidomid.</p> <p>Daher ist eine Zuordnung des MDS (ICD D46) in die Hierarchie 2 medizinisch sachgerecht. Patienten, die im Rahmen der Zulassung mit MDS mit Lenalidomid behandelt werden, sollten dabei der DxG0973 zugeordnet werden [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].</p>	AOK-BV
	Z92.1, D62, D64.9, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9	neu	neu		<p>Anämien und Dauertherapie mit Antikoagulanzen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ (enthält ICD Z92.1), • „Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9), • „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8, D50.9). <p>Der Aufgriff der DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs. Bei den beiden anderen DxGs wird eine M2Q-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzen“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DxGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“ [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	D86.8, D86.9	0686, 1210	0195, 0190	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 0686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].	AOK-BV
	D68.32	0237, 0238, 0239	0035, 0036, 0046	B02BD37	<p>Im Klassifikationsmodell werden erworbene Hämophilien durch Antikörperbildung gegen Gerinnungsfaktoren oder den von Willebrandfaktor nicht berücksichtigt. Diese Erkrankungen werden über den ICD-Kode D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ abgebildet. Solche durch Antikörperbildung verursachten Blutererkrankungen sowie von-Willebrand-Jürgens-Syndrome werden in einigen Fällen durch dieselben Medikamente behandelt wie die entsprechenden angeborenen Blutererkrankungen. Entscheidend ist daher die spezifische Therapie, die in der Regel durch spezialisierte Zentren initiiert wird. Die ICD D68.32 ist bisher der DxG0232 zugeordnet und führt damit in die HMG0195 im unteren Bereich des Hierarchiestrangs. Die ICD D68.32 ist jedoch eine hoch spezifische Diagnose für bestimmte Konstellationen der Blutererkrankung. Eine Nichtberücksichtigung dieses Kodes im Fall hochpreisiger spezifischer medikamentöser Behandlungen ist daher nicht sachgerecht. Ferner wird B02BD37 (Eptacog alfa) nur den DxGs mit Faktor VIII zugeordnet, obgleich das Medikament u. a. auch zur Behandlung von Antikörperbildung gegenüber Faktor IX, bei Faktor VII-Mangel und erworbener Hämophilie zugelassen ist. Die hohen Folgekosten einer Arzneimitteltherapie mit dem Wirkstoff Eptacog-alfa (B02BD37) werden damit für die anderen Indikationen, für die dieser Wirkstoff zugelassen ist, in keiner Weise abgebildet.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Es wird vorgeschlagen den ICD D68.32 auch den DxGs 0225, 0226, 0227, 0237, 0238, 0239, 0815 und 0816 zuzuordnen. B02BD37 sollte den 0225, 0226 und 0227 zugeordnet werden.</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0035, 0036		<p>Analysen auf AOK-Daten zeigen zudem, dass Versicherte mit Hämophilieerkrankungen trotz der Berücksichtigung im RSA aufgrund z. T. sehr hoher prospektiver Folgekosten häufig sehr hohe, persistente Unterdeckungen aufweisen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene RisikoAbbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittelschweredifferenzierung auf Basis der unterschiedlichen verordneten Wirkstoffe zu untersuchen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].</p>	AOK-BV
			0202, 0506		<p>Bei der Überarbeitung der Hierarchie 08 werden zwei Bearbeitungsschritte vorgenommen, die aus unserer Sicht nicht schlüssig sind.</p> <p>Schritt 1), Entwurf, S. 68: Die HMG0202 wird aufgrund des niedrigen Kostenschätzers zwischen den HMG0202 und HMG0506 aufgeteilt, indem die DXG0179 in die HMG0047 verschoben wird. Der Rest bleibt in der HMG0202. Aus unserer Sicht fehlt eine Begründung, warum die HMG0202 aufgeteilt wird und nicht z. B. 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.</p> <p>Schritt 2), Entwurf, S. 70 – Anpassung offener Vorschläge:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Es fehlen weitere Informationen, warum eine Zusammenlegung der HMG0506 und HMG0202 erfolgt. Die Zuschläge im Modell 03 für die HMG0506 und HMG0202 liegen ca. 5.000 € 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</p>	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					DxG0967 (HMG0045) zu verschieben sowie die HMG0202 und HMG0506 (S. 70-71) nicht zusammenzulegen.	
					Die Verschiebung des ICD-10-GM-Kodes D89.9 in die DxG0863 erscheint medizinisch und klassifikatorisch sinnvoll. Der Tausch der HMG0190 mit der HMG0637 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.	KBV/BÄK
7	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“					
		0262	0054	N06AA, N06AB, N06AX, N06BA	<p>Die schizoaffektive Störung ist eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereint. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Im Klassifikationsmodell ist die schizoaffektive Störung über die DxG0262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ abgebildet (Arzneimittel obligat/chronisch). Gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN solle bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Konkret regen wir an, ATC-Kodes aus der Gruppe der Antidepressiva zur Arzneimittelvalidierung der DxG0262 zu ergänzen: N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und N06AX „Andere Antidepressiva“.</p> <p>Des Weiteren werden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepinen zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Wir schlagen daher vor, auch den ATC N06BA „Benzodiazepin-Derivate“ zu ergänzen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024].</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	U51.10, U51.11, U51.12, U51.20, U51.22	neu	0058		<p>Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG0058 „Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)“ auch die ICDs U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 sowie U51.22 zu berücksichtigen (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie, vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV
			0048, 0058, 0067		<p>In zurückliegenden Anpassungszyklen (zuletzt für das Ausgleichsjahr 2023) hatten die Innungskrankenkassen immer wieder auf das Risiko möglicher negativer Kodieranreize hingewiesen und die Integration der DxG1243 „Posttraumatische Belastungsstörung“ in die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ vorgeschlagen. Dies wurde vom BAS abgelehnt. In diesem Jahr kommt es zu einer Verletzung der Hierarchie aufgrund veränderter Kostenschätzer. Die HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ weist einen Kostenschätzer von rd. 1.213 € auf. Diese wird im Festlegungsentwurf zwischen die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ mit einem Kostenschätzer von rd. 1.192 € und die HMG0066 „Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, ...“ mit einem Kostenschätzer von 847 € einsortiert. Die HMG0058 „Wahn, Demenz ...“ weist einen Kostenschätzer von 1.551 € auf. Folgerichtig muss die Hierarchisierung für die HMG0048 zwischen der HMG0058 und der HMG0067 erfolgen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Einsortierung der HMG0048 zwischen der HMG0058 und der HMG0067</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
8	Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“					
		0256, 0405, 0578, 0667, 0889, 0891, 0911, 1248	0515		Eigene Analysen haben ergeben, dass die in der HMG0515 zusammengefassten DxGs unterschiedliche Folgekostenniveaus aufweisen. Die neu zusammengesetzte HMG0515 erscheint nach medizinischen Gesichtspunkten eher inhomogen. Bei den Intelligenzminderungen (DxG 0256, 0405, 0578, 0667, 0889) handelt es sich um kognitive Beeinträchtigungen, bei den übrigen DxG um andere Ausprägungen von Entwicklungsstörungen (DxGs 0891, 0911, 1248). Den zur Anhörung gestellten Unterlagen kann nicht entnommen werden, inwieweit die Zusammenführung der verschiedenen DxG zur HMG0515 (neu) kostenhomogen ist, da die Differenz der Zuschlagshöhen im Ausgangsmodell darauf hindeutet, dass die aus der HMG0463 übernommenen ICD deutlich geringere Folgekosten aufweisen dürften als die anderen ICD der HMG0515 (neu). Wir regen deshalb eine Prüfung auf Kostenhomogenität und ggf. Anpassung der DxG der HMG0515 (neu) an.	GKV-SV, TK et al.
			0515, 0510		Die beiden HMG unterscheiden sich im Kostenschätzer relative deutlich bei hoher Besetzungszahl. Vorschlag: keine Zusammenfassung der beiden HMGs	DAK-G
	F70.-, F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-, F84.4	0072, 0256, 0405, 0578, 0667, 0886, 0889	0254, 0515		Die Neuordnung der ICDs der Intelligenzminderung nach Schweregrad ist sachgerecht und wird ausdrücklich begrüßt.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					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.	KBV/ BVÄK
			0510, 0515		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, sodass 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.	BARMER
9	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“					
		1251	0307	N07BX	Präparate der ATC-Gruppe N07XB werden zur Behandlung von Polyneuropathien eingesetzt, und sind für diese zugelassen. Neben Präparaten, die nicht verordnungsfähig sind und daher auch nicht in den Abrechnungsdaten erscheinen, gibt es Präparate, die verschreibungspflichtig sind und zum Beispiel als Infusionen bei hoher Krankheitsschwere eingesetzt werden. Daher ist der ATC-Kode N07XB im ATC-Spektrum der DxG 1251 „Polyneuropathie mit Dauermedikation“ (HMG0307 „Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)“ mit zu berücksichtigen.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0846	0234	N03AF01	Paroxysmale Symptome treten bei etwa 17 % der Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose auf. Sie sind geprägt durch kurze, Sekunden bis Minuten anhaltende stereotype, zumeist schmerzhafte Symptome. Hierzu zählen Neuralgien, vor allem Trigeminusneuralgie. Die Behandlung erfolgt medikamentös. Zur Behandlung stehen Carbamazepin (Oxcarbazepin, Lamotrigin, Pregabalin, Gabapentin und Topimarat zur Verfügung. Nur Carbamazepin (ATC N03AF01) ist für die Indikation zugelassen. Carbamazepin sollte daher für DxG 0846 „Multiple-Sklerose mit Dauermedikation“ (HMG0234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“) berücksichtigt werden.	AOK-BV
	G70.0	1257	0232	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 arzeimittel-validierten HMG für besonders hochpreisige Arzneimittel, wie z. B. Efgartigimod alfa (ATC: L04AA58) und Komplement-Inhibitoren wie Eculizumab (ATC: L04AJ01).	BKK DV
	G71.00	0318	0232	H02AB18, M09AX14	Derzeit sind die neuen (finanziellen) Aufwände der Krankenkassen für die Erstattung der Arzneimittelwirkstoffe Vamoloron und Givinostat nicht im Risikostrukturausgleich abbildbar, weil die ICD10 mit der Kodierung G71 nicht spezifisch genug aufgelöst hat, um Morbus Duchenne von den anderen Muskeldystrophien zu trennen. Solange alle Muskeldystrophien nur mit (nicht arzneimittelrechtlich zugelassenen) generischem Kortikosteroiden behandelt wurden, war das unkritisch – nunmehr aber ist Duchenne spezifisch behandelbar - mit fünf- bis sechsstelligen Jahrestherapiekosten. Dies führt zu einer „Schieflage“ der HMG0232 des Morbi-RSA, in der derzeit alle Arten von Muskeldystrophien und auch Myasthenia Gravis „gemischt sind“. Daraus ergibt sich eine eingeschränkte Refinanzierung der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für Duchenne-Patienten. Seit 2025 existiert mit G71.00 eine spezifische ICD10 für Duchenne, was die Splitting der HMG0232 in eine HMG für „Muskeldystrophie vom Typ Duchenne“ und eine HMG für „restliche Muskeldystrophien“ ermöglicht.	BPI

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien
12	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“				
		0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0385, 0539	0079, 0082, 0083, 0091, 0131	C01DX22	<p>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-Kodes von einer Gruppierung in die DxGs mit Herzinsuffizienz ausgeschlossen. Eigene Analysen zeigen, dass sich bei einer Berücksichtigung des ATC-Kodes C01DX22 Vericigat für die relevanten Diagnosegruppen 0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0376, 0385 und 0539 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 0084 bzw. 0091 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.</p>
					GKV-SV, IKK e. V., BKK DV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	Z99.4	0974	0492		<p>Der ICD-Kode Z99.4 „Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz“ wurde der Ausschlusskategorie zugeordnet. Mit dem Klassifikationsmodell 2023 wurde die HMG0492 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ mit der DxG0974 „Herzunterstützende Systeme: Kunstherz“ in der Hierarchie 16 eingeführt. Für diese DxG sind folgende ICD-Kodes berücksichtigungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z45.02 Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems • Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems <p>Vorschlag:</p> <p>Auch der ICD Z99.4 ist konsistenterweise in die DxG0974 aufzunehmen, zumal bereits mehrere ICDs aus dem ICD-Dreisteller Z99.- „Abhängigkeit (langzeitig) von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert“ für die Klassifikation berücksichtigt sind, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z99.0 Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator • Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator • Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz 	AOK-BV
	I27.0	0356, 0345	0078, 0081	B01AC21	<p>Der Wirkstoff Treprostinil (ATC B01AC21) ist seit 7. April 2020 als neues Orphan-Arzneimittel zur Behandlung von chronisch thromboembolischer, pulmonaler Hypertonie (PAH) zugelassen. Die Jahrestherapiekosten liegen bei etwa 730.000 €.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen wird vorgeschlagen, Patienten mit pulmonaler Herzkrankheit (ICD I27.0) und Treprostiniltherapie über den ATC-Kode B01AC21 zu differenzieren und diese in einer höherwertigen HMG am oberen Ende des Hierarchiestrangs zu berücksichtigen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0090, 0091, 0092		<p>Gemäß aktuellem Festlegungsentwurf wird die HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankung“ zwar mit der HMG0090, nicht aber mit der HMG0092 hierarchisiert. Das bedeutet, dass Versicherte im Alter zwischen 55 und 79 Jahren mit Bluthochdruck und einer Arrhythmie grundsätzlich zwei Zuschläge (HMG0090 und HMG0091) erhalten können, während Versicherte, die jünger als 55 oder älter als 79 Jahre sind, nur einen Zuschlag für die Hypertonie (HMG0091) bekommen können. Aus unserer Sicht ist es nicht gerechtfertigt, eine Dominanzbeziehung zwischen zwei inhaltsgleiche HMGs, die durch einen Alterssplit getrennt sind, herzustellen. Daher bitten wir das BAS um Überprüfung von Hierarchiestrang 2 zur HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“. Die Dominanz zur Hierarchie 04 bleibt davon unberührt. Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Festlegungsentwurf für die Ausgleichsjahre 2024 und 2025 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)“ aufgezeigt und eine Aufhebung des Alterssplits gefordert. Mit dem aktuellen Datenset zeigt sich auch für den aktuellen Festlegungsentwurf eine stabile Entwicklung der Zuweisungen für beide Risikogruppen. Der Abstand beider Kostenschätzer beträgt weniger als 100 €/Jahr (HMG0090: 1.656 €; HMG0092: 1.574 €).</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir fordern weiterhin die Aufhebung des Alterssplits und die Zusammenlegung beider HMGs. Wie bereits in den Vorjahren erfolgt zwischen den beiden HMG seine Hierarchisierung zur HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“. Dies ist aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigt, da beide inhaltlich identische HMGs sich lediglich durch den Alterssplit unterscheiden. Sollte das BAS unserem Vorschlag zur Zusammenlegung der HMGs nicht folgen, so bitten wir um Berücksichtigung einer korrekten Hierarchisierung.</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“						
	J80.0/ .01/ .02/ .03/ .09	0352	0501		Es besteht ein Anpassungsbedarf des Mindestalters für die genannten Diagnosen: Vor ICD-10-GM Version 2024 dokumentierten die genannten ICD-Kodes das Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] nach unterschiedlichen Schweregraden. Laut ICD-Beschreibung umfassen sie auch das ARDS bei Kindern und Jugendlichen, das Atemnotsyndrom des Säuglings (P22.0) wird hingegen ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund sollte in den beiden Tabellenblättern „IDM_AJ26_ICD22“ und „IDM_AJ26_ICD23“ für die genannten ICD-Kodes als Mindestalter „1“ festgelegt werden. Für die Tabellenblätter „IDM_AJ26_ICD24“ und „IDM_AJ26_ICD25“ ist das Mindestalter für J80.0 und J80.09 von „0“ auf „1“ zu ändern, da das Atemnotsyndrom des Säuglings mit P22.0 zu kodieren ist.	GKV-SV
		0341	0114	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Wir regen analog zu den DxGs 0686 und 1210 der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ erneut an, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die DxG0341 „Sarkoidose der Lunge“ zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich auch hier die Kodes H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 09.08.2024].	AOK-BV
					Die Zusammenlegung der HMGs 0500 und 0501 zur Beseitigung einer Hierarchieverletzung in Hierarchie 19 im Rahmen der Festlegung des Modells für das Ausgleichsjahr 2025 erachten wir als grundsätzlich sachgerecht. Aufgrund der pandemiebedingten Verzerrungen der Fallzahlen – insbesondere bei der HMG0501 „Respiratorische Insuffizienz“ – erscheint eine erneute Überprüfung der Homogenität der Folgekosten angezeigt.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E84.-	0655	0222		<p>Für die HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ wird das Aufgreifkriterium 92/183 BT festgelegt. Es gibt eine relevante Anzahl an Versicherten, die weniger DDD erhalten, sich jedoch erheblich von den Kosten der HMG0217 unterscheiden.</p> <p>Vorschlag: Prüfung, ob das Aufgreifkriterium 21/42 BT zu einer weiteren Verbesserung des Klassifikationssystems führt.</p>	DAK-G
			0222		<p>Im vergangenen Anpassungszyklus haben wir angeregt, die Altersgrenze in der HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ aufzuheben und die HMG in „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ umzubenennen. Hintergrund war, dass die verwendeten ATC-Kodes (R07AX02, R07AX30, R07AX31 und R07AX32) auch für jüngere Patienten zugelassen sind und in der Praxis entsprechend eingesetzt werden. Durch die Aktualisierung der Datengrundlagen steigt der Kostenschätzer für die HMG0218 „Mukoviszidose (< 12 Jahre)“ im Vergleich zum Vorjahr um etwa 6.500 € pro Jahr an, bei nahezu gleichbleibender Besetzungszahl. Dies deutet darauf hin, dass auch jüngere Versicherte zunehmend mit Ivacaftor und dessen Kombinationen behandelt werden. Vor diesem Hintergrund erneuern wir unsere Forderung vom letzten Jahr.</p> <p>Vorschlag: Aufhebung der Altersgrenze in der bisherigen HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ und Umbenennung in „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ bei Beibehaltung der bisherigen Aufgreifkriterien, da diese weiterhin geeignet erscheinen. Die neue HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ dominiert sowohl die HMG0217 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ als auch die HMG0218 „Mukoviszidose (< 12 Jahre)“. Auf Basis eigener Analysen führt diese Änderung zu einer Verbesserung der Gütemaße.</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	J80.0, J80.01, J80.02, J80.03, J80.09				<p>Die Altersgrenzen für die ICD-Kodes J80.0/.01/.02/.03/.09 „Akutes Atemnotsyndrom“) in den Tabellenblättern der ICD-Versionen 2022 und 2023 sind nicht korrekt.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Sie müssen auf 1-124 festgelegt werden. Vor der ICD-10-GM Version 2024 dokumentierten die vorgenannten ICD-Kodes das Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] nach unterschiedlichen Schweregraden. Laut aktueller ICD-Beschreibung umfassen sie auch das ARDS bei Kindern und Jugendlichen, weshalb die Altersgrenze auf 1-124 festgelegt werden sollte.</p>	IKK e. V.
11	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“					
	N35.0, N35.1, N35.8, N35.9	0503, 0367	0132, 0367		<p>Von der Harnröhrenstriktur (ICD-Kode N35) sind ca. 1 % der männlichen Bevölkerung betroffen, wobei der Anteil der idiopathischen und posttraumatischen Strikturen ca. 50 % davon beträgt. Die andere Hälfte der Diagnosen ist bedingt durch die Folge medizinischer Eingriffe (z. B. Dauerkatheter nach Prostata OP). Diese werden über die DxG0523 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen adäquat abgebildet. Die Diagnosen der idiopathischen Harnröhrenstriktur sind wie folgt in der Anlage 1 abgebildet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HMG0132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege“, DxG0503 „Harnröhrenstriktur“, ICD N35.0 „Posttraumatische Harnröhrenstriktur“, N35.1 „Postinfektiöse Harnröhrenstriktur, anderenorts nicht klassifiziert“ und N35.8 „Sonstige Harnröhrenstriktur“ • HMG0367 „Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege“, DxG1026 „Harnröhrenstriktur n.n.bez“, ICD N35.9 „Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet“ <p>Aus medizinischer Sicht gibt es keine Veranlassung, die beiden unspezifischen Diagnosen N35.8 und N35.9 in zwei unterschiedlichen HMGs einzusortieren.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir bitten das BAS um die Ausgliederung und Zusammenlegung der DxG0503 und DxG0367 und in Abhängigkeit vom neuen Kostenschätzer eine Zuordnung zu einer adäquaten HMG vorzunehmen.</p>	IKK e. V.
					siehe Vorschläge zu H06 und H20 unter H06 „Gastrointestinale Erkrankungen“	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
12	Hierarchie 21 „Schwangerschaft“					
					Die DxG0604 und die neue Zuordnung des ICD-Kodes O22.3 fehlen in der Tabelle 10.3 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf AJ 2026	AOK-BV
		neu			<p>Die Zusammenlegung der beiden Hierarchiestränge wird insbesondere über Komorbiditäten begründet. Dabei wird ausgeführt, dass bei ca. 74 % der Frauen HMGs im rechten und linken Strang, also parallel auftreten.</p> <p>Die AOK-Gemeinschaft weist darauf hin, dass die alleinige Tatsache, dass Komorbiditäten zwischen den beiden Strängen existieren per se noch keine Zusammenlegung von Hierarchiesträngen rechtfertigt. Eine Zusammenlegung von Hierarchiesträngen ist nur dann angezeigt, wenn diese Komorbiditäten mit Fehldeckungen einhergehen. Ob dies hier der Fall ist lässt sich (aufgrund der negativen Kostenschätzer) zwar vermuten, wird aber seitens des BAS nicht weiter ausgeführt. Auch die Reihenfolge bei der Hierarchieüberarbeitung erscheint nicht sachgerecht. Statt wie üblich zunächst die Aufgreifkriterien und Diagnosezuordnungen zu überarbeiten und dann die Hierarchie zu konsolidieren erfolgen zunächst HMG-Zusammenlegungen.</p>	AOK-BV
	O00.8	0522	0427		Wir bitten 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.	BARMER
					Wir freuen uns, dass das BAS unseren Vorschlag für die Einführung des Kriteriums „stationär erforderlich“ in der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ bei Diagnosen, welche schwerwiegende Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett beschreiben, untersucht und weitgehend umgesetzt hat.	IKK e. V.
					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.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
13	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“					
		0829	0151		In der DXG0829 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ (HMG0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“) sind für die Therapie der Psoriasis aktuell nur stark und sehr stark wirksame Corticosteroide berücksichtigt. Wir schlagen vor, im Rahmen der Arzneimitteldifferenzierung zusätzlich auch mittelstark wirksame Corticosteroide (ATC D07AB), andere mittelstark wirksame Corticosteroide (ATC D07XB) sowie schwach wirksame Corticosteroide (ATC D07XA) zu berücksichtigen. Denn gemäß der S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris 2021 Appendix A: „Topische Therapie, Phototherapie, sonstige Therapien, Schnittstellendefinitionen“ wird empfohlen „... bei Besserung des Hautzustands empfiehlt sich eine Verlängerung der Therapieintervalle oder ein Wechsel auf ein schwächeres topisches Kortikoid.“ Daher müssen auch die schwächeren topischen Kortikosteroide berücksichtigt werden.	AOK-BV
	R02.0-, R02.8	neu	neu		Die ICDs für Nekrosen der Unterhaut/Gangrän sollten in einem krankheitsvollständigen Modell Berücksichtigung finden.	AOK-BV
	L10.-	1261, 0691	0446, 0129		In HMG0446 „Sonstige Hauterkrankungen“ werden derzeit Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten (L10.8 „Sonstige Pemphiguskrankheiten“ und L10.9 „Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet“) mit und ohne Arzneimitteltherapie abgebildet (Zuschlag 0 €). Als Pemphigus wird eine Gruppe chronischer Autoimmun-Krankheiten der Haut mit Blasenbildung in den äußeren Schichten der Haut und in den Schleimhäuten bezeichnet. Hingegen enthält die HMG0129 „Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten“ Patienten mit den entsprechenden, spezifisch kodierten Erkrankungen und Arzneimitteltherapie (Zuschlag ca. 3.300 €). Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die Zuordnung von Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten und Arzneimitteltherapie in HMG0446 aus den nachfolgenden Gründen nicht sachgerecht. Am häufigsten (75 %) ist der Pemphigus vulgaris. Er hat eine Prävalenz von etwa 1:2.630, daneben gibt es weitere Pemphiguskrankheiten, die teilweise spezifisch kodiert werden können, teilweise gibt es keine spezifischen ICD-Kodes, sodass die Codes L10.8 (sonstige Pemphiguskrankheiten) bzw. L10.9 (sonstige Pemphiguskrankheiten, nicht näher bezeichnet) verwendet werden müssen.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					<p>Bis auf wenige Ausnahmen (u. a. Pemphigus chronicus familiaris) erfolgt bei den Pemphiguskrankheiten eine immunsuppressive Behandlung. Während die deutsche S2-Leitlinie nur die häufigen Pemphiguskrankheiten behandelt (Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus, bullöses Pemphigoid), behandelt die französische Leitlinie des HAS auch die seltenen Unterformen. Es ist ersichtlich, dass auch Pemphiguskrankheiten, für die es in der ICD10 keinen spezifischen 4-stelligen Code gibt, überwiegend mit Kortikosteroiden und Immunsuppressiva behandelt werden.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Eine Differenzierung über die Kodierung, wie sie augenblicklich im Klassifikationsmodell des RSA umgesetzt ist, indem die spezifischen Codes der ICDs aus dem Bereich L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 fallen, während die Codes L10.8 und L10.9 ohne Arzneimittelaufgreifkriterium der DxG1044 zugeordnet werden, ist daher medizinisch nicht sachgerecht, da gleich schwerwiegende und obligat zu therapierende Unterformen des Pemphigus nur deshalb nicht in die DxG1261 fallen, weil es für sie keinen spezifischen ICD-4-Steller gibt. Das differenzierende Merkmal für mit Immunsuppressiva behandlungsbedürftige Pemphiguskrankheiten ist die medikamentöse Behandlung. Daher ist es medizinisch sachgerecht, alle ICDs aus L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 aufzunehmen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		1223, 1037, 1038			<p>Epidermolysis bullosa (EB) ist eine seltene, genetisch bedingte Hauterkrankung, bei der bereits geringste mechanische Belastungen zu schmerzhaften Blasenbildungen und chronischen Wunden führen. Ursache sind Mutationen in Genen, die für Strukturproteine wie Kollagen oder Keratin verantwortlich sind. Diese Proteine sorgen für die Stabilität der Hautschichten – fehlt ihre Funktion, wird die Haut extrem verletzlich. Die Versorgung von EB-Patienten ist medizinisch anspruchsvoll und kostenintensiv. Sie umfasst unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hochspezialisierte Wundversorgung zur Infektionsvermeidung, • kontinuierliche Schmerzlinderung,- Ernährungsunterstützung, insbesondere bei Schleimhautbeteiligung, • sowie Physiotherapie zur Vermeidung von Kontrakturen. <p>Die Kosten betreffen vor allem pflegerische, therapeutische und unterstützende Maßnahmen die mit einem hohen oft interdisziplinären Aufwand verbunden und für die Lebensqualität der Betroffenen essenziell sind. Die Diagnosen sind wie folgt in der Anlage 1 zum FLE abgebildet - HMG0326 „Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa“, -- DxG1223 „Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa“, ICD-Kodes Q81.0 „Epidermolysis bullosa simplex“, Q81.1 „Epidermolysis bullosa atrophicans gravis“ und Q81.2 „Epidermolysis bullosa dystrophica“-- DxG1037 „Sonstige Epidermolysis bullosa“, ICD-Kode Q81.8- HMG0196 „Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa“, -- DxG1038 „n.n. bez. Epidermiolysis bullosa“, ICD-KodeQ81.9 „Epidermolysis bullosa, nicht näher bezeichnet“ Der unspezifische ICD-Kode Q81.8 wird zusammen mit den spezifischen Kodes der DxG1038 in die HMG0326 einsortiert, wohingegen der zweite unspezifische ICD-Kode Q81.9 in der DxG1038 in der darunterliegenden HMG0196 abgebildet ist. Der Unterschied zwischen den beiden HMGs ist mit ca. 9.000 € erheblich.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Wir schlagen vor, die DxGs 1223, 1037 und 1038 aus den jeweiligen HMGs auszugliedern und entsprechend ihrer Kostenschätzern neu einzuordnen.</p>	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
14	Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“					
	J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80, Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9, Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6	neu	neu		<p>Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Abbildung von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor. Bei Stomata handelt es sich um künstliche Verbindungen zwischen einem Hohlorgan und der Körperoberfläche, also künstlich angelegte Körperöffnungen. Während ein Gastrostoma (Magen-Stoma) der künstlichen Ernährung dient, ermöglicht das Enterostoma (künstlicher Darmausgang) die Stuhlausscheidung bzw. das Urostoma (künstlicher Blasenausgang) die Harnausscheidung. Stomata werden z. B. dann gelegt, wenn aufgrund einer Grunderkrankung die natürliche Entleerung oder Nahrungsaufnahme infolge von medizinischen Eingriffen (z. B. Entfernung der Blase oder des Darmes bei Krebserkrankungen) nicht mehr möglich ist bzw. eine schwerwiegende Funktionsstörung der betreffenden Organe vorliegt. Daher sind die ICD-Kodes der Stomaversorgung auch sehr gut geeignet, um innerhalb von Krankheitsgruppen besonders schwerwiegende Krankheitsverläufe zu identifizieren.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Da es sich überwiegend auch um Erkrankungen/Folgen von medizinischen Eingriffen handelt, schlägt die AOK-Gemeinschaft die Aufnahme von Diagnosen aus dem Bereich „Stomaversorgung“ vor, in dem die bisher in der Ausschlusskategorie abgebildeten ICDs über die folgenden 3 DxGs wie folgt abgebildet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Tracheostoma, Thorakostoma, Dysphagie“ (enthält ICD J95.0, R13.0, R13.1, Z43.0, Z93.0, Z93.80) • „Kolostoma, Gastrostoma, Ileostoma, künstliche Körperöffnungen“ (enthält ICDs Z43.1, Z43.2, Z43.4, Z43.8, Z43.88, Z43.9, Z93.1, Z93.2, Z93.4, Z93.8, Z93.88, Z93.9) • „Zytostoma, künstliche Körperöffnung Harntrakt, -wege, künstliche Vagina“, (enthält die ICDs Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6) <p>Der Aufgriff erfolgt über M2Q. Die genannten DxGs sind nach Kostenschätzern in z. B. drei HMGs zusammenzufassen und in einem neuen, separaten Hierarchiestrang abzubilden (vgl. auch unserer Stellungnahme vom 09.08.2024).</p>	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
15	Hierarchie 25 „Transplantationen“					
	Z09.80	neu	0176		<p>Patienten mit Nachuntersuchungen nach Organtransplantation (ICD Z09.80) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie)</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG0176 „Komplikationen und Zustand nach Organtransplantation“ auch den ICD Z09.80 zu berücksichtigen (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 09.08.2024)).</p>	AOK-BV
16	Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“					
	N75.9, N76.88	0481	0247		<p>Für den ICD-Kode N75.9 „Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix“ wurde das Mindestalter ebenso wie für den ICD Kode N76.88 „Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva“ von „2“ auf „0“ angepasst. Die Anpassung ist inhaltlich nachvollziehbar. Wünschenswert wäre eine Dokumentation der Altersanpassung.</p>	GKV-SV
			0330, 0247		<p>Die beiden HMG unterscheiden sich im Kostenschätzer relativ deutlich, die Besetzung unterscheidet sich deutlich, die Kennzahlen lassen sich im Modell 01 nicht ablesen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>keine Zusammenfassung der beiden HMGs</p>	DAK-G
					<p>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.</p>	KBV/BÄK

Quelle: BAS

Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	
1	Regionale Risikogruppen	
	<p>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.</p>	GKV-SV
	<p>Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die erneute Durchführung der Variablenselektion durch das BAS im vorliegenden Entwurf. Die erneut deutlichen Veränderungen in der Variablenauswahl unterstreichen die Notwendigkeit einer regelmäßigen Durchführung des Selektionsverfahrens für die Regionalvariablen. Seit der erstmaligen Anwendung des Verfahrens im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 sind immer wieder erhebliche Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz von bestimmten regionalstatistischen Merkmalen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden zu beobachten. Dies ist auch zukünftig in ähnlichem Umfang zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Regionalvariablenauswahl auch weiterhin jährlich durchzuführen. Die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich und im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 empfohlene Verlängerung der Abstände der Variablenauswahl erscheint in Anbetracht der fehlenden Stabilität der Merkmale im Zeitverlauf nicht sachgerecht.</p>	AOK-BV
	<p>Bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022, 2023, 2024 und 2025 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit eines Verfahrens zur Validierung der verwendeten Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung hingewiesen. Insbesondere bedarf es unseres Erachtens einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, ob und inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen. Leider wurden in diesem Punkt aus unserer Sicht noch keine Fortschritte erzielt. Zwar wird im Festlegungsentwurf ausgeführt, dass nur Variablen verwendet würden, für die sich „ein inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden herleiten lässt“. Allerdings wurde für mehrere der ausgewählten Variablen nach unserer Kenntnis bisher weder im Regionalgutachten noch im Rahmen der bisherigen Festlegungen ein solch inhaltlicher Zusammenhang auch tatsächlich ausgeführt. Konkret mangelt es unseres Erachtens insbesondere bei Variablen wie „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungen“, „Kleine und mittlere Unternehmen“ an einer plausiblen inhaltlich-theoretischen Herleitung für einen Zusammenhang mit regionalen Deckungsbeitragsunterschieden. Diese wäre entlang der Begründung aus dem GKV-FKG zu § 8 RSAV explizit angezeigt, wonach diejenigen Variablen ausgewählt werden sollen, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft aufweisen. Ansonsten besteht aus unserer Sicht vielmehr die Gefahr von Konfundierung durch Stör- bzw. Drittvariablen.</p>	AOK-BV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	
	Für die perspektivische Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen eingehen, auf Versichertenebene in den Kassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell im RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene zu erhöhen. Darüber hinaus sprechen wir uns weiterhin dafür aus, Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren grundsätzlich auf die Vorgaben des § 8 Absatz 4 Satz 6 RSAV zu prüfen.	AOK-BV
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Im Gegenzug kann der Überprüfungszeitraum der Regionalvariablen auf zwei bis drei Jahre erweitert werden.</p>	BARMER
	Das BAS die für die Regionalkomponente auszuwählenden regional-statistischen Indikatoren sowie die Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen (WLGs) auf der Grundlage neu vorliegender Daten und auf Basis der Methodik des Regionalgutachtens von 2018 überprüft. Die Variablenauswahl ist nachvollziehbar dokumentiert.	IKK e. V.
	<p>Im letzten Jahr wurde durch eine Diskussion um die Beeinflussbarkeit und damit die Zulässigkeit der Regionalvariable „Wahlbeteiligung“ erst nach dem Abschluss des Stellungnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell 2025 durch einen öffentlichen Diskussionsprozess angestoßen.</p> <p>Vorschlag:</p> <p>Das BAS muss in den kommenden Anpassungszyklen zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der Robustheit ergreifen.</p>	IKK e. V.
	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.	KBV/BÄK
	Das BAS hat im Rahmen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026 erneut die regionalstatistischen Indikatoren aktualisiert und die Variablenauswahl überprüft. Durch das Selektionsverfahren wurde eine neue Auswahl an Variablen für die spätere Kreis-Dezil-Zuordnung erstellt. Infolgedessen sind die Variablen „Ausländeranteil“ und „Bruttoinlandsprodukt“ in der Auswahl enthalten. Diese verdrängen die bisherigen Variablen „Pendlersaldo“ und „Langzeitarbeitslose“ auf hintere Plätze in der Variablen-Rangfolge. Das methodische Verfahren zur Bestimmung der Regionalen Risikogruppen ist für uns transparent und nachvollziehbar.	IKK e. V.
	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.	BKK DV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	
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.	GKV-SV
	Das BAS hat im Zuge des Festlegungsentwurfes für das Ausgleichsjahr 2026 die Wohnlandgruppen (WLGs) erneut überarbeitet. Wie bereits im Vorjahr wurde ein gewichteter Mittelwert der Ausgaben gebildet. Seitens des IKK e. V. erachten wir es weiterhin als wünschenswert, wenn das BAS eine methodische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichtungsfaktoren durchführt. Insgesamt sehen wir es positiv, dass sich das MAPE und das MAPD deutlich verbessert haben und um 9,13 € bzw. 0,57 Prozentpunkte gesunken sind.	IKK e. V.
	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 Versichertenjahre (VJ) im Berichtsjahr 2022 (BJ 2022)“.	KBV/BÄK
	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 Stellungnahmeverfahren beteiligten Akteure aufgenommen, sachgerecht bewertet und soweit geboten auch Anpassungen vorgenommen, beispielsweise die Herausnahme des Merkmals „geographische Nähe der Abkommensstaaten“. Einen wesentlichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf des Modells sehen die Betriebskrankenkassen daher nicht, das ist positiv hervorzuheben.	BKK DV
	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 (detailliertere Ausführungen siehe Stellungnahme).	BKK DV
	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 berichtsjahtübergreifende Daten bereitgestellt und ausführlich wiedergegeben.	BKK DV

Quelle: BAS

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichjahr 2026 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

3.1 Ausgangsmodell

Es erfolgen entsprechend der im Stellungnahmeverfahren eingegangenen Vorschläge Anpassungen im Ausgangsmodell. Diese betreffen die Altersgrenzen einiger ICD-Kodes. Zudem führt das BAS Korrekturen für weitere Altersgrenzen von ICD-Kodes durch, die in den Stellungnahmen der Anhörungspartner nicht genannt waren. Die Auswirkungen auf das bisherige Klassifikationsergebnis sind vernachlässigbar.

3.2 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.4 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.5 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.6 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.7 Regionale Risikogruppen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.8 Wohnlandgruppen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

II Methodik

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

4.1 Festlegungsentwurf

Für den Festlegungsentwurf des AJ 2026 wurde in den Erläuterungen eine Übersicht über die verwendeten Kennzahlen gegeben und deskriptive Statistiken zur genutzten Datengrundlage veröffentlicht. Wie in Vorjahren wurden die etablierten Auswertungen um ausführliche Analysen zur Verwendbarkeit der Datengrundlage unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemieauswirkungen ergänzt. Die Bewertung des BAS ergab, dass die Datengrundlage trotz der Pandemieauswirkungen uneingeschränkt verwendbar ist.

In Anlehnung an den Evaluationsbericht des Jahresausgleich 2021 (JA 2021) wurden das Set der verwendeten Kennzahlen überarbeitet. So wurde auf der Ebene der Krankenkassen und der Kreise das bisher ausgewiesene ungewichtete $MAPE_{kk}$ bzw. $MAPE_{Kreis}$ durch die zeitreihentaugliche Kennzahl der sogenannten gewichteten mittleren absoluten Prozentabweichung ($wMAPD_{kk}$ bzw. $wMAPD_{Kreis}$) ersetzt.

Außerdem wurde ein Hinweis auf weitere Bewertungskriterien (etwa zu Anreizeffekten, Manipulationsresistenz und administrativem Aufwand) ergänzt.

4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Einführung des $wMAPD_{kk}$ wird von GKV-SV, IKK e. V. und KBV/BÄK begrüßt. Bei den weiteren Bewertungskriterien ist aus Sicht von KBV/BÄK die formale Umsetzung noch nicht klar.

Die Beschreibung der Datengrundlage kann vom GKV-SV rechnerisch nachvollzogen werden.

GKV-SV und KBV/BÄK begrüßen die fortgesetzte Analyse der Pandemieeffekte und teilen die Einschätzung des BAS, dass die Verwendbarkeit der Datengrundlage für die Weiterentwicklung und die Durchführung auch mit den untersuchten Datenmeldungen dieses Anpassungszyklus gegeben sei. Aus Sicht des AOK-BV ist die Datengrundlage im Morbiditäts- und Kostenjahr noch immer von der Pandemie beeinflusst, was gegen umfassendere Modellanpassungen spreche.

4.3 Diskussion der Stellungnahmen

Der Hinweis auf die bei der Bewertung der Modellanpassungen verwendeten weiteren Bewertungskriterien orientiert sich an den vorangegangenen Untersuchungen im Rahmen der Evaluation zum Jahresausgleich 2021 des Wissenschaftlichen Beirats. Die hier aufgezählten Überlegungen zu möglichen Auswirkungen von Modellanpassungen sind schwer quantifizier- bzw. formalisierbar. Gleichwohl stellt die Betrachtung möglicher Auswirkungen auf Anreize und Manipulationsresistenz aus Sicht des Gesetzgebers (vgl. etwa § 266 Absatz 5 Nummer 1 und Absatz 10 Satz 1 SGB V) und des Wissenschaftlichen Beirats einen wichtigen Aspekt dar, der bei den Entscheidungen über die Anpassungen am Klassifikationsmodell mitbedacht und ggf. gegen mögliche erreichbare statistische Verbesserungen abgewogen werden muss.

4.4 Festlegung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichjahr 2026

5.1 Festlegungsentwurf

Im Ausgangsmodell (AGM) erfolgt eine Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-10-GM 2025. Zudem wird bei der Definition des AGM punktuell eine erneute medizinische Überprüfung der Zuordnung von ICD-Kodes zu Diagnosegruppen (DxGs) vorgenommen.

5.2 Anhörungsverfahren

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

5.2.1.1 Altersgrenzen der ICD-Kodes J80.-

Der GKV-SV weist darauf hin, dass ein Anpassungsbedarf des Mindestalters für die endstelligen Diagnosen des ICD-Dreistellers J80 „Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]“ bestehe. Vor der ICD-10-GM Version 2024 dokumentierten die genannten ICD-Kodes das Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] nach unterschiedlichen Schweregraden. Laut ICD-Beschreibung umfassten sie auch das ARDS bei Kindern und Jugendlichen. Das „Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen“ (P22.0) sei hingegen ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund solle in den beiden Tabellenblättern „IDM_AJ26_ICD22“ und „IDM_AJ26_ICD23“ für die genannten ICD-Kodes als Mindestalter „1 Jahr“ festgelegt werden. Für die Tabellenblätter „IDM_AJ26_ICD24“ und „IDM_AJ26_ICD25“ sei das Mindestalter für J80.0 und J80.09 von „0“ auf „1“ zu ändern, da das „Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen“ mit P22.0 zu kodieren sei.

5.2.1.2 Altersgrenzen der ICD-Kodes N75.9 und N76.88

Der GKV-SV stellt fest, dass für den ICD-Kode N75.9 „Krankheit der Bartholin-Drüsen, nicht näher bezeichnet“ das Mindestalter ebenso wie für den ICD Kode N76.88 „Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva“ von 2 Jahren auf 0 Jahre angepasst worden sei. Die Anpassung sei inhaltlich nachvollziehbar. Wünschenswert wäre eine Dokumentation der Altersanpassung.

5.2.1.3 Altersbezogene DxG- und HMG-Zuordnung des ICD-Kodes O24.0

Der GKV-SV weist darauf hin, dass für O24.0 „Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1“ ein Mindestalter von 16 Jahren angegeben ist. Dieses solle analog der anderen Schwangerschafts-Diagnosen auf 8 Jahre festgesetzt werden.

5.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

5.2.2.1 Altersgrenzen der ICD-Kodes J80.-

Der Vorschlag ist sachgerecht und wird umgesetzt. Modellrechnungen zeigen einen nur minimalen vernachlässigbaren Einfluss auf die Fallzahlen. Für das AJ 2026 ändern sich die Fallzahlen für den ICD-Kode J80.0 nicht. Für den ICD-Kode J80.09 entfallen 23 von 3.319 Versicherten durch den Verzicht auf die Altersgruppe „< 1 Jahr“.

5.2.2.2 Altersgrenzen der ICD-Kodes N75.9 und N76.88

Das BAS bedankt sich für den Hinweis des GKV-SV auf die fehlende Dokumentation dieser Anpassung der Altersgrenzen. Die Altersgrenzen der ICD-Kodes N75.9 „Krankheit der Bartholin-Drüsen, nicht näher bezeichnet“ und N76.88 „Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva“ werden entsprechend der anderen N75.- bzw. N76.-Viersteller auf „0 bis 124 Jahre“ festgelegt. Über die veränderte Altersgrenze des ICD-Kodes N76.88 werden zwei zusätzliche Versicherte der DxG0481 „Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix“ in der HMG0247 „Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen“ im Modell des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026 zugeordnet. Die veränderte Altersgrenze des ICD-Kodes N75.9 führt zu keiner Veränderung der Versichertenzahl in dieser ebenso betroffenen DxG0481 in der HMG0247.

5.2.2.3 Altersbezogene DxG- und HMG-Zuordnung des ICD-Kodes O24.0

Der ICD-Kode O24.0 „Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1“ ist bisher ausschließlich der DxG0111 „Diabetes mellitus Typ 1 ohne Komplikationen“ in der HMG0391 „Sonstiger Diabetes mellitus Typ 1 oder sonstiger Diabetes mellitus mit Insulin-Dauermedikation“ im Diabetes-Strang der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ zugeordnet. Die DxG0111 hat eine Altersbeschränkung von „16 bis 124 Jahre“. Da der ICD-Kode O24.0 grundsätzlich eine Altersbeschränkung von „8 bis 59 Jahre“ hat, fehlt eine Zuordnung des ICD-Kodes O24.0 für die Versicherten im Alter von 8-16 Jahren zu den entsprechenden Diabetes-DxGs. Der ICD-Kode O24.0 wird deshalb zusätzlich der DxG1061 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 mit/ohne multiplen Komplikationen (< 12 Jahre)“ in der HMG0018 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (< 12 Jahre)“ und der DxG1065 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 und multiplen Komplikationen (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)“ in der HMG0390 „Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 (11 Jahre < Alter < 16 Jahre)“ im Diabetes-Strang der Hierarchie 04 zugeordnet. Dies führt zu keiner Veränderung der Versichertenzahl in den betroffenen DxGs im Modell des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026.

5.3 Weitere Anpassung: Altersgrenzen der ICD-Kodes O42.2-

Die vier ICD-Kodes O42.20 „Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden“, O42.21 „Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen“, O42.22 „Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen“ und O42.29 „Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, ohne Angabe des Wehenbeginns“ weisen im Gegensatz zu anderen eine Schwangerschaft indizierenden ICD-Kodes in der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ ein Altersintervall von „0 bis 124 Jahre“ anstatt „8 bis 59 Jahre“ auf. Auf Seite 93 der Erläuterungen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026 findet sich dementsprechend der Passus „Für die fünfstelligen Schlüssel des ICD-Kode O42.2- muss zudem noch die Altersgrenze auf die (in der Hierarchie durchgängig gültigen) Werte von mindestens 8 und höchstens 59 Jahren gesetzt werden.“. Dies wird umgesetzt, sodass die Altersbeschränkung auf DxG-Ebene der DxG0591 „Entbindung / abgeschlossene Schwangerschaft (exkl. Komplikationen)“, die der HMG0474 „Entbindung“ zugeordnet ist, entfallen kann. Die Zuordnung von Versicherten zu dieser DxG bleibt unverändert.

5.4 Festlegung

Die Anpassungen führen zu einem nahezu unveränderten Klassifikationsergebnis. Die Veränderungen der Kennzahlen sind im ausgewiesenen Bereich nicht sichtbar (vgl. Kapitel 15).

6 Weitere Themen

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

6.1.1 Bearbeitungsumfang, Schwerpunktsetzung, Bearbeitung offener Vorschläge und Anhörungsverfahren

Der GKV-SV kann den eingeschränkten Bearbeitungsumfang des Festlegungsentwurfes nachvollziehen. Ähnlich äußern sich der AOK-BV und der IKK e. V. Der GKV-SV geht für das kommende Jahr von einer Zunahme des Bearbeitungsumfanges aus.

Der AOK-BV begrüßt die in diesem Anpassungsprozess gewählte Schwerpunktsetzung der Überarbeitung in Form medizinisch begründbarer Hierarchieanpassungen und einer Verbesserung der Modellkonsistenz unter Berücksichtigung medizinisch fundierter Vorschläge.

Der BKK DV spricht sich mit Blick auf die kommenden Anpassungen für eine frühzeitige Bekanntgabe der Bearbeitungsschwerpunkte, für die Wiedereinführung eines strukturierten Vorschlagsverfahrens und – im Falle eines zunehmenden Bearbeitungsumfanges – eine Verlängerung der Anhörungsfristen aus.

Für die kommenden Anpassungen plädieren GKV-SV und IKK e. V. für eine Prüfung der bislang noch nicht abgearbeiteten Vorschläge aus den Stellungnahmen der Vorjahre. Der BKK DV bemängelt allerdings eine niedrige Transparenz über die noch für eine Prüfung oder Umsetzung vorgemerkten Vorschläge. Die BARMER bittet um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.

Als mögliche künftige Bearbeitungsschwerpunkte werden die Prüfung der Morbiditätsgruppen auf Kostenhomogenität einschließlich einer Prüfung der ICD-DxG-Zuordnung (GKV-SV, DAK-G), eine Auseinandersetzung mit der Altersdifferenzierung der HMGs (GKV-SV, TK et al., BARMER, DAK-G), mit der Rolle der Arzneimittel im Aufgreifprozess (GKV-SV, AOK-BV, IKK e. V.), der Verwendung der ICD-Kodes der Ausschlusskategorie (GKV-SV, AOK-BV, BARMER, IKK e. V.), der Abbildung von Ko- und Multimorbidität (GKV-SV, AOK-BV, DAK-G) sowie eine Beschreibung von Kriterien zur Modellanpassung (GKV-SV, AOK-BV, IKK e. V., BARMER) thematisiert. Konkretere Ausführungen hierzu werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst.

6.1.2 Dokumentation der Anpassungen und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen

Der GKV-SV kann die vom BAS bereitgestellten Analysen rechnerisch nachvollziehen. Auch der AOK-BV hält das Vorgehen des BAS für gut dokumentiert und grundsätzlich nachvollziehbar. GKV-SV und AOK-BV bitten das BAS allerdings darum, auch die Analyseergebnisse einzelner Zwischenschritte ausreichend zu dokumentieren, um die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen weiter zu verbessern. Der IKK e. V. hält die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen des BAS hinsichtlich der Annahme oder Ablehnung einzelner Vorschläge für gering und regt eine transparentere Dokumentation der Entscheidungsgründe an.

Laut BARMER soll hinsichtlich einheitlicher Entscheidungskriterien eine stärkere Formalisierung der Hierarchiekonsolidierung in Betracht gezogen werden. Auch der GKV-SV, der AOK-BV und die DAK-G sprechen sich für eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung

von HMG-Strängen aus. Hierbei könne bspw. auf den prozentualen Unterschied zwischen den Kostenschätzern, die Besetzungszahl der einzelnen Morbiditätsgruppen und/oder die Gesamtzuweisungen für die HMGs geachtet werden. Die DAK-G wiederholt in diesem Zusammenhang ihren Vorschlag einer automatisierten Überprüfung der Kostenhomogenität der DxGs innerhalb der HMGs bereits vor Beginn der Modellanpassung.

Laut GKV-SV sollte bei der Gruppenabgrenzung auf eine kostenhomogene Eingruppierung von spezifischen und unspezifischen ICD-Kodes geachtet werden, um Anreize zu einer fehlerhaften Kodierung zu vermeiden. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass sich die Kostenunterschiede einer Erkrankung häufig nicht an der spezifischen und unspezifischen Kodierung festmachen ließen, sondern vom therapeutischen Geschehen abhängig sei.

Die BARMER begrüßt, dass das BAS erstmals auch die Regressionskoeffizienten ohne Nullsetzung für die vorherigen Ausgleichsjahre veröffentlicht habe, wodurch ein sinnvoller Vergleich mit dem Festlegungsentwurf möglich sei. Der AOK-BV bittet darüber hinaus erneut um die Bereitstellung einer Krankheitsabgrenzung (Zuordnung der ICD-Kodes zu Krankheiten) als Ergänzung zur Anlage 1. Außerdem wird angeregt, in den Anlagen zu den Festlegungen und den Festlegungsentwürfen auch die Hierarchiebezeichnungen aufzunehmen.

6.1.3 Aufgreifkriterien und Verwendung von Arzneimitteln

Aus Sicht des GKV-SV 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. Bei der Abbildung seltener Erkrankungen, für die es häufig keine spezifischen ICD-Kodes gäbe, könnte eine weitere Differenzierung über spezifisch eingesetzte Arzneimittel erfolgen.

Der AOK-BV weist erneut auf die seit dem 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zu Mehrfachverordnungen bei chronischen Erkrankungen hin und bittet das BAS, die bestehenden Aufgreifkriterien (insbesondere das M2Q-Kriterium und die Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz) vor diesem Hintergrund zu überprüfen.

Darüber hinaus wiederholt der AOK-BV seinen Hinweis, dass mit der Vervollständigung des Krankheitsspektrums mehrere Akuterkrankungen aufgenommen worden seien, die aus medizinischer Sicht eine Kodierung in lediglich einem Quartal erwarten ließe. Daher wird vorgeschlagen, für die betreffenden DxGs auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten.

Zusätzlich wiederholt der AOK-BV seine Bitte, den „Sonderfall 1“ zu überarbeiten. Dieser sehe eine altersübergreifende Prüfung der Behandlungstage nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies könne zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolge. Konkret wird vorgeschlagen, im Sonderfall 1 beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose auf die Prüfung der Behandlungstage zu verzichten.

Außerdem verweist der AOK-BV erneut auf die Möglichkeit von Gestattungen nach §§ 10 Absatz 1a und 11, Absatz 1c AMG durch das BfArM bei drohenden oder bestehenden Lieferengpässen im Arzneimittelmarkt. Die Abrechnung der gestatteten Arzneimittel führe zu diversen Problemen, deren Auswirkungen das BAS bei der Ausgestaltung von Aufgreifkriterien wie Arzneimitteldifferenzierungen oder -validierungen beachten solle.

Der IKK e. V. hält eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln für unabdingbar, wobei ein Augenmerk insbesondere auf die Arzneimitteltherapie seltener Erkrankungen gelegt werden müsse. Gerade bei unspezifischen oder schwer abgrenzbaren ICD-Kodes könnten die verordneten Arzneimittel zu besserer Abgrenzung und damit zu zielgenaueren Zuweisungen beitragen.

6.1.4 Ko- und Multimorbidität, Doppelzuschläge für HMGs mit Dauermedikation, Überdeckung Gesunder

Laut GKV-SV sollte die Abbildung von Ko- und Multimorbidität im Rahmen der kommenden jährlichen Anpassungen in die Untersuchungen mit einbezogen werden.

Der AOK-BV weist erneut darauf hin, dass es im Zuge der verstärkten Einführung mehrfacher Arzneimitteldifferenzierungen zwar zu einer begrüßenswerten besseren Abbildung von Patientengruppen mit immunsuppressiven Dauertherapien komme. Allerdings bestünden zwischen den betroffenen Erkrankungen Komorbiditäten, die mit denselben Arzneimittelwirkstoffen behandelt werden (Versicherte mit Psoriasis, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, rheumatoiden Gelenkerkrankungen, Multipler Sklerose, anderen Erkrankungen der Haut). Die Immunsuppressiva werden bei diesen Versicherten zur Behandlung der jeweiligen Grunderkrankung(en) verordnet, führen aber häufig über mehrere HMGs zur Auslösung eines hohen Zuschlags und dadurch zu Überdeckungen in problematischem Umfang. Der AOK-BV schlägt daher die Abbildung von Autoimmunerkrankungen in einer eigenen Hierarchie bzw. – als weniger komplexe Lösung – übergangsweise die Einführung von Querdominanzbeziehungen vor. Perspektivisch könne ein Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der Entwurfsfassung des AJ 2023 eingeführten Zuschlagsgruppen für innovative Onkologika diskutiert werden.

Auch die DAK-G schlägt zur Vermeidung paralleler Zuweisungen die Einführung mehrerer zusätzlicher hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen vor.

Der AOK-BV betont erneut die aus seiner Sicht bestehende Notwendigkeit zum Abbau von Überdeckungen, die u. a. auch bei gesunden Versicherten anfielen.

6.1.5 Alterssplits

GKV-SV, TK et al. und BARMER weisen darauf hin, dass die bestehende Altersdifferenzierung der HMGs erneut nicht überprüft worden sei und auch weitere Altersdifferenzierungen nicht vorgenommen wurden. Der GKV-SV weist darauf hin, dass sich einige Kostenschätzer von HMGs mit einer Altersdifferenzierung angenähert hätten. GKV-SV und TK et al. regen daher eine erneute Prüfung und ggf. Aktualisierung der Altersdifferenzierungen an. Die DAK-G weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich der Prozess zur Identifikation möglicher Alterssplits automatisieren ließe.

6.2 Diskussionen der Stellungnahmen

6.2.1 Bearbeitungsumfang, Schwerpunktsetzung, Bearbeitung offener Vorschläge und Anhörungsverfahren

Das BAS misst den Vorschlägen des GKV-SV ein besonderes Gewicht bei. Gleichwohl können aus Zeitgründen nicht immer alle Vorschläge des GKV-SV innerhalb einer Modellüberarbeitung

bearbeitet werden. Unbearbeitete Vorschläge des GKV-SV (und der weiteren Anhörungspartner) werden allerdings nicht verworfen, sondern ggf. zu einem späteren Zeitpunkt überprüft.

Der Bearbeitungsumfang bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells steht im Zusammenhang mit den weiteren vom Wissenschaftlichen Beirat und dem BAS zu erfüllenden RSA-bezogenen Aufgaben (etwa der regelmäßigen Evaluation des Verfahrens oder der Bearbeitung anderer Gutachten). Die Bearbeitungsschwerpunkte wiederum sind u. a. abhängig von der Ausgangslage des Modells bei Berücksichtigung neuer Daten. So sind bspw. Hierarchien, in denen auf Grundlage der neuen Daten Hierarchieverletzungen auftreten, prioritär zu bearbeiten. Über den konkreten Bearbeitungsumfang und die Bearbeitungsschwerpunkte eines jeweiligen Ausgleichsjahres kann daher in aller Regel erst zu Beginn eines jeweiligen Anpassungszyklus entschieden werden. Voraussichtlich wird sich das BAS u. a. bei der Vorbereitung des nächsten Ausgangsmodells erneut mit den bislang ausgeschlossenen ICD-Kodes beschäftigen.

Im Übrigen sei auf die Ausführungen in den Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 91 f.) und AJ 2025 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024, S. 71) verwiesen.

6.2.2 Dokumentation der Anpassungen und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen

Über die Erläuterungen zu den Festlegungsentwürfen und den Festlegungen werden grundsätzlich alle Entscheidungen des BAS zur Anpassung des Klassifikationsmodells dokumentiert und begründet. Der Umfang der Darstellung einzelner Analysen und Ergebnisse beruht auf einer einzelfallbezogenen Abwägung von Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit.

In Bezug auf die Anmerkungen zur Einheitlichkeit der Entscheidungskriterien wird auf die Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2023 verwiesen (vgl. Abschnitt 4.2.4.2 in Bundesamt für Soziale Sicherung 2022). Eine abschließende Bewertung kann auch im Rahmen dieser Festlegung nicht erfolgen.

Die vom AOK-BV gewünschte Erweiterung der Anlage 1 um die ausgeschlossenen ICD-Kodes wird nicht umgesetzt. Es wird diesbezüglich auf die Erläuterungen zur Festlegung für das AJ 2025 verwiesen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024, S. 62 f.). Die angeregte Auflistung der Bezeichnungen der Hierarchien wird hingegen in Anlage 1 ergänzt.

6.2.3 Aufgreifkriterien und Verwendung von Arzneimitteln

Ein Bestandteil der jährlichen Weiterentwicklung besteht in der Sichtung eingebrachter Vorschläge aus den Vorjahren, die in zahlreichen Fällen die Verwendung von Arzneimitteln beinhalten. Welche Vorschläge konkret in dem jeweiligen Anpassungszyklus bewertet werden können, ist daher abhängig von der jeweils gewählten Schwerpunktsetzung zu Beginn eines jeden Anpassungszyklus.

Der Vorschlag des AOK-BV mögliche Implikationen von Gestattungen auf die bestehenden Aufgreifkriterien zu beachten wird als obsolet bewertet. Die gestattete Ware ist in der Lauer-Liste mit einer eindeutigen PZN gelistet, welche durch die Apotheken auch zur Abrechnung herangezogen wird (Deutsches Apothekenportal 2023). Daher sieht das BAS aktuell keinen Anpassungsbedarf.

Hinsichtlich der weiteren Stellungnahmen, die auf die Ausgestaltung der Aufgreifkriterien abzielen, ist auf Abschnitt 6.2.4 der Erläuterungen zur Festlegung des AJ 2024 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 92) bzw. Abschnitt 6.2.4 der Erläuterungen für das Ausgleichsjahr 2025 zu verweisen (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024, S. 71).

6.2.4 Ko- und Multimorbidität, Doppelzuschläge für HMGs mit Dauermedikation, Überdeckung Gesunder

Das BAS ist sich der noch immer ungelösten Problematik möglicher Überdeckungen bei parallelen (über verordnete Arzneimittel validierte) Zuschlägen bewusst. Es verweist vor diesem Hintergrund – ebenso wie zu den generellen Überlegungen zur Abbildung von Ko- und Multimorbidität – nochmals auf seine Ausführungen in den Erläuterungen zu den Festlegungen des AJ 2024 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2023, S. 92) und des AJ 2025 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024, S. 71).

6.2.5 Alterssplits

Die bestehenden Alterssplits bzw. die Frage nach zusätzlichen Alterssplits wurde in diesem Anpassungszyklus aus Kapazitätsgründen nicht bearbeitet. Auf die Notwendigkeit einer systematischen Auseinandersetzung zur Klärung des Potenzials von Altersdifferenzierungen und der durch die Differenzierung entstehenden Probleme und Aufwände hat der Wissenschaftliche Beirat im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 hingewiesen (vgl. Drösler et al. 2025, S. 290). Über die Durchführung einer entsprechenden Untersuchung wird im Rahmen der Schwerpunktsetzung in einem der kommenden Anpassungszyklen entschieden.

III Anpassung der Hierarchien

7 Vorbemerkungen

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen

Jedes Kapitel zur Anpassung des Klassifikationsmodells beginnt mit einer Einleitung, in welcher der Festlegungsentwurf (FLE) kurz zusammengefasst wird. Beschreibt das Kapitel konkrete Änderungen der Klassifikation, so werden das Ausgangsmodell und der Festlegungsentwurf (der Hierarchie) tabellarisch gegenübergestellt. Der Festlegungsentwurf der betreffenden Hierarchie wird außerdem strukturell anhand einer schematischen Darstellung der betreffenden Hierarchie dargestellt, welche die Fallzahlen und Kostenschätzer des Festlegungsentwurfs der Hierarchie auf Basis der Daten der Vollerhebung enthält.

Im Anschluss folgen eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen. Nur im Falle, dass weitere Analysen durchgeführt werden, folgen in den anschließenden Abschnitten die entsprechenden Untersuchungen. Alle Untersuchungen in den Hierarchien werden **auf Basis des Festlegungsentwurfs der jeweiligen Hierarchie berechnet**, d. h. alle anderen Hierarchien entsprechen ceteris paribus nach wie vor dem Ausgangsmodell (AGM) für das AJ 2026. Veränderungen der Kennzahlen werden jeweils in den Tabellen **im Vergleich zum Ausgangsmodell** ausgewiesen.

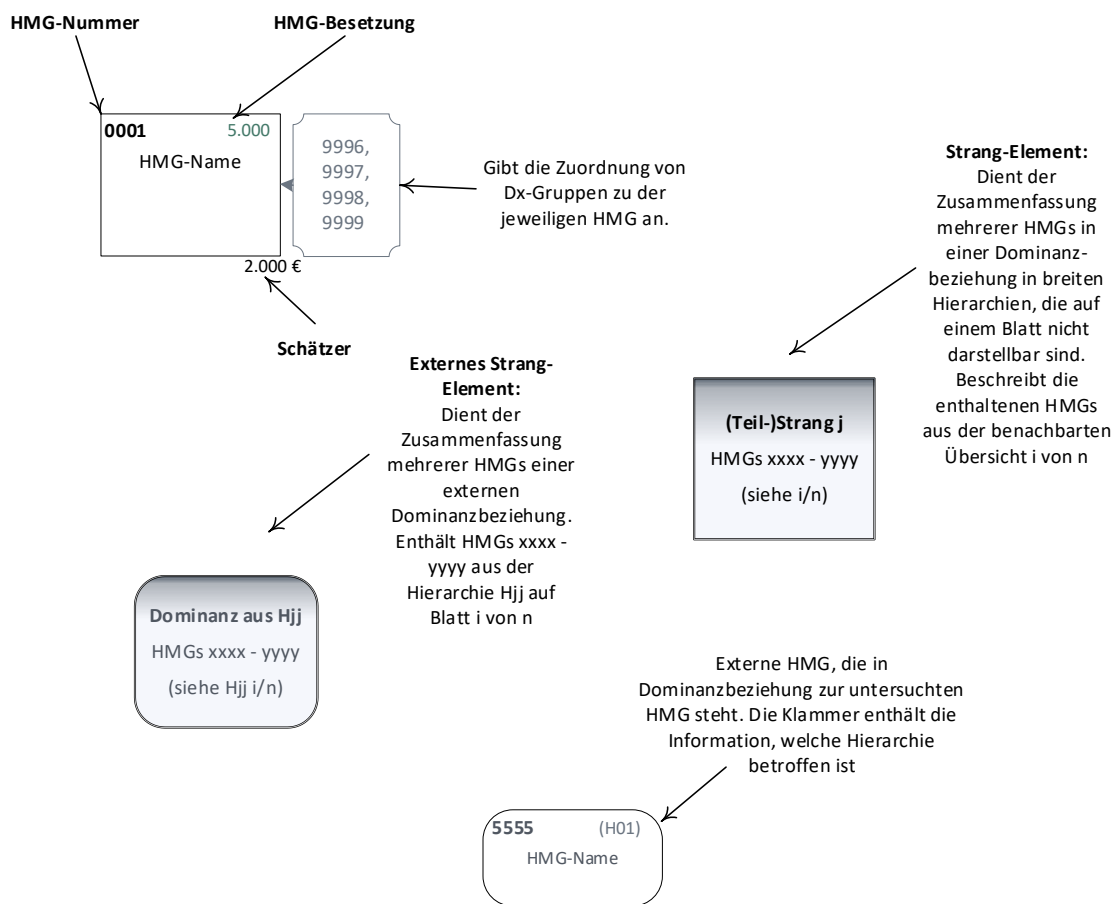
Nach der Darstellung und Abwägung der geprüften Modifikationen wird das Ergebnis als **Festlegung der Hierarchie** dargestellt. Falls sich empirisch relevante Veränderungen zwischen Festlegungsentwurf der Hierarchie und der Festlegung (FL) der Hierarchie ergeben, werden am Ende des jeweiligen Kapitels diese Modelle tabellarisch gegenübergestellt. Auf eine Wiederholung des Ausgangsmodells AJ 2026 wird aus Platzgründen an entsprechender Stelle verzichtet. Eine Abbildung der überarbeiteten Hierarchie mit allen Anpassungen auf Grundlage der Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung fasst die Modellstruktur abschließend zusammen.

Dementsprechend beziehen sich auch die Hierarchieabbildungen in den jeweiligen Kapiteln der Festlegung nur auf die isolierte Bearbeitung **der jeweiligen Hierarchie**. Bei Vorliegen von veränderten externen Dominanzbeziehungen weisen sie daher noch die externe Dominanzbeziehung des Ausgangsmodells aus. **Änderungen der externen Dominanzbeziehung werden nur in dem entsprechenden Hierarchie-Kapitel, in dem diese Veränderung der externen Dominanzbeziehung geprüft wurde, dokumentiert.** Die resultierende Ausgestaltung im Gesamtmodell ist den Hierarchieabbildungen des Anhangs A.3 zu entnehmen.

7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien

Die Erläuterungen zu den Anpassungen werden durch schematische Abbildungen ergänzt, um die vorgenommenen Anpassungen in den einzelnen Hierarchien zu veranschaulichen. Die einzelnen Bausteine dieser schematischen Anpassungen werden in Abbildung 7.1 vorgestellt.

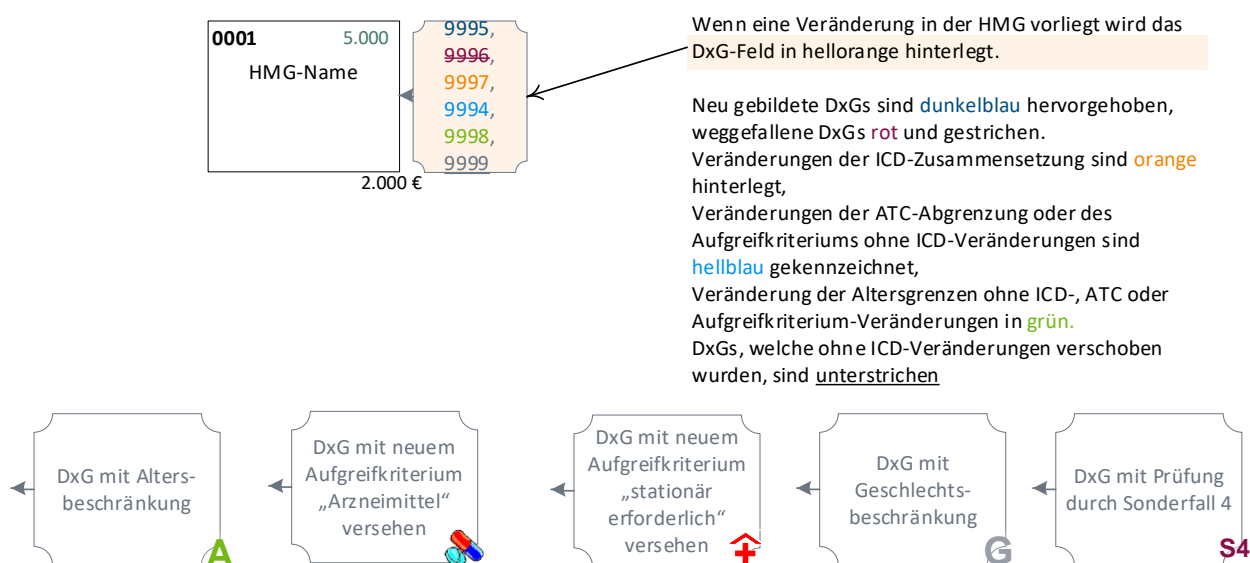
Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie



Quelle: BAS

Veränderungen, welche sich durch die Überarbeitung im Vergleich zum Ausgangsmodell des AJ 2026 ergeben, werden wie in Abbildung 7.2 dargestellt hervorgehoben.

Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im Festlegungsentwurf bzw. in der Festlegung



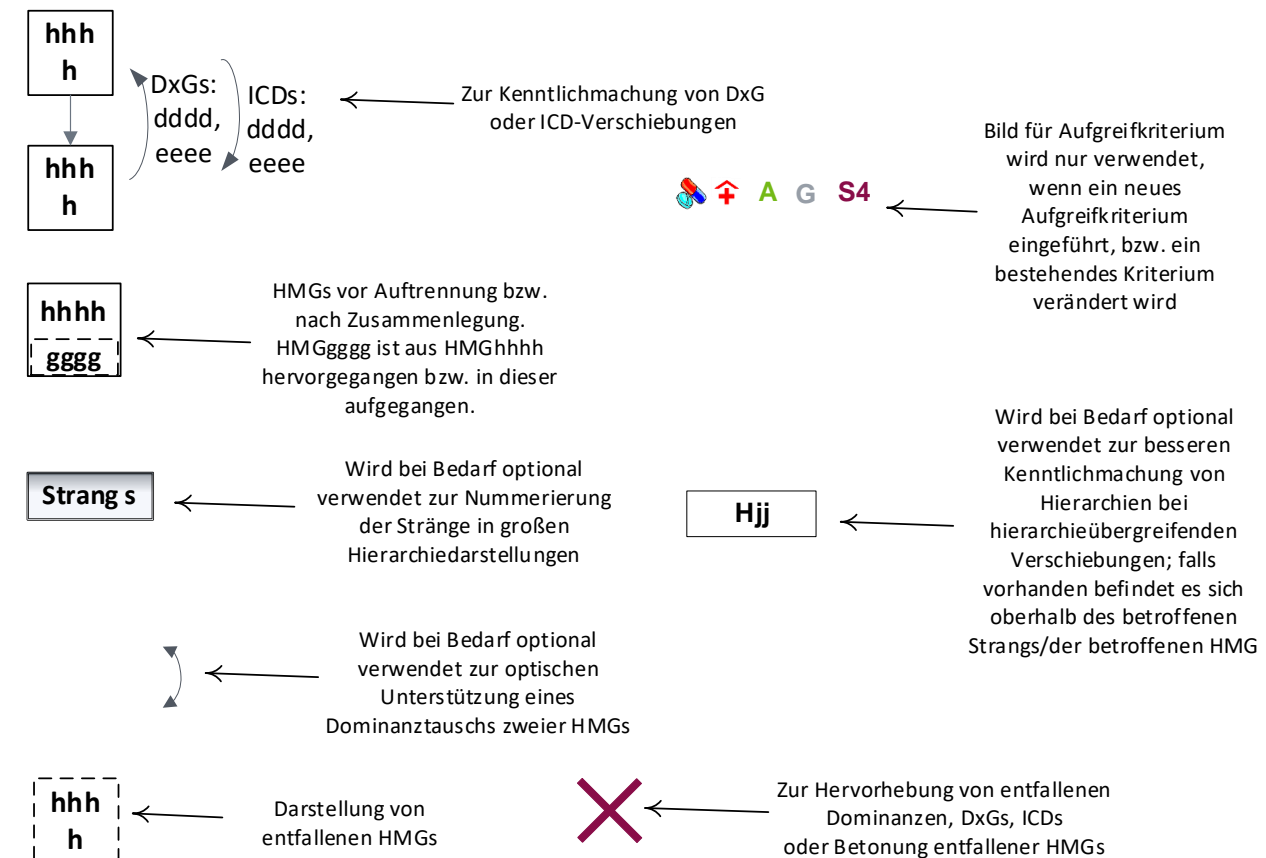
Quelle: BAS

Bei den abschließenden Abbildungen zur **Festlegung der Hierarchie** beschreiben die Hervorhebungen Veränderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

Zum Teil werden verkürzte graphische Darstellungen verwendet, welche lediglich die HMG-Nummern enthalten. Der Fokus dieser Darstellungen liegt darauf, die Veränderungen in der Modellstruktur zwischen den einzelnen Modellen darzustellen.

Abbildung 7.3 stellt die Elemente vor, welche für die bildliche Darstellung der Modellveränderungen zur Verfügung stehen.

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle



Quelle: BAS

7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen

Die Darstellung der Berechnungsergebnisse in tabellarischer Form konzentriert sich auf die untersuchten Bereiche der Hierarchie. Grundsätzlich folgt die Reihenfolge der HMGs in der Darstellung der Dominanzreihenfolge bzw. der Zuordnung in einzelnen Strängen des jeweiligen Vergleichsmodells. Ausnahmen von dieser Regel werden im Text kenntlich gemacht. Auch die Benennung folgt weitgehend diesem Prinzip. Eine Ausnahme stellen gesplittete oder zusammengelegte HMGs dar. In diesen Fällen entspricht die Bezeichnung den gesplitteten HMGs, bzw. der HMGs vor der Zusammenlegung. Die letztendlich vergebenen Bezeichnungen der HMGs sind der finalen Gegenüberstellung von Festlegungsentwurf und Festlegung zu entnehmen.

Falls zur Zusammenfassung der Änderungen in ICD-DxG-HMG-Zuordnungen die tabellarische Form gewählt wird, bezeichnet das Kürzel „AGM“ jeweils das Ausgangsmodell des AJ 2026 und „FLE“ jeweils den Festlegungsentwurf für das AJ 2026. Das Kürzel „FL“ bezeichnet bei Bedarf die Festlegung. Im Rahmen des Anhörungsprozesses neu gerechnete Modelle erhalten bei der Modellnummerierung das Kürzel „A“ für „Anhörung“.

Bei der Darstellung der Struktur und Ergebnisse der einzelnen Modellrechnungen ist zu beachten, dass z. T. temporäre Nummern und/oder Benennungen für DxGs und HMGs vergeben werden, die sich im endgültigen Modell des Festlegungsentwurfs nicht wiederfinden müssen. In der graphischen Darstellung des Festlegungsentwurfs werden lange HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen durch Auslassungen mit „...“ gekürzt. Die Kürzung langer HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen gilt ebenfalls für sämtliche Tabellen mit Ausnahme der abschließenden Gegenüberstellung von Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie.

Wenn für eine Hierarchie keine empirischen Überprüfungen vorgenommen werden, wird auf die Darstellung in Form eines Kapitels verzichtet. Für diese Hierarchien entspricht die Festlegung dem Ausgangsmodell bzw. Festlegungsentwurf für das AJ 2026 – sofern die Anpassungen in den Hierarchien mit empirischer Überprüfung keinen Anpassungsbedarf (z. B. Hierarchieverletzungen) in anderen Hierarchien nach sich gezogen haben. Sollten durch die Anpassung einer der überprüften Hierarchien Hierarchieverletzungen in einer anderen, nicht bearbeiteten Hierarchie entstanden sein, wird die Behebung der Hierarchieverletzung im Rahmen der ursprünglich überprüften Hierarchie mitbehandelt. Die Darstellung der vollständigen Struktur der betreffenden Hierarchie kann der abschließenden Zusammenfassung im Abschnitt A.3 entnommen werden.

8 Hierarchie 02 „Neubildungen“

8.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 02 „Neubildungen“ wird bei den drei DxGs 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ mit dem Arzneimittel-Aufgreifkriterium „Sonderfall 1“ das Kriterium in „Sonderfall 2“ geändert (Herabsetzen der erforderlichen Behandlungstage von 183 auf 42 Tage). Es werden Hierarchieverletzungen behoben und einer weiteren drohenden Hierarchieverletzung durch Zusammenlegung von HMGs vorgebeugt.

Tabelle 8.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,5865 %	0,2692 PP
	CPM	30,5488 %		30,7557 %	0,2069 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.804,73 €	-8,3798 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	55.520	50.690 €	114.985	45.091 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	44.955	40.258 €	64.452	37.151 €
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	80.559	29.502 €	62.629	24.347 €
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	7.014	37.136 €	7.455	20.112 €
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen der Verdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	137.028	17.415 €	121.198	14.996 €

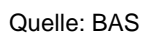
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,5865 %	0,2692 PP
	CPM	30,5488 %		30,7557 %	0,2069 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.804,73 €	-8,3798 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Unterstrang „Solide Tumore“					
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	123.152	10.317 €	116.776	8.890 €
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	81.878	6.407 €	81.140	6.195 €
HMG0276 (alt)	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	183.869	5.284 €		
HMG0276 (neu)	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / der unteren Atemwege / der Pleura / intrathorakal / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)			185.952	4.604 €
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	204.412	2.879 €	202.792	2.774 €
HMG0305 (alt)	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	257.705	2.510 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,5865 %	0,2692 PP
	CPM	30,5488 %		30,7557 %	0,2069 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.804,73 €	-8,3798 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0836 (alt)	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	59.347	2.140 €		
HMG0836 (neu)	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems / Bösartige Neubildung der Harnblase, Ureter, Harnröhre / des Ovars, der Parametrien, der Plazenta			309.112	2.294 €
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	1.496.745	1.252 €	1.487.987	1.129 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	538.921	654 €	537.335	603 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	1.259.077	190 €	1.256.827	172 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,5865 %	0,2692 PP
	CPM	30,5488 %		30,7557 %	0,2069 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.804,73 €	-8,3798 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0440	Gutartige Neubildungen der weiblichen und männlichen Genitalorgane, Harnorgane, endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS und an sonstigen und n.n.bez. Lokalisationen / Karzinoid-Syndrom / Carcinoma in situ, n.n.bez. / Bösartige Neubildung der Haut, n.n.bez.	1.349.172	-7 €		
HMG0413 (alt)	Sonstige gutartige Neubildungen	2.519.124	-67 €		
HMG0413 (neu)	Sonstige Neubildungen			3.865.756	-49 €
Unterstrang „Hämatologische Neubildungen“					
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	47.741	10.266 €	42.990	8.561 €
HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	25.201	6.017 €	22.738	4.649 €
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	225.658	3.876 €	210.916	2.968 €
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	67.336	2.912 €	64.930	2.048 €
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	33.550	1.718 €	33.335	1.649 €
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	91.587	1.201 €	91.429	1.185 €

Quelle: BAS

Abbildung 8.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.



8.2 Anhörungsverfahren

8.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Neben dem GKV-SV haben auch der AOK-BV, KBV/BÄK, die BARMER, DAK-G, IKK e. V., der BKK DV und der BPI zu den Anpassungen in der Hierarchie 02 „Neubildungen“ Stellung genommen.

Die durchgeführte Anpassung der Hierarchie ist aus Sicht des GKV-SV sachgerecht. Insbesondere die Absenkung der benötigten Behandlungstage für die Diagnosegruppen 0971 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern“, 0972 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ und 0973 „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid“ führe zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit. KBV/BÄK, DAK-G, IKK e. V. und BARMER äußern sich entsprechend.

Die Umstellung des Aufgreifkriteriums für hochteure Krebstherapien von Sonderfall 1 auf Sonderfall 2 wird auch vom AOK-BV ausdrücklich begrüßt. Durch die Absenkung der BT-Grenze würden, bei gleichzeitig überwiegend moderatem Rückgang in den Kostenschätzern, deutlich mehr Versicherte aufgegriffen. Über die niedrigere BT-Grenze erhielten Krankenkassen nun auch für Patienten mit geringem Körpergewicht oder zeitweiligen Therapieunterbrechungen bzw. Therapiebeginn in der zweiten Jahreshälfte HMG-Zuweisungen.

Der GKV-SV verweist weiterhin auf seine Stellungnahme vom 4. August 2022 zur Einführung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel für die bösartigen Neubildungen und adressiert erneut, die Eignung weiterer antineoplastischer Wirkstoffgruppen für eine Arzneimitteldifferenzierung zu prüfen. Der BKK DV bittet ebenfalls darum, die Erweiterung der Arzneimitteldifferenzierung bei Krebserkrankungen zu überprüfen und hält gleichzeitig eine regelmäßige (jährliche), systematische Prüfung des Themas für notwendig.

GKV-SV und BARMER weisen darauf hin, dass mit dem Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitor Ivosidenib (L01XM02) ein weiterer hochspezifisch wirkender Wirkstoff zugelassen wurde, der ebenfalls wie die bereits berücksichtigten Tyrosinkinase-Hemmer zielgenau die Wirkung eines Enzyms blockiert, welches die Tumorentstehung fördert. Die BARMER regt an, die Aufnahme des Wirkstoffs in die Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen ATC-Kodes für die DxGs 0971, 0972 und 0973 zu prüfen.

Weiterhin bittet die BARMER für den nächsten Anpassungszyklus um Prüfung der Berücksichtigung der Gruppe ATC-Fünfsteller L01XL „Antineoplastische Zell- und Gentherapie“ sowie des Wirkstoffs Decitabin / Cedazuridin, ATC L01BC68, als Aufgreifkriterium für die DxGs 0971, 0972 und 0973.

Zusätzlich zu den drei bereits bestehenden HMGs mit hochpreisigen Arzneimitteln bei Krebserkrankungen (HMGs 0331, 0332, 0333) empfiehlt der BKK DV die Einführung einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln für alle Krebserkrankungen (a), einer rezessiven, arzneimittelvalidierten HMG mit allen Onkologika für alle Krebserkrankungen (b) und einer HMG für hormonsensitive Tumore der Geschlechtsorgane bei Behandlung mit endokrinen Therapien (c).

Unter (a) würden für die neue HMG zusätzlich zu den in den DxGs der HMGS 0331, 0332, 0333 berücksichtigten ATC-Kodes die ATC-Kodes L01XJ, L01XK, L01XX52, L01XX73, V10XX abgefragt. Eine weitere HMG (b) würde alle Onkologika (ATC-Gruppe L01) berücksichtigen „einschließlich der hochpreisigen ATCs aus den hierarchisch überlegenen HMGS: L01XJ, L01XK, L01XX52, L01XX73, V10XX und zusätzlich alle ATCs aus den HMGS 0331, 0332, 0333“.

Weiterhin hält der BKK DV die Einführung einer zusätzlichen HMG für hormonsensitive Tumore der Geschlechtsorgane bei Behandlung mit endokrinen Therapien für sinnvoll. Dieser Vorschlag bezieht sich auf die Gruppen von ICD-Kodes C50-C58 und C60-C63, die DxGs 0064, 0067, 0068, 0078, 0900, 0901, 0902, die HMGS 0246, 0276, 0277, 0305, 0306, 0836. Als zu berücksichtigende ATC-Kodes werden L02AB, L02AE, L02BA, L02BB, L02BG, L02BX genannt. Behandlungen mit hochpreisigen Arzneimitteln würden weiterhin über dominante HMGS aufgegriffen.

Der IKK e. V. bedauert das Ausbleiben einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der hierarchieübergreifenden Zuordnung des Myelodysplastischen Syndroms (ICD-Kodes D46.6, D46.7, D46.9). Angesichts der medizinischen Relevanz und der potenziellen Progression des MDS zu einer Leukämie weisen sie auf die hohe Dringlichkeit der von Ihnen vorgeschlagenen Umstrukturierung hin.

Der BPI adressiert die Abbildung des Morbus Duchenne im Klassifikationsmodell. Versicherte mit der Erkrankung würden derzeit - neben Versicherten mit allen Arten von Muskeldystrophien oder Myasthenia gravis – der HMG0232 zugeordnet. Morbus Duchenne sei mit fünf- bis sechststelligen Jahrestherapiekosten spezifisch behandelbar. Mit G71.00 existiere ein spezifischer ICD-10-Kode für M. Duchenne, was die Splittung der HMG0232 in eine HMG für „Muskeldystrophie vom Typ Duchenne“ und eine HMG für „restliche Muskeldystrophien“ ermögliche.

8.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Im Festlegungsentwurf wurden bereits das reduzierte Spektrum von Wirkstoffen und die dynamische Arzneimittel-Entwicklung in dieser Hierarchie adressiert:

„Von verschiedenen Krankenkassen wird kritisiert, dass das gewählte Vorgehen nicht die gesamte Palette der onkologischen Therapie abbilde. Das BAS verweist an dieser Stelle darauf, dass die gewählte Vorgehensweise bei der Überarbeitung bzw. Einführung der Berücksichtigung von Arzneimitteln in der Hierarchie 02 erläutert wurde. Dies erklärt auch das reduzierte Spektrum.“ (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2025, S. 59).

Weitere Hinweise beziehen sich auf die dynamische Arzneimittel-Entwicklung im Bereich der Neubildungen. Diese spiegelt sich auch in den Umklassifizierungen des GKV-Arzneimittelindex in diesem Bereich seit Einführung der Arzneimittel-Gruppen in der Hierarchie wider. Vor diesem Hintergrund geht das BAS von einer weiteren Überarbeitung der derzeitigen Struktur in einer der nächsten Anpassungszyklen aus.

Bezüglich des Vorschlags des BKK DV zur Einführung einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln für alle Krebserkrankungen bleibt für das BAS unklar, was mit „alle DxGs aus der Hierarchie 02 (außer 0971, 0972, 0973)“ in der angehängten Tabelle gemeint ist.

Dementsprechend wird das BAS die Vorschläge im nächsten oder in einem der nächsten Anpassungszyklen untersuchen.

8.3 Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

9 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ wurde eine Hierarchieverletzung behoben. Außerdem wurde die Hierarchie weiter konsolidiert und es wurden Vorschläge aus vorherigen Anpassungszyklen geprüft und teilweise umgesetzt.

Tabelle 9.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3185 %	0,0012 PP
	CPM	30,5488 %		30,5497 %	0,0009 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,08 €	-0,0346 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.779	135.751 €	2.779	135.751 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	975	80.826 €	975	80.828 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	7.926	19.873 €	7.926	19.865 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.394	3.271 €	10.394	3.269 €
HMG0037 (alt)	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	57.328	2.050 €		
HMG0037 (neu)	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren / Faktor-X-Mangel			59.196	2.038 €
HMG0046 (alt)	Faktor-X-Mangel / Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	41.268	1.105 €		
HMG0046 (neu)	Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation			39.400	1.066 €
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	42.762	823 €	42.762	825 €
Strang 2					
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im	1.363	118.221 €	1.363	118.225 €

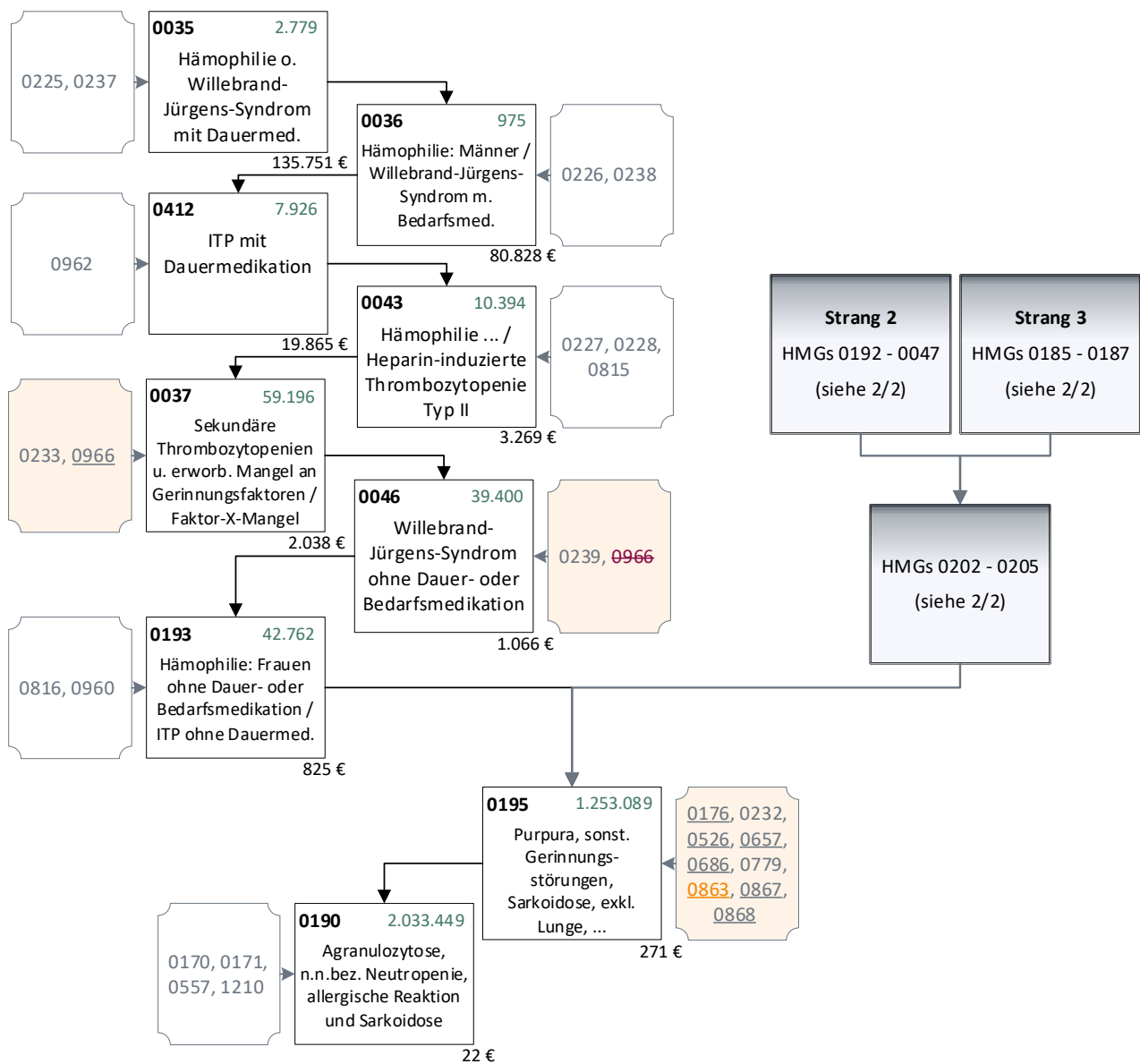
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3185 %	0,0012 PP
	CPM	30,5488 %		30,5497 %	0,0009 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,08 €	-0,0346 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
	Komplementsystem mit Bedarfsmedikation				
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	7.716	25.093 €	7.716	25.112 €
HMG0045 (alt)	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien	2.409	14.912 €		
HMG0045 (neu)	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien / Zytokinfreisetzungssyndrom			3.017	15.215 €
HMG0047 (alt)	Anämien bei Neubildungen	45.789	10.221 €		
HMG0047 (neu)	Anämien bei Neubildungen / Variabler Immundefekt			53.629	10.394 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.134	25.455 €	5.134	25.107 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	20.966	10.571 €	20.966	10.388 €
Strangmitte der Stränge 2 und 3					
HMG0202 (alt)	Immundefekte, variabel oder i. V. m. anderen schweren Defekten	11.004	9.208 €		
HMG0506 (alt)	Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	1.149	9.090 €		
HMG0202 (neu)	Immundefekt i. V. m. anderen schweren Defekten C			3.973	4.618 €
HMG0347	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	5.664	3.433 €	5.664	3.432 €
HMG0044	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS	96.386	2.896 €	96.386	2.897 €
HMG0049	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	309.944	2.310 €	309.944	2.313 €
HMG0181	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	96.870	1.054 €	96.870	1.055 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3185 %	0,0012 PP
	CPM	30,5488 %		30,5497 %	0,0009 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,08 €	-0,0346 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	214.575	575 €	198.604	611 €
gemeinsames Strangende der Stränge 1, 2 und 3					
HMG0195 (alt)	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	671.097	325 €		
HMG0195 (neu)	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen / Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B und weitere hämatologische Erkrankungen			1.253.089	271 €
HMG0206 (alt)	Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B / Sonstige und n.n.bez. hereditäre hämolytische Anämien / Mangelanämien	504.026	219 €		
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	2.037.668	22 €	2.033.449	22 €
HMG0637 (alt)	Sonstige andere und n.n.bez. Erkrankungen des Blutes	56.867	154 €		

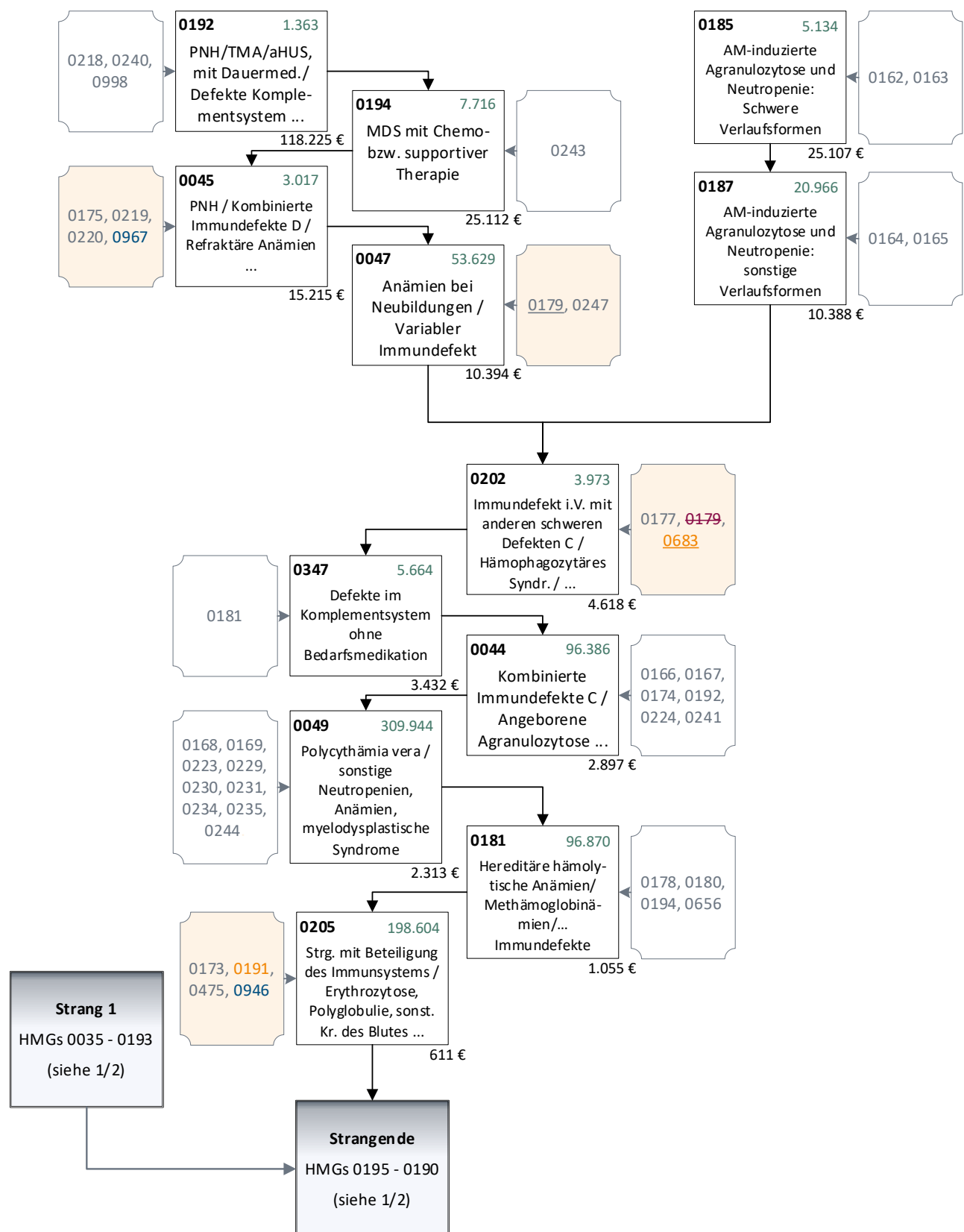
Quelle: BAS

Abbildung 9.1 und Abbildung 9.2 fassen die Struktur der Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 9.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf
AJ 2026 (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung 9.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf
AJ 2026 (2/2)

Quelle: BAS

9.2 Anhörungsverfahren

9.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

GKV-SV und BARMER können die Vereinigung der HMGs 0202 „Immundefekte, variabel oder i. V. m. anderen schweren Defekten“ und 0506 „Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome“, welche in Modell 04 durchgeführt wurde, nicht nachvollziehen.

Erneut wird eine Verschiebung des Myelodysplastischen Syndroms in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ von GKV-SV, IKK e. V. und AOK-BV vorgeschlagen.

Ebenso schlägt der AOK-BV erneut vor, die DxGs 0686 „Sarkoidose, exkl. Lunge“ und 1210 „N.n.bez. Sarkoidose, exkl. Lunge“ mit Arzneimitteln (wegen klinischer Relevanz) zu validieren.

Außerdem regt der AOK-BV nochmals die Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie an. Hierbei handelt es sich um ICD-Kodes zu Anämien und zur Dauertherapie mit Antikoagulanzen.

Der AOK-BV erneuert seinen Vorschlag, den ICD-Code D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ weiteren Diagnosegruppen zuzuordnen und für diese auch den ATC-Code B02BD37 „Eptacog alfa (aktiviert)“ zu berücksichtigen.

Die BARMER kritisiert die Höhergruppierung des ICD-Kodes D76.4 „Zytokinfreisetzungssyndrom [cytokine release syndrome]“. Dem ursprünglichen Vorschlag des BKK DV sei bereits in einem vorherigen Anpassungszyklus durch die Anpassung des Aufgreifkriteriums auf „stationär erforderlich“ Rechnung getragen worden. Die Verschiebung in die höhere HMG sei nicht mehr notwendig.

9.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Wie der GKV-SV in seiner Stellungnahme bereits richtig vermutet hat, haben sich die Kostenschätzer der HMGs 0202 und 0506 aufgrund der vorherigen Verschiebung des ICD-Kodes D76.4 „Zytokinfreisetzungssyndrom [cytokine release syndrome]“ in die HMG0045 so weit angenähert, dass sich daraus eine Zusammenlegung ergeben hat.

Die Prüfung der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie kann nur im Rahmen der Erstellung des Ausgangsmodells in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Weiterhin schlägt der AOK-BV vor, den ICD-Code D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ den DxGs 0225, 0226, 0227, 0237, 0238, 0239, 0815 und 0816 zuzuordnen und für diese jeweils den ATC-Code B02BD37 „Eptacog alfa (aktiviert)“ zu berücksichtigen. Der ICD-Code D68.32 ist nicht spezifisch für den von-Willebrand-Faktor. Mit diesem ICD-Code werden auch Antikörper gegen sonstige Gerinnungsfaktoren kodiert, unter anderem Anti-IXa, Anti-Xa und Anti-XIa. Die o. g. DxGs sind hingegen spezifisch für das von-Willebrand-Jürgens-Syndrom bzw. die Hämophilie vom Typ A oder B. Eine Zuordnung erscheint daher nicht sinnvoll. Auch die Validierung des ICD-Kodes D68.32 über den ATC-Code B02BD37 „Eptacog alfa (aktiviert)“ wird nicht übernommen, da dieser Wirkstoff bei der spezifischen Behandlung des von-Willebrand-Jürgens-Syndroms nicht zum Einsatz kommt. Für die Hämophilie-DxGs 0225, 0226 und 0227 wurde der ATC-Siebensteller

hingegen bereits über die Technische Anpassung der Anlage 3 für das AJ 2024 aufgenommen. Der Vorschlag ist daher als obsolet zu bewerten.

Dass es sich beim Vorschlag des BKK DV um die Darstellung zweier Alternativen handelte (Verschiebung des ICD-Kodes D76.4 oder Anpassung des Aufgreifkriteriums), steht einer Prüfung nicht entgegen. Dabei wurde festgestellt, dass die betroffenen Versicherten stark unterdeckt sind. Daher ist eine Verschiebung des ICD-Kodes D76.4 in die höherstehende HMG0045 „PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien / Zytokinfreisetzungssyndrom“ sachgerecht.

Vorschläge, welche einer nachfolgenden Anhörung der möglichen Anpassungen bedürfen, können zur Festlegung nicht geprüft werden. Diese werden für einen der nachfolgenden Anpassungszyklen zur Prüfung vorgemerkt.

9.3 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

10 Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

10.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ wurden zwei Hierarchieverletzungen behoben. Die Hierarchie wurde auf medizinische Konsistenz untersucht und vor diesem Hintergrund durch die Verschiebung von ICD-Kodes und DxGs verbessert. Zudem wurde die Hierarchie durch die Vereinigung von HMGs weiter konsolidiert.

Tabelle 10.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 12 im Vergleich

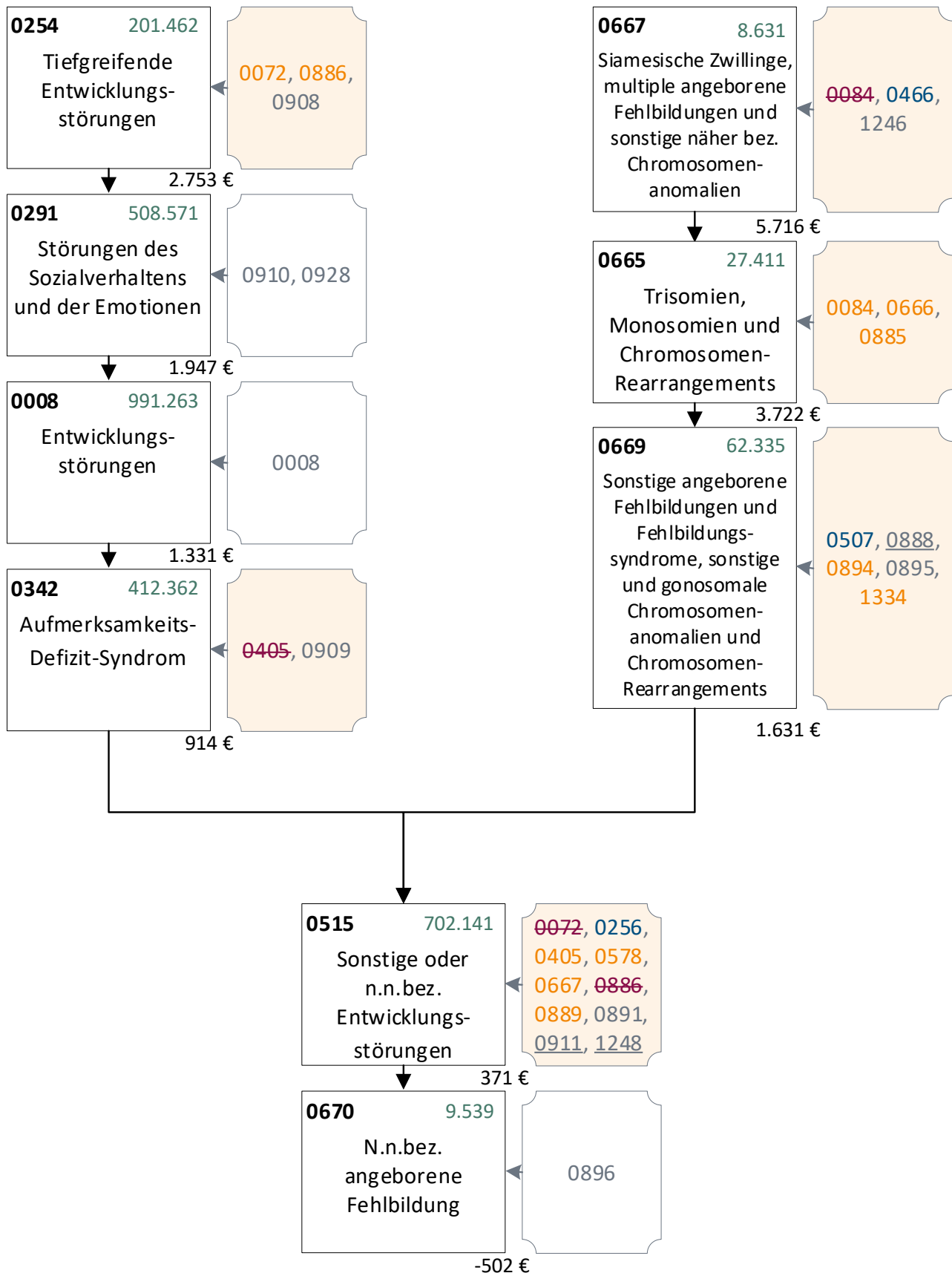
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3172 %	-0,0001 PP
	CPM	30,5488 %		30,5484 %	-0,0005 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,13 €	0,0196 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	185.067	2.760 €	201.462	2.753 €
HMG0291	Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	509.607	1.946 €	508.571	1.947 €
HMG0008	Entwicklungsstörungen	994.020	1.356 €	991.263	1.331 €
HMG0342 (alt)	Nicht-genetisch bedingter leichter / n.n.bez. Entwicklungsrückstand / Lernbehinderung / Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	494.751	924 €		
HMG0342 (neu)	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom			412.362	914 €
HMG0515 (alt)	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung / sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen	297.914	424 €		
HMG0510 (alt)	Tic- und andere Entwicklungsstörungen	189.969	283 €		
Strang 2					
HMG0667 (alt)	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert / sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	8.964	5.602 €		
HMG0667 (neu)	Siamesische Zwillinge, multiple angeborene Fehlbildungen und sonstige näher bez. Chromosomenanomalien			8.631	5.716 €
HMG0665	Trisomien, Monosomien und Chromosomen-Rearrangements	13.816	3.905 €	27.411	3.722 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
<i>Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell</i>	R ²	59,3173 %		59,3172 %	-0,0001 PP
	CPM	30,5488 %		30,5484 %	-0,0005 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,13 €	0,0196 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
HMG0668 (alt)	N.n.bez. Chromosomenanomalien	8.328	3.129 €		
HMG0514 (alt)	Down-Syndrom / Trisomie 21 und Fragiles X-Syndrom	16.413	2.867 €		
HMG0669 (alt)	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen und sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursache, Gonosomale Chromosomenanomalien	20.139	1.297 €		
HMG0669 (neu)	Sonstige angeborene Fehlbildungen und Fehlbildungssyndrome, sonstige und gonosomale Chromosomenanomalien und Chromosomen-Rearrangements			62.355	1.631 €
HMG0662 (alt)	Down-Syndrom, n.n.bez.	30.737	1.526 €		
HMG0670 (alt)	N.n.bez. angeborene Fehlbildung	10.832	-113 €		
Gemeinsames Strangende					
HMG0463 (alt)	Intelligenzminderung	151.843	74 €		
HMG0515 (neu)	Sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen			702.141	371 €
HMG0670 (neu)	N.n.bez. angeborene Fehlbildung			9.539	-502 €

Quelle: BAS

Abbildung 10.1 fasst die Struktur der Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 10.1: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ im Festlegungsentwurf AJ 2026



Quelle: BAS

10.2 Anhörungsverfahren

10.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

GKV-SV und TK et al. kritisieren die ökonomische Heterogenität der DxGs der HMG0515 „Sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen“ und regen eine diesbezügliche Prüfung sowie ggf. Anpassung an.

Die DAK-G und die BARMER weisen darauf hin, dass der Abstand der Kostenschätzer der HMGs 0510 „Tic- und andere Entwicklungsstörungen“ und 0515 „Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung / sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen“, welche in Modell 04 vereinigt wurden, diesen Schritt nicht rechtfertigt. Der Abstand sei ausreichend groß und die Vereinigung der HMGs nicht durchzuführen.

Der AOK-BV hält die Neuordnung der ICD-Kodes der Intelligenzminderung für sachgerecht.

10.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Das BAS bestätigt, dass die HMG0515 „Sonstige oder n.n.bez. Entwicklungsstörungen“ unter alleiniger Betrachtung der ökonomischen Ebene heterogen zusammengesetzt ist. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells nicht ausschließlich unter dem Aspekt der Kostenhomogenität durchgeführt wird. Stattdessen werden sowohl die ökonomischen als auch die medizinischen Gesichtspunkte berücksichtigt.

Insbesondere für das Ausgleichsjahr 2026 stellt die medizinische Konsistenz einen zentralen Schwerpunkt der Weiterentwicklung dar. Konkret beinhaltet die HMG0515 DxGs mit ICD-Kodes zur leichten, mittelgradigen und schweren Intelligenzminderung. Eine rein medizinische Hierarchisierung dieser ICD-Kodes würde die schwere Intelligenzminderung über die mittelgradige Intelligenzminderung stellen, welche wiederum oberhalb der leichten Intelligenzminderung stehen würde. Die prospektiven Kosten dieser Diagnosen stehen dem allerdings entgegen. Bei diesen fällt auf, dass die leichte Intelligenzminderung höhere Folgekosten aufweist als die mittelgradige Intelligenzminderung. Diese wiederum führt zu höheren Kosten als die schwere Intelligenzminderung. Der Grund für diese der Schwere der Krankheit gegenläufigen prospektiven Kosten ist dem BAS nicht bekannt. Deutlich wird jedoch, dass sich eine Hierarchisierung unter Berücksichtigung rein ökonomischer Gesichtspunkte medizinisch nicht begründen lässt. Andererseits lässt sich eine Hierarchisierung mit dem Ziel der medizinischen Konsistenz ökonomisch nicht begründen. Aus diesem Grund sind die betreffenden DxGs in der HMG0515 zusammengeführt, um beiden Aspekten möglichst gerecht zu werden. Eine Differenzierung der HMG kann daher nicht stattfinden.

Nach Ansicht des BAS rechtfertigt der geringe absolute Abstand der HMGs 0510 und 0515 eine Vereinigung. Bei der Vereinigung von HMGs handelt es sich zudem um eine Abwägung von Risiken für Hierarchieverletzung in Folgejahren (d. h. auf Grundlage neuer Daten) sowie der allgemeinen Stabilität des Klassifikationsmodells auf der einen Seite und Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der Modellkennzahlen auf der anderen Seite.

10.3 Festlegung der Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

11 Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

11.1 Festlegungsentwurf

Vor dem Hintergrund einer Hierarchieverletzung wurde die Hierarchie 21 einer umfassenden Revision unterzogen. Dabei erfolgte eine Neuordnung der enthaltenen ICD-Kodes zu den DxGs und den HMGs. Die bisher in zwei getrennten Hierarchiesträngen in acht HMGs gebündelten Diagnoseschlüssel wurden zu fünf HMGs zusammengefasst und in einem einzigen Hierarchiestrang eingeordnet.

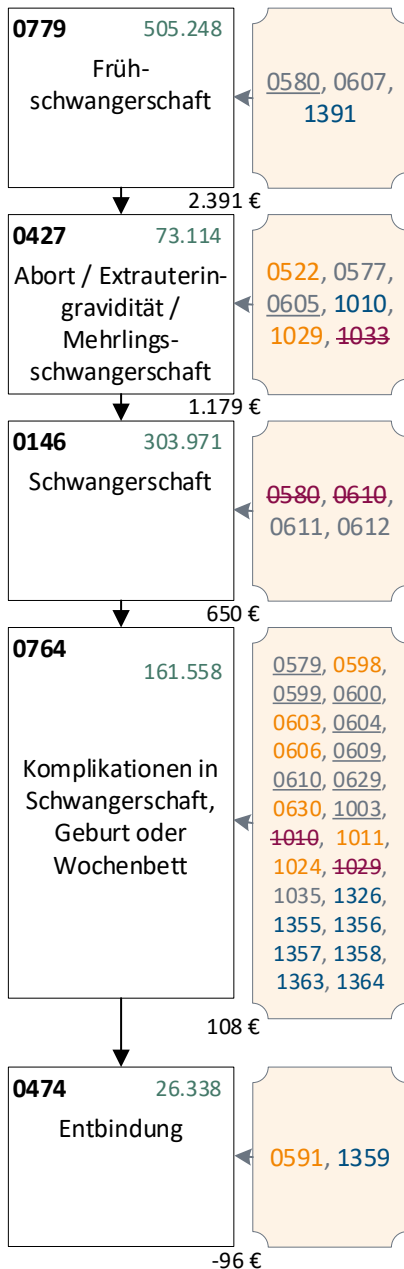
Tabelle 11.1 stellt das Ausgangsmodell der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ dem Festlegungsentwurf vergleichend gegenüber. Abbildung 11.1 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ graphisch dar.

Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 21 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3201 %	0,0027 PP
	CPM	30,5488 %		30,5724 %	0,0235 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.812,16 €	-0,9536 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0779 (neu)	Frühschwangerschaft			505.248	2.391 €
HMG0427 (alt)	Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	84.393	2.302 €		
HMG0427 (neu)	Abort / Extrauterin gravidität / Mehrlingsschwangerschaft			73.114	1.179 €
HMG0147 (alt)	Mehrlingsschwangerschaft	17.409	2.352 €		
HMG0146 (alt)	Schwangerschaft	762.263	1.666 €		
HMG0146 (neu)	Schwangerschaft			303.971	650 €
HMG0773 (alt)	N.n.bez. Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch / Extrauterin gravidität	15.432	462 €		
HMG0764 (neu)	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett			161.558	108 €
HMG0474 (alt)	Entbindung	126.715	82 €		
HMG0474 (neu)	Entbindung			26.338	-96 €
Strang 2					
HMG0779 (alt)	Blutung in der Frühschwangerschaft	161.224	1.052 €		
HMG0764 (alt)	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett mit leichten prospektiven Kosten	8.139	-20 €		
HMG0790 (alt)	Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ohne prospektive Kosten	708.239	-356 €		

Quelle: BAS

Abbildung 11.1: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ im Festlegungsentwurf für das AJ 2026 (1/1)



Quelle: BAS

11.2 Anhörungsverfahren

11.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Anpassungen an der Hierarchie 21 werden in den Stellungnahmen von AOK-BV, BARMER, IKK e. V. und KBV/BÄK aufgegriffen, wobei IKK e. V. und KBV/BÄK die an der Hierarchie vorgenommenen Änderungen begrüßen.

Der AOK-BV weist zurecht darauf hin, dass in Tabelle 10.3 des Erläuterungsdokuments die Zuordnung der DxG0604 „Näher bez. Komplikationen während der Schwangerschaft (ohne Entbindung)“ zur HMG0764 „Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett“ und hierdurch auch die Neuzuordnung des ICD-Kodes O22.3 „Tiefe Venenthrombose in der Schwangerschaft“ zur DxG0604 (aus der ehemaligen DxG0606) fehlen.

Darüber hinaus bittet der AOK-BV für einige der in der Hierarchie abgebildeten Diagnosegruppen (DxGs 0522, 0591, 1010, 1356, 1357 und 1359) mit akut auftretenden Fällen (z. B. Fehlgeburten) um einen Verzicht auf die bisherige „M2Q“-Prüfung bzw. um die Einführung eines neuen Sonderfalles.

Zudem weist der Verband darauf hin, dass die Zusammenlegung der beiden ursprünglichen Hierarchiestränge der Hierarchie bei der Überarbeitung mit einer hohen Komorbidität zwischen beiden Strängen begründet worden sei. Diese sei aber nur dann problematisch, wenn das gemeinsame Auftreten der jeweiligen HMGs auch mit Fehldeckungen in relevantem Umfang assoziiert wäre. Kritisiert wird darüber hinaus, dass nicht wie üblich zunächst die Diagnosezuordnungen und Aufgreifkriterien überarbeitet wurden, um dann im Anschluss die Hierarchie zu konsolidieren.

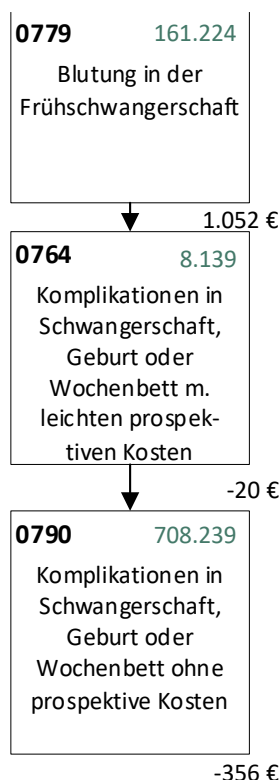
Die BARMER bittet darum, für die ICD-Kodes O00.8 „Sonstige Extrauterin gravidität“ und O00.9 „Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet“ die Umstellung des Aufgreifkriteriums auf „stationär erforderlich“ nochmals zu prüfen, da die Behandlung aus medizinischer Sicht überwiegend stationär erfolge. Dies werde auch durch eigene Analysen bestätigt.

11.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Vorschlag des AOK-BV zur Einführung eines neuen Aufgreifkriteriums für akute Erkrankungen und Zustände betrifft nicht nur Schwangerschaftsdiagnosen, sondern wäre im Kontext des gesamten Aufgreifalgorithmus zu prüfen. Dies kann nur mit einer sich anschließenden Anhörung erfolgen. Der Vorschlag wird daher an dieser Stelle nicht weiter behandelt.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Entscheidung des BAS, die beiden Dominanzstränge der Hierarchie zusammenzulegen, wird auf die Lage im Ausgangsmodell verwiesen: 93 % der Versicherten, die eine Gruppenzuordnung im rechten Strang (Schwangerschaftskomplikationen) aufwiesen, hatten zugleich eine Risikogruppenzuordnung im linken Hierarchiestrang (Schwangerschaft/Geburt). Zugleich ergaben sich für zwei der drei Risikogruppen im rechten Strang (HMG0764 und HMG0790) negative Kostenschätzer (vgl. Abbildung 11.2).

Abbildung 11.2: Rechter Hierarchiestrang (Schwangerschaftskomplikationen) der Hierarchie 21 im Ausgangsmodell



Quelle: BAS

Bei der Durchführung des RSA werden negative HMG-Zuschläge auf den Wert „0“ restringiert. Aus diesem Grund hätte sich mit der Ausdifferenzierung des rechten Hierarchiestranges des Ausgangsmodells keine Zuweisungsdifferenzierung ergeben. Die HMG0764 und die HMG0790 (und damit 82 % der Risikogruppenzuordnungen des Stranges) hätten in der Fassung des Ausgangsmodells durch die Nullsetzung keinerlei Zuweisungsrelevanz gehabt. Weil von der Nullsetzung der HMGs im rechten Strang außerdem viele Versicherte mit einer gleichzeitigen Gruppenzuordnung im linken Strang betroffen wären, ergäben sich durch die Restriktion Rückwirkung auf die Höhe der dortigen Kostenschätzer. Hierdurch könnten in der Hierarchie bei der Durchführung des RSA auf Basis aktuellerer Daten neue Hierarchieverletzungen entstehen.

Nach der Überarbeitung der Hierarchie resultiert nur noch für die HMG0474 ein negativer Kostenschätzer (-96 €). Auf diese Gruppe entfallen lediglich 2,5 % der Zuschläge in der Hierarchie. Zur Gruppe zugeordnet sind ausnahmslos Frauen, die keinen weiteren Zuschlag in der Hierarchie aufweisen. Von der Restriktion des Zuschlags für diese HMG geht daher keine nennenswerte Rückwirkung auf die übrigen HMGs der Hierarchie aus.

Primär orientierte sich die Überarbeitung der Hierarchie aber ohnehin an einer medizinisch konsistenteren Diagnosezuordnung. Auch in diesem Zusammenhang war zumindest die Zusammenlegung verschiedener ICD-Kodes in einen gemeinsamen Hierarchiestrang notwendig, um bei medizinisch verwandten oder artgleichen Zuständen höhere bzw. multiple Zuschläge über Kodiervariationen oder die Vergabe mehrerer Diagnosen auszuschließen. So enthielt auch der linke Hierarchiestrang Diagnosen, die explizit auf Geburtskomplikationen hinweisen (z. B. O72.- „Postpartale Blutung“, O90.O „Dehiscenz einer Schnittentbindungswunde“, O90.1 „Dehiscenz einer geburtshilflichen Dammwunde“, O90.2 „Hämatom einer geburtshilflichen Wunde“

oder die meisten Diagnosen des Dreistellers O43.- „Pathologische Zustände der Plazenta“), denen aber im rechten Strang artverwandte Diagnosen gegenüberstanden (z. B. O67.- „Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert“, O43.2- „Krankhaft anhaftende Plazenta“, O68.- „Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]“ und O69.- „Komplikation bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen“, O70.- „Dammriss unter der Geburt“ oder O71.7 „Beckenhämatom unter der Geburt“).

Für die Zusammenlegung der beiden Hierarchiestränge sprachen in der Bearbeitung sowohl medizinische als auch statistische Überlegungen – nicht aber das Vorliegen etwaiger komorbiditätsbedingter Fehldeckungen.

Den Vorschlag, die beiden Diagnosen O00.8 „Sonstige Extrauterin gravidität“ und O00.9 „Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet“ in einer eigenständigen DxG zusammenzufassen und diese über das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ aufzugreifen, hat die BARMER bereits in den Anhörungsverfahren für die Ausgleichsjahre 2021 und 2022 eingebracht. Sie begründete dies damit, dass beim Vorliegen dieser Diagnosen eine konservative, medikamentöse Behandlung nur in Ausnahmefällen in Betracht komme.

Bei der zurückliegenden Überarbeitung der Hierarchie 21 für das Ausgleichsjahr 2026 hat das BAS auf die Umsetzung dieses Vorschlags verzichtet, weil ein Krankenhausaufenthalt nicht immer erforderlich ist. Aufgrund des neuerlichen Einwands der BARMER wird der Vorschlag zur Anpassung des Aufgreifkriteriums nochmals ausführlich diskutiert.

Der ICD-Dreisteller O00.- „Extrauterin gravidität“ enthält neben den beiden genannten ICD-Kodes noch drei weitere, teils spezifischere Diagnosen (O00.0 „Abdominalgravidität“, O00.1 „Tubargravidität“ und O00.2 „Ovarialgravidität“), für die konsequenterweise ebenfalls die Einführung des Kriteriums gefordert werden müsste.

Unabhängig hiervon wird für die Begründung der Entscheidung des BAS auf die S2k-Leitlinie „Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon“ verwiesen. In der Leitlinie wird zunächst dargestellt, dass sich aus ektopen Schwangerschaften potenziell lebensbedrohliche Notfälle ergeben können, die ein sofortiges therapeutisches Eingreifen (in Form einer stationär durchzuführenden Laparoskopie) erfordern (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2025, S. 142 ff.). Zugleich aber beschreibt die Leitlinie auch Optionen für ein abwartendes Vorgehen sowie für eine Therapie mit Methotrexat. Beide Wege sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Im Falle der Therapie mit Methotrexat empfiehlt die Leitlinie explizit ein ambulantes Management (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2025, S. 156 f.).

Konkrete Empfehlungen hinsichtlich einer Risikoabwägung zwischen abwartendem Vorgehen und einer Operation werden in der Leitlinie aufgrund fehlender evidenzbasierter Studien nicht formuliert. Ebenso gibt es keine Angaben zum quantitativen Verhältnis der rein ambulant und der stationär behandelten Patientinnen. Allerdings lässt sich aus der Leitlinie keine Empfehlung für eine zwingende operative/stationäre Therapie ableiten, lediglich enge Einschlusskriterien für ambulante Therapiewege.

Vor diesem Hintergrund werden die genannten Diagnosen zum aktuellen Zeitpunkt nicht über das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.

11.3 Festlegung der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf für das AJ 2026 ergeben sich keine Änderungen.

12 Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

12.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ wurde eine Hierarchieverletzung behoben und die Hierarchie in der weiteren Bearbeitung medizinisch und ökonomisch konsolidiert.

Tabelle 12.1 stellt das AGM der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ dem Festlegungsentwurf vergleichend gegenüber. Abbildung 12.1 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie graphisch dar.

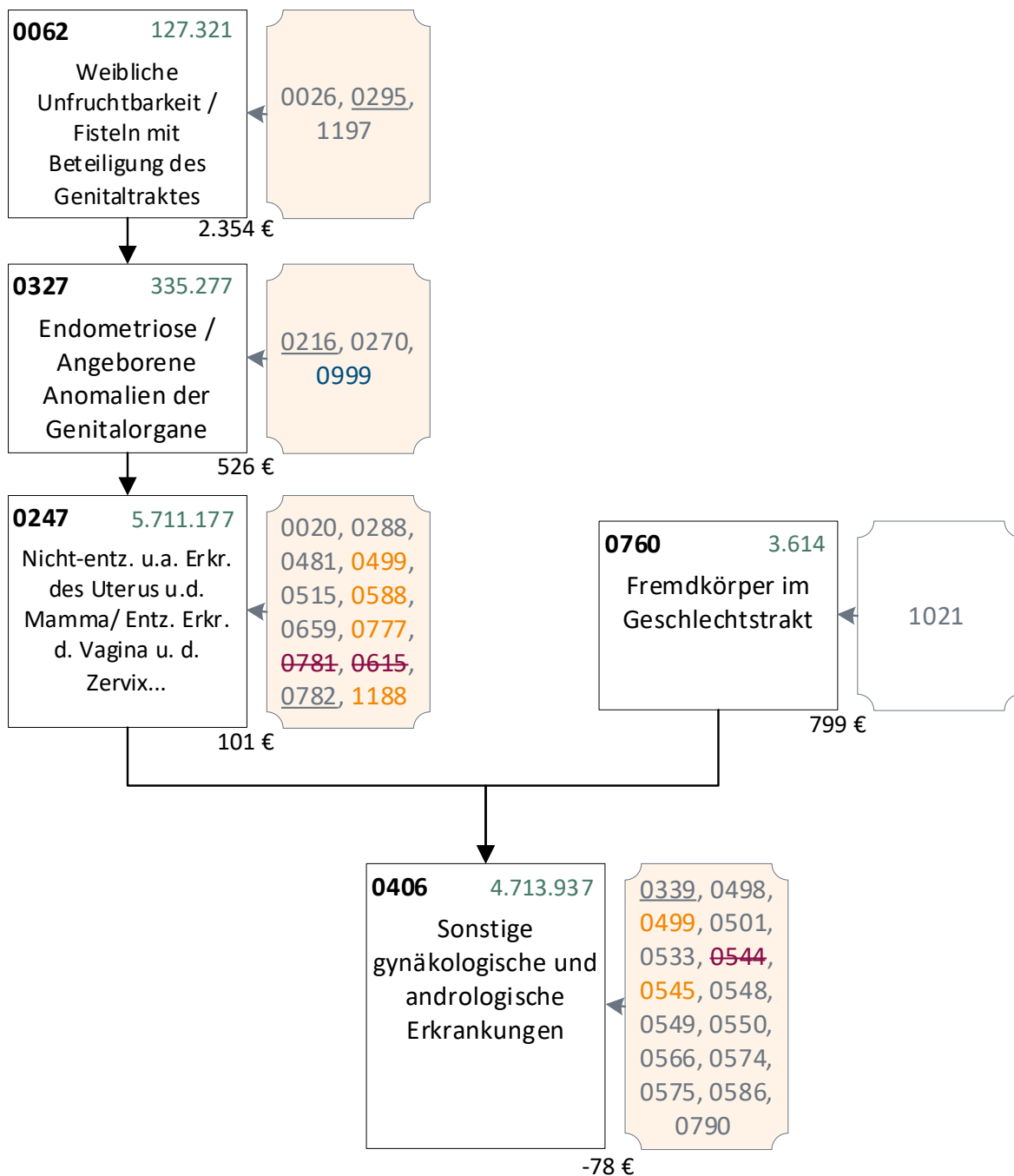
Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 31 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R ²	59,3173 %		59,3176 %	0,0003 PP
	CPM	30,5488 %		30,5492 %	0,0004 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,10 €	-0,0161 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 1					
HMG0062 (alt)	Weibliche Unfruchtbarkeit	121.253	2.324 €		
HMG0062 (neu)	Weibliche Unfruchtbarkeit / Fisteln mit Beteiligung des Genitaltraktes			127.321	2.354 €
HMG0303 (alt)	Fisteln mit Beteiligung des Genitaltraktes / Nichtentzündliche Erkrankungen des Ovars, der Tuba uterina und des Ligamentum latum uteri	19.010	992 €		
HMG0327 (alt)	Endometriose	221.119	526 €		
HMG0327 (neu)	Endometriose / Angeborene Anomalien der Genitalorgane			335.277	526 €
HMG0330 (alt)	Ovarialzysten / n.n.bez. angeborene Anomalien der weibl. Genitalorgane / Kandidose	322.659	181 €		
HMG0247 (alt)	Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen	5.343.331	97 €		
HMG0247 (neu)	Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen			5.711.177	101 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
<i>Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell</i>	R ²	59,3173 %		59,3176 %	0,0003 PP
	CPM	30,5488 %		30,5492 %	0,0004 PP
	MAPE	2.813,11 €		2.813,10 €	-0,0161 €
Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
Strang 2 (alt)					
HMG0163 (alt)	Angeborene Anomalien der männlichen Genitalorgane	112.857	522 €		
HMG0319 (alt)	Testikuläre Dysfunktion	111.791	-89 €		
Strang 3 (neu)					
HMG0760	Fremdkörper im Geschlechtstrakt	3.614	803 €	3.614	799 €
gemeinsames Strangende					
HMG0406 (alt)	Entzündliche und andere Erkrankungen sowie angeborene Anomalien der weiblichen und männlichen Genitalorgane / Männliche Unfruchtbarkeit / Benigne Prostatahyperplasie und andere Prostataerkrankungen	4.641.457	-78 €		
HMG0406 (neu)	Sonstige gynäkologische und andrologische Erkrankungen			4.713.937	-78 €

Quelle: BAS

Abbildung 12.1: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf des AJ 2026 (1/1)



Quelle: BAS

12.2 Anhörungsverfahren

12.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Stellungnahmen zur Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ gingen vom GKV-SV, der DAK-G sowie der KBV/BÄK ein.

Der GKV-SV weist auf die Anpassung des Mindestalters von 2 auf 0 Jahre für die ICD-Kodes N75.9 „Krankheit der Bartholin-Drüsen, nicht näher bezeichnet“ und N76.88 „Sonstige näher

bezeichnete entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva“ hin. Die Anpassung sei inhaltlich nachvollziehbar. Wünschenswert wäre eine Dokumentation der Altersanpassung.

Die KBV/BÄK kann anhand der ökonomischen Kennzahlen nachvollziehen, dass ein Hierarchiestrang, der Erkrankungen an den männlichen Genitalorganen zusammenfasst, aufgegeben wird. Das resultierende Hierarchie-Modell sei sehr kompakt und übersichtlich bei nahezu unveränderten bzw. leicht verbesserten Gütekriterien.

Die DAK-G kritisiert die Zusammenfassung der HMG0330 „Ovarialzysten / n.n.bez. angeborene Anomalien der weibl. Genitalorgane / Candidose“ mit der HMG0247 „Nicht-entzündliche und andere Erkrankungen des Uterus und der Mamma / Entzündliche Erkrankungen der Vagina und der Zervix uteri / Ovarielle Dysfunktion / Menstruationsstörungen“, da sich die Kostenschätzer der beiden HMGs sowie deren Besetzung deutlich unterscheiden würden und sich die Kennzahlen in Modell 01 nicht ablesen ließen.

12.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Das BAS bestätigt die Anpassung der Altersgrenze der beiden genannten ICD-Kodes. Anpassungen von Altersgrenzen sind im Abschnitt 5.2.2 zur Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2026 dokumentiert.

Die Anmerkung der KBV/BÄK wird zur Kenntnis genommen.

Nach Ansicht des BAS rechtfertigt der aus Sicht des BAS relativ geringe absolute Abstand der Kostenschätzer der HMGs 0330 und 0247 eine Vereinigung. Bei der Vereinigung von HMGs handelt es sich häufig um eine Abwägung von Risiken für Hierarchieverletzungen in Folgejahren (d. h. auf Grundlage neuer Daten) sowie der allgemeinen Stabilität des Klassifikationsmodells auf der einen Seite und Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der Modellkennzahlen auf der anderen Seite. Hieraus können vielfältige Konstellationen resultieren, die aus Sicht des BAS keiner einheitlichen algorithmischen Entscheidungsfindung zugänglich sind.

12.3 Festlegung der Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“

Es ergeben sich keine Veränderungen zum Festlegungsentwurf.

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

13 Regionale Risikogruppen

13.1 Festlegungsentwurf

Nach Aktualisierung der Datengrundlage zu den regionalen Risikomerkmale auf Kreisebene wurde die Auswahl der Variablen für die Bildung der regionalen Risikogruppen (RGGs) überprüft und angepasst. Am Ende des Auswahlprozesses wurden neun regionalstatistische Merkmale selektiert, die die Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das AJ 2026 bilden. Wie schon im Vorjahresmodell wurden die Indikatoren „Sterbekosten“, „Ambulante Pflege“, „Zuweisungen“, „Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsberufen“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, „Deprivationsindex“ und „Standardisierte Sterberate“ weiterhin im Regionalausgleich berücksichtigt. Zusätzlich wurden die Indikatoren, „Ausländeranteil“ und „Bruttoinlandsprodukt je Einwohner“ aufgenommen. Die Merkmale „Langzeitarbeitslose“ und „Pendlersaldo“ sind aus der Auswahl entfallen.

13.2 Anhörungsverfahren

13.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Auseinandersetzung mit der Regionalkomponente des RSA erfolgte in den Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, des BKK DV, des IKK e. V., der BARMER sowie von KBV/BÄK.

Der GKV-SV bezeichnet die Auswahl der Variablen unter Anwendung der Methodik des Regionalgutachtens aus dem Jahr 2018 als transparent dokumentiert und rechnerisch nachvollziehbar. In ähnlicher Weise äußern sich der IKK e. V. und die BARMER. KBV/BÄK betonen die inhaltlich fundierte Auswahl relevanter Merkmale zur Stärkung der Ausgewogenheit des RSA.

Wie schon in seinen Stellungnahmen aus den Vorjahren wiederholt der AOK-BV seine Forderung nach einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der vom Wissenschaftlichen Beirat für das Ausgangsvariablen-set vorgeschlagenen Merkmale hinsichtlich ihrer inhaltlichen Eignung.

Der AOK-BV begrüßt die erneute Durchführung der Variablenselektion und plädiert dafür, diese auch weiterhin jährlich zu wiederholen. Die BARMER schlägt dagegen vor, die Anzahl der auszuwählenden Variablen von derzeit (bis zu) zehn auf fünfzehn zu erhöhen, da dies zu einer größeren Stabilität des Verfahrens führen würde. Im Gegenzug könne der Überprüfungszeitraum auf zwei bis drei Jahre erweitert werden.

Der BKK DV weist darauf hin, dass die Neuselektion der Variablen zu Schwankungen der Zuweisungen auf Ebene der Landkreise führt und verweist in der Frage der Stabilität des Verfahrens auf seine Stellungnahmen aus den Vorjahren. Auch der IKK e. V. fordert das BAS dazu auf in den kommenden Anpassungszyklen zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der Robustheit der Regionalkomponente zu ergreifen.

13.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Hinsichtlich der vom AOK-BV (erneut) geforderten kontinuierlichen und systematischen inhaltlichen Prüfung der vom Wissenschaftlichen Beirat für das Ausgangsvariablen-set vorgeschlagenen Merkmale verweist das BAS auf seine Ausführungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells für die vorangegangenen Ausgleichsjahre sowie auf das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (vgl. Drösler et al. 2018).

Mit dem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich (vgl. Drösler et al. 2024) liegt ein Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats vor, die Variablenauswahl zunächst alle zwei Jahre und längerfristig auch in größeren Abständen durchzuführen. Vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie wird im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 festgehalten, dass „[...] mit Blick auf eine Stabilisierung der Datengrundlagen nach der COVID-19-Pandemie [...] eine Verlängerung der Abstände zwischen den Variablenselektionen allerdings erst mit ausreichendem Abstand zur COVID-19-Pandemie in Betracht gezogen werden [sollte]“ (vgl. Drösler et al. 2025, S. 282). Vor diesem Hintergrund ist die Auswahl auch in diesem Ausgleichsjahr erneut durchgeführt worden.

Eine Veränderung der Anzahl der auszuwählenden Variablen, wie von der BARMER gefordert, wurde bei der Erstellung des Festlegungsentwurfes nicht diskutiert. Wie sich aus dem Regionalgutachten aus dem Jahr 2018 ergibt, ist eine Erweiterung der Variablenauswahl auf mehr als zehn voraussichtlich nicht zielführend und vom Gesetzgeber auch nicht vorgesehen: „Im Gutachten [...] hat sich gezeigt, dass mit zehn Variablen, die die höchste statistische Signifikanz aufweisen, ein Großteil der potenziell möglichen statistischen Erklärungskraft erreicht wird. Beim Hinzuziehen weiterer Variablen würde sich diese nur unwesentlich weiter erhöhen“ (vgl. *BT-Drs.* 19/15662, S. 109).

Es ist nachvollziehbar, dass im Zeitablauf schwankende regionale Zuweisungen gerade bei Krankenkassen mit begrenztem Erstreckungsgebiet die Haushaltsplanung erschweren können. Die diesbezüglich von den Krankenkassen vorgetragenen Hinweise werden dementsprechend zur Kenntnis genommen. Hinsichtlich der sich im Zeitverlauf verändernden Zuweisungshöhen wird allerdings auf Folgendes hingewiesen:

Bei Durchführung der Variablenselektion werden jeweils aktualisierte regionalstatistische Merkmale den aktuellen regionalen Deckungsbeiträgen [ohne Regionalkomponente] gegenübergestellt. Ergeben sich hierbei veränderte statistische Zusammenhänge, kann es zu einer Veränderung der ausgewählten Regionalmerkmale kommen. Hieraus folgt eine geänderte Zuweisungsverteilung (insbesondere) auf regionaler Ebene, die eben diesen statistischen Zusammenhängen Rechnung trägt. Es ist somit erwartbar, dass eine Neuselektion der Variablen bzw. eine geänderte Zuordnung der Kreise zu den RGG-Dezilen mit einer Veränderung der regionalen Zuweisungen einhergeht.

13.3 Ergebnis

Es erfolgt keine Änderung im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

14 Wohnlandgruppen

14.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde die Zuordnung für Versicherte mit dauerhaftem Auslandsaufenthalt oder Wohnort im Ausland zu den WLGs für das AJ 2026 angepasst. Die Zuordnung der Versicherten zu den 25 WLGs (einschließlich der WLG0000 „Sonstige“) erfolgt anhand der Anlage 5, mit der das Länderkennzeichen aus den Versichertenstammdaten den WLGs zugeordnet werden kann.

14.2 Anhörungsverfahren

14.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV konstatiert, dass das BAS erneut die Länderzuordnung zu den WLGs nach der bewährten Methode geprüft habe. Die Darstellung der verwendeten Daten und die Analysen seien transparent und die Ergebnisse nachvollziehbar.

Der BKK DV führt aus, dass der Zuweisungsteil der Auslandsversicherten vom BAS im Zuge der letzten Jahre reformiert und in ein bewährtes Regelverfahren überführt werden konnte. Er hebt positiv hervor, dass die Anpassungsvorschläge der letzten Jahre seitens der stellungnehmenden Akteure aufgenommen, sachgerecht bewertet und umgesetzt worden wären. Aus seiner Sicht gäbe es daher keinen wesentlichen Anpassungs- oder Weiterentwicklungsbedarf.

Der IKK e. V. konstatiert, dass das BAS bei der Überarbeitung der WLGs wie in den Vorjahren einen gewichteten Mittelwert der Ausgaben gebildet habe. Der Verband wünscht sich weiterhin vom BAS eine methodische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichtungsfaktoren. Insgesamt wird die deutliche Verbesserung der Kennzahlen MAPE und MAPD positiv hervorgehoben.

KBV/BÄK weisen darauf hin, dass die Bezeichnung der ersten Spalte der Tabelle 13.4. irreführend sei. Treffender wäre die Bezeichnung „Wohnland (< 1.000 VJ im BJ 2022)“.

BKK DV konstatiert, dass die verwendeten Daten zur Bestimmung der relevanten Einflussgrößen in nachvollziehbarer Weise beschrieben seien. Besonders hebt er die Verteilung von Inlands- und Auslandskosten sowie des Risikopoolvolumens hervor. Er kritisiert aber erneut die umständliche Rücküberführung der vom BAS in den Erläuterungen dargestellten Daten in andere Dateiformate, da keine separate Basisdatei vom BAS zur Verfügung gestellt werde.

BKK DV regt erneut an, zusätzliche Informationen bereitzustellen, welche die Abrechnungssituation mit einzelnen Abkommensstaaten detaillierter beschreiben. Er habe schon im letztjährigen Stellungnahmeverfahren Auffälligkeiten bei den Ländern Island, Tunesien und Montenegro wegen fehlender Abrechnungen sowie Schweden wegen der seit 2020 stetig steigender Leistungsausgaben ohne entsprechende Anstiege der eingeschriebenen Versicherten benannt. Während sich die Situation für die in Schweden eingeschriebenen Versicherten wieder geändert habe, zeigten sich für die übrigen genannten Staaten erneut Auffälligkeiten. Insbesondere Tunesien wird diesbezüglich hervorgehoben, für das seit nunmehr mindestens vier Jahren keine Abrechnungen vorlägen und daher aus Sicht des BKK DV eine Bewertung der Hintergründe geboten sei. Die Zusammenlegung der Länder Tunesien, Serbien und Montenegro

zur WLG0015 zeige jedenfalls deutliche Deckungsquotenunterschiede auf. Von einem Vorschlag für eine alternative Zuordnung sieht der BKK DV aber ab.

14.2.2 Diskussionen der Stellungnahmen

Bezüglich der Anregung des IKK e. V. zur methodischen Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichtungsfaktoren bei der Bildung des gewichteten Mittelwerts der Leistungsausgaben verweist das BAS auf seine Antwort in den Erläuterungen zu den Festlegungen des AJ 2025 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2024, S. 130).

Der Hinweis seitens der KBV/BÄK, dass die Bezeichnung der ersten Spalte der Tabelle 14.1 irreführend sei und diese stattdessen „Wohnland (< 1.000 VJ im BJ 2022)“ heißen müsse, ist unzutreffend. Zwar stammen die versichertenindividuellen Versichertenzeiten, die für eine korrekte Zuordnung der Versicherten zu den Länderkennzeichen verwendet werden, aus dem Jahr 2022. Die aggregierten Versichertenzeiten eines Wohnlandes, welche für die Bildung von länderübergreifenden WLGs maßgeblich sind, stammen hingegen aus dem Folgejahr.

Tabelle 14.1: Änderung der Zuordnung der Länder mit < 1.000 VJ zu den Ländern mit ≥ 1.000 VJ im Vergleich zur FL 2025

Wohnland (< 1.000 VJ im BJ 2023)	in FL 2025 zugeordnet zu	im FLE 2026 zugeordnet zu
Bulgarien*	Ungarn	Estland*
Dänemark*	Frankreich	Malta*
Estland*	Bosnien-Herzegowina	Bulgarien*
Finnland	Spanien	Frankreich
Großbritannien	Spanien	Slowenien
Irland	Schweden	Schweden
Island	Rumänien	Rumänien
Lettland	Rumänien	Nordmazedonien
Liechtenstein	Schweiz	Österreich
Luxemburg	Schweiz	Schweiz
Malta*	Belgien	Dänemark*
Montenegro	Nordmazedonien	Serbien
Norwegen	Spanien	Spanien
Tunesien	Serbien	Serbien
Zypern	Kroatien	Griechenland

Quelle: BAS; *Bulgarien und Dänemark weisen im BJ 2023 erstmalig mehr als 1.000 VJ auf und werden daher keinem größeren Land zugeordnet; stattdessen aber werden Estland und Malta aufgrund geringer Versichertenzeiten und ähnlicher mittlerer Ausgaben nun Bulgarien bzw. Dänemark zugeordnet.

Das BAS berücksichtigt bereits im aktuellen Anpassungszyklus etwaige Auffälligkeiten in den gemeldeten Abrechnungsdaten der Abkommensstaaten und behält es sich für die kommenden Anpassungszyklen vor, alternative Zuordnungen der Länderkennzeichen zu den WLGs zu prüfen, wenn ihm eine hinreichende Anzahl an Datenpunkten zur Verfügung steht. Auf den Zeitpunkt der Abrechnung der DVKA mit einzelnen Ländern und die Entwicklung der Höhe der Abrechnungsbeträge hat das BAS allerdings keinen Einfluss. Ebenso ist dem BAS eine inhaltliche Prüfung von Auffälligkeiten nicht möglich.

14.2.3 Festlegung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf für das AJ 2026 ergeben sich keine Änderungen an der Ausgestaltung der WLGs.

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

15 Kennzahlen der Festlegung

In Tabelle 15.1 werden die verschiedenen Gütemaße des zur Entwicklung des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026 verwendeten Ausgangsmodells denen der abschließend vorgelegten Festlegung gegenübergestellt. Zusätzlich werden die Kennzahlen des Festlegungsentwurfs vom 18.06.2025 sowie für die Vorjahresmodelle der Ausgleichsjahre 2023 bis 2025 ausgewiesen.

Die dargestellten Werte umfassen die aggregierten Gütemaße auf der Individualebene sowie die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen. Die risikogruppenbezogenen Besetzungszahlen und Kostenschätzer der jeweiligen Modelle lassen sich der den vorliegenden Erläuterungen beigefügten Anlage „Regressionskoeffizienten AJ 2026“ entnehmen.

Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle dargestellten Modelle die Vollerhebung des Meldejahres 2024, welche die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2022 mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2023 verknüpft.

Tabelle 15.1: Gesamtbewertung Festlegung AJ 2026

AJ	2023		2024		2025		2026					
Modell	Festlegung		Festlegung		Festlegung		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf		Festlegung	
RGG	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Risikopool	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risiko- gruppen	443	534	432	513	432	523	432	523	415	506	415	506
Individuelle Kennzahlen												
R ²	59,16 %	59,17 %	59,27 %	59,28 %	59,32 %	59,33 %	59,32 %	59,33 %	59,59 %	59,60 %	59,59 %	59,60 %
CPM	30,40 %	30,42 %	30,46 %	30,47 %	30,55 %	30,56 %	30,55 %	30,56 %	30,78 %	30,79 %	30,78 %	30,79 %
MAPE	2.818,97 €	2.818,53 €	2.816,65 €	2.816,20 €	2.813,11 €	2.812,72 €	2.813,11 €	2.812,72 €	2.803,76 €	2.803,39 €	2.803,76 €	2.803,39 €
Regionale Kennzahlen												
wMAPE _{Kreis}	110,76 €	55,94 €	110,68 €	57,84 €	109,95 €	51,88 €	109,95 €	51,88 €	109,62 €	52,12 €	109,62 €	52,12 €
wMAPD _{Kreis}	3,17 %	1,60 %	3,17 %	1,66 %	3,15 %	1,49 %	3,15 %	1,49 %	3,14 %	1,49 %	3,14 %	1,49 %
Krankenkassenbezogene Kennzahlen												
wMAPE _{kk}	56,69 €	27,21 €	56,70 €	29,09 €	56,63 €	27,05 €	56,63 €	27,05 €	56,33 €	27,97 €	56,33 €	27,97 €
wMAPD _{kk}	1,60 %	0,77 %	1,60 %	0,82 %	1,60 %	0,76 %	1,60 %	0,76 %	1,59 %	0,79 %	1,59 %	0,79 %

Quelle: BAS

Tabelle 15.2 stellt die Kennzahlen für die bereits oben gezeigten Modelle jeweils ohne Berücksichtigung des Risikopools dar. Relevant sind diese Modellvarianten ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren. Sowohl die Weiterentwicklung des Modells als auch die jeweiligen das Ausgleichsjahr abschließenden Jahresausgleiche, beruhen auf den Modellen mit Berücksichtigung des Risikopools.

Tabelle 15.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool

AJ	2023	2024	2025	2026		
Modell	FL	FL	FL	AGM	FLE	FL
RGG	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikopool	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Risikogruppen	534	513	523	523	506	506
Individuelle Kennzahlen						
R ²	27,46 %	27,73 %	27,78 %	27,78 %	28,08 %	28,08 %
CPM	26,96 %	27,04 %	27,13 %	27,13 %	27,37 %	27,37 %
MAPE	2.958,48 €	2.955,24 €	2.951,61 €	2.951,61 €	2.941,95 €	2.941,95 €
Regionale Kennzahlen						
wMAPE _{Kreis}	59,61 €	61,38 €	54,28 €	54,28 €	54,37 €	54,37 €
wMAPD _{Kreis}	1,71 %	1,76 %	1,56 %	1,56 %	1,56 %	1,56 %
Krankenkassenbezogene Kennzahlen						
wMAPE _{kk}	28,78 €	30,46 €	28,68 €	28,68 €	29,21 €	29,21 €
wMAPD _{kk}	0,81 %	0,86 %	0,81 %	0,81 %	0,82 %	0,82 %

Quelle: BAS

VI Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2022) *„Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im Risikostrukturausgleich für das RSA-Ausgleichsjahr 2023“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [17.03.2023].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2023) *„Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2024“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [09.01.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2024) *„Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2025“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [22.10.2024].
- Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2025) *„Festlegungsentwurf nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2026“*, Bonn, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> [11.07.2025].
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2025) *„S2k-Leitlinie Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon – ergänzte Langfassung“*, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-076l_S2k_Frueher-Schwangerschaftsverlust-im-1-Trimenon_2025-01.pdf [26.08.2025].
- Deutscher Bundestag (2019) *„Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung - Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – Entwurf GKV-FKG“*, BT-Drs. 19/15662, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/156/1915662.pdf> [29.01.2024].
- Deutsches Apothekenportal (Hg.) (2023) *„DAP - Merkblatt: Abgabe gestatteter Ware“*, https://www.deutschesapothekenportal.de/download/public/merkblaetter/dap_merkblatt_Abgabe_gestatteter_Ware.pdf [11.09.2025].
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2018) *„Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“*, Bundesversicherungsamt, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf [08.04.2022].
- Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Stingl, J., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (2024) *„Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich – Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V“*, Bundesamt für Soziale Sicherung, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20240513_Gutachten_Regionale_Merkmale_RSA.pdf [28.05.2024].

Drösler, S., Greiner, W., Läer, S., Nuscheler, R., Sundmacher, L., Ulrich, V. & Wuppermann, A. (2025) „*Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021*“, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20250515_Gutachten_Wirkungen_RSA.pdf [27.05.2025].

A Anhang

A.1 Erläuterung zu den Anlagen

Anlage 1 zur Festlegung beschreibt die Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des AJ 2026. Bei der Anlage 1 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine veränderte Definition von ICD-Kodes: Neue ICD-Kodes können hinzukommen, bestehende wegfallen. Manchmal erhalten ICD-Kodes u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ICD-Kode zugewiesen wird. Einzelne ICD-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben. Die Anlage 1 wird im Rahmen dieser Festlegung für alle für das AJ 2026 relevanten Morbiditätsjahre (2022 bis 2025) bekannt gegeben. Anlage 1 enthält ebenfalls die Regeln zur Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen.

Für die Versichertenklassifikation sind aus den einzelnen Morbiditätsjahren nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, welche die Plausibilisierungskriterien gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d. h. in der Metadaten-datei des BfArM zum ICD-10-GM die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine sogenannte Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Dabei werden für die Diagnosen die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr und bei sogenannten „Jahresüberlieger-Diagnosen“ aus der stationären Versorgung die Kriterien aus dem Jahr, das dem Morbiditätsjahr vorangegangen ist, zugrunde gelegt.

Die Aufgreifkriterien für die DxGs ergeben sich aus **Anlage 2** zur Festlegung

Anlage 3 zur Festlegung ordnet den DxGs die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zu. Die Zuordnung erfolgt auf Basis der im GKV-Arzneimittelindex gelisteten ATC-Kodes (Stand Juni des auf das Morbiditätsjahr folgenden Jahres). Bei der Anlage 3 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine mögliche Umklassifikation von ATC-Kodes. ATC-Kodes erhalten u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ATC-Kode zugewiesen wird. Einzelne ATC-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben.

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2022 bis 2024 (d. h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2023 bis 6/2025) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2025 (auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Festlegungen noch nicht vorliegenden GKV-Arzneimittelindex 6/2026) erfolgt im Jahr 2026 im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV für das AJ 2026.

Die Zuordnung der amtlichen Gemeindeschlüssel zu den Regionalen Risikogruppen ergibt sich aus **Anlage 4** zur Festlegung. Die Zuordnung erfolgt auf Grundlage der ersten fünf Stellen des Gemeindeschlüssels der Versicherten im AJ. In Anlage 4 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen BJs erstellt. Im Falle von weiteren Aktualisierungen des Gemeindeverzeichnisses der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die sich auf die ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindeschlüssels der Landkreise und kreisfreien Städte auswirken, kann das BAS auf Grundlage des § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV nach Anhörung des GKV-SV auch die Anlage 4 im Rahmen einer technischen Anpassung unterjährig abändern und neu bekannt geben.

Anlage 5 zur Festlegung ordnet die Länderkennzeichen der Auslandsversicherten den WLGs zu.

Tabelle A.1.1 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das AJ 2026.

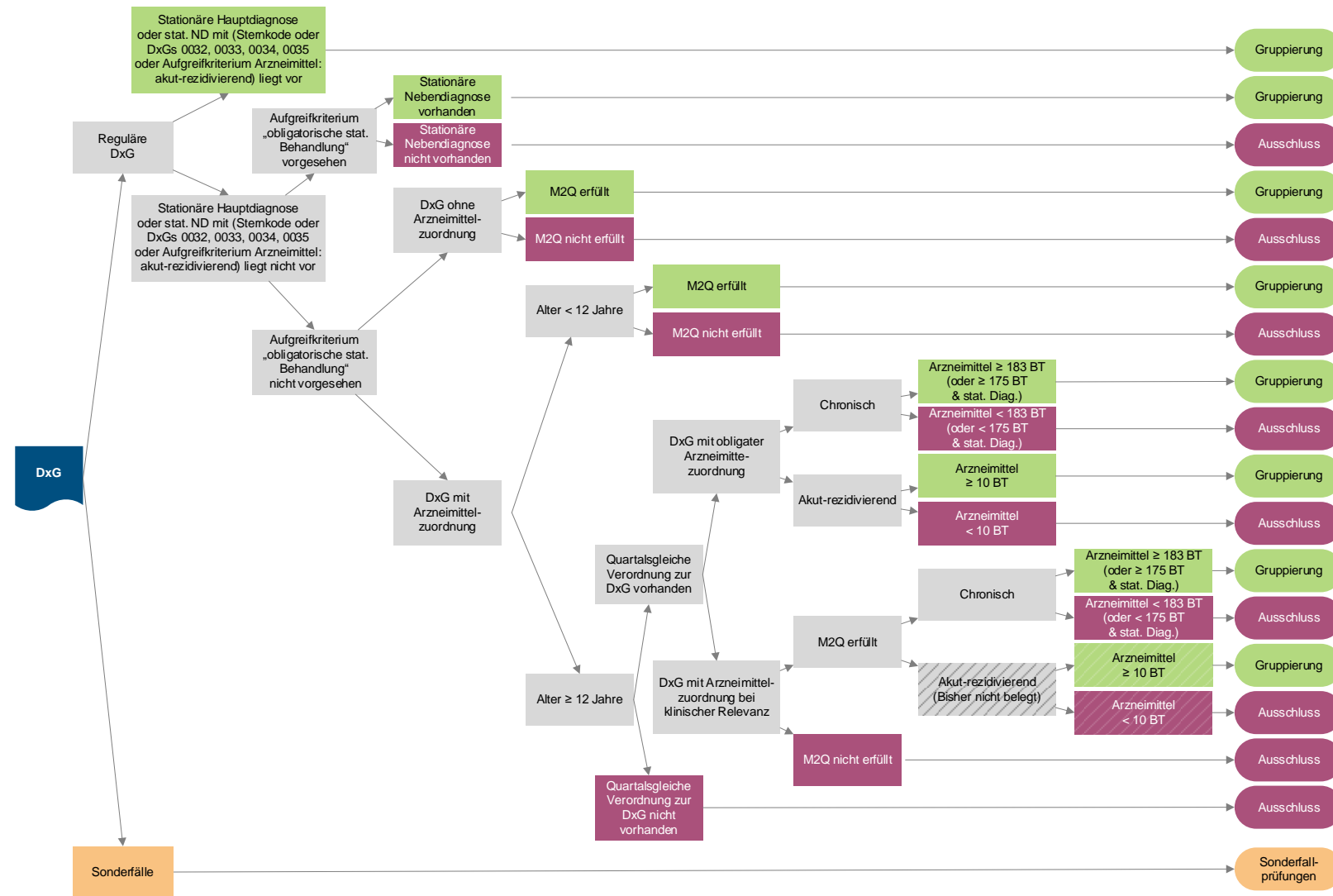
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2026

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	Anlage 4	Anlage 5	GKV-AI
Festlegung	2022	2022	2023	2022	6/2023
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2023	2023	2024	2023	6/2024
GLB I	2024	2024	2025	2024	6/2025
GLB II	2024	2024	2025	2024	6/2025
GLB III	2025	2025	2026	2025	6/2026
Gewichtungsfaktoren GLB IV	2024	2024	2025	2024	6/2025
GLB IV	2025	2025	2026	2025	6/2026
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2025	2025	2026	2025	6/2026
Jahresausgleich	2025	2025	2026	2025	6/2026

Quelle: BAS

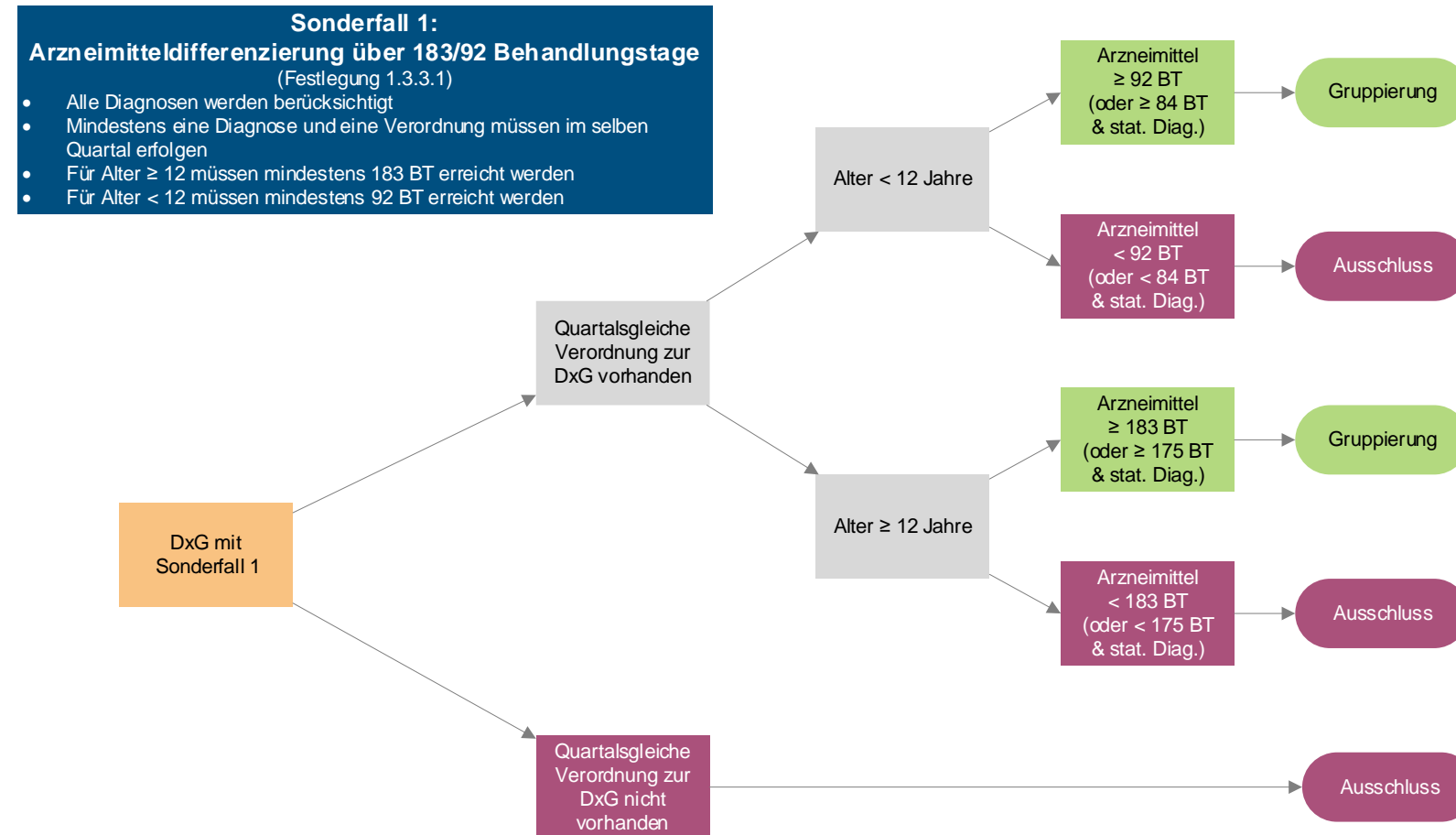
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das AJ 2026



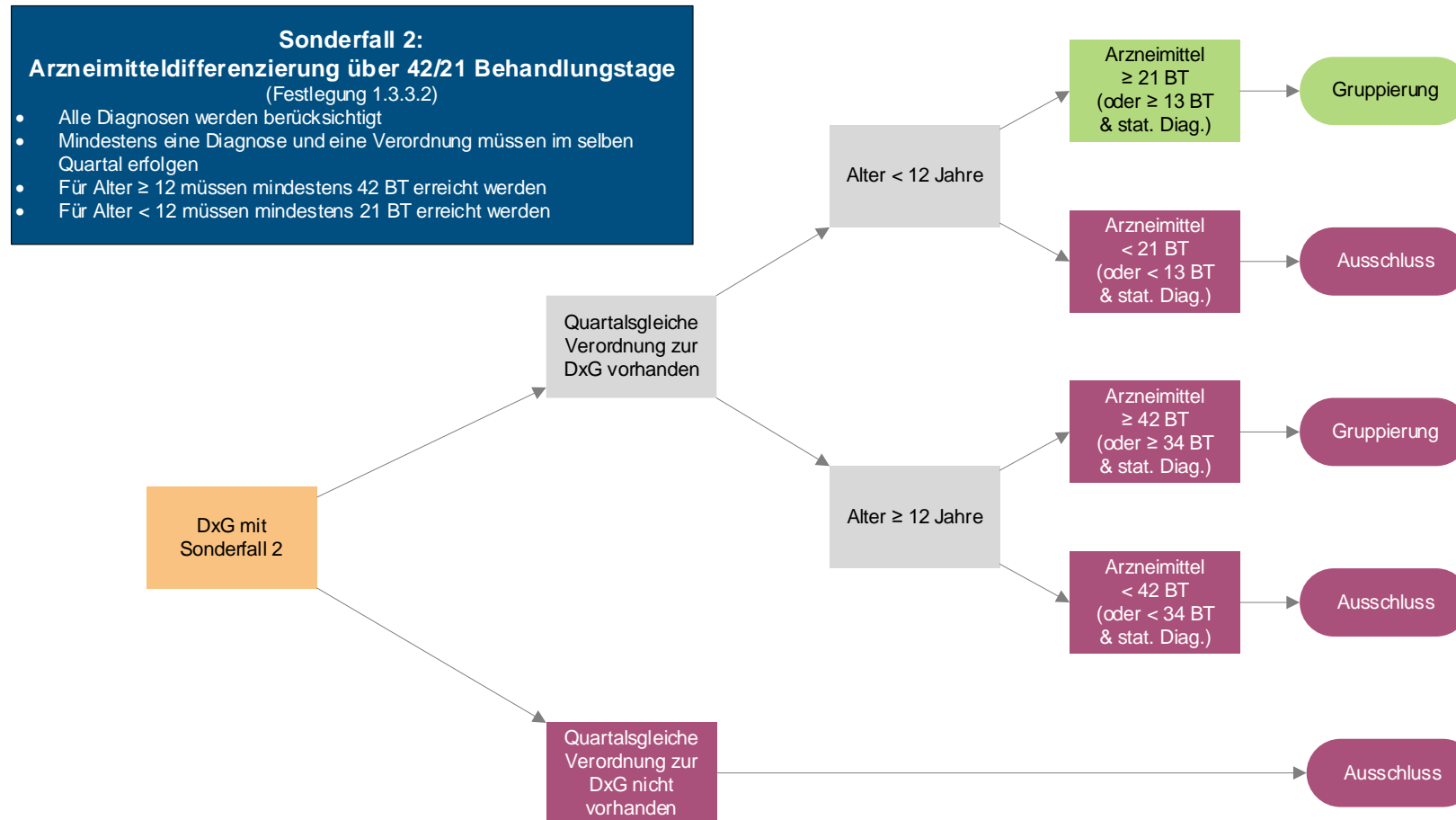
Quelle: BAS

Abbildung A.2.2: Sonderfall 1: Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage



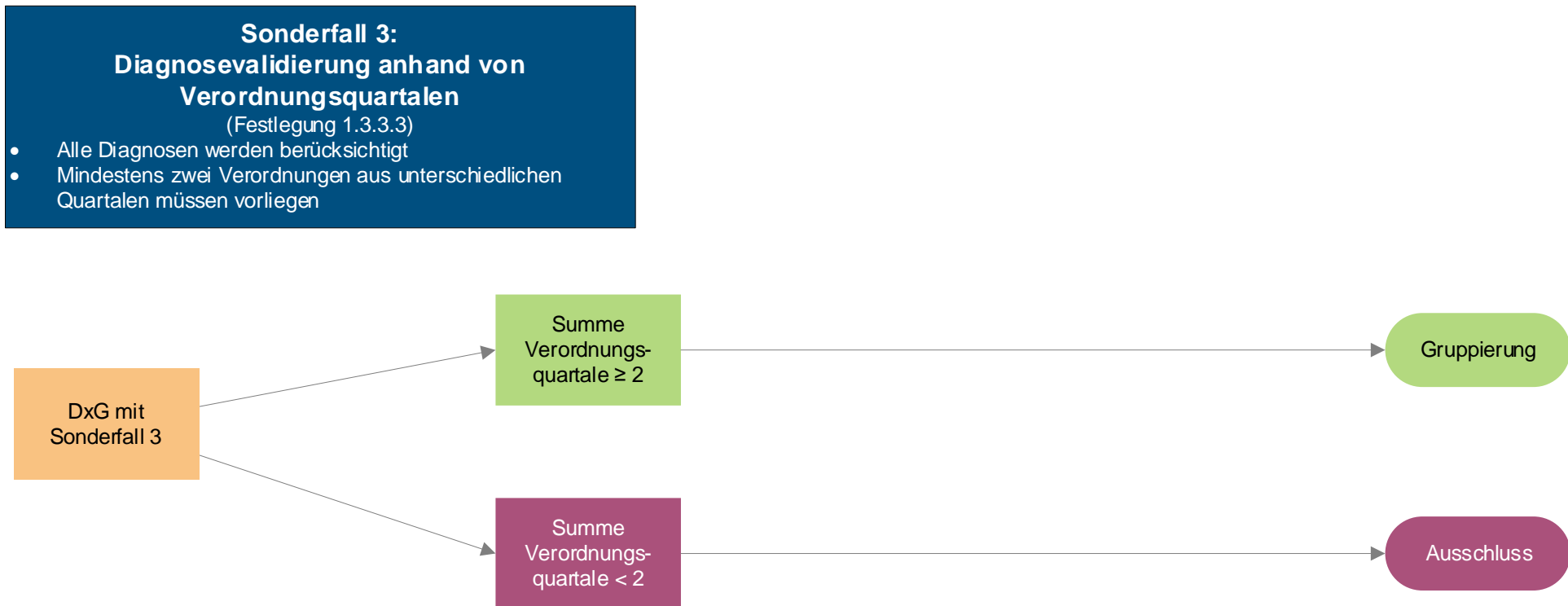
Quelle: BAS

Abbildung A.2.3: Sonderfall 2: Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage



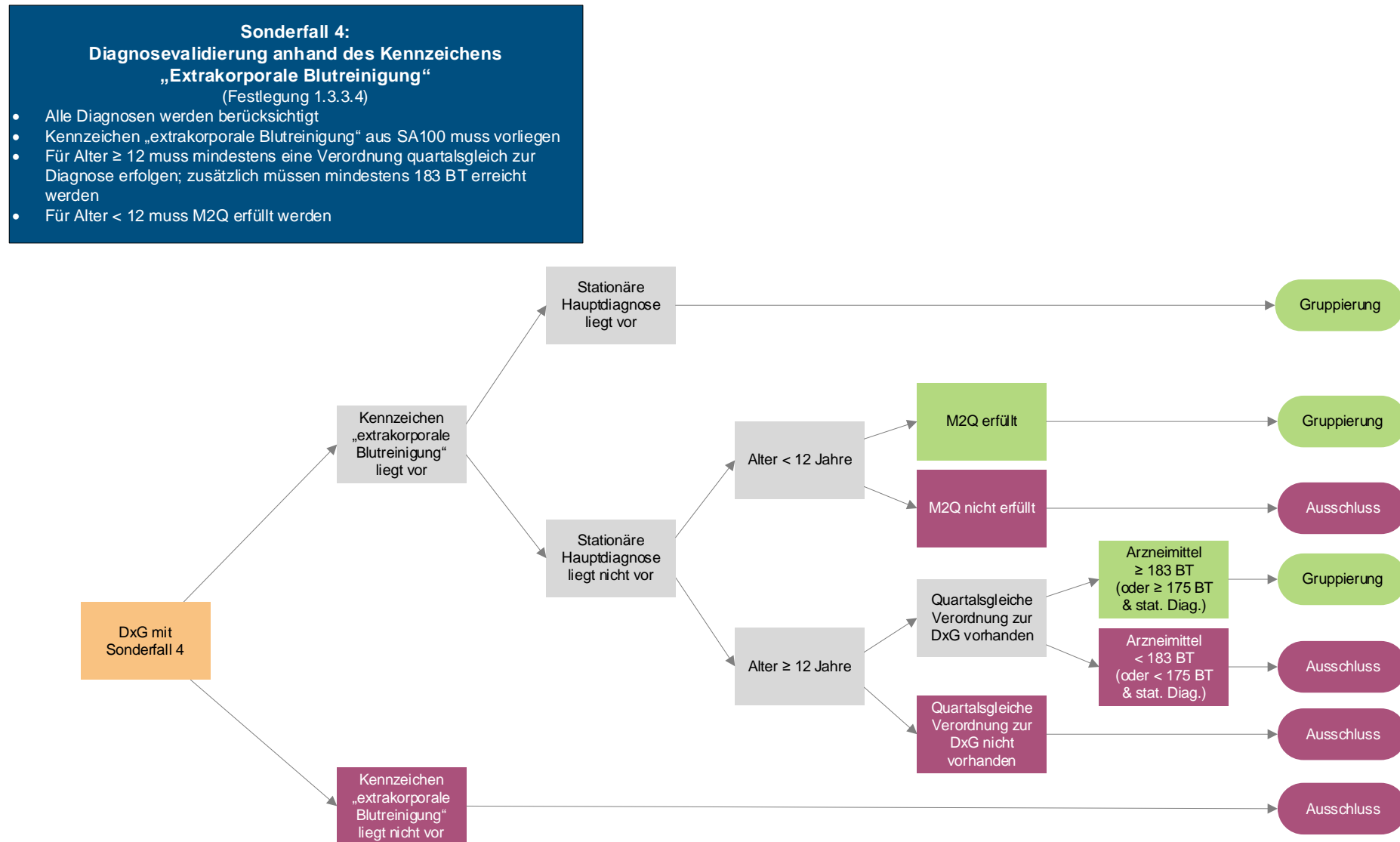
Quelle: BAS

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3: Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen



Quelle: BAS

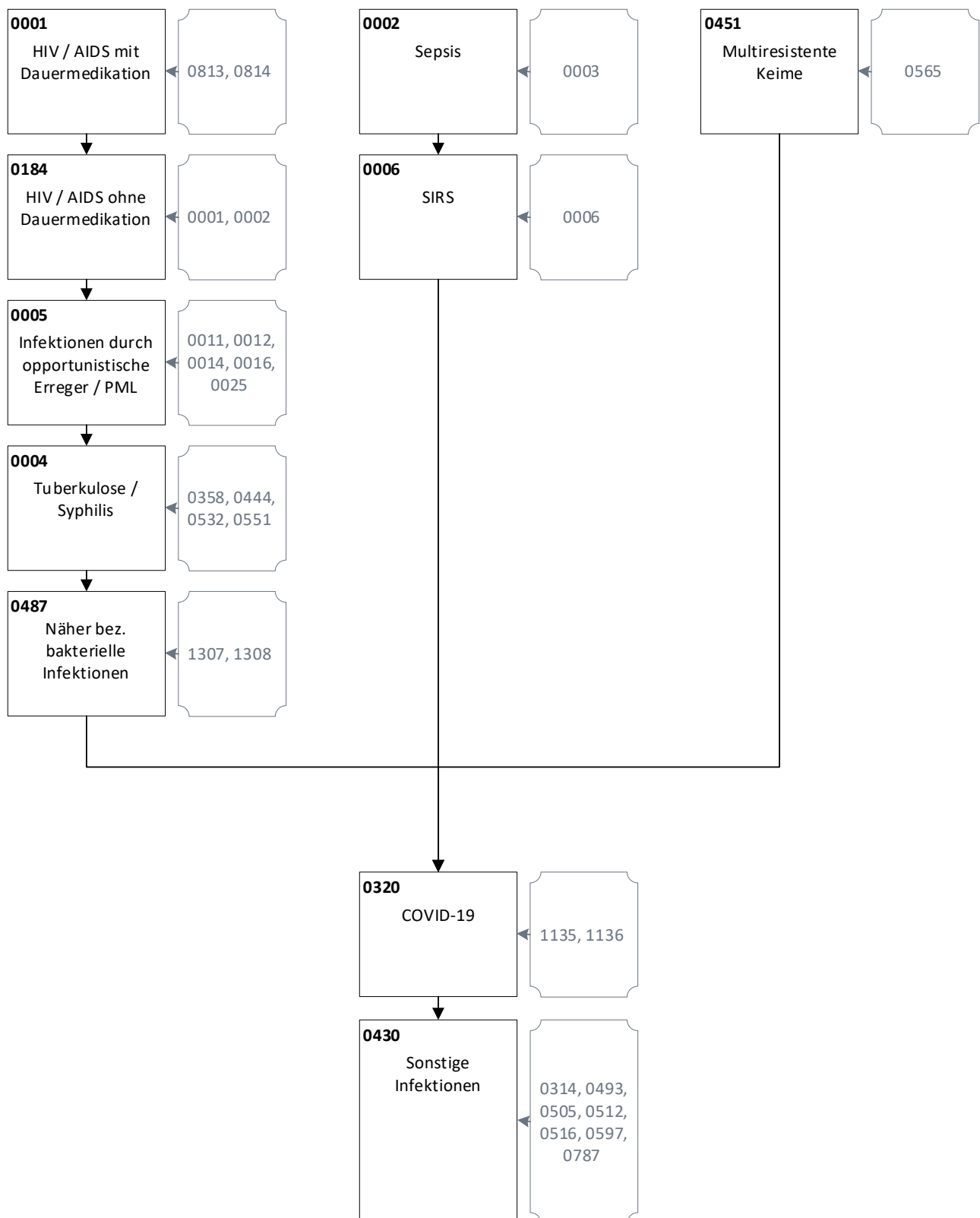
Abbildung A.2.5: Sonderfall 4: Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“



Quelle: BAS

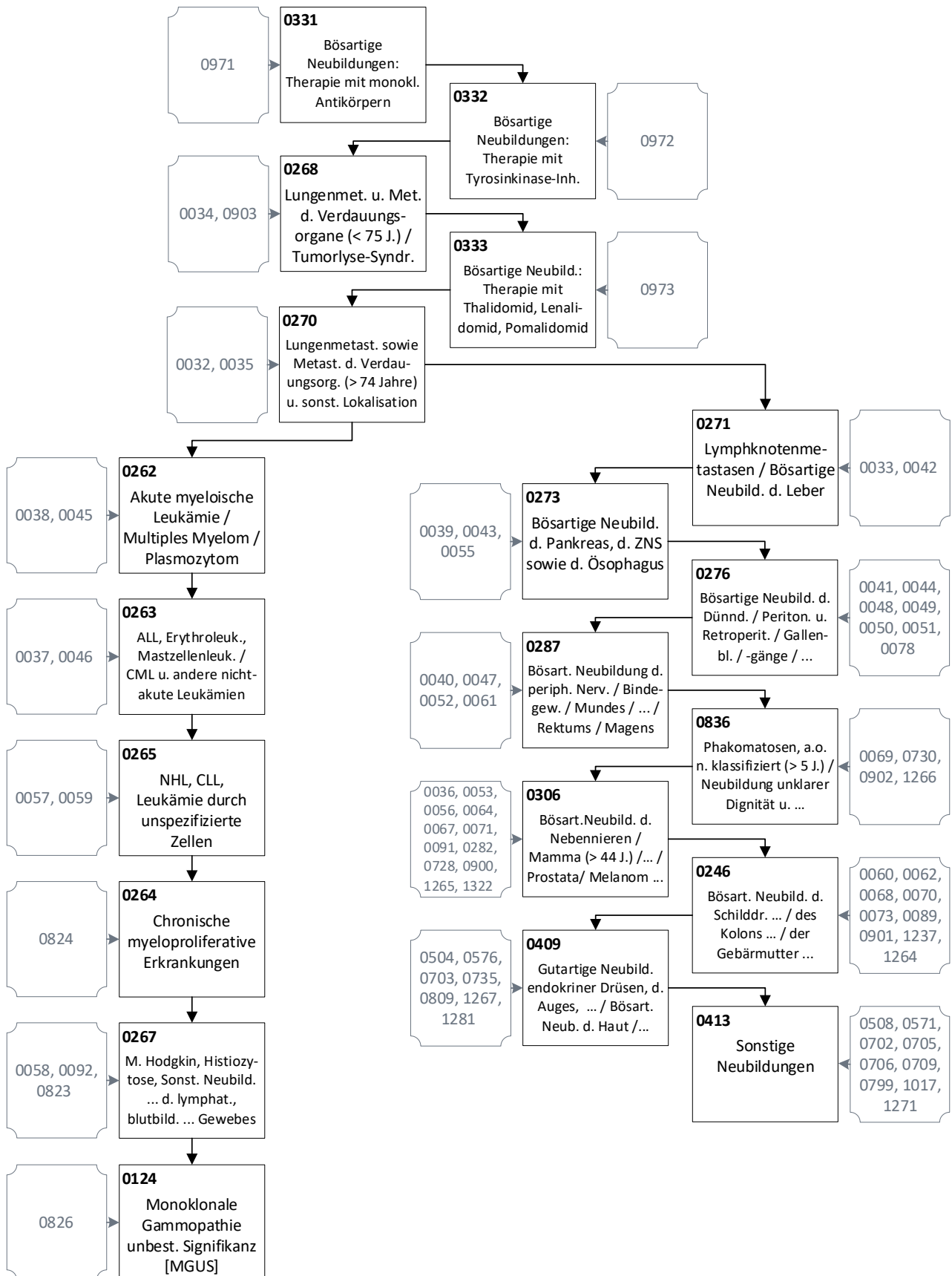
A.3 Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell

Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1)



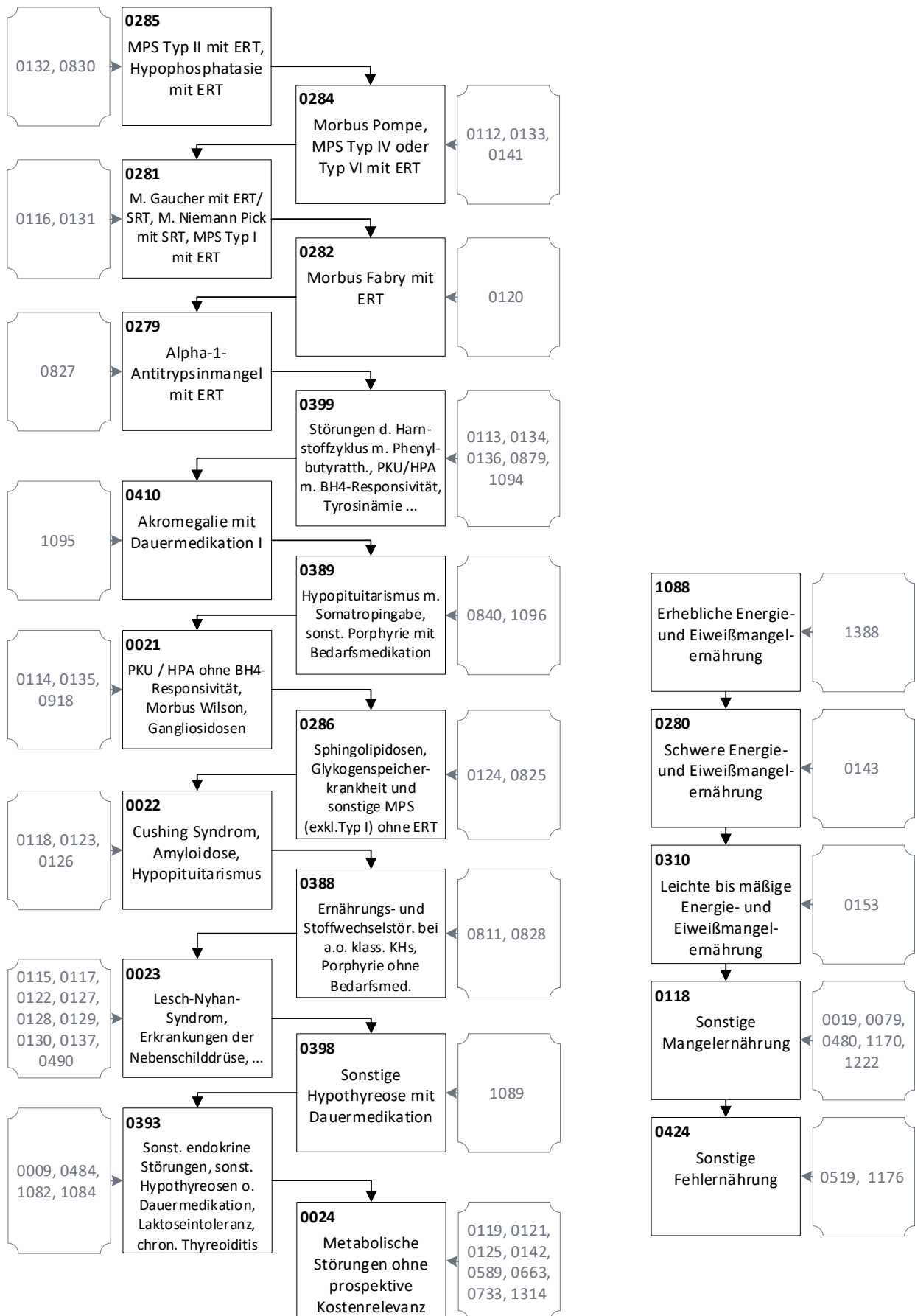
Quelle: BAS

Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1)



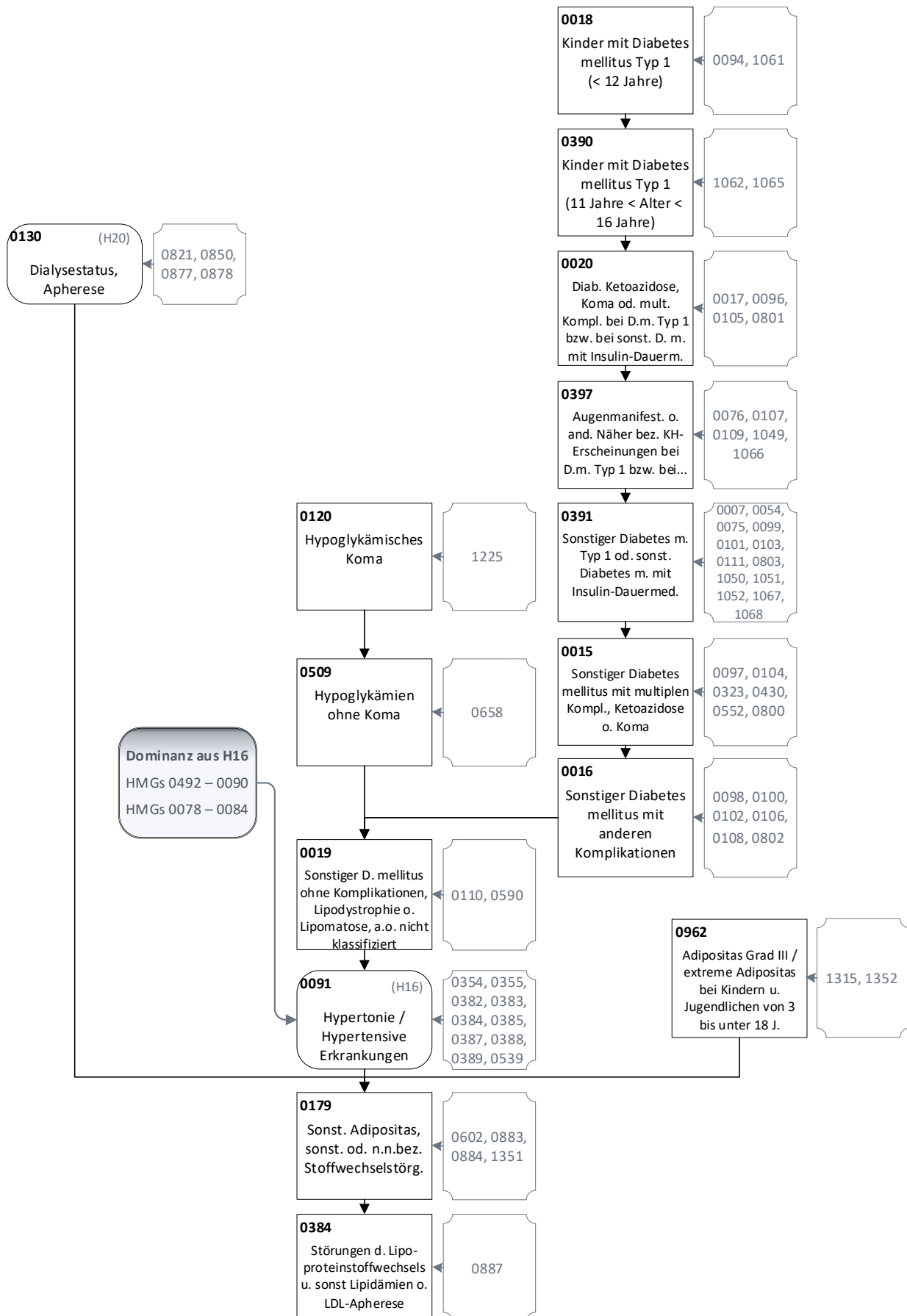
Quelle: BAS

Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2)



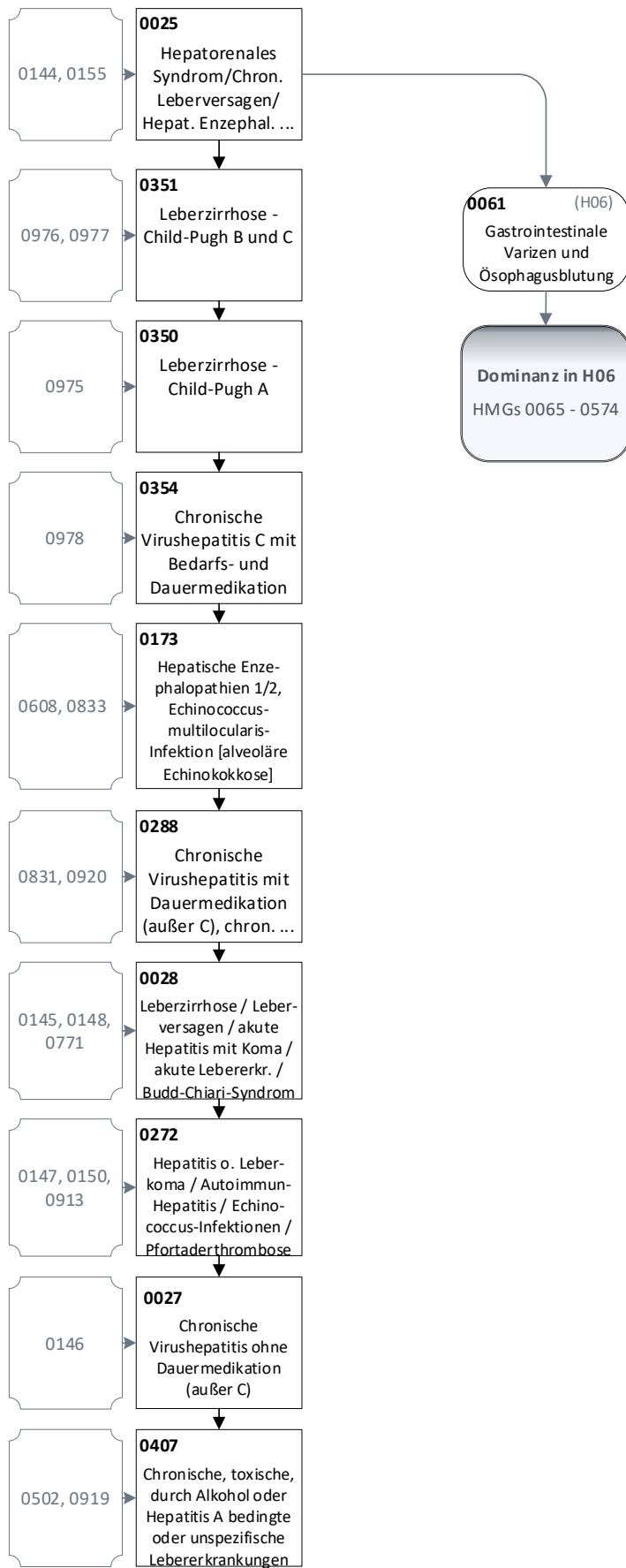
Quelle: BAS

Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2)



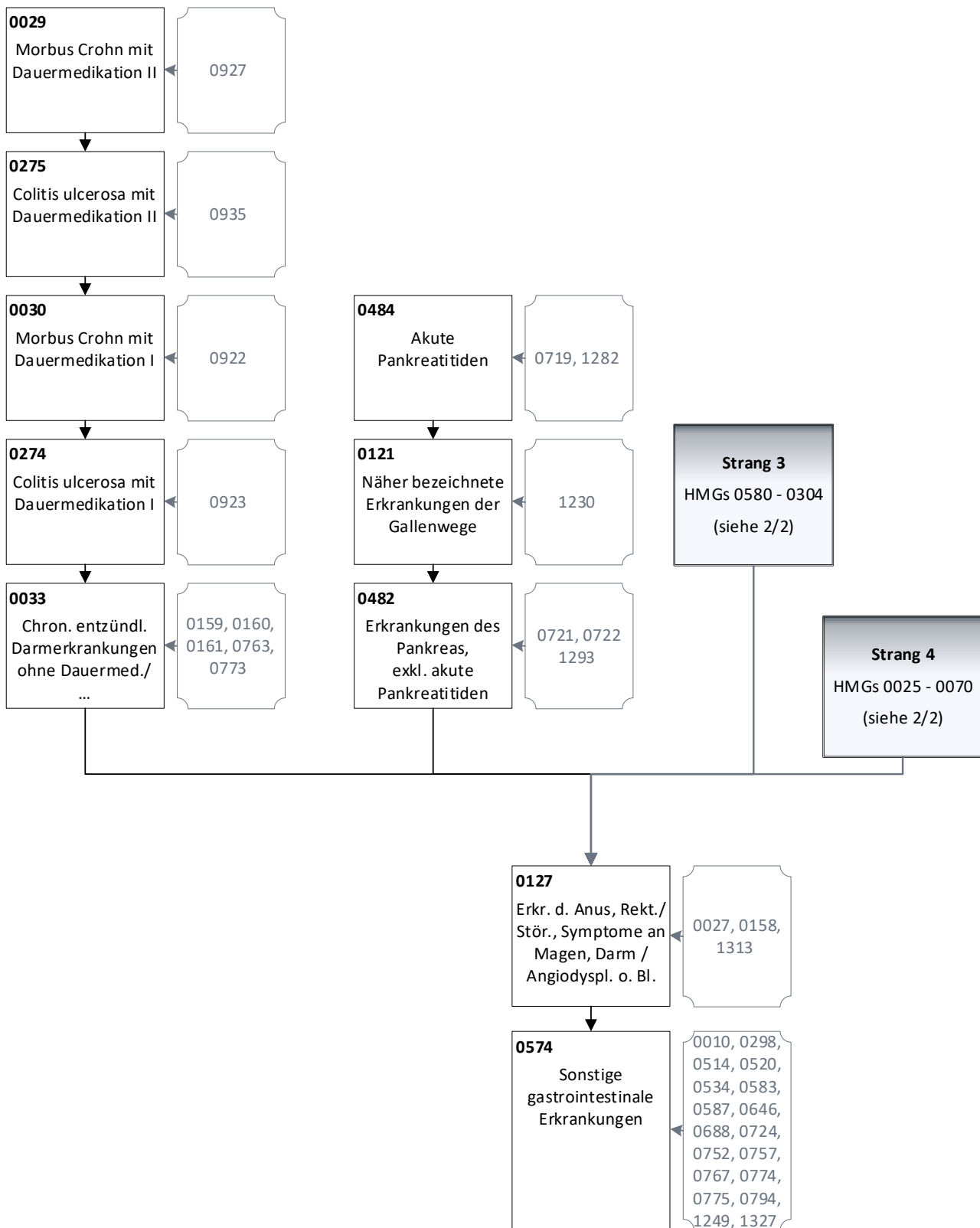
Quelle: BAS

Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1)



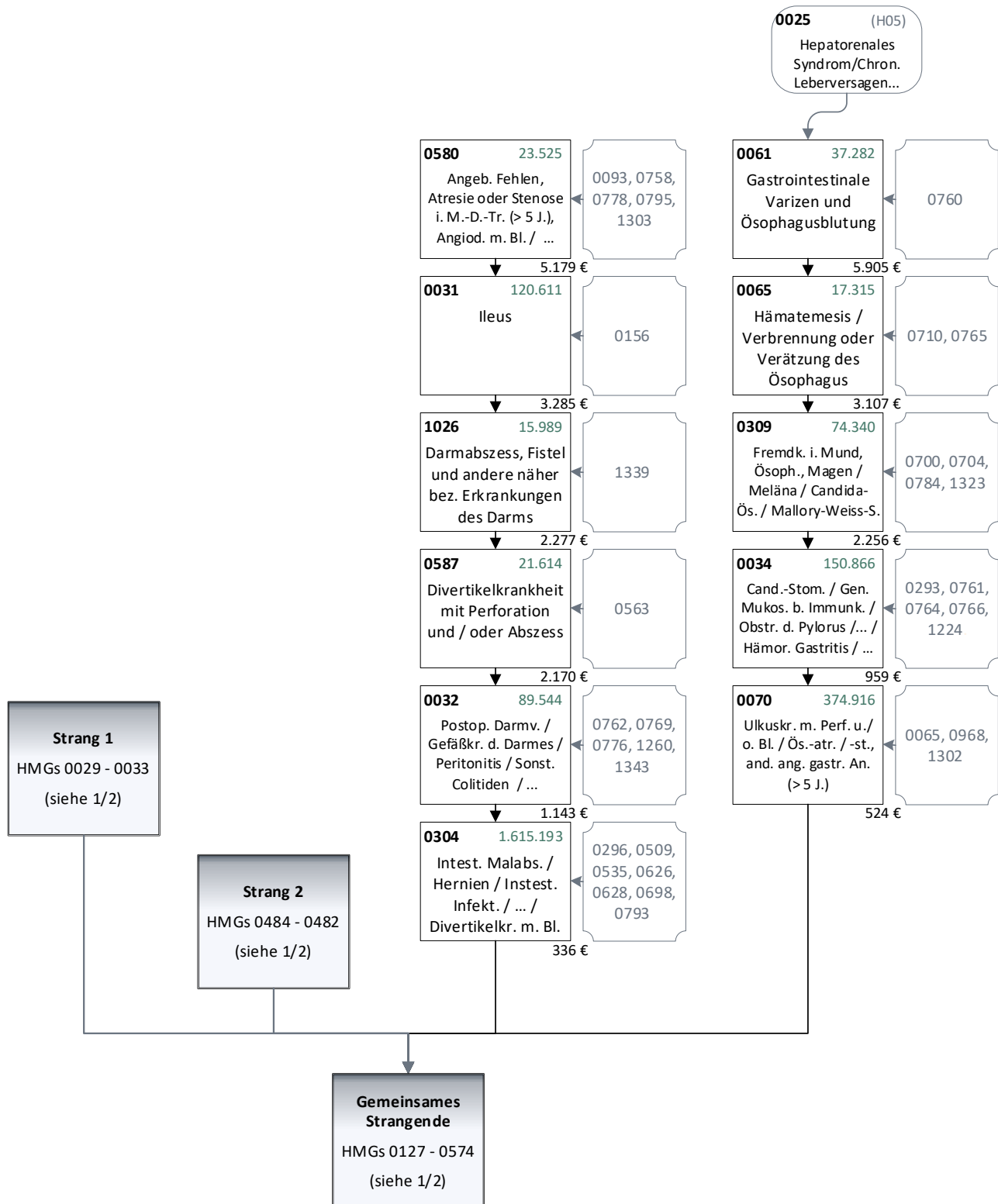
Quelle: BAS

Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2)



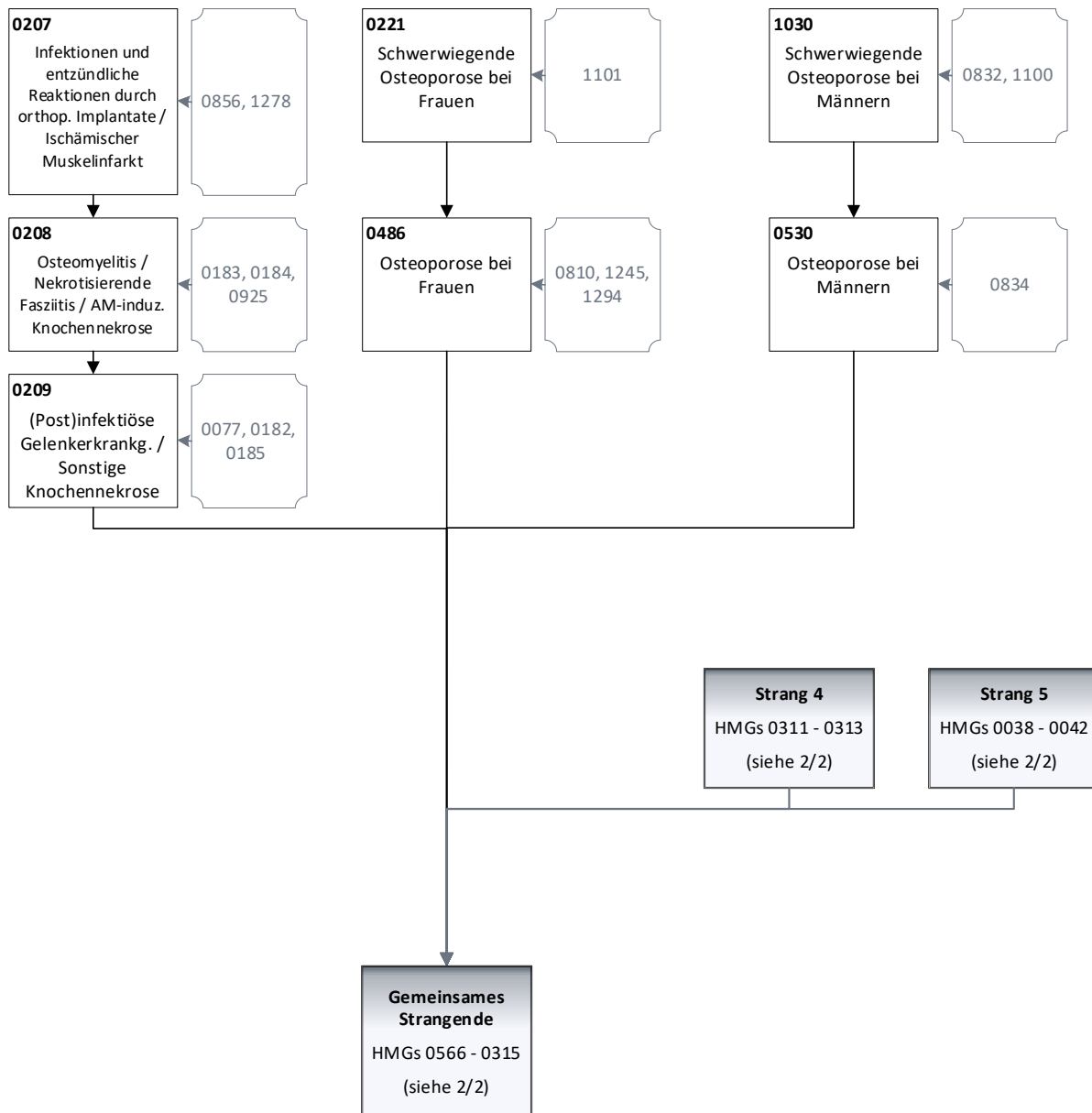
Quelle: BAS

Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2)



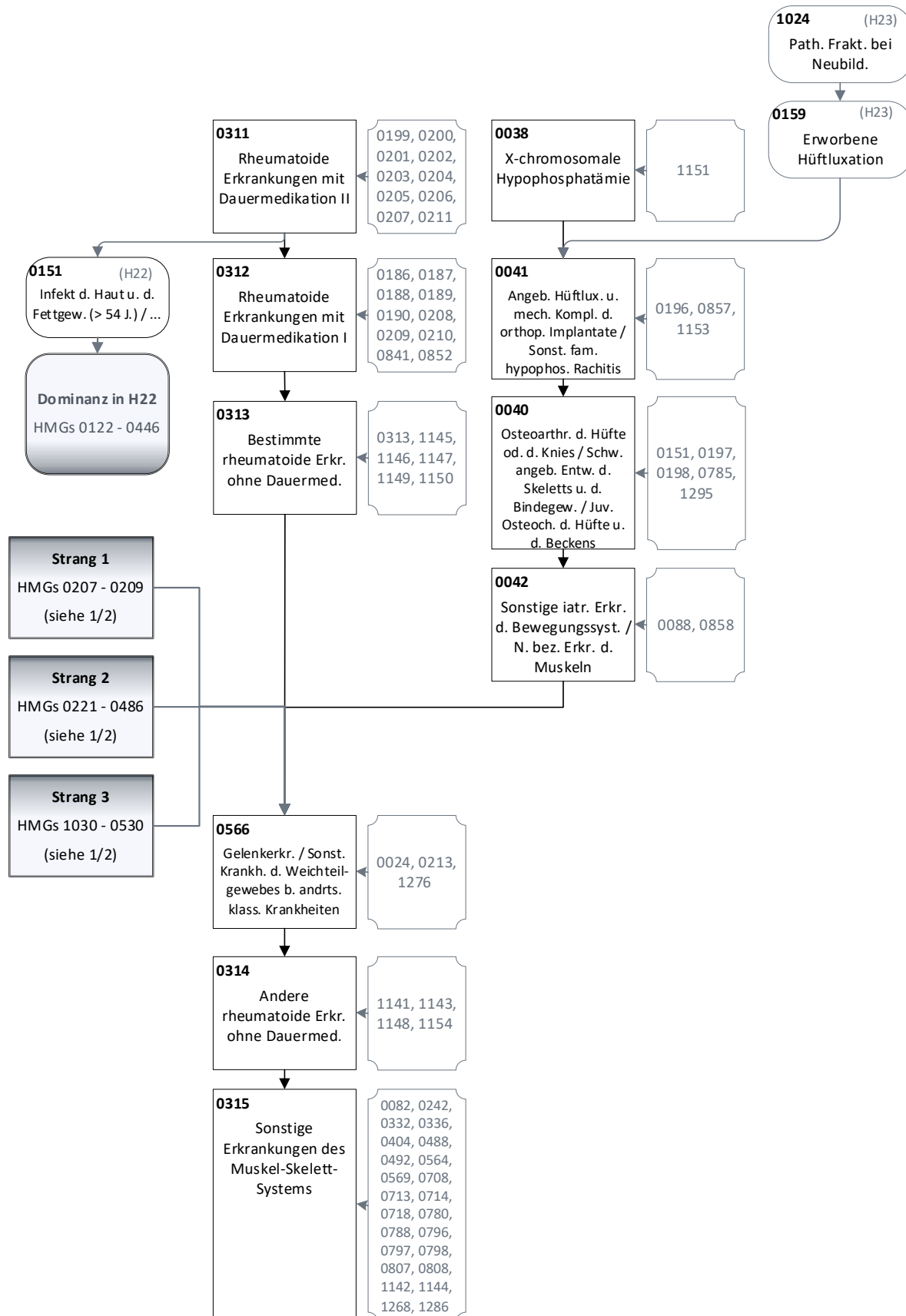
Quelle: BAS

Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2)



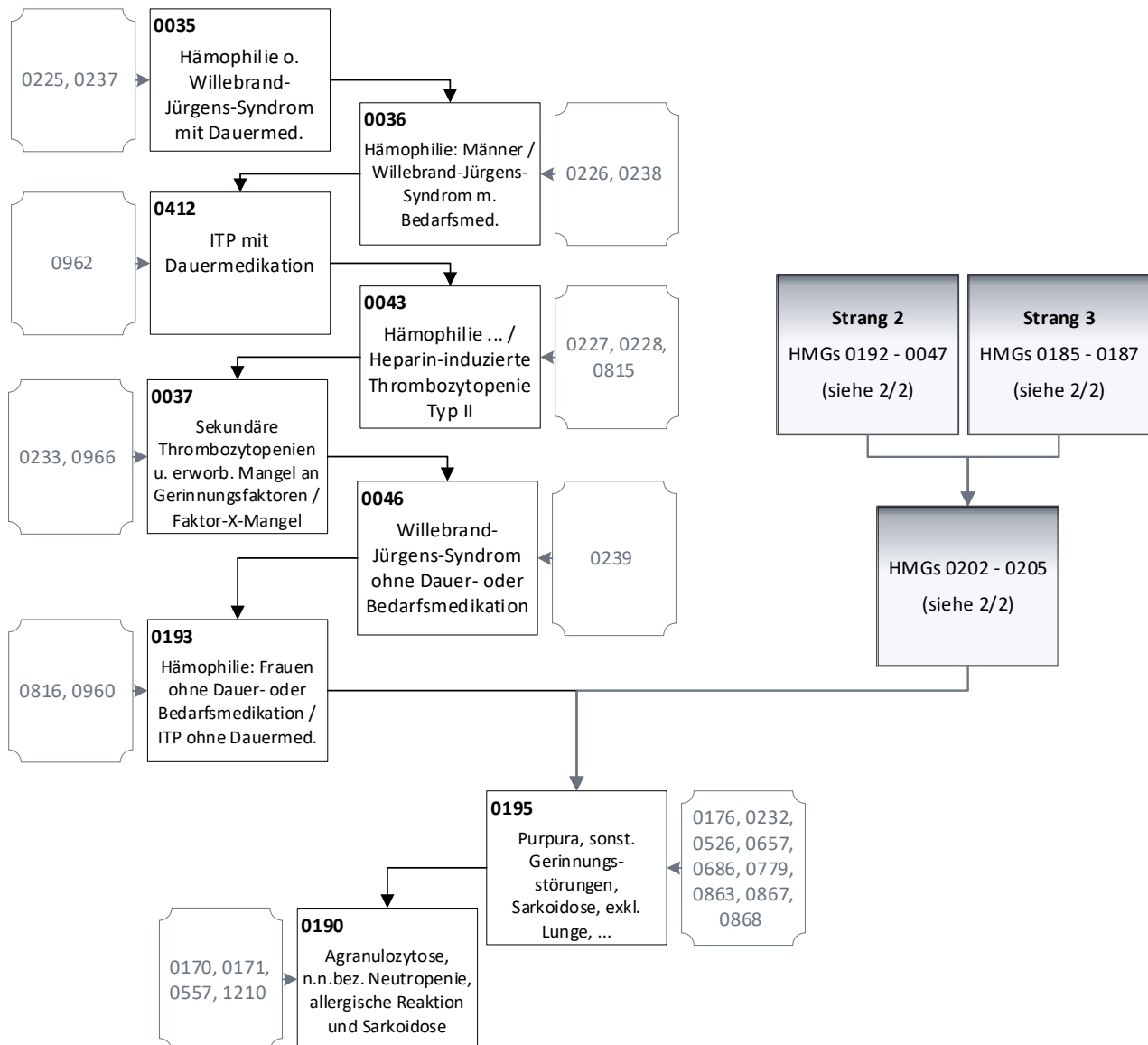
Quelle: BAS

Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2)



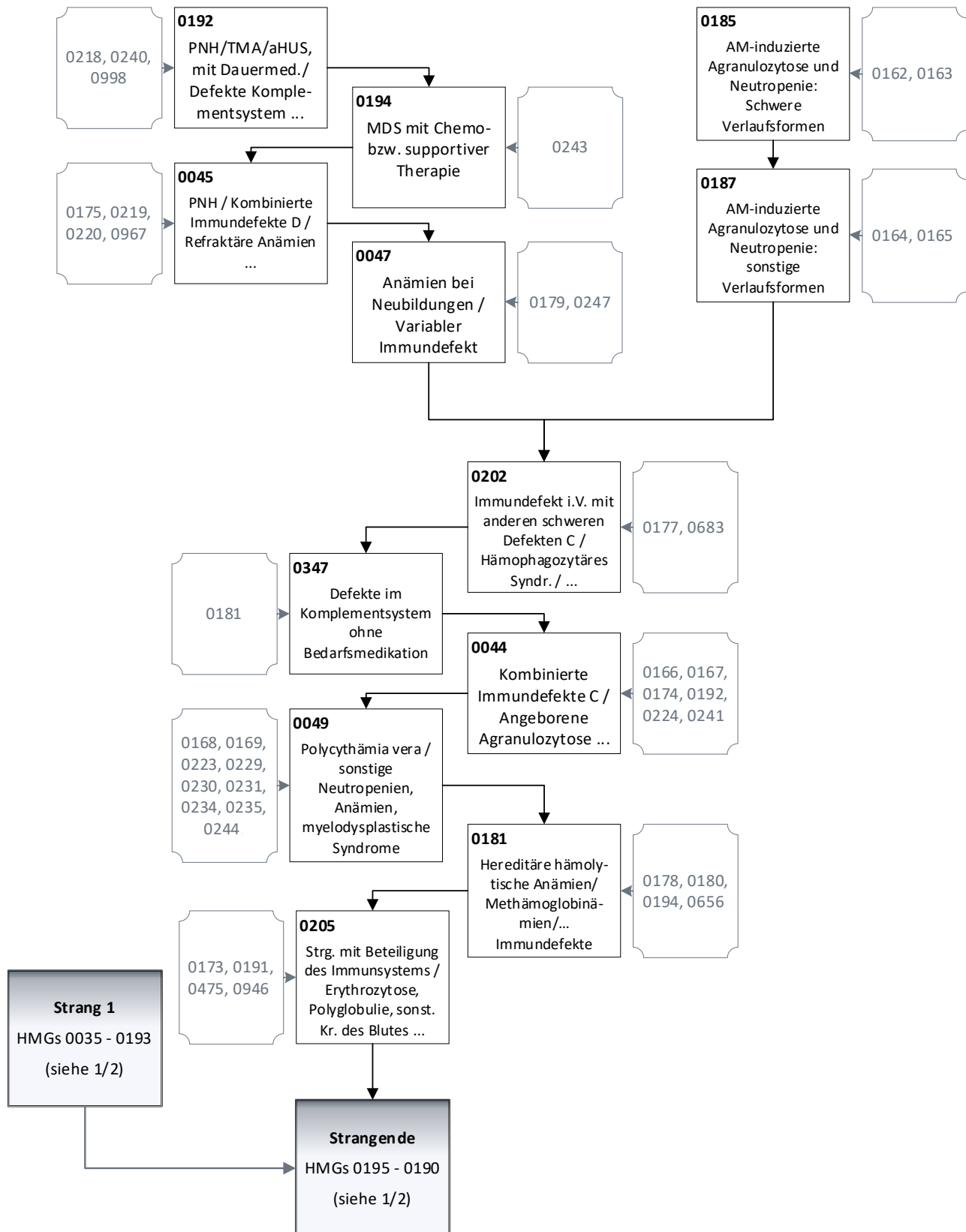
Quelle: BAS

Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2)



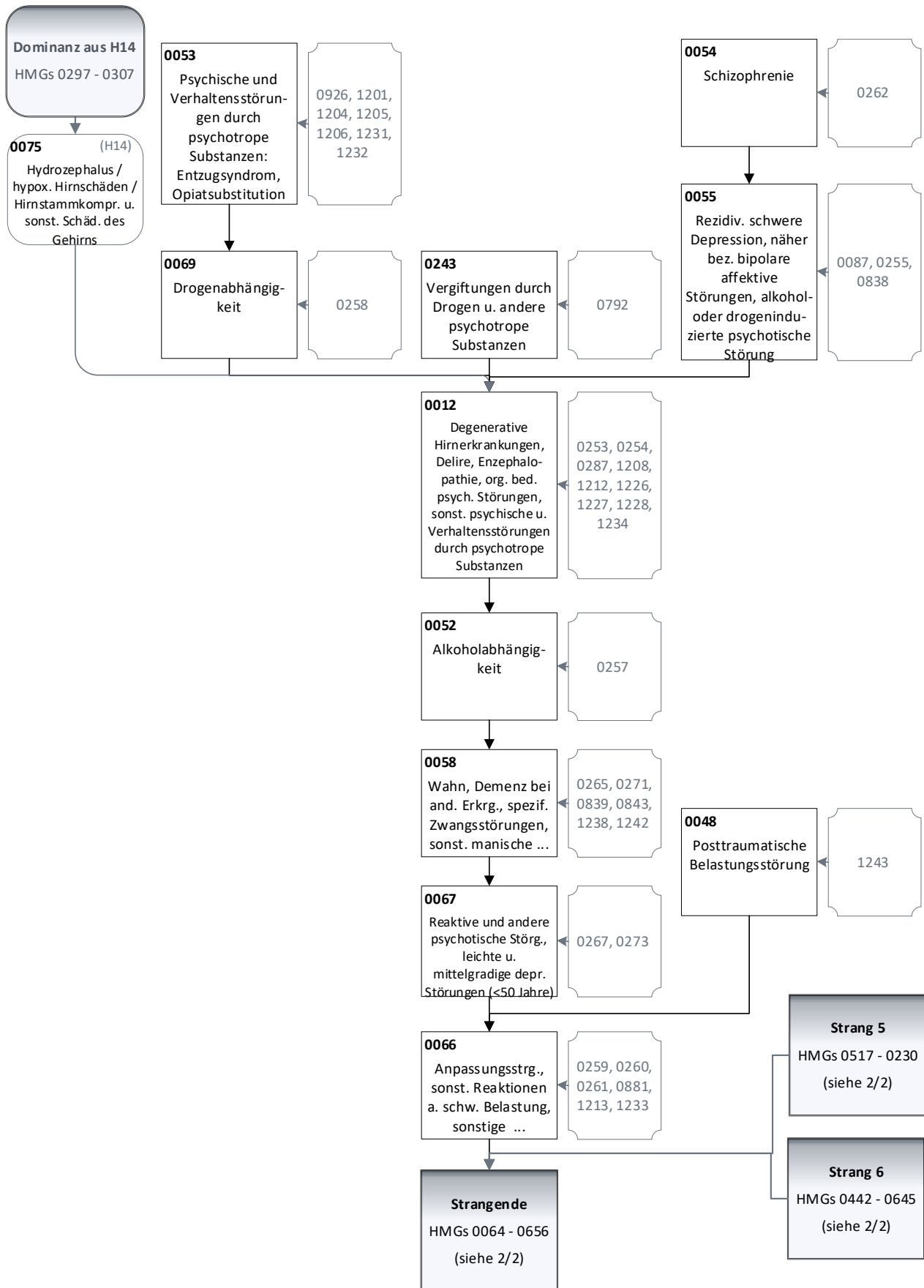
Quelle: BAS

Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2)



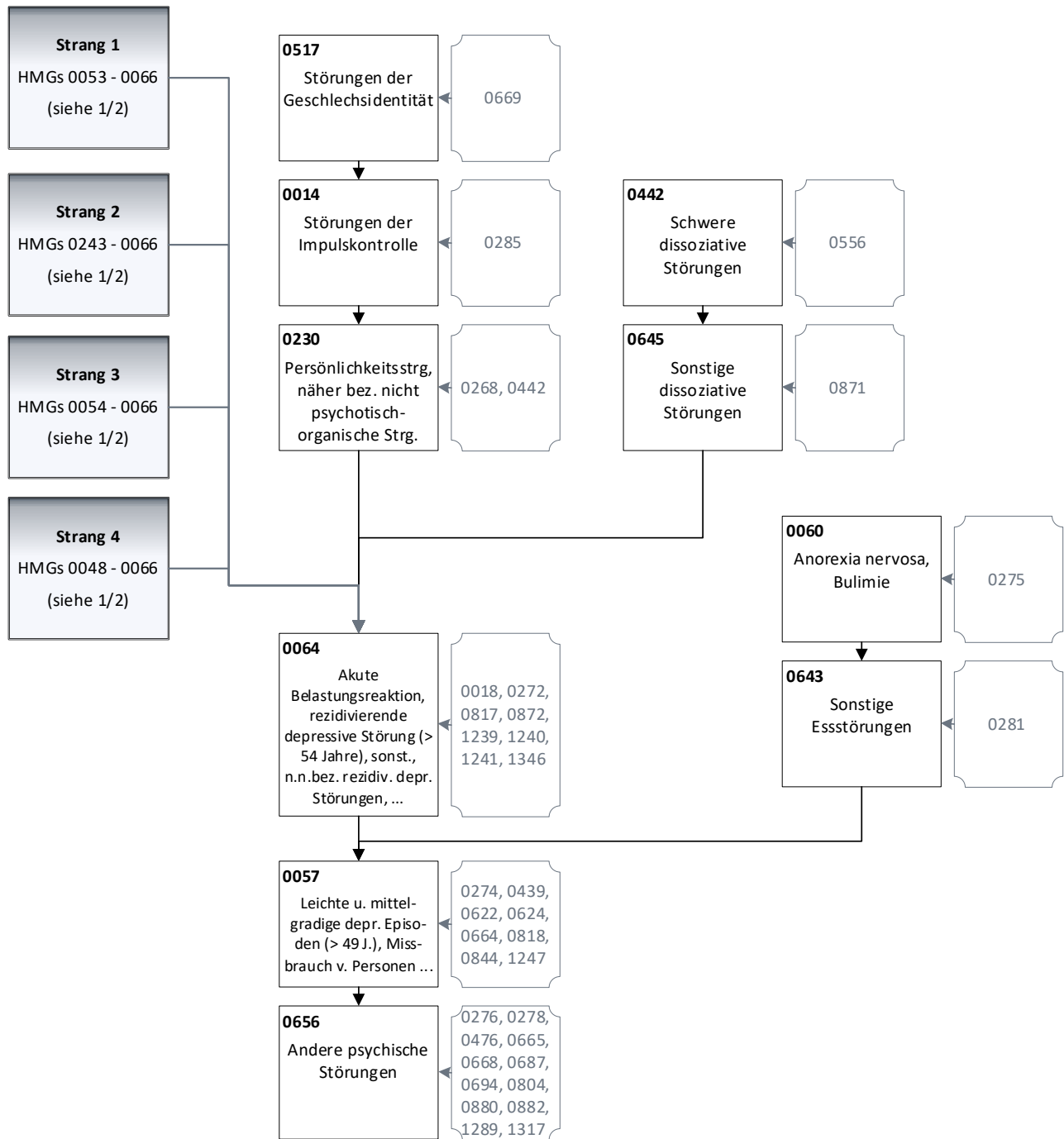
Quelle: BAS

Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2)



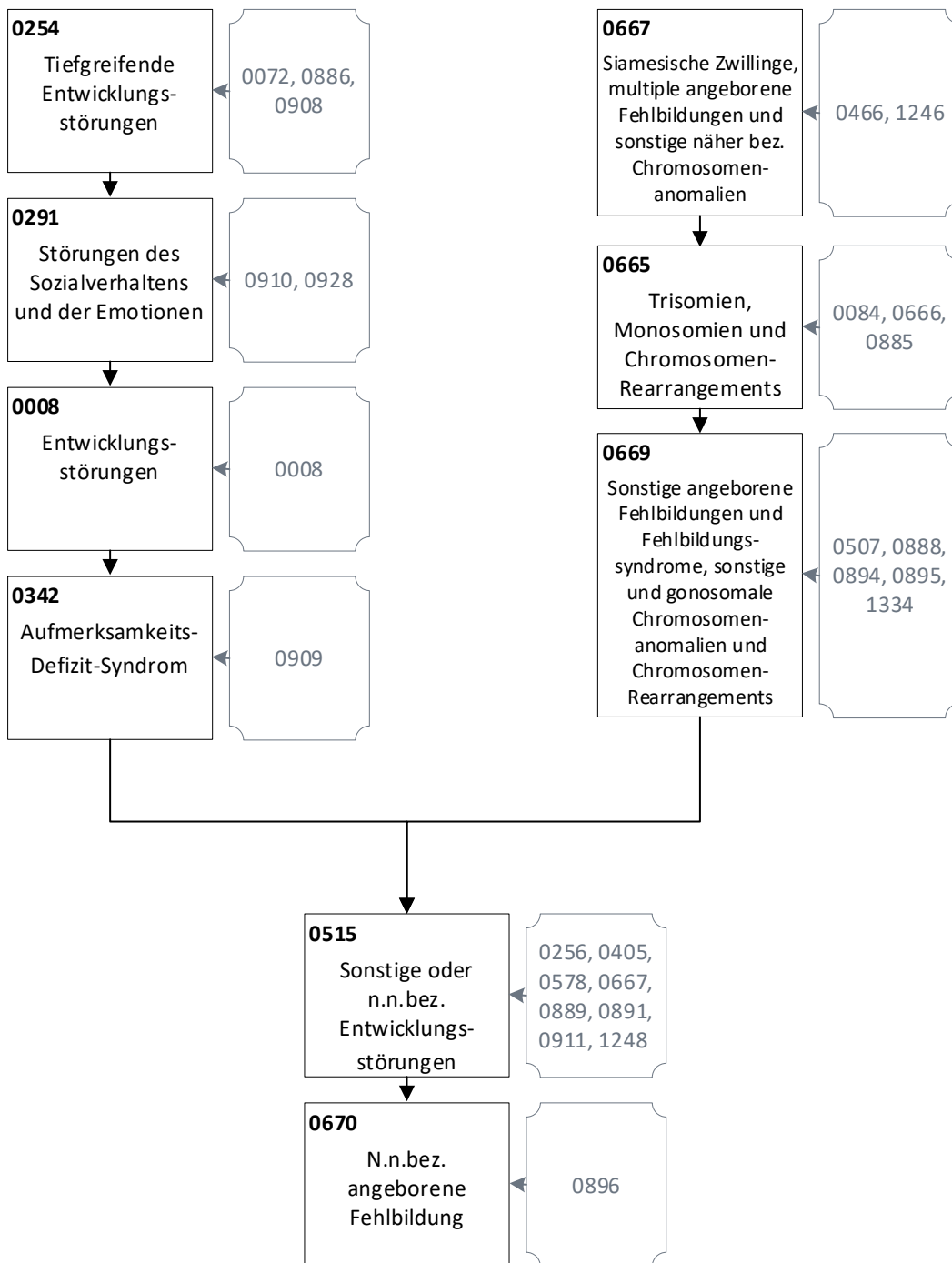
Quelle: BAS

Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2)



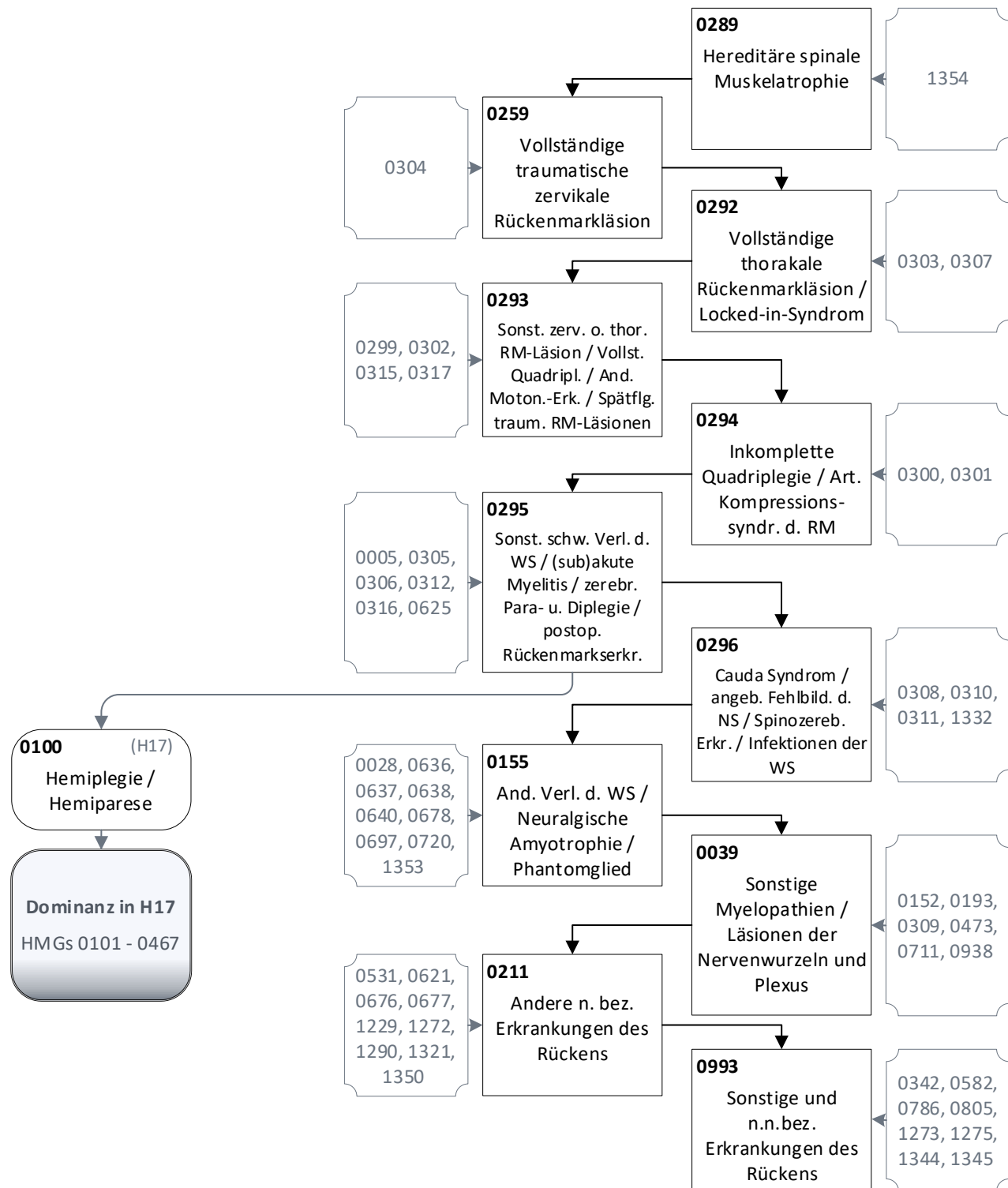
Quelle: BAS

Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1)



Quelle: BAS

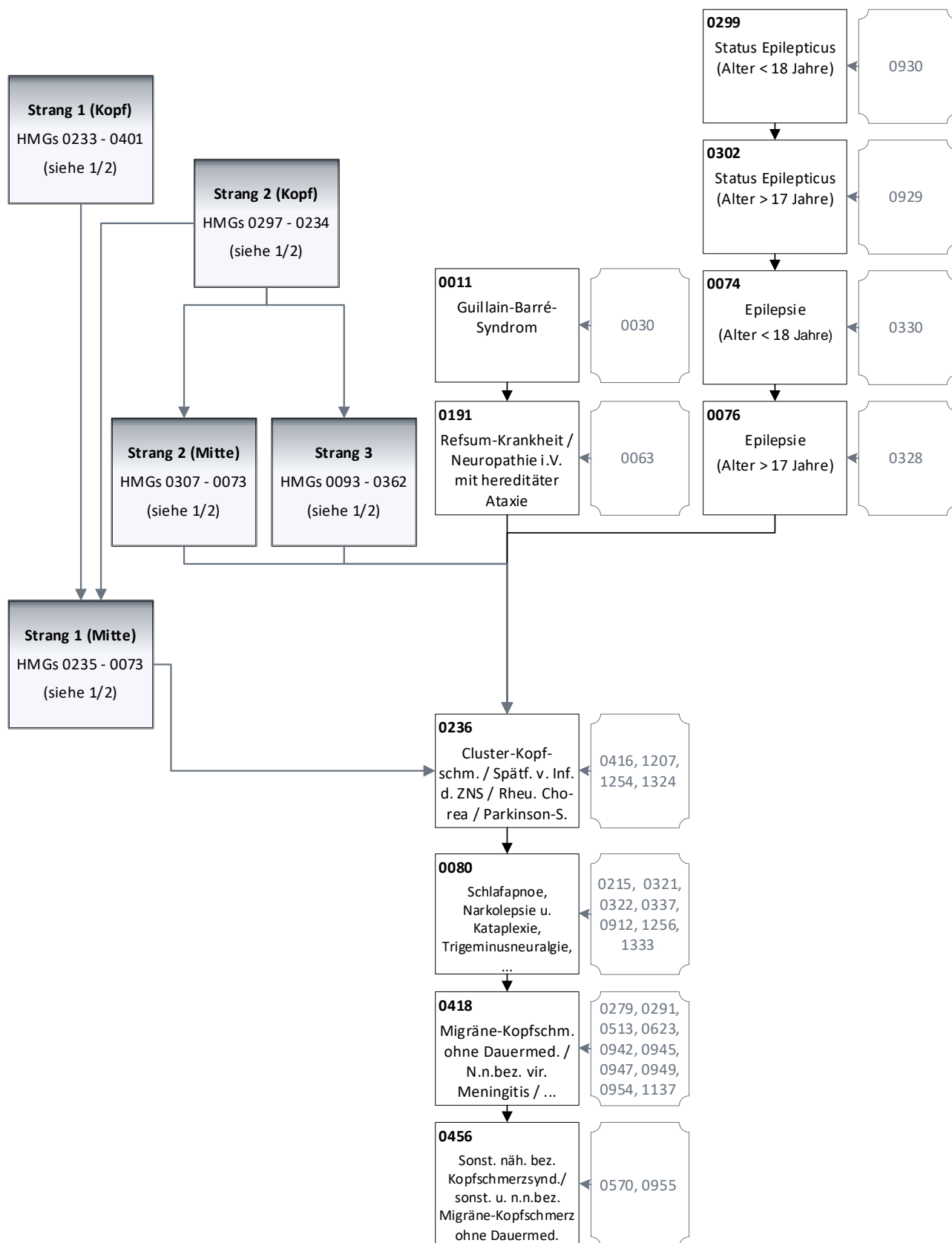
Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (1/1)



Quelle: BAS

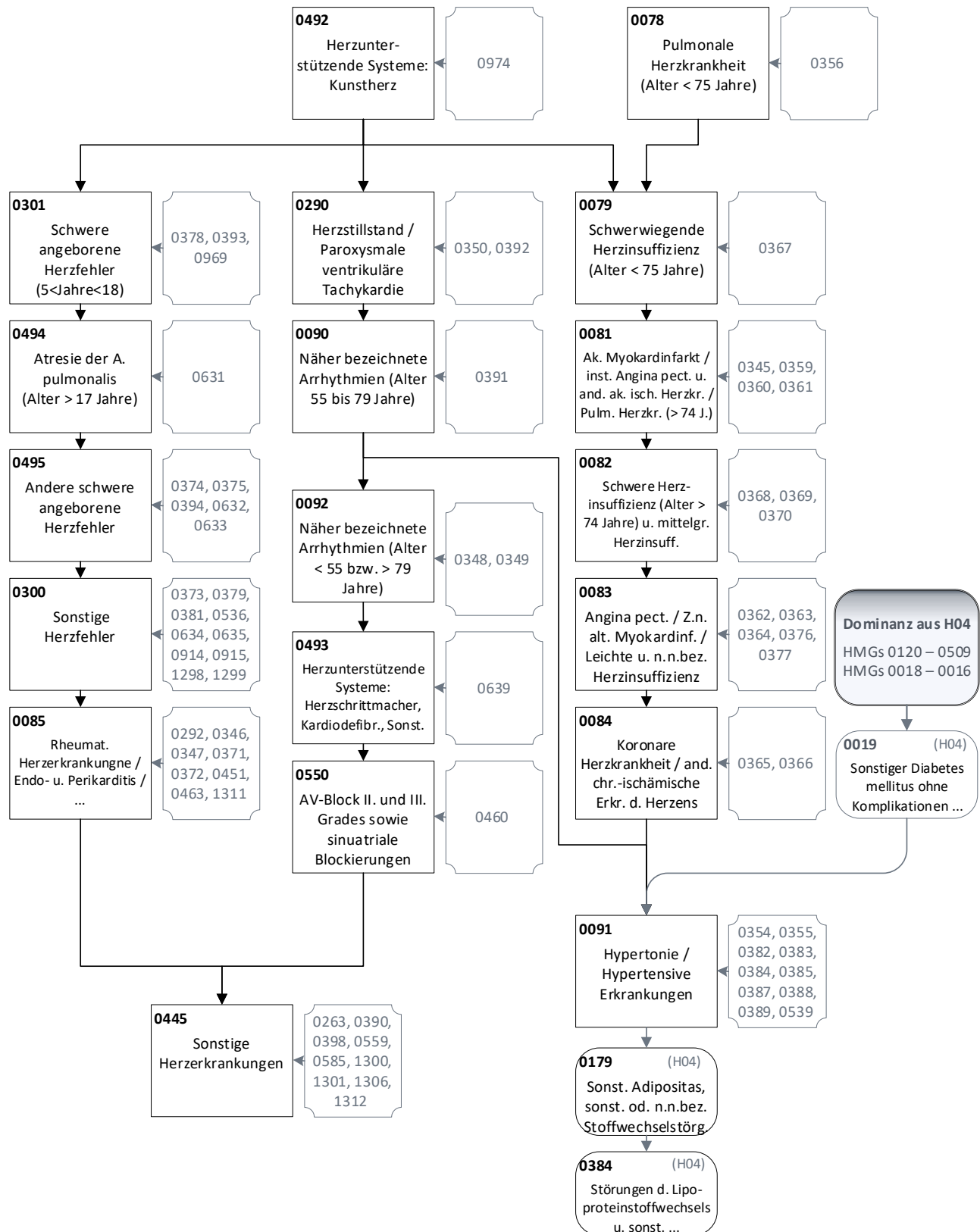


Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2)



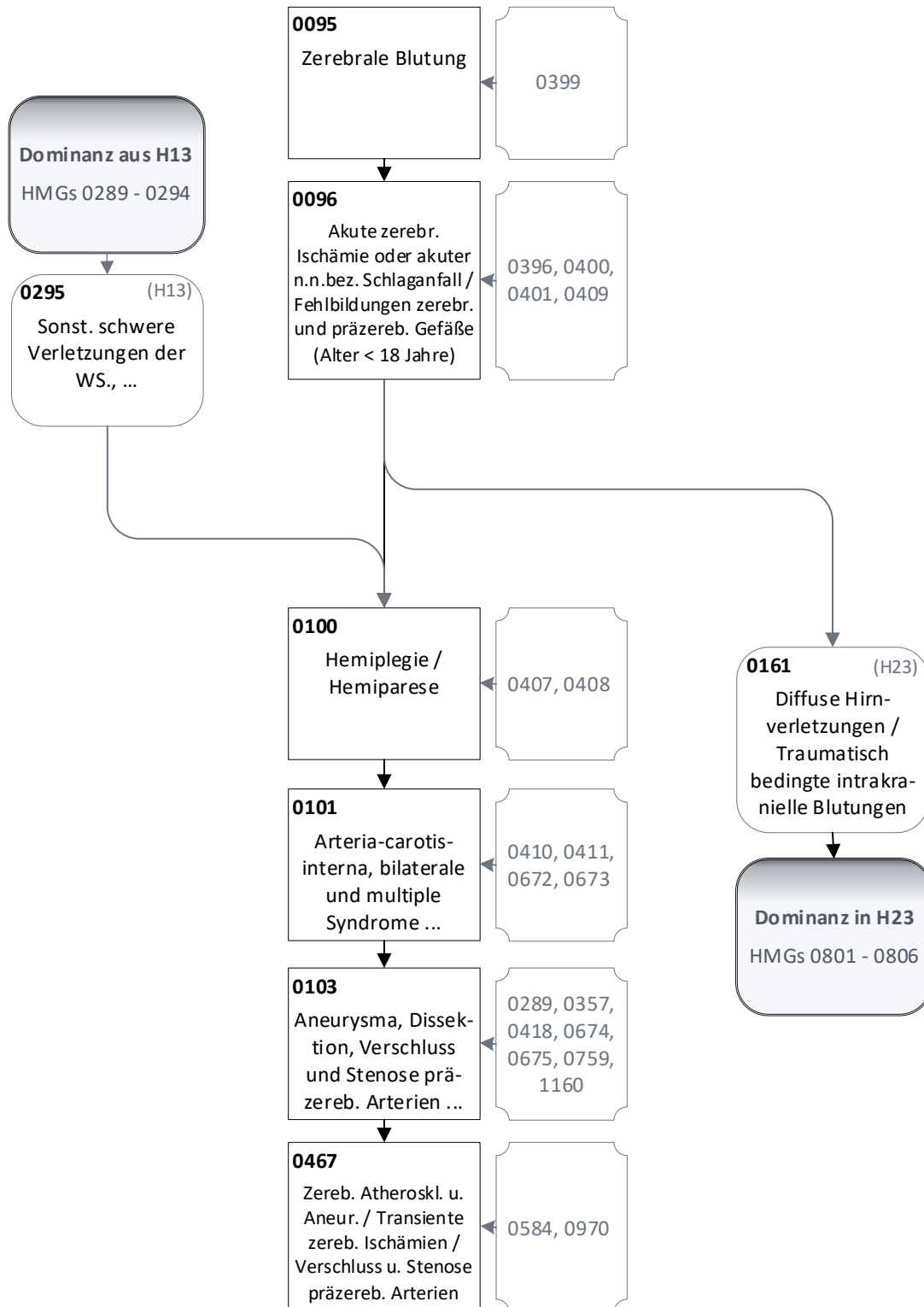
Quelle: BAS

Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1)



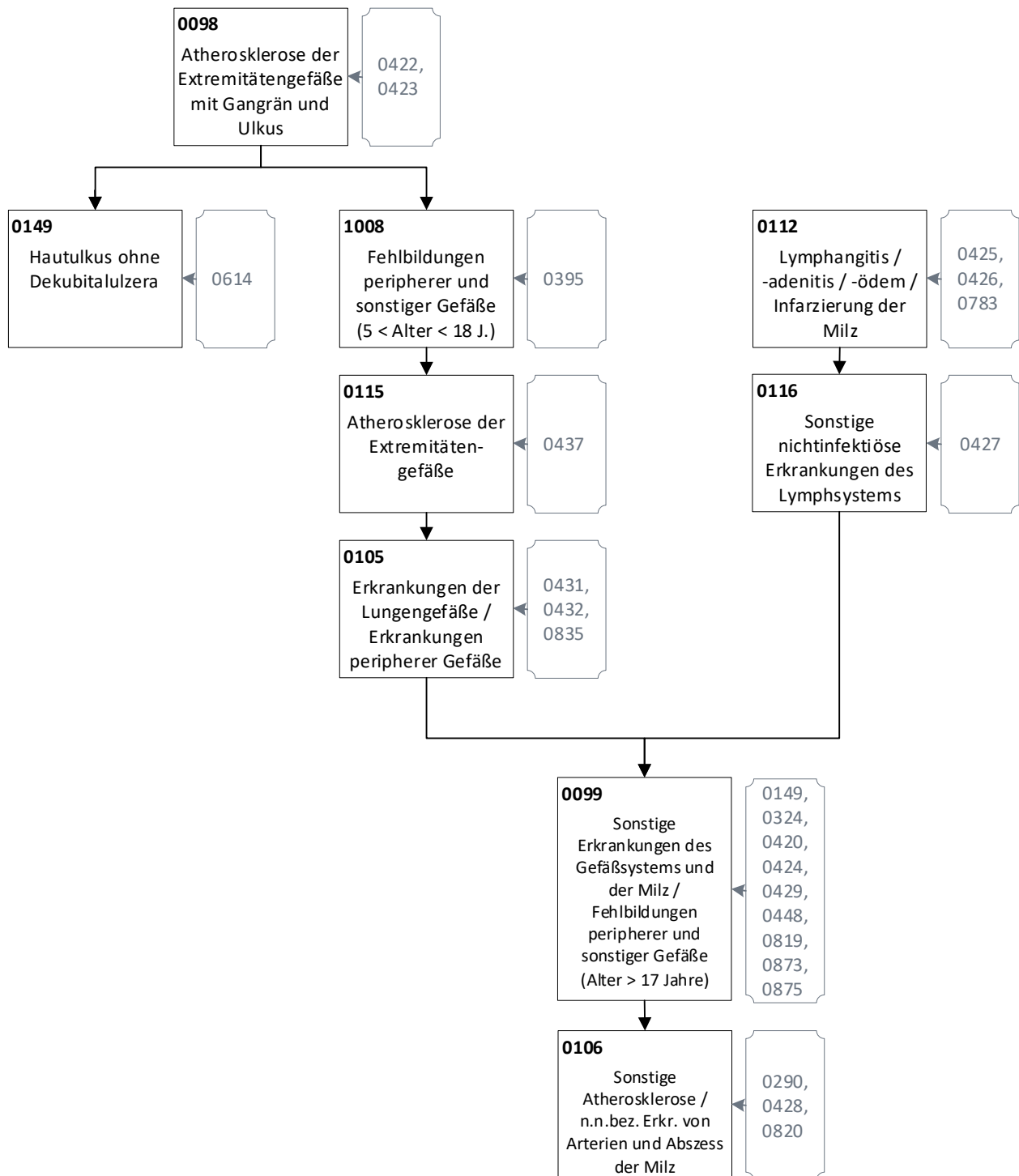
Quelle: BAS

Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1)



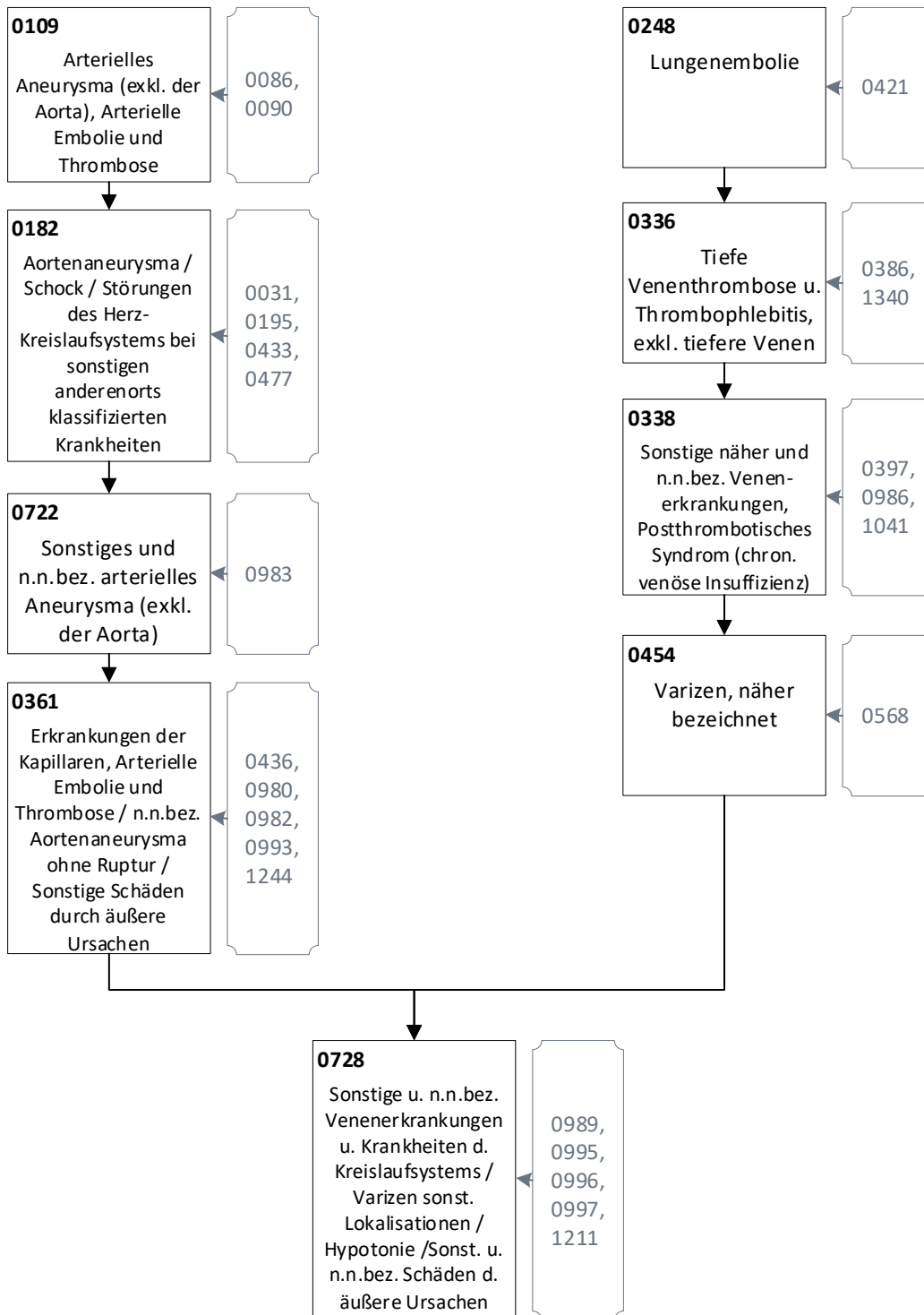
Quelle: BAS

Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2)



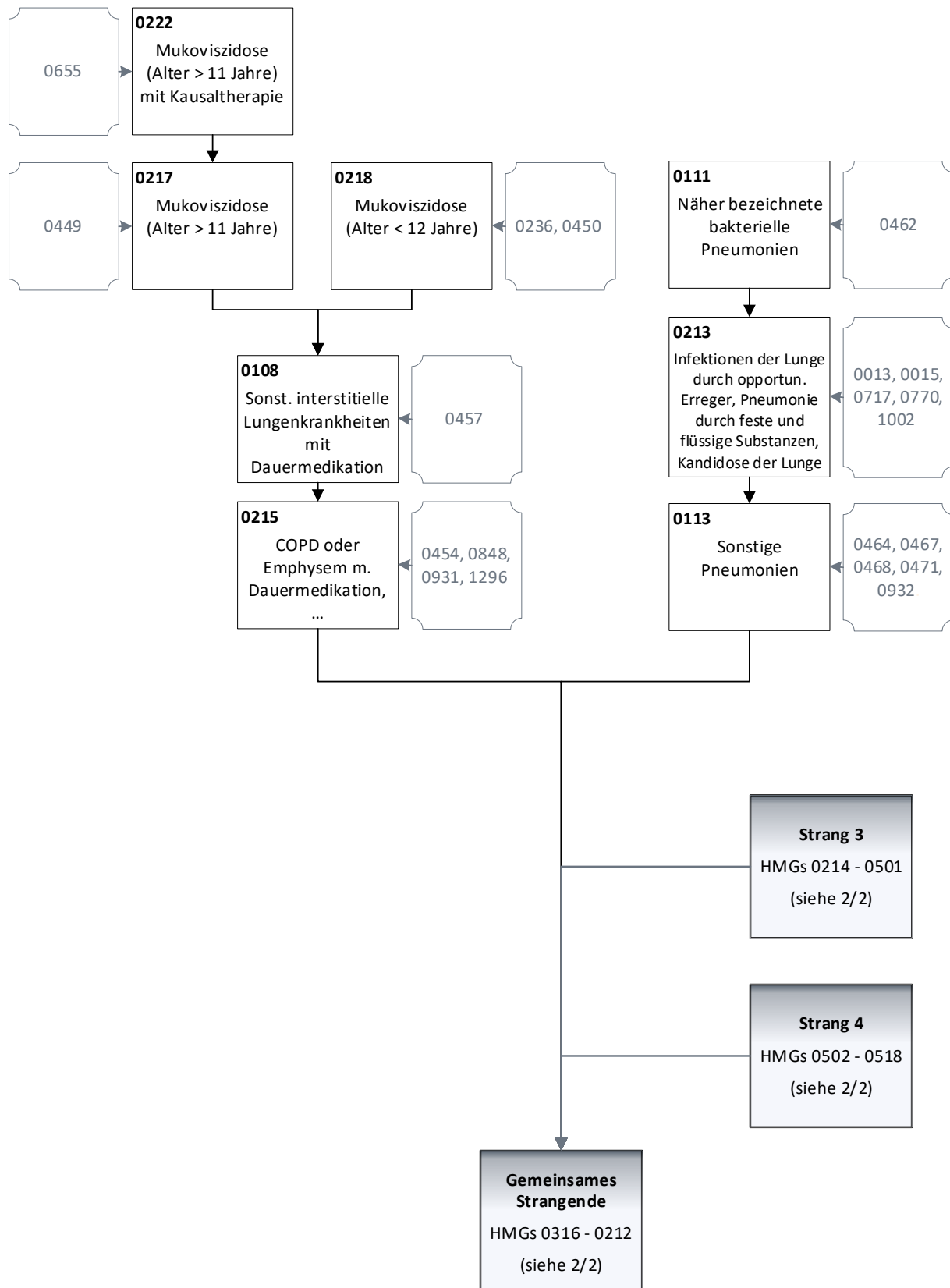
Quelle: BAS

Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2)



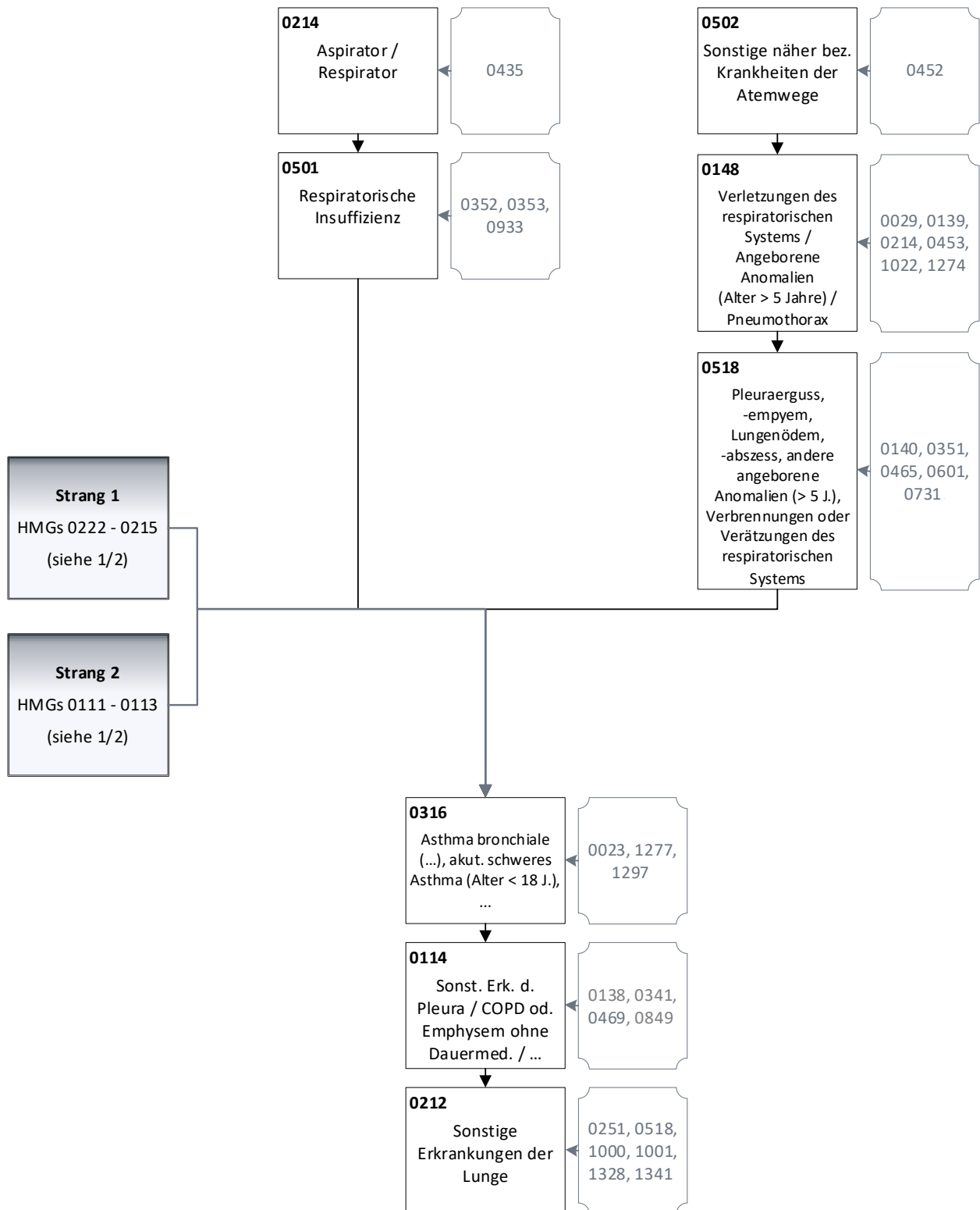
Quelle: BAS

Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1)

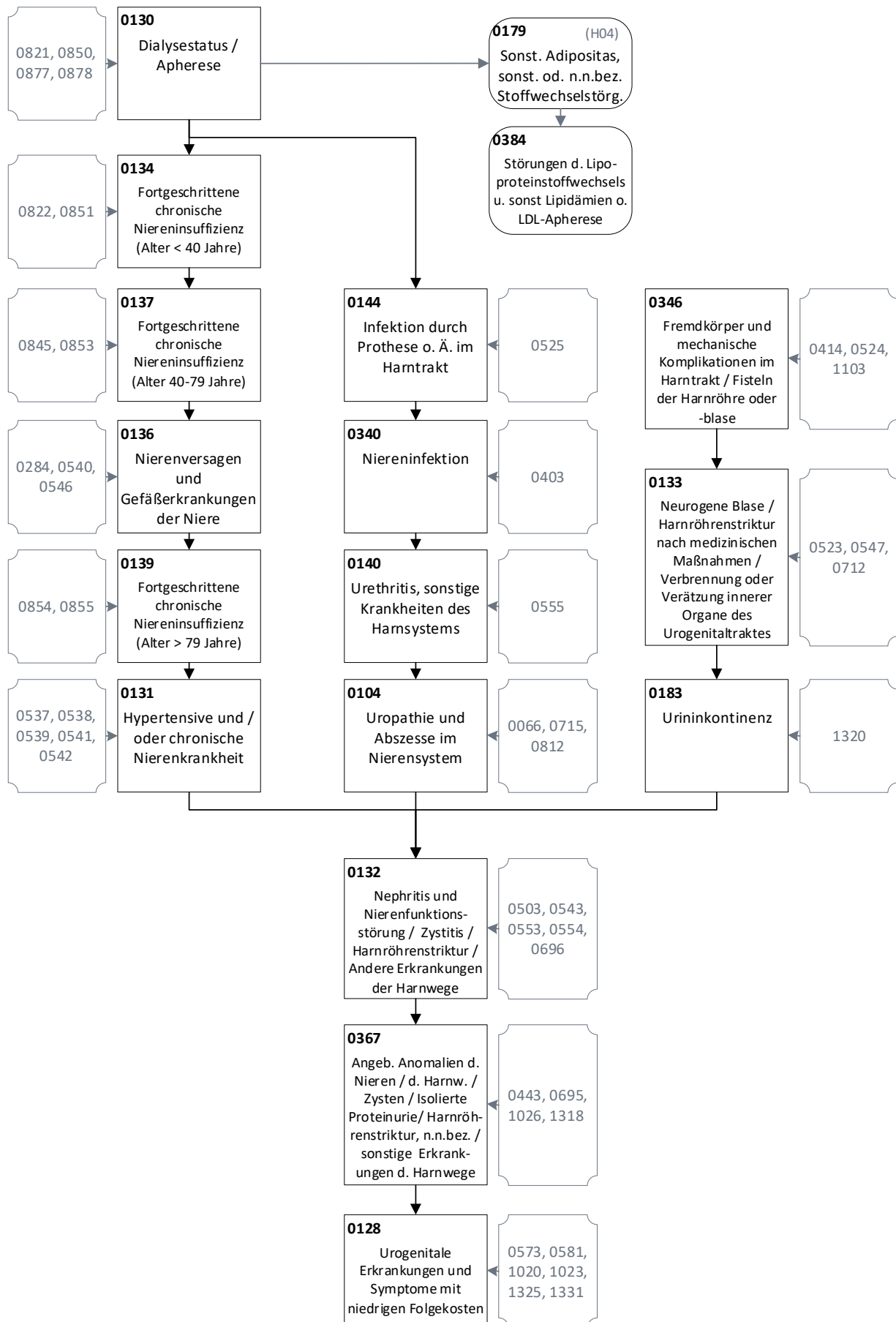
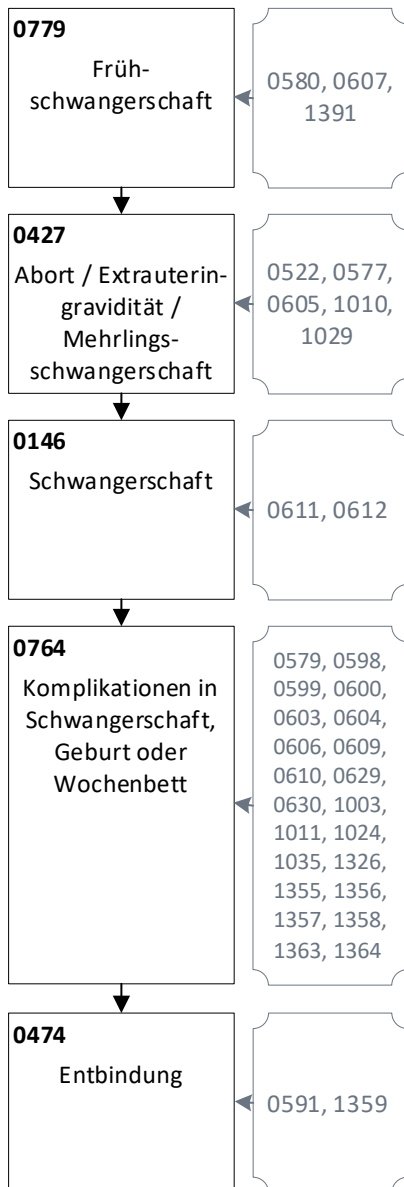
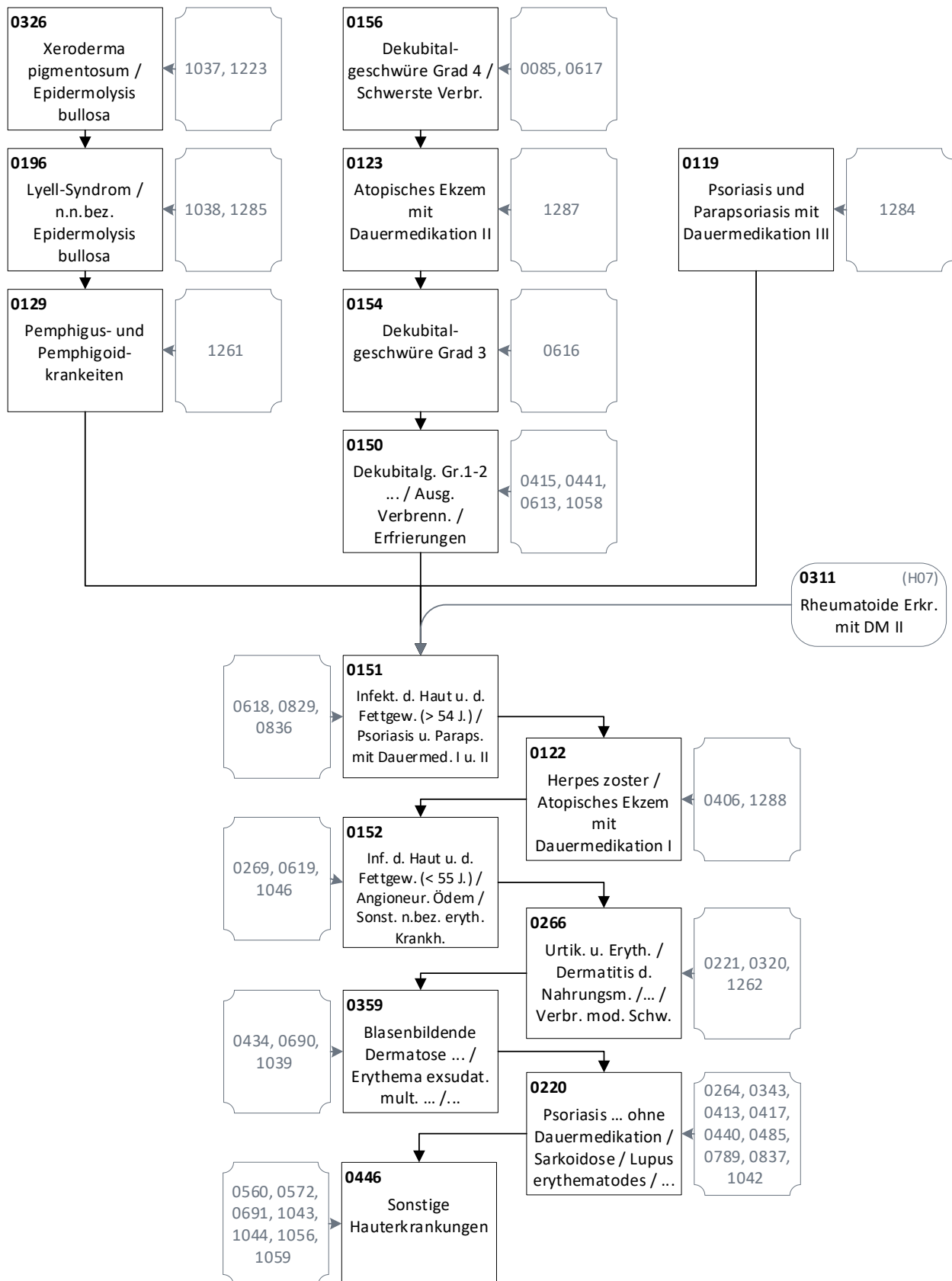


Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1)



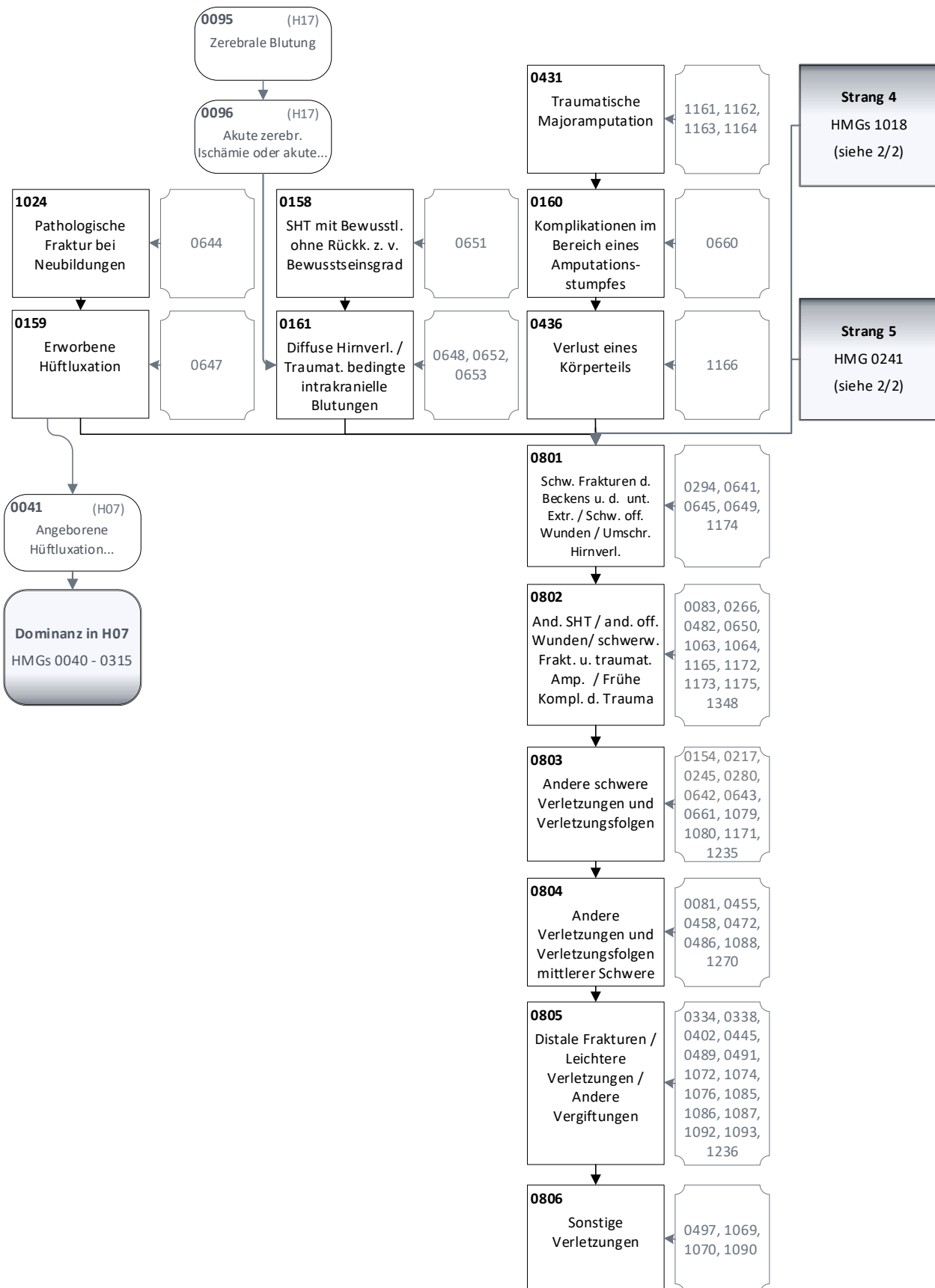
Quelle: BAS

Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1)



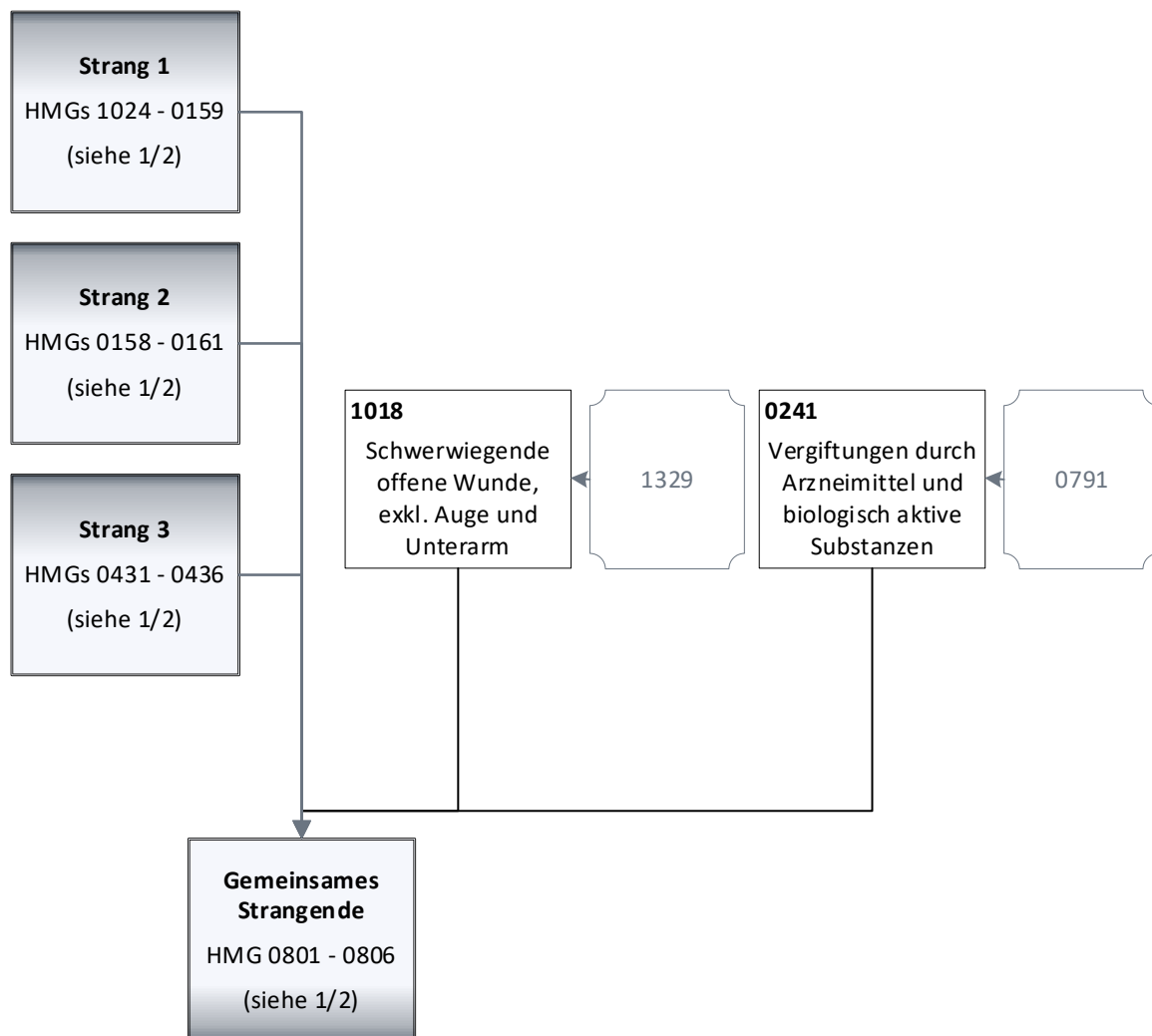
Quelle: BAS

Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2)



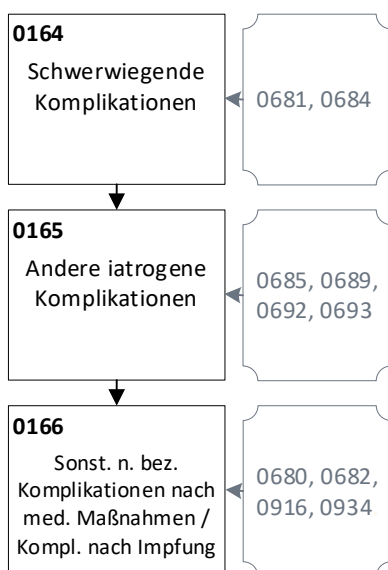
Quelle: BAS

Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2)



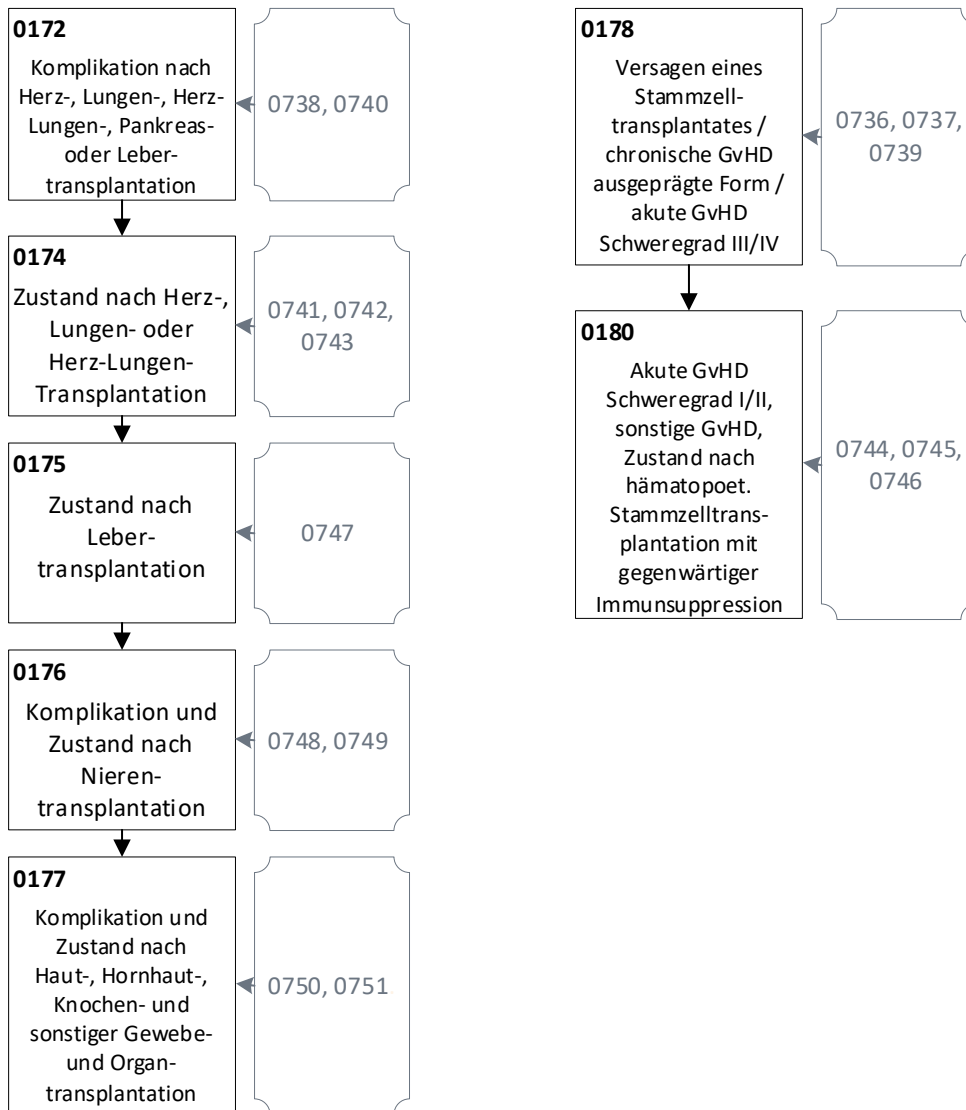
Quelle: BAS

Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1)



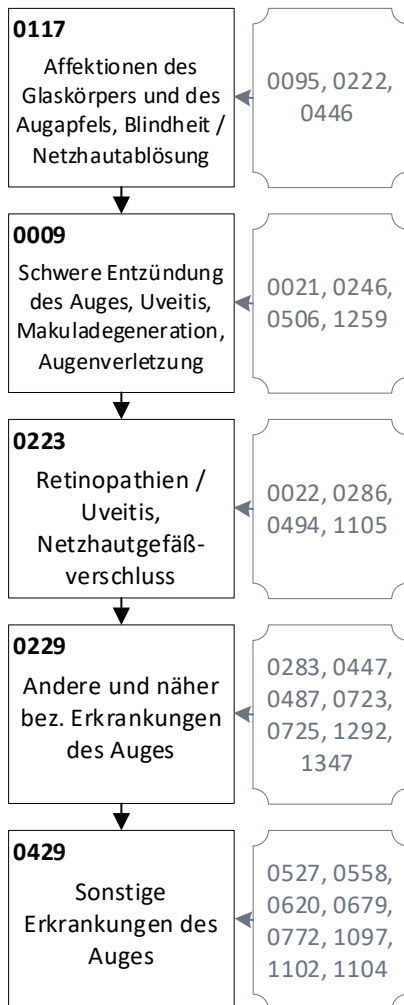
Quelle: BAS

Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1)



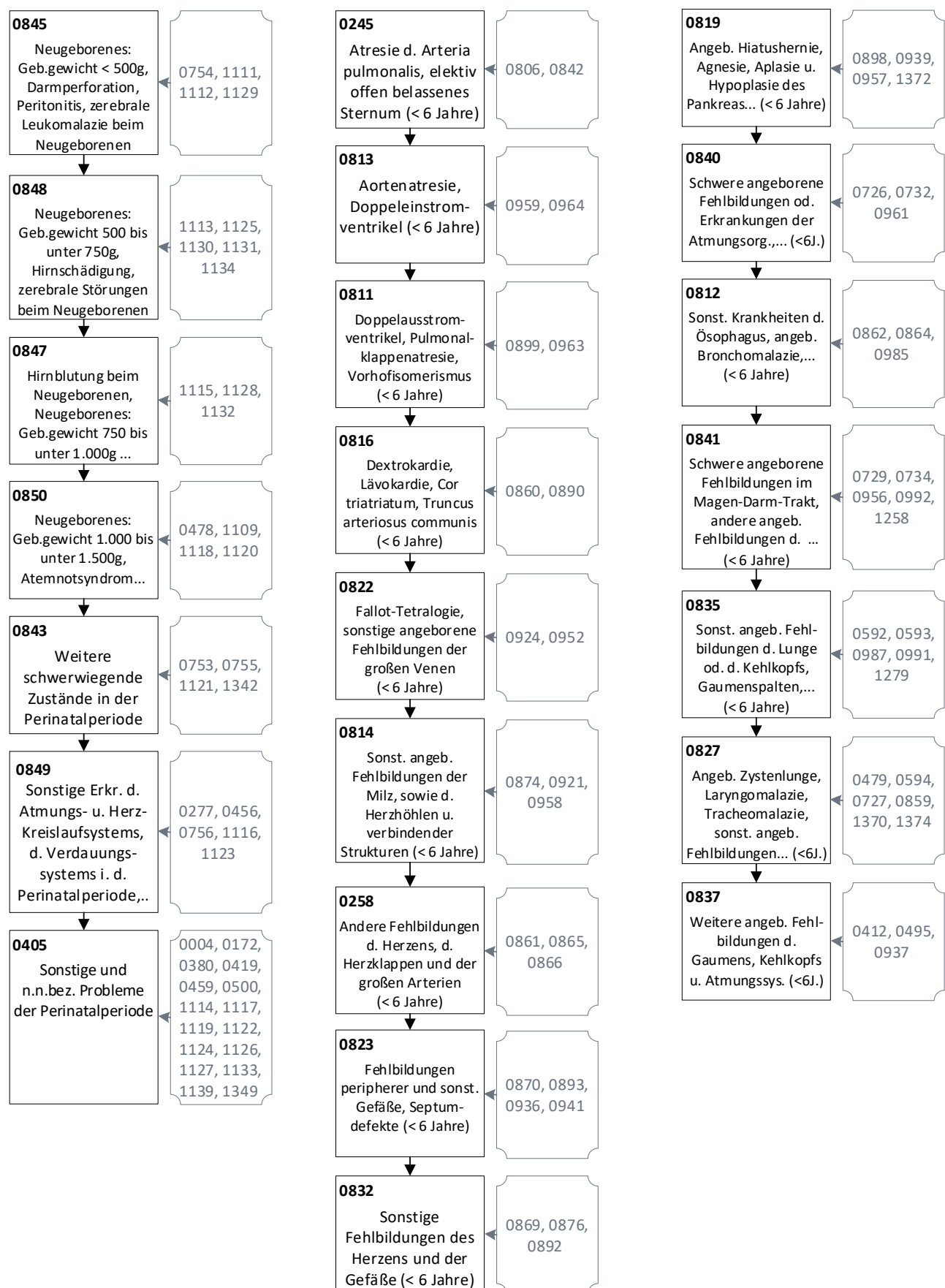
Quelle: BAS

Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1)



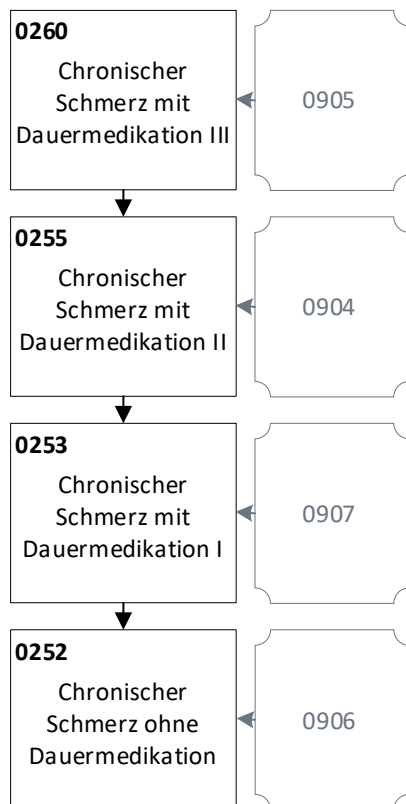
Quelle: BAS

Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1)



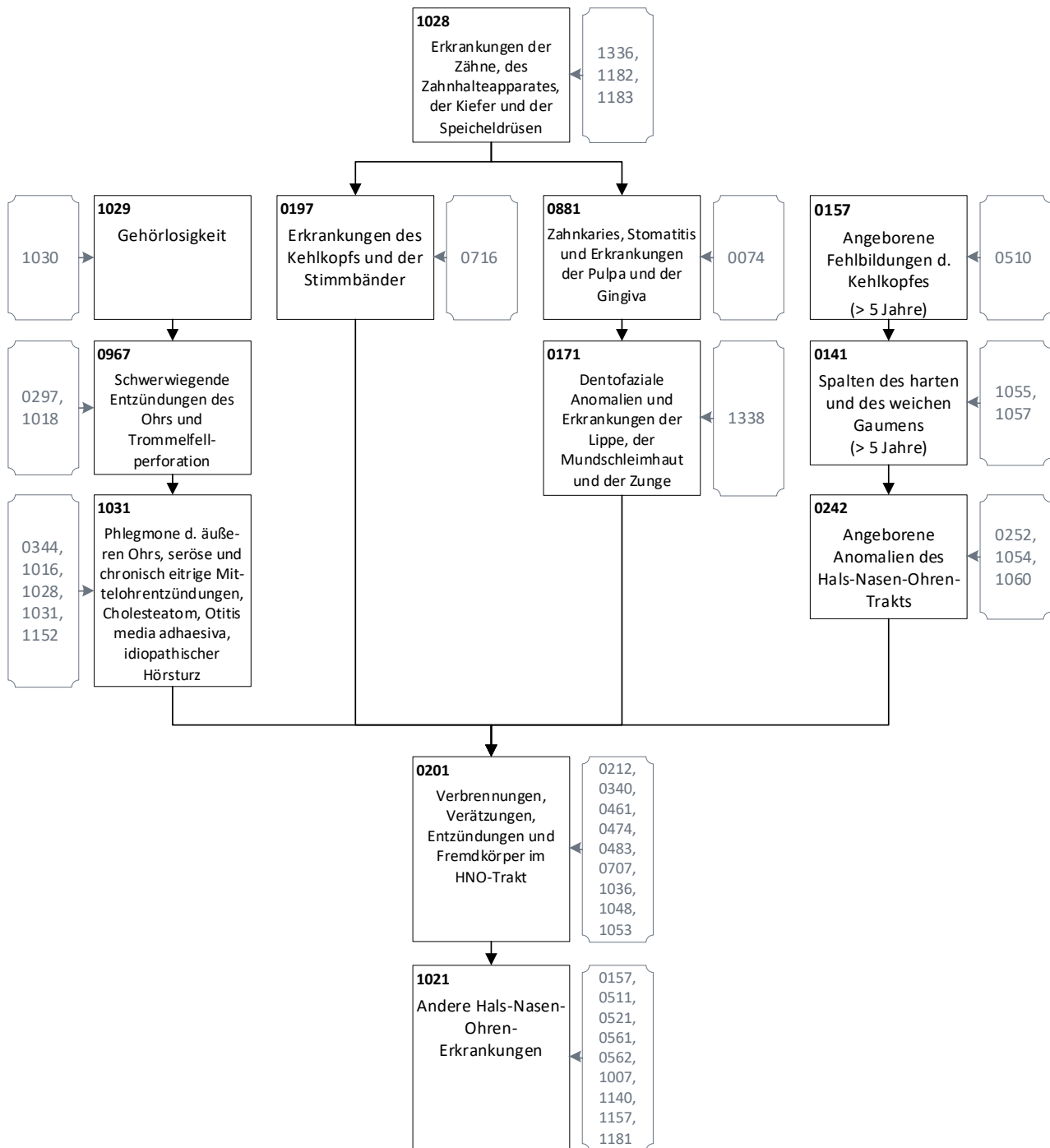
Quelle: BAS

Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1)



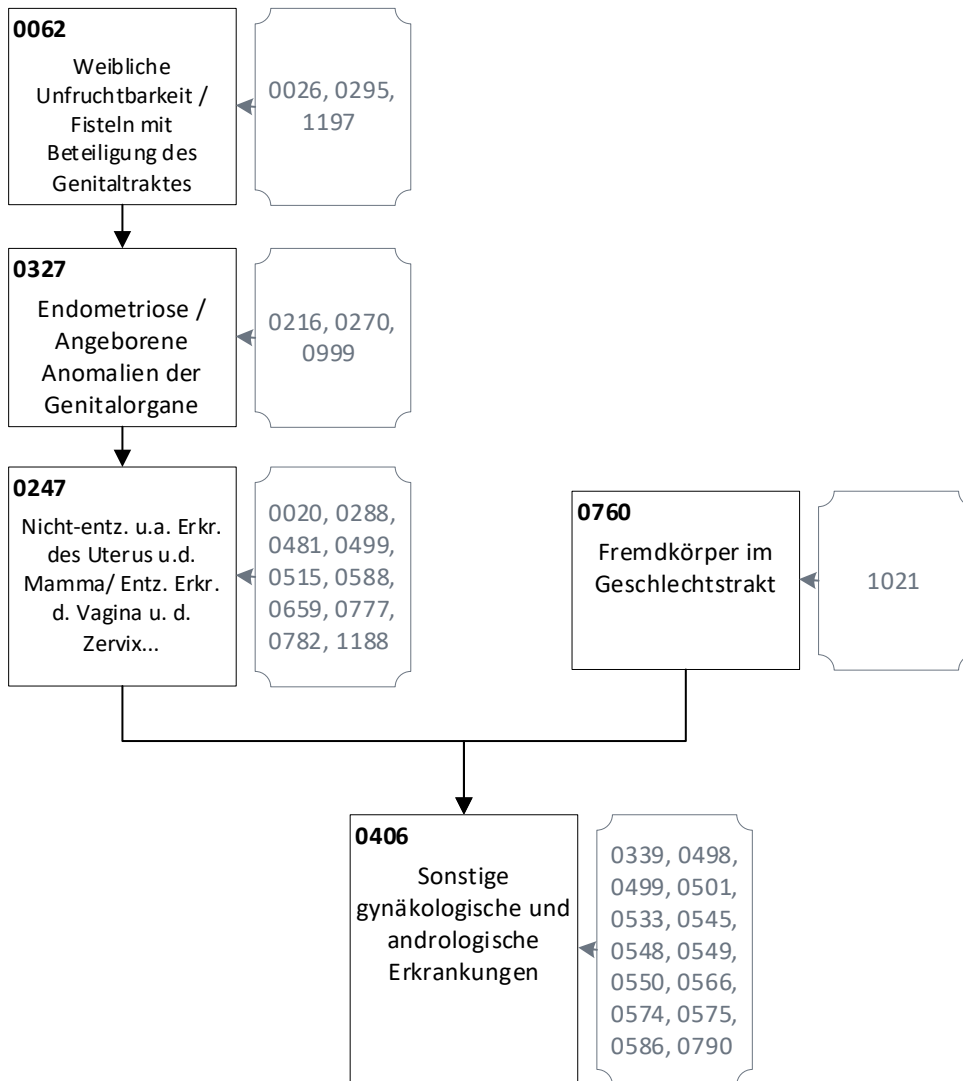
Quelle: BAS

Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS

Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1)



Quelle: BAS