KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

BUNDESÄRZTEKAMMER

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON RISIKOGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVERFAHREN UND BERECHNUNGSVERFAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR 2027

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die diesjährigen Modellanpassungen zeichnen sich im Vergleich zu den Ausgleichsjahren 2025 und 2026 durch umfassendere Umstrukturierungen mehrerer Hierarchien inkl. der Arzneimittelzuordnungen aus. Zielsetzung der Bearbeitung war dabei weiterhin die Beseitigung von Hierarchieverletzungen und die Umsetzung noch offener Vorschläge aus vorherigen Anpassungszyklen. Die KBV begrüßt, dass Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter durch Zusammenlegung und Konsolidierung in den einzelnen Hierarchien erhöht werden.

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

Als Ärzteschaft besteht weiterhin Interesse, sich regelmäßig an der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu beteiligen z. B., in Form des seinerzeit einmal jährlich stattfindenden Austauschs, den wir jeweils als sehr informativ und konstruktiv empfunden haben.

METHODIK (KAP. II 4-5)

STATISTISCHE BEWERTUNGSKRITERIEN UND DATENBESCHREIBUNG

- **Statistische Bewertungskriterien**

Die grundsätzliche Berechnung der statistischen Kennzahlen durch einen Abgleich der tatsächlichen Kosten mit den durch das Modell vorhergesagten Kosten, die Verwendung eines Risikopools sowie die konkreten Kennzahlen auf Individualebene (R^2, MAPE, CPM) sind, bei Aktualisierung der Datengrundlage, quasi analog wie in den Vorjahren erläutert.

Geändert hat sich, dass die „Spanne der versichertengruppenbasierten Deckungsbeiträge und Deckungsquoten“ nun nicht mehr berichtet wird, hier ist der Grund zunächst nicht ersichtlich. Dagegen wurden die gewichteten mittleren Ausgaben je Wohnland aufgenommen.

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

- **Weitere Bewertungskriterien**

Das BAS erwähnt, wie im Vorjahr, die Einbeziehung weiterer Kriterien zur Bewertung, die z. B. darauf basieren, dass durch das Modell und die Daten keine unerwünschten Anreize generiert werden bzw. Möglichkeiten zur Manipulation geboten werden. Hier ist weiterhin nicht klar zu erkennen, wie dies formal umgesetzt wird.

- **Datensatzaufbereitung und -beschreibung**

In der betrachteten Periode werden die Morbiditätsdaten aus dem Berichtsjahr 2023 und die Versichertenstammdaten und Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahrs 2024 für die berücksichtigten Versicherten für den Morbi-RSA verwendet. Das BAS gibt Kennzahlen der Verteilung der Leistungsausgaben an und vergleicht sie mit den entsprechenden Vorjahreswerten. Die Entwicklung der Zahlen setzt einen andauernden, steigenden Trend fort. Dies erscheint plausibel.

Bei den Auszählungen zum Risikopool zeigt sich, dass mehr Versicherte den Schwellenwert überschreiten als im Vorjahr, wobei auch der Schwellenwert selbst höher als im Vorjahr ist.

Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.

ENTWICKLUNG DES AUSGANGSMODELLS FÜR DAS AUSGLEICHSJAHR 2027

- **Anpassungen an die ICD-10-GM 2026**

In der ICD-10-GM sind für das Jahr 2026 88 neue Kodes hinzugekommen. Diese werden für das Ausgleichjahr (AJ) 2027 nachvollziehbar den Krankheiten zugeordnet. Davon werden 36 ICD-10-GM-Kodes in die DXG (Diagnosegruppen) und HMG (Hierarchisierte Morbiditätsgruppen) eingeordnet. Die Zuordnungen sind grundlegend sachgerecht und nachvollziehbar.

Die KBV und die BÄK nehmen zur Kenntnis, dass keine ICD-10-GM-Kodes aus der Ausschlusskategorie in das Ausgangsmodell aufgenommen wurden.

- **Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes**

Die zusätzliche Aufnahme weiterer, bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-10-GM-Kodes, gemäß den Vorschlägen des GKV-SV und einzelner Verbände der Krankenkassen aus den Anhörungsverfahren für das AJ 2022 und Folgejahre, wird grundsätzlich begrüßt. Die Zuordnung der 27 ICD-10-GM-Kodes zu den Hierarchien und Krankheiten ist nachvollziehbar. Zu den Zuordnungen der ICD-10-GM-Kodes zu DxGs und HMGs siehe auch Kommentierung unter den einzelnen Hierarchien.

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

Siehe Kommentierungen zu den Arzneimittelanpassungen unter den einzelnen Hierarchien

- **Kennzahlen des Ausgangsmodells**

Auf eine Kommentierung wird verzichtet.

ANPASSUNGEN DER HIERARCHIEN (KAP. III 6-17)

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

HIERARCHIE 01 „INFEKTIONEN“

Die HMG0006 (SIRS) beinhaltet die ICD-10-GM-Kodes R65.0, R65.1, R65.2, R65.3 und R65.9.

Die Hierarchisierung bzw. Zusammenlegung der HMG0002 (Sepsis) und der HMG0006 (SIRS) ist rein medizinisch nicht ganz nachvollziehbar. Zum einen wären die ICD-10-GM Kodes R65.2! (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] **nichtinfektiöser** Genese ohne Organkomplikationen) und R65.3! (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] **nichtinfektiöser** Genese mit Organkomplikationen) gerade nicht im Zusammenhang mit einem infektiven Geschehen zu kodieren und

damit nicht der Hierarchie 01 („Infektionen“) zuzuordnen. Zum anderen ist gemäß Deutscher Kodierrichtlinie (DKR) 0105w „…Aufgrund der seit 2017 gültigen Sepsis-Definition (Sepsis-3) […] der Kode R65.0! nicht mehr mit der auslösenden Grundkrankheit Sepsis […] zu kombinieren…“. Darüber hinaus besagt die „S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025“ unter anderem: „…Die überholten Sepsis-Definitionen (Sepsis-1 von 1992 und Sepsis-2 von 2001) beruhten auf dem SIRS-Konzept (Systemisches-Inflammatorisches-Response-Syndrom).[12, 13] Die SIRS-Kriterien, die eine Hypo- (≤ 36°C) oder Hyperthermie (≥ 38°C), Tachykardie (≥ 90/min), Tachypnoe (≥ 20/min) sowie eine Leukozytose ≥ 12.000/µl oder Leukopenie ≤ 4.000/µl und/oder Linksverschiebung > 10 % umfassen, sind **weder spezifisch noch besonders sensitiv für Infektionen**.“

Zusammenfassend käme damit aus medizinischem und klassifikatorischem Blickwinkel heraus allenfalls der ICD-10-GM-Kode R65.1! aus der HMG0006 (SIRS) für die neue, kombinierte HMG0002 (Sepsis, SIRS) infrage.

Die Integration der DxG1135 (COVID-19) und der DxG1136 (Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19) in die HMG0430 (Sonstige Infektionen) kann anhand der Kennzahlen nachvollzogen werden.

HIERARCHIE 02 „NEUBILDUNGEN“

Medizinisch gesehen ist eine Verschiebung der DxG 0981 (Myelodysplastische Syndrome) aus der Hierarchie 08 („Hämatologische Erkrankungen“) in die Hierarchie 02 („Neubildungen“) nachvollziehbar, da das Myelodysplastische Syndrom den hämatologischen Neubildungen zuzuordnen ist. Dann könnte man konsequenterweise darüber nachdenken, die Polycythaemia vera (DxG 0229) ebenfalls aus der Hierarchie 08 in die Hierarchie 02 zu verschieben, da auch diese Erkrankung den hämatologischen Neubildungen zugeordnet werden kann.

Die gleichrangige Aufnahme der jeweils acht ICD-10-GM-Kodes für das Myelodysplastische Syndrom in die DxGs 971 (Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern), 972 (Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren), 973 (Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid), 981 (Myelodysplastische Syndrome) und 1025 (Bösartige Neubildungen: Therapie mit hämatopoetischen Wachstums- und Differenzierungsfaktoren) kann medizinisch nachvollzogen werden.

Die Abstufung des ICD-10-GM-Kodes D15.9 (Gutartige Neubildung: Intrathorakales Organ, nicht näher bezeichnet) ist verständlich: Bei Vorlage des Ergebnisses einer feingeweblichen Untersuchung wäre ohnehin spezifischer zu kodieren.

Den Erläuterungen zur Konsolidierung der Hierarchie 02 kann gefolgt werden.

HIERARCHIE 05 „ERKRANKUNG DER LEBER“

Es werden umfangreiche Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes erläutert. Diese sind größtenteils medizinisch und klassifikatorisch nachvollziehbar.

Nicht ganz einleuchtend sind die Verschiebungen der Echinokokkose-Kodes. Offenbar soll eine Einteilung in näher benannte und nicht näher benannte Echinokokkosen erfolgen. Dies erscheint aus medizinischer Sicht ungünstig. Auch wenn z. T. der Erreger bzw. der Organbefall nicht genau bezeichnet sind, handelt es sich in jedem Falle um Echinokokkus-Erkrankungen, die eine z. T. längerfristige medikamentöse Behandlung erfordern. Insofern ist zwar die (teilweise) Integrierung der DxG0147 in die DxG0608 nachvollziehbar, eine Abtrennung der Kodes B67.8 und B67.9 in eine neue DxG0897 mit anderer Hierarchieposition aber nicht. Medizinisch gesehen müssten auch die Kodes B67.8 und B67.9 der DxG0608 zugeordnet werden.

Die Zuordnung der alkoholischen Leberaffektionen sollte ggf. nochmal geprüft werden. Aus medizinischer Sicht wäre die Alkoholische Hepatitis als akute Lebererkrankung der DxG0148 zuzuordnen.

Auch die Hierarchisierung von Zuständen mit chronischem Leberversagen ist medizinisch nicht ganz nachvollziehbar: Ein unspezifisch kodiertes chronisches Leberversagen (z.B. ICD-10-GM-Kode K72.18) führt unabhängig vom Grad der hepatischen Enzephalopathie in die oberste Hierarchieebene (HMG0025). Bei

einem spezifisch kodierten alkoholisch bedingten chronischen Leberversagen (ICD-10-GM-Kode K70.41) muss mindestens eine hepatische Enzephalopathie 3. Grades vorhanden sein, damit auch die oberste Hierarchieebene erreicht wird (über den Kode K72.73). Wenn der Grad der hepatischen Enzephalopathie entscheidend für die Einordnung in die oberste Hierarchieebene ist, müsste dies gleichwertig für alle Leberaffektionen gelten, die typischerweise mit einer hepatischen Enzephalopathie einhergehen. Ansonsten wird unspezifisches Kodieren möglicherweise „belohnt".

HIERARCHIE 06 „GASTROINTESTINALE ERKRANKUNGEN"

Bei Vergleich der Kostenschätzer der neu aufgenommenen ICD-10-GM-Kodes für das Vorhandensein und die Versorgung von künstlichen Körperöffnungen fallen mit Abstand hohe Werte für das Gastrostoma auf. Hier stellt sich die Frage, ob die geschätzten Kosten tatsächlich „nur" aus dem Vorhandensein oder der Versorgung eines Gastrostomas (zumeist wohl eine PEG) resultieren oder aus den Gründen für die Anlage dieser künstlichen Körperöffnung. Das könnte problematisch sein, wenn die das Gastrostoma begründende Erkrankung einer anderen Hierarchie zuzuordnen ist.

Zur Aufhebung der externen Dominanzbeziehung zwischen der HMG0025 („Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathie Grad 3 und 4") der Hierarchie 05 („Erkrankungen der Leber") und der HMG0061 („Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung") in der Hierarchie 06 ist anzumerken, dass medizinisch durchaus Kausalzusammenhänge zwischen chronischen Leberaffektionen (insbesondere Fibrose / Zirrhose der Leber) und der Ausbildung gastrointestinaler Varizen (insbesondere an der Speiseröhre) bestehen. Vgl. hierzu die ICD-10-GM-Kodes I98.2 und I98.3, die der DxG0760 bzw. der HMG0061 zugeordnet sind und klassifikatorisch im Kreuz-Stern-System als sogenannte „Sternkodes" unter anderem an die Primärkodes K70 bis K71 sowie K74.- zu koppeln sind.

Ansonsten können die aufwändigen Anpassungen in der Hierarchie 06, die letztlich zu deren Vereinfachung und Konsolidierung geführt haben, medizinisch nachvollzogen werden.

HIERARCHIE 08 „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN"

Medizinisch gesehen ist eine Verschiebung der DxG 0981 (Myelodysplastische Syndrome) aus der Hierarchie 08 („Hämatologische Erkrankungen") in die Hierarchie 02 („Neubildungen") nachvollziehbar, da das Myelodysplastische Syndrom den hämatologischen Neubildungen zuzuordnen ist. Dann könnte man konsequenterweise darüber nachdenken, die Polycythaemia vera (DxG 0229) ebenfalls aus der Hierarchie 08 in die Hierarchie 02 zu verschieben, da auch diese Erkrankung den hämatologischen Neubildungen zugeordnet werden kann.

Der Verbleib der „Anämie bei Neubildungen" (DxG0247) in der Hierarchie 08 ist auch medizinisch und klassifikatorisch nachvollziehbar, da es sich dabei zwar um eine mit Neubildungen einhergehende Erkrankung handelt, diese aber selbst keine Neubildung darstellt.

Die Konsolidierung der Hierarchie 08 wird verständlich erläutert.

HIERARCHIE 11 „PSYCHISCHE, KOGNITIVE UND SUCHTERKRANKUNGEN"

Für das AJ 2027 werden in dieser Hierarchie zunächst eine Reihe von Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes für verschiedene neurologische Erkrankungen wie z. B. Enzephalopathien oder für Diagnosegruppen wie „Sonstige Hirndegenerationen", die im Klassifikationsmodell bisher den psychischen Erkrankungen zugeordnet waren, vorgenommen. Die Verschiebung in die Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen" ist bei Vorliegen von kognitiven Beeinträchtigungen, Deliren und Demenzen nachvollziehbar.

Im Weiteren werden vier ICD-10-GM-Kodes wie beispielsweise F17.2 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom" aus der Ausschlusskategorie in das Ausgangsmodell aufgenommen.

Um eine höhere Stabilität des Klassifikationsmodells durch einen ausreichenden Abstand der Kostenschätzer der HMGs 0069 „Drogenabhängigkeit" und 0012 „Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, organisch bedingte psychische Störungen, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" zu

erreichen, wurden folgend weitere ICD-10-GM-Kodes der Drogenabhängigkeit in der Hierarchie herabgestuft.

Abschließend wird eine einheitliche Hierarchisierung von HMGs mit Altersspliits vorgenommen, die die Hierarchiestruktur konsolidiert.

Die Ausgewogenheit von sowohl medizinischen als auch datengetriebenen Anpassungen ist zu begrüßen.

HIERARCHIE 14 „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Struktur der Hierarchie 14 wird nach der letzten Anpassung für das AJ 2023 weitreichend überarbeitet, insbesondere um eine bestehende und mehrere drohende Hierarchieverletzungen zu beseitigen und offene Vorschläge der Krankenkassen aus den Vorjahren zu Arzneimitteldifferenzierungen zu untersuchen.

Wie bereits zur Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ beschrieben, werden zunächst Diagnosen für neurologische Erkrankungen mit psychiatrischen Folgeerscheinungen in das bestehende Gefüge der Hierarchie 14 aufgenommen.

Über weitere Modellschritte wird dargelegt, wie die Hierarchiestruktur der Hierarchie 14 unter Beachtung einer medizinisch konsistenten Abgrenzung der HMGs bzw. der Dominanzstruktur grundlegend überarbeitet und die Hierarchiestränge neu strukturiert werden.

Ein Zwischenschritt bezieht sich beispielhaft auf den von der HMG0297 „Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom“ ausgehenden Hierarchiestrang. Hier sind Risikogruppen, die sich auf Multiple Sklerose beziehen, und Risikogruppen, die eher organische Störungen des Gehirns bzw. Enzephalopathien umfassen, verortet. Letztere werden zukünftig getrennt in einem eigenen Hierarchiestrang abgebildet. Weitere, komplexe Anpassungen wie Verschiebungen und Neuabgrenzung auf HMG-Ebene und Neuzuordnungen von Diagnosegruppen zu HMGs sind nachvollziehbar dargestellt.

Ein wichtiges Anliegen war es außerdem, die bestehende Hierarchieverletzung zwischen der HMG0401 „Mitochondriale Zytopathie“ und der HMG0235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation /Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]“ durch das Herauslösen der HMG0235 aus dem bisherigen Hierarchiestrang zu beseitigen. Diese HMG0235 bildet nunmehr zusammen mit zwei weiteren HMGs einen neuen eigenständigen Hierarchiestrang, der das gemeinsame Strangende der Hierarchie dominiert. Diese vom GKV-SV angeregten Wiedereinführung parallel stehender Hierarchiestränge wird damit umgesetzt. Die jeweiligen Anpassungen sind gut begründet. Begrüßenswert ist zudem, dass weitere drohende Hierarchieverletzungen beseitigt werden können.

In Hierarchie 11 werden auf Anregungen von verschiedenen Krankenkassen weitere Untersuchungen zu Arzneimitteldifferenzierungen durchgeführt.

Die Vorgehensweise des BAS zur DxG1257 „Myasthenia gravis“ in Form einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung ist – ebenso wie die Einbeziehung von breiter gefassten Wirkstofflisten, die sich an der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome“ orientieren, nachvollziehbar.

Auch Polyneuropathien werden bisher über eine Reihe von Arzneimittelwirkstoffen differenziert. Die weitere Eingrenzung des für die Arzneimitteldifferenzierung nun zu berücksichtigenden Diagnosespektrums und die Bezugnahme auf den Wirkstoff Methotrexat (über Mo1CX) sowie die ausschließliche Beachtung von verschreibungspflichtigen Neuropathiepräparate (N07XB), ist begründet und nachvollziehbar dargestellt.

Für die Multiplen Sklerose wird wiederum eine Vereinfachung der Arzneimitteldifferenzierung und Anpassung der DxG-ATC-Zuordnungen untersucht. Es resultiert eine Zuordnungslogik auf Ebene der ATC-Fünfsteller anstelle der Differenzierung über siebenstellige ATC-Kodes. Diese Vereinfachung wird als ausreichend begrüßt. Die ebenso geprüfte Ablehnung der Aufnahme von Carbamazepin ist begründet und nachvollziehbar.

Gesamthaft sind sowohl die vorgeschlagenen Anpassungen als auch die Nichtberücksichtigung von Vorschlägen nachvollziehbar dargestellt.

HIERARCHIE 16 „HERZERKRANKUNGEN“

Die Aufnahme der ICD-10-GM-Kodes Z95.0 (Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts) und Z99.4 (Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz) in die Hierarchie 16 ist medizinisch plausibel. Auch die Verschiebung des ICD-10-GM-Kodes J82 (Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert) in die Hierarchie 19 („Erkrankungen der Lunge“) kann nachvollzogen werden.

Die Ergänzung des Wirkstoffes Vericiguat in verschiedenen DxGs ist begründet.

Die Aufhebung von Alterssplits sowie der externen Dominanzbeziehungen wird verständlich erläutert. Insgesamt können die Anpassung und die Konsolidierung der Hierarchie 16 nachvollzogen werden.

HIERARCHIE 19 „ERKRANKUNGEN DER LUNGE“

Bereits im Ausgangsmodell sind die Kostenschätzer und die Versichertenzahlen im Vergleich zwischen der HMG0214 (Aspirator, Respirator) und der HMG0087 (Tracheostoma) medizinisch nicht ganz einleuchtend. Möglicherweise ist hier zu überlegen, ob bei den 77.843 Versicherten in der HMG0214 ggf. ein starker Anteil an nicht-invasiv Beatmeten vorhanden ist, während ein Großteil der angegebenen 36.313 Versicherten in der HMG0087 gleichzeitig eine invasive Beatmung erfahren.

Bei der Verortung in den Strängen des Festlegungsentwurfes wäre aus medizinischer Sicht folgendes zu bemerken:

- Die Hauptindikation für die Anlage von Thorakostomata sind schwere chronische Infektionen der Pleura und/oder nach medizinischen Maßnahmen an Lunge und Atemwegen. Insofern ließe sich die ursprüngliche HMG0088 („Thorakostoma“) gut in den Strang 4 einordnen.
- Die chronische respiratorische Insuffizienz ist der Hauptgrund für eine Langzeitbeatmung mit Abhängigkeit von einem Beatmungsgerät. Wenn eine nicht-invasive Beatmung nicht möglich ist, erfolgt der Atemwegszugang über ein Tracheostoma. Insofern ließen sich die HMG0087 („Tracheostoma“) und die ursprüngliche HMG0214 („Aspirator, Respirator“) gut in den Strang 3 einordnen.

Die Erweiterung der Arzneimitteldifferenzierung und die Aufhebung des Alterssplitts im Zusammenhang mit der Mukoviszidose sind begründet.

Die Integration des ICD-10-GM-Kodes J82 aus der Hierarchie 16 („Herzerkrankung“) wird nachvollziehbar erläutert. Die Ausführungen zur Neuordnung des gemeinsamen Strangendes sind ebenfalls verständlich.

HIERARCHIE 27 „ERKRANKUNGEN DES NEUGEBORENEN UND SCHWERWIEGENDE FOLGEZUSTÄNDE IM ALTER BIS ZU FÜNF JAHREN“

Anlass für die Überarbeitung der aus drei Strängen aufgebauten Hierarchie 27 war eine im Ausgangsmodell bestehende Hierarchieverletzung im Strang 2. Zunächst wurde eine Neuabgrenzung des ersten Hierarchiestrangs durch medizinisch nachvollziehbare Verschiebungen von DxGs sowie einzelner ICD-Kodes vorgenommen, was zur Erhöhung der Fallzahlen in gering besetzten Gruppen führt.

Im zweiten Dominanzstrang folgen mehrere Umstrukturierungsschritte, in dem angeborene Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße (insbesondere aus dem ICD-Bereich Q20-Q28) gebündelt sind. Nachvollziehbar wurden aus systematischen Gründen die Fehlbildungen der Milz in den dritten Hierarchiestrang verschoben. Unter Beachtung der medizinischen Konsistenz sind Umstrukturierungen in 5 HMGs, vor allem der HMG0245 (umbenannt in: „Komplexe angeborene Herzfehler, elektiv offen belassenes Sternum (< 6 Jahre)“) vorgenommen und zudem vier weitere HMGs aufgelöst worden. Die Hierarchieverletzung zwischen der HMG0816 „Dextrokardie, Lävokardie, Cor triatriatum, Truncus arteriosus communis (< 6 Jahre)“ und der HMG 0822 „Fallot-

Tetralogie, sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen (< 6 Jahre)“ kann damit beseitigt werden.

Ergänzend wurden im dritten Hierarchiestrang, der die übrigen angeborenen Fehlbildungen, die keinen direkten Bezug zum Herzen und den großen Gefäßen aufweisen, enthält, die HMGs neu gegliedert.

Die KBV und die BÄK begrüßen die kumulativen Maßnahmen, die neben der Auflösung der Hierarchieverletzung zur Schärfung des Hierarchiestruktur bei statistisch stabil bleibenden Kennzahlen führen.

HIERARCHIE 29 „HALS-NASEN-OHREN-ERKRANKUNGEN“

Aus medizinischer Sicht ist die Vereinigung der HMG 0197 (Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder) und der HMG 1021 (Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen) nachvollziehbar, da Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder einer weniger spezifischen HMG zugeordnet werden können.

Die Erläuterungen zur Konsolidierung der Hierarchie 29 durch die Zusammenlegungen der HMG 0171 und HMG 0201 in der HMG 0201 mit geänderter Bezeichnung sind ebenfalls nachvollziehbar.

Die Verschiebung der ICD-Dreisteller H68.- (Entzündung und Verschluss der Tuba auditiva) und H69.- (Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva) in eine neue DxG 0595 (Erkrankungen der Tuba auditiva) erscheint medizinisch sinnvoll: Beide Dreisteller beschreiben Erkrankungen der Tuba auditiva und werden durch die Anpassung in einer DxG in der gleichen HMG 1031 (Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva und idiopathischer Hörsturz) zusammengefasst.

ANPASSUNG WEITERER BEREICHE DES KLASSIFIKATIONSSYSTEMS UND DES BERECHNUNGSVERFAHRENS (KAP. IV 18-21)

REGIONALE RISIKOGRUPPEN

Für das AJ 2027 wurde die Regionalkomponente erneut auf Grundlage aktualisierter Daten fortentwickelt. Die Variablenauswahl erfolgte auf Ebene der 400 Landkreise und kreisfreien Städte anhand der Berichtsjahre 2023 und 2024 sowie eines Datenkranzes von 36 regionalstatistischen Merkmalen. Die neue Datenbasis weist eine zunehmende Streuung der regionalen Über- und Unterdeckungen aus und bestätigt damit die Bedeutung eines regionalen Ausgleichs.

Die finale Auswahl umfasst zehn Indikatoren. Neu berücksichtigt wird der „Anteil weiblicher Beschäftigter“, während alle bisher verwendeten Merkmale erhalten bleiben. Aus den zehn Merkmalen werden 100 Regionale Risikogruppen (RGG) gebildet; einschließlich der Gruppe für Versicherte mit ausländischem oder nicht zuordenbarem Wohnort umfasst die Regionalkomponente insgesamt 101 RGGs.

Eine Besonderheit betrifft die zum 1. Januar 2026 kreisfrei gewordene Stadt Hanau. Da für den neuen amtlichen Gemeindeschlüssel noch keine vollständigen Regionaldaten vorliegen, werden die dort wohnenden Versicherten vorerst weiterhin den RGGs des Main-Kinzig-Kreises zugeordnet. Diese Übergangslösung ist nachvollziehbar; eine eigenständige Zuordnung sollte jedoch erfolgen, sobald belastbare Daten verfügbar sind.

Die Integration der neu bestimmten RGGs reduziert den gewichteten mittleren absoluten Prognosefehler auf Kreisebene von 130,38 Euro auf 57,50 Euro und damit um rund 56 Prozent. Auf Ebene der Krankenkassen sinkt der entsprechende Wert von 71,45 Euro auf 48,67 Euro beziehungsweise um rund 32 Prozent. Die versichertenindividuellen Gütemaße verändern sich dagegen nur geringfügig.

Aus Sicht der KBV und der BÄK bleibt die Regionalkomponente auch im AJ 2027 ein geeignetes Instrument zur Verringerung regionaler Deckungsunterschiede. Die deutliche Verbesserung der regionalen Modellgüte sowie die datengestützte Weiterentwicklung der RGGs sind positiv zu bewerten und stärken die Ausgewogenheit des RSA.

AUSLANDSVERSICHERTE

Gegenüber der Vorjahresfassung wurden keine grundlegenden methodischen Änderungen bei der Berücksichtigung von Auslandsversicherten im Morbi-RSA vorgenommen. Aktualisiert wurden die Datengrundlagen auf die Berichtsjahre 2023/2024 einschließlich der Versicherten- und Ausgabendaten. Es wurden lediglich die Wohnlandgruppen von zwölf auf acht länderübergreifende Gruppen neu abgegrenzt bzw. zugeordnet. Die Anpassungen führen zu einer verbesserten Ausgabenhomogenität und Zielgenauigkeit des Ausgleichs. Auch die Bewertungskennzahlen haben sich hiermit verbessert. Das Vorgehen des BAS ist nachvollziehbar.

NEUFASSUNG DER RISIKOGRUPPEN FÜR VERSICHERTE MIT KOSTENERSTATTUNG

Das BAS kommt den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats nach, Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V und § 53 Absatz 4 SGB V zusammenzulegen. Die Neufassung der Risikogruppen hat einen geringen Einfluss auf das Klassifikationsmodell. Die Anpassung ist nachvollziehbar.

NICHT-MORBIDITÄTSBEZOGENE LEISTUNGSAUSGABEN

Aufgrund der Neugliederung der Kontenklassen 4 und 5 des GKV-Kontenrahmens wurde die Zuordnung der Konten zur Ermittlung des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben für das AJ 2027 angepasst. Das Vorgehen sowie die sprachliche Präzisierung der Kontenbezeichnungen sind nachvollziehbar.