Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes vom 10.08.2026

zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung gemäß § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2027

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

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3

II. Stellungnahme 4

A. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien 5

1. Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung 5
2. Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2027 5
3. Gruppierungsprozess – Änderung des Festlegungsdokuments 6
4. Überarbeitungsprozess 7

B. Hierarchien 10

1. Allgemein 10
2. Hierarchie 02 Neubildungen 10
3. Hierarchie 05 Erkrankungen der Leber 11
4. Hierarchie 11 Psychische, kognitive und Suchterkrankungen 12
5. Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge 13

C. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens 16

1. Regionale Risikogruppen 16
2. Auslandsversicherte 16
3. Neufassung der Risikogruppen für Versicherte mit Kostenerstattung 16
4. Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben 16

I. Vorbemerkung

Gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2027 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2026 fest. Das BAS hat den Entwurf dieser Festlegungen inklusive der diesbezüglichen Erläuterungen im Rahmen des Anhörungsverfahrens am 19. Juni 2026 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 14. August 2026 an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

Anders als in den Vorjahren standen dem BAS in diesem Anpassungszyklus die vollständigen Kapazitäten für die Weiterentwicklung und Pflege des Klassifikationsmodells zur Verfügung, was eine umfängliche Bearbeitung ermöglicht hat. Schwerpunkte der diesjährigen Anpassungen sind die Behebung und Vermeidung von Hierarchieverletzungen und die Aufnahme zusätzlicher ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie. Im Rahmen des Überarbeitungsprozesses wird in Teilen die ICD-DXG-HMG-Zuordnung ebenso überprüft wie bestehende Altersdifferenzierungen und hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen. Auch die Berücksichtigung von Arzneimittelwirkstoffen wurde in Einzelfällen angepasst. Dabei werden offene Vorschläge aus vorangegangenen Anpassungszyklen einbezogen. Die Anpassungen sollen zudem das Ziel verfolgen, die Konsistenz und Übersichtlichkeit des Modells weiter zu erhöhen. Die vorgeschlagenen Anpassungen in elf Hierarchien führen zu einer Verbesserung der Modellkennzahlen.

Darüber hinaus enthält der vorliegende Festlegungsentwurf eine Überprüfung der Variablenauswahl für die Regionalen Risikogruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 RSAV sowie Berechnungen zur Bildung der Wohnlandgruppen für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt bzw. Wohnort im Ausland nach § 269 Abs. 3 SGB V.

II. Stellungnahme

A. Methodisches Vorgehen und Beurteilungskriterien

1. Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung

Die aufgeführten statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene.

Die für den vorliegenden Festlegungsentwurf durchgeführten Analysen basieren auf den Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2023 und den Versichertenstammdaten sowie den versichertenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Berichtsjahres 2024. Wie in den Vorjahren erläutert das BAS detailliert die Datenaufbereitung und den genutzten Datensatz. Der GKV-Spitzenverband kann die Analysen rechnerisch nachvollziehen.

2. Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2027

Das Ausgangsmodell (AGM) für die Modellentwicklung des Ausgleichsjahres 2027 basiert auf einem modifizierten Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2026.

Anpassung an den ICD-10-GM 2026

Die vorgeschlagenen Anpassungen an den ICD-10-GM 2026 sind nachvollziehbar. Die vorgesehenen Zuordnungen der neuen ICD-Codes zu Krankheiten, Diagnose- und Morbiditätsgruppen sind ebenso sachgerecht wie die getroffenen Festlegungen bezüglich Alter und Geschlecht. Nach wie vor halten wir die zusätzliche Bereitstellung einer Tabelle zur Krankheitsabgrenzung, die die Zuordnung sämtlicher ICD-Codes zu Krankheiten bzw. den Ausschlusskategorien enthält, für zielführend. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes würde dies eine Überprüfung auf Vollständigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen an eine neue ICD-Version deutlich erleichtern.

Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Codes

Es wird vorgeschlagen, zukünftig zahlreiche ICD-Codes der Ausschlusskategorie für die Klassifikation zu nutzen. Grundlage bilden hierbei Vorschläge aus den vorangegangenen Anpassungszyklen. Die Aufnahme der vorgeschlagenen ICD-Codes wirkt sich insgesamt positiv auf die Modellkennzahlen aus.

Die Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Codes wird begrüßt. Unklar ist allerdings, nach welchen empirischen oder normativen Kriterien die Auswahl der aufzunehmenden ICD-Codes vorgenommen wurde. Dies führt dazu, dass zwar zahlreiche ICD-Codes des Z93.- „Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung“ aufgenommen wurden, die beiden ICD-Codes Z93.5 „Vorhandensein eines Zystostomas“ und „Z93.6 Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege“ jedoch unberücksichtigt bleiben. Das gleiche gilt für weitere ICD-Bereiche. Beispielhaft seien hier ICD-Codes aus dem Bereich Z45.- „Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes“ bzw. Z46.- „Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln“ genannt:

- Z45.81 Anpassung und Handhabung eines Zwerchfellschrittmachers
- Z45.84 Anpassung und Handhabung eines Bronchialstents
- Z45.85 Anpassung und Handhabung eines Trachealstents
- Z46.- 6 Versorgen mit und Anpassen eines Geräts im Harntrakt.

Der GKV-Spitzenverband bittet diesbezüglich um eine Erläuterung und schlägt vor, das Potential zur Modellverbesserung durch die Aufnahme weiterer ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie systematisch zu überprüfen.

Anpassung der ATC-Codes

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

3. Gruppierungsprozess – Änderung des Festlegungsdokuments

Im Festlegungsdokument wird unter Punkt 1.3.2.2 die Ausnahmeregelung für Sterncodes bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen aufgrund der Regelungen zum Abrechnungsverfahren für Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V angepasst. Es entfällt die formale Prüfung auf das Zusatzkennzeichen („*“) für Sterncodes bei der Zuordnung stationärer Nebendiagnosen.
Gemäß der Technischen Anlage der „Vereinbarung gemäß § 115f Absatz 3 Satz 6 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Hybrid-DRG-Leistungen nach § 115f Absatz 1 SGB V (Hybrid-DRG-AV“ sind für Nebendiagnosen Sonderzeichen nach der ICD-10-GM zur Kennzeichnung als Primär- oder Sekundärschlüssel (Kreuz, Stern, Ausrufezeichen) nicht zu übertragen.

Die Änderung ist inhaltlich nachvollziehbar. Allerdings ist die vorgeschlagene Änderung in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf nicht enthalten. Das Festlegungsdokument ist das zentrale Dokument, in dem der Gruppierungsprozess beschrieben wird, weshalb dortige Änderungen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen zwingend einschließlich einer Begründung dokumentiert werden sollten.

Wir weisen darauf hin, dass die Technische Anlage Hybrid-DRG-AV rückwirkend ab 1. Januar 2024 gemäß Abrechnungsvereinbarung gilt, so dass Diagnosen aus einem Hybrid-DRG-Fall ab Berichtsjahr 2024 ohne das Zusatzkennzeichen „*“ gemeldet werden können. Die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2024 werden auch für kommende Berechnungen zum Ausgleichsjahr 2025 und 2026 verwendet, weshalb auch in diesen Fällen auf die formale Prüfung auf das Zusatzkennzeichen „*“ verzichtet werden sollte.

Es wird vorgeschlagen, die Anlage 1 der Festlegungen um die Spalten „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 295“ und „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 301“ der vom BfArM bereitgestellten Metadatei zu ergänzen, um eine eindeutige Identifizierung der Sterndiagnosen auch für Jahresüberlieger zu gewährleisten.

4. Überarbeitungsprozess

Im Rahmen des Überarbeitungsprozesses wird in Teilen die ICD-DXG-HMG-Zuordnung ebenso überprüft wie bestehende Altersdifferenzierungen und hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen. Dabei soll auf eine konsistente und einheitliche Bewertung und Begründung der Modellanpassungen geachtet werden. Hierzu haben wir folgende Anmerkungen:

ICD-DXG-Zuordnung

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die ICD-DXG-Zuordnung eng mit der Definition von Aufgreifkriterien verbunden. Anders als im vorangegangenen Anpassungszyklus wurde die ICD-DXG-Neuzuordnung nicht dazu genutzt, zusätzliche Aufgreifkriterien zu definieren. Wir bekräftigen unsere Auffassung, wonach die Einführung weiterer spezifischer Aufgreifkriterien nach Einführung des Vollmodells noch nicht abgeschlossen ist und weitergeführt werden sollte.
Im vorliegenden Entwurf werden einige unspezifische Codes neu zugeordnet. Mit Verweis auf unsere Stellungnahme zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2026 weisen wir darauf hin, dass sich Kostenunterschiede nicht zwingend an einer spezifischen Kodierung festmachen lassen, sondern vielmehr vom therapeutischen Geschehen abhängig sind. Auch gibt es für seltene Erkrankungen in vielen Fällen keine spezifischen ICD-Codes. Allerdings lassen sich diese über spezifisch eingesetzte Arzneimittel identifizieren und durch die Berücksichtigung von Arzneimitteln zielgenauer abbilden. Als Beispiel sei hier die progressive familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC) genannt, die über die unspezifischen ICD-Codes K76.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber“ oder K74.5 „Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet“ dokumentiert wird, aber deren Folgekosten über den ATC-Code A05AX05 Odevixibat in einer eigenen HMG zielgenauer abgebildet werden könnte. Diese Möglichkeit sollte in zukünftigen Anpassungsprozessen stärker genutzt werden.

Auflösung hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen – Abbildung von Komorbidität

Vor dem Hintergrund, Komorbiditäten im Klassifikationsmodell zielgenauer abzubilden, wurden in der Vergangenheit hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen eingeführt. Deren Auflösung zwischen der Hierarchie 16 und Hierarchie 04 führt zu einer deutlichen Verschlechterung des MAPE, was auf eine Abnahme der versichertenindividuellen Zuweisungsgenauigkeit hinweist. Vor diesem Hintergrund wäre eine abschließende Überprüfung der Kostenhomogenität aller von der Auflösung der externen Dominanzbeziehungen betroffenen HMGs zu erwarten gewesen, um die aus der Auflösung resultierenden Änderungen im Kostengefüge zu analysieren. Dies sollte nachgeholt werden.
Das generelle Problem von Über- bzw. Unterdeckungen bei Ko- bzw. Multimorbidität bleibt weiter bestehen und bedarf einer Regelung. Dabei sollten bereits bekannte Möglichkeiten wie ICD-Verschiebungen sowie eine HMG-bezogene Analyse für bestehende Fehldeckungen im Vordergrund stehen.
Hinsichtlich der bestehenden Komorbiditäten zwischen den rheumatischen Erkrankungen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis verweisen wir auf unseren mehrfach vorgebrachten Vorschlag, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden.

Altersdifferenzierung

Die Auflösung von Alterssplits bei Wegfall relevanter Kostenunterschiede im Rahmen der Hierarchieüberprüfung ist nachvollziehbar. Zudem wird eine ggf. später erfolgende Überprüfung der HMG-Alterssplits in Aussicht gestellt, die insbesondere zum Ausgleichsjahr 2020 eingeführt wurden. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass sich das BAS in diesem Zusammenhang grundsätzlich mit dem Thema Altersdifferenzierung auseinandersetzen wird.

Zusammenfassung von HMGs

Das BAS schlägt zahlreiche HMG-Zusammenlegungen vor, um Hierarchiestränge zu konsolidieren oder um drohenden Hierarchieverletzungen vorzubeugen. Unklar ist, ab wann ein Kostenschätzerabstand als kritisch angesehen wird und welche Modellverschlechterungen noch als „akzeptabel" angesehen werden. Zudem werden HMGs mit deutlich unterschiedlichen Besetzungszahlen zusammengelegt, ohne die Auswirkungen zu beachten.

Als Beispiel sei in der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen" die Zusammenlegung der HMG0302 „Status epilepticus (> 17 Jahre)" und HMG0074 „Epilepsie (< 18 Jahre)" in Modell 09 genannt. Die Kostenschätzer unterscheiden sich in Modell 08 um 728 € (ca. 10 %), die HMG0302 enthält 9.253 Versicherte mit einem Kostenschätzer von 8.007€, der HMG0074 mit einem Kostenschätzer von 7.349 € sind hingegen 71.915 Versicherte zugeordnet. Welchen Beitrag die Zusammenlegung der beiden HMGs an der von Modell 08 zu Modell 09 festzustellenden Modellverschlechterung hat, lässt sich aufgrund der in diesem Anpassungsschritt vorgenommenen zusätzlichen Änderungen nicht quantifizieren. Eine eigene Modellrechnung zeigt, dass sich die Modellgüte bei einer Wiedereinführung der HMG0074 im MAPE um 2 Cent verbessert, während die restlichen Modellkennzahlen unverändert bleiben. Der Abstand der Kostenschätzer beträgt 656 €.

Kennzahlen	Festlegungsentwurf AJ2027	Modell M1	Veränderung
R^2	59,5093 %	59,5093 %	0,0000 %
MAPE	3.030,08 €	3.030,06 €	-0,02 €
CPM	31,1698 %	31,1701 %	0,0003 %
adj. R^2	59,5091 %	59,5091 %	0,0000 %

			Festlegungsentwurf AJ2027		Veränderung	
Risikogruppe	**Versicherte**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0299	2.204	19.450 €	2.204	19.396 €	0	54 €
HMG0302	9.253	7.788 €	81.168	7.180 €	-71.915	608 €
HMG0074	71.915	7.131 €			71.915	7.131 €
HMG0236	1.874.781	725 €	1.874.781	722 €	0	2 €
HMG0080	1.636.884	461 €	1.636.884	459 €	0	1 €
HMG0418	1.716.235	137 €	1.716.235	137 €	0	0 €
HMG0456	2.208.736	11 €	2.208.736	11 €	0	0 €

Der GKV-Spitzenverband regt erneut an, bei der Zusammenfassung von Morbiditätsgruppen den prozentualen Unterschied zwischen den Kostenschätzern sowie die Besetzungszahl der einzelnen Morbiditätsgruppen grundsätzlich in den Entscheidungsprozess einzubeziehen und zu dokumentieren.

Konsistente und einheitliche Bewertung und Begründung der Modellanpassungen

Bis auf einige Ausnahmen ist insgesamt eine konsistente und einheitliche Bewertung und Begründung der Modellanpassungen zu verzeichnen.
Dennoch sind die Entscheidungsgründe für eine Anpassung unterschiedlicher Modellvarianten an einigen Stellen nur eingeschränkt nachvollziehbar, da die Ergebnisse von Zwischenschritten nicht ausreichend dokumentiert werden. So lassen sich Aussagen zu Über- bzw. Unterdeckungen auf DXG-Ebene, auf deren Basis eine DXG-Verschiebung vorgenommen wird, aufgrund fehlender konkreter Informationen zur Deckungssituation nicht nachvollziehen. Auch werden häufig mehrere Anpassungsschritte in einer Modellrechnung vollzogen, so dass nicht bewertet werden kann, welchen Anteil die einzelnen Anpassungen an der Änderung der Modellgüte haben.

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

B. Hierarchien

1. Allgemein

Die vorgeschlagenen Hierarchieanpassungen sind grundsätzlich medizinisch-inhaltlich nachvollziehbar und führen zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells. Wir weisen darauf hin, dass sich unsere Anmerkungen auf die konkreten Änderungsvorschläge beschränken.

Hinsichtlich weiterer offener Vorschläge aus den Vorjahren verweisen wir auf unsere Stellungnahmen zum Entwurf der Festlegungen der Ausgleichsjahre 2023 bis 2026. Der Vorschlag, die HMGs der rheumatoiden Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) und Psoriasis jeweils mit Dauermedikation in einem gemeinsamen Hierarchiestrang abzubilden, sollte dabei prioritär bearbeitet werden.

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

2. Hierarchie 02 Neubildungen

Die durchgeführte Anpassung der Hierarchie ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht. Dies betrifft insbesondere die Verschiebung der Diagnosen des Myelodysplastischen Syndroms (D46.6, D46.7, D46.9) aus der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in die Hierarchie 02 „Neubildungen“. Die damit einhergehende Einführung einer weiteren Arzneimittel-HMG „Bösartige Neubildungen: Therapie mit hämatopoetischen Wachstums- und Differenzierungsfaktoren“ für sämtliche maligne Neoplasien wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Allerdings wurde der in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2026 unterbreitete Vorschlag, die hochspezifisch wirkenden Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitoren (L01XM) zur weiteren Arzneimitteldifferenzierung zu berücksichtigen, nicht überprüft. Die Folgekosten sind mit denen der Tyrosinkinase-Inhibitoren vergleichbar, weshalb sich eine Zuordnung einer neuen DXG „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitoren“ zur HMG0332 „Bösartige Neubildungen mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ anbietet. Die ICD-Zuordnung sowie das Aufgreifkriterium zu dieser DXG entspricht der DXG0971 „Bösartige Neubildungen mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“. Die zusätzliche Berücksichtigung von Versicherten mit Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitoren in der HMG0332 ergibt folgendes Ergebnis:

Kennzahlen	Festlegungsentwurf AJ2027	Modell M1	Veränderung
R^2	59,5093 %	59,5113 %	0,0020 %
MAPE	3.030,08 €	3.030,04 €	-0,04 €
CPM	31,1698 %	31,1707 %	0,0008 %
adj_R^2	59,5091 %	59,5110 %	0,0020 %

	Festlegungsentwurf AJ 2027		Modell M1		Veränderung	
Risikogruppe	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Gemeinsamer oberer Strang						
HMG0331	130.458	46.113 €	130.458	46.240 €	-	127 €
HMG0332 (erweitert)	71.051	37.864 €	71.127	38.031 €	76	168 €
HMG0268	61.103	24.810 €	61.076	24.848 €	-27	38 €
HMG0333	127.184	16.818 €	127.177	16.860 €	-7	42 €
HMG0402	58.655	12.328 €	58.635	12.336 €	-20	8 €
Unterstrang „Hämatologische Neubildungen“						
HMG0400	59.172	6.400 €	59.172	6.418 €	-	18 €
HMG0263	21.630	4.881 €	21.630	4.895 €	-	14 €
HMG0265	208.273	3.137 €	208.273	3.145 €	-	9 €
HMG0264	93.540	2.039 €	93.539	2.043 €	-1	5 €
HMG0124	94.980	1.294 €	94.980	1.298 €	-	4 €
Unterstrang „Solide Tumore“						
HMG0271	112.578	8.305 €	112.571	8.320 €	-7	15 €
HMG0273	82.116	6.143 €	82.102	6.143 €	-14	0 €
HMG0276	184.598	3.265 €	184.597	3.273 €	-1	8 €
HMG0287	407.591	2.440 €	407.591	2.446 €	-	7 €
HMG0306	1.594.630	1.200 €	1.594.630	1.203 €	-	3 €
HMG0246	532.182	593 €	532.182	595 €	-	1 €
HMG0409	1.237.388	189 €	1.237.388	189 €	-	0 €
HMG0413	3.962.815	-43 €	3.962.815	-43 €	-	0 €

In der erweiterten HMG0332 werden bei einem leichten Anstieg des Kostenschätzers zusätzlich 76 Versicherte aufgegriffen. Der geringe Anstieg der Besetzungszahl erklärt sich durch den späten Zulassungszeitpunkt des ersten Wirkstoffs Ivosidenib dieser Gruppe in der Jahresmitte 2023. Dennoch verbessern sich durch die Änderung die Modellkennzahlen.
Die Auswertung zeigt, dass die Berücksichtigung weiterer Arzneimittelgruppen dazu geeignet ist, die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu verbessern. Daher bekräftigt der GKV-Spitzenverband seine Auffassung, dass Änderungen im Versorgungsgeschehen grundsätzlich bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells Berücksichtigung finden sollten. Vor diesem Hintergrund ist regelhaft zu prüfen, welche weiteren Wirkstoffgruppen der antineoplastischen Mittel für eine Arzneimitteldifferenzierung geeignet sind, um die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu verbessern. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 04. August 2022 zum Entwurf der Festlegungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung gemäß § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023.

3. Hierarchie 05 Erkrankungen der Leber

In der Hierarchie 05 wird die medizinische Zuordnung überarbeitet. Dabei fällt auf, dass bei der Neuzuordnung von ICD-Codes bestehende Aufgreifkriterien nicht mitgedacht werden. So ist beispielsweise für die DXG0148 als Aufgreifkriterium stationär erforderlich festgelegt. Im Rahmen der Neuzuordnung werden zahleiche ICD-Codes aus der DXG0148 in andere DXGs verschoben, für die das Aufgreifkriterium M2Q festgelegt ist. Dies betrifft z.B. den Leberinfarkt (K76.3)

Wie oben bereits ausgeführt, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die ICD-DXG-Zuordnung eng mit der Definition von Aufgreifkriterien verbunden. Bestehende Aufgreifkriterien sollten daher bei der Neuzuordnung von ICD-Codes beachtet werden.

4. Hierarchie 11 Psychische, kognitive und Suchterkrankungen

In die Hierarchie 11 wird das Spektrum der ICD-Gruppe F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ durch die Aufnahme von ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie vervollständigt und es werden Anpassungen zur besseren Abbildung von Folgekosten für einige DXGs vorgenommen. Abschließend wird die Hierarchie vereinfacht und konsolidiert.

Im Rahmen der Hierarchiekonsolidierung werden die Stränge 4 und 5 vereinigt und als gemeinsames Strangende wird die HMG0656 „Andere psychische Störungen“ festgelegt. In diesem Zuge entfallen auch Dominanzbeziehungen der HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“, obwohl sie nicht Bestandteil der Stränge 4 und 5 ist. Diese Änderung wird jedoch nicht erläutert.

Die HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ beinhaltet als einzigen ICD-Code den gleichnamigen ICD-Code F43.1. Im Ausgangsmodell dominierte sie neben der HMG0656 die

- HMG0066 „Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssymptom, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen“,
- HMG0064 „Akute Belastungsreaktion, rezidivierende depressive Störung (> 54 Jahre), sonstige, n.n.bez. rezidivierende depressive Störungen, dissoziative Störungen, n.n.bez., generalisierte Angststörungen, sonstige anhaltende affektive Störungen“ und
- HMG0057 „Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., leichte kognitive Störung, Entzugssyndrom und sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“.

Diese Dominanzbeziehungen sind medizinisch inhaltlich begründet, da die HMGs die inhaltlich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PBS) nahestehenden ICD-Codes des ICD-Dreistellers F43.- „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ enthalten. Auch andere der PBS nahestehenden Krankheitsbilder werden in den drei HMGs abgebildet.
Durch den Wegfall der Dominanzbeziehungen erhöhen sich die Besetzungszahlen der HMG0066 (1.804.374 in Modell 02 zu 1.859.836 in Modell 04/05) und HMG0064 (2.449.580 im AGM zu 2.675.290 im FLE) deutlich. Gleichzeitig sinkt der Kostenschätzer der HMG0048 um ca. 200 €. Das Ergebnis zeigt, dass enge medizinische Zusammenhänge zwischen den drei HMGs bestehen, weshalb eine Dominanzbeziehung sinnvoll ist. Insofern kann die vorgeschlagene Anpassung nicht nachvollzogen werden. Eine Beibehaltung der ursprünglichen Dominanzbeziehung hat nahezu keine Auswirkung auf die Modellgüte:

Kennzahlen	Festlegungsentwurf AJ 2027	Modell M1	Veränderung
R^2	59,5093 %	59,5097 %	0,0004 %
MAPE	3.030,08 €	3.030,09 €	0,01 €
CPM	31,1698 %	31,1695 %	-0,0003 %
adj. R^2	59,5091 %	59,5095 %	0,0004 %

Die Besetzungszahlen und Kostenschätzer der betroffenen HMGs ändern sich wie folgt:

	Festlegungsentwurf AJ 2027		Modell M1		Veränderung	
Risikogruppe	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0048	616.103	1.139 €	616.103	1.368 €	-	229 €
HMG0066	1.879.204	884 €	1.823.363	900 €	-55.841	16 €
HMG0064	2.696.072	598 €	2.583.732	612 €	-112.340	14 €
HMG0057	2.676.736	413 €	2.637.470	427 €	-39.266	14 €
HMG0656	4.520.109	228 €	4.520.109	229 €	-	1 €

Die Kostenschätzer der anderen HMGs der Hierarchie bleiben nahezu unverändert. Der GKV-Spitzenverband spricht sich für eine Beibehaltung der ursprünglichen Dominanzbeziehungen der HMG0048 aus.

5. Hierarchie 19 Erkrankungen der Lunge

Basierend auf Vorschlägen der vorangegangenen Jahre schlägt das BAS bei Mukoviszidose eine Erweiterung der Arzneimitteldifferenzierung und damit einhergehend eine Auflösung des Alterssplits bei 12 Jahren vor. Hintergrund ist die Zulassungserweiterung von Arzneimitteln für Kinder unter 12 Jahren und Säuglinge, womit die Notwendigkeit einer Altersbeschränkung entfällt. Als Aufgreifkriterium wird Sonderfall 1 (183/92 Behandlungstage (BT)) festgelegt. Der Vorschlag als Aufgreifkriterium den Sonderfall 2 mit abgesenkten BT-Grenzen zu prüfen wird abgelehnt, da der Sonderfall 1 zudem auch für Kinder unter 12 Jahren reduzierte Anforderungen an die Zahl der zur Zuordnung benötigten Behandlungstage beinhalte. Daher entfalle die Notwendigkeit einer Altersdifferenzierung für die beiden Versichertengruppen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgeschlagene Arzneimitteldifferenzierung für Kinder unter 12 Jahren, sieht jedoch weiterhin eine Notwendigkeit einer altersdifferenzierten Festlegung von Aufgreifkriterien.

Die Änderungen von Modell 02 zu Modell 03 legen nahe, dass Kinder unter 12 Jahren, die in Modell 03 der HMG0218 zugeordnet werden, höhere Folgekosten aufweisen als die über 11-Jährigen. So betragen die Zuweisungen für Kinder unter 12 Jahren im Modell 02 ca. 83.000 € (HMG0218). Durch den Wegfall der Altersdifferenzierung werden 44 % der Kinder unter 12 Jahren der HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ zugeordnet, die mit 123.000 € bewertet ist. Der überwiegende Teil der Kinder erreicht die notwendigen BT nicht und wird über das M2Q-Kriterium der HMG0217 „Mukoviszidose“ zugeordnet, deren Kostenschätzer 31.559 € beträgt (altersbedingt sind sie von der Prüfung auf AM

obligat ausgenommen). Hierdurch steigt die Besetzungszahl der HMG0217 um 42 %, gleichzeitig erhöht sich der Kostenschätzer um 6.543 € (26 %). Es ist daher davon auszugehen, dass die Folgekosten der zusätzlich in der HMG0217 zugeordneten unter 12-Jährigen deutlich höher sind als die der über 11-Jährigen. Eine Altersdifferenzierung der HMG0217 zeigt dies deutlich:

Kennzahlen	Festlegungsentwurf AJ 2027	Modell M1	Veränderung
R^2	59,5093 %	59,5128 %	0,0035 %
MAPE	3.030,08 €	3.030,03 €	-0,05 €
CPM	31,1698 %	31,1710 %	0,0011 %
adj. R^2	59,5091 %	59,5126 %	0,0035 %

Die Verbesserung der Modellkennzahlen sowie der deutliche Unterschied der Kostenschätzer bestätigen, dass eine Zuordnung der unter 12-Jährigen in der HMG0217 nicht zielführend ist.

		Festlegungsentwurf AJ 2027		Modell M1		Veränderung	
Risiko gruppe	**Bezeichnung**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0222	Mukoviszidose mit Kausaltherapie	4.670	123.453 €	4.670	123.788 €	-	334 €
HMG3001*	Mukoviszidose (<12)			1.224	46.582 €	1.224	46.582 €
HMG0217	Mukoviszidose (>11)	4.109	31.402 €	2.885	24.882 €	-1.224	-6.520 €

* Die HMG3001 ist hierarchisch zwischen der HMG0222 und 0217 eingegliedert.

Die im Sonderfall 1 definierte abgesenkte Anzahl notwendiger BT von 91 ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes noch zu hoch, um Säuglinge und Kinder mit einem Alter unter 12 Jahren aufzugreifen. Die für die Arzneimittel hinterlegten Werte zur Berechnung der Behandlungstage legen ein Körpergewicht von 70 kg zugrunde, Säuglinge und Kinder unter 12 Jahren liegen jedoch weit unter diesem Gewicht, weshalb ihre Dosierung entsprechend angepasst werden muss. Vor diesem Hintergrund scheint die Definition des Sonderfalls 2 für Kinder unter 12 Jahren angemessen. Bei einer entsprechenden Altersdifferenzierung der HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ mit Sonderfall 2 für das Alter <12 ergibt sich folgendes Ergebnis:

Kennzahlen	Festlegungsentwurf AJ 2027	Modell M2	Veränderung
R^2	59,5093 %	59,5166 %	0,0074 %
MAPE	3.030,08 €	3.029,92 €	-0,15 €
CPM	31,1698 %	31,1733 %	0,0035 %
adj. R^2	59,5091 %	59,5164 %	0,0074 %

		Festlegungsentwurf AJ 2027		Modell M2		Veränderung	
Risiko-gruppe		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0222	Mukoviszidose mit Kausaltherapie (>11)	4.670	123.453 €	3.698	122.345 €	-972	-1.108 €
HMG3000*	Mukoviszidose mit Kausaltherapie (<12)			1.072	128.496 €	1.072	128.496 €
HMG0217	Mukoviszidose	4.109	31.402 €	4.009	29.201 €	-100	-2.201 €

* Die HMG3000 steht aufgrund des Alterssplits parallel zur HMG0222 und dominiert die restlichen HMGs des Strangs analog der HMG0222.

Durch eine altersdifferenzierte Zuordnung zur Mukoviszidose mit Kausaltherapie wird das Versorgungsgeschehen deutlich besser abgebildet. Diese ist wie oben dargelegt auch medizinisch begründet. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, eine Altersdifferenzierung für die HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ vorzunehmen und für die unter 12-Jährigen den Sonderfall 2 als Aufgreifkriterium festzulegen.

C. Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

1. Regionale Risikogruppen

Für die diesjährige Überprüfung der Auswahl der Variablen für die Bildung der Regionalen Risikogruppen (RGG) für das Ausgleichsjahr 2027 verwendet das BAS erneut die Methodik des Regionalgutachtens von 2018. Die hierfür verwendeten RSA-Daten und weiteren Statistiken der Untersuchung werden eingehend erläutert, die Auswahl der Variablen wird umfassend dokumentiert. Der GKV-Spitzenverband kann die Berechnungen nachvollziehen und hat zu diesen keine Anmerkungen.

Als Ergebnis des Auswahlprozesses werden nunmehr 10 regionalstatistische Merkmale als Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das Ausgleichsjahr 2027 selektiert. Im Vergleich zum Modell des Ausgleichsjahres 2026 wird zusätzlich das Merkmal „Anteil weibliche Beschäftigte“ in die Variablenauswahl aufgenommen. Alle anderen regionalstatistischen Merkmale sind identisch mit denen des Ausgleichsjahres 2026.

2. Auslandsversicherte

Für das Ausgleichsjahr 2027 prüft das BAS erneut die Länderzuordnung zu den Wohnlandgruppen nach der für die Vorjahre bereits verwendeten Methodik. Die verwendeten Daten, Analysen und Ergebnisse werden transparent dargestellt. Der GKV-Spitzenverband kann die Berechnungen nachvollziehen.

3. Neufassung der Risikogruppen für Versicherte mit Kostenerstattung

Das BAS analysiert den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zur Aufhebung der Beschränkung auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V für die KEGs 0001 bis 0005 sowie den Wegfall der bisherigen KEGs 0006 und 0007 und stellt diesbezügliche Berechnungsergebnisse ausführlich dar. Der GKV-Spitzenverband hat zu den sich hieraus ergebenden Änderungen keine Anmerkungen. Das entsprechende Einvernehmen wurde bereits hergestellt.

4. Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Das BAS vollzieht die sich aufgrund einer Neugliederung der Kontenklassen 4/5 des Kontenrahmens ergebenden Änderungen bei der Ermittlung des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zugrunde zu legenden Konten nach. Die entsprechenden Änderungen werden vollumfänglich dargestellt. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu keine Anmerkungen.