Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2027

14.08.2026

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhaltsverzeichnis:

I Vorbemerkungen 3

II Grundlegende und hierarchieübergreifende Hinweise 4

Erläuterung zur Anpassung bei den „Sternkodes“ 4
Ausgangsmodell 4
Zusammenlegung von HMGs 6
Regionale Risikogruppen 7

III Anpassung der Hierarchien 8

Hierarchie 02 „Neubildungen“ 8
Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ 9
Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ 10
Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ 10
Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ 11
Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege “ 14
Gesamtbewertung der Anpassung 14

IV Redaktionelle Anmerkungen 15

Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen 15

V Weitere Entwicklungsansätze 15

Umsetzung der Anzahl der HMGs als gesondertes Risikomerkmal 15
Einführung eines kalendertäglichen Risikopoolschwellenwertes 16

I Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Absatz 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) am 19. Juni 2026 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2026 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2027 vorgelegt.

Wir begrüßen, dass dem BAS im diesjährigen Anpassungszyklus wieder umfassendere Kapazitäten für die Weiterentwicklung und Pflege des RSA-Klassifikationsmodells zur Verfügung standen. Die Möglichkeit einer intensiveren Bearbeitung der bestehenden Modellstrukturen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich positiv zu bewerten.

Gleichzeitig halten wir weiterhin eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln für unabdingbar und wiederholen unsere Forderung aus der Stellungnahme zum AJ2026 bei der Behandlung von seltenen Erkrankungen. Ein besonderes Augenmerk sollte hierauf gelegt werden, da hier 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 kostenintensivem Behandlungsbedarf beitragen.

Die im Festlegungsentwurf enthaltene Überprüfung der Variablenauswahl für die Regionalen Risikogruppen sowie die Neubewertung der Wohnlandgruppen für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt oder Wohnort im Ausland begrüßen wir grundsätzlich. Eine regelmäßige Überprüfung der zugrunde liegenden Datenbasis und der methodischen Ansätze ist aus unserer Sicht erforderlich, um eine sachgerechte Abbildung regionaler Unterschiede und der Versichertengruppen mit Auslandsbezug sicherzustellen.

Unsere Anmerkungen zum Festlegungsentwurf haben wir wie folgt gegliedert: Hierarchieübergreifende und grundlegende Hinweise zum Verfahren und zur Methodik sind in Kapitel II dargestellt. Kapitel III enthält unsere Anpassungsvorschläge für die

einzelnen Hierarchien. Redaktionelle Anmerkungen sind in Kapitel IV aufgeführt. Kapitel V enthält ergänzende Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA, die auf eine höhere Zielgenauigkeit sowie eine Verringerung bestehender Über- und Unterdeckungen im Klassifikationsmodell und Risikopool abzielen.

II Grundlegende und hierarchieübergreifende Hinweise

Erläuterung zur Anpassung bei den „Sternkodes“

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

Um eine eindeutige Identifizierung der Sterndiagnosen auch für Jahresüberlieger zu gewährleisten, sollte die Anlage 1 der Festlegungen um die Spalten „Verwendung der Schlüsselnummer nach § 295“ und „Verwendung der Schlüsselnummer nach § 301“ der vom BfArM bereitgestellten Metadatei ergänzt werden.

Ausgangsmodell

Das Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2027 basiert auf einem gegenüber dem Jahr 2026 teilweise in den Abgrenzungen und Zuordnungsregeln modifizierten Klassifikationsmodell.

<u>Aufnahme bisher nicht berücksichtigter ICD-Kodes</u>

Wir begrüßen, dass das BAS sich mit der Aufnahme von bisher nicht berücksichtigten Diagnosen beschäftigt. Die Aufnahme von unberücksichtigten Diagnosen in den Verteilungsalgorithmus hat in den vergangenen Jahren immer dazu geführt, dass sich die Zielgenauigkeit des Modells verbessert hat. In der Überarbeitung des

Klassifikationsmodells 2027 werden einige neue ICD-Kodes berücksichtigt, die die Folgen von medizinischen Eingriffen im Rahmen einer Grunderkrankung abbilden. Für uns ist es daher nicht ersichtlich, warum weitere ICD-Kodes, die in einem engen medizinischen Zusammenhang mit den bereits aufgenommenen Diagnosen stehen, weiterhin unberücksichtigt bleiben.

Als Beispiel führen wir den ICD-Kode Z45.0x „Anpassung und Handhabung eines kardialen (elektronischen) Geräts“ an, der vollumfänglich und endständig kodiert berücksichtigt wird. Die Berücksichtigung des nur auf den ersten Blick unspezifischen ICD-Kodes Z45.8x „Anpassung und Handhabung von sonstigen implantierten medizinischen Geräten“ unterbleibt. Mit den ICD-Kodes Z45.81, Z45.84, Z45.85 werden medizintechnisch notwendigen Anpassungen implantierter Geräte geschlüsselt, die bei Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz und Tracheostoma zur Atem- und Hustenunterstützung eingesetzt werden:

- Z45.81 „Anpassung und Handhabung eines Zwerchfellschrittmachers“
- Z45.84 „Anpassung und Handhabung eines Bronchialstents“
- Z45.85 „Anpassung und Handhabung eines Trachealstents“

Im FLE 2027 werden die ICD-Kodes R13.- Dysphagie in der Hierarchie 6 (HMG0063, DxG1005) berücksichtigt. Dies ist aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. Allerdings erschließt sich uns nicht, warum unsere bereits im letzten Anpassungszyklus vorgeschlagene Aufnahme der ICD-Kodes R15 „Stuhlinkontinenz“ und R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ weiterhin unterbleibt und diese Diagnosen weiterhin der Ausschlusskategorie zugeordnet sind. Aus Sicht der Innungskrankenkassen sollte die Bewertung vergleichbarer und versorgungsrelevanter Diagnosen nach einheitlichen und transparenten Kriterien erfolgen.

Der IKK e.V. regt daher an, bei der Prüfung von Diagnosen, die bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet sind und die in einem engen medizinischen Zusammenhang stehen, konsequent bereits vorgebrachte Vorschläge zu berücksichtigen. Dies sollte unabhängig von der Bearbeitung bestimmter Hierarchien geschehen.

Darüber hinaus sollte bei der Bewertung bislang ausgeschlossener Diagnosen auch der Aspekt der Manipulationsresistenz stärker berücksichtigt werden. Die selektive Berücksichtigung einzelner Diagnosen birgt zudem das Risiko, Kodieranreize zu erzeugen. Daher sollte geprüft werden, ob medizinisch verwandte und hinsichtlich des Versorgungsaufwands vergleichbare ICD-Kodes einheitlich behandelt werden können. Eine konsistente Berücksichtigung medizinisch verwandter Diagnosen erhöht die Nachvollziehbarkeit der Zuordnungen und stärkt die Robustheit des Klassifikationsmodells gegenüber strategischen Kodieranreizen.

ICD-DxG-Zuordnung

Wir halten eine strukturierte und umfängliche Überprüfung neu zugelassener Arzneimittel weiterhin für erforderlich und wiederholen unsere Forderung aus dem letzten Anhörungszyklus zur Behandlung von seltenen Erkrankungen. Spezifische Arzneimittelverordnungen verursachen hohe Kosten. Für diese seltenen Krankheitsbilder existieren häufig keine spezifischen bzw. eindeutigen ICD-Kodes. Gerade in diesen Fällen können hochpreisige Arzneimittel (Orphan Drugs) zu einer besseren Abgrenzung und damit zu zielgenaueren Zuweisungen für Versicherte mit kostenintensivem Behandlungsbedarf beitragen.

Auf das bereits im vergangenen Anpassungszyklus vorgebrachte Beispiel der progressiven familiären intrahepatischen Cholestase (PFIC) wird im Rahmen der Anmerkungen zur Hierarchie 5 erneut eingegangen.

Weitere Anpassungen im Ausgangsmodell

Zusammenlegung von HMGs

Der IKK e.V. regt an, für die Zusammenlegung von HMGs verbindliche und nachvollziehbare Entscheidungskriterien festzulegen und offenzulegen. Der Festlegungsentwurf lässt nicht durchgängig erkennen, nach welchen methodischen Maßstäben und nach welchen Entscheidungskriterien HMGs mit vergleichbaren

Kostenschätzern zusammengeführt werden oder nicht. Eine konsistente Anwendung transparenter Kriterien könnte die Nachvollziehbarkeit der Festlegungen erhöhen und die Akzeptanz der Anpassungsentscheidungen stärken.

Regionale Risikogruppen

Das BAS hat im Rahmen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2027 erneut die Auswahl der regionalstatistischen Variablen zur Bildung der Regionalen Risikogruppen überprüft und hierbei weiterhin die Methodik des Regionalgutachtens aus dem Jahr 2018 angewendet. Die methodische Vorgehensweise sowie die Dokumentation des Auswahlprozesses sind aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich nachvollziehbar.

Bereits in den vergangenen Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass einzelne neu ausgewählte regionalstatistische Merkmale auch außerhalb des eigentlichen fachlichen Bewertungsprozesses Gegenstand öffentlicher Diskussionen werden können. So wurde im Zusammenhang mit der Variable „Wahlbeteiligung“ nach Abschluss des damaligen Stellungnahmeverfahrens eine umfassende Diskussion über deren Zulässigkeit und mögliche Beeinflussbarkeit geführt. Um vergleichbare Diskussionen für die Zukunft zu vermeiden und die Akzeptanz der Regionalkomponente zu stärken, halten wir eine frühzeitige und transparente Darstellung der fachlichen Einordnung und Bedeutung neu aufgenommener Variablen für sinnvoll.

Darüber hinaus möchten wir unsere bereits in den vergangenen Stellungnahmen geäußerte Forderung nach einer regelmäßigen Überprüfung der Grundlagen der Regionalkomponente erneut bekräftigen. Das Regionalgutachten aus dem Jahr 2018 stellt weiterhin eine wichtige methodische Grundlage für die Auswahl regionalstatistischer Merkmale dar. Deren Überprüfung liegt mittlerweile jedoch mehrere Jahre zurück. Angesichts der zwischenzeitlich eingetretenen demografischen, wirtschaftlichen und regionalen Veränderungen erscheint es jedoch angezeigt, die verwendeten Indikatoren sowie deren Aussagekraft und deren Eignung regelmäßig zu evaluieren und

weiterzuentwickeln. Dies würde dazu beitragen, die Aktualität, Belastbarkeit und Akzeptanz der Regionalkomponente langfristig sicherzustellen.

III Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 02 „Neubildungen“

Wir freuen uns, dass die u. a. von uns vorgebrachte Forderung, das Myelodysplastische Syndrom aus der Hierarchie 8 in die Hierarchie 2 zu verschieben, umgesetzt worden ist.

Das Vorgehen des BAS, unspezifische Diagnosen im Hierarchiestrang niedriger einsortierten HMGs zuzuordnen als die spezifischen Diagnosen ist grundsätzlich nachvollziehbar. Es kann in Einzelfällen jedoch sachgerecht sein, beide ICD-Kodes in einer HMG zu belassen, insbesondere auch dann, wenn sich die Modellgüte nicht verbessert.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Verschiebung der unspezifischen ICD-Kodes C44.9 „Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet“ sowie des ICD-Kodes D48.5 „Neubildungen unsicheren Verhaltens: Haut“ aus der HMG0409 in die mit einem Kostenschätzer von null bewertete HMG0413 nicht nachvollziehbar; insbesondere, weil sich die Modellgüte nicht verbessert. Für die Diagnosen, die dem ICD-Kode D15.- zugeordnet sind, verhält es sich umgekehrt: der spezifische ICD-Kode D15.1 „Gutartige Neubildung: Herz“ verbleibt mit dem unspezifischen ICD-Kode D15.9 in der HMG0409. Wir regen an, für die D15.- eine Höherstufung in die HMG0306 zu prüfen. Im Ergebnis wären alle D15.- Diagnosen in einer HMG zusammengefasst.

Unabhängig von der konkreten Zuordnung einzelner Diagnosen halten wir einen konsequenten und nachvollziehbaren Umgang in der Zuordnung der Diagnosen für erforderlich. Wenn es zu keiner Verbesserung der Modellkennzahlen kommt, sollte man zur Vermeidung von Kodieranreizen spezifische und unspezifische ICD-Kodes in einer HMG zusammenfassen.

In der Therapie onkologischer Erkrankungen werden in jedem Jahr neue Arzneimittel zur zielgerichteten Therapie zugelassen. Die Wirkstoffgruppe der Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitoren (L01XM) wird im Rahmen der Arzneimitteldifferenzierung bislang nicht berücksichtigt, obwohl die Folgekosten mit denen der Tyrosinkinase-Inhibitoren vergleichbar sind.

Wir schlagen daher die Bildung einer neuen DxG „Bösartige Neubildungen: Therapie mit Isocitrat-Dehydrogenase-Inhibitoren“ und deren Zuordnung zur HMG0332 „Bösartige Neubildungen mit Tyrosinkinase-Inhibitoren“ vor.

Das BAS sollte in jedem Anpassungszyklus konsequent und systematisch die Aufnahme aller neu zugelassenen und kostenrelevanten Wirkstoffgruppen (ggf. auch als ATC 7-Steller) prüfen.

Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Wir freuen uns, dass das BAS im diesjährigen Festlegungsentwurf die Child-Pugh-Stadien der Leberzirrhose voneinander trennt. Dadurch werden die Kostenunterschiede der jeweiligen Stadien zielgenauer abgebildet. Auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Differenzierung haben wir bereits in unserer Stellungnahme zum FLE2023 hingewiesen.

Wir bekräftigen unseren Wunsch an das BAS, sich strukturiert mit neu zugelassenen Arzneimitteln, insbesondere Orphan Drugs zur Behandlung seltener Erkrankungen, auseinanderzusetzen, da sich in diesem Bereich insbesondere in den vergangenen Jahren eine erhebliche Kostendynamik entwickelt hat. In vielen Fällen gibt es für die Grunderkrankung keinen spezifischen ICD-Kode. Eine Arzneimittelvalidierung verbessert in diesen Fällen die Zielgenauigkeit.

Als Beispiel wird die progressive, familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC) angeführt. Hierbei handelt es sich um eine seltene genetische, im Kindesalter einsetzende Erkrankung, die mit dem unspezifischen ICD-Kode K74.5 „Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet“ geschlüsselt wird. Seit Oktober 2021 ist zur Behandlung Odevixibat

(Handelsname Bylvay®) zugelassen. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, die Arzneimittelvalidierung zu prüfen, in eine eigene HMG einzuordnen und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer in den Hierarchiestrang zu integrieren.

Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Diagnosen, die in Zusammenhang mit Inkontinenz (Stuhl- und Harninkontinenz) stehen, sind im Klassifikationsmodell nicht vollumfänglich abgebildet.

Es erschließt sich uns nicht, aus welchen Gründen der Vorschlag des IKK e.V. aus dem letzten Anpassungszyklus nicht aufgenommen wurde. Die funktionellen Störungen an Magen/Darm sind über den ICD-Kode K59.0 „Obstipation“ und R19.88 „Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen“ abgebildet. Der ICD-Kode R15 „Stuhlinkontinenz“ ist bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet.

Es wird daher angeregt, die Aufnahme des ICD-Kodes R15 „Stuhlinkontinenz“ erneut zu prüfen und diesen der HMG0574 „Sonstige gastrointestinale Erkrankungen“ über die DxG1313 „Störungen/Symptome an Magen und Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“ zuzuordnen.

Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Bei der Neuordnung der ATC-Kodes in der Arzneimitteldifferenzierung für die Myasthenia gravis wurde die Berücksichtigung der Basistherapie mit Pyridostigmin (ATC N07AA) in der Anlage 3 nicht übernommen. Pyridostigmin ist gemäß der Leitlinie „Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome“ Bestandteil der Standardtherapie (https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/cms-content/030087_LL_Myasthenia_gravis_2024_Clean_1732794677869.pdf).
Wir regen daher an, den ATC-Kode N07AA in die DxG1250 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation II“ und DxG1252 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation I“ aufzunehmen.

Darüber hinaus wird eine im Zuge der technischen Anpassung des GKV-Arzneimittelindex vorgenommene Änderung im Festlegungsentwurf nicht durchgängig nachvollzogen. Mit dem Wechsel von Version 06/2024 auf Version 06/2025 wurde die Wirkstoffgruppe der Neonatalen Fc-Rezeptor-(FcRn)-Inhibitoren aus dem ATC-Kode L04AG „Monoklonale Antikörper“ ausgegliedert und dem eigenständigen ATC-Kode L04AL zugeordnet. Diese Anpassung wurde bereits für die DxG1257 berücksichtigt, findet im Tabellenblatt „DxG_ATC_AJ2027_062025“ jedoch bislang keine Berücksichtigung für die DxG1250 und DxG1252.

Wir bitten das BAS, im Tabellenblatt „DxG_ATC_AJ2027_062025" der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs AJ 2027 für die DxG1250 und DxG1252 den ATC-Kode L04AG „Monoklonale Antikörper“ durch L04AL „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ zu ersetzen.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Wir begrüßen die Überprüfung der bestehenden Alterssplits im Strang 1 und 2. Dies entspricht den Forderungen des IKK e.V. aus den vergangenen Anpassungszyklen. Die Untersuchung des Alterssplits erfolgte jedoch nicht abschließend.

Für den ICD-Kode Q21.1 „Vorhofseptumdefekt“ existiert bereits ein Alterssplit. Der „Vorhofseptumdefekt < 18 Jahre“ wird der DxG0915 in der HMG0085 „Rheumatische Herzerkrankungen…“ mit einem Kostenschätzer von 453 Euro zugeordnet. Der „Vorhofseptumdefekt > 17 Jahre“ wird mit der DxG1306 der HMG0445 „Sonstige Herzerkrankungen“ mit einem Kostenschätzer von 23 Euro zugeordnet. Diese bildet das Strangende. Ein im Kindesalter unerkanntes offenes Foramen ovale (Vorhofseptumdefekt) kann im höheren Erwachsenenalter die Ursache für einen thromboembolischen Schlaganfall sein, der mit hohen Folgekosten verbunden ist.

Wir bitten das BAS, vor diesem Hintergrund den Alterssplit zu überprüfen.

Auch für die anderen ICD-Kodes Q20.- bis Q26.- „Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems“ wurde die Untersuchung der Alterssplits nicht konsequent fortgesetzt.
Im dritten Strang unterbleibt die Überprüfung der Alterssplits. Die ICD-Kodes der Rechtsherzinsuffizienz und der Linksherzinsuffizienz haben einen Alterssplit bei > 74 bzw. < 75 Jahre. Für den ICD-Kode I50.01 „Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ ist dieser nicht vorhanden. Dieser wird über die DxG0369 der HMG0082 zugeordnet. Eine häufige Ursache für eine sekundäre Rechtsherzinsuffizienz ist die COPD. Über 30% der Patienten mit fortgeschrittener COPD entwickeln eine sekundäre Rechtsherzinsuffizienz (Cor pulmonale), die auch zusammen mit einer pulmonalen Hypertonie im höheren Lebensalter auftritt.

In unserer Stellungnahme zum FLE 2024 hatten wir eine Überprüfung der Zuordnung der Diagnosen für die Rechtsherzinsuffizienz sowie eine Überprüfung der Alterssplits gefordert. Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll, die schwerwiegende von der mittelgradigen Herzinsuffizienz abzutrennen, da es sich hierbei zwar um eine Krankheitsentität handelt, sich jedoch das klinische Bild und der Behandlungsaufwand in beiden Stufen der Erkrankung unterscheiden.

Wir bitten das BAS erneut um eine konsequente Überprüfung aller derzeit noch bestehenden Alterssplits in der Hierarchie 16.

Darüber hinaus bitten wir um Prüfung, ob der ATC-Kode C10BX „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln“ auch für weitere DxGs im Bereich der Hypertonie und Herzinsuffizienz berücksichtigt werden sollte. Derzeit wird C10BX als Wirkstoffkombination nur in den DxGs, die im Zusammenhang mit der Hyperlipidämie (DxGs 0877, 0878, 0883, 0887) sowie in der Therapie bei KHK (DxGs 0363, 0364, 0365) berücksichtigt. Auf ATC 7-Steller-Ebene sind jedoch zahlreiche Wirkstoffe, die in der Erstlinientherapie der Hypertonie sowie in der Therapie der Herzinsuffizienz eingesetzt werden, aufgeführt. (z. B. Valsartan, Amlodipin, Nebivolol). Nach aktuellem Stand der Leitlinien soll bei Metabolischem Syndrom (Adipositas, Lipidstoffwechselstörung, Hypertonie) bereits präventiv, also vor Auftreten einer KHK, der

Cholesterinspiegel konsequent auf Normwerte gesenkt werden. (Quelle: https://leitlinien.dgk.org/files/Dyslip_Netzseite_DGK_neu.pdf).
Dieses Vorgehen entspricht auch der Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats: „Bei Arzneimittelzuordnungen, also auch bei der Arzneimitteldifferenzierung, haben der Wissenschaftliche Beirat und das BVA bisher grundsätzlich den Ansatz einer so breit wie möglich angelegten Wirkstoffauswahl verfolgt.“[1]

Vor diesem Hintergrund wird angeregt, die Einbindung des ATC-Fünfstellers C10BX auch für weitere fachlich einschlägige DxGs innerhalb der betroffenen HMGs zu prüfen. Die vorgeschlagenen Zuordnungen sind der beigefügten Excel-Datei zu entnehmen.

In der HMG0091 „Hypertonie, Hypertensive Erkrankungen, AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen“ ist in der DxG0387 „Essentielle Hypertonie“ der ATC-Kode C02KX „Endothelin-Rezeptor-Antagonisten“ in der Anlage 3 berücksichtigt. Arzneimittel mit diesen Wirkstoffen sind zur Behandlung der pulmonalen Hypertonie und stehen in keinem Zusammenhang mit der essentiellen Hypertonie. Wir bitten daher um Streichung des ATC-Kodes für die DxG0387 in der Anlage 3.

Die HMG0078 „Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)“ mit der einzigen DxG0356 „Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)“ sowie die HMG0081 „Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)“ mit der DxG0345 „Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)“ ist nicht korrekt. Die Bezeichnung der spezifischen ICD-Kodes I27.0 und I27.2 lautet „Pulmonale Hypertonie“; daher sollten die Bezeichnungen der HMGs sowie der zugehörigen DxGs, die sich lediglich durch einen Alterssplit unterscheiden, in „Pulmonale Hypertonie“ umbenannt werden.

[1] vgl. Bundesversicherungsamt (2016): „Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017“, S. 30f.

Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

Das BAS hat den ICD-Kode Z43.- „Versorgung künstlicher Körperöffnungen“ in der Hierarchie 6 mit den Diagnosen Z43.1-4 (Versorgung Gastrostoma, Ileostoma, Kolostoma, anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes) sowie in der Hierarchie 19 den Diagnosen Z43.0 und Z43.80 (Versorgung Tracheostoma, Thorakostoma) aus der Ausschlusskategorie in die Anlage 1 aufgenommen. Aus den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs geht leider nicht hervor, aus welchen Gründen die ICD-Kodes, die in Zusammenhang mit dem Harntrakt stehen (Z43.5 Zystostoma, Z43.6 Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes, incl. Nephrostoma, Ureterostoma), sowie der ICD-Kode Z46.6 (Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt) nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus bleibt die bereits im vergangenen Anhörungsverfahren angeregte Berücksichtigung des ICD-Kodes R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ weiterhin aus. Vor dem Hintergrund der Aufnahme weiterer versorgungsrelevanter Diagnosen erscheint eine erneute Überprüfung dieser Zuordnung sachgerecht.

Wir bitten das BAS um die Aufnahme der nicht berücksichtigten ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer Einsortierung in den 3. Strang.

Gesamtbewertung der Anpassung

Im Vergleich zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2026 haben sich die zentralen Kennzahlen des Klassifikationsmodells erneut verbessert. Das R^2 konnte um 0,57 Prozentpunkte und das CPM um 0,27 Prozentpunkte gesteigert werden. Gleichzeitig ist der MAPE um 11,58 Euro gesunken. Die positive Entwicklung der Modellgüte der vergangenen Jahre konnte damit weiter fortgesetzt werden.

IV Redaktionelle Anmerkungen

Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen

Im Abkürzungsverzeichnis des Festlegungsentwurfs fehlt die Erläuterung der Abkürzung „IKK e.V.“. Zur Sicherstellung einer vollständigen und nachvollziehbaren Darstellung der im Festlegungsentwurf verwendeten Abkürzungen sollte diese einschließlich der entsprechenden Erläuterung ergänzt werden.

Auf Seite 155 des Festlegungsentwurfs wird im letzten Absatz des Abschnitts 11.2.1 auf einen Vorschlag des „IKK-BV“ zur Sarkoidose Bezug genommen. Ein entsprechender Vorschlag des IKK-Bundesverbandes GbR i. L. ist den Innungskrankenkassen jedoch nicht bekannt. Der im vergangenen Anpassungszyklus eingebrachte Vorschlag wurde vielmehr durch den IKK e.V. eingereicht. Zur Gewährleistung einer korrekten Zuordnung der eingebrachten Vorschläge ist die Bezeichnung des Vorschlagseinreichers entsprechend anzupassen.

In Tabelle 18.8 wird für das Merkmal „Anteil weibliche Beschäftigte“ als Merkmalsausprägung die Einheit „Euro“ angegeben. Da es sich bei diesem Merkmal um einen Anteil handelt, ist die Angabe einer prozentualen Einheit sachgerecht.

V Weitere Entwicklungsansätze

Umsetzung der Anzahl der HMGs als gesondertes Risikomerkmal

Die derzeitige Modellstruktur führt dazu, dass Versicherte mit einer sehr hohen Anzahl an HMGs regelmäßig überdeckt sind, während Versicherte mit einer geringeren HMG-Anzahl häufig untergedeckt sind. Dies deutet darauf hin, dass die kumulative Morbiditätslast bislang nicht ausreichend im Modell berücksichtigt wird. Die Einführung der Anzahl der HMGs als zusätzliches Risikomerkmal könnte diese systematischen Über- und Unterdeckungen verringern und die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells

verbessern. Vor diesem Hintergrund regen die Innungskrankenkassen an, die Einführung eines eigenständigen Risikomerkmals „Anzahl HMG“ zu prüfen.

Einführung eines kalendertäglichen Risikopoolschwellenwertes

Die derzeitige jahresbezogene Ausgestaltung des Risikopools führt dazu, dass hohe Leistungsausgaben bei Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden nicht immer sachgerecht berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere Neugeborene sowie im Laufe des Ausgleichsjahres verstorbene Versicherte, bei denen trotz sehr hoher Behandlungskosten der jährliche Schwellenwert häufig nicht erreicht wird. Die hieraus resultierenden Ausgaben verbleiben vollständig bei den Krankenkassen und werden nicht durch den Risikopool ausgeglichen. Aus Sicht des IKK e.V. sollte daher geprüft werden, ob ein kalendertäglicher Risikopoolschwellenwert zu einer verursachungsgerechteren Berücksichtigung besonders kostenintensiver Versichertenepisoden und zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikopools beitragen kann.