Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells
im Risikostrukturausgleich (RSA)

Stellungnahme des BKK Dachverband e.V.

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

Inhalt

1. Einleitung 2
2. Anmerkungen zur Durchführung der Anhörung 2
3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf 3
   3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besonderer Bedeutung 3
      3.1.1. Konsistenz und Transparenz 3
      3.1.2. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell 3
      3.1.3. Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosen 4
      3.1.4. Altersdifferenzierung 4
   3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf 5
4. Zuweisungen für Auslandsversicherte 5
5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente 6
6. Redaktionelles 6
7. Schlussbemerkung 6

1. Einleitung

Mit dem Festlegungsentwurf zum Versichertenklassifikationsmodells (KLM) vom 17.06.2026 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Vorschläge zur Ausgestaltung für das Jahr 2027 vorgelegt und damit das jährliche Stellungnahmeverfahren eröffnet. Die Betriebskrankenassen begrüßen sehr, dass nach der Konzentration auf die RSA-Gutachten der vergangenen Jahre nun wieder intensiver am Klassifikationsmodell gearbeitet wird. Es werden wieder mehr Hierarchien bearbeitet und auch die Bearbeitungstiefe hat zugenommen.

Wie jedes Jahr wird zudem die Variablenauswahl im Bereich der Regionalkomponente aktualisiert: Eine Variable tritt hinzu, sodass in diesem Jahr die Maximalzahl von zehn Regionalmerkmalen erreicht wird. Auch im Bereich der Auslandsversicherten werden erneut Änderungen vorgenommen, die wir kommentieren.

2. Anmerkungen zur Durchführung der Anhörung

Bezüglich der Durchführung des Anhörungsverfahrens erneuern wir unsere Vorschläge. Dies betrifft zuvorderst die Schwerpunktsetzungen des BAS bei der jährlichen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells. In den vergangenen Jahren wurden jeweils verschiedene Hierarchien intensiver behandelt als andere und teils auch Schwerpunktthemen (z.B. Komorbiditäten, Alterssplits) gesetzt, deren Behandlung dann in den Folgejahren nicht in der gleichen Intensität fortgeführt wurde. Die Notwendigkeit zur Schwerpunktsetzung können wir gut nachvollziehen. Allerdings wünschen wir uns frühzeitig im Jahr Transparenz über die aktuellen Schwerpunkte.

Darüber hinaus halten wir eine flexible Mittelfristplanung für erforderlich, um eine konsistente Weiterentwicklung des RSA-Klassifikationsmodells sicherzustellen. Im Wissen, dass bestimmte Themen in naher Zukunft systematisch aufgegriffen werden, könnten wir dann auch darauf verzichten, die Nichtbearbeitung dieser Themen regelmäßig kritisch anzumerken. Vielmehr könnten wir unsere eigenen Vorschläge konstruktiv und zielführend an der im Vorfeld veröffentlichten Agenda orientieren. Die Bekanntgabe einer Mittelfirstplanung schließt nicht aus, aktuelle Entwicklungen und Anpassungsbedarfe kurzfristig flexibel zu berücksichtigen.

Der Umgang des BAS mit Altvorschlägen aus dem Anhörungsverfahren ist aus unserer Sicht ambivalent. Einerseits ist es selbstverständlich zu begrüßen, wenn Vorschläge aus den Anhörungsverfahren der vergangenen Jahre aufgegriffen und geprüft werden. Andererseits ist nicht mehr nachvollziehbar, welche der teilweise mehrere Jahre alten Vorschläge noch für eine Prüfung vorgesehen sind und welche nicht. Im Sinne einer Verfahrensvereinfachung und verbesserten Transparenz schlagen wir daher vor, auf die Prüfung von Vorschlägen, die mehr als zwei Jahre zurückliegen, zu verzichten. Ältere Vorschläge sind aus unserer Sicht in der Regel schlicht überholt. Den Vorschlagenden wäre es dabei unbenommen, ungeprüfte

Vorschläge ggf. in aktualisierter Form neu einzubringen. Die transparente Alternative wäre eine vollständige Dokumentation der eingebrachten Vorschläge einschließlich des Umsetzungsstatus, bzw. des Rückstellungsstatus für eine spätere Prüfung durch das BAS. Anhand der inzwischen genutzten Vorschlagstabellen wäre ein solches Verfahren möglich aber sicher aufwändiger als die vorgenannte Alternative.

3. Anmerkungen zum Festlegungsentwurf

3.1. Hierarchieübergreifende Themen von besonderer Bedeutung

Nachfolgend greifen wir hierarchieübergreifende Themen zum Klassifikationsmodell auf, die wir in ähnlicher Form auch in den vergangenen Jahren adressiert hatten.

3.1.1. Konsistenz und Transparenz

In Hinblick auf die Berücksichtigung der technischen Anpassungen (Stichworte: neue Arzneimittel, neue ICD-Codes) wäre uns eine möglichst zeitnahe und systematische, idealerweise automatisierte Prüfung der zugrundeliegenden Quellen wichtig, sodass transparent würde, aus welchen fachlichen Gründen bestimmte Codes nicht berücksichtigt werden. Wir sehen diesbezüglich im aktuellen Festlegungsentwurf Schritte in die richtige Richtung, wünschen uns aber noch mehr Vollständigkeit und Konsequenz. In begründeten Fällen kann eine Berücksichtigung natürlich zurückgestellt werden oder auch ganz unterbleiben.

Aus dem aktuellen Festlegungsentwurf geht an mehreren Stellen hervor, dass sich das BAS bei der Abgrenzung und Neuzuordnung einzelner HMGs an identifizierten Über-/Unterdeckungen orientiert. Beispiele sind die DXG0061 in der Hierarchie 02 oder die DXG0224 der Hierarchie 08. Dieses Vorgehen ist im Sinne der Kostenhomogenität der Gruppierung und der Zielgenauigkeit des Verfahrens prinzipiell zu begrüßen. Leider werden die Schwellenwerte, wann eine Fehldeckung so groß ist, dass es zu einer genaueren Untersuchung kommt, nicht benannt. Im Sinne einer besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz bitten wir und die Veröffentlichung der zugrundeliegenden Berechnungen und der angelegten Schwellwerte.

3.1.2. Ko- und Multimorbidität im Klassifikationsmodell

Die Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität bleibt aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein zentrales Thema für die künftige Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells. Der vor Jahren eingeschlagene Weg, breite Komorbiditäten zwischen Hierarchien durch ihre Zusammenlegung aufzuarbeiten ist richtig und sollte nun unbedingt fortgesetzt werden, da wieder intensiver am Klassifikationsmodell gearbeitet wird. Dankenswerterweise hat der GKV-Spitzenverband seine Berechnungen dazu aktualisiert. Wir würden uns wünschen, dass diese oder eigenen Berechnungen des BAS bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells berücksichtigt werden. Die immer noch offenen Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu weiteren Hierarchiezu-

sammenlegungen unterstützten wir ausdrücklich. Zu weiteren konkreten Ansatzpunkten verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum Ausgleichsjahr 2024. Auch Interaktionsterme können aus unserer Sicht ein geeignetes Mittel sein, um Multimorbidität zu berücksichtigen, insbesondere wenn eine Hierarchiezusammenlegung nicht möglich ist. Dem steht nicht entgegen, wie im aktuellen Festlegungsentwurf, früher eingeführte Dominanzbeziehungen zu prüfen und aufzulösen, wenn die empirische Grundlage dafür nicht mehr vorhanden ist, z.B. weil die betreffende Hierarchie grundlegend neugeordnet wurde.

3.1.3. Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosen

Die Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Zielgenauigkeit und der Manipulationssicherheit des RSA. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Validierung von HMG bzw. DxG gelegt werden, die bisher lediglich durch das M2Q-Kriterium abgesichert sind. Auch mit Blick auf die anstehende Abschaffung des Verfahrens zum HMG-Ausschluss sollte dieser Ansatz unbedingt weiter ausgebaut werden.

Aus unserer Sicht besteht in diesem Bereich hohes Potential, um den RSA manipulationssicherer, valider und zielgenauer zu gestalten. Wir bitten deshalb weiter dringend um eine jährlich regelmäßige, systematische Prüfung des Themas im Zuge der Festlegungen des RSA-Klassifikationsmodells.

3.1.4. Altersdifferenzierung

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

Aus unserer Sicht ist zur Weiterentwicklung dieses Ansatzes eine systemische Auseinandersetzung zur Ausweitung von Alterssplits notwendig. Unter Abwägung der Zielgenauigkeit und des administrativen Aufwands erscheint uns hierbei grundsätzlich eine individuelle Bestimmung der Altersgrenzen einer allgemeingültigen Festlegung der Grenzen überlegen. Wir regen daher an, in der zukünftigen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodell das Thema „Alterssplits" erneut aufzugreifen und verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme des letzten Jahres. Unabhängig hiervon erachten wir eine Überprüfung der im Jahr 2020 definierten Splitgrenzen für notwendig, da diese noch unter den Bedingungen des „alten" RSA-Modells vor Umsetzung des GKV-FKG festgelegt wurden.

3.2. Anmerkungen zu einzelnen Hierarchien im Festlegungsentwurf

Unsere Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien des Festlegungsentwurfs übermitteln wir in der vorgegeben Tabellenstruktur im Anhang zu diesem Dokument und als beigefügte Excel-Datei.

4. Zuweisungen für Auslandsversicherte

Wie in den Vorjahren gründet das BAS die Festlegung der Auslandversichertengruppen insbesondere auf die Entwicklung der Inlands- und Auslandsausgaben sowie des Risikopoolvolumens der betreffenden Versicherten. Im Rahmen der entsprechenden Auswertungen zeigen sich regelmäßig auffällige Entwicklungen, beispielsweise ausbleibende Abrechnungen oder deutliche absolute und relative Kostensteigerungen. Die fachliche Einordnung der zugrundeliegenden Ursachen und Hintergründe erfolgt jedoch bislang nur eingeschränkt. Daher haben wir bereits in den vergangenen Jahren angeregt, einen ergänzenden Begleitbericht – beispielsweise durch die DVKA – bereitzustellen, um solche Auffälligkeiten nachvollziehbar zu erläutern.

Auch im aktuellen Zyklus treten auffällige Entwicklungen auf, etwa eine Verdreifachung der Ausgaben je Versichertenjahr bei Personen mit Bezug zu Großbritannien. Die fehlende fachliche Analyse führt dazu, dass die statistisch ermittelten Berechnungsergebnisse unverändert in den Prozess zur Festlegung der Auslandsversichertengruppen einfließen.

Weiterhin fehlen für Island, Tunesien und Montenegro Abrechnungen von Auslandsversicherten. Dadurch können die Ausgaben dieser Länder nicht sachgerecht bewertet werden. Berücksichtigt werden in diesen Fällen nur die Inlandsausgaben. Da die Schwelle von eintausend Versichertenjahren für die Bildung einer eigenen Wohnlandgruppe nicht erreicht wird, werden diese Staaten gemeinsam mit anderen Abkommensländern betrachtet (Montenegro und Tunesien mit Rumänien, Island mit Polen). Auf Vorschläge, andere Zuordnungen zu treffen, verzichten wir, da auch diese im Falle später eingehender Auslandskostenabrechnungen letztlich zufällig wären.

Um auszuschließen, dass Sammelabrechnungen im Jahr 2027 nachlaufende Abrechnungen der Vorjahre enthalten, welche die Auslandskosten dieser Staaten und in der Folge die Ergebnisse der jeweils zugehörigen Wohnlandgruppen erheblich verzerren, könnte für Länder ohne Auslandskostenabrechnungen über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren eine eigene Wohnlandgruppe gebildet werden. Dies würde der ehemaligen Sonderregelung für Großbritannien entsprechen.

Abschließend bitten wir erneut darum, die Berechnungsgrundlagen als separate Basisdaten bereitzustellen. Dadurch könnten zusätzliche Arbeitsschritte zur Rückführung der Daten in andere Dateiformate vermieden werden.

5. Zur Gestaltung der Regionalkomponente

Die Auswahl der Regionalvariablen wurde erneut anhand des aus den vergangenen Ausgleichsjahren bekannten Algorithmus überprüft. Die Variable „Anzahl der weiblichen Beschäftigten" wird zusätzlich in das Modell aufgenommen, das damit in diesem Jahr die maximal zulässige Anzahl von zehn Regionalmerkmalen umfasst. 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 der Vergangenheit.

6. Redaktionelles

Vgl. Tabelle 20, Spalte 3 der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf (S. 337):

Wir schlagen vor, dass in den fünf neu gefassten KEG jeweils nach dem Wort „Kostenerstattung" der Zusatz „nach § 13 Abs. 2 SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V" aufgenommen wird, um die hier angesprochenen Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 2 SGB V sowie § 53 Abs. 4 SGB V) von anderen Kostenerstattungsverfahren abzugrenzen.

7. Schlussbemerkung

Wir würden uns sehr freuen, wenn das BAS unsere Vorschläge zum Festlegungsentwurf prüfen würde. Wo dies nicht möglich ist, würden wir uns über eine Mitteilung freuen, wie das BAS mit diesen Vorschlägen weiter verfahren wird.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Für weitere Informationen:
Dr. Thomas Schepp, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 702
Dr. Andreas Binder, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 706
Martin Richter, BKK Dachverband, Tel. 030 - 2700 406 70

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	2	Erweiterte Arzneimitteldifferenzierung	alle C-Diagnosen	alle DxGs aus der Hierarchie 02 (außer 971, 972, 973, 1025)	alle HMGs aus der Hierarchie 02 (außer 331, 332, 333, 402)	L01XJ, L01XK, L01XM, V10XX	Umfassende Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika => weitere Abkehr von der vorrangigen Zuordnung anhand der Krebsart hin zur besseren Abbildung durch Art der Arzneimitteltherapie. Ergänzend zu den vier bereits bestehenden HMGs für Neubildungen mit Arzneimittelvalidierung empfehlen wir die Einführung von einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln für alle Krebs-ICDs. Desweiteren regen wir die Einführung einer weiteren zusätzlichen rezessiven HMG mit allen Onkologika an sowie einer arzneimittelvalidierten HMG für hormonsensitive Tumore an. Alle M2Q-validierten HMGS in der Hierarchie 2 bleiben bestehen.
BKK DV	*2 und 8*	hierarchieübergreifende Doppelzuweisung	alle C-Diagnosen	1012	402		Die Einführung der neuen HMG402 könnte zu hierarchieübergreifenden Doppelzuweisungen über die HMG 185 (und eventuell auch HMG 187) führen, da es sich um weitgehend gleich gelagerte klinische Verläufe handelt (Knochenmarksdepression im Rahmen einer medikamentösen Tumortherapie).

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	7	Dominanzbeziehung oder Konsolidierung			CED, Rheuma, Psoriasis (alle entsprechenden HMGs)		Die unterschiedlichen Manifestationen der betroffenen Krankheitsbilder werden v.a. im hochpreisigen Segment mit denselben Arzneimitteln behandelt. Für Gelenkrheuma (H7), Schuppenflechte (H22) und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (H6) gibt es kaum hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen Ausnahme HMG0151. So kommt es zu mehrfachen Zuweisungen durch dieselben validierenden Arzneimittel für unterschiedliche Ausprägungsformen dieser Krankheitsbilder. Einführung hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen verhindern Mehrfachzuordnung innerhalb der hoch bewertete HMGs mit Dauermedikations II und III

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschla-gender	Hierar-chie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	*11*	Konsolidie-rung der Hierarchie	F40.8, F40.9, F07.2, F07.9	694, 1317	656		Der BKK Dachverband regt an, eine Ausdifferenzierung der HMG0656 zu prüfen, da die dort enthaltenen DxG hinsichtlich der Erreichbarkeit (M2Q) zwar vergleichbar sind, die Zuschläge jedoch eine starke Spreizung aufweisen. Die Spreizung ist aus unserer Sicht so ausgeprägt, dass sie gegen die Sammelgruppen-Logik einer Rest-HMG an einem gemeinsamen Strangende spricht.Entsprechend schlagen wir vor, die DxG694 aus der HMG0656 herauszulösen, und regen an zu bewerten, ob die DxG694 aus medizinischen Gründen einer anderen Hierarchie (z.B. Hierarchie 14) zuzuordnen oder nach ihrem Residualkosten-Anteil höher in der Hierarchie 11 einzuordnen ist. Darüber hinaus bitten wir um eine erneute Bewertung der DxG1317 in der HMG0656. Ergänzend regen wir an zu prüfen, ob eine neue HMG, die die DxG1317 (Phobische Störungen, n.n.bez.) umfasst und deren Kosten besser abbildet, unterhalb der neu gebildeten HMG0656 platziert werden kann.

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	*11*	Einführung bisher ausgeschlossene Diagnosen	F17.1, F17.2, F17.8, F17.9	1289,1008	656, 57		Die ICD-Kodes (F17.1, F17.2, F17.8, F17.9) wurden neu in das Ausgangsmodell für die Festlegung des Ausgleichsjahres 2027 aufgenommen. Der BKK DV vertritt die Auffassung, dass keine neue Sachlage – Abbildung der Folgekosten von erstattungsfähigen Arzneimittel oder anderen „neuen“ Versorgungsformen - gegenüber der Situation zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens des Ausgleichsjahres 2025 eingetreten ist. Das Modell 2027 ist auf der SA703 2024 aufgebaut, sodass die Folgekosten von neu aufgenommenen F17 Diagnosen noch nicht vollständig erfasst sind. Zudem werden die durch das Rauchen verursachten Folgekrankheiten (etwa Krebs, Herz-Kreislauf) bereits in anderen Hierarchien ausgeglichen, sodass zwischen den direkten Folgekosten von neu geführten F17 Diagnosen und den Folgekrankheiten zu unterscheiden ist. Nach der Argumentation, die das BAS selbst bei neuen Leistungen (Sovaldi, Tumorfeldtherapie) angebracht hat, spräche es dafür, die Aufnahme zurückzustellen. Es fehlt die Begründung, warum die Aufnahme hier anders gelagert ist. Es sei außerdem darauf verwiesen, dass es bei Adipositas und chronischem Schmerz nach Aufnahme von neuen Diagnosen zu deutlichen Fallzahlsteigerungen kam.
BKK DV	14	Neue Arzneimitteldifferenzierung			236	N02CD	Wir bitten um die Überprüfung der Einführung eines "pyramidalen Systems" mit der Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD.

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	*14*	Neue Arzneimittelvalidierung		328, 330	76, 302	N03AA, N03AB, N03AC, N03AD, N03AE, N03AF, N03AG, N03AX	Anpassung der Altersgrenzen (>11 und <12 Jahre), Einführung einer Arzneimittelvalidierung, Anpassung der DDDs auf Erwachsene bzw. Kinder (Sonderfall 1), zusätzlich Beibehaltung der M2Q-validierten HMGs
BKK DV	*14*	Arzneimitteldifferenzierung (ATC-Ergänzung)		1252	250	N07AA	Wir bitten um Ergänzung des ATC N07AA (Pyridostigmin) in der DxG 1252
BKK DV	*14*	Arzneimitteldifferenzierung (ATC-Ergänzung)		1250, 1252	249, 250	L04AL	Aufgrund der Verschiebung von relevanten ATC-Codes vom amtlichen ATC-Code 2025 zu 2026 aus den ATC-Gruppen L04AA und L04AG bitten wir um Ergänzung des ATC L04AL in der DxG 1250 und 1252
BKK DV	*19*	Arzneimitteldifferenzierung		655	222		Durch die Aufnahme von Kindern in die DxG 655 mit Sonderfall 1 werden die Folgekosten von jungen Patienten (insbesondere Säuglingen und Kleinkindern) nicht ausreichend abgedeckt. Aufgrund der geringeren altersgerechten Dosierung kann bei diesen die DDD-Grenze von 92 DDDs nicht erreicht werden. Wir regen die Prüfung des Sonderfall 2 oder alternativ die Validierung über 2 Verordnungs-Quartale für Kinder < 12 Jahren an.

Anlage: Anmerkungen zu den einzelnen Hierarchien

Vorschlagender	Hierarchie	Kategorie	ICD	DxG	HMG	ATC	Problemstellung / Anmerkung / Hintergrund Vorschlag
BKK DV	23	stationär erforderlich	S07*				Alle ICD mit S07 sollten stationär erforderlich sein aufgrund der Tragweite der Verletzung und nicht nur S07.1
BKK DV	31	Neue Arzneimittelvalidierung		26, 1197	62	G03GA	Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA mit 10 DDDs für die Kinderwunschbehandlung bei weiblicher Infertilität