Bundesamt
für Soziale Sicherung

Erläuterungen zur

Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im Risikostrukturausgleich

für das Ausgleichsjahr 2027

Bonn, den 30. September 2026

Kontakt

Bundesamt für Soziale Sicherung

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

Friedrich-Ebert-Allee 38

D-53113 Bonn

E-Mail: referat316[at]bas.bund.de

www.bundesamtsozialesicherung.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3

Abbildungsverzeichnis 7

Tabellenverzeichnis 10

Abkürzungsverzeichnis 12

I Einführung 14

1 Rechtsgrundlagen 14

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen 16

2.1 Anhörungsverfahren 16
2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen 16

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2027 im Vergleich zum Festlegungsentwurf 75

3.1 Ausgangsmodell 75
3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“ 75
3.3 Hierarchie 02 „Neubildungen“ 75
3.4 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ 75
3.5 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ 75
3.6 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ 75
3.7 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ 75
3.8 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ 75
3.9 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ 76
3.10 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ 76
3.11 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ 76
3.12 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ 76
3.13 Regionale Risikogruppen 76
3.14 Auslandsversicherte (Wohnlandgruppen) 76
3.15 Neufassung der Risikogruppen für Versicherte mit Kostenerstattung 76
3.16 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben 76
3.17 Berücksichtigung von Sternkodes im Klassifkationsmodell 76

II Methodik 77

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung 77

4.1 Festlegungsentwurf 77
4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen 77
4.3 Diskussionen der Stellungnahmen 77
4.4 Festlegung 77

5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2027 78

5.1 Festlegungsentwurf 78
5.2 Anhörungsverfahren 78
5.3 Weitere Anpassungen 80
5.4 Festlegung 80

6 Weitere Themen 81

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen 81
6.2 Diskussionen der Stellungnahmen 83

III Anpassung der Hierarchien 85

7 Vorbemerkungen 85

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen 85
7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien 85
7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen 88

8 Hierarchie 01 „Infektionen“ 90

8.1 Festlegungsentwurf 90
8.2 Anhörungsverfahren 91
8.3 Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“ 92

9 Hierarchie 02 „Neubildungen“ 93

9.1 Festlegungsentwurf 93
9.2 Anhörungsverfahren 97
9.3 Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“ 100

10 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ 104

10.1 Festlegungsentwurf 104
10.2 Anhörungsverfahren 107
10.3 Festlegung der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ 111

11 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ 113

11.1 Festlegungsentwurf 113
11.2 Anhörungsverfahren 119
11.3 Festlegung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ 123

12 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ 128

12.1 Festlegungsentwurf 128
12.2 Anhörungsverfahren 133
12.3 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ 133

13 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ 134

13.1 Festlegungsentwurf 134
13.2 Anhörungsverfahren 139

13.3 Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ 140

14 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ 141

14.1 Festlegungsentwurf 141
14.2 Anhörungsverfahren 146
14.3 Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologisch Erkrankungen“ 153

15 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ 157

15.1 Festlegungsentwurf 157
15.2 Anhörungsverfahren 160
15.3 Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ 164

16 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ 167

16.1 Festlegungsentwurf 167
16.2 Anhörungsverfahren 172
16.3 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ 175

17 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ 180

17.1 Festlegungsentwurf 180
17.2 Anhörungsverfahren 184
17.3 Festlegung der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ 185

18 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ 186

18.1 Festlegungsentwurf 186
18.2 Anhörungsverfahren 188
18.3 Festlegung der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ 188

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens 189

19 Regionale Risikogruppen 189

19.1 Festlegungsentwurf 189
19.2 Anhörungsverfahren 189
19.3 Anpassung der Anlage 4 190
19.4 Ergebnis 190

20 Auslandsversicherte (Wohnlandgruppen) 191

20.1 Festlegungsentwurf 191
20.2 Anhörungsverfahren 191
20.3 Ergebnis 192

21 Kostenerstattungsgruppen 193

21.1 Festlegungsentwurf 193
21.2 Anhörungsverfahren 193

21.3 Ergebnis 193

22 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben 194

22.1 Festlegungsentwurf 194
22.2 Anhörungsverfahren 194
22.3 Ergebnis 194

23 Berücksichtigung von Sternkodes im Klassifikationsmodell 195

23.1 Festlegungsentwurf 195
23.2 Anhörungsverfahren 195
23.3 Ergebnis 196

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung 197

24 Kennzahlen der Festlegung 197

VI Literaturverzeichnis 200

A Anhang 201

A.1 Erläuterung zu den Anlagen 201

A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus 203

A.3 Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell 208

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie 86

Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im FLE bzw. in der FL 87

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle 88

Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf 91

Abbildung 9.1: Hierarchie 02 „Neubildungen“ im Festlegungsentwurf 96

Abbildung 9.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1) 103

Abbildung 10.1: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Festlegungsentwurf 106

Abbildung 10.2: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1) 112

Abbildung 11.1: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2) 117

Abbildung 11.2: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2) 118

Abbildung 11.3: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2) 126

Abbildung 11.4: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2) 127

Abbildung 12.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2) 131

Abbildung 12.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2) 132

Abbildung 13.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2) 137

Abbildung 13.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2) 138

Abbildung 14.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2) 145

Abbildung 14.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2) 146

Abbildung 14.3: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2) 155

Abbildung 14.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2) 156

Abbildung 15.1: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/1) 159

Abbildung 15.2: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1) 166

Abbildung 16.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf (1/2) 170

Abbildung 16.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf (2/2) 171

Abbildung 16.3: Neustrukturierung des ersten Stranges der Hierarchie 19 174

Abbildung 16.4: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2) 178

Abbildung 16.5: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2) 179

Abbildung 17.1: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ im Festlegungsentwurf 184

Abbildung 18.1: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf 188

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das AJ 2027 203

Abbildung A.2.2: Sonderfall 1 Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage 204

Abbildung A.2.3: Sonderfall 2 Arzneimitteldifferenzierung über 42/21 Behandlungstage 205

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3 Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen 206

Abbildung A.2.5: Sonderfall 4 Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“ 207

Abbildung A.3.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ (1/1) 208

Abbildung A.3.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ (1/1) 209

Abbildung A.3.3: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (1/2) 210

Abbildung A.3.4: Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ (2/2) 211

Abbildung A.3.5: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ (1/1) 212

Abbildung A.3.6: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (1/2) 213

Abbildung A.3.7: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (2/2) 214

Abbildung A.3.8: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (1/2) 215

Abbildung A.3.9: Hierarchie 07 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ (2/2) 216

Abbildung A.3.10: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (1/2) 217

Abbildung A.3.11: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ (2/2) 218

Abbildung A.3.12: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (1/2) 219

Abbildung A.3.13: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ (2/2) 220

Abbildung A.3.14: Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ (1/1) 221

Abbildung A.3.15: Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen der Wirbelsäule“ (1/1) 222

Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2) 223

Abbildung A.3.17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (2/2) 224

Abbildung A.3.18: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ (1/1) 225

Abbildung A.3.19: Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (1/1) 226

Abbildung A.3.20: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (1/2) 227

Abbildung A.3.21: Hierarchie 18 „Gefäß- und Kreislauferkrankungen“ (2/2) 228

Abbildung A.3.22: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (1/2) 229

Abbildung A.3.23: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ (2/2) 230

Abbildung A.3.24: Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ (1/1) 231

Abbildung A.3.25: Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ (1/1) 232

Abbildung A.3.26: Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“ (1/1) 233

Abbildung A.3.27: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (1/2) 234

Abbildung A.3.28: Hierarchie 23 „Verletzungen“ (2/2) 235

Abbildung A.3.29: Hierarchie 24 „Medizinische Komplikationen“ (1/1) 235

Abbildung A.3.30: Hierarchie 25 „Transplantationen“ (1/1) 236

Abbildung A.3.31: Hierarchie 26 „Erkrankungen des Auges“ (1/1) 237

Abbildung A.3.32: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ (1/1) 238

Abbildung A.3.33: Hierarchie 28 „Chronischer Schmerz“ (1/1) 239

Abbildung A.3.34: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ (1/1) 240

Abbildung A.3.35: Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“ (1/1) 241

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise 16

Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise 19

Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien 30

Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens 71

Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 im Vergleich 90

Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 im Vergleich 93

Tabelle 9.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 100

Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 02 im AJ 2027 101

Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 im Vergleich 104

Tabelle 10.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 109

Tabelle 10.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02 110

Tabelle 10.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 05 im AJ 2027 111

Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 06 im Vergleich 113

Tabelle 11.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 121

Tabelle 11.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02 122

Tabelle 11.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 06 im AJ 2027 123

Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich 128

Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 im Vergleich 134

Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 im Vergleich 141

Tabelle 14.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 151

Tabelle 14.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02 152

Tabelle 14.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 14 im AJ 2027 153

Tabelle 15.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 16 im Vergleich 157

Tabelle 15.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 163

Tabelle 15.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 16 im AJ 2027 165

Tabelle 16.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich 167

Tabelle 16.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01 174

Tabelle 16.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 19 im AJ 2027 176

Tabelle 17.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 im Vergleich 180

Tabelle 18.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 29 im Vergleich 186

Tabelle 24.1: Gesamtbewertung der Festlegung AJ 2027 198

Tabelle 24.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool 199

Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2027 202

Abkürzungsverzeichnis

A.	Arteria
AGM	Ausgangsmodell
aHUS	atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom
AJ	Ausgleichsjahr
ALG	Arbeitslosengeld
AML	akute myeloische Leukämie
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
angeb.	angeboren(e/er)
AOK-BV	AOK-Bundesverband
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikationssystem
AV	Abrechnungsvereinbarung
AV-Block	Atrioventrikular-Block
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BJ	Berichtsjahr
BKK DV	BKK Dachverband e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT	Behandlungstage
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
CED	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
COVID-19	coronavirus disease 2019
CPM	Cumming’s Prediction Measure
DAK-G	DAK-Gesundheit
DDD	defined daily dose
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis related groups
DVKA	GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland
DxG	Diagnosegruppe
ERT	enzyme replacement therapy
FL	Festlegung
FLE	Festlegungsentwurf
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIT	Gastrointestinaltrakt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GLP	glucagon-like peptide
HAS	Haute Autorité de Santé (oberste Gesundheitsbehörde in Frankreich)
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe

HNO	Hals-Nasen-Ohren
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Version 10, German Modification
IDH	isocitrat-dehydrogenase
IKK e. V.	Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KEG	Kostenerstattungsgruppe
KHK	koronaren Herzkrankheit
KV	Krankenversicherung
LDL	low density lipoprotein
M2Q	Mindestens zwei Quartale
MAPD	Mittlere absolute Prozentabweichung (Mean Absolute Percentage Deviation)
MAPE	Mittlerer absoluter Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MS	Multiple Sklerose
n. n. bez.	Nicht näher bezeichnet(e/er)
PBS	posttraumatische Belastungsstörung
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PFIC	progressive familiäre intrahepatische Cholestase
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PP	Prozentpunkte
R^2	Bestimmtheitsmaß
RGG	Regionale Risikogruppe
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGLT	sodium-glucose linked transporter
SIRS	systemisches inflammatorisches response-Syndrom
TK et al.	Techniker Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse
TMA	Thrombotische Mikroangiopathie
TTP	Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
VJ	Versichertenjahr(e)
WLG	Wohnlandgruppe
wMAPD	Gewichtete absolute Prozentabweichung (weighted Mean Absolute Percentage Deviation)
wMAPE	gewichteter mittlerer absoluter Prognosefehler (weighted Mean Absolute Prediction Error)
ZNS	Zentrales Nervensystem

I Einführung

1 Rechtsgrundlagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsverfahren 2027 wurde am 19. Juni 2026 durch das BAS veröffentlicht (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2026). Zeitgleich wurde die nach § 8 Absatz 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV (mit Frist zur Stellungnahme bis zum 14. August 2026) eingeleitet.

Nach Prüfung der Stellungnahmen gibt das BAS zum 30. September 2026 die Festlegung für das AJ 2027 bekannt.

2 Anhörungsverfahren und Stellungnahmen

2.1 Anhörungsverfahren

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 14. August 2026 gingen beim BAS neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV), der BARMER, des BKK Dachverbandes (BKK DV), der DAK-Gesundheit (DAK-G), der gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e. V.), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Bundesärztekammer (KBV/BÄK) sowie der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse (TK et al.) ein.

2.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die im Rahmen der Anhörung eingegangenen Stellungnahmen werden wie folgt tabellarisch aufgearbeitet. In Tabelle 2.1 finden sich Anmerkungen zur Schwerpunktsetzung, dem Anhörungsverfahren, den Rechtsgrundlagen und sonstigen einführenden Themen. Tabelle 2.2 betrifft die Methodik und umfasst entsprechend Stellungnahmen zu den statistischen Bewertungskriterien, zur Entwicklung des Ausgangsmodells und zu weiteren methodischen Themen. Tabelle 2.3 beinhaltet Standpunkte und Vorschläge zu den einzelnen Hierarchien. Schließlich werden in Tabelle 2.4 die Anmerkungen zu weiteren Bereichen des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens, insbesondere zu regionalen Risikogruppen, Auslandsversicherten und Hybrid-DRGs dargestellt.

Tabelle 2.1: Stellungnahmen – allgemeine Hinweise

I	Einführung	
1	Schwerpunktsetzung	
	Wir bitten in der Festlegung um einen Hinweis darauf, ob im kommenden Jahr die noch offenen Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimitteln sowie die Beseitigung von Komorbiditäten weiterverfolgt werden oder ob andere Themenschwerpunkte gewählt werden.	BARMER
	Die Schwerpunktsetzung des BAS bei der Anpassung des Klassifikationsmodells erscheint zielführend.	TK et al.
	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.	BKK DV
	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.	BKK DV

I	**Einführung**	
2	**Vorschlagsverfahren und organisatorische Aspekte des Anhörungsverfahrens**	
	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.	BKK DV
	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.	BKK DV
	Hinsichtlich weiterer offener Vorschläge aus den Vorjahren verweisen wir auf unsere Stellungnahmen zum Entwurf der Festlegungen der Ausgleichsjahre 2023 bis 2026.	GKV-SV
3	**Themen mit Änderungsbedarf der Rechtsgrundlagen**	
	Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Einführung von partiellen Ist-Kostenausgleichen im Morbi-RSA grundsätzlich ab und fordert stattdessen, die Zuweisungen über den bewährten, standardisierten Ausgleich von prospektiven Folgekosten zu bemessen. Nur so werden die notwendigen Anreize gesetzt, Risikoselektion zu vermeiden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren. Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahrens allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter.Hier sei auf die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum GKV-FKG mit Stand vom 04.12.2019 (BT-Drs. 19/15662) sowie unsere Stellungnahmen vom 13. August 2021 und vom 08. August 2025 verwiesen.	AOK-BV
	Zwar wurde das BAS mit GKV-FKG über den neuen § 8 Abs. 4 Satz 8 RSAV ermächtigt, nicht versichertenbezogen erfasste Leistungsausgaben im Berechnungsverfahren gesondert zu berücksichtigten. Die AOK-Gemeinschaft vertritt aber weiterhin die Auffassung, dass die vorgenommene Differenzierung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben inhaltlich unbegründet ist und im Ergebnis nicht den in § 266 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V formulierten Zielsetzungen des Morbi-RSA entspricht. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft fordert weiterhin mit Nachdruck, die Abgrenzung von sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu beenden [vgl. hierzu detailliert auch zuletzt unsere Stellungnahme vom 13. August 2021].	AOK-BV

I	**Einführung**	
	Die AOK-Gemeinschaft hat bereits 2022 eine entsprechende Untersuchung beim Forschungsinstitut EsFoMed und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen systematische Unterdeckungen bei den RSA-Zuweisungen für Versicherte: - mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, - unter der Härtefallregelung gemäß § 62 SGB V, - mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, - sowie mit Bezug von ALG II. Diese Gruppen sind nicht nur besonders schutzbedürftig, sondern auch leicht identifizierbar – was das Risiko gezielter Risikoselektion erhöht. Zudem sind sie ungleich auf die Krankenkassen verteilt, was zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führt. Durch die im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbeträge verschärft sich die Situation weiter. Hier hat die Finanzkommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht bereits auf notwendige Anpassungen im RSA hingewiesen. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sollte der Wissenschaftliche Beirat des BAS im § 266 SGB V ergänzend beauftragt werden, im Rahmen eines Sondergutachtens zu prüfen, inwieweit versichertenbezogene Risikomerkmale zur Verbesserung der RSA-Zuweisungen für vulnerable Gruppen beitragen können. Die Ergebnisse unserer Studie legen nahe, dass bestimmte Merkmale eine höhere Leistungsinanspruchnahme erklären, die durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen allein nicht abgebildet wird.	AOK-BV
	Zeitnah umzusetzen sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch die Empfehlungen des Beirats in seinem Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021. Darin empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, Risikomerkmale für Erwerbsminderung wieder im RSA zu berücksichtigen. Die fehlende Berücksichtigung eines separaten Merkmals für Erwerbsminderung mindert die Erklärungskraft des Morbi-RSA und setzt Fehlanreize zulasten besonders schutzbedürftiger Menschen.	AOK-BV
	Der empfohlene Verzicht auf die sogenannte Manipulationsbremse, deren Dysfunktionalität erneut festgestellt wurde, wäre ein weiterer Beitrag zu weniger Bürokratie und mehr Planungssicherheit. Denn die Manipulationsbremse verfehlt ihr Ziel Manipulation zu bekämpfen und führt stattdessen zu mehr Aufwand und Fehlallokationen.	AOK-BV
4	**Sonstiges**	
	Die KBV begrüßt, dass Konsistenz und Übersichtlichkeit des Klassifikationsmodells weiter durch Zusammenlegung und Konsolidierung in den einzelnen Hierarchien erhöht werden.	KBV/BÄK

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 2.2: Stellungnahmen – Methodik und hierarchieübergreifende Hinweise

II	**Methodik**	
1.	**Statistische Bewertungskriterien und Datensatzbeschreibung**	
1.1	**Statistische Bewertungskriterien**	
	Die aufgeführten statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen beinhalten den bereits in den Vorjahren eingeführten Kennzahlensatz auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene sowie auf regionaler Ebene.	GKV-SV
	Für künftige Weiterentwicklungen regt die AOK-Gemeinschaft erneut an, eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu etablieren. Diese sollte sich grundsätzlich an der Höhe der Gesamtzuweisung der jeweiligen HMG orientieren. Abweichungen hiervon sollten ausschließlich in begründeten Einzelfällen erfolgen.	AOK-BV
	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.	KBV/BÄK
	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.	KBV/BÄK
1.2	**Datenaufbereitung und -beschreibung**	
	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.	GKV-SV
	Insgesamt ist die Beschreibung der Datengrundlage nachvollziehbar.	KBV/BÄK
2	**Entwicklung des Ausgangsmodells**	
2.1	**Anpassungen an den ICD-10-GM**	
	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.	GKV-SV
	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. Derzeit können die Anhörungspartner nur über den Abgleich mit dem ICD-Katalogverzeichnis des DIMDI feststellen, ob tatsächlich alle ICD-Codes für die Festlegung berücksichtigt wurden. Eine entsprechende Transparenz über die ICDs in der Ausschlusskatgeorie würde auch das Risiko deutlich verringern, dass im Rahmen der Modellfestlegung relevante ICDs übersehen werden.	GKV-SV, AOK-BV, BARMER
	Die Zuordnung der neuen Diagnosen zu Krankheiten und Morbiditätsgruppen und die ICD-Verschiebung aus medizinischen Gründen sind nachvollziehbar.	DAK-G, KBV/BÄK
2.2	**Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes**	
	Die Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Codes wird begrüßt.	GKV-SV, AOK-BV

II	Methodik	
	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.	GKV-SV
	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 notwendige 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“	IKK e.V.
	Anhand der MAPE-Verbesserung wird deutlich, dass die Berücksichtigung dieser Diagnosen einen wichtigen Beitrag leistet, um eine nachhaltige Erhöhung der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells zu erreichen.	AOK-BV
	Darüber hinaus sollten für eine krankheitsvollständige Abbildung der Morbiditäten auch Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen nach medizinischen Maßnahmen, die Berücksichtigung von Dauertherapien mit Antikoagulanzien, die Integration von Nekrosen/Gangrän und die Abbildung von Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sowie Nachuntersuchungen nach Organtransplantationen geprüft werden [vgl. unsere Vorschläge zu den Hierarchien 7, 8, 11, 22, 24 und 25 und unsere Stellungnahme vom 08. August 2025].	AOK-BV
	Mit der Aufnahme bisher unberücksichtigter Diagnosen werden offene Vorschläge umgesetzt und eine deutliche Verbesserung der Modellgüte erreicht. Welche Gründe zur Aufnahme der ausgewählten ICD-10-GM bzw. zur Nicht-Aufnahme weiterhin in der Krankheit 501 ausgeschlossener ICD-10-GM geführt haben, ist allerdings nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zu einer weiterhin nicht berücksichtigten Diagnose gehört die Eisenmangelanämie (Eisenmangel wird berücksichtigt), zu der auch ein Vorschlag vorliegt.	DAK-G

II	Methodik	
	Das Ausgangsmodells enthält bereits die neu aus der Krankheit 501 aufgenommen ICD-10-GM in 4 Hierarchien, wobei die 8 HMG zunächst frei angeordnet werden. Die DAK-Gesundheit schlägt vor, diesen Schritt vollständig in die Bearbeitung der jeweiligen Hierarchie zu verschieben. So wären die Ergebnisse mit der Wirkung auf die Kennzahlen isoliert und auf einem weitgehend unbearbeiteten Ausgangsmodell besser darstellbar. Grundsätzlich sollte das Ausgangsmodell nur die Änderungen durch den Wechsel des Morbiditätsjahres mit den ICD-10-GM und ATC aus der Überleitung enthalten. Nur so lassen sich die Änderungen durch die Weiterentwicklung optimal darstellen. Davon abzuweichen ist dann sinnvoll, wenn unabhängig vom Ergebnis der Kennzahlen andere entscheidungsrelevante Kriterien vorliegen, z.B. die Verschiebung bzw. Zuordnung von Diagnosen aus medizinischen Gründen. Diese Änderungen könnten für alle Hierarchien umgesetzt und zusammengenommen das Ausgangsmodell „B“ für alle weiteren Anpassungen darstellen. Ein Vergleich der Kennzahlen mit einem Ausgangsmodell „A“ aus der Überleitung wäre zusätzlich informativ möglich.	DAK-G
	Die vorgeschlagenen Anpassungen zur Bildung des Ausgangsmodells halten wir grundsätzlich für medizinisch und inhaltlich sinnvoll. Der Effekt der Integration von ICD-Codes aus der Ausschlusskategorie ins Klassifikationsmodell ist jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar. In den Erläuterungen zur Festlegung wird zwar der Gesamteffekt der Einbeziehung dieser Codes an-gegeben. Aus den Erläuterungen ist jedoch nicht ersichtlich, welche Effekte die Integration im jeweiligen Einzelfall hat. Ob die Verbesserung der statistischen Kennzahlen durch die zusätzlichen ICD-Codes sich gleichmäßig verteilt oder der positive Effekt sich auf wenige der zusätzlichen Codes konzentriert und die Integration weiterer Codes nur marginale oder eventuell sogar negative Effekte hat, wurde vermutlich durch das BAS geprüft, ist aber aus den erläuternden Materialien nicht erkennbar. Zukünftig wäre hier eine differenziertere Darstellung wünschenswert.	TK et al.
	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.	KBV/BÄK
	Die selektive Berücksichtigung einzelner Diagnosen birgt das Risiko, Kodieranreize zu setzen. Aus Gründen der Manipulationsresistenz sollte daher geprüft werden, ob medizinisch eng verwandte und hinsichtlich des Versorgungsaufwands vergleichbare ICD-Kodes einheitlich behandelt werden können. Eine konsistente Berücksichtigung entsprechender Diagnosen erhöht die Nachvollziehbarkeit der Zuordnungen und stärkt die Robustheit des Klassifikationsmodells gegenüber strategischen Kodierungseffekten.	IKK e.V.
2.3	**Anpassung von ATC-Kodes**	
	Die vorgenommenen Anpassungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht und gut dokumentiert.	GKV-SV

II	**Methodik**	
3	**Weitere Themen**	
3.1	**Dokumentation 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.	GKV-SV
	Die Anpassungen in den Hierarchien werden teilweise mit Überdeckungen von DxG erklärt. Die Deckungssituation der Versicherten wird aber an keiner Stelle dargestellt. Aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit sollten die entsprechenden Ergebnisse der durchgeführten Analysen in den Erläuterungen aufgenommen werden.	AOK-BV
	Das methodische Vorgehen zur Neuordnung der Hierarchien ist nicht immer ausreichend dokumentiert und mit Blick auf einzelne Änderungen nicht stringent nachvollziehbar. Bei der Vereinigung der Stränge 2 und 4 in Hierarchie 06 werden beispielsweise fünf umfangreiche Anpassungsschritte in einer einzigen Modellierung zusammengeführt. Die Auswirkungen der einzelnen Überarbeitungen lassen sich daher nicht isoliert bewerten. Auch begründet das BAS die Durchführung oder nicht Durchführung von Hierarchieanpassungen an vielen Stellen mit Vorabanalysen der Deckungssituation in bestimmten Versichertengruppen. Um diese Entscheidungen nachvollziehen zu können, bitten wir das BAS erneut diese Analyseergebnisse transparent zu machen.	AOK-BV
3.2	**Einheitliche Entscheidungskriterien**	
	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. 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.	GKV-SV

II	Methodik	
	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.	GKV-SV
	Es bleibt unklar, welcher Abstand der Kostenschätzer vom BAS als notwendig angesehen wird. Das BAS sollte klarstellen, welcher Abstand angesetzt ist und diesen Maßstab dann auch bei künftigen Modellanpassungen konsequent anlegen. Der IKK e.V. regt an, für die Zusammenlegung von HMGs verbindliche und nachvollziehbare Entscheidungskriterien festzulegen und offenzulegen. Der Festlegungsentwurf lässt nicht in allen Fällen erkennen, warum HMGs mit vergleichbaren Kostenschätzern und nur geringen Unterschieden in der Prädiktionsgüte teilweise zusammengeführt werden, während sie in anderen Fällen eigenständig bestehen bleiben. Aus Gründen der Transparenz und der methodischen Konsistenz sollten entsprechende Entscheidungen anhand klarer und einheitlich angewandter Kriterien erfolgen.	TK et al., IKK e.V.
	Bei der Überarbeitung der Hierarchien wird nicht immer konsistent vorgegangen. Einerseits werden Hierarchien konsolidiert und DxG nach dem Kriterium Kostenhomogenität in HMG zusammengeführt, an anderer Stelle wird jedoch mit klinischer Heterogenität argumentiert und Hierarchiestränge nach medizinischen Kriterien gebildet. Ein einheitliches Vorgehen wäre wünschenswert.	TK et al.
	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.	BKK DV

II	Methodik	
3.3	Verwendung von Arzneimitteln und Aufgreifkriterien	
	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.	GKV-SV
	Die mit dem Masernschutzgesetz vom 13. November 2019 zum 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte bei chronischen Erkrankungen eine Dauermedikation so verordnen können, dass mit einem Rezept mehrere Arzneimittelabgaben möglich sind. Apotheker dürfen dann das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, ohne dass der Patient erneut zum Arzt geht. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Rezeptes durch den Arzt. Ärzte und Ärztinnen können das Wiederholungsrezept seit dem 1. April 2023 im Rahmen eines E-Rezeptes verordnen. Vorschlag: Wir bitten das BAS, mögliche Implikationen dieser Neuregelung auf die bestehenden Aufgreifkriterien des Morbi-RSA (insbesondere im Kontext der M2Q-Prüfung bei entsprechenden chronischen Erkrankungen sowie bei Arzneimittelvalidierungen über „klinisch-relevant“) zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen [vgl. unserer Stellungnahme vom 08. August 2025].	AOK-BV

II	Methodik	
	Der Sonderfall 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) sieht eine altersübergreifende BT-Prüfung nicht nur für ambulante, sondern auch für stationäre Hauptdiagnosen vor. Dies kann zu vermehrten Nichtzuordnungen von Krankheitsfällen führen, bei denen die Arzneimitteltherapie zu relevanten Anteilen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erfolgt und betroffene Patienten nur dadurch ggf. die erforderlichen BT-Grenzen nicht erfüllen. Dies betrifft nach Analysen des AOK-BV insbesondere die DxGs der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, arthritischen Gelenkerkrankungen, Multiplen Sklerose sowie des Hämolytisch-urämischen Syndroms. Auch für eine sachgerechtere Berücksichtigung der Versicherten mit spinaler Muskelatrophie und stationärer Nusinersen-Arzneimitteltherapie im vorliegenden Entwurf wäre eine Modifikation der Sonderfallprüfung 1 bei Arzneimitteldifferenzierung angezeigt. Denn dann könnten auch die zahlreichen ambulanten Behandlungen der spinalen Muskelatrophie ohne Dauermedikation im Zuweisungsverfahren berücksichtigt werden. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund bitten wir das BAS zu prüfen, inwieweit sich durch eine Anpassung der Sonderfallprüfung 1 bei diesen Erkrankungen (Verzicht auf eine BT-Prüfung beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose) weitere Modellverbesserungen durch eine sachgerechtere Berücksichtigung der Morbidität erzielen lassen. Die Prüfung auf Erreichen einer abgesenkten BT-Grenze bei Kindern erscheint sinnvoll und ist daher beizubehalten [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 08. August 2025].	AOK-BV
	Für einige der im Rahmen der Vervollständigung des Krankheitsspektrums im AJ 2021 neu hinzukommenden DxGs der bisherigen Nicht-Auswahlkrankheiten (z.B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen) ist aus medizinischer Sicht eine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal im Regelfall nicht zu erwarten. Die Anwendung der bestehenden M2Q-Prüfung für Diagnosen der ambulanten Versorgung ist für diese DxGs daher ungeeignet. Vorschlag: Für die nachfolgend aufgelisteten DxGs schlagen wir stattdessen vor, auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums zu verzichten und eine neue Sonderfallprüfung zu definieren [siehe detaillierte Auflistung in der Stellungnahmen] (vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 08. August 2025)."	AOK-BV
	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 Festlegungendes RSA-Klassifikationsmodells.	BKK DV
	Wir halten weiterhin eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln für unabdingbar und wiederholen unsere Forderung aus der Stellungnahme aus dem letzten Anhörungszyklus im Bereich der Behandlung von seltenen Erkrankungen. Vorschlag: Bei unspezifischen oder schwer abgrenzbaren ICD-Kodes, insbesondere bei seltenen Erkrankungen und der Verordnung hochpreisiger Arzneimittel (Orphan Drugs), sollte eine Arzneimittelvalidierung eingeführt werden. Dies ermöglicht eine bessere Abgrenzung und damit zielgenauere Zuweisungen für Versicherte mit kostenintensivem Behandlungsbedarf.	IKK e.V.

II	Methodik	
3.4	Komorbidität	
	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. Dieser Vorschlag sollte prioritär bearbeitet werden.	GKV-SV
	Für eine hinreichende, kurzfristige Lösung des Problems im Rahmen der anstehenden Festlegung sprechen wir uns daher übergangsweise für die Einführung einer Querdominanzbeziehung ausgehend von den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Dauermedikation II) über die Psoriasis mit Dauermedikation III und von dort auf die rheumatoiden Erkrankungen (Dauermedikation II) aus. Dies führt in den Analysen auf AOK-Daten zu deutlichen Modellgüteverbesserungen aufgrund der vermiedenen Überdeckungen, der MAPE reduziert sich um über 3 Euro. Perspektivisch zielführender, da vermutlich zielgenauer, wäre hingegen die Abbildung der erhöhten Folgekosten dieser Patientengruppen über einen hierarchieübergreifenden, gesonderten Immunsuppressiva-Zuschlag nach dem Vorbild der in der Entwurfsfassung AJ 2023 eingeführten Zuschlagsgruppen für innovative Onkologika. Im Rahmen der Weiterentwicklung ließen sich über eine solche Zuschlagsgruppe zudem auch die erhöhten Folgekosten weiterer Autoimmunerkrankungen, z.B. des zentralen Nervensystems (Multiple Sklerose mit Dauermedikation) bzw. weiterer Manifestationen im Bereich Hauterkrankungen (Atopisches Ekzem mit Dauermedikation) und andere Ausprägungen dieser Erkrankung adäquat und ohne unerwünschte Nebenwirkungen durch medizinisch unbegründete Hierarchiebeziehungen abbilden [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08.08.2025].	AOK-BV
	Einführung zusätzlicher HMG-Dominanzbeziehungen bei Multi- bzw. Komorbidität zwischen zwei oder wenigen HMG als Ergänzung der strangweisen Hierarchisierung zur Verbesserung der Zielgenauigkeit Vorschläge: HMG0119 über 0311 HMG 0501 über 0215	DAK-G
	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 Hierarchiezusammenlegungen 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.	BKK DV

II	Methodik	
3.5	Alterssplits	
	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.	GKV-SV
	Auch werden zahlreiche der im Ausgleichsjahr 2020 eingeführten HMG Altersdifferenzierungen überprüft und mangels weiterer Relevanz aus dem Modell entfernt. Die Tatsache, dass zahlreiche HMG-Altersdifferenzierungen inzwischen obsolet geworden sind, belegt die begrenzte Nachhaltigkeit von auf rein ökonomischen Effekten basierenden Ausdifferenzierungen und spricht gegen die Schaffung weiterer altersbezogener HMG-Differenzierungen.	AOK-BV
	Die Überprüfung der Alterssplits ist Bestandteil der Weiterentwicklung wie die Prüfung auf Kostenhomogenität einer HMG. Hier schlägt die DAK-Gesundheit erneut eine automatisierte technische Prüfung vor. Dabei werden alle HMG des Ausgangsmodells auf Kostenhomogenität der enthaltenen DxG geprüft. Daraus resultieren auch die Ergebnisse für vorhandene Alterssplits. Darüber hinaus könnten bei einem folgenden automatisierten Schritt auch Standard-Alterssplits berechnet werden, woraus Hinweise auf sinnvolle Altersdifferenzierungen abgeleitet werden können. Dieser technische Schritt würde nicht nur Handlungsoptionen zur Verbesserung der Zielgenauigkeiten aufzeigen, sondern auch die Weiterentwicklung vereinfachen und effizienter gestalten.	DAK-G
	Die im Modell enthaltenen Alterssplits resultieren noch aus der Analyse zum Klassifikationsmodell 2020, also vor Einführung des Vollmodells. Einige der damals festgelegten Altersgrenzen sind seit der Weiterentwicklung des Modells überholt. Der grundsätzliche Bedarf für eine Alterssplittung von HMGs besteht jedoch weiterhin, wie die Übersicht der Deckungssituation nach Alter/Anzahl HMG zeigt. Vorschlag: Grundlegende Analyse der altersbedingten Über- und Unterdeckungen und darauf basierende Überarbeitung der Alterssplits im Klassifikationsmodell.	TK et al.
	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.	BKK DV

II	Methodik	
3.6	Sonstiges	
	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.	GKV-SV
	Wir weisen darauf hin, dass die Technische Anlage Hybrid-DRG-AV rückwirkend ab 1. Januar 2024 gemäß Abrechnungsvereinbarung gilt, sodass 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. Vorschlag: Die Anlage 1 der Festlegungen wird um die Spalten „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 295“ und „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 301“ der vom BfArM bereitgestellten Metadatei ergänzt, um eine eindeutige Identifizierung der Sterndiagnosen auch für Jahresüberlieger zu gewährleisten.	IKK e.V.
	Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die insgesamt stärker medizinisch orientierte Weiterentwicklung ausdrücklich und verbindet damit die Erwartung, dass dieser Ansatz auch in weiteren Hierarchien und künftigen Weiterentwicklungszyklen konsequent fortgeführt wird. Aus unserer Sicht stärkt dies die langfristige Stabilität und Nachvollziehbarkeit des Modells und reduziert perspektivisch die Notwendigkeit, Hierarchiestrukturen fortlaufend aufgrund zeitpunktbezogener ökonomischer Effekte anzupassen. Nicht zuletzt erhöht eine geringere Verflechtung der Hierarchiestränge auch die Robustheit des Modells im Kontext der sogenannten Manipulationsbremse". Da nach Anwendung des Ausschlussverfahrens keine Neugruppierung der betroffenen Versicherten erfolgt, verbleiben mehr Morbiditätsgruppen zur sachgerechten Abbildung ihrer Leistungsausgaben. Hierdurch können Fehldeckungen reduziert und die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verbessert werden.	AOK-BV

II	Methodik	
	Identifizierung von HMG mit im Zeitverlauf sich heterogen entwicklenden Kosten bei Diagnosen/DxG auch vor dem Hintergrund einer Verringerung der Anzahl an HMG bei steigender Anzahl an DxG. Vorschlag: In einem technischen Schritt soll im Ausgangsmodell die Zerlegung der HMG in ihre DxG standardisiert und automatisiert erfolgen und bei größeren Veränderungen zum Vorjahr möglichen Anpassungsbedarf anzeigen. Dabei ließen sich auch Altersdifferenzierungen standardisiert berechnen.	DAK-G
	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. Vorschlag: Vor diesem Hintergrund regen die Innungskrankenkassen an, die Einführung eines eigenständigen Risikomerkmals „Anzahl HMG“ zu prüfen.	IKK e.V.
	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. Vorschlag: 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.	IKK e.V.

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 2.3: Stellungnahmen – Anpassung der Hierarchien

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
1	**Hierarchie 01 „Infektionen“**					
			0002, 0006		Die Aufnahme bislang nicht genutzter ICDs in anderen Hierarchien führt im Ausgangsmodell zu einer Hierarchieverletzung zwischen HMG0002 (Sepsis) und HMG0006 (SIRS). Der Kostenschätzer der HMG0002 sinkt sehr stark von 2.121 € im Modell 2026 auf 911 € im Ausgangsmodell 2027 ab. Ursache scheinen hier vor allem die neu in die Hierarchie 19 aufgenommenen ICDs J950, Z430, Z4380, Z930 und Z9380 zu sein. Nach internen Analysen haben über ein Viertel aller Versicherten mit einer dieser Diagnosen auch eine Diagnose aus der HMG0002 gemäß Definition des Modells 2026 bzw. des Ausgangsmodells 2027 erhalten, so dass Zuweisungen für Sepsis in die Hierarchie 19 abgezogen werden. Im Ausgangsmodell werden die neu aufgenommenen ICDs auf HMGs verteilt, die zunächst frei ins Modell gestellt werden und erst bei Bearbeitung der jeweiligen Hierarchien in das Modell eingefügt werden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass sich nach Einarbeitung der neuen ICDs ins Klassifikationsmodell die Kostenschätzer noch einmal deutlich ändern würden. Wird jedoch auf Basis des Ausgangsmodells entschieden, HMGs zusammenzulegen wegen Hierarchieverletzungen oder sehr ähnlichen Kostenschätzern, können diese potenziellen Veränderungen nach Hierarchiebearbeitungen nicht mehr festgestellt werden. Wir regen daher an, Hierarchieverletzungen und drohende Hierarchieverletzungen nicht auf Basis des Ausgangsmodells zu beurteilen und zu beheben, sondern auf Basis des Entwurfsmodells. Speziell sollte im Fall von Hierarchie 1 die HMG0002 des Festlegungsentwurfs wieder in HMG0002 und HMG0006 aufgespaltet werden bei Beibehaltung aller übrigen Änderungen im Festlegungsentwurf, um zu prüfen, ob die Hierarchieverletzung nach Bearbeitung der Hierarchien immer noch besteht. Eigene Simulationen legen nahe, dass die HMG0002 in dieser Konstellation wieder einen deutlich höheren Kostenschätzer aufweist als die HMG0006.	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0002, 0006		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). Die SIRS-Kriterien ... 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.	KBV/BÄK
2	**Hierarchie 02 „Neubildungen“**					
	D46.6, D46.7, D46.9	0971, 0972, 0973, 0981, 1025	0331, 0332, 0333, 0400, 0402		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.	GKV-SV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	D15.1 und D15.9, D48.5 und D48.9	0735, 1271	0409, 0413		Dass unspezifische ICD-Codes im Vergleich zu den spezifischen ICD-Codes nicht zu höheren Zuweisungen führen sollen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Zum Vorschlag der Verschiebung des D15.9 bzw. D48.9 hat der GKV-Spitzenveband folgende Anmerkung: Im Modell Ausgleichsjahr 2026 befinden sich bis auf D15.1 Gutartige Neubildungen: Herz alle D15.- Codes in der DXG0728, die der HMG0306 zugeordnet ist. Anstatt den ICD-Code D15.9 abzustufen, hätte es sich angeboten, das Problem durch eine Verschiebung des D15.1 in die DXG0728 zu lösen. Damit wären alle D15.- Diagnosen in einer DXG/HMG abgebildet. Das gleiche gilt für die Verschiebung des D48.9 in die DXG1271. Auch hier hätte sich aus dem gleichen Grund eine Verschiebung des spezifischeren ICD-Codes D48.5 aus der DXG1271 in die DXG1281 angeboten. Vorschlag: Verschiebung der ICD-Codes D15.1 und D15.9 aus der DXG0735 in die DXG0728 prüfen. Verschiebung der ICD-Codes D48.5 und D48.9 aus der DXG1271 in die DXG1281 prüfen.	GKV-SV
	D15.1 und D15.9	0576, 0702, 1281, 1287, 0731, 0728	0409, 0413		Die Verschiebung der unspezifischen D48.5 „Neubildungen unsicheren Verhaltens: Haut“ aus der HMG0409 in die mit einem Kostenschätzer von Null bewertete HMG0413 führt zu keiner Verbesserung der Modellgüte, wird aber trotzdem umgesetzt. 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 schlagen hier eine Höherstufung aus der HMG0409 in die HMG0306 vor. Im Ergebnis wären alle D15.-Diagnosen in einer HMG zusammengefasst. Vorschlag: Konsequenter Umgang bei der Zusammenfassung von spezifischen und unspezifischen Diagnosen. Wenn es zu keiner Verbesserung der Modellkennzahlen kommt, sollte man zur Vermeidung von Kodieranreizen spezifische und unspezifische ICD-Kodes in einer HMG zusammenfassen.	IKK e.V.
		0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01XL	Wir bitten um Prüfung der Aufnahme der Gruppe ATC L01XL „Antineoplastische Zell- und Gentherapie“.	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01BC68	Wir bitten um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Decitabin / Cedazuridin, ATC L01BC68. Die Kombination Decitabin / Cedazuridin ist seit September 2023 zur Behandlung von Erwachsenen mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), für die eine Standard-Induktionschemotherapie nicht infrage kommt, zugelassen.	BARMER
	C92, C22	0971, 0972, 0973	0331, 0332, 0333	L01XM02	Wir bitten um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Ivosidenib, ATC L01XM02 bzw. der Wirkstoffgruppe L01XM – Isocitrat-Dehydrogenase-(IDH)-Inhibitoren. Ivosidenib (Tibsovo) wird in Kombination mit Azacitidin zur Behandlung erwachsener Patienten mit neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML) mit einer Isocitrat-Dehydrogenase-1-(IDH1)-R132-Mutation angewendet, die für eine Standard-Induktionschemotherapie nicht geeignet sind. Als Monotherapie wird Ivosidenib zur Behandlung erwachsener Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer IDH1-R132-Mutation angewendet, die zuvor bereits mit mindestens einer systemischen Therapie behandelt worden sind.	GKV-SV, BARMER, IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0331, 0332, 0333	L01BC07	Im Rahmen der Überführung der MDS-Diagnosen (ICD-10-GM D46.-) aus der Hierarchie 8 in die Hierarchie 02 wurde der bislang berücksichtigte ATC-Code L01BC07 (Azacitidin) nicht in die neue Systematik übernommen. Aus fachlicher Sicht sollte diese Entscheidung überprüft werden. Azacitidin stellt insbesondere für MDS-Patienten mit hohem Risikoscore, die nicht für eine allogene Stammzelltransplantation geeignet sind, weiterhin eine leitliniengerechte und in der Versorgungspraxis etablierte Therapieoption dar. Der Wirkstoff besitzt innerhalb der MDS-Behandlung eine eigenständige Bedeutung und unterscheidet sich hinsichtlich Wirkmechanismus und Einsatzgebiet von den Arzneimitteln, die den HMG0331, 0332 und 0333 zugeordnet sind. Durch die fehlende Berücksichtigung des ATC-Codes L01BC07 wird eine klinisch relevante Patientengruppe nach der Überführung der D46-Diagnosen nicht mehr in vergleichbarer Weise erfasst wie in der bisherigen Systematik. Dies betrifft insbesondere Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wird angeregt, den ATC-Code L01BC07 ergänzend in die Morbiditätsgruppen der Hierarchie02 aufzunehmen. Sollte eine Einordnung in die bestehenden HMGen aufgrund der besonderen Wirkstoffcharakteristik nicht sachgerecht erscheinen, könnte alternativ die Schaffung einer eigenständigen Morbiditätsgruppe geprüft werden. Hierdurch ließe sich die Versorgung von MDS-Patienten unter hypomethylierender Therapie adäquat abbilden und eine Erfassungslücke vermeiden, die durch die Überführung der D46-Diagnosen in die Hierarchie02 entstanden ist.	BARMER
			0331, 0332, 0333	V03AC03	Deferasirox (ATC-Code V03AC03) nimmt in der Leitliniendarstellung eine Sonderstellung ein. Da der Wirkstoff nur unter spezifischen Voraussetzungen zur Behandlung bzw. Reduktion transfusionsbedingter Eisenüberladungen eingesetzt wird, kann sein Einsatz als „besondere Konstellation“ beziehungsweise „Sonderfall“ im Sinne des BAS gewertet werden. Wir bitten daher, den ATC-Code V03AC03 weiterhin zu berücksichtigen und nicht zu streichen.	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0971, 0972, 0973, 0981, 1025	0331, 0332, 0333, 0400, 0402		Medizinisch gesehen ist eine Verschiebung der DxG0981 (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, 972, 973, 981 und 1025 kann medizinisch nachvollzogen werden.	KBV/BÄK
	D15.9	0735	0409		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.	KBV/BÄK
					Den Erläuterungen zur Konsolidierung der Hierarchie 02 kann gefolgt werden.	KBV/BÄK
	alle C-Diagnosen	alle DxGs aus der H02 (außer 0971, 0972, 0973, 1025)	alle HMGs aus der H02 (außer 0331, 0332, 0333, 0402)	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 Hierarchie02 bleiben bestehen.	BKK DV
	alle C-Diagnosen	1012	0402		Die Einführung der neuen HMG0402 könnte zu hierarchieübergreifenden Doppelzuweisungen über die HMG0185 (und eventuell auch HMG0187) führen, da es sich um weitgehend gleich gelagerte klinische Verläufe handelt (Knochenmarksdepression im Rahmen einer medikamentösen Tumortherapie).	BKK DV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
3	**Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“**					
	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB08	Das Maroteaux-Lamy-Syndrom gehört zu den Mukopolysaccharidosen und bezeichnet eine angeborene lysosomale Speicherkrankheit, bei der es zur Akkumulation von Dermatansulfat kommt. Die Therapie erfolgt über eine Enzymersatztherapie mit Galsulfase (ATCAB08). Dieser Enzymersatz kann Chondroitinsulfat und Dermatansulfat abbauen und verzögert somit den Krankheitsverlauf. Vorschlag: Für das Maroteaux-Lamy-Syndrom gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Therapie wird das Maroteaux-Lamy-Syndrom zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Maroteaux-Lamy-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs (Galsulfase ATCAB08) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ IV Maroteaux-Lamy-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E76.2, E76.3	0825, 0119	0286, 0024	A16AB18	Das Sly-Syndrom ist eine autosomal rezessive erbliche Erkrankung, die durch einen Beta-Glucuronidasemangel verursacht wird. Für die Behandlung der seltenen lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Sly steht mit der Enzymersatztherapie Vestronidase alfa (Mepsevii®) seit 2018 ein Medikament zur Verfügung, das spezifisch diesen Enzymmangel behebt und dabei sehr hohe prospektive Kosten verursacht. Zugelassen ist Mepsevii zur Behandlung nicht-neurologischer Krankheitsanzeichen der Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom. Vorschlag: Für den Morbus Sly gibt es keine spezifische Kodierung im ICD-Katalog, die Kodierung erfolgt mit dem unspezifischen Code E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ bzw. E76.3 „Mukopolysaccharidose nicht näher bezeichnet“. Durch die Verbindung des unspezifischen ICDs mit der hoch spezifischen Enzymersatztherapie wird der Morbus Sly zielgenau erfasst. Es wird vorgeschlagen, analog zu anderen schweren Stoffwechselerkrankungen mit ERT für Versicherte mit Sly-Syndrom und Verwendung des Wirkstoffs Vestronidase alfa (ATC-Kode A16AB18) eine eigene DxG „Mukopolysaccharidosen Typ VII Sly-Syndrom mit ERT“ zu bilden und sie damit von den anderen Versicherten der Diagnose E76.2 „Sonstige Mukopolysaccharidosen“ und E76.3 „Mukopolysaccharidosen nicht näher bezeichnet“ abzugrenzen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs am oberen Ende des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0821, 0850, 0877	0130		Im Rahmen der Sonderfall-4-Prüfung vorgesehenen Arzneimittelvalidierung für DxG0877 werden ca. 20 % der LDL-apheresepflichtigen, teuren Versicherten von einer HMG-Zuordnung ausgeschlossen. Eine Apherese kann gemäß der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschuss Anlage I Nummer 1 § 5 auch dann durchgeführt werden, wenn unerwünschte Nebenwirkungen eintreten, die ein Absetzen der Medikamente notwendig machen. Eine Arzneimittelvalidierung ist auch deshalb nicht notwendig, da die Indikationsstellung zur Apherese durch die beratenden Kommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Durch den Verzicht auf die Arzneimittelvalidierung im Rahmen der Schaffung eines neuen Sonderfalls ließen sich die resultierenden Unterdeckungen für diejenigen Versicherten vermeiden, bei denen aufgrund von Nebenwirkungen oder Kontraindikationen keine Arzneimitteltherapie erfolgen kann bzw. bei denen die notwendigen DDD-Mengen nicht erreicht werden. Vorschlag: Zugunsten einer weiteren Verbesserung der Modellgüte regen wir an, auf die Arzneimittelprüfung zu verzichten. Eine valide Zuordnung der Versicherten zur DxG0877 ist bereits über das Dialysekennzeichen sowie die Indikationsprüfung durch die beratenden Kommissionen bei den KVen sichergestellt (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025). Inwieweit eine Arzneimittelvalidierung verzichtbar ist sollte analog auch für Versicherte mit klassischen Blutreinigungsverfahren (DxG0821 und 0850) untersucht werden, da trotz der im AJ 2023 vorgenommenen Erweiterungen des ATC-Spektrums hier immer noch eine relevante Anzahl von Versicherten die BT-Grenzen nicht erreicht.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068	0020, 0397, 0391	A10BK, A10BJ	Sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP-1-Rezeptoragonisten sind für die Begleittherapie zur Insulintherapie zugelassen. Durch Ihre Wirkungsweise verbessern diese Medikamente bei Patienten mit Insulintherapie die Blutzuckereinstellung und führen zu einer Einsparung an Insulin um bis zu 13% bei Typ-2-Diabetes (Rosenstock et al.: Impact of empagliflozin added on to basal insulin in type 2 diabetes inadequately controlled on basal insulin: a 78-week randomized double-blind placebo-controlled trial. Diabetes Obes Metab 2015 Oct;17(10):936-48; Ärzteblatt 2016: Typ 2-Diabetes: Langzeit-Insulin plus Liraglutid verbessert Blutzucker (aerzteblatt.de); George et al. Real-world evaluation of insulin requirements after GLP1 agonist or SGLT2 inhibitor initiation and titration. Am J Health Syst Pharm 2022 Jul 8;79(14):1151-1157. Durch die Unterstützung der Insulintherapie mit diesen Substanzen kommt es daher zur einer Reduktion der Insulindosis, die zur Folge haben kann, dass die notwendige BT-Grenze nicht mehr erreicht wird. Gleichzeitig verursachen diese Medikamente hohe Jahrestherapiekosten. Daher erscheint es sachgerecht, die mit SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten therapierten Versicherten den HMGs mit Insulintherapie oder ggf. einer eigenständigen HMG zuzuordnen. Dies betrifft die DxGs: 0007, 0017, 0054, 0075, 0076, 0096, 1049, 1050, 1051, 1052, 1066, 1067, 1068. Vorschlag: Es wird vorgeschlagen, SGLT-2-Inhibitoren (ATC: A10BK) und Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1)-Rezeptoragonisten (ATC: A10BJ) den DxGs für Patienten mit Diabetes Typ 2 und Insulinbehandlung zuzuordnen. Insoweit sich die prospektiven Folgekosten dieser Versicherten signifikant unterscheiden, können alternativ auch drei zusätzliche HMGs (analog der drei Insulin-HMGs) gebildet werden, die die entsprechenden DxGs der HMG0020, 0397 und 0391 erhalten und zusätzlich über SGLT-2-Inhibitoren (ATC A10BK) und GLP-1-Agonisten (ATC A10BJ) validiert werden (= mehrfache Arzneimitteldifferenzierung). Vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025.	AOK-BV
	E88.1	0590	0019	A16AA07	Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit Lipodystrophie, andernorts nicht klassifiziert (ICD E88.1) – derzeit in HMG 19 „Sonstiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen, Lipodystrophie od. Lipomatose, a.o. nicht klassifiziert“ – über die Wirkstoffgruppe Metreleptin (ATC A16AA07) an. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des Hierarchiestrangs der Fettstoffwechselstörungen zuzuordnen.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E77.1, E72.1, E72.0,	0119	0024	A16AA04, A16AA06, A16AB15	Die erhöhten Krankheitsfolgekosten der mit den genannten Wirkstoffen therapierten Patienten werden derzeit nicht adäquat abgebildet. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit metabolischen Störungen anhand der ICDs E77.1 „Defekte beim Glykoproteinabbau“, E72.1 „Störungen des Stoffwechsels schwefelhaltiger Aminosäuren“ und E72.0 „Störungen des Aminosäuretransportes und kostenintensiven Arzneimitteltherapien“ – derzeit in HMG0024 „Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz“ abgebildet – über die Wirkstoffgruppen Mercaptamin (ATC A16AA04), Betain (ATC A16AA06) und Valmanase (ATC A16AB15) zu prüfen. Die DxG wäre entsprechend der Folgekosten einer der HMGs im mittleren Bereich des Hierarchiestrangs zuzuordnen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV
	E75.5	0119	0024	A05AA01	Chenodesoxycholsäure (A05AA01) ist zugelassen für eine seltene Erkrankung (angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese aufgrund eines Sterol-27-Hydroxylase-Mangels). Die Erkrankung manifestiert sich als Zerebrotendinöse Xanthomatose und wird mit ICD E75.5 codiert. Dieser Code ist nicht spezifisch für Zerebrotendinöse Xanthomatose, sondern umfasst auch weitere Erkrankungen, u.a. die Wolman-Krankheit, und ist bisher der unten stehenden HMG 24 (Metabolische Störungen ohne prospektive Kostenrelevanz) in Hierarchie 4 zugeordnet. Die Jahrestherapiekosten werden vom Hersteller im Dossier nach § 35 a SGB V im Jahr 2020 mit 56.403,80 € angegeben [https://www.g-ba.de/downloads/92-975-4357/2020-12-28_Modul1_Afamelanotid.pdf]. Die Anzahl der GKV-Patienten in der Zielpopulation liegt laut Hersteller bei 411. Vorschlag: Wir schlagen einen Arzneimitteldifferenzierung zur Erfassung der mit Chenodesoxycholsäure behandelten Patienten mit Zerebrotendinöse Xanthomatose vor; diese sollten entsprechend ihrer Folgekosten einer HMG in der Hierarchie04 zugeordnet werden (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	E85.-	0123	0022	N07XX08, N07XX12, N07XX15, N07XX18, L04AC08,	Versicherte mit einer Amyloidose sind bisher mit dem Aufgreifkriterium M2Q in der HMG0022 abgebildet. Bei einer Arzneimtteltherapie mit den geannten ATC-Codes entstehen sehr hohe Kosten. Vorschlag: Prüfung, ob die Abbildung der Amyloidose in einer eigenen HMG mit den aufgeführten ATC-Codes und Arzneimittelvalidierung 92/183 DDD zu einer zielgenaueren Abbildung dieser Gruppe und zu einer Verbesserung des gesamten Klassifikationssystem führt	DAK-G
			0179, 0384, 0091, 0445		Im Festlegungsentwurf ist vorgesehen, die externen Dominanzverknüpfungen von H. 16 und H. 04 zu entfernen, obwohl sich dadurch die statistischen Kennzahlen verschlechtern. Vorschlag: Die hierarchieübergreifenden Dominanzen werden beibehalten, da die als Begründung herangezogene Verbesserung der Modellkonsistenz abstrakt bleibt und die Verschlechterung nicht über eine unabhängig davon erreichte Verbesserung an anderer Stelle gerechtfertigt werden kann. Bevor die hierarchieübergreifenden Dominanzen aufgehoben werden können, müsste zudem mittels Komorbiditätsanalyse die Auswirkungen auf die Deckungssituation der betroffenen Versicherten überprüft werden.	TK et al.
			0091, 0445, 0179, 0384		Nach Auflösen der externen Dominanzbeziehungen wäre im Anschluss eine Überprüfung der Kostenhomogenität der betroffenen HMGs des Strangendes sowohl in Hierarchie 16 (HMG0091, HMG0445) als auch in Hierarchie 04 (HMG0179, HMG0384) zielführend, um die Auswirkungen der Anpassung auf die Kostenhomogenität der HMGs zu analysieren und die DXG-HMG-Zuordnung ggf. anzupassen. Vorschlag: Überprüfung der DXG-HMG-Zuordnung für die genannten HMGs.	GKV-SV
4	**Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“**					
	K76.2, K76.3	0148	0028		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).	GKV-SV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	B67.8, B67.9	0897	0407		In der Hierarchie 05 wird die Zuordnung der ICD-Codes der Echinokokkosen überprüft. Im Zuge dessen werden die ICD-Codes der durch E. granulosus (zystisch) bzw. E. multilocularis (alveolär) verursachten Infektionen der DXG0608/HMG0288 zugeordnet, die beiden ICD-Codes B67.8 "Nicht näher bezeichnete Echinokokkose der Leber" und B67.9 "Sonstige und nicht näher bezeichnete Echinokokkose" hingegen der weiter unten im Hierarchiestrang stehenden DXG0897/HMG0407. Da das Versorgungsgeschehen von E. granulosus und E. multilocularis Infektionen jedoch vergleichbar ist, ist eine Erregerbestimmung nicht zwingend notwendig. Es ist also davon auszugehen, dass sich das Versorgungsgeschehen der mit B67.8/-.9 dokumentierten Echinokokkosen nicht von den der DXG0608/HMG0288 zugeordneten ICD-Codes unterscheidet. Medizinisch gesehen müssten auch die Kodes B67.8 und B67.9 der DxG0608 zugeordnet werden. Vorschlag: Aus den oben genannten Gründen sollte die Zuordnung der ICD-Codes B67.8 "Nicht näher bezeichnete Echinokokkose der Leber" und B67.9 "Sonstige und nicht näher bezeichnete Echinokokkose" zur DXG0608/HMG0288 geprüft werden.	GKV-SV, AOK-BV, KBV/BÄK
	B67	0608, 0932, 0713, 0897	0288, 0213, 0315, 0407		Anpassung der Zuordnung der Echinokokkose Vorschlag: Zuordnung zu einer Krankheit bzw. Abbildung in Hierarchie 1 "Infektionen" da eine eindeutige Zuordnung der ICD-10-GM zu anderen Hierarchien nicht vollumfänglich möglich ist.	DAK-G
		0948, 0965	0027		In der schematischen Darstellung der Hierarchie 5 (S. 104 und S. 360) wird der HMG0027 die DxG948 zugeordnet. Laut Anlage 1 und in Beschreibungen im Text ist die DxG948 der HMG418 in der Hierarchie 14 zugeordnet. Für die HMG0027 fehlt in der schematischen Darstellung die Zuordnung der DxG965.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	K76.8, K74.5	0920	0288	A05AX05	Wir regen eine Arzneimitteldifferenzierung von Versicherten mit progressiver familiärer intrahepatischer Cholestase (PFIC) über die Wirkstoffgruppe Odevixibat (ATC A05AX05) an. Die progressive familiäre intrahepatische Cholestase ist eine seltene von autosomal rezessiven Lebererkrankungen, die durch ein frühes Auftreten in der Kindheit geprägt ist und zur Leberzirrhose und zum Leberversagen vor Erreichen des Erwachsenenalters führt. Nur wenige Betroffene erreichen das Erwachsenenalter ohne Lebertransplantation. Da für die PFIC kein eigener ICD-Code existiert, werden die Fälle über den ICD-Kodes K76.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leber“ (derzeit in HMG0407 “Sonstige Lebererkrankungen“) und K74.5 „Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet“ (derzeit in HMG0288 „Chronische Virushepatitis (außer C) mit Dauermedikation, Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation, Leberzirrhose, näher bezeichnete Echinokokkosen“) kodiert. Mit Odevixibat steht seit 2021 ein spezifisches nur für diese Erkrankung zugelassenes Medikament zur Verfügung mit Jahrestherapie kosten gemäß AMNOG-Beschluss des G-BA von 52 750 bis 1,88 Mio €. Durch die enge Zulassung von Odevixibat nur für die PFIC ist die Kombination aus ICD und Arzneimittel für diese Erkrankung hoch spezifisch. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, die über Sonderfall 1 differenzierte DxG einer eigenständigen HMG im oberen Bereich des der Fettstoffwechselstörungen in Hierarchie 04 zuzuordnen.	AOK-BV
		0920	0288	J05AR	Das Streichen von ATC-Kode J05AR aus der DXG0920 ist nicht sachgerecht. Tenofovir ist eines der antiviralen Mittel der ersten Wahl insbesondere bei Komorbidität mit HIV und wird als Monotherapie zur Behandlung der Hepatitis B in J05AF zugeordnet. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, den ATC-Kode J05AR nicht aus der DXG0920 (Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)) zu streichen.	GKV-SV, AOK-BV
					Keine Anmerkungen. Die Streichung der ATC-Codes entspricht den aktuellen Behandlungsempfehlungen.	BARMER
					Es werden umfangreiche Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes erläutert. Diese sind größtenteils medizinisch und klassifikatorisch nachvollziehbar.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0148	0028		Die Zuordnung der alkoholischen Leberaffektionen sollte ggf. nochmal geprüft werden. Aus medizinischer Sicht wäre die Alkoholische Hepatitis als akute Lebererkrankung der DxG0148 zuzuordnen.	KBV/BÄK
					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“.	KBV/BÄK
	K74.5	0145	0288	A05AX05	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. Die Arzneimittelvalidierung verbessert in diesen Fällen die Zielgenauigkeit. Wir führen als Beispiel die progressive, familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC) an: Dies ist 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. Vorschlag: Prüfung einer Arzneimittelvalidierung sowie der Bildung einer eigenen HMG und deren Integration in den Strang in Abhängigkeit vom Kostenschätzer.	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
5	**Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“**					
	K91.4	1178, 1180	0421, 0423		In der Hierarchie 06 werden zahlreiche ICD-Codes zu künstlichen Körperöffnungen aufgenommen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlt hier die Aufnahme des K91.4 "Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie" inklusive "Stomastriktur nach Kolostomie oder Enterostomie", um das Versorgungsgeschehen vollständig abzubilden. Zudem werden die mit K91.84 dokumentierten "Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt Exkl.: Stomastriktur nach Kolostomie oder Enterostomie (K91.4)" bereits im Klassifikationsmodell berücksichtigt. Des weiteren spricht für die Berücksichtigung der Funktionsstörung nach Koslostomie oder Enterostomie auch die Berücksichtigung der ICD-Codes J95.0-Funktionsstörung eines Tracheostomas. Vorschlag: In Abhängigkeit vom Kostenschätzer Zuordnung des K91.4 zur DXG1178/HMG0421 oder DXG1180/HMG0423	GKV-SV
	K86.1	1293	0482		Die Anpassung der Altersgrenze für K86.1 ist nachvollziehbar (Änderung von 15-124 auf 0-124). Begründet wird dies mit einer Angleichung der Altersgrenze an die spezifischen ICD-Codes. In die Betrachtung wurde der K86.0 "Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis" nicht einbezogen, der als einziger K86.- Code weiterhin ein Mindestalter von 15 aufweist. In der Metadatendatei des BfArM ist für alle ICDs des ICD-Dreisteller 86.- ein Alter 15-124 festgelegt (Kannfehler). Vorschlag: Die Altersgrenze sollte für alle K86.- Codes einheitlich festgelegt werden.	GKV-SV
	D86.8, D86.9	0721, 0722	0482	A09AA02, A09AA03, A09AA04, A09AC01	Um nur die klinisch relevanten Fälle aufzugreifen, sollte unseres Erachtens eine Arzneimittelvalidierung der DxG0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 1293 „Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ eingeführt werden. Als ATCs schlagen wir dazu A09AA02, A09AA03, A09AA04 und A09AC01 vor [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 08 August 2025].	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	Z43.1, Z43.2, Z43.3, Z43.4, Z46.5, Z93.1, Z93.2, Z93.3, Z93.4, K91.4	1177, 1178, 1179, 1180, 1194, 1185, 1186, 1187, 1189	0420, 0423, 0421		Die Integration von Ausschlussdiagnosen zu den Körperöffnungen im Magen-Darm-Trakt wird ausdrücklich begrüßt. In diesem Zusammenhang sollte auch der ICD K91.4 "Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie" aufgenommen werden (analog zur Aufnahme des ICD-Kodes J95.0- "Funktionsstörung eines Tracheostomas"). Vorschlag: Aufnahme des ICD K91.4 und Zuordnung zur HMG 423 oder 421	AOK-BV
					Wir begrüßen die Änderungen in der Hierarchie 6.	BARMER
					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.	KBV/BÄK
			0025, 0061		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.	KBV/BÄK
					Ansonsten können die aufwändigen Anpassungen in der Hierarchie 06, die letztlich zu deren Vereinfachung und Konsolidierung geführt haben, medizinisch nachvollzogen werden.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	R15	1313	0574		Diagnosen, die im 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. Vorschlag: Aufnahme und Einordnung folgender bislang unberücksichtigter Diagnosen vor: R15 „Stuhlinkontinenz“ und Einordnung in die HMG0574 „Sonstige gastrointestinale Erkrankungen“; DxG1313 „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“ zugeordnet werden.	IKK e. V.
6	**Hierarchie 07 „Muskel-Skelett-Erkrankungen“**					
		0488, 0718	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Vorgeschlagen wird, eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der Osteomalazie / Rachitis zu überprüfen (DxGs 488 und 798). Als ATCs bieten sich hierfür H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC und M05BX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 08.08.2025].	AOK-BV
		0807	0315	H05BA, H05BX, M05BA, M05BB, M05BC, M05BX	Unseres Erachtens sollte eine Arzneimittelvalidierung (wegen klinischer Relevanz) der DxG 807 „N. n. bez. andere Erkrankungen des Knochens und Knorpels“ umgesetzt werden. Relevante ATCs wären hier H05BA und M05BA [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme vom 08.08.2025].	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	M96.88	0858	0042		Patienten mit sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelettsystems nach medizinischen Maßnahmen (ICD M96.88) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kode derzeit in Ausschlusskategorie) Vorschlag: Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der DxG 858 "Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems" (HMG 42 "Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems / Näher bezeichnete Erkrankungen der Muskeln") auch den ICD M96.88 zu berücksichtigen (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie, vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08.08.2025).	AOK-BV
			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.	BKK DV
7	**Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“**					
	D86.8, D86.9	0686, 1210	0195, 0190	H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD, L04AX	Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz). Als ATCs bieten sich die Gruppen H02AA, H02AB, H02BX, H02CA, L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX an [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 08.08.2025].	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	Z92.1, D62, D64.9, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9	neu	neu		Anämien und Dauertherapie mit Antikoagulanzien sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Codes derzeit in Ausschlusskategorie) Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt erneut die Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzien“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor, in denen bisher in der Ausschlusskategorie abgebildete ICDs wie folgt zugeordnet sind: - „Dauertherapie mit Antikoagulanzien“ (enthält ICD Z92.1), -„Sonstige Anämien“ (enthält ICDs D62, D64.9), - „Eisenmangelanämien“ (enthält ICDs D50.0, D50.1, D50.8,D50.9). Der Aufgriff der DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzien“ erfolgt über obligat, die Arzneimittelvalidierung berücksichtigt die ATCs. Bei den beiden anderen DxGs wird eine M2Q-Prüfung durchgeführt. Innerhalb der Hierarchie kann die DxG „Dauertherapie mit Antikoagulanzien“ in Abhängigkeit der resultierenden Folgekosten entweder einer eigenständigen HMG oder einer bestehenden HMG des Hierarchiestrangs 1 „Blutgerinnungsstörungen“ zugeordnet werden. Analog erfolgt die Zuordnung der beiden anderen DxGs im Strang 2 „Anämien/Immundefekte“ [vgl. dazu auch unsere Stellungnahme zuletzt vom 08.08.2025).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	D68.32	0237, 0238, 0239	0035, 0036, 0046	B02BD37	Im Klassifikationsmodell werden erworbene Hämophilien durch Antikörperbildung gegen Gerinnungsfaktoren oder den von Willebrandfaktor nicht berücksichtigt. Diese Erkrankungen werden über den ICD-Code D68.32 "Hämorraghische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren" abgebildet. Solche durch Antiköperbildung verursachten Blutererkrankungen sowie von-Willebrand-Jürgens-Syndrome werden in einigen Fällen durch dieselben Medikamente behandelt wie die entsprechenden angeborenen Blutererkrankungen. Entscheidend ist daher die spezifische Therapie, die in der Regel durch spezialisierte Zentren initiiert wird. Die ICD D68.32 ist bisher der DxG0232 zugeordnet und führt damit in die HMG0195 im unteren Bereich des Hierarchiestrangs. Die ICD D68.32 ist jedoch eine hoch spezifische Diagnose für bestimmte Konstellationen der Blutererkrankung. Eine Nichtberücksichtigung dieses Codes im Fall hochpreisiger spezifischer medikamentöser Behandlungen ist daher nicht sachgerecht. Ferner wird B02BD37 (Eptocoq alfa) nur den DxGs mit Faktor VIII zugeordnet, obgleich das Medikament u.a. auch zur Behandlung von Antikörperbildung gegenüber Faktor IX, bei Faktor VII-Mangel und erworbener Hämophilie zugelassen ist. Die hohen Folgekosten einer Arzneimitteltherapie mit dem Wirkstoff Eptacoq-alfa (B02BD37) werden damit für die anderen Indikationen, für die dieser Wirkstoff zugelassen ist, in keiner Weise abgebildet. Vorschlag: Es wird vorgeschlagen den ICD D68.32 auch den DxGs 225, 226, 227, 237, 238, 239 815 und 816 zuzuordnen. B02BD37 sollte den 225, 226 und 227 zugeordnet werden.	AOK-BV
			0035, 0036		Analysen auf AOK-Daten zeigen zudem, dass Versicherte mit Hämophilieerkrankungen trotz der Berücksichtigung im Morbi-RSA aufgrund z.T. sehr hoher prospektiver Folgekosten häufig sehr hohe, persistente Unterdeckungen aufweisen. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittelschweredifferenzierung auf Basis der unterschiedlichen verordneten Wirkstoffe zu untersuchen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 14.08.2020].	AOK-BV
					siehe Ausführungen unter H02	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0247			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.	KBV/BÄK
					Die Konsolidierung der Hierarchie 08 wird verständlich erläutert.	KBV/BÄK
8	**Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“**					
	F12.2, F13.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2	1027	0052		Das BAS führt aus, dass der Abstand der Kostenschätzer der HMG0069 und HMG0012 gering sei, weshalb die genannten Diagnosen in einer eigenen DXG zusammengefasst und weiter unten im Hierarchiestrang einsortiert werden. In den Ausführungen fehlt eine Kostenhomogenitätsanalyse für die HMG0069 und HMG0012. Insofern können die Gründe für die vorgeschlagene Anpassung nicht nachvollzogen werden. Vorschlag: Überprüfung der Deckungssituation von Versicherten mit den genannten Diagnosen aufgrund von Hinweisen von Unterdeckungen.	GKV-SV
			0048, 0066, 0064, 0057		Die Auflösung der Dominanzbeziehungen der HMG0048 auf die HMG0066, HMG0064 und HMG0057 ist nicht nachvollziehbar. Die Dominanzbeziehungen sind medizinisch inhaltlich begründet, da die HMGs die inhaltlich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PBS) nahestehenden ICD-Codes des ICD-Dreistellers F43.- der anderen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen enthalten. Auch andere der PBS nahestehenden Krankheitsbilder sind in den drei HMGs enthalten. Vorschlag: Wiedereinführung der ursprünglichen Dominanzbeziehungen der HMG0048 auf die HMG0066, HMG0064 und HMG0057.	GKV-SV, BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	F40.8, F40.9, F07.2, F07.9	0694, 1317	0656		Es wird anregt, 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 DxG0694 aus der HMG0656 herauszulösen, und regen an zu bewerten, ob die DxG0694 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.	GKV-SV, BKK DV
		0262	0054	N06AA, N06AB, N06AX, N06BA	Die schizoaffektive Störung ist eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung in sich vereint. Zusätzlich zu den Stimmungsbeschwerden durch eine affektive Störung (wie Depression oder Manie) treten hier Symptome wie Wahn oder Halluzinationen aus dem schizophrenen Formenkreis auf. Im Klassifikationsmodell ist die schizoaffektive Störung über die DxG 262 „Schizophrenie und schizotype Störungen“ abgebildet (Arzneimittel obligat/chronisch). Gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN solle bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Vorschlag: Konkret regen wir an, ATC-Codes aus der Gruppe der Antidepressiva zur Arzneimittelvalidierung der DxG0262 zu ergänzen: N06AA „Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer“, N06AB „Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer“ und N06AX „Andere Antidepressiva“. Des Weiteren werden laut Leitlinie bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe auch Benzodiazepinen zur zeitlich befristeten Behandlung empfohlen. Wir schlagen daher vor, auch den ATC N06BA „Benzodiazepin-Derivate“ zu ergänzen [vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025].	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	U51.10, U51.11, U51.12, U51.20, U51.22	neu	0058		Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie). Vorschlag: Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG0058 "Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)" auch die ICDs U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 sowie U51.22 zu berücksichtigen (ICD-Kodes derzeit in Ausschlusskategorie, vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV
	F12.2, F13.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2	1027	0052		Die Verschiebung der ICD-Kodes F12.2, F13.2, F15.2, F16.2, F18.2 und F19.2 für Psychische und Verhaltensstörungen durch verschieden Substanzen / Abhängigkeitssyndrom aus der HM0069 (ehemals Drogenabhängigkeit) in die HMG0052 (Abhängigkeitssyndrome, Wahn, Demenz, …) führt zu einer sich weiter verschlechternden Deckung dieser bereits unterdeckten Versichertengruppen. Diese Modellverschlechterung zeigt sich auch am Anstieg des MAPEs, wurde vom BAS aber dennoch umgesetzt. Vorschlag: Die AOK-Gemeinschaft schlägt vor, die ICD-Kodes F12.2, F13.2, F15.2, F16.2, F18.2 und F19.2 in der HMG0069 zu belassen.	AOK-BV
					Für das AJ 2027 werden in dieser Hierarchie zunächst eine Reihe von Verschiebungen von ICD-10-GM-Kodes für verschiedene neurologische Erkrankungen ... vorgenommen. Die Verschiebung in die Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ ist bei Vorliegen von kognitiven Beeinträchtigungen, Deliren und Demenzen nachvollziehbar.	KBV/BÄK
					Die Ausgewogenheit von sowohl medizinischen als auch datengetriebenen Anpassungen ist zu begrüßen.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	F17.1, F17.2, F17.8, F17.9	1289	0656, 0057		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
9	**Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“**					
		1250, 1252		L04AG, L04AL	Aufgrund der technischen Anapssung wurde für das Modell des Ausgleichsjahres 2025 für Daten des Berichtsjahres 2024 für die DXG1257 der ATC-Code L04AG „Monoklonale Antikörper“ gestrichen und stattdessen der ATC-Code L04AL „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ zugeordnet. Hintergrund war die Ausgliederung der „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ in eine eigene Wirkstoffgruppe L04AL im Rahmen des Versionswechsels des GKV-Arzneimittelindex Version 06/2024 zu Version 06/2025. Diese Anpassung wird im Tabellenblatt "DxG_ATC_AJ2027_062025" in der Anlage 3 für die DXG 1250 und 1252 nicht berücksichtigt. Vorschlag: Im Tabellenblatt "DxG_ATC_AJ2027_062025" der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs AJ2027 ist für die DXG1250 und DXG1252 der ATC-Code L04AG „Monoklonale Antikörper“ durch L04AL „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ zu ersetzen.	GKV-SV
		1250, 1252		N07AA	Für die Myasthenia gravis wird eine Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Dabei werden die Cholinesterasehemmer (N07AA) nicht berücksichtigt. Diese werden jedoch laut Leitlinie zur symptomatischen Therpapie eingesetzt (Pyridostigmin). Vorschlag: Zuordnung des ATC-Codes N07AA Cholinesteraseinhibitoren zur DXG1250 und DXG1252.	GKV-SV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		1252	0250	N07AA	Im Arzneimittelspektrum für Myasthenia gravis (DXG 1252) fehlt der ATC-Kode N07AA, sowohl in der Anlage 3 als auch in den Erläuterungen. Unter der ATC-Gruppe gibt es mindestens ein Wirkstoff, das für Myasthenia gravis zugelassen ist (siehe N07AA02, Pyridostigmin). Vorschlag: In Anbetracht der Jahrestherapiekosten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, den ATC-Kode N07AA der DXG1252 (Myasthenia gravis mit Dauermedikation I) zuzuordnen, jedoch nicht der DXG1250 (Myasthenia gravis mit Dauermedikation II).	AOK-BV
					Die Entflechtung der Hierarchiestränge und stärkere Orientierung der Hierarchiestruktur an medizinischen Gesichtspunkten wird ausdrücklich begrüßt.	AOK-BV
			0074, 0302		Im FLE 2027 wurde der Status Epilepticus > 17 Jahre (HMG302) und die Epilepsie < 18 Jahre (HMG 074) mit der Begründung zusammengelegt, dass sie ähnliche Kostenschätzer aufweisen würden und somit eine künftige Hierarchieverletzung vermieden werden soll. Die Kostenschätzer der HMG302 und HMG0074 liegen im AGM ca. 1000 € und im Modell 2026 2000 € auseinander. Eine Differenz von 1000 € sind aus unserer Sicht keine ähnlichen Kostenschätzer, sodass eine Hierarchieverletzung zu befürchten wäre. Im Gegenteil eigene Berechnungen weisen im FLE2027 bei getrennten HMG eine noch größere Differenz der Kostenschätzer auf. Wie bereits bei der Hierarchie 01: Zusammenlegung der Sepsis / SIRS beschrieben, würde bei einer HMG Zusammenlegung wegen Hierarchieverletzungen oder sehr ähnlichen Kostenschätzern auf Basis des Ausgangsmodells, diese potenziellen Veränderungen nach Hierarchiebearbeitungen nicht mehr festgestellt werden können. Wir regen daher an, Hierarchieverletzungen und drohende Hierarchieverletzungen nicht auf Basis des Ausgangsmodells zu beurteilen und zu beheben, sondern auf Basis des Entwurfsmodells.	BARMER
		1250, 1252		L04AL	Die neu aufgenommenen ATC-Codes betreffen Arzneimittel, die bereits in der Leitlinie berücksichtigt werden. Allerdings fehlt weiterhin eine in der Leitlinie genannte Arzneimittelgruppe, nämlich die neonatalen Fc-Rezeptor-Inhibitoren. In der amtlichen ATC/DDD-Klassifikation sowie in der Lauer-Taxe sind die drei zugelassenen und in Deutschland verfügbaren Wirkstoffe dieser Arzneimittelgruppe dem 5-stelligen ATC-Code L04AL zugeordnet. Aus unserer Sicht sollte dieser ATC-Code daher ebenfalls aufgenommen werden und den DxGs 1250 und 1252 zugeordnet werden.	BARMER

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		1250, 1252		N07AA	Für die Myasthenia gravis wird eine Arzneimitteldifferenzierung eingeführt. Die Gruppe der Cholinesterasehemmer (ATC-Code N07AA) bleibt dabei jedoch unberücksichtigt. Nach den einschlägigen Leitlinien werden Cholinesterasehemmer, insbesondere Pyridostigmin, zur symptomatischen Therapie der Myasthenia gravis eingesetzt. Wir schlagen daher vor, den ATC-Code N07AA (Cholinesterasehemmer) ebenfalls den DXGs 1250 und 1252 zuzuordnen.	BARMER
	G61.1, G61.8 und G61.9	1251	0231		Die Differenzierung der Polyneuropathien ist zu begrüßen. Die Herauslösung und Arzneimitteldifferenzierung mittels Bildung der DxG1251 ist sinnvoll. Da innerhalb dieser neu abgegrenzten DxG weiterhin unterschiedliche therapeutische Ansätze gemäß ATC-Liste bestehen, die mit deutlich unterschiedlichen Leistungsausgaben verbunden sind, könnte eine weitere Differenzierung der schweren Polyneuritiden je nach ATC-Therapieregime erfolgen. Vorschlag: Weitere Differenzierung der "schweren Polyneuritis mit Dauermedikation" in eine Gruppe "schwere Polyneuritis mit Dauermedikation I" (ATCs H02AB, J06BA, L01AA, L01BA, L01FA, L04AD, L04AX) und in eine Gruppe "schwere Polyneuritis mit Dauermedikation II" (ATC L04AA)	TK et al.
					Weitere, komplexe Anpassungen wie Verschiebungen und Neuabgrenzung auf HMG-Ebene und Neuzuordnungen von Diagnosegruppen zu HMGs sind nachvollziehbar dargestellt. Gesamthaft sind sowohl die vorgeschlagenen Anpassungen als auch die Nichtberücksichtigung von Vorschlägen nachvollziehbar dargestellt.	KBV/BÄK
					Diese [insbes. HMGs 0401 und 0235 betreffende] vom GKV-SV angeregte Wiedereinführung parallel stehender Hierarchiestränge wird damit umgesetzt. Die jeweiligen Anpassungen sind gut begründet. Begrüßenswert ist zudem, dass weitere drohende Hierarchieverletzungen beseitigt werden können.	KBV/BÄK
		1257			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.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					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.	KBV/BÄK
					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.	KBV/BÄK
			0236	N02CD	Wir bitten um die Überprüfung der Einführung eines "pyramidalen Systems" mit der Einführung einer weiteren HMG mit Eingrenzung auf die ATC-Gruppe N02CD.	BKK DV
		0328, 0330	0076, 0302	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
		1252	0250	N07AA	Wir bitten um Ergänzung des ATC N07AA (Pyridostigmin) in der DxG 1252	BKK DV
		1250, 1252	0249, 0250	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 DxGs 1250 und 1252	BKK DV
	G70.0	1252, 1250	0250, 0249	N07AA	Bei der Neuordnung der ATC-Kodes in der Arzneimitteldifferenzierung für die Myasthenia gravis wurde die Basistherapie mit Pyridostigmin (ATC N07AA) übersehen. Diese ist gemäß der Leitlinie „Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome“ Bestandteil der Standardtherapie. Vorschlag: Berücksichtigung in Anlage 3: Ergänzung ATC-Kodes N07AA in DxG1250 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation II“ und DxG1252 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation I“.	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	G70.0	1252, 1250	0250, 0249	L04AG / L04AL	Aufgrund der technischen Anpassung wurde für das Modell des Ausgleichsjahres 2025 für Daten des Berichtsjahres 2024 für die DXG1257 der ATC-Kode L04AG „Monoklonale Antikörper“ gestrichen und stattdessen der ATC-Kode L04AL „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ zugeordnet. Hintergrund war die Ausgliederung der „Neonatalen Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ in eine eigene Wirkstoffgruppe L04AL im Rahmen des Versionswechsels des GKV-Arzneimittelindex Version 06/2024 zu Version 06/2025. Diese Anpassung wird im Tabellenblatt "DxG_ATC_AJ2027_062025" in der Anlage 3 für die DxGs 1250 und 1252 nicht berücksichtigt. Vorschlag: Im Tabellenblatt "DxG_ATC_AJ2027_062025" der Anlage 3 des Festlegungsentwurfs AJ2027 ist für die DXG1250 und DXG1252 der ATC-Kode L04AG „Monoklonale Antikörper“ durch L04AL „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ zu ersetzen.	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
10	**Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“**					
		0354, 0355, 0363, 0364, 0365, 0370, 0377, 0382, 0383, 0385, 0387, 0388, 0389, 0537, 0538, 0539, 0541, 0542, 0821, 0822, 0845, 0850, 0851, 0853, 0854, 0855		C10BX	Das BAS hat die im Rahmen der technischen Anpassung der Anlage 3 der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2025 vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Zuordnung der Wirkstoffgruppe C10BX "Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln" analog der Zuordnung des ATC-Codes C09BX abgelehnt. Als Begründung wurde angeführt, dass es sich bei diesem Vorschlag um eine inhaltliche Anpassung handeln würde, die nicht Gegenstand der technischen Anpassung sei. Dies Argument kann vom GKV-Spitzenverband ebenso nachvollzogen werden wie der daraus resultierende Verzicht der Zuordnung des C10BX zu den DXGs 387 und 388. Unklar ist, warum sich das BAS im Rahmen der vorliegenden Anhörung nicht inhaltlich mit dem Vorschlag auseinandergesetzt hat. Mit Verweis auf die Versorgungsneutralität ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sicherzustellen, dass bei einem Umstieg auf Kombinationsarzneimittel die für eine Gruppierung erforderliche Mindestanzahl an Behandlungstagen weiterhin erreichbar ist. Vorschlag: Inhaltliche Bewertung des im Rahmen der Anhörung zur technischen Anpassung Anlage 3 der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2025 vorgebrachten Vorschlags.	GKV-SV
			0091, 0445, 0179, 0384		Nach Auflösen der externen Dominanzbeziehungen wäre im Anschluss eine Überprüfung der Kostenhomogenität der betroffenen HMGs des Strangendes sowohl in Hierarchie 16 (HMG0091, HMG0445) als auch in Hierarchie 04 (HMG0179, HMG0384) zielführend, um die Auswirkungen der Anpassung auf die Kostenhomogenität der HMGs zu analysieren und die DXG-HMG-Zuordnung ggf. anzupassen. Vorschlag: Überprüfung der DXG-HMG-Zuordnung für die genannten HMGs.	GKV-SV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0179, 0384, 0091, 0445		Im Festlegungsentwurf ist vorgesehen, die externen Dominanzverknüpfungen von H. 16 und H. 04 zu entfernen, obwohl sich dadurch die statistischen Kennzahlen verschlechtern. Vorschlag: Die hierarchieübergreifenden Dominanzen werden beibehalten, da die als Begründung herangezogene Verbesserung der Modellkonsistenz abstrakt bleibt und die Verschlechterung nicht über eine unabhängig davon erreichte Verbesserung an anderer Stelle gerechtfertigt werden kann. Bevor die hierarchieübergreifenden Dominanzen aufgehoben werden können, müsste zudem mittels Komorbiditätsanalyse die Auswirkungen auf die Deckungssituation der betroffenen Versicherten überprüft werden.	TK et al.
		0387		C02KX	Die Wirkstoffgruppe C02KX umfasst die antihypertensiven Wirkstoffe Antihypertensiva zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie. Der C02KX ist jedoch nicht nur den DXG der pulmonalen Herzkrankheit (345, 356) zugeordnet, sondern auch der DXG0387 "Essentielle Hypertonie". Die Wirkstoffe der Wirkstoffgruppe C02CX sind jedoch nicht zur Behandlung einer essentiellen Hypertonie zugelassen. Vorschlag: Der ATC-Code C02KX Antihypertensiva zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie ist aus inhaltlichen Gründen für die genannten DXGs zu streichen.	GKV-SV
	I27.-	0356, 0345	0078, 0081		Die in den DXGs zusammengefassten ICD-Codes bilden die Pulmonale Hypertonie ab, weshalb die derzeitige Bezeichnung "Pulmonale Herzkrankheit..." irreführend ist. Vorschlag: Umbenennung der genannten DXGs und HMGs in "Pulmonale Hypertonie...".	GKV-SV
	I27.0	0356, 0345	0078, 0081	B01AC21	Der Wirkstoff Treprostinil (ATC B01AC21) ist seit 7. April 2020 als neues Orphan-Arzneimittel zur Behandlung von chronisch thromboembolischer, pulmonaler Hypertonie (PAH) zugelassen. Die Jahrestherapiekosten liegen bei etwa 730.000 €. Vorschlag: Um Modellverbesserungen und für die betroffenen Patienten eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen wird vorgeschlagen, Patienten mit pulmonaler Herzkrankheit (ICD I27.0) und Treprostiniltherapie über den den ATC-Code B01AC21 zu differenzieren und diese in einer höherwertigen HMG am oberen Ende des Hierarchiestrangs zu berücksichtigen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08 August 2025).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					Die Überprüfung und teilweise Rücknahme der überwiegend im AJ 2020 eingeführten HMG-Alterssplits wird begrüßt. In der Folge erhöht sich die Konsistenz des Klassifikationsmodells und der Aufwand in der Modellpflege verringert sich.	AOK-BV
					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.	KBV/BÄK
					Die Ergänzung des Wirkstoffes Vericiguat in verschiedenen DxGs ist begründet.	KBV/BÄK
					Die Aufhebung von Alterssplits sowie der externen Dominanzbeziehungen wird verständlich erläutert.	KBV/BÄK
					Insgesamt können die Anpassung und die Konsolidierung der Hierarchie 16 nachvollzogen werden.	KBV/BÄK
	I10.-	0387	0091	C02KX	Die Arzneimittel der ATC-Gruppe C02KX sind zur Behandlung der pulmonalen Hypertonie zugelassen. Diese stehen in keinem Zusammenhang mit der essentiellen Hypertonie. Vorschlag: Streichung in Anlage 3	IKK e. V.
	I27.-	0356, 0345	0078, 0081		Die Bezeichnung der spezifischen ICD-Kodes I27.0- und I27.2 lautet Pulmonale Hypertonie; daher sollten die Bezeichnungen der HMGs, die sich lediglich durch einen Alterssplit unterscheiden, in „Pulmonale Hypertonie“ umbenannt werden. Dies ist medizinisch korrekt. Vorschlag: Umbenennung in „Pulmonale Hypertonie“	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	Q21.-2	0379	0085		Es wurden teilweise Alterssplits in der HMG 0016 untersucht. 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 €zugeordnet. Der Vorhofseptumdefekt > 17 Jahre wird mit der DxG1306 der HMG0445 „Sonstige Herzerkrankungen“ mit einem Kostenschätzer von 23€ 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. Auch für die anderen ICD-Kodes Q20.- bis Q26.- wurden die Untersuchungen der Alterssplits nicht konsequent fortgesetzt. Vorschlag: Überprüfung aller noch unberücksichtigten Alterssplits	IKK e. V.
	I50.-	0369	0082		Die ICD-Kodes der Rechtsherzinsuffizienz und der Linksherzinsuffizienz haben einen Alterssplit bei >74 und < 75 Jahre. Für die sekundäre Rechtsherzinsuffizienz ist dieser nicht vorhanden. Dieser wird der HMG0082 zugeordnet. Die Ursache für eine sekundäre Rechtsherzinsuffizienz ist häufig die COPD. Über 30 % der Patienten mit fortgeschrittener COPD entwickeln eine sekundäre Rechtsherzinsuffizienz (Cor pulmonale), die auch häufig mit einer pulmonalen Hypertonie zusammen auftritt. Vorschlag: Überprüfung eines Alterssplits für den ICD-Kode I50.0 und die Einordnung in den Strang.	IKK e. V.
	I50.03, I50.04, I50.13, I50.14	0368	0082		In unserer Stellungnahme zum FLE 2024 hatten wir vorgeschlagen, sowohl für die Linksherz- als auch für die Rechtsherzinsuffizienz die schwerwiegenden von der mittelgradigen Diagnosen abzutrennen. Es handelt sich hierbei zwar um eine Krankheitsentität, die sich jedoch in klinischem Bild und Behandlungsaufwand in beiden Stufen der Erkrankung unterscheidet. Vorschlag: Überprüfung der ICD-Kodes I50.03 und I50.04 sowie I50.13 und I50.14 und der DxG-Zuordnung.	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
		0367, 0345, 0359, 0360, 0361, 0368, 0369, 0370, 0362, 0363, 0376, 0377, 0364, 0365, 0366, 0354, 0355, 0382, 0383, 0385, 0539	0079, 0081, 0082, 0082, 0084, 0091	C10BX	Bisher wird der ATC-Kode C10BX „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln“ nur in den DxG berücksichtigt, die im Zusammenhang mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK) stehen. Diese Wirkstoffkombinationen werden derzeit in den DxG, die im Zusammenhang mit der Hyperlipidämie (DxG 877, 878, 883, 887) sowie in der Therapie bei KHK (363, 364, 365) berücksichtigt. Auf ATC 7-Steller-Ebene sind jedoch zahlreiche Wirkstoffe, die in der Erstlinientherapie der Hypertonie sowie in der Therapie der Herzinsuffizienz eingesetzt werden. (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. Aus medizinischer Sicht ist eine Arzneimitteldifferenzierung im 3. Strang von der HMG 0079 abwärts angebracht. Dies 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.“ Vorschlag: Überprüfung der Arzneimitteldifferenzierung mit dem ATC-Kode C10BX im 3. Strang der H16 und in der HMG0091 im zusammengeführten Strang.	IKK e. V.
11	**Hierarchie 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“**					
		0410	0100, 0101		In AOK-Analysen zeigen sich systematische Unterdeckungen der Versicherten in DXG 0410 "Monoplegie, andere n. n. bez. zentrale Lähmung". Für eine zielgenauere Abbildung der Folgekosten dieser Versicherten schlägt die AOK-Gemeinschaft eine Zuordnung in der höherwertigen HMG 0100 "Arteria-carotis-interna-, bilaterale und multiple Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien/ Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen" vor.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
12	**Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“**					
			0222		Wie in unserer Stellungnahme ausführlich beschrieben, führt die derzeitige Ausgestaltung der Hierarchie für an Mukoviszidose erkrankte Kinder <12 Jahre zu Unterdeckungen. Eine differenzierte Abbildung nach Alter mit einer abgesenkten Mindestmenge an BT für unter 12-Jährige führt zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte. Vorschlag: Einführung einer Altersdifferenzierung für die HMG0222 "Mukoviszidose mit Kausaltherapie" für unter- bzw. über zwölfjährige Kinder. Für die unter 12-Jährigen wird als Aufgreifkriterium Sonderfall 2 vorgeschlagen.	GKV-SV
	J95.8	0214	0541		Während alle fünfstelligen ICD-Codes des J95.8 "Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen" im Klassifikationsmodell berücksichtigt sind, ist der vierstellige ICD-Code J95.8 der Ausschlusskategorie zugeordnet. Vorschlag: Vervollständigung des ICD-Spektrums durch Aufnahme des ICD-Codes J95.8 und Zuordnung analog des gleichnamigen ICD-Codes J95.88 zur DXG0214 und HMG0541.	GKV-SV
	J95.8	0214	0541		Der ICD-Kode J95.8 "Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen" ist in vier fünfstellige ICD-Kodes aufgeteilt: J95.80, J95.81, J95.82 und J95.88. Alle fünfstelligen ICD-Kodes finden sich im Klassifikationsmodell, nur der vierstellige ICD-Kode J95.8 ist der Ausschlusskategorie zugeordnet. Vorschlag: Aufnahme des ICD-Kodes J95.8 und Zuordnung in die DXG/HMG, denen der ICD-Kode J95.88 zugeordnet ist (DXG 0214 „Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“, HMG 0541).	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0214, 0501		Die neu zusammengesetzte HMG0214 „Thorakostoma, Aspirator, Respirator“ dominiert das gemeinsame Strangende, genauso wie die HMG0501 „Respiratorische Insuffizienz“. Die Dominanzbeziehung zwischen HMG0214 und HMG0501 wurde jedoch aufgelöst. Das sieht die BARMER kritisch. Eine dauerhafte Abhängigkeit von einem Respirator ist regelmäßig Folge einer schweren respiratorischen Störung, insbesondere einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Die in der HMG0214 erfassten Versicherten bilden damit eine kostenintensive Teilmenge der Versicherten mit HMG0501. Ohne Hierarchisierung käme es zu erheblichen Doppelzuschlägen. Die Dominanz zwischen beiden HMGs gewährleistet, dass die schwerste und für die Ausgabenprognose aussagekräftigste Manifestation der Erkrankung abgebildet wird. Die BARMER plädiert daher dafür, die Dominanzbeziehung zwischen HMG0214 und HMG0501 bestehen zu lassen. Auch die Höhe der Zuschläge für die beiden HMGs steht dem nicht entgegen. Es ist bei 6.381 € für HMG0214 und 3.453 € für HMG0501 keine Hierarchieverletzung zu befürchten.	BARMER
			0217, 0218		Die beiden HMG im Modell 02 unterscheiden sich im Kostenschätzer deutlich Vorschlag: HMG 0217 und HMG 0218 bleiben wie im Modell 2026	DAK-G
	E84.-	0655	0222		Für die HMG 222 "Mukoviszidose mit Kausaltherapie" wird das Aufgreifkriterium 92/183 DDD festgelegt. Es gibt eine relevante Anzahl an Versicherten, die weiniger DDD erhalten, sich jedoch erheblich von den Kosten der HMG 0217 unterscheiden. Vorschlag: Anpassung des Aufgreifkriteriums auf 21/42	DAK-G

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
			0087, 0214		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.	KBV/BÄK
					Die Erweiterung der Arzneimitteldifferenzierung und die Aufhebung des Alterssplitts im Zusammenhang mit der Mukoviszidose sind begründet.	KBV/BÄK
	J82				Die Integration des ICD-10-GM-Kodes J82 aus der Hierarchie 16 („Herzerkrankung“) wird nachvollziehbar erläutert.	KBV/BÄK
					Die Ausführungen zur Neuordnung des gemeinsamen Strangendes sind ebenfalls verständlich.	KBV/BÄK
		0655	0222		Durch die Aufnahme von Kindern in die DxG 0655 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.	BKK DV
13	**Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“**					
		1012, 1009	0492, 0493		Die Integration von Ausschlussdiagnosen zum Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts und einer langzeitigen Abhängigkeit vom Kunstherz erhöht die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells und wird explizit begrüßt.	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
	Z43.5, Z43.6, Z43.7, Z93.5, Z93.6				Ergänzend zur Aufnahme der ICD-Kodes zur Künstlichen Körperöffnung des GIT sollten auch die ICD-Kodes zum Vorhandensein/Versorgung eines Zystostomas bzw. Vorhandensein/Versorgung anderer künstlichen Körperöffnungen des Harntrakts oder künstlichen Vagina aufgenommen werden (Z43.5 Versorgung eines Zystostomas, Z93.5 Vorhandensein eines Zystostomas, Z43.6 Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes, Z93.6 Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege, Z43.7 Versorgung einer künstlichen Vagina). Der ICD-Kode N99.5 "Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes" ist bereits im Klassifikationsmodell enthalten. Im Festlegungsentwurf 2027 ist der ICD-Kode der DXG524/HMG346 zugeordnet mit dem Aufgreifkriterium "stationär erforderlich". Vorschlag: Aufnahme der ICD-Kodes Z43.5, Z93.5, Z43.6, Z93.6 in eine DXG mit M2Q-Kriterium. Verschiebung des ICD-Kodes N99.5 in diese DXG und Einordnung der DXG in den 3. Strang der Hierarchie 20 gemäß Kostenschätzer. Aufnahme des ICD-Kodes Z43.7 in eine DXG mit M2Q-Kriterium.	AOK-BV
	R32	1320	0183		Es ist nicht nachvollziehbar, warum unsere Forderung aus dem letzten Anhörungszyklus, die Diagnose R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ nicht berücksichtigt wurde. Vorschlag: Aufnahme der nicht berücksichtigten ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer Einsortierung in den 3. Strang.	IKK e. V.
	Z43.5, Z43.6, Z46.6	1320	0183		Das BAS hat den ICD-Kode Z43.- „Versorgung künstlicher Körperöffnungen“ in der Hierarchie 06 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 nicht hervor, aus welchen Gründen die ICD-Kodes, die im 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. Vorschlag: Aufnahme der nicht berücksichtigten ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer Einsortierung in den 3. Strang.	IKK e. V.

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
14	**Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“**					
		0829	0151		In der DXG 0829 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I“ (HMG 0151 „Infektionen der Haut und des Fettgewebes (> 54 Jahre) / Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I und II“) sind für die Therapie der Psoriasis aktuell nur stark und sehr stark wirksamen Corticosterioiden berücksichtigt. Wir schlagen vor, im Rahmen der Arzneimitteldifferenzierung zusätzlich auch mittelstark wirksame Corticosteroide (ATC D07AB), andere mittelstark wirksame Corticosterioide (ATC D07XB) sowie schwach wirksame Corticosterioide (ATC D07XA) zu berücksichtigen. Denn gemäß der S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris 2021 Ammpendix A: „Topische Therapie, Phototherapie, sonstige Therapien, Schnittstellendefinitionen“ wird empfohlen „..Bei Besserung des Hautzustands empfiehlt sich eine Verlängerung der Theraspientervalle oder ein Wechsel auf ein schwächeres topisches Kortikoid.“ Daher müssen auch die schwächeren topischen Kortikosteroide berücksichtigt werden.	AOK-BV
	R02.0%, R02.8	neu	neu		Die ICDs für Nekrosen der Unterhaut/Gangrän sollten in einem krankheitsvollständigen Modell Berücksichtigung finden	AOK-BV
	L10.%	1261, 0691	0446, 0129		In HMG 0446 "Sonstige Hauterkrankungen" werden derzeit Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten (L10.8 "Sonstige Pemphiguskrankheiten" und L10.9 "Pemphiguskrankheit, nicht näher bezeichnet") mit und ohne Arzneimitteltherapie abgebildet (Zuschlag 0 Euro). Als Pemphigus wird eine Gruppe chronischer Autoimmun-Krankheiten der Haut mit Blasenbildung in den äußeren Schichten der Haut und in den Schleimhäuten bezeichnet. Hingegen enthält die HMG 0129 "Pemphigus- und Pemphigoidkrankheiten" Patienten mit den entsprechenden, spezifisch kodierten Erkrankungen und Arzneimitteltherapie (Zuschlag ca. 3.300 €). Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die Zuordnung von Patienten mit unspezifisch kodierten Pemphiguskrankheiten und Arzneimitteltherapie in HMG 0446 aus den nachfolgenden Gründen nicht sachgerecht. Am häufigsten (75 %) ist der Pemphigus vulgaris. Er hat eine Prävalenz von etwa 1:2.630, daneben gibt es weitere Pemphiguskrankheiten, die teilweise spezifisch kodiert werden können, teilweise gibt es keine spezifischen ICD-Codes, sodass die Codes L10.8 (sonstige Pemphiguskrankheiten) bzw. L10.9 (sonstige Pemphiguskrankheiten, nicht näher bezeichnet) verwendet werden müssen. Bis auf wenige Ausnahmen (u.a. Pemphigus chronicus familiaris) erfolgt bei den Pemphiguskrankheiten eine immunsuppressive Behandlung. Während die deutsche S2-Leitlinie nur die häufigen Pemphiguskrankheiten behandelt (Pemphigus vulgaris,	AOK-BV

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
					Pemphigus foliaceus, bullöses Pemphigoid), behandelt die französische Leitlinie des HAS auch die seltenen Unterformen [siehe Stellungnahme]. Aus dieser Übersicht ist ersichtlich, dass auch Pemphiguskrankheiten, für die es in der ICD10 keinen spezifischen 4-Stelligen Code gibt, überwiegend mit Kortikosteroiden und Immunsuppressiva behandelt werden. Vorschlag: Eine Differenzierung über die Kodierung, wie sie augenblicklich im Klassifikationsmodell des Morbi-RSA umgesetzt ist, indem die spezifischen Kodes der ICDs aus dem Bereich L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 fallen, während die Codes L10.8 und L10.9 ohne Arzneimittelaufgreifkriterium der DxG1044 zugeordnet werden, ist daher medizinisch nicht sachgerecht, da gleich schwerwiegende und obligat zu therapierende Unterformen des Pemphigus nur deshalb nicht in die DxG1261 fallen, weil es für sie keinen spezifischen ICD-4-Steller gibt. Das differenzierende Merkmal für mit Immunsuppressiva behandlungsbedürftige Pemphiguskrankheiten ist die medikamentöse Behandlung. Daher ist es medizinisch sachgerecht, alle ICDs aus L10 mit obligater Arzneimittelzuordnung in die DxG1261 aufzunehmen (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	
15	**Hierarchie 23 „Verletzungen“**					
	S07*				Alle ICD mit S07 sollten stationär erforderlich sein aufgrund der Tragweite der Verletzung und nicht nur S07.1	BKK DV
16	**Hierarchie 25 „Transplantationen“**					
	Z09.80	neu	0176		Patienten mit Nachuntersuchungen nach Organtransplantation (ICD Z09.80) sollten zusätzlich berücksichtigt werden (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie) Vorschlag: Aufgrund relevanter Fallzahlen und Folgekosten bei den betroffenen Patienten schlägt die AOK-Gemeinschaft vor, in der HMG 0176 "Komplikationen und Zustand nach Organtransplantation" auch den ICD Z09.80 zu berücksichtigen (ICD-Code derzeit in Ausschlusskategorie (vgl. auch unsere Stellungnahme vom 08. August 2025).	AOK-BV
17	**Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“**					
					Nachvollziehbar wurden aus systematischen Gründen die Fehlbildungen der Milz in den dritten Hierarchiestrang verschoben.	KBV/BÄK
					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.	KBV/BÄK

III	ICD	DxG	HMG	ATC	Anpassungen der Hierarchien	
18	**Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“**					
			0197, 1021		Aus medizinischer Sicht ist die Vereinigung der HMG0197 (Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder) und der HMG1021 (Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen) nachvollziehbar, da Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder einer weniger spezifischen HMG zugeordnet werden können.	KBV/BÄK
			0171, 0201		Die Erläuterungen zur Konsolidierung der Hierarchie 29 durch die Zusammenlegungen der HMG0171 und HMG0201 in der HMG0201 mit geänderter Bezeichnung sind ebenfalls nachvollziehbar.	KBV/BÄK
					Die Verschiebung der ICD-Dreisteller H68.- (Entzündung und Verschluss der Tuba auditiva) und H69.- (Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva) in eine neue DxG0595 (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 HMG1031 (Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva und idiopathischer Hörsturz) zusammengefasst.	KBV/BÄK
19	**Hierarchie 31 „Gynäkologische und andrologische Erkrankungen“**					
		0026, 1197	0062	G03GA	Arzneimitteldifferenzierung mit der ATC-Gruppe G03GA mit 10 DDDs für die Kinderwunschbehandlung bei weiblicher Infertilität	BKK DV
	Z43.7				Das BAS hat in der Hierarchie 06 die Diagnosen Z43.1-4 (Versorgung Gastrostoma, Ileostoma) sowie in der Hierarchie 19 die ICD-Kodes Z43.0, Z43.80 (Versorgung Tracheostoma, Thorakostoma) berücksichtigt. Aus den Erläuterungen des Festlegungsentwurfs geht nicht hervor, aus welchen Gründen der ICD-Kode Z43.7 „Versorgung einer künstlichen Vagina“ nicht berücksichtigt wurde. Vorschlag: Aufnahme des nicht berücksichtigten ICD-Kodes und in Abhängigkeit vom Kostenschätzer Einsortierung in den 2. Strang/HMG. Im Ergebnis werden die Krankheitsbilder vollumfänglich abgebildet und die Manipulationsresistenz des Modells gestärkt.	IKK e. V.

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 2.4: Stellungnahmen – weitere Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und 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.	GKV-SV
	Die AOK-Gemeinschaft begrüßt die erneute Durchführung der Variablenselektion durch das BAS im vorliegenden Entwurf. Die erneut deutlichen Veränderungen in der Variablenauswahl unterstreichen die Notwendigkeit einer regelmäßigen Durchführung des Selektionsverfahrens für die Regionalvariablen. Seit der erstmaligen Anwendung des Verfahrens im Rahmen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats von 2018 sind immer wieder erhebliche Schwankungen und Veränderungen in der Relevanz von bestimmten regionalstatistischen Merkmalen für die Erklärung von regionalen Deckungsunterschieden zu beobachten. In 2027 ist – wie in den Jahren zuvor – mit ""Anteil weiblicher Beschäftigter"" erneut eine Variable erstmalig aufgenommen worden. Zudem findet sich erstmals keine Variable unter den zehn vorausgewählten, die aufgrund ihres Bezugs zur regionalen Angebotsstruktur nicht ausgewählt wurden. Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns dafür aus, die Regionalvariablenauswahl auch weiterhin jährlich durchzuführen. Die im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich und im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 empfohlene Verlängerung der Abstände der Variablenauswahl erscheint in Anbetracht der fehlenden Stabilität der Merkmale im Zeitverlauf nicht sachgerecht.	AOK-BV
	Bereits in den Stellungnahmen zum Klassifikationsmodell 2022, 2023, 2024, 2025 und 2026 haben wir – insbesondere vor dem Hintergrund der finanziellen und wettbewerblichen Bedeutung der Regionalkomponente – auf die Notwendigkeit eines Verfahrens zur Validierung der verwendeten Daten hinsichtlich ihrer Qualität und Eignung hingewiesen. Insbesondere bedarf es unseres Erachtens einer kontinuierlichen und systematischen Prüfung der Variablen darauf, ob und inwieweit die verfügbaren Daten tatsächlich die dahinter vermuteten inhaltlichen Konstrukte erfassen und sich daher für die weitere Verwendung eignen. Leider wurden in diesem Punkt aus unserer Sicht noch keine Fortschritte erzielt. Zwar wird im Festlegungsentwurf ausgeführt, dass nur Variablen verwendet würden, für die sich „ein inhaltlicher Zusammenhang zu den regionalen Deckungsbeitragsunterschieden herleiten lässt. Allerdings wurde für mehrere der ausgewählten Variablen nach unserer Kenntnis bisher weder im Regionalgutachten noch im Rahmen der bisherigen Festlegungen ein solch inhaltlicher Zusammenhang auch tatsächlich ausgeführt. Konkret mangelt es unseres Erachtens insbesondere bei Variablen wie „Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungen“, „Kleine und mittlere Unternehmen“, ""Anteil weiblicher Beschäftigter"" an einer plausiblen inhaltlich-theoretischen Herleitung für einen Zusammenhang mit regionalen Deckungsbeitragsunterschieden. Für die letztere - erstmals in 2027 aufgenommene - Variable gilt zudem, dass das regionale Zuordnungskriterium (Arbeitsort) nicht der Regionalkomponente im RSA (Wohnort) entspricht. Entsprechend der Begründung aus dem GKV-FKG zu § 8 RSAV wäre eine plausible inhaltliche Herleitung explizit angezeigt, da solche Variablen ausgewählt werden sollen, die eine hohe statistische und inhaltliche Erklärungskraft aufweisen. Ansonsten besteht aus unserer Sicht vielmehr die Gefahr von Konfundierung durch Stör- bzw. Drittvariablen.	AOK-BV

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	
	Für die perspektivische Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft geprüft werden, welche Informationen, die aktuell in Form von Regionalvariablen eingehen, auf Versichertenebene in den Kassen vorliegen und künftig direkt und versichertenindividuell im Morbi-RSA berücksichtigt werden können, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene zu erhöhen. Darüber hinaus sprechen wir uns weiterhin dafür aus, Regionalmerkmale vor Verwendung im Zuweisungsverfahren grundsätzlich auf die Vorgaben des § 8 Abs. 4 Satz 6 RSAV zu prüfen.	AOK-BV
	Die Prüfung der Variablen für die Regionalkomponente wurde nach dem gleichen Verfahren durchgeführt, wie in den vergangenen Jahren. Aus Sicht der BARMER ist das Verfahren nachvollziehbar.	BARMER
	Die Anpassung der Regionalen Risikogruppen auf Basis der aktualisierten Datengrundlage als auch die aktualisierte Bildung von Wohnlandgruppen für Auslandsversicherte ist aus unserer Sicht fachlich angemessen.	TK et al.
	Die neue Datenbasis weist eine zunehmende Streuung der regionalen Über- und Unterdeckungen aus und bestätigt damit die Bedeutung eines regionalen Ausgleichs.	KBV/BÄK
	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.	KBV/BÄK
	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.	KBV/BÄK
	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.	BKK DV
	"Im Rahmen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2027 hat das BAS erneut die Auswahl der regionalstatistischen Variablen zur Bildung der Regionalen Risikogruppen überprüft und 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. Gleichzeitig hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass einzelne ausgewählte regionalstatistische Merkmale auch außerhalb des fachlichen Bewertungsprozesses Gegenstand öffentlicher Diskussionen werden können. Dies zeigte sich insbesondere bei der Variable „Wahlbeteiligung“. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Grundlagen der Regionalkomponente regelmäßig zu überprüfen und die verwendeten Indikatoren hinsichtlich ihrer aktuellen Eignung zu evaluieren. Vorschlag: Das BAS sollte in den kommenden Anpassungszyklen die methodischen Grundlagen der Regionalkomponente und die im Regionalgutachten aus dem Jahr 2018 festgelegten Indikatoren regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls weiterentwickeln."	IKK e. V.
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.	GKV-SV

IV	**Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens**	
	Die Anpassung der Regionalen Risikogruppen auf Basis der aktualisierten Datengrundlage als auch die aktualisierte Bildung von Wohnlandgruppen für Auslandsversicherte ist aus unserer Sicht fachlich angemessen.	TK et al.
	Die Anpassungen führen zu einer verbesserten Ausgabenhomogenität und Zielgenauigkeit des Ausgleichs. Auch die Bewertungskennzahlen haben sich hiermit verbessert. Das Vorgehen des BAS ist nachvollziehbar.	KBV/BÄK
	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.	BKK DV
	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.	BKK DV
	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.	BKK DV
	Abschließend bitten wir erneut darum, die Berechnungsgrundlagen als separate Basisdaten bereitzustellen. Dadurch könnten zusätzliche Arbeitsschritte zur Rückführung der Daten in andere Dateiformate vermieden werden.	BKK DV
3	**Weitere Themen des Berechnungsverfahrens**	
	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.	GKV-SV
	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 legedddnden Konten nach. Die entsprechenden Änderungen werden vollumfänglich dargestellt. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu keine Anmerkungen.	GKV-SV
	Die Neufassung der Risikogruppen für Versicherte mit Kostenerstattung ist fachlich nachvollziehbar und die Anpassung der heranzuziehenden Konten für nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben an die Neugliederung des GKV-Kontenrahmens korrekt.	TK et al.

IV	Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und Berechnungsverfahrens	
	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.	KBV/BÄK
	Das Vorgehen sowie die sprachliche Präzisierung der Kontenbezeichnungen sind nachvollziehbar.	KBV/BÄK

Quelle: Auswertung BAS

3 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2027 im Vergleich zum Festlegungsentwurf

3.1 Ausgangsmodell

Es erfolgen entsprechend der im Stellungnahmeverfahren eingegangenen Vorschläge Anpassungen hinsichtlich der Themen, die im Ausgangsmodell bearbeitet wurden. So wurden im Rahmen der Festlegung einzelne ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie ergänzt, dies wird in den betroffenen Hierarchien 06 und 19 diskutiert und durchgeführt.

3.2 Hierarchie 01 „Infektionen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.3 Hierarchie 02 „Neubildungen“

Die Viersteller-ICD-Kodes des Dreisteller-ICD-Kodes D15.- „Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe“ und auch weitgehend die Viersteller-ICD-Kodes des Dreisteller-ICD-Kodes D48.- „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen“ werden jeweils in einer DxG zusammengefasst.

3.4 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

In der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ werden aus medinzinischen Gründen einige ICD-Kodes innerhalb der Hierarchie verschoben. Zudem wird in einer DxG ein ATC-Kode ergänzt. Zwei HMGs werden aufgrund des geringen Abstands ihrer Kostenschätzer vereinigt.

3.5 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden in der DxG1313 „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“ in der HMG0574 „Sonstige gastrointestinale Erkrankungen“ sowie in der neuen DxG1108 „Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie“ in der HMG0421 „Ileostoma, Kolostoma“ zwei weitere ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie aufgenommen.

3.6 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.7 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.8 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird in der Festlegung ein weiterer ATC-Kode beim Aufgreifen der Myasthenia gravis mit Dauermedikation I ergänzt. Als Folgeänderung werden zur Vermeidung von Hierarchieverletzungen zwei HMGs im Bereich der Myopathien zusammengelegt. Zudem kommt es in der Anlage 3 zu redaktionellen Anpassungen aufgrund von ATC-Umklassifizierungen.

3.9 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden in der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ zwei ATC-DxG-Zuordnungen angepasst.

3.10 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird in der DxG0214 „Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ (HMG0541) ein weiterer ICD-Kode aus der Ausschlusskategorie aufgenommen. Zudem wird bei der Mukoviszidose eine zusätzliche Altersdifferenzierung wiedereingeführt.

3.11 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.12 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.13 Regionale Risikogruppen

Die Anlage 4 wird für die Berichtsjahre 2024 und 2025 um die RGG-Zuordnung für den Kreisschlüssel 06415 „Hanau, Brüder-Grimm-Stadt“ erweitert. Darüber hinaus erfolgt keine Änderung im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

3.14 Auslandsversicherte (Wohnlandgruppen)

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.15 Neufassung der Risikogruppen für Versicherte mit Kostenerstattung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.16 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

3.17 Berücksichtigung von Sternkodes im Klassifkationsmodell

Die in der Entwurfsfassung vorgenommene Änderung der Festlegung hinsichtlich der formalen Prüfung der sog. Sternkodes wird näher erläutert. Die Änderung wird zudem ab dem Berichtsjahr 2024 für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 übernommen.

II Methodik

4 Statistische Bewertungskriterien und Datenbeschreibung

4.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf des AJ 2027 enthält in den Erläuterungen eine Übersicht der verwendeten Kennzahlen und deskriptive Statistiken zur genutzten Datengrundlage. Anders als in den Vorjahren wurde eine Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Datengrundlage nicht mehr vorgenommen, da die Sondersituation hinreichend weit zurückliegt.

Vom Ausweis der noch im Vorjahr berichteten Spanne der versichertengruppenbasierten Deckungsbeiträge und Deckungsquoten wurde im Festlegungsentwurf des AJ 2027 abgesehen. Die zur Bildung von stabilen und kostenhomogenen länderübergreifenden Wohnlandgruppen mit einer Mindestanzahl an Versichertenzeiten verwendeten „gewichteten mittleren Ausgaben je Wohnland“ wurden in die Beschreibung der weiteren Kennzahlen aufgenommen.

4.2 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV nimmt zur Kenntnis, dass die statistischen Bewertungskriterien und Kennzahlen im Wesentlichen denen des Vorjahres entsprechen. KBV und BÄK sehen die Kennzahlen als sinnvoll an, um Einblicke in die Risikostruktur zu bekommen und die Modellgüte sachgerecht bewerten zu können.

Hinsichtlich der Einbeziehung weiterer Bewertungskriterien, die etwa hinzugezogen werden um unerwünschte Anreizeffekte oder Möglichkeiten zur Manipulation zu evaluieren, weisen KBV und BÄK darauf hin, dass nicht klar zu erkennen sei, wie dies formal umgesetzt werde.

4.3 Diskussionen der Stellungnahmen

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

4.4 Festlegung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

5 Entwicklung des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2027

5.1 Festlegungsentwurf

Im Ausgangsmodell (AGM) erfolgte eine Anpassung der Diagnosezuordnungslisten an den ICD-10-GM 2026. Zudem wurde bei der Definition des AGM punktuell eine erneute medizinische Überprüfung der Zuordnung von ICD-Kodes zu Diagnosegruppen vorgenommen. Einige bisher nicht berücksichtigte ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie wurden in die bearbeiteten Hierarchien neu aufgenommen.

5.2 Anhörungsverfahren

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV, die KBV/BÄK sowie die DAK-G bezeichnen die vorgeschlagenen Anpassungen an den ICD-10-GM 2026 sowie die Zuordnung der neuen ICD-Kodes zu Krankheiten, Diagnose- und Morbiditätsgruppen als nachvollziehbar.

GKV-SV, AOK-BV und BARMER halten die zusätzliche Bereitstellung einer Tabelle zur Krankheitsabgrenzung, die die Zuordnung sämtlicher ICD-Kodes zu Krankheiten bzw. den Ausschlusskategorien enthält, für zielführend. Aus Sicht des GKV-SV würde dies eine Überprüfung auf Vollständigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen an eine neue ICD-Version deutlich erleichtern, auch würde eine entsprechende Transparenz über die ICDs in der Ausschlusskategorie das Risiko verringern, dass im Rahmen der Modellfestlegung relevante ICD-Kodes übersehen werden.

GKV-SV, AOK-BV, DAK-G und KBV/BÄK begrüßen die Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes, wobei dem GKV-SV unklar sei, nach welchen Kriterien die Auswahl der aufzunehmenden ICD-Kodes vorgenommen worden sei. Daher bittet der GKV-SV um eine Erläuterung diesbezüglich und schlägt vor, das Potential zur Modellverbesserung durch die Aufnahme weiterer ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie systematisch zu überprüfen.

Der AOK-BV regt an, für eine krankheitsvollständige Abbildung der Morbiditäten auch Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen nach medizinischen Maßnahmen, die Berücksichtigung von Dauertherapien mit Antikoagulanzien, die Integration von Nekrosen/Gangrän und die Abbildung von Patienten mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen sowie Nachuntersuchungen nach Organtransplantationen zu berücksichtigen.

Die DAK-G merkt ebenfalls an, dass die Gründe, die zur Aufnahme der ausgewählten ICD-10-GM bzw. zur Nicht-Aufnahme weiterhin in der Krankheit 501 ausgeschlossener ICD-10-GM geführt hätten, nicht nachvollziehbar dokumentiert seien und schlägt vor, die Eisenmangelanämie zusätzlich zu berücksichtigen und den Schritt, die neu aus der Ausschlusskategorie aufgenommenen ICD-Kodes den Hierarchien zuzuordnen, umgehend in die Hierarchien zu verlagern und im Ausgangsmodell ausschließlich Änderungen durch den Wechsel des Morbiditätsjahres mit den ICD-10-GM und ATC aus der Überleitung darzustellen, um die Änderungen durch die Weiterentwicklung optimal darzustellen.

Der IKK e. V. weist darauf hin, dass bei der Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes die Berücksichtigung der ICD-Kodes Z45.8- „Anpassung und Handhabung von sonstigen implantierten medizinischen Geräten“ unterbliebe. Zudem wird angemerkt, dass die selektive Berücksichtigung einzelner Diagnosen das Risiko berge, Kodieranreize zu setzen. Aus Gründen der Manipulationsresistenz sollte daher geprüft werden, ob medizinisch eng verwandte und hinsichtlich des Versorgungsaufwands vergleichbare ICD-Kodes einheitlich behandelt werden können.

TK et al. halten grundsätzlich die vorgeschlagenen Anpassungen zur Bildung des Ausgangsmodells für medizinisch und inhaltlich sinnvoll, kritisieren jedoch, dass lediglich der Gesamteffekt der Einbeziehung dieser Kodes angegeben sei und nicht, welche Effekte die Integration im jeweiligen Einzelfall hätte; daher wäre hier zukünftig eine differenziertere Darstellung wünschenswert.

5.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Hinweise auf die zusätzliche Bereitstellung einer Tabelle zur Krankheitsabgrenzung nimmt das BAS zur Kenntnis. Wie bereits in den Erläuterungen zur Festlegung für das AJ2022 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2021, Abschnitt 5.2.2) zur Stellungnahme diskutiert, enthalten die Tabellen der Anlage 1 in den vier jahresbezogenen Zuordnungstabellen (IDM (ICD-DxG-MG)) eine Spalte „Krankheit“, in der die Krankheitsnummer dokumentiert wird. Die Krankheitsbezeichnungen sind dem Tabellenblatt „KH_Bez“ zu entnehmen. Insofern ist die vollständige Abbildung der ICD-Kodes zu Krankheiten gewährleistet. Die nicht zugeordneten ICD-Kodes sind den Ausschlusskategorien zugeordnet (Dreisteller, die über Vier- oder Fünfsteller weiter differenziert werden sowie aus inhaltlichen Gründen ausgeschlossene ICD-Kodes) und können durch Abgleich mit den jeweiligen ICD-10-GM-Katalogen leicht ermittelt werden.

Das BAS hat die Argumentation des GKV-SV zur Auswahl der ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie zur Kenntnis genommen. Bei der Aufnahme bisher nicht für die Klassifikation genutzter ICD-Kodes wurde die Auswahl anhand offener Vorschläge aus bisherigen Anhörungsverfahren getroffen und mit den zu bearbeitenden Hierarchien in diesem Anpassungszyklus abgestimmt. Die Prüfung weiterer bisher ausgeschlossener ICD-Kodes kann ggf. in einem späteren Anpassungszyklus erfolgen.

Die Hinweise der DAK-G, die neu aus der Ausschlusskategorie aufgenommenen ICD-Kodes umgehend in die Hierarchiebearbeitung zu verlagern, sowie der Vorschlag von TK et al., die Aufnahmeeffekte differenziert zu prüfen, sind nachvollziehbar und werden ggf. in einem der folgenden Anpassungszyklen überprüft.

Der Hinweis des IKK e. V. zur Prüfung, ob medizinisch eng verwandte und hinsichtlich des Versorgungsaufwands vergleichbare ICD-Kodes einheitlich behandelt werden können aus Gründen der Manipulationsresistenz, wird ebenfalls durch das BAS zur Kenntnis genommen.

Die Vorschläge zur Überprüfung weiterer bisher ausgeschlossener ICD-Kodes von GKV-SV, AOK-BV, DAK-G sowie IKK e. V. können ggf. in einem der folgenden Anpassungszyklen überprüft werden.

5.3 Weitere Anpassungen

Es erfolgen entsprechend Vorschlägen der Anhörungspartner aus den Stellungnahmen zum Ausgangsmodell einige Anpassungen, so wurden vereinzelt weitere ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie aufgenommen, dies wird in den betroffenen Hierarchien 06 (vgl. Abschnitt 11) und 19 (vgl. Abschnitt 16) diskutiert und durchgeführt.

5.4 Festlegung

Darüber hinaus ergeben sich aus den Stellungnahmen zum Ausgangsmodell keine weiteren Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

6 Weitere Themen

6.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

6.1.1 Dokumentation der Anpassungen und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen

Der GKV-SV konstatiert insgesamt eine konsistente und einheitliche Bewertung und Begründung der Modellanpassungen. Er und der AOK-BV geben allerdings zu bedenken, dass häufig mehrere Anpassungsschritte in einer Modellrechnung vollzogen würden, sodass nicht bewertet werden könne, welchen Anteil die einzelnen Anpassungen an der Änderung der Modellgüte haben. Entsprechend wird der Wunsch geäußert, zur besseren Nachvollziehbarkeit der vorgenommenen Änderungen, relevante Zwischenschritte bzw. -ergebnisse zu dokumentieren.

Die Orientierung an Über- und Unterdeckungen bei bestimmten Versichertengruppen bzw. DxGs ist Inhalt mehrerer Stellungnahmen. Während eine solche, an Zahlen orientierte Vorgehensweise etwa vom BKK-DV im Sinne der Kostenhomogenität der Risikogruppen und der Zielgenauigkeit des Verfahrens grundsätzlich begrüßt wird, kommt in den Stellungnahmen von BKK DV, TK et al., AOK-BV und GKV-SV zugleich der Wunsch zum Ausdruck, dass klare Grenz- bzw. Schwellenwerte definiert und transparent gemacht werden und zur Anwendung kommen. Gleiches gilt im Grunde für das Heranziehen der Abstände zwischen Kostenschätzern bei der Umstrukturierung von Hierarchien. Dem GKV-SV, TK et. al und dem IKK e. V. sei unklar, welche Abstände bei der Bewertung zu Grunde gelegt werden und wie Modellkomplexität und Modellgüte gegeneinander abgewogen würden. HMGs mit deutlich unterschiedlichen Besetzungszahlen würden laut GKV-SV zusammengelegt, ohne die Auswirkungen zu beachten. Der GKV-SV regt 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. TK et. al und der IKK e. V. sprechen sich für die Definition nachvollziehbarer Kriterien und deren konsequenter Anwendung aus. Auch die AOK-Gemeinschaft regt für künftige Weiterentwicklungen an, eine einheitliche Methodik zur Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung von HMG-Strängen zu etablieren. Diese solle sich grundsätzlich an der Höhe der Gesamtzuweisung der jeweiligen HMG orientieren und Abweichungen hiervon ausschließlich in begründeten Einzelfällen erfolgen.

Der GKV-SV regt an, bei der Auflösung hierarchieübergreifender Dominanzbeziehungen eine abschließende Überprüfung der Kostenhomogenität aller von der Auflösung der externen Dominanzbeziehungen betroffenen HMGs durchzuführen, um die aus der Auflösung resultierenden Änderungen im Kostengefüge zu analysieren. In diesem Zusammenhang wird auf das generelle Problem von Über- bzw. Unterdeckungen bei Ko- bzw. Multimorbidität verwiesen und der Bedarf einer entsprechenden Regelung postuliert, wobei bereits bekannte Möglichkeiten wie ICD-Verschiebungen oder eine HMG-bezogene Analyse für bestehende Fehldeckungen im Vordergrund stehen sollten.

6.1.2 Aufgreifkriterien und Verwendung von Arzneimitteln

Aus Sicht des GKV-SV ist die Überprüfung der ICD-DxG-HMG-Zuordnung und der damit verbundenen Einführung weiterer spezifischer Aufgreifkriterien nach Einführung des Vollmodells noch nicht abgeschlossen und sollte weitergeführt werden. Bei der Abbildung seltener

Erkrankungen, für die es häufig keine spezifischen ICD-Kodes gäbe, könne eine weitere Differenzierung über spezifisch eingesetzte Arzneimittel erfolgen.

Der AOK-BV weist erneut auf die seit dem 1. März 2020 in Kraft getretene gesetzliche Regelung zu Mehrfachverordnungen bei chronischen Erkrankungen hin und bittet das BAS, die bestehenden Aufgreifkriterien (insbesondere das M2Q-Kriterium und die Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz) vor diesem Hintergrund zu beachten und ggf. notwendige Anpassungen an den Aufgreifalgorithmen vorzubereiten und zeitnah umzusetzen.

Der AOK-BV regt zudem an, bei der Sonderfallprüfung 1 (Arzneimitteldifferenzierung über 183/92 Behandlungstage) bei verschiedenen Erkrankungen zu überprüfen, ob sich durch Verzicht auf eine Prüfung anhand von Behandlungstagen beim Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose Modellverbesserungen erzielen lassen.

Der IKK e. V. hält eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln weiterhin für unabdingbar. Gerade bei unspezifischen oder schwer abgrenzbaren ICD-Kodes könnten die verordneten Arzneimittel zu besserer Abgrenzung und damit zu zielgenaueren Zuweisungen beitragen, insbesondere bei seltenen Erkrankungen und der Verordnung hochpreisiger Arzneimittel.

Aus Sicht des BKK DV ist die Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosen ein gutes und wichtiges Instrument zur Verbesserung der Zielgenauigkeit und der Manipulationssicherheit des RSA. Er bittet darum, besonderes Augenmerk auf die Validierung von HMGs bzw. DxGs zu legen, die bisher lediglich durch das M2Q-Kriterium abgesichert sind.

6.1.3 Ko- und Multimorbidität

GKV-SV und AOK-BV thematisieren in ihren Stellungnahmen bestehende Komorbiditäten zwischen den rheumatischen Erkrankungen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis. Der GKV-SV schlägt einen gemeinsamen Hierarchiestrang vor, der AOK-BV die übergangsweise Einführung einer Querdominanzbeziehung. Auch die DAK-G sieht in zusätzlichen HMG-Dominanzbeziehungen bei Multi- oder Komorbidität als Ergänzung der strangweisen Hierarchisierung Potenziale zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA.

Der BKK DV spricht sich für den vor Jahren eingeschlagenen Weg, breite Komorbiditäten zwischen Hierarchien durch ihre Zusammenlegung aufzuarbeiten, aus und unterstützt die vom GKV-SV diesbezüglich unterbreiteten Vorschläge ausdrücklich. Auch Interaktionsterme könnten aus seiner Sicht ein geeignetes Mittel sein, um Multimorbidität zu berücksichtigen, insbesondere wenn eine Hierarchiezusammenlegung nicht möglich ist.

6.1.4 Alterssplits

Aus Sicht des GKV-SV ist die Auflösung von Alterssplits bei Wegfall relevanter Kostenunterschiede nachvollziehbar. Der AOK-BV spricht sich allgemein gegen die Schaffung weiterer HMG-Altersdifferenzierungen aus. Die DAK-G schlägt eine automatisierte technische Prüfung zur Evaluation von Alterssplits vor, wonach alle HMGs des Ausgangsmodells auf Kostenhomogenität der enthaltenen DxGs untersucht und Hinweise auf sinnvolle Altersdifferenzierungen abgeleitet werden können. TK et al. und der BKK-DV sehen einige der noch vor Einführung des Vollmodels eingeführten Altersgrenzen als überholt an, sehen jedoch

grundsätzlich einen Bedarf an Altersdifferenzierung und schlagen eine grundlegende Analyse der altersbedingten Über- und Unterdeckungen vor.

6.1.5 Sonstige Themen

Der AOK-BV begrüßt die insgesamt stärker medizinisch orientierte Weiterentwicklung ausdrücklich. Des Weiteren schlägt der AOK-BV eine Reihe von DxGs vor, bei denen auf die Prüfung des M2Q-Kriteriums verzichtet und eine neue Sonderfallprüfung definiert werden könne. Bei diesen DxGs sei aus medizinischer Sicht keine Kodierung der Erkrankung in einem weiteren Quartal zu erwarten (z.B. Fehlgeburt, Entbindung, Offene Wunde am Unterarm, Verstauchungen).

Der IKK e. V. schlägt die Prüfung der Einführung eines eigenständigen Risikomerkmals „Anzahl der HMGs“ vor. Die derzeitige Modellstruktur führe dazu, dass Versicherte mit einer sehr hohen Anzahl an HMGs regelmäßig überdeckt, während Versicherte mit einer geringeren HMG-Anzahl häufig untergedeckt seien. Dies deute darauf hin, dass die kumulative Morbiditätslast bislang nicht ausreichend im Modell berücksichtigt werde. Des Weiteren solle geprüft werden, ob ein kalendertäglicher Risikopoolschwellenwert zu einer verursachungsgerechteren Berücksichtigung besonders kostenintensiver Versichertenepisoden und zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikopools beitragen kann. Aufgrund der derzeitigen jahresbezogenen Ausgestaltung des Risikopools würden hohe Leistungsausgaben bei Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden nicht immer sachgerecht berücksichtigt werden, insbesondere bei Neugeborenen oder im Laufe des Ausgleichsjahres verstorbenen Versicherten, bei denen trotz sehr hoher Behandlungskosten der jährliche Schwellenwert häufig nicht erreicht werde.

6.2 Diskussionen der Stellungnahmen

6.2.1 Dokumentation der Anpassungen und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen

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

Aus Sicht des BAS ist der Wunsch nach einer stärkeren Orientierung an formalisierbaren Kriterien bei der Ausdifferenzierung bzw. Konsolidierung der HMG-Stränge nachvollziehbar. Die Entwicklung einer robusten Formalisierung ist aus hiesiger Sicht keinesfalls trivial, da eine solcher Algorithmus neben ökonometrischen insbesondere auch medizinische Bewertungskriterien und entsprechende Priorisierungen erfassen müsste. Alsdann definierte, feste Schwellen- oder Grenzwerte könnten ihrerseits subjektiv wirken, da diesbezüglich kaum fundierte oder jedenfalls allgemein akzeptierte Referenzwerte vorliegen. Gleiches gilt für die Abgrenzung von Einzel- oder Ausnahmefällen.

6.2.2 Aufgreifkriterien und Verwendung von Arzneimitteln

Die bzgl. der Aufgreifkriterien und der Verwendung von Arzneimitteln im Rahmen der Anhörung (erneut) eingebrachten Inhalte sind weitestgehend bekannt. Ein Bestandteil der jährlichen Weiterentwicklung besteht in der Sichtung eingebrachter Vorschläge aus den Vorjahren, die in zahlreichen Fällen die Verwendung von Arzneimitteln beinhalten. Welche Vorschläge konkret in

dem jeweiligen Anpassungszyklus bewertet werden können, ist daher abhängig von der jeweils gewählten Schwerpunktsetzung zu Beginn eines jeden Anpassungszyklus.

6.2.3 Ko- und Multimorbidität

Die Vorschläge bzgl. der Komorbiditäten werden zur Kenntnis genommen. Das BAS beabsichtigt, zu gegebener Zeit Rücksprache mit dem GKV-SV insbesondere zu Komorbiditäten zwischen den rheumatischen Erkrankungen, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis zu halten.

6.2.4 Alterssplits

Auf die Notwendigkeit einer systematischen Auseinandersetzung zur Klärung des Potenzials von Altersdifferenzierungen und der durch die Differenzierung entstehenden Probleme und Aufwände hat der Wissenschaftliche Beirat im Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021 hingewiesen (vgl. Drösler et al. 2025, S. 290). Über die Durchführung einer entsprechenden Untersuchung wird im Rahmen der Schwerpunktsetzung in einem der kommenden Anpassungszyklen entschieden. Im Übrigen wird auf die diesbezüglichen Ausführungen im Festlegungsentwurf verwiesen.

6.2.5 Sonstige Themen

Die weiteren Anmerkungen beziehen sich nicht auf die für die im Festlegungsentwurf vorgenommenen Anpassungen des Klassifikationsmodells. Das BAS nimmt die Vorschläge zur Kenntnis.

III Anpassung der Hierarchien

7 Vorbemerkungen

7.1 Struktur der Kapitel zur Dokumentation von Modelländerungen

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

Im Anschluss folgen eine kurze Zusammenfassung und Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen. Nur im Falle, dass empirische Analysen durchgeführt werden, folgen in den anschließenden Abschnitten die entsprechenden Untersuchungen. Alle Untersuchungen in den Hierarchien werden **auf Basis des FLE der jeweiligen Hierarchie berechnet,** d. h. alle anderen Hierarchien entsprechen ceteris paribus nach wie vor dem Ausgangsmodell (AGM) für das AJ 2027. Veränderungen der Kennzahlen werden jeweils in den Tabellen **im Vergleich zum AGM** ausgewiesen.

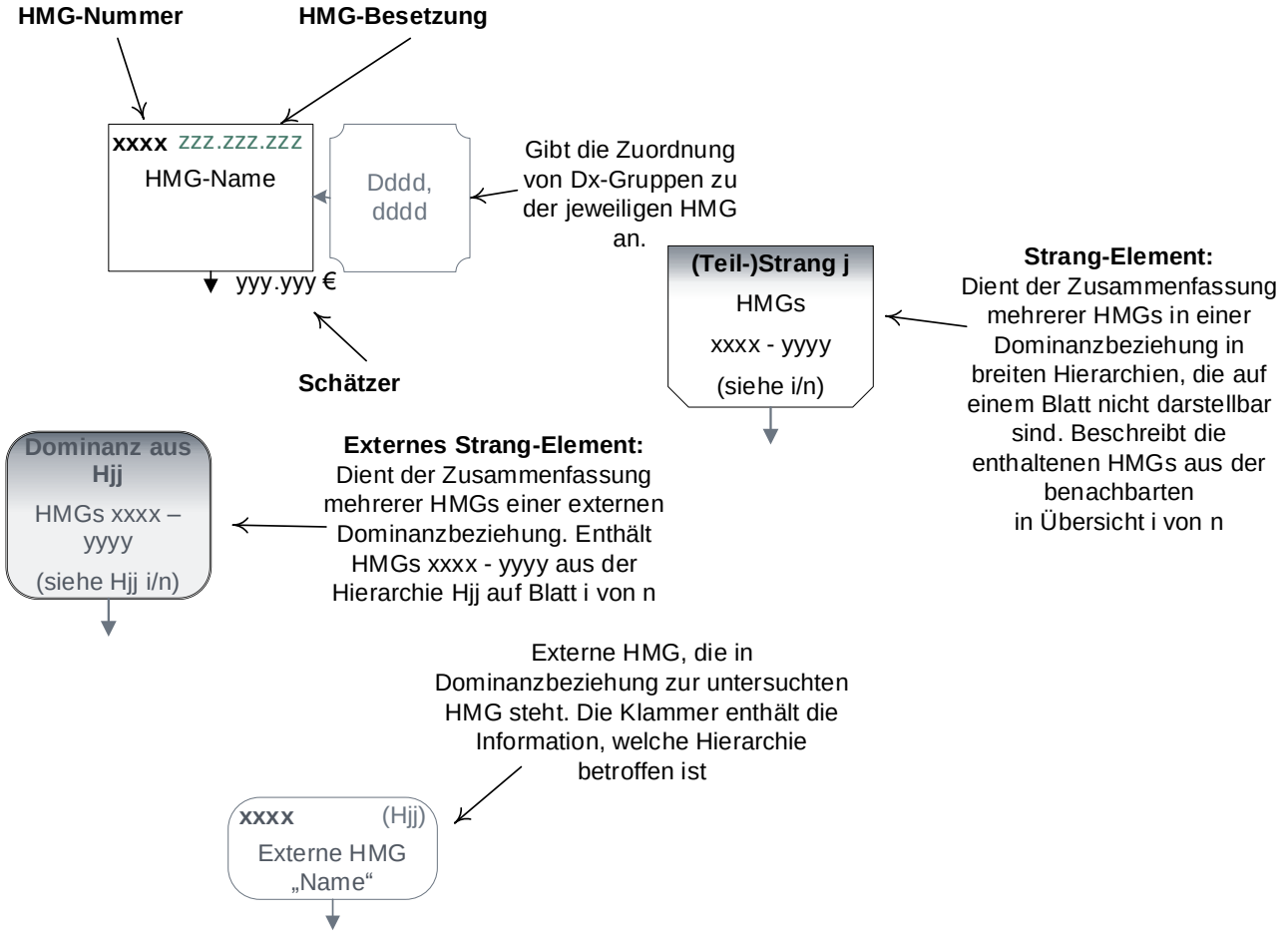
Nach der Darstellung und Abwägung der geprüften Modifikationen wird das Ergebnis als **Festlegung (FL)** der Hierarchie dargestellt. Falls sich empirisch relevante Veränderungen zwischen FLE der Hierarchie und FL der Hierarchie ergeben, werden am Ende des jeweiligen Kapitels diese Modelle tabellarisch gegenübergestellt. Auf eine Wiederholung des Ausgangsmodells AJ 2027 wird aus Platzgründen an entsprechender Stelle verzichtet. Eine Abbildung der überarbeiteten Hierarchie mit allen Anpassungen auf Grundlage der Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung fasst die Modellstruktur abschließend zusammen.

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

7.2 Darstellungsoptionen der Modellstruktur der Hierarchien

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

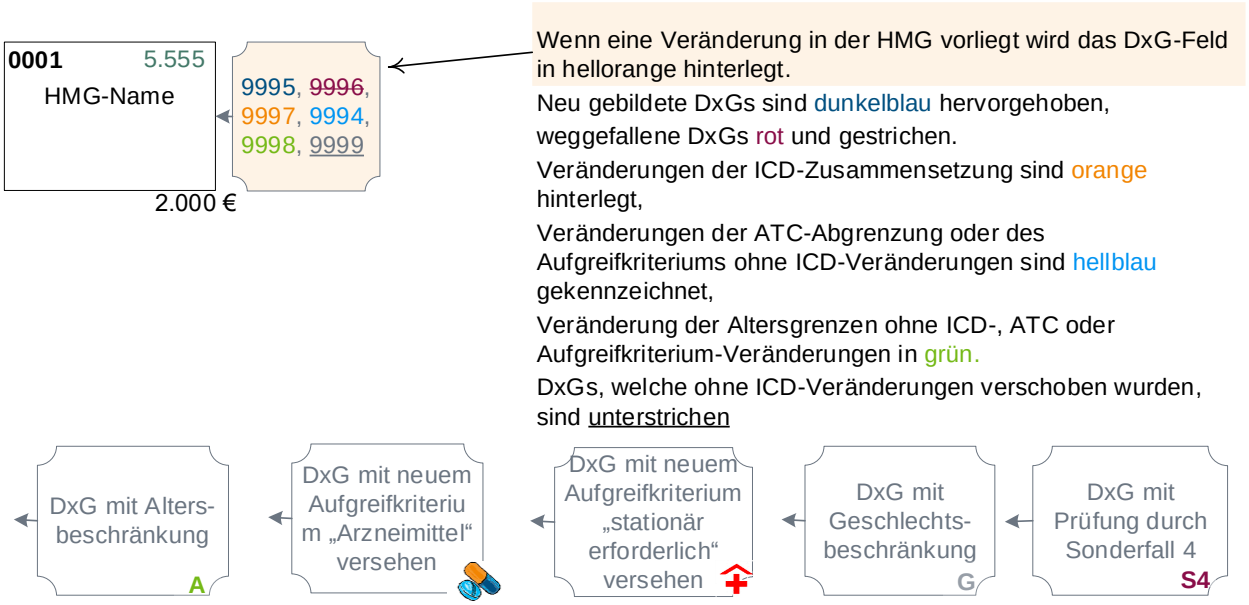
Abbildung 7.1: Bausteine der schematischen Darstellung einer gesamten Hierarchie



Quelle: Auswertung BAS

Veränderungen, welche sich durch die Überarbeitung im Vergleich zum AGM des AJ 2027 ergeben, werden wie in Abbildung 7.2 dargestellt hervorgehoben.

Abbildung 7.2: Schematische Darstellung von Änderungen im FLE bzw. in der FL



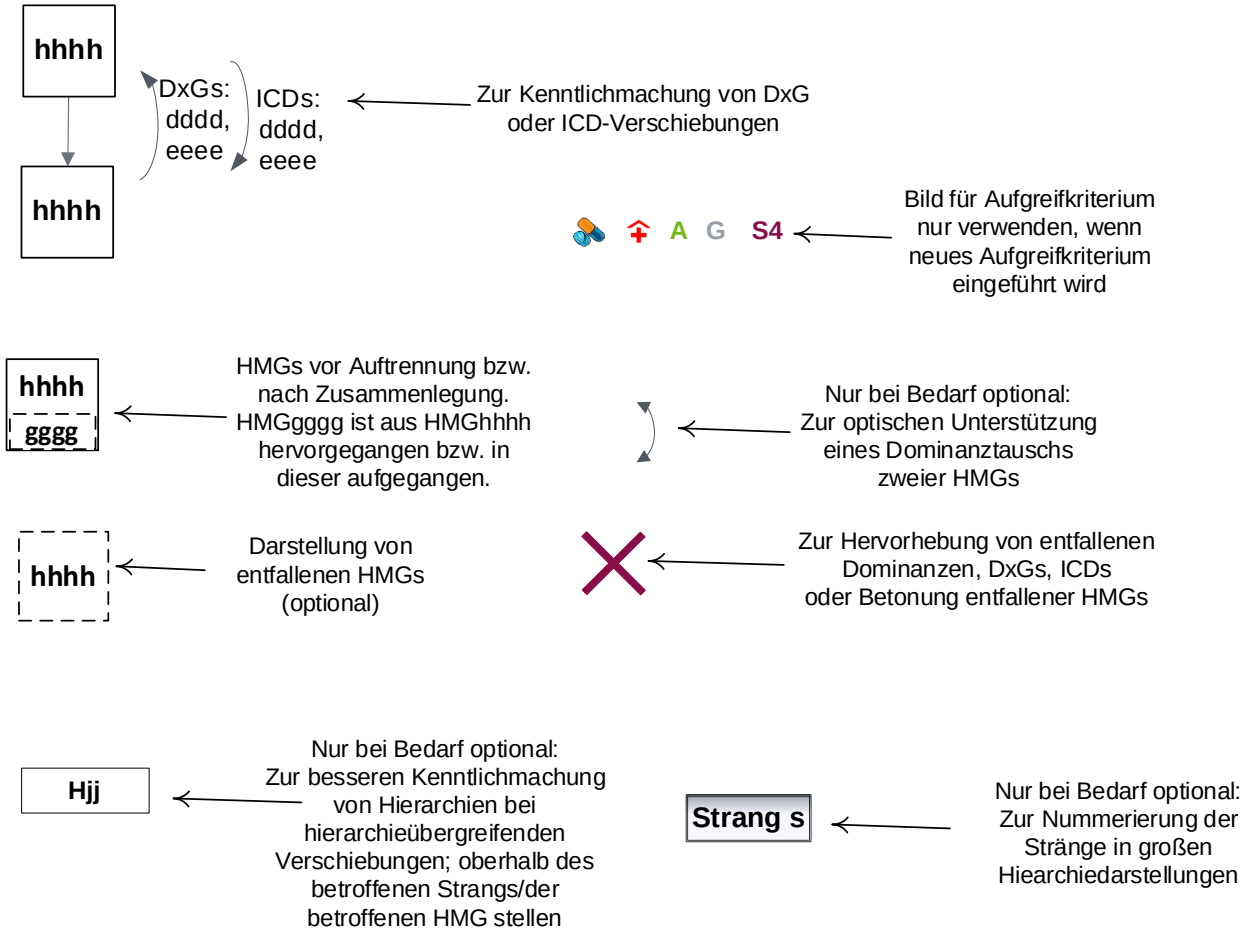
Quelle: Auswertung BAS

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

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

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

Abbildung 7.3: Elemente der Darstellung von Veränderungen der untersuchten Modelle



Quelle: Auswertung BAS

7.3 Darstellung von Berechnungsergebnissen bei Hierarchieanpassungen

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

Falls zur Zusammenfassung der Änderungen in ICD-DxG-HMG-Zuordnungen die tabellarische Form gewählt wird, bezeichnet das Kürzel „AGM“ jeweils das AGM des AJ 2027 und „FLE“ jeweils den FLE für das AJ 2027. Das Kürzel „FL“ bezeichnet bei Bedarf die FL. Im Rahmen des Anhörungsprozesses neu gerechnete Modelle erhalten bei der Modellnummerierung das Kürzel „A“ für „Anhörung“.

Bei der Darstellung der Struktur und Ergebnisse der einzelnen Modellrechnungen ist zu beachten, dass z. T. temporäre Nummern und/oder Benennungen für DxGs und HMGs vergeben werden, die sich im endgültigen Modell des FLE nicht wiederfinden müssen. In der graphischen Darstellung

des FLE werden lange HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen durch Auslassungen mit „…“ gekürzt. Die Kürzung langer HMG-Bezeichnungen aus Platzgründen gilt ebenfalls für sämtliche Tabellen mit Ausnahme der abschließenden Gegenüberstellung von FLE und FL der Hierarchie.

Wenn für eine Hierarchie keine empirischen Überprüfungen vorgenommen werden, wird auf die Darstellung in Form eines Kapitels verzichtet. Für diese Hierarchien entspricht die FL dem AGM bzw. FLE für das AJ 2027 – sofern die Anpassungen in den Hierarchien mit empirischer Überprüfung keinen Anpassungsbedarf (z. B. Hierarchieverletzungen) in anderen Hierarchien nach sich gezogen haben. Sollte durch die Anpassung einer der überprüften Hierarchien Hierarchieverletzungen in einer anderen nicht bearbeiteten Hierarchie entstanden sein, wird die Behebung der Hierarchieverletzung im Rahmen der ursprünglich überprüften Hierarchie mitbehandelt. Die Darstellung der vollständigen Struktur aller Hierarchien im Gesamtmodell der FL kann der abschließenden Zusammenfassung im Abschnitt A.3 entnommen werden.

8 Hierarchie 01 „Infektionen“

8.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden in der Hierarchie 01 „Infektionen“ eine Hierarchieverletzung behoben, die durch die Neuaufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie (in anderen Hierarchien) im Ausgangsmodell entstanden ist. Zusätzlich wurden zwei HMGs zusammengelegt, deren Kostenschätzer sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich angenähert haben. Tabelle 8.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

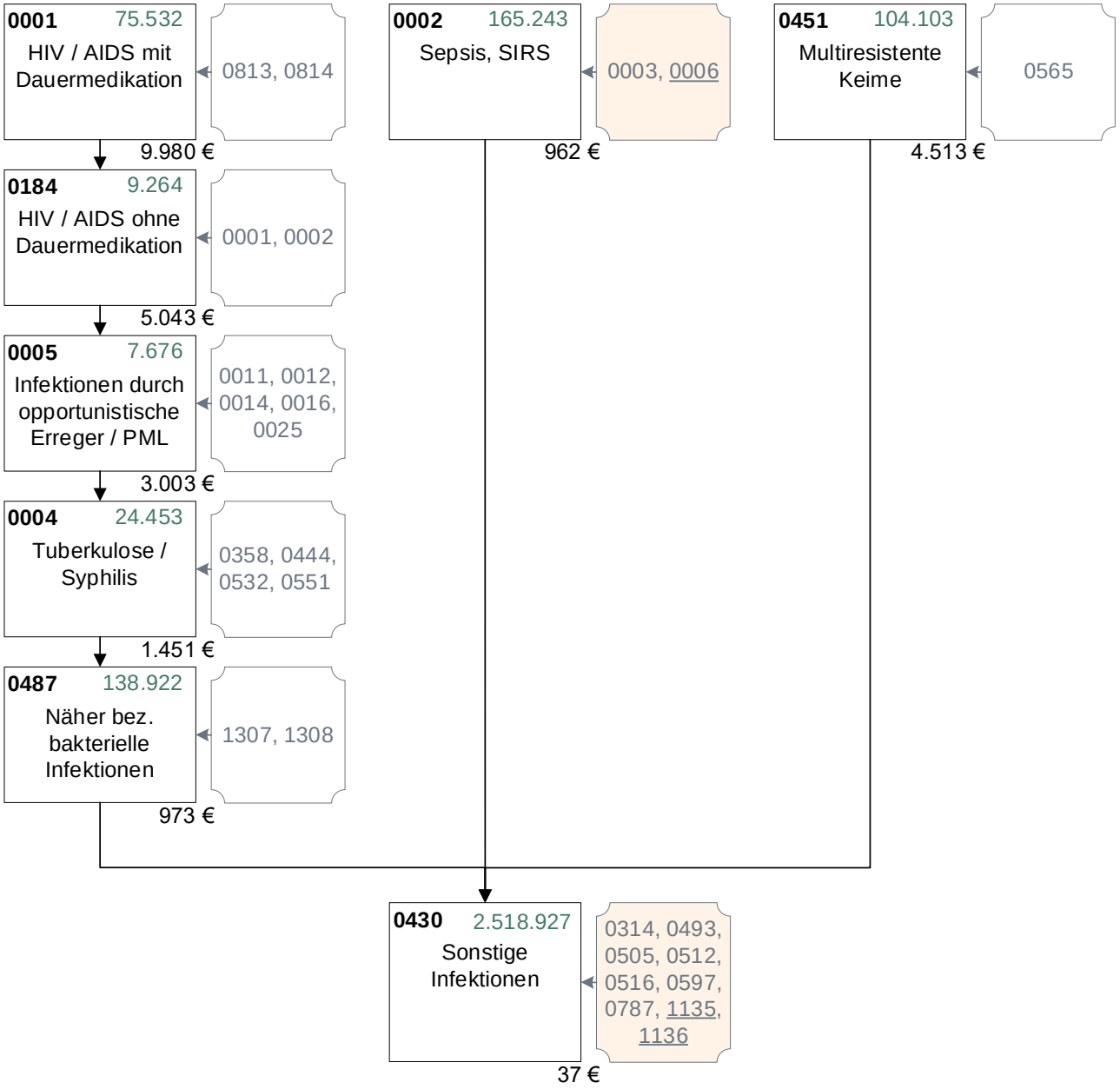
Tabelle 8.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 01 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3809%	0,0000 PP
	CPM	31,0888%		31,0889%	0,0001 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,64 €	-0,0039 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	75.532	9.981 €	75.532	9.981 €
HMG0184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	9.264	5.044 €	9.264	5.044 €
HMG0005	Infektionen durch opportunistische Erreger / PML	7.676	3.004 €	7.676	3.003 €
HMG0004	Tuberkulose / Syphilis	24.453	1.451 €	24.453	1.451 €
HMG0487	Näher bez. bakterielle Infektionen	138.922	972 €	138.922	974 €
Strang 2					
HMG0002 (neu)	Sepsis, SIRS			165.243	962 €
HMG0002 (alt)	Sepsis	66.372	911 €		
HMG0006 (alt)	SIRS	98.871	991 €		
Strang 3					
HMG0451	Multiresistente Keime	104.103	4.515 €	104.103	4.513 €
Gemeinsames Ende Stränge 1 bis 3					
HMG0430 (neu)	Sonstige Infektionen			2.518.927	37 €
HMG0320 (alt)	COVID-19	522.667	69 €		
HMG0430 (alt)	Sonstige Infektionen	1.996.260	29 €		

Quelle: Auswertung BAS

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

Abbildung 8.1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf



Quelle: Auswertung BAS

8.2 Anhörungsverfahren

8.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren wurde die Hierarchie 01 in den Stellungnahmen von BARMER und KBV/BÄK thematisiert.

Die BARMER weist darauf hin, dass die bearbeitete Hierarchieverletzung zwischen den HMGs 0002 (alt) „Sepsis“ und 0006 (alt) „SIRS“ durch neu aufgenommene Diagnosen in anderen Hierarchien verursacht werde und daher die Möglichkeit bestünde, dass die festgestellte Hierarchieverletzung nach Bearbeitung dieser anderen Hierarchien wieder entfalle. Daher sollten Hierarchieverletzungen und drohende Hierarchieverletzungen generell nicht auf Basis des Ausgangsmodells, sondern erst auf dem Modell des Festlegungsentwurfs beurteilt und bearbeitet

werden. Insbesondere in vorliegendem Fall sollte nach Einschätzung der BARMER die vorgenommene Zusammenlegung der beiden HMGs „Sepsis“ und „SIRS“ wieder rückgängig gemacht werden, da eigene Simulationen der BARMER nahelegten, dass die ehemalige HMG „Sepsis“ im Festlegungsentwurfsmodell wieder einen deutlich höheren Kostenschätzer als die eigenständig betrachtete HMG „SIRS“ aufweise.

BÄK/KBV weisen darauf hin, dass die Zusammenlegung von „Sepsis“ und „SIRS“ rein medizinisch nicht ganz nachvollziehbar sei. Die im Rahmen der Hierarchiekonsolidierung vorgenommene Integration der ICD-Kodes der ehemaligen HMG0320 (alt) „COVID-19“ in die HMG0430 „Sonstige Infektion“ könne demgegenüber anhand der Kennzahlen nachvollzogen werden.

8.2.2 Diskussion der Stellungnahme

Aufgrund der Anmerkungen der BARMER wurde die erneute Aufteilung von „Sepsis“ und „SIRS“ auf dem Modell des Festlegungsentwurfs geprüft. Die Ergebnisse der BARMER konnten dabei nicht nachvollzogen werden. Zwar steigt der Kostenschätzer der „Sepsis“ bei separater Betrachtung wieder leicht an, die resultierende Kostendifferenz von lediglich 9 € zwischen den separierten HMGs bietet jedoch keine Grundlage für eine erneute Aufteilung. Generell ist anzumerken, dass es – wie im Ausgangsmodell gesehen – durchaus Interaktionen zwischen einzelnen Hierarchien geben kann. Diese sind jedoch i.d.R. sehr begrenzt. Im vorliegenden Fall führte die Berücksichtigung neuer ICD-Kodes zu einer Verschiebung der im Modell abgebildeten Morbidität zwischen einigen Hierarchien. Durch die im Rahmen der einzelnen Hierarchiebearbeitungen erfolgte Einsortierung der neu aufgenommen ICD-Kodes werden diese jeweils genauer in ihren jeweiligen Hierarchien eingeordnet, eine grundsätzliche Rückverschiebung der abgebildeten Morbidität wird dadurch jedoch nicht bewirkt. Das Gesamtmodell des Festlegungsentwurfs wird zum Abschluss der Erstellung auf Konsistenz und etwaige neue Hierarchieverletzungen geprüft. Eine Änderung dieses Vorgehens erscheint aus arbeitsökonomischer Sicht weder durchführbar noch sinnvoll.

Die Anmerkungen der BÄK/KBV zum medizinischen (Nicht-)Zusammenhang von „Sepsis“ und „SIRS“ können nachvollzogen werden. Es ist jedoch anzumerken, dass es sich bei der vorgenommenen Zusammenlegung um die klassifikatorische Zusammenfassung zweier differenzierter Krankheitsentitäten eines Hierarchiestranges handelt, die durch ihre Kostenschätzer klassifikatorisch nicht mehr ausreichend differenziert werden. Damit wird ausdrücklich keine medizinische Gleichsetzung der beiden Entitäten bewirkt, die beide als eigenständige (und jeweils durch die Zusammenlegung unveränderte) DxGs in der neu zusammengefassten HMG weiter bestehen und bei zukünftigen Anpassungen und Analysen weiterhin als eigenständige medizinische Entitäten behandelt werden.

8.3 Festlegung der Hierarchie 01 „Infektionen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf für das AJ 2027 ergeben sich keine Änderungen.

9 Hierarchie 02 „Neubildungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Die Diagnosen der Myelodysplastischen Syndrome werden aus der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ verschoben. Des Weiteren wird eine Hierarchieverletzung durch eine DxG-Verschiebung behoben und drei drohenden Hierarchieverletzungen durch Zusammenlegungen von HMGs vorgebeugt. Zudem werden zwei unspezifische .9er-ICD-Kodes im Hierarchiegefüge abgestuft.

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

Tabelle 9.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3817 %	0,0008 PP
	CPM	31,0888 %		31,0950 %	0,0062 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,37 €	-0,2744 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	130.419	45.907 €	130.458	45.959 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	70.930	37.854 €	71.051	37.975 €
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	61.103	24.642 €	61.103	24.662 €
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	7.255	16.977 €	127.184	16.742 €
HMG0270	Lungenmetastasen sowie Metastasen derVerdauungsorgane (> 74 Jahre) und sonstiger Lokalisation	119.689	16.636 €		
HMG0402	Bösartige Neubildungen: Therapie mit hämatopoetischen Wachstums- und Differenzierungsfaktoren, Akute myeloische Leukämie			58.655	12.276 €
Unterstrang „Hämatologische Neubildungen“					
HMG0262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	43.045	9.162 €		
HMG0400	Multiples Myelom, Plasmozytom, MDS			59.172	6.474 €
HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	23.018	5.125 €	21.630	4.895 €
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	213.311	3.220 €	208.273	3.152 €
HMG0264 (alt)	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	66.205	2.250 €		

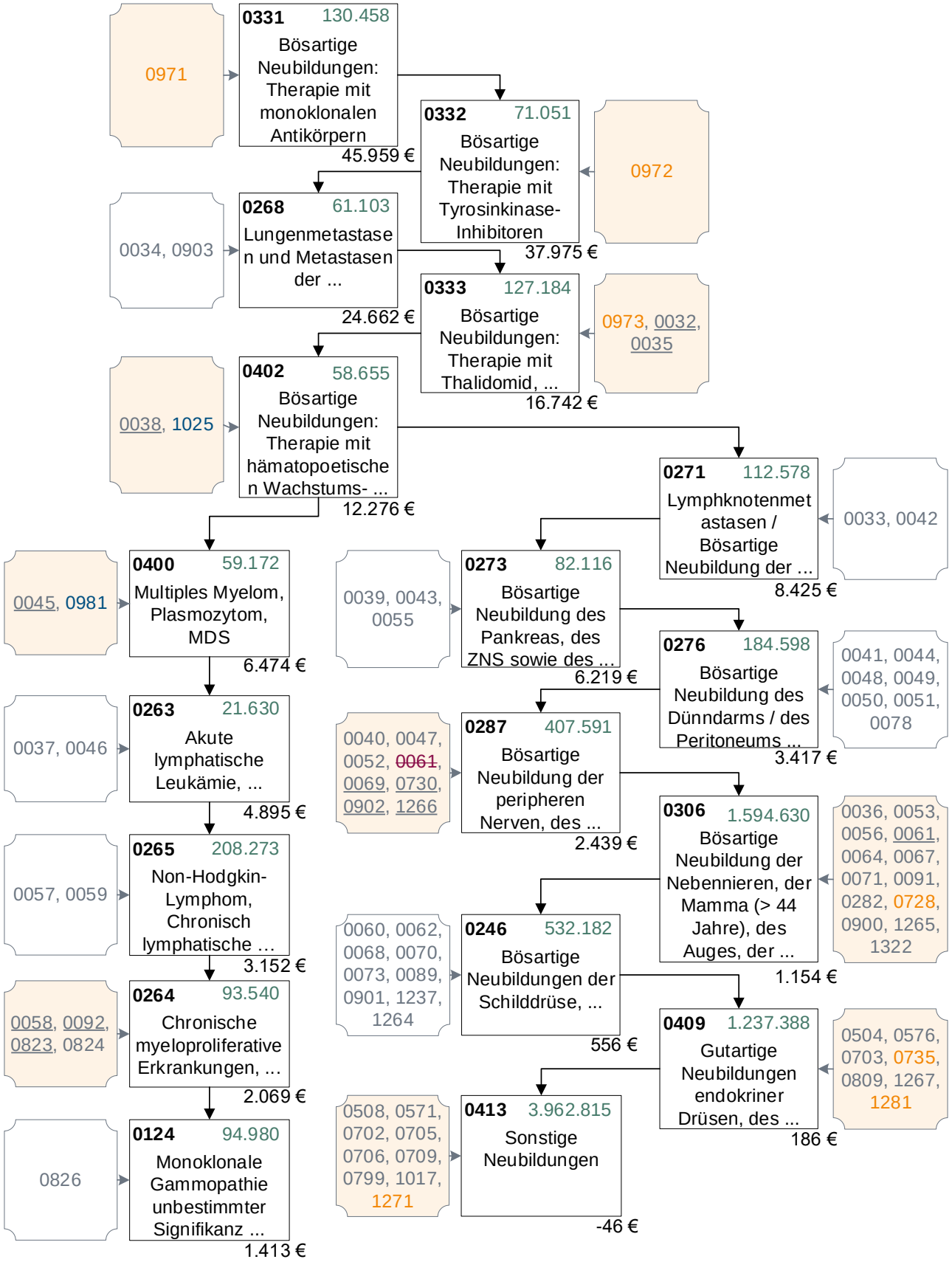
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3817 %	0,0008 PP
	CPM	31,0888 %		31,0950 %	0,0062 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,37 €	-0,2744 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	33.641	2.006 €		
HMG0264 (neu)	Chronische myeloproliferative Erkrankungen, Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	66.205	2.250 €	93.540	2.069 €
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	97.085	1.418 €	94.980	1.413 €
Unterstrang „Solide Tumore“					
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	117.344	8.776 €	112.578	8.425 €
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	83.312	6.423 €	82.116	6.219 €
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / der unteren Atemwege / der Pleura / intrathorakal / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	187.593	3.588 €	184.598	3.417 €
HMG0287 (alt)	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	200.847	1.820 €		
HMG0836	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre) / Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems / Bösartige Neubildung der Harnblase, Ureter, Harnröhre / des Ovars, der Parametrien, der Plazenta	311.821	2.486 €		
HMG0287 (neu)	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven, des Bindegewebes, des Mundes, der Zunge, des Magens, der Harnblase, Ureter, Harnröhre, des Ovars, der Parametrien, der Plazenta, Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (> 5 Jahre), Neubildung unklarer Dignität u. n.n.bez. des respiratorischen Systems	200.847	1.820 €	407.591	2.439 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3817 %	0,0008 PP
	CPM	31,0888 %		31,0950 %	0,0062 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,37 €	-0,2744 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0306 (alt)	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	1.507.321	1.207 €		
HMG0306 (neu)	Bösartige Neubildung der Nebennieren, der Mamma (> 44 Jahre), des Auges, der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane, multipler oder n.n.bez. Lokalisationen, der Prostata, des Rektums, Duktales Karzinoma in situ, Kaposi-Sarkom, Malignes Melanom, Neubildung unklarer Dignität, n.n.bez. Neubildung des Gehirns, des Nervensystems, der Hypophyse, der Pinealis, gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege, intrathorakaler Organe			1.594.630	1.154 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	536.745	577 €	532.182	556 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	1.272.413	193 €	1.237.388	186 €
HMG0413	Sonstige Neubildungen	3.933.293	-47 €	3.962.815	-46 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 9.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 9.1: Hierarchie 02 „Neubildungen“ im Festlegungsentwurf



Quelle: Auswertung BAS

9.2 Anhörungsverfahren

9.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

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

Aus Sicht des GKV-SV ist die durchgeführte Anpassung der Hierarchie 02 sachgerecht. Dies beträfe insbesondere die Verschiebung der Diagnosen des Myelodysplastischen Syndroms aus der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in die Hierarchie 02.

Der GKV-SV und der IKK e. V. schlagen vor, alle ICD-Kodes des Dreistellers D15.- „Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe“ einer DxG zuzuordnen. Der GKV-SV schlägt dieses Vorgehen auch für die Viersteller D48.5 „Haut“ und D48.9 „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens, nicht näher bezeichnet“ des Dreistellers D48.- „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen“ vor.

Der GKV-SV, die BARMER und der IKK e. V. bitten um Prüfung der Aufnahme des Wirkstoffs Ivosidenib, ATC-Kode L01XM02 bzw. der Wirkstoffgruppe L01XM – Isocitrat-Dehydrogenase-(IDH)-Inhibitoren.

Die BARMER bittet zudem um Prüfung der Aufnahme der Arzneimittelgruppen L01XL „Antineoplastische Zell- und Gentherapie“, L01BC68 „Decitabin und Cedazuridin“.

Die BARMER merkt an, dass der bislang berücksichtigte ATC-Kode L01BC07 (Azacitidin) im Rahmen der Überführung der MDS-Diagnosen (ICD-10-GM D46.-) aus der Hierarchie 08 in die Hierarchie 02 nicht in die neue Systematik übernommen worden sei. Diese Entscheidung solle aus fachlicher Sicht überprüft werden, da eine klinisch relevante Patientengruppe nach der Überführung der D46.-Diagnosen nicht mehr in vergleichbarer Weise erfasst werde wie in der bisherigen Systematik. Sie regen an, den ATC-Kode L01BC07 ergänzend in die Morbiditätsgruppen der Hierarchie 02 aufzunehmen oder alternativ eine eigenständige Morbiditätsgruppe zu erstellen.

Des Weiteren bittet die BARMER, den ATC-Kode V03AC03 „Deferasirox“ weiterhin zu berücksichtigen.

Der BKK DV schlägt eine umfassende Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika vor. Ergänzend zu den vier bereits bestehenden HMGs für Neubildungen mit Arzneimittelvalidierung empfiehlt der BKK DV daher die Einführung von einer zusätzlichen arzneimittelvalidierten HMG mit weiteren hochpreisigen Arzneimitteln für alle Krebs-ICD-Kodes. Des Weiteren regen sie die Einführung einer weiteren zusätzlichen rezessiven HMG mit allen Onkologika sowie einer arzneimittelvalidierten HMG für hormonsensitive Tumore an. Alle M2Q-validierten HMGs in der Hierarchie 02 sollten bestehen bleiben.

KBV/BÄK regen an, die Polycythaemia vera, die ebenfalls den hämatologischen Neubildungen zuzuordnen sei, analog der MDS aus der Hierarchie 08 in die Hierarchie 02 zu verschieben.

Der BKK DV weist auf eine mögliche hierarchieübergreifende Doppelzuweisung aufgrund der arzneimittelvalidierten HMGs zu arzneimittelinduzierten Agranulozytosen und Neutropenien in der Hierarchie 08 hin, da ein ähnliches Arzneimittelspektrum in der H02 Anwendung findet.

9.2.2 Diskussion der Stellungnahme

Der Vorschlag des GKV-SV, der BARMER und des IKK e. V. zur Prüfung der Aufnahme des ATC-Kodes L01XM02 bzw. der Wirkstoffgruppe L01XM sowie die Vorschläge der BARMER zur Prüfung der Aufnahme der Arzneimittelgruppe L01XL und des ATC-Kodes L01BC68 werden zur Kenntnis genommen und ggf. in einem der nächsten Anpassungszyklen geprüft.

Die Vorschläge der BARMER zu den ATC-Kodes L01BC07 und V03AC03 wurden bereits bei Erarbeitung des Festlegungsentwurfes geprüft, aufgrund der derzeitigen strukturellen Ausgestaltung der Hierarchie aber nicht umgesetzt (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2026, S. 73). Die Hinweise der BARMER können jedoch nachvollzogen werden, sodass eine erneute Prüfung des Vorschlages in einem künftigen Anpassungszyklus sinnvoll erscheint.

Den Vorschlag des BKK DV, eine umfassende Arzneimitteldifferenzierung für alle Onkologika zu prüfen, nimmt das BAS zur Kenntnis. Dies kann ggf. in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Der Vorschlag, die Polycythaemia vera analog den MDS aus der Hierarchie 08 in die Hierarchie 02 zu verschieben, erscheint aus Sicht des BAS sinnvoll. Da hierzu jedoch eine Anhörung erfolgen sollte, wird dies in einem der nächsten Anpassungszyklen erfolgen.

Auch die Prüfung der Konsequenzen von potentiellen Doppelzuweisungen aufgrund der HMGs zu arzneimittelinduzierten Agranulozytosen und Neutropenien in der Hierarchie 08 bedürfte im Ergebnis einer Anhörung und sollte im Rahmen zukünftiger Anpassungszyklen erfolgen.

Die Vorschläge von GKV-SV und IKK e. V., alle Viersteller-ICD-Kodes des Dreistellers D15.- und nahezu alle Viersteller-ICD-Kodes des Dreistellers D48.- jeweils einer DxG zuzuordnen, erscheint zielführend und modifiziert schon im Rahmen des Festlegungsentwurfs vorgenommene ICD-Verschiebungen. Die Vorschläge werden daher im Folgenden genauer geprüft.

9.2.3 Vorschlag zur Zuordnung von ICD-Kodes

Es wird vorgeschlagen, alle ICD-Kodes des Dreisteller-ICD-Kodes D15.- „Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe“ einer DxG zuzuordnen. Ebenso wird dieses Vorgehen auch für die im Festlegungsentwurf verschobenen Viersteller-ICD-Kodes des Dreisteller-ICD-Kodes D48.- „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen“ vorgeschlagen. Im Festlegungsentwurf waren die unspezifischen .9er – ICD-Kodes „D15.9 Intrathorakales Organ, nicht näher bezeichnet“ bzw. D48.9 „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens, nicht näher bezeichnet“ jeweils DxGs zugeordnet worden, die einen D15.-Viersteller-ICD-Kode bzw. D48.-Viersteller-ICD-Kode enthalten und im Hierarchiegefüge im Vergleich zu den anderen Viersteller-ICD-Kodes des jeweiligen Dreistellers am niedrigsten stehen. Da es sich um zwei einzelne ICD-Kodes handelt (D15.1 „Herz“ bzw. „D48.5 Haut“) und sich die übrigen Viersteller-ICD-Kodes der jeweiligen Dreisteller-ICD-Kode entweder gänzlich (D15.-) oder überwiegend (D48.-) jeweils einer DxG zugeordnet sind, erscheint der Vorschlag, diese Viersteller-ICD-Kodes diesen Dreisteller-ICD-Kodes diesen DxGs zuzuordnen, sachgerecht.

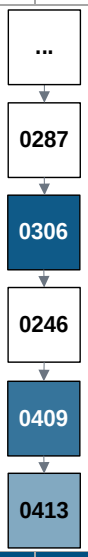
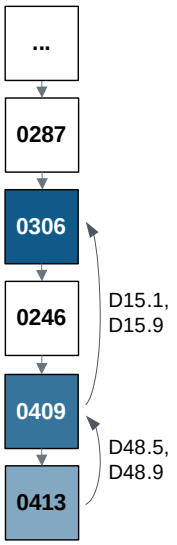
9.2.4 Untersuchung

In **Modell A01** werden die Viersteller-ICD-Kodes des Dreisteller-ICD-Kodes D15.- „Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe“ der DxG0728 „Gutartige Neubildungen intrathorakaler Organe“ in der HMG0306 „Bösartige Neubildung der Nebennieren, der Mamma (> 44 Jahre), des Auges, der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane, multipler oder n.n.bez. Lokalisationen, der Prostata, des Rektums, Duktales Karzinoma in situ, Kaposi-Sarkom, Malignes Melanom, Neubildung unklarer Dignität, n.n.bez. Neubildung des Gehirns, des Nervensystems, der Hypophyse, der Pinealis, gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege, intrathorakaler Organe“ zugeordnet. Die DxG0735 „Gutartige Neubildung: Herz, Intrathorakales Organ, n.n.bez." entfällt.

Analog werden die Viersteller-ICD-Kodes D48.5 „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Haut“ und D48.9 „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens, nicht näher bezeichnet“ des Dreisteller ICD-Kodes D48.- „Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen“ der DxG1281 „Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen“ in der HMG0409 „Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen“ zugeordnet. Die DxG1271 wird umbenannt in „Neubildung unklarer Dignität der Haut“.

Tabelle 9.2 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 9.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3817%	0,0008 PP	59,3817%	0,0008 PP
	CPM	31,0950%	0,0062 PP	31,0950%	0,0062 PP
	MAPE	3.033,37 €	-0,2744 €	3.033,37 €	-0,2728 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Unterstrang „Solide Tumore“					
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes …	407.591	2.439 €	407.591	2.439 €
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) …	1.594.630	1.154 €	1.597.194	1.152 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse …	532.182	556 €	532.099	556 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens …	1.237.388	186 €	1.333.632	170 €
HMG0413	Sonstige Neubildungen	3.962.815	-46 €	3.864.090	-47 €

Quelle: Auswertung BAS

9.2.5 Ergebnis

Die Kennzahlen bleiben nahezu unverändert. In der HMG0306 steigt die Besetzung um 2.564 Versicherte an. In der HMG0246 fällt sie um 83 Versicherte. In der HMG0409 steigt sie um 96.244 Versicherte und in der HMG0413 fällt sie um 98.725 Versicherte. Der Vorschlag wird angenommen. Modell A01 entspricht dem Festlegungsmodell in der Hierarchie 02.

9.3 Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“

9.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 02

Tabelle 9.3 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 02 „Neubildungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 9.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 02 „Neubildungen“ graphisch dar.

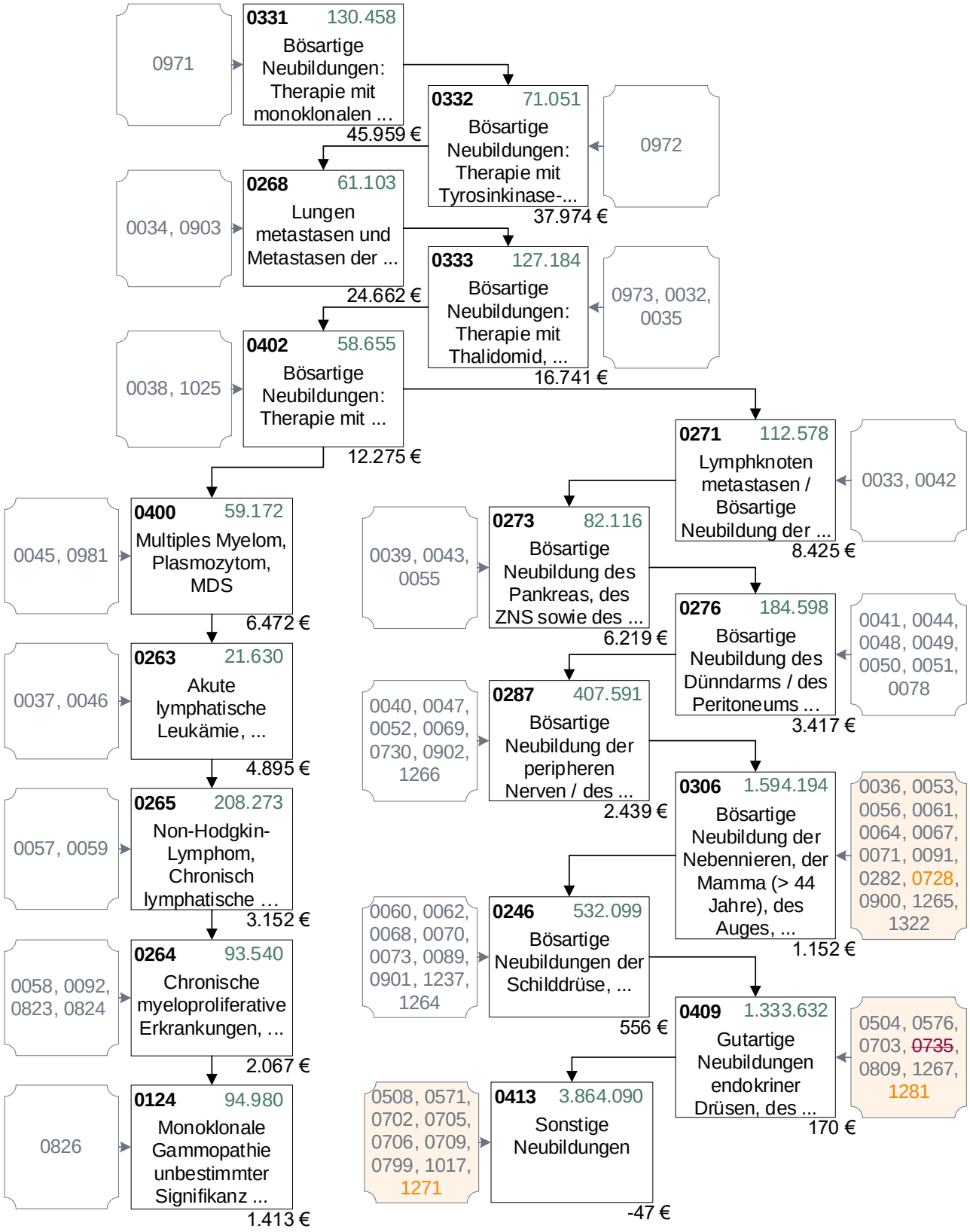
Tabelle 9.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 02 im AJ 2027

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3817%	0,0008 PP	59,3817%	0,0008 PP
	CPM	31,0950%	0,0062 PP	31,0950%	0,0062 PP
	MAPE	3.033,37 €	-0,2744 €	3.033,37 €	-0,2728 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Gemeinsamer oberer Strang					
HMG0331	Bösartige Neubildungen: Therapie mit monoklonalen Antikörpern	130.458	45.959 €	130.458	45.959 €
HMG0332	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	71.051	37.975 €	71.051	37.974 €
HMG0268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane (< 75 Jahre) / Tumorlyse-Syndrom	61.103	24.662 €	61.103	24.662 €
HMG0333	Bösartige Neubildungen: Therapie mit Thalidomid, Lenalidomid, Pomalidomid	127.184	16.742 €	127.184	16.741 €
HMG0402	Bösartige Neubildungen: Therapie mit hämatopoetischen Wachstums- und Differenzierungsfaktoren	58.655	12.276 €	58.655	12.275 €
Unterstrang „Hämatologische Neubildungen“					
HMG0400	Multiples Myelom / Plasmozytom / MDS	59.172	6.474 €	59.172	6.472 €
HMG0263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien	21.630	4.895 €	21.630	4.895 €
HMG0265	Non-Hodgkin-Lymphom, Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen	208.273	3.152 €	208.273	3.152 €
HMG0264	Chronische myeloproliferative Erkrankungen	93.540	2.069 €	93.540	2.067 €
HMG0124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	94.980	1.413 €	94.980	1.413 €
Unterstrang „Solide Tumore“					
HMG0271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	112.578	8.425 €	112.578	8.425 €
HMG0273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	82.116	6.219 €	82.116	6.219 €
HMG0276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / der unteren Atemwege / der Pleura / intrathorakal / des Knochens / des Gelenkknorpels / Neubildung der Mamma (< 45 Jahre)	184.598	3.417 €	184.598	3.417 €
HMG0287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	407.591	2.439 €	407.591	2.439 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3817%	0,0008 PP	59,3817%	0,0008 PP
	CPM	31,0950%	0,0062 PP	31,0950%	0,0062 PP
	MAPE	3.033,37 €	-0,2744 €	3.033,37 €	-0,2728 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (> 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder n.n.bez. Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom / Malignes Melanom / Neubildung unklarer Dignität / n.n.bez. Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis / gutartige Neubildungen des Mittelohres, der Atemwege intrathorakaler Organe	1.594.630	1.154 €	1.597.194	1.152 €
HMG0246	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Paraganglien sowie weiterer endokriner Drüsen / des Kolons / andere, n.n.bez. der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere / Nierenbeckens / der Gebärmutter / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation	532.182	556 €	532.099	556 €
HMG0409	Gutartige Neubildungen endokriner Drüsen, des Auges, des ZNS, des Herzens / Bösartige Neubildungen der Haut / Neubildungen unklarer Dignität unterschiedlicher Lokalisationen	1.237.388	186 €	1.333.632	170 €
HMG0413	Sonstige Neubildungen	3.962.815	-46 €	3.864.090	-47 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 9.2: Hierarchie 02 „Neubildungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1)



Quelle: Auswertung BAS

10 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

10.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ wurde die externe Dominanzverbindung zur Hierarchie 06 aufgelöst. Außerdem wurden die medizinische Zuordnung von ICD-Kodes zu DxGs sowie die ATC-DxG-Zuordnungen überarbeitet. In einem letzten Schritt wurde die Hierarchie konsolidiert.

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

Tabelle 10.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 im Vergleich

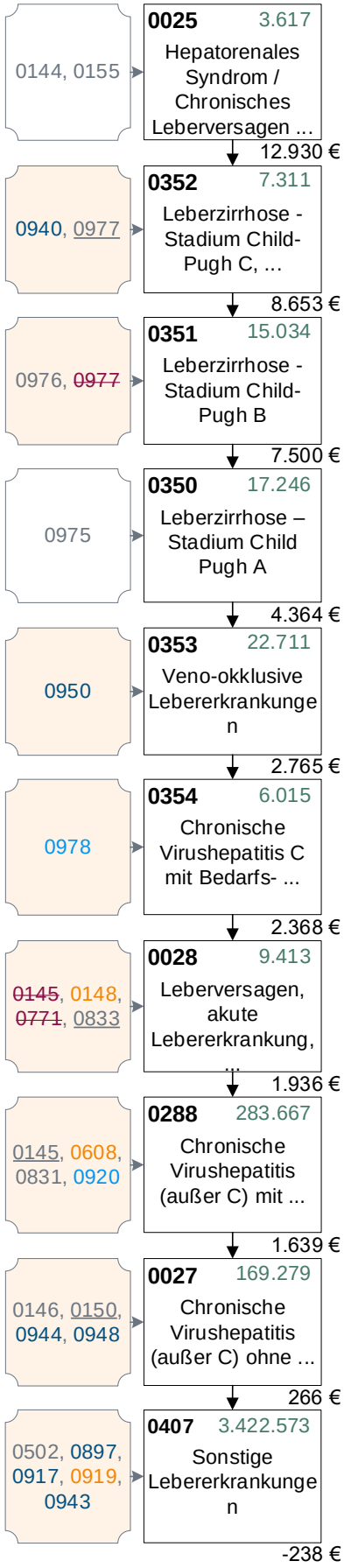
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3812 %	0,0003 PP
	CPM	31,0888 %		31,0901 %	0,0013 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,59 €	-0,0559 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	3.617	15.537 €	3.617	12.930 €
HMG0352 (neu)	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C, Hepatitis mit Leberkoma			7.311	8.653 €
HMG0351 (neu)	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B			15.034	7.500 €
HMG0351 (alt)	Leberzirrhose - Stadien Child-Pugh B und C	22.338	7.892 €		
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	17.246	4.373 €	17.246	4.364 €
HMG0353 (neu)	Veno-okklusive Lebererkrankungen			22.711	2.765 €
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	11.741	2.991 €	6.015	2.368 €
HMG0028 (neu)	Leberversagen, akute Lebererkrankung, Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2			9.413	1.936 €
HMG0028 (alt)	Leberzirrhose / Leberversagen / akute Hepatitis mit Koma / akute Lebererkrankung / Budd-Chiari-Syndrom	190.018	1.576 €		
HMG0173 (alt)	Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose]	6.011	2.340 €		
HMG0288 (neu)	Chronische Virushepatitis (außer C) mit Dauermedikation, Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation, Leberzirrhose, näher bezeichnete Echinokokkosen			283.667	1.639 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3812 %	0,0003 PP
	CPM	31,0888 %		31,0901 %	0,0013 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,59 €	-0,0559 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0288 (alt)	Chronische Virushepatitis (außer C) mit Dauermedikation, Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation	107.753	1.788 €		
HMG0027 (neu)	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C), Leberabszess, Sonstige Hepatitiden			169.279	266 €
HMG0027 (alt)	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	67.382	80 €		
HMG0272 (alt)	Hepatitis ohne Leberkoma / Autoimmun-Hepatitis / Echinococcus-Infektionen / Pfortaderthrombose	145.562	601 €		
HMG0407 (neu)	Sonstige Lebererkrankungen			3.422.573	-238 €
HMG0407 (alt)	Chronische, toxische, durch Alkohol oder Hepatitis A bedingte oder unspezifische Lebererkrankungen	3.386.140	-248 €		

Quelle: Auswertung BAS

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

Abbildung 10.1: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Festlegungsentwurf



Quelle: Auswertung BAS

10.2 Anhörungsverfahren

10.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV merkt an, dass die ICD-Kodes K76.2 und K76.3 nach Verschiebung nicht mehr– wie zuvor die DxG0148 – mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ versehen sind.

GKV-SV, AOK-BV und KBV/BÄK regen an, die ICD-Kodes B67.8 und B67.9 der DxG0608/HMG0288 zuzuordnen, in der sich auch die anderen ICD-Kodes der Echinokokkosen befinden. Die DAK-G hingegen schlägt vor, die ICD-Kodes der Echinokokkosen der Hierarchie 01 „Infektionen“ zuzuordnen.

Der AOK-BV weist auf einen Fehler in der schematischen Darstellung des Festlegungsentwurfs der Hierarchie 05 hin. Die DxG948 sei nicht der HMG0027 zugeordnet, sondern richtig der HMG0418 in der Hierarchie 14.

Der AOK-BV schlägt eine Arzneimitteldifferenzierung für Versicherte mit progressiver familiärer intrahepatischer Cholestase (PFIC) mit dem ATC-Kode A05AX05 (Odevixibat) vor. Für die PFIC existiere kein eigener ICD-Kode. Es beträfe daher die ICD-Kodes K76.8 und K74.5, über die diese Fälle aufgegriffen würden. Auch der IKK e. V. schlägt die Prüfung einer entsprechenden Arzneimittelvalidierung vor, allerdings mit Einordnung der HMG in den bestehenden Dominanzstrang. Zudem bittet der IKK e. V. allgemein um eine strukturierte Aufnahme von neu zugelassenen Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen.

GKV-SV und AOK-BV regen an, den ATC-Kode J05AR nicht aus der DxG0920 zu streichen.

KBV/BÄK schlagen eine Prüfung der Zuordnung der alkoholischen Leberaffektionen vor, da die alkoholische Hepatitis als akute Lebererkrankung der DxG0148 zuzuordnen sein.

KBV/BÄK bitten um eine Prüfung der Zuordnung der ICD-Kodes des chronischen Leberversagens, da das unspezifisch kodierte chronische Leberversagen (ICD-Kode K72.18) höher hierarchisiert ist als das spezifischer kodierte alkoholisch bedingte chronische Leberversagen (ICD-Kode K70.41).

10.2.2 Diskussion der Stellungnahme

Das BAS stimmt dem GKV-SV zu, dass die ICD-Kodes K76.2 und K76.3 weiterhin DxGs mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zuzuordnen sind. Der Vorschlag wird daher im Folgenden geprüft.

Auch die Anpassung der Zuordnung der IDC-Kodes B67.8 und B67.9 (Vorschlag GKV-SV, AOK-BV und KBV/BÄK) erscheint sachgerecht und wird im Folgenden geprüft. Da hingegen der Großteil der Echinokokkose-Infektionen die Leber betrifft, erscheint eine Verschiebung in die Hierarchie 01 (Vorschlag DAK-G) nicht sachgerecht.

Das BAS dankt dem AOK-BV für den Hinweis bezüglich der Abweichung der Darstellung der DxG0948. Tatsächlich handelte es sich in der Hierarchie 05 um die DxG0965, wie aus den Anlagen hervorging. Die schematische Darstellung wurde entsprechend angepasst.

Die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung mit Odevixibat (A05AX05) würde eine größere Anpassung darstellen und wird daher in einem der folgenden Anpassungszyklen geprüft.

Strukturiert neu zugelassene Arzneimittel in das System zu integrieren, ist problematisch, da in der Regel zu dem Zeitpunkt der Zulassung noch einige Jahre Daten für die Berechnung fehlen.

Für die DxG 920 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C)“ sind im Festlegungsentwurf drei ATC-Kodes gelistet: J05AF, J05AX und L03AB. Unter J05AF fallen u. a. die einzelnen Wirkstoffe Lamivudin, Tenofovirdisoproxil und Tenofoviralafenamid. Alle drei kommen auch in den Kombinationen der Gruppe J05AR „Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV Infektionen, Kombinationen“ vor. Der mögliche Fall, dass ein Patient zwischen einzelnen Wirkstoffen (gegen Hepatitis und HIV) in unterschiedlichen Präparaten und einem Kombinationspräparat wechselt, sollte abgebildet werden, um die weitere Zuordnung der Versicherten zur DxG0920 zu gewährleisten. Der Vorschlag von GKV-SV und AOK-BV, den ATC-Kode J05AR in der DxG0920 nicht zu streichen, wird im Folgenden geprüft.

Nach Ansicht des BAS wäre die alkoholische Hepatitis nur bei einer begründbaren Beschränkung auf ein akutes, schwerwiegendes Stadium den akuten Lebererkrankungen der DxG0148 zuzuordnen (Vorschlag KBV/BÄK). Eine weitere Prüfung des Vorschlags erfolgt daher nicht.

Die Argumentation von KBV/BÄK hinsichtlich der spezifischen und unspezifischen ICD-Kodes des chronischen Leberversagens kann nachvollzogen werden. Der Vorschlag wird daher im Folgenden geprüft.

10.2.3 Vorschlag

Der ICD-Kode K76.2 aus der DxG0950 (HMG0353) sowie der ICD-Kode K76.3 aus der DxG0919 (HMG0407) werden wieder in die DxG0148 (HMG0028) verschoben. Die DxG0148 erhält den Namen „Akute Lebererkrankung, einschließlich akuten Leberversagens, Leberabszess, Leberinfarkt“.

Die ICD-Kodes B67.8 und B67.9 werden aus der DxG0897 (HMG0407) in die DxG0608 (HMG0288) verschoben. Die DxG0897 entfällt. Die DxG0608 erhält den Namen „Echinococcus-multilocularis-Infektion [alveoläre Echinokokkose] an mehreren und sonstigen oder n.n.bez. Lokalisationen, sonstige und n.n.bez. Echinokokkose“.

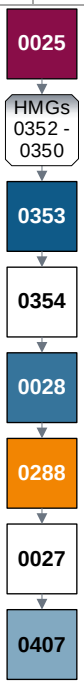
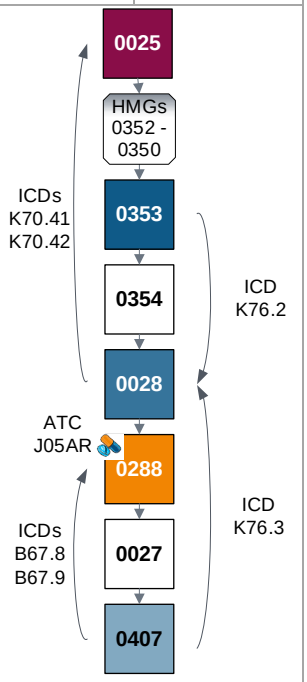
Die ICD-Kodes K70.41 und K70.42 werden aus der DxG0148 (HMG0028) in die DxG0144 (HMG0025) verschoben. Dies erfolgt in Abweichung des Vorschlags von KBV/BÄK, der nur den ICD-Kode K70.41 enthielt. Nach Ansicht des BAS sollte der ICD-Kode K70.42 hier ebenfalls verschoben werden.

In der DxG0920 wird der ATC-Kode J05AR ergänzt.

10.2.4 Untersuchung

Die oben genannten Anpassungen des Modells wurden in Einzelschritten gerechnet. Die Veränderungen am Klassifikationsmodell und den Kennzahlen war in jedem dieser Einzelschritte gering. Da die Anpassungen zudem aus medizinischer Sicht sinnvoll sind, werden sie hier in einem Modell (**Modell A01**) dargestellt (vgl. Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3812 %	0,0003 PP	59,3809 %	-0,0001 PP
	CPM	31,0901 %	0,0013 PP	31,0896 %	0,0008 PP
	MAPE	3.033,59 €	-0,0559 €	3.033,61 €	-0,0364 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					

Risikofaktor		N	Jahreswert	N	Jahreswert
	Strang 1				
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische …	3.617	12.930 €	3.877	12.953 €
HMG0352	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C, Hepatitis mit Leberkoma	7.311	8.653 €	7.180	8.492 €
HMG0351	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B	15.034	7.500 €	14.964	7.467 €
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	17.246	4.364 €	17.237	4.361 €
HMG0353	Veno-okklusive Lebererkrankungen	22.711	2.765 €	22.500	2.803 €
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	6.015	2.368 €	6.015	2.368 €
HMG0028	Leberversagen / akute Lebererkrankung, Hepatische …	9.413	1.936 €	9.417	1.802 €
HMG0288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C), …	283.667	1.639 €	299.083	1.534 €
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C) / …	169.279	266 €	166.807	268 €
HMG0407	Sonstige Lebererkrankungen	3.422.573	-238 €	3.410.133	-237 €

Quelle: Auswertung BAS

10.2.5 Zwischenergebnis

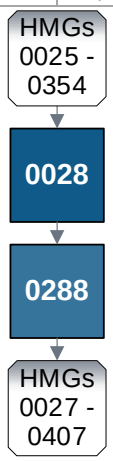
Die Kennzahlen des Modells verschlechtern sich geringfügig. Unter Berücksichtigung der dadurch korrekten Zuordnung der Versicherten und der medizinischen Verbesserung des Klassifikationsmodells wird die Umsetzung dennoch als notwendig gesehen. Die Änderungen werden umgesetzt. Das Modell A01 bildet die Grundlage für die weiteren Untersuchungen.

10.2.6 Untersuchung

Nach Umsetzung der vorherigen Anpassungen weisen die Kostenschätzer der HMGs 0028 und 0288 einen zu geringen Abstand auf. Da darüber hinaus die Besetzungszahl der HMG0028 mit 9.417 gering ist, werden die HMGs in der HMG0028 vereinigt. Die HMG0028 erhält den Namen „Leberversagen, akute Lebererkrankung, Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Chronische Virushepatitis (außer C) mit Dauermedikation, Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation, Leberzirrhose, Echinokokkosen“. Die HMG0288 entfällt.

Die Anpassungen von **Modell A02** werden in Tabelle 10.3 dargestellt.

Tabelle 10.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %	-0,0001 PP	59,3809 %	-0,0001 PP
	CPM	31,0896 %	0,0008 PP	31,0896 %	0,0008 PP
	MAPE	3.033,61 €	-0,0364 €	3.033,61 €	-0,0348 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische …	3.877	12.953 €	3.877	12.951 €
HMG0352	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C, Hepatitis mit Leberkoma	7.180	8.492 €	7.180	8.491 €
HMG0351	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B	14.964	7.467 €	14.964	7.466 €
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	17.237	4.361 €	17.237	4.361 €
HMG0353	Veno-okklusive Lebererkrankungen	22.500	2.803 €	22.500	2.803 €
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	6.015	2.368 €	6.015	2.368 €
HMG0028	Leberversagen, akute Lebererkrankung, Hepatische …	9.417	1.802 €	308.500	1.542 €
HMG0288	Chronische Virushepatitis (außer C) mit Dauermedikation, Chronische …	299.083	1.534 €		
HMG0027	Chronische Virushepatitis (außer C) ohne Dauermedikation, …	166.807	268 €	166.807	268 €
HMG0407	Sonstige Lebererkrankungen	3.410.133	-237 €	3.410.133	-237 €

Quelle: Auswertung BAS

10.2.7 Ergebnis

Die Kostenschätzer der HMGs weisen adäquate Abstände auf. Die Kennzahlen verschlechtern sich geringfügig. Die Änderungen werden umgesetzt. Das Modell A02 bildet das Modell der Festlegung.

10.3 Festlegung der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

10.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 05

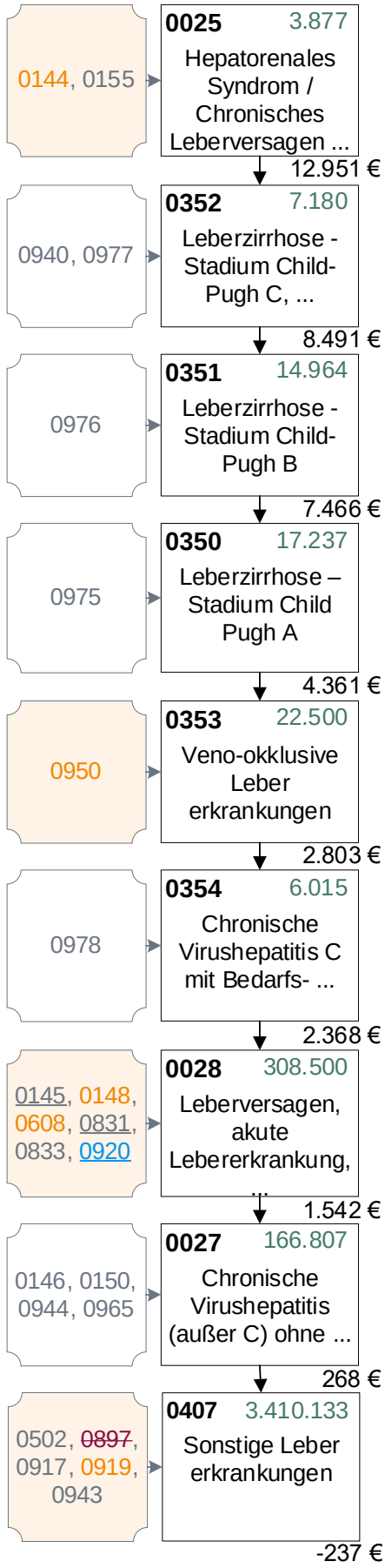
Tabelle 10.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 10.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ graphisch dar.

Tabelle 10.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 05 im AJ 2027

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3812 %	0,0003 PP	59,3809 %	-0,0001 PP
	CPM	31,0901 %	0,0013 PP	31,0896 %	0,0008 PP
	MAPE	3.033,59 €	-0,0559 €	3.033,61 €	-0,0348 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen / Hepatische Enzephalopathien Grad 3 und 4	3.617	12.930 €	3.877	12.951 €
HMG0352	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh C, Hepatitis mit Leberkoma	7.311	8.653 €	7.180	8.491 €
HMG0351	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh B	15.034	7.500 €	14.964	7.466 €
HMG0350	Leberzirrhose - Stadium Child-Pugh A	17.246	4.364 €	17.237	4.361 €
HMG0353	Veno-okklusive Lebererkrankungen	22.711	2.765 €	22.500	2.803 €
HMG0354	Chronische Virushepatitis C mit Bedarfs- und Dauermedikation	6.015	2.368 €	6.015	2.368 €
HMG0028	Leberversagen, akute Lebererkrankung, Hepatische Enzephalopathien Grad 1 und 2, Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C), Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation, Leberzirrhose, Echinokokkosen	9.413	1.936 €	308.500	1.542 €
HMG0288 (alt)	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation (außer C), Chronische Virushepatitis C ohne Dauermedikation, Leberzirrhose, näher bezeichnete Echinokokkosen	283.667	1.639 €		
HMG0027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C) / Leberabszess / Sonstige Hepatitiden	169.279	266 €	166.807	268 €
HMG0407	Sonstige Lebererkrankungen	3.422.573	-238 €	3.410.133	-237 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 10.2: Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1)



Quelle: Auswertung BAS

11 Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

11.1 Festlegungsentwurf

Die Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ wurde im Festlegungsentwurf umfassend überarbeitet. Es erfolgten Anpassungen aufgrund einer anzugleichenden Altersgrenze, der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie, der Prüfung eines Alterssplits und der Auflösung der externen Dominanz aus der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“. Eine medizinische und ökonometrische Überprüfung aller Stränge führte zur Zusammenlegung der Stränge 3 und 4, Verschiebungen von ICD-Kodes zwischen den Strängen und der Anpassung eines Aufgreifkriteriums in Strang 2.

Tabelle 11.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 11.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 06 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,4330 %	0,0521 PP
	CPM	31,0888 %		31,1139 %	0,0251 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.032,54 €	-1,1039 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
freistehende HMGs					
HMG0059 (alt)	Krankheit des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen	48.329	3.363 €		
HMG0063 (alt)	Dysphagien	355.048	2.778 €		
HMG0068 (alt)	Künstliche Körperöffnungen des Magen-Darm-Trakts	169.670	8.563 €		
Strang 1					
HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	67.574	15.804 €	67.574	16.022 €
HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	37.053	14.761 €	37.053	14.867 €
HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	63.136	2.946 €	63.136	3.101 €
HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	102.164	2.055 €	102.164	2.140 €
HMG0033 (alt)	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis / Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	383.975	592 €		
HMG0033 (neu)	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation, Strahlenproktitis, Strahlenkolitis, Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Sonstige Colitiden			400.922	786 €
Strang 2					
HMG0484 (alt)	Akute Pankreatitiden	56.784	2.863 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,4330 %	0,0521 PP
	CPM	31,0888 %		31,1139 %	0,0251 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.032,54 €	-1,1039 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0484 (neu)	Akute Pankreatitiden und alkoholinduzierte chronische Pankreatitis			66.057	2.591 €
HMG0121 (alt)	Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	91.132	1.607 €		
HMG0121 (neu)	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Pankreas, Gallenblase und Gallenwegen, Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege			91.868	1.640 €
HMG0482 (alt)	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	350.832	638 €		
HMG0482 (neu)	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden			345.681	667 €
Strang 3 (alt)					
HMG0580	Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (> 5 Jahre) / Angiodysplasie mit Blutung / Fremdkörper im Darm und sonstigen Lokalisationen im Verdauungstrakt / Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt / Verbrennung oder Verätzung sonstiger Teile des Verdauungstraktes oder sonstiger und n.n.bez. innerer Organe	24.999	4.452 €		
HMG0031	Ileus	127.469	2.688 €		
HMG1026	Darmabszess, Fistel und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Darms	16.146	1.737 €		
HMG0587	Divertikelkrankheit mit Perforation und/oder Abszess	22.134	1.048 €		
HMG0032	Postoperativer Darmverschluss / Gefäßkrankheiten des Darmes / Peritonitis / Sonstige Colitiden / Abdominales Kompartmentsyndrom / Angiodysplasie des Dünndarms	92.876	1.013 €		
HMG0304	Intestinale Malabsorption / Hernien / Intestinale Infektionen / Lebensmittelvergiftungen / Divertikelkrankheit mit Blutung	1.735.945	323 €		
Strang 3 (neu)					
HMG0061 (neu)	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung			39.874	6.378 €
HMG0321	Angiodysplasie mit Blutung, Insuffizienzen von Anastomosen und			61.373	5.099 €

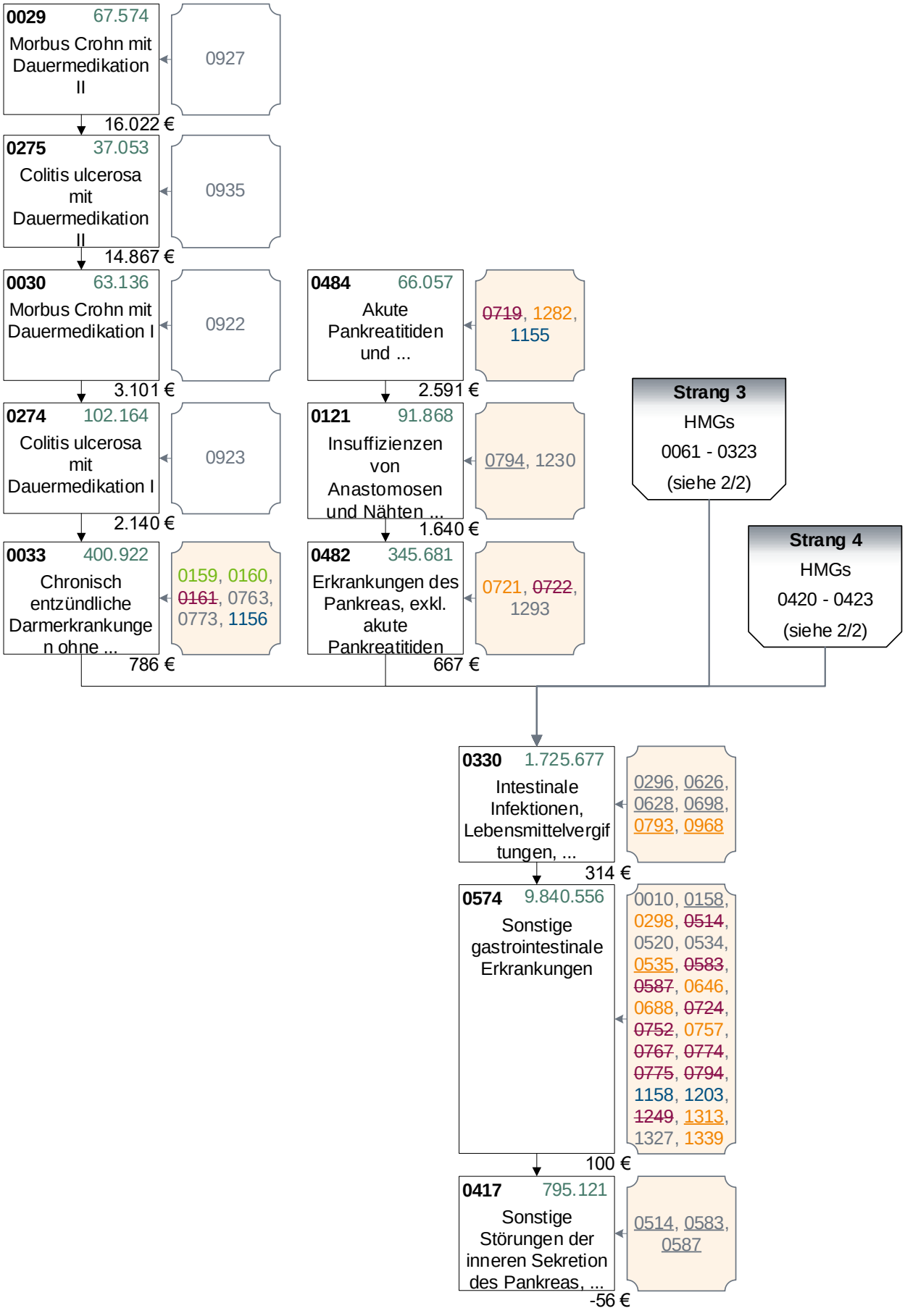
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,4330 %	0,0521 PP
	CPM	31,0888 %		31,1139 %	0,0251 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.032,54 €	-1,1039 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
	Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt, Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert, Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt, Fremdkörper im Verdauungstrakt, Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe				
HMG0324	Hämatemesis, Ileus			144.242	2.993 €
HMG0325	Mallory-Weiss-Syndrom, Meläna, Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (> 5 Jahre)			57.708	2.532 €
HMG0063 (neu)	Dysphagien, Divertikelkrankheit mit Perforation und/oder Abszess			359.292	2.073 €
HMG0322	Peritonitis / Abdominales Kompartmentsyndrom, Gefäßkrankheiten des Darmes, Angiodysplasie ohne Blutung, sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten, Ulkuskrankheit mit Perforation oder Blutung			105.251	1.232 €
HMG0328	Obstruktion des Pylorus / des Duodenums, Gastrointestinale Blutung, n.n.bez., Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung, Hämorrhagische Gastritis, Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, Candida-Ösophagitis und Candida-Stomatitis			160.558	951 €
HMG0323	Eingeweidebruch mit Komplikationen			54.441	521 €
Strang 4 (alt)					
HMG0061 (alt)	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	38.269	5.824 €		
HMG0065	Hämatemesis / Verbrennung oder Verätzung des Ösophagus	18.882	2.919 €		
HMG0309	Fremdkörper im Mund, Ösophagus, Magen / Meläna / Candida-Ösophagitis / Mallory-Weiss-Syndrom	80.165	2.260 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,4330 %	0,0521 PP
	CPM	31,0888 %		31,1139 %	0,0251 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.032,54 €	-1,1039 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0034	Candida-Stomatitis / Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung / Obstruktion des Pylorus / des Duodenums / Hämorrhagische Gastritis / n.n.bez. gastrointestinale Blutung	150.455	933 €		
HMG0070	Ulkuskrankheit mit Perforation und/oder Blutung / Ösophagusatresie / -stenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre)	383.717	405 €		
Strang 4 (neu)					
HMG0420	Gastrostoma			64.536	18.474 €
HMG0423	Andere künstliche Körperöffnungen des GIT			14.960	5.347 €
HMG0421	Ileostoma, Kolostoma			90.174	3.789 €
gemeinsames Strangende					
HMG0330 (neu)	Intestinale Infektionen, Lebensmittelvergiftungen, Intestinale Malabsorption, Ösophagusstenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre), Divertikelkrankheit mit Blutung			1.725.677	314 €
HMG0127 (alt)	Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/oder Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasie ohne Blutung	3.605.866	105 €		
HMG0574 (alt)	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	7.180.861	57 €		
HMG0574 (neu)	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen			9.840.556	100 €
HMG0417 (neu)	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase, Hämorrhoiden			795.121	-56 €

Quelle: Auswertung BAS

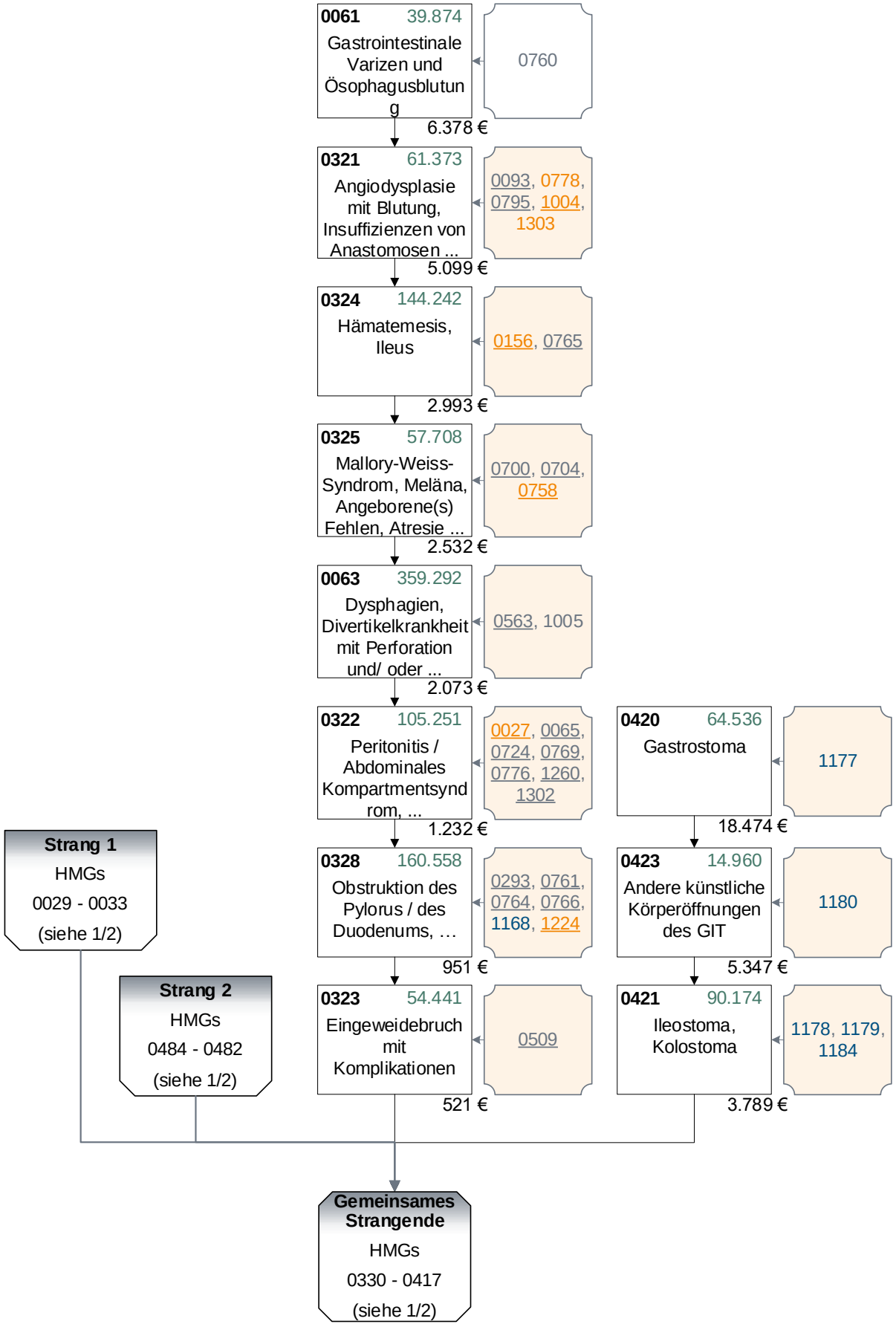
Die Abbildung 11.1 und die Abbildung 11.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 11.1: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 11.2: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

11.2 Anhörungsverfahren

11.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren wurden Stellungnahmen vom GKV-SV, dem AOK-BV, der BARMER, der KBV/BÄK und dem IKK e. V. eingebracht.

Die BARMER begrüßt die Änderungen in der Hierarchie 06 und auch die KBV/BÄK können die aufwändigen Anpassungen medizinisch nachvollziehen.

Der GKV-SV und der AOK-BV bitten um Aufnahme des ICD-Kodes K91.4 „Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie“, der aus ihrer Sicht zur vollständigen Abbildung der künstlichen Körperöffnungen im Magen-Darm-Trakt fehle. Hinsichtlich der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie kritisiert der IKK e. V., dass der aus dem letzten Anpassungszyklus stammende Vorschlag, den ICD-Kode R15 „Stuhlinkontinenz“ aufzunehmen, nicht umgesetzt worden sei.

Der GKV-SV hält die Anpassung der Altersgrenze für den ICD-Kode K86.1 für nachvollziehbar und weist darauf hin, dass die Altersgrenze des ICD-Kode K86.0 „Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis“ als einziger K86.- Kode weiterhin ein Mindestalter von 15 Jahren habe.

Der AOK-BV wiederholt einen Vorschlag aus den Vorjahren, in dem gefordert wird, nur die klinisch relevanten Fälle in den DxGs 721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 1293 „Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ über eine Arzneimittelvalidierung aufzugreifen.

Die KBV/BÄK gibt in ihrer Stellungnahme medizinische Hinweise zum Zusammenhang zwischen chronischen Leberaffektionen (insbesondere Fibrose / Zirrhose der Leber) und der Ausbildung gastrointestinaler Varizen (insbesondere an der Speiseröhre), die bis zum Ausgleichsjahr 2026 über eine externe Dominanz zwischen der Hierarchie 05 und der Hierarchie 06 abgebildet waren. Darüber hinaus fällt der KBV/BÄK der hohe Kostenschätzer der HMG0420 „Gastrostoma“ auf und hinterfragt, ob dieser Kostenschätzer in den Ausgaben für die künstliche Körperöffnung oder im zugrundeliegenden Krankheitsgeschehen begründet liege.

11.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Begründung für die Aufnahme des ICD-Kodes K91.4 „Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie“ des GKV-SV und des AOK-BV ist aus Sicht des BAS schlüssig. Zum einen ist der ICD-Kode K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ bereits im Klassifikationssystem enthalten und enthält ab ICD-10-GM Version 2024 als Exklusivum den oben genannten ICD-Kode, zum anderen ist die „Funktionsstörung“ beim Tracheostoma mit dem J95.0 „Funktionsstörung eines Tracheostomas“ in Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in diesem Anpassungszyklus mit aufgenommen worden. Der Vorschlag „Aufnahme des ICD-Kodes K91.4“ wird daher unter Abschnitt 11.2.6 geprüft.

In diesem Anpassungszyklus wurden in der Hierarchie 06 bisher nicht für die Klassifikation genutzte ICD-Kodes in das Ausgangsmodell übernommen, die insbesondere „Künstliche Körperöffnungen“ und damit verwandte Erkrankungen abbilden. Der bereits zum Ausgleichsjahr 2026 gemachte Vorschlag des IKK e. V. konnte vor diesem Hintergrund noch nicht geprüft werden. Allerdings ist dem BAS im Rahmen der Prüfung dieser Stellungnahme aufgefallen,

dass der ICD-Kode R19.88 „Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen“ in der Klassifikation enthalten ist, der vierstellige ICD-Kode R19.8- aber nicht. Im Abschnitt 11.2.3 wird die Aufnahme des ICD-Kodes R19.8- in die Klassifikation geprüft.

Die Hinweise des GKV-SV zu den nicht einheitlichen Altersgrenzen der K86.-Kodes sind sachgerecht. Bei dem ICD- Kode K86.0 „Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis“ handelt es sich um eine alkoholbedingte Erkrankung. Das BAS plant eine Auseinandersetzung bezüglich der Altersgrenzen mit ICD-Kodes zu alkoholbedingten Folgezuständen in einem der folgenden Anpassungszyklen.

Die Prüfung des Vorschlags des AOK-BV, die DxGs 0721 „Sonstige Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ und 1293 „Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden“ über eine Arzneimittelvalidierung aufzugreifen, wird auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

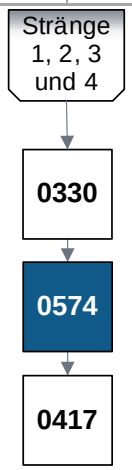
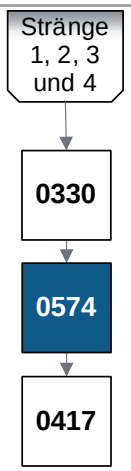
11.2.3 Aufnahme des ICD-Kodes R19.8-

Der ICD-Kode R19.8- ist für die vertragsärztliche Vergütung nach § 295 SGB V zugelassen. Der ICD-Kode R19.88 ist bereits im Klassifikationsmodell berücksichtigt. Aus diesen Gründen wird die Aufnahme in das Klassifikationsmodell geprüft. Hierzu wird der ICD-Kode der Krankheitsnummer 206 mit dem Namen „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“ zugeordnet. Die Altersgrenze beträgt 0 bis 124 Jahre.

11.2.4 Untersuchung

Der neu berücksichtigte ICD-Kode R19.8- wird in die DxG1313 „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“ in der HMG0574 „Sonstige gastrointestinale Erkrankungen“ im gemeinsamen Strangende der Hierarchie eingeordnet. Die Anpassungen von **Modell A01** werden in Tabelle 11.2 gezeigt.

Tabelle 11.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4330%	0,0521 PP	59,4330%	0,0521 PP
	CPM	31,1139%	0,0251 PP	31,1139%	0,0251 PP
	MAPE	3.032,54 €	-1,1038 €	3.032,54 €	-1,1036 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					ICD R19.8-
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
gemeinsames Strangende					
HMG0330	Intestinale Infektionen, Lebensmittelvergiftungen, Intestinale …	1.725.677	314 €	1.725.671	314 €
HMG0574	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	9.840.556	100 €	9.842.134	100 €
HMG0417	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, …	795.121	-56 €	795.048	-56 €

Quelle: Auswertung BAS

11.2.5 Zwischenergebnis

Durch die Aufnahme des ICD-Kodes R19.8- in die DxG1313 erhöht sich die Besetzungszahl in der HMG0574 um 1.578 Versicherte. Auch in anderen HMGs ändern sich die Besetzungszahlen leicht. Grund hierfür ist die zugrundeliegende Krankheitsabgrenzung. Durch die Hinzunahme des R19.8- erfüllen mehr Versicherte das krankheitenbasierte Aufgreifkriterium M2Q in den betroffenen HMGs. Der Kostenschätzer der genannten HMG sowie alle Kennzahlen bleiben unverändert. Das Modell A01 bildet die Grundlage für weitere Anpassungen.

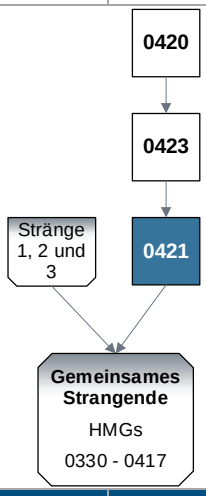
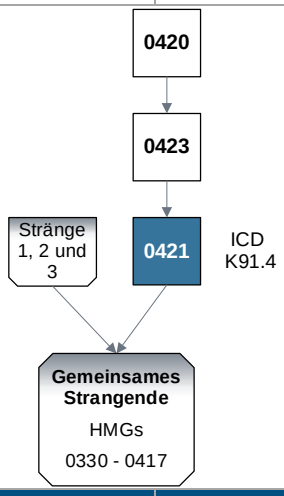
11.2.6 Aufnahme des ICD-Kodes K91.4

In der Hierarchie 06 werden im Ausgangsmodell ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie aufgenommen. Diese betreffen die künstlichen Körperöffnungen im Magen-Darm-Trakt. Der ICD-Kode K91.4 „Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie“ inklusive „Stomastriktur nach Kolostomie oder Enterostomie“ beschreibt eine Komplikation bei Vorliegen einer künstlichen Körperöffnung. Hierzu wird der ICD-Kode der Krankheitsnummer 357 mit dem Namen „Näher bezeichnete Komplikationen bei Patienten während oder nach chirurgischer oder medizinischer Behandlung“ zugeordnet. Die Altersgrenze beträgt 0 bis 124 Jahre.

11.2.7 Untersuchung

Der ICD-Kode K91.4 wird in einer neuen DxG1108 „Funktionsstörung nach Kolostomie oder Enterostomie“ in der HMG0421 „Ileostoma, Kolostoma“ eingeordnet. Die HMG0421 wird umbenannt in „Enterostoma, Kolostoma“. Die Anpassungen von **Modell A02** werden in Tabelle 11.3 gezeigt.

Tabelle 11.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4330%	0,0521 PP	59,4333%	0,0524 PP
	CPM	31,1139%	0,0251 PP	31,1143%	0,0255 PP
	MAPE	3.032,54 €	-1,1036 €	3.032,52 €	-1,1236 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 4					
HMG0420	Gastrostoma	64.541	18.473 €	64.541	18.475 €
HMG0423	Andere künstliche Körperöffnungen des GIT	14.961	5.346 €	14.961	5.351 €
HMG0421 (alt)	Ileostoma, Kolostoma	90.179	3.789 €		
HMG0421 (neu)	Enterostoma, Kolostoma			97.124	3.710 €

Quelle: Auswertung BAS

11.2.8 Ergebnis

Durch die Aufnahme des ICD-Kodes K91.4 in die neue DxG1108 in der HMG0421 erhöht sich die Besetzungszahl in der HMG0421 um 6.945 Versicherte. Auch in anderen HMGs ändern sich die Besetzungszahlen leicht. Grund hierfür ist die zugrundeliegende Krankheitsabgrenzung. Durch die Hinzunahme des K91.4 erfüllen mehr Versicherte das krankheitenbasierte Aufgreifkriterium M2Q in den betroffenen HMGs. Der Kostenschätzer der genannten HMG sinkt um 79 € auf 3.710 € ab. Alle Kennzahlen verbessern sich leicht. Das Modell A02 wird umgesetzt und stellt somit die Festlegung der Hierarchie 06 dar.

11.3 Festlegung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

11.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 06

Tabelle 11.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Die Abbildung 11.3 und die Abbildung 11.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ graphisch dar.

Tabelle 11.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 06 im AJ 2027

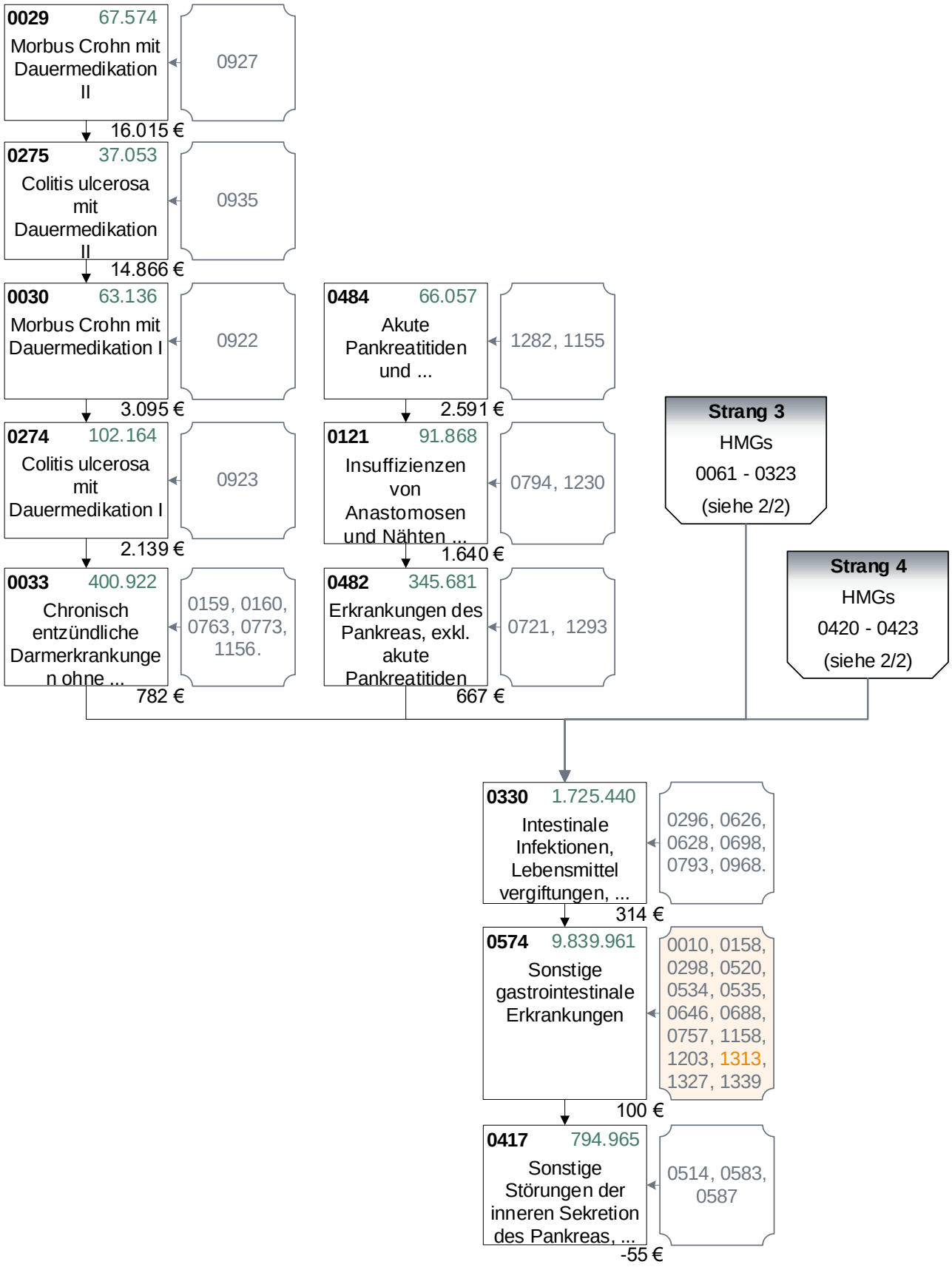
		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4330%	0,0521 PP	59,4333%	0,0524 PP
	CPM	31,1139%	0,0251 PP	31,1143%	0,0255 PP
	MAPE	3.032,54 €	-1,1038 €	3.032,52 €	-1,1236 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0029	Morbus Crohn mit Dauermedikation II	67.574	16.022 €	67.574	16.015 €
HMG0275	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation II	37.053	14.867 €	37.053	14.866 €
HMG0030	Morbus Crohn mit Dauermedikation I	63.136	3.101 €	63.136	3.095 €
HMG0274	Colitis ulcerosa mit Dauermedikation I	102.164	2.140 €	102.164	2.139 €
HMG0033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation, Strahlenproktitis, Strahlenkolitis, Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, Sonstige Colitiden	400.922	786 €	400.922	782 €
Strang 2					
HMG0484	Akute Pankreatitiden und alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	66.057	2.591 €	66.057	2.591 €
HMG0121	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Pankreas, Gallenblase und Gallenwegen, Näher bezeichnete Erkrankungen der Gallenwege	91.868	1.640 €	91.868	1.640 €
HMG0482	Erkrankungen des Pankreas, exkl. akute Pankreatitiden	345.681	667 €	345.681	667 €
Strang 3					
HMG0061	Gastrointestinale Varizen und Ösophagusblutung	39.874	6.378 €	39.874	6.378 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4330%	0,0521 PP	59,4333%	0,0524 PP
	CPM	31,1139%	0,0251 PP	31,1143%	0,0255 PP
	MAPE	3.032,54 €	-1,1038 €	3.032,52 €	-1,1236 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0321	Angiodysplasie mit Blutung, Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt, Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert, Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt, Fremdkörper im Verdauungstrakt, Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe	61.373	5.099 €	61.389	5.086 €
HMG0324	Hämatemesis, Ileus	144.242	2.993 €	144.234	2.989 €
HMG0325	Mallory-Weiss-Syndrom, Meläna, Angeborene(s) Fehlen, Atresie oder Stenose im Magen-Darm-Trakt (> 5 Jahre)	57.708	2.532 €	57.707	2.532 €
HMG0063	Dysphagien, Divertikelkrankheit mit Perforation und / oder Abszess	359.292	2.073 €	359.385	2.073 €
HMG0322	Peritonitis / Abdominales Kompartmentsyndrom, Gefäßkrankheiten des Darmes, Angiodysplasie ohne Blutung, sonstige Krankheiten des Peritoneums bei anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten, Ulkuskrankheit mit Perforation oder Blutung	105.251	1.232 €	105.250	1.230 €
HMG0328	Obstruktion des Pylorus / des Duodenums, Gastrointestinale Blutung, n.n.bez., Generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung, Hämorrhagische Gastritis, Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, Candida-Ösophagitis und Candida-Stomatitis	160.558	951 €	160.559	950 €
HMG0323	Eingeweidebruch mit Komplikationen	54.441	521 €	54.441	520 €
Strang 4					
HMG0420	Gastrostoma	64.536	18.474 €	64.541	18.475 €
HMG0423	Andere künstliche Körperöffnungen des GIT	14.960	5.347 €	14.961	5.351 €
HMG0421 (alt)	Ileostoma, Kolostoma	90.174	3.789 €		
HMG0421 (neu)	Enterostoma, Kolostoma			97.124	3.710 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4330%	0,0521 PP	59,4333%	0,0524 PP
	CPM	31,1139%	0,0251 PP	31,1143%	0,0255 PP
	MAPE	3.032,54 €	-1,1038 €	3.032,52 €	-1,1236 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
gemeinsames Strangende					
HMG0330	Intestinale Infektionen, Lebensmittelvergiftungen, Intestinale Malabsorption, Ösophagusstenose, andere angeborene gastrointestinale Anomalien (> 5 Jahre), Divertikelkrankheit mit Blutung	1.725.677	314 €	1.725.440	314 €
HMG0574	Sonstige gastrointestinale Erkrankungen	9.840.556	100 €	9.839.961	100 €
HMG0417	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas, Gallensteine mit Cholezystitis und andere Erkrankungen der Gallenblase, Hämorrhoiden	795.121	-56 €	794.965	-55 €

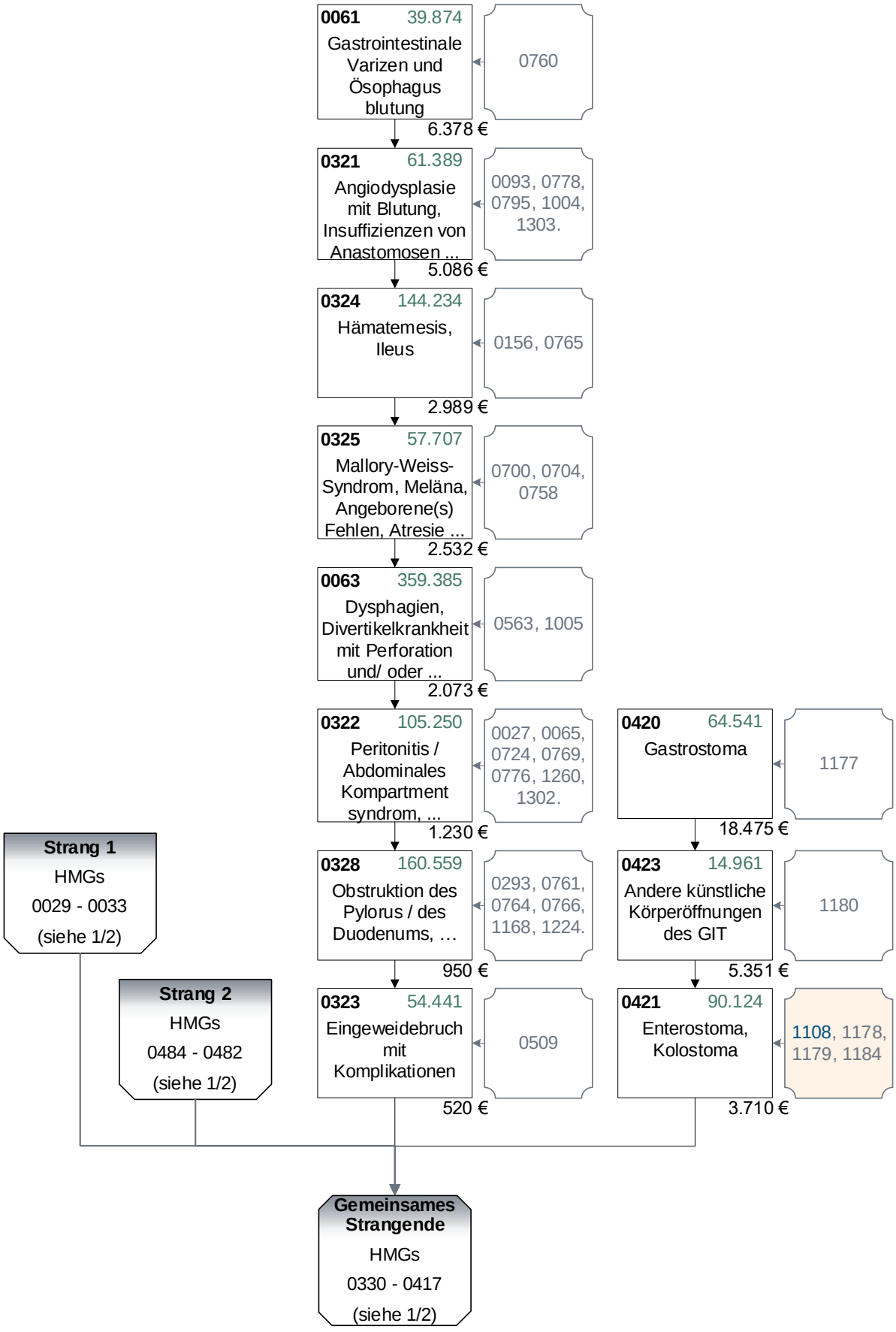
Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 11.3: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 11.4: Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

12 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

12.1 Festlegungsentwurf

Die Diagnosen der myelodysplastischen Syndrome werden aus der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ in die Hierarchie 02 „Neubildungen“ verschoben. Des Weiteren wird zwei drohenden Hierarchieverletzungen durch die Verschiebung von zwei DxGs und eine HMG-Zusammenlegung vorgebeugt.

Tabelle 12.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 12.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 08 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3819%	0,0009 PP
	CPM	31,0888%		31,0954%	0,0066 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,36 €	-0,2895 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.948	138.447 €	2.948	138.451 €
HMG0036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation / Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	974	81.916 €	974	81.909 €
HMG0412	ITP mit Dauermedikation	8.223	21.985 €	8.223	21.950 €
HMG0043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation / Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	10.426	3.148 €	10.426	3.142 €
HMG0037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren / Faktor-X-Mangel	60.499	2.062 €	60.499	2.054 €
HMG0046 (alt)	Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation	40.118	1.137 €		
HMG0193	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation / ITP ohne Dauermedikation	43.789	1.070 €		
HMG0046 (neu)	Willebrand-Jürgens-Syndrom ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, ITP ohne Dauermedikation			83.907	1.099 €
Strang 2					
HMG0192	PNH oder TMA oder aHUS jeweils mit Dauermedikation / Defekte im Komplementsystem mit Bedarfsmedikation	1.401	127.043 €	1.401	126.658 €
HMG0194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	8.160	24.715 €		

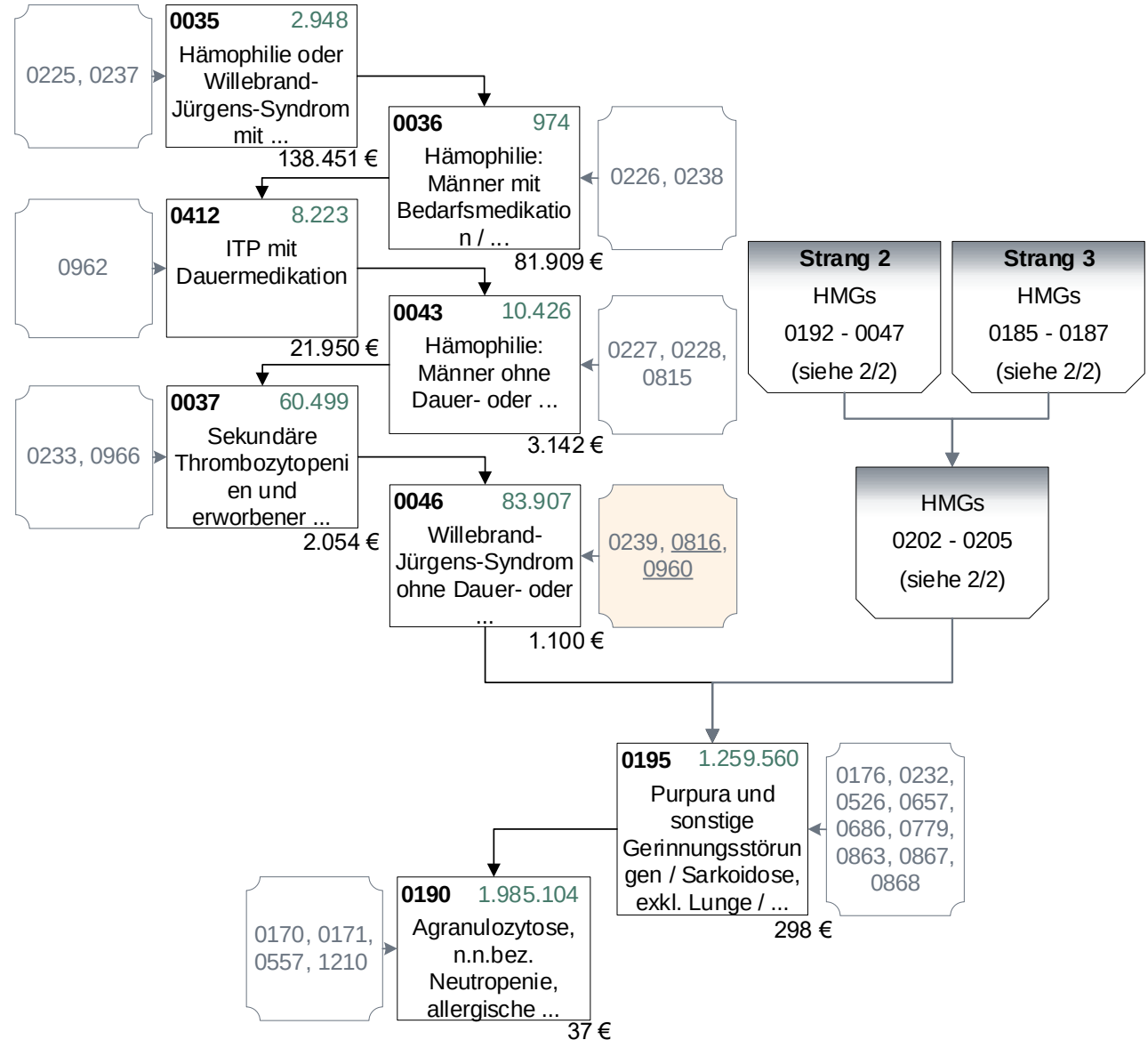
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3819%	0,0009 PP
	CPM	31,0888%		31,0954%	0,0066 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,36 €	-0,2895 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0045 (alt)	PNH / Kombinierte Immundefekte D / Refraktäre Anämien mit Blastenüberschuss / Dysplasien / Zytokinfreisetzungs-Syndrom	3.470	15.342 €		
HMG0045 (neu)	PNH, Kombinierte Immundefekte D, Zytokinfreisetzungs-Syndrom			1.623	16.418 €
HMG0047	Anämien bei Neubildungen / Variabler Immundefekt	50.477	10.853 €	51.980	11.053 €
Strang 3					
HMG0185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Schwere Verlaufsformen	5.412	23.394 €	5.412	22.980 €
HMG0187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	22.443	7.502 €	22.443	7.088 €
Strangmitte der Stränge 2 und 3					
HMG0202	Immundefekt i. V. mit anderen schweren Defekten C / Hämophagozytäres Syndrom / Histiozytose-Syndrome	4.249	4.520 €	4.252	4.490 €
HMG0347 (alt)	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation	6.637	3.110 €		
HMG0347 (neu)	Defekte im Komplementsystem ohne Bedarfsmedikation, Aplastische Anämie			37.093	3.668 €
HMG0044 (alt)	Kombinierte Immundefekte C / Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Aplastische Anämie / TMA / TTP / HUS	101.368	2.842 €		
HMG0044 (neu)	Kombinierte Immundefekte C, Angeborene Agranulozytose und Neutropenie			62.246	2.624 €
HMG0049 (alt)	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien, myelodysplastischen Syndrome	310.647	2.361 €		
HMG0049 (neu)	Polycythämia vera / sonstige Neutropenien, Anämien			288.494	2.010 €
HMG0181 (alt)	Hereditäre hämolytische Anämien / Methämoglobinämien / Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten	95.758	1.201 €		
HMG0181 (neu)	Hereditäre hämolytische Anämien, Methämoglobinämien, Sonstige Immundefekte z. T. mit anderen schweren Defekten, TMA, TTP, HUS			104.937	1.149 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3819%	0,0009 PP
	CPM	31,0888%		31,0954%	0,0066 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,36 €	-0,2895 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0205	Störungen mit Beteiligung des Immunsystems / Erythrozytose, Polyglobulie und sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe / Disseminierte intravasale Gerinnung	193.231	643 €	194.056	654 €
gemeinsames Strangende der Stränge 1, 2 und 3					
HMG0195	Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen / Sarkoidose, exkl. Lunge / Kombinierte Immundefekte B und weitere hämatologische Erkrankungen	1.252.243	290 €	1.259.560	298 €
HMG0190	Agranulozytose, n.n.bez. Neutropenie, allergische Reaktion und Sarkoidose	1.983.218	38 €	1.985.104	37 €

Quelle: Auswertung BAS

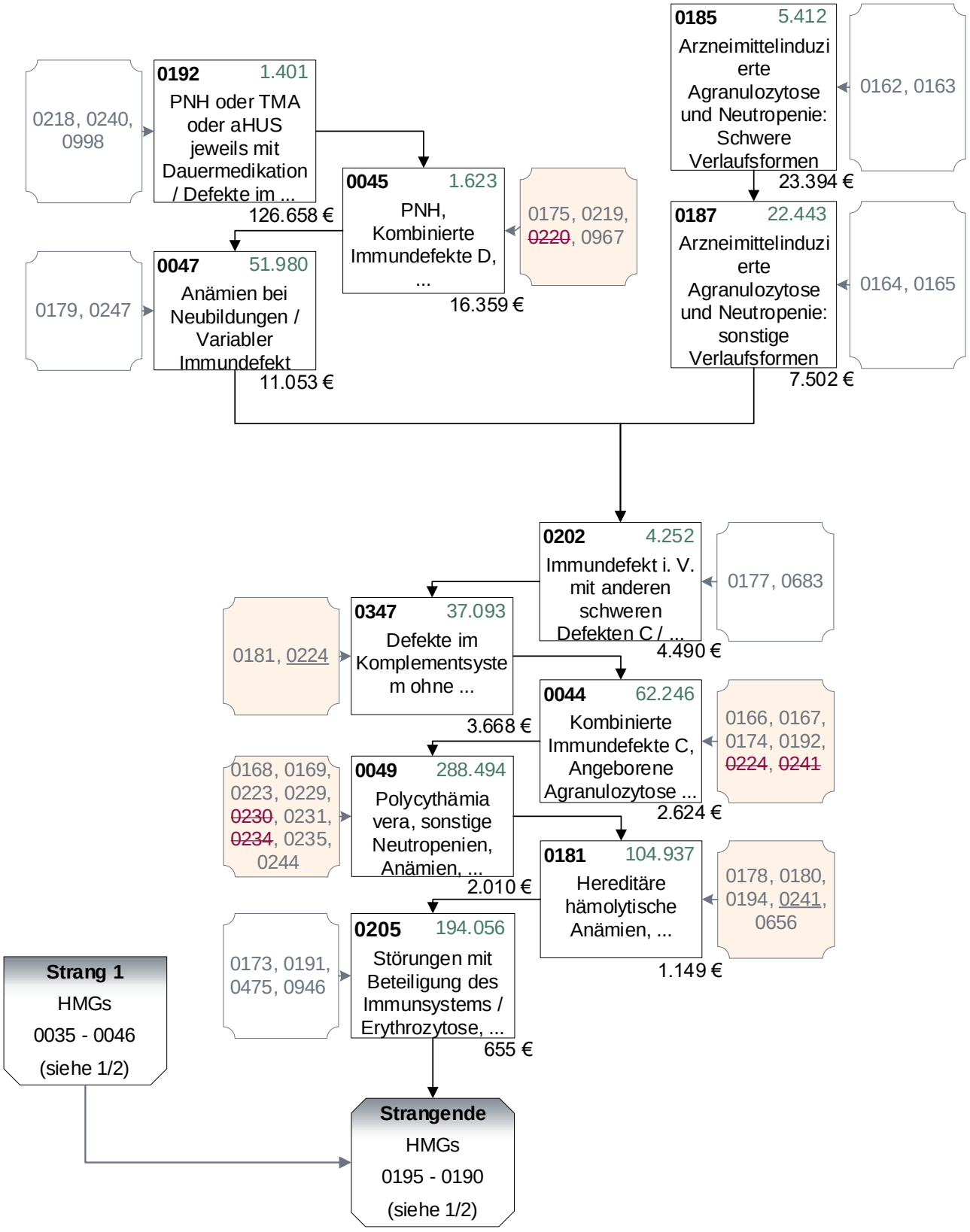
Abbildung 12.1 und Abbildung 12.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 12.1: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 12.2: Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

12.2 Anhörungsverfahren

12.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der AOK-BV schlägt erneut vor, die Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ (DxGs 686 und 1210) zu überprüfen (wegen klinischer Relevanz).

Des Weiteren schlägt der AOK-BV erneut die Bildung von drei neuen DxGs „Dauertherapie mit Antikoagulanzien“, „Eisenmangelanämie“ sowie „Sonstige Anämien“ vor.

Zudem merkt der AOK-BV an, dass im Klassifikationsmodell erworbene Hämophilien durch Antikörperbildung gegen Gerinnungsfaktoren oder den Von-Willebrand-Faktor nicht berücksichtigt werden. Diese Erkrankungen werden über den ICD-Kode D68.32 „Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren“ abgebildet. Eine Nichtberücksichtigung dieses ICD-Kodes im Fall hochpreisiger spezifischer medikamentöser Behandlungen sei daher nicht sachgerecht. Es wird vorgeschlagen den ICD-Kode passenden DxGs zu zuordnen und auch den ATC-Kode B02BD37 zu berücksichtigen.

Um Modellverbesserungen und für Versicherte mit Hämophilieerkrankungen eine angemessene Risikoabbildung zu erreichen, wird vom AOK-BV außerdem vorgeschlagen, Möglichkeiten einer mehrfachen Arzneimittelschweredifferenzierung auf Basis der unterschiedlichen verordneten Wirkstoffe zu untersuchen.

KBV/BÄK merken an, dass der Verbleib der „Anämie bei Neubildungen“ (DxG0247) in der Hierarchie 08 auch medizinisch und klassifikatorisch nachvollziehbar sei, da es sich dabei zwar um eine mit Neubildungen einhergehende Erkrankung handelt, diese aber selbst keine Neubildung darstellt.

12.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Vorschlag des AOK-BV zur Einführung eines Arzneimittelaufgreifkriteriums für die „Sarkoidose, exkl. Lunge“ wurde bereits im FLE AJ 2027 (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2026, S. 276f.), ausführlich begründet abgelehnt.

Die vom AOK-BV angeregten Anpassungen betreffen arzneimittelbezogene Themen, die alleine die Hierarchie 08 betreffen und nicht in Zusammenhang mit der Verschiebung der Diagnosen zu den Myelodysplastischen Syndromen stehen. Die Vorschläge werden deshalb in einem der nächsten Anpassungszyklen ggf. wieder aufgegriffen.

12.3 Festlegung der Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Es ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

13 Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

13.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ wurden Anpassungen aufgrund der Aufnahme von ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie vorgenommen, nachdem ICD-Kodes (insbesondere zu Enzephalopathien) in die Hierarchie 14 verschoben wurden. Aufgrund unterschiedlicher Folgekosten wurden ICD-Kodes und DxGs innerhalb der Hierarchie verschoben. Im letzten Schritt wurde die Hierarchie vereinfacht und konsolidiert.

Tabelle 13.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 13.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 11 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3782 %	-0,0027 PP
	CPM	31,0888 %		31,0946 %	0,0058 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,39 €	-0,2567 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0053	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Entzugssyndrom, Opiatsubstitution	209.607	6.799 €	209.607	6.833 €
HMG0069 (alt)	Drogenabhängigkeit	278.958	2.285 €		
HMG0069 (neu)	Abhängigkeitssyndrom: Opioide, Kokain			56.089	3.615 €
Strang 2					
HMG0243	Vergiftungen durch Drogen und andere psychotrope Substanzen	18.512	7.683 €	18.512	7.813 €
Strang 3					
HMG0054	Schizophrenie	316.965	6.655 €	316.965	6.849 €
HMG0055	Rezidivierende schwere Depression, näher bezeichnete bipolare affektive Störungen, alkohol- oder drogeninduzierte psychotische Störung	674.610	3.322 €	674.610	3.474 €
gemeinsame Mitte Stränge 1 bis 3					
HMG0012 (alt)	Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, Enzephalopathie, organisch bedingte psychische Störungen, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	612.778	2.059 €		
HMG0012 (neu)	Degenerative Hirnerkrankungen, Delire, organisch bedingte psychische Störungen, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol			543.327	2.196 €
HMG0052 (alt)	Alkoholabhängigkeit	351.338	1.825 €		

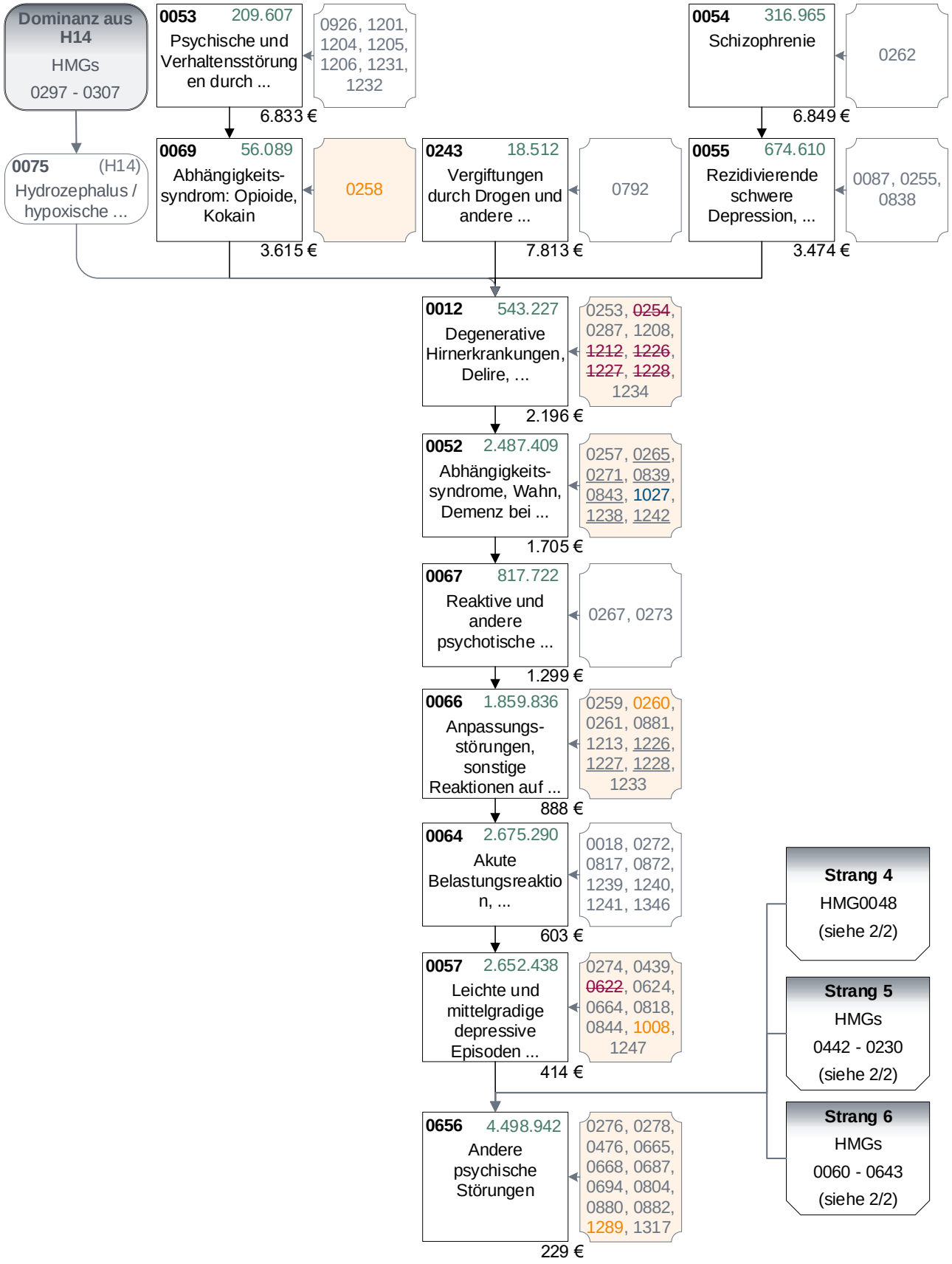
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3782 %	-0,0027 PP
	CPM	31,0888 %		31,0946 %	0,0058 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,39 €	-0,2567 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0052 (neu)	Abhängigkeitssyndrome, Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)			2.487.409	1.705 €
HMG0058 (alt)	Wahn, Demenz bei anderen Erkrankungen, spezifische Zwangsstörungen, sonstige manische und bipolare affektive Störungen, schwere Depression ohne Rezidiv, rezidivierende depressive Störung (< 55 Jahre)	1.957.260	1.632 €		
HMG0067	Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)	816.722	1.270 €	817.722	1.299 €
HMG0066 (alt)	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssymptom	1.792.716	877 €		
HMG0066 (neu)	Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, sonstige nicht-psychotische organische Störungen, schädlicher Gebrauch von Drogen ohne Abhängigkeitssymptom, sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen			1.859.836	888 €
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	2.449.580	612 €	2.675.290	603 €
HMG0057 (alt)	Leichte und mittelgradige depressive Episoden (> 49 Jahre), Missbrauch von Personen, sonstige depressive Störungen und Episoden, organische Persönlichkeitsstörung, nicht-psychotisch organische Störung, n.n.bez., sonstige Hirndegenerationen, leichte kognitive Störung	2.535.486	423 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3782 %	-0,0027 PP
	CPM	31,0888 %		31,0946 %	0,0058 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,39 €	-0,2567 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0057 (neu)	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			2.652.438	414 €
Strang 4					
HMG0048	Posttraumatische Belastungsstörung	616.103	1.318 €	616.103	1.131 €
Strang 5					
HMG0442	Schwere dissoziative Störungen	34.674	4.342 €	34.674	4.572 €
HMG0517	Störungen der Geschlechtsidentität	53.181	2.806 €	52.687	2.724 €
HMG0014 (alt)	Störungen der Impulskontrolle	82.803	972 €		
HMG0014 (neu)	Störungen der Impulskontrolle, dissoziative Störungen			140.620	931 €
HMG0230	Persönlichkeitsstörungen, näher bez. nicht-psychotisch organische Störung	820.854	811 €	804.528	698 €
Strang 6 (alt)					
HMG0645 (alt)	Sonstige dissoziative Störungen	59.083	943 €		
Strang 6					
HMG0060	Anorexia nervosa, Bulimie	115.846	2.516 €	115.846	2.528 €
HMG0643	Sonstige Essstörungen	176.591	571 €	176.591	559 €
gemeinsames Ende Stränge 1 bis 6					
HMG0656	Andere psychische Störungen	2.779.749	159 €	4.498.942	229 €
freistehende HMGs					
HMG0071 (alt)	Weitere psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	3.136.721	178 €		

Quelle: Auswertung BAS

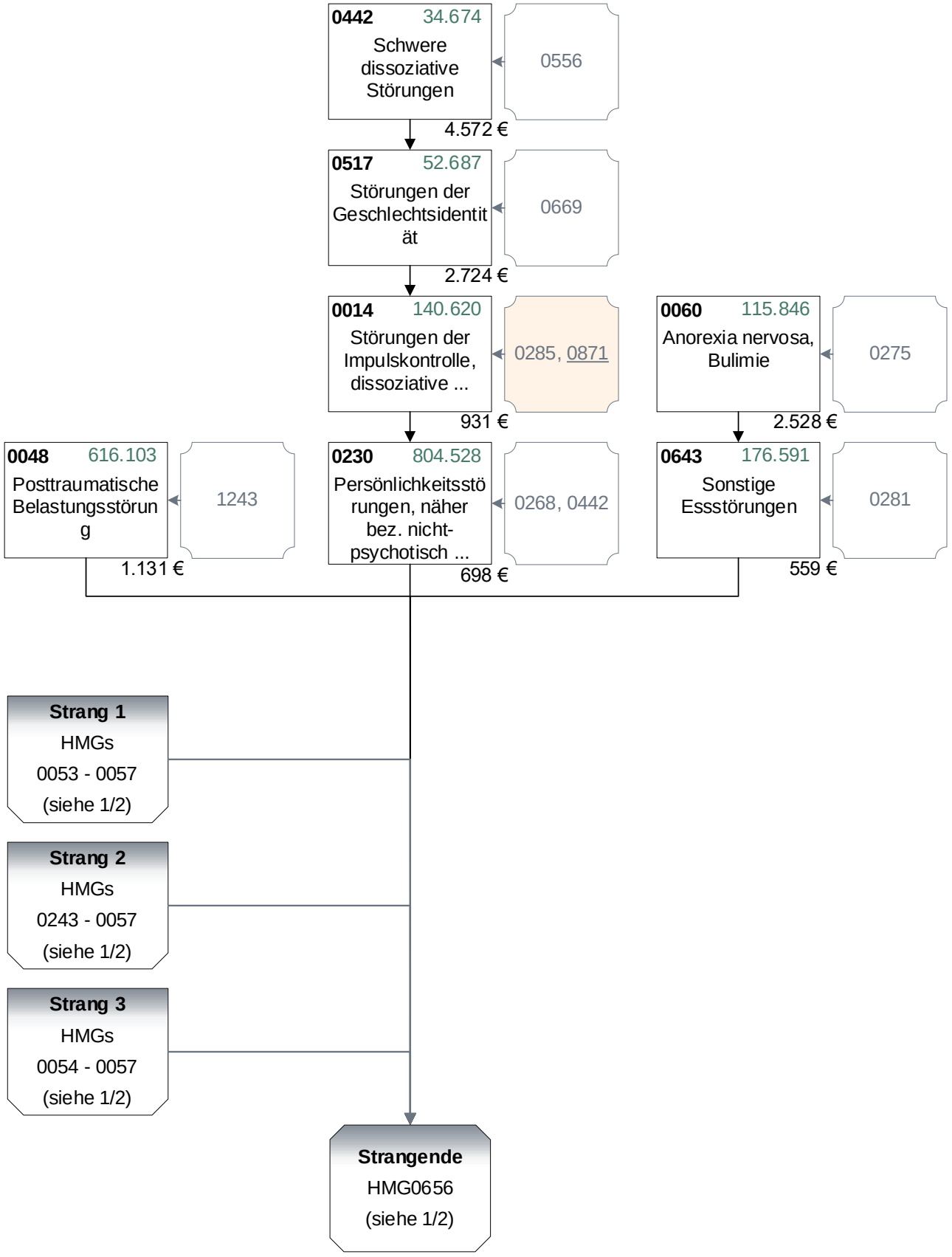
Abbildung 13.1 und Abbildung 13.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 13.1: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 13.2: Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

13.2 Anhörungsverfahren

13.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV schlägt die Überprüfung der Deckungssituation der Versicherten der DxG1027 vor, welche im Festlegungsentwurf aus der HMG0069 in die HMG0052 verschoben wurde. Für diese DxG schlägt der AOK-BV vor, sie weiterhin der ursprünglichen HMG0069 zuzuordnen.

GKV-SV und BARMER schlagen die Wiedereinführung der Dominanzbeziehung der HMG0048 auf die HMGs 0066, 0064 und 0057 vor, da diese medizinisch inhaltlich begründet sei.

GKV-SV und BKK DV regen die Prüfung einer Ausdifferenzierung der HMG0656 in Abhängigkeit der Deckungssituation der zugeordneten DxGs an. Konkret wird die höhere Einordnung oder Verschiebung in die Hierarchie 14 für die DxG0694 sowie die niedrigere Einordnung (in einer neuen HMG) für die DxG1317 vorgeschlagen.

Der AOK-BV schlägt vor, die Arzneimittelvalidierung der DxG0262 um die ATC-Kodes N06AA, N06AB, N06AX und N06BA zu ergänzen.

Der AOK-BV bittet um Aufnahme der ICD-Kodes U51.10, U51.11, U51.12, U51.20 und U51.22 aus der Ausschlusskategorie. Diese betreffen Versicherte mit mittleren und schweren kognitiven Funktionseinschränkungen und sollten der HMG0058 zugeordnet werden.

Der BKK DV stellt die Aufnahme der ICD-Kodes F17.1, F17.2, F17.8 und F17.9 in Frage.

13.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Vor Verschiebung der DxG1027 aus der HMG0069 in die HMG0052 betrug der Abstand der Kostenschätzer der HMGs 0069 und 0012 weniger als 150 €. Da dies ein großes Risiko für spätere Hierarchieverletzungen darstellt, wurde die entsprechende DxG-Verschiebung vorgenommen. Eine Verschlechterung der Deckungssituation der Versicherten der DxG1027 kann durch das BAS nicht nachvollzogen werden.

Das BAS kann die Argumentation von GKV-SV und BARMER hinsichtlich der Dominanzbeziehung der HMG0048 nachvollziehen. Die Hierarchisierung im Ausgangsmodell führte jedoch, wie beschrieben, zu einer Möglichkeit von Doppelzuschlägen von Versicherten in Abhängigkeit vom Alter. Da dies einer zukünftigen Untersuchung aller Alterssplits im Wege steht, ist die Anpassung der Hierarchisierung aus Sicht des BAS notwendig. Die Alternative einer Integration der HMG0048 in den Strang selbst (d. h. HMG0048 würde weiterhin die HMGs 0066, 0064 und 0057 dominieren, würde aber zudem von den weiter oben im Strang stehenden HMGs dominiert) ginge mit einer massiven Verschlechterung der Modellgüte einher.

Die Deckungssituation der der HMG0656 zugeordneten DxGs lässt eine weitere Ausdifferenzierung der HMG zum aktuellen Zeitpunkt nicht als notwendig erscheinen. Eine weitere Prüfung kann ggf. in einem späteren Anpassungszyklus erfolgen.

Die mit einer Anpassung der ATC-DxG-Zuordnung einhergehenden Untersuchungsschritte können regelmäßig nur vor der Anhörung durchgeführt werden. Eine Aufnahme der ATC-Kodes N06AA, N06AB, N06AX und N06BA kann daher erst in einem späteren Anpassungszyklus untersucht werden.

Die Aufnahme von weiteren ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie kann ebenfalls erst in einem späteren Anpassungszyklus untersucht werden.

Der Vorschlag des BKK DV, die Aufnahme der ICD-Kodes F17.1, F17.2, F17.8 und F17.9 aus der Ausschlusskategorie zurückzustellen, wird nicht umgesetzt. Im Anhörungsverfahren zum AJ2025 hat der GKV-SV darauf hingewiesen, dass die ICD-Kodes F17.- „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ bisher nicht vollständig im Klassifikationsmodell berücksichtigt seien. Der Vorschlag wurde überprüft und die genannten ICD-Kodes ins Klassifikationsmodell aufgenommen.

13.3 Festlegung der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Es ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

14 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

14.1 Festlegungsentwurf

Bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes wurde die Hierarchiestruktur umfassend überarbeitet. Aus der Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“ wurden einzelne Diagnosen übernommen. Es wurden eine bestehende bzw. mehrere drohende Hierarchieverletzungen beseitigt. Zudem erfolgten die Einführung einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung der Myasthenia gravis, eine Vereinfachung der Arzneimitteldifferenzierung der Multiplen Sklerose sowie eine Eingrenzung des für die Arzneimitteldifferenzierung der Polyneuropathien zu berücksichtigenden Diagnosespektrums.

Tabelle 14.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 14.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,4682%	0,0873 PP
	CPM	31,0888%		31,1271%	0,0383 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.031,96 €	-1,6875 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
ALT: Neuromuskuläre Erkrankungen / Erkrankungen der Basalganglien / MS					
HMG0233 (alt)	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.409	19.695 €		
HMG0401 (alt)	Mitochondriale Zytopathie	2.808	6.727 €		
HMG0235 (alt)	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	157.227	7.428 €		
HMG0232 (alt)	Muskeldystrophie (> 17 Jahre) / Myasthenia gravis	44.582	6.372 €		
HMG0072 (alt)	Multiple Sklerose bzw. andere demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS ohne Dauermedikation, Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	146.900	2.872 €		
HMG0073 (alt)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen / Myopathien, andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	482.064	1.530 €		
NEU: Erkrankungen der Basalganglien					
HMG0235 (neu)	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]			157.575	7.415 €
HMG0237 (neu)	Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen			14.100	3.886 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,4682%	0,0873 PP
	CPM	31,0888%		31,1271%	0,0383 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.031,96 €	-1,6875 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0238 (neu)	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen			440.179	1.586 €
HMG0239 (neu)	Andere Basalganglienerkrankungen			27.561	1.127 €
NEU: Neuromuskuläre Erkrankungen					
HMG0249 (neu)	Myasthenia gravis mit Dauermedikation II			1.574	36.812 €
HMG0233 (neu)	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)			3.409	19.639 €
HMG0250 (neu)	Myasthenia gravis mit Dauermedikation I			9.607	7.224 €
HMG0232 (neu)	Muskeldystrophie (> 17 Jahre)			26.987	4.939 €
HMG0251 (neu)	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation			16.922	2.205 €
HMG0073 (neu)	Myopathien und andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse			56.661	960 €
ALT: Multiple Sklerose / Enzephalopathien / Polyneuropathien					
HMG0297 (alt)	Apallisches Syndrom / Reye-Syndrom	5.794	38.643 €		
HMG0227 (alt)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 3	29.197	21.974 €		
HMG0228 (alt)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 2, andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS mit Dauermedikation	20.795	12.826 €		
HMG0980 (alt)	Hirnödem / Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 1	81.698	12.722 €		
HMG0234 (alt)	Multiple Sklerose mit Dauermedikation / Andere demyelinisierende Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Dauermedikation	36.330	9.958 €		
HMG0307 (alt)	Polyneuropathie mit Dauermedikation / Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr)	78.723	7.840 €		
HMG0075 (alt)	Hydrozephalus / hypoxische Hirnschäden / Hirnstammkompression und sonstige Schädigungen des Gehirns	99.317	3.495 €		
ALT: Andere (Poly-)Neuropathien					
HMG0011 (neu)	Guillain-Barre-Syndrom	3.217	6.157 €		

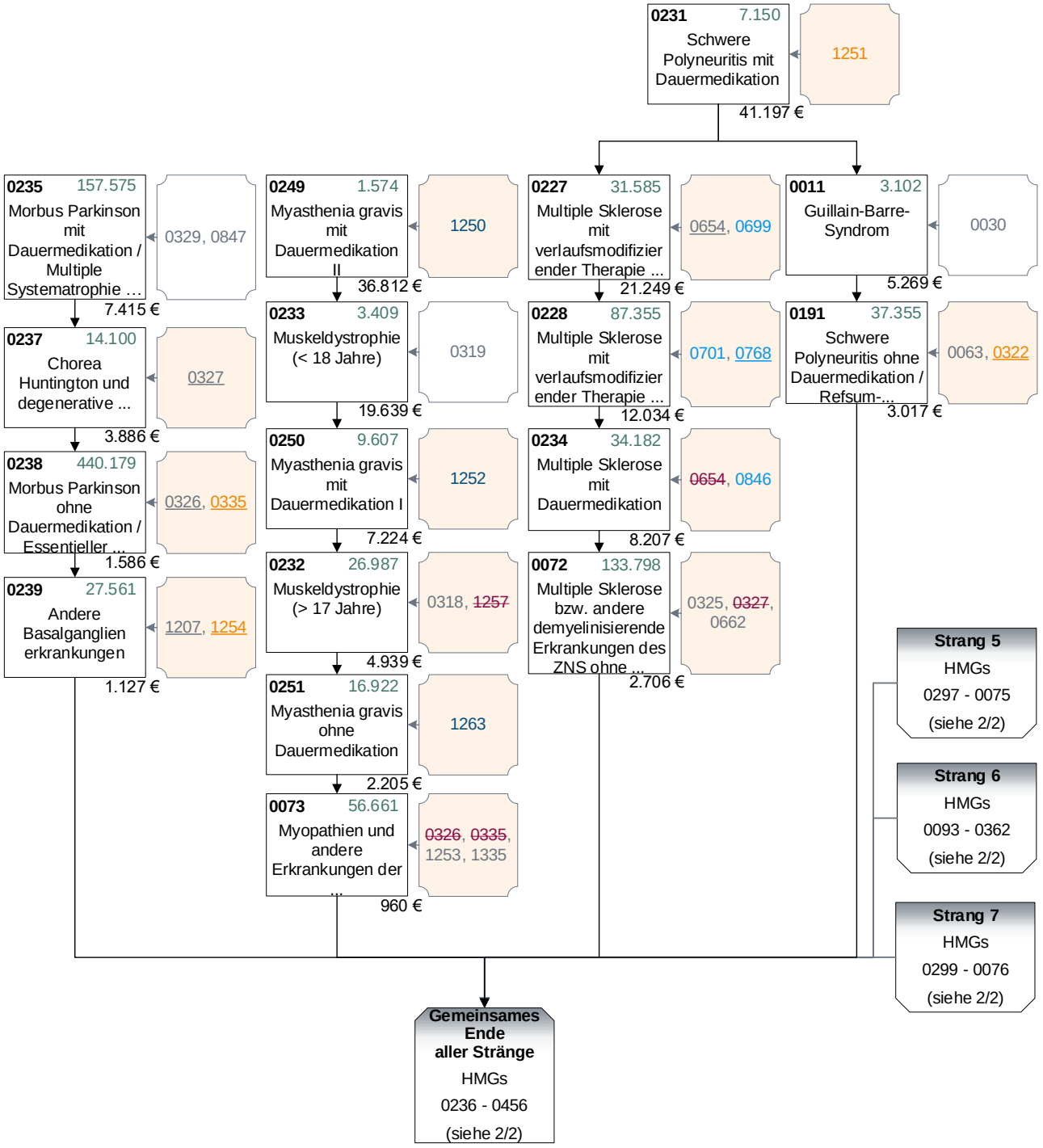
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,4682%	0,0873 PP
	CPM	31,0888%		31,1271%	0,0383 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.031,96 €	-1,6875 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0191 (neu)	Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	1.331	2.500 €		
NEU: Multiple Sklerose					
HMG0227 (neu)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 3 / Andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS mit Dauermedikation			31.585	21.249 €
HMG0228 (neu)	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorien 1 & 2			87.355	12.034 €
HMG0234 (neu)	Multiple Sklerose mit Dauermedikation			34.182	8.207 €
HMG0072 (neu)	Multiple Sklerose bzw. andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS ohne Dauermedikation			133.798	2.706 €
NEU: Polyneuropathien					
HMG0231 (neu)	Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation			7.150	41.197 €
HMG0011 (neu)	Guillain-Barre-Syndrom			3.102	5.269 €
HMG0191 (neu)	Schwere Polyneuritis ohne Dauermedikation / Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie			37.355	3.017 €
NEU: Enzephalopathien					
HMG0297 (neu)	Apallisches Syndrom			5.791	38.398 €
HMG0980 (neu)	Hirnödem			15.009	13.990 €
HMG0307 (neu)	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr) / Mitochondriale Zytopathie			3.328	6.646 €
HMG0075 (neu)	Hydrozephalus und damit verbundene Hirnveränderungen / sonstige näher bezeichnete Krankheiten des ZNS			111.172	3.361 €
Infektionen					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	12.022	4.385 €	13.363	3.907 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	18.750	1.860 €	20.462	1.566 €
Epilepsie					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	2.204	20.099 €	2.204	20.119 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,4682%	0,0873 PP
	CPM	31,0888%		31,1271%	0,0383 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.031,96 €	-1,6875 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0302 (alt)	Status epilepticus (> 17 Jahre)	9.253	8.167 €		
HMG0074	Epilepsie (< 18 Jahre)	71.915	7.332 €		
HMG0302 (neu)	Status epilepticus (> 17 Jahre) / Epilepsie (< 18 Jahre)			81.168	7.434 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	792.673	1.408 €	792.673	1.415 €
gemeinsames Strangende					
HMG0236 (alt)	Cluster-Kopfschmerz / Spätfolgen von Infektionen des Zentralnervensystems / Rheumatische Chorea / Parkinson-Syndrome	98.054	715 €		
HMG0236 (neu)	Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems			1.874.781	707 €
HMG0080 (alt)	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, Trigeminusneuralgie, Polyneuropathie ohne Dauermedikation, Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation und andere Erkrankungen des ZNS	3.640.148	512 €		
HMG0080 (neu)	Weitere episodische und näher bezeichnete Erkrankungen des Gehirns / Spätfolgen von Infektionen des ZNS			1.636.884	396 €
HMG0418 (alt)	Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation / N.n.bez. virale Meningitis / Enzephalitis / N.n.bez. neuromuskuläre Krankheit, n.n.bez. degenerative Krankheit des Nervensystems / (Mono)neuropathien / Sonstige Erkrankungen des ZNS	2.201.354	127 €		
HMG0418 (neu)	Sonstige Erkrankungen der Nerven und des ZNS			1.716.235	140 €
HMG0456 (alt)	Sonstige näher bezeichnete Kopfschmerzsyndrome / sonstiger und n.n.bez. Migräne-Kopfschmerz ohne Dauermedikation	1.444.698	-51 €		
HMG0456 (neu)	Andere Kopfschmerzsyndrome			2.208.736	12 €

Quelle: Auswertung BAS

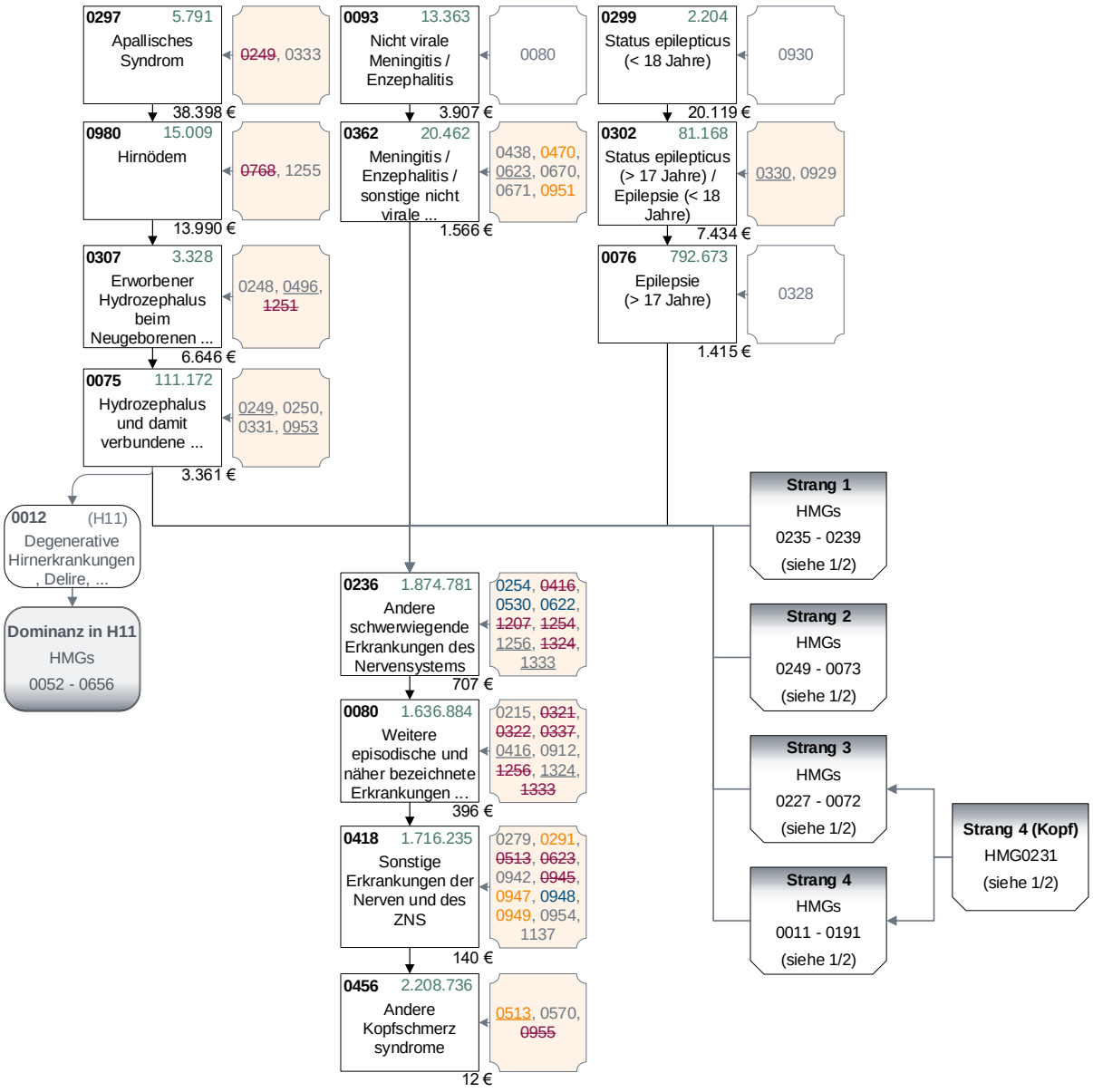
Abbildung 14.1 und Abbildung 14.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 14.1: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 14.2: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

14.2 Anhörungsverfahren

14.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die im Anhörungsverfahren eingebrachten Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, des IKK e. V., des BKK DV, der BARMER, der KBV/BÄK und von TK et al. setzen sich überwiegend positiv mit der strukturellen Überarbeitung der Hierarchie auseinander. Hierbei drücken insbesondere der AOK-BV und die KBV/BÄK ihre Zustimmung zu der im Festlegungsentwurf vorgenommenen Entflechtung der Hierarchiestränge und deren engere Anlehnung an die Schweregrade einzelner Krankheitsbilder aus.

Ergänzende Anmerkungen und Rückfragen betreffen die Abgrenzung der HMGs für Epilepsie sowie die im Festlegungsentwurf eingeführten bzw. geänderten Arzneimitteldifferenzierungen für die Myasthenia gravis und die Polyneuropathien.

14.2.1.1 Abgrenzung der HMGs und DxGs zur Abbildung der Epilepsie

Die KBV/BÄK begrüßt, dass durch die Zusammenlegung einzelner HMGs im Bereich der neurologischen Erkrankungen drohende Hierarchieverletzungen vermieden werden. Der GKV-SV und die BARMER hinterfragen hingegen die Maßstäbe des BAS, die zu einzelnen dieser Zusammenlegungen geführt haben. So werden im Festlegungsentwurf die HMGs 0302 „Status epilepticus (> 17 Jahre)“ und 0074 „Epilepsie (< 18 Jahre)“ vereinigt, obwohl deren Kostenschätzer aus Sicht der BARMER einen ausreichenden Abstand aufwiesen.

Der BKK DV regt für die DxGs 0328 „Epilepsie (> 17 Jahre)“ und 0330 „Epilepsie (< 18 Jahre)“ eine Anpassung der Altersgrenzen (von derzeit > 17 Jahren auf > 11 Jahre) sowie die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung mit Antiepileptika (ATC-Kodes N03A) an.

14.2.1.2 Arzneimitteldifferenzierung der Myasthenia gravis

Die KBV/BÄK befürwortet die vom BAS vorgenommene Anpassung der bisherigen DxG1257 in Form einer mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung anhand der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome“. Der GKV-SV, der IKK e. V. und die BARMER regen hierzu jedoch an, auch den ATC-Kode N07AA „Cholinesteraseinhibitoren“ für das Aufgreifen der DxGs 1252 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation I“ und der DxG1250 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation II“ zu verwenden. Der AOK-BV und der BKK DV schlagen ebenfalls die Aufnahme des ATC-Kodes N07AA vor, würden dessen Verwendung aber auf die DxG1252 beschränken.

GKV-SV, BKK DV, IKK e. V. und BARMER erläutern vor dem Hintergrund des Versionswechsels des GKV-Arzneimittelindex Version 06/2024 zu Version 06/2025 die Ausgliederung der „Neonatale Fc-Rezeptor (FcRn)-Inhibitoren“ aus der Wirkstoffgruppe L04AG in eine eigene Wirkstoffgruppe L04AL. Die Umklassifizierung dieser Wirkstoffe sei im Festlegungsentwurf AJ 2027 in der Anlage 3 für das Berichtsjahr 2024 nicht berücksichtigt worden. Entsprechend müsse ab dem Berichtsjahr 2024 der bisherige ATC-Kode L04AG durch den ATC-Kode L04AL für die DxGs 1250 und 1252 ersetzt werden.

14.2.1.3 Arzneimitteldifferenzierung der Polyneuropathien

Die KBV/BÄK hält die Anpassungen im Bereich der Polyneuropathien für begründet und nachvollziehbar dargestellt. Auch TK et al. begrüßen die Arzneimitteldifferenzierung der Polyneuritiden. Sie regen hierzu ergänzend an, die neu eingeführte Arzneimitteldifferenzierung noch weiter aufzugliedern und für die besonders schwerwiegenden Formen eine neue DxG bzw. HMG „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation II“ zu schaffen, in die die betreffenden Versicherten nur über Verordnungen von selektiven Immunsuppressiva (ATC-Kode L04AA) zugeordnet werden.

14.2.1.4 Arzneimitteldifferenzierung der HMG0236 „Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems“

Für die DxGs der HMG0236 „Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems“ schlägt der BKK DV die Einführung eines „pyramidalen Systems“ über die Wirkstoffe des ATC-Fünfstellers N02CD „Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten“ vor. Das BAS geht davon aus, dass sich der Vorschlag auf eine Erweiterung der bisher bestehenden einfachen Arzneimitteldifferenzierung für den Migräne-Kopfschmerz bezieht.

14.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

14.2.2.1 Abgrenzung der HMGs und DxGs zur Abbildung der Epilepsie

Der GKV-SV und die BARMER hinterfragen die Zusammenlegung der beiden Epilepsie-HMGs 0302 „Status epilepticus (> 17 Jahre)“ und 0074 „Epilepsie (< 18 Jahre)“ zur neuen HMG0302 „Status epilepticus (> 17 Jahre) / Epilepsie (< 18 Jahre)“. Vor der Zusammenlegung unterschieden sich die Kostenschätzer beider Gruppen (8.077 € bzw. 7.349 € gemäß Modell 08 in den Erläuterungen des Festlegungsentwurfes) um etwa 9 %.

Nach Berechnungen des GKV-SV könnte das MAPE bei erneuter Trennung der beiden HMGs um etwa 2 Cent gesenkt werden. Der Abstand der Kostenschätzer läge dann bei etwa 650 € (etwa 8 %). Die BARMER führt ergänzend aus, dass der Abstand der beiden fraglichen Gruppen im Modell des Ausgleichsjahres noch rund 2.000 € und im Ausgangsmodell ca. 1.000 € betrug. Die weitere Annahme der BARMER, dass der Abstand der beiden Kostenschätzer bei erneuter Trennung der HMGs auf über 1.000 € ansteigen würde, bewahrheitet sich mit Blick auf die Auswertung des GKV-SV nicht.

Die in den verschiedenen Modellen auftretenden unterschiedlichen und im Verlauf der Modellentwicklung konvergierenden Abstände der Kostenschätzer sind gerade kein Beleg für eine ausreichende Stabilität der Werte. Vielmehr verdeutlichen sie die Möglichkeit künftiger Hierarchieverletzungen. Aus Sicht des BAS ist die Zusammenlegung daher gerechtfertigt.

Der ergänzende Vorschlag des BKK DV sieht die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung der Zuschlagsgruppen für Epilepsie über den Sonderfall 1 vor. Für die Differenzierung sollten Antiepileptika herangezogen werden. Zudem solle die Altersabgrenzung der M2Q-Gruppen von derzeit 17/18 Jahren auf 11/12 Jahre angepasst werden. Der Vorschlag wurde vom GKV-SV nicht aufgegriffen. Er stellt zudem eine größere Abweichung vom Festlegungsentwurf dar. Auch wenn die Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung der Epilepsie anhand passender Antiepileptika dem Grunde nach sinnvoll erscheint, wird auf eine empirische Untersuchung in diesem Anpassungszyklus verzichtet.

14.2.2.2 Arzneimitteldifferenzierung der Myasthenia gravis

Der in einer Vielzahl der Stellungnahme vorgetragene Hinweis zur Ergänzung des ATC-Kodes N07AA „Cholinesteraseinhibitoren“ im Rahmen der Differenzierung der Myasthenia gravis stützt sich auf die Empfehlungen der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome“ (vgl. Wiendl et al. 2024). Demnach sollen zur symptomatischen Therapie der Myasthenia gravis Acetylcholinesterase-Inhibitoren, insbesondere Pyridostigmin (ATC-Kode N07AA02), verwendet werden. Die Zuordnung des Wirkstoffes bzw. des ATC-Fünfstellers N07AA „Cholinesterasehemmer“ ist inhaltlich gerechtfertigt. Die Ergänzung des Wirkstoffes in der Zuordnungsliste wird in Abschnitt 14.2.3 untersucht.

Sachgerecht ist auch das Ersetzen des ATC-Fünfstellers L04AG durch den neuen ATC-Fünfsteller L04AL ab dem Berichtsjahr 2024 für die beiden DxGs 1250 und 1252 für die Myasthenia gravis mit Dauermedikation.

Da sich die Abbildung der Myasthenia gravis im Klassifikationsmodell für das AJ 2027 strukturell verändert hat, erscheint es dem BAS zudem sachgerecht, zusätzlich den ATC-Fünfsteller L04AA

in der hierarchisch höherstehenden DxG1250 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation II“ (in der gleichnamigen HMG0249) ab dem Berichtsjahr 2024 in der Anlage 3 zu streichen. Bisher wurde der ATC-Kode L04AA aufgrund der Wirkstoffe Mycophenolsäure und Efgartigimod alfa berücksichtigt. Durch die Umklassifizierung von Efgartigimod alfa zu dem neuen ATC-Kode L04AL01 deckt die Berücksichtigung des L04AA nur noch die Mycophenolsäure ab. Diese ist aus Sicht des BAS nicht für das Aufgreifen der DxG1250 zu berücksichtigen.

14.2.2.3 Arzneimitteldifferenzierung der Polyneuropathien

TK et al. regen an, die im Festlegungsentwurf eingeführte einfache Arzneimitteldifferenzierung der Polyneuropathien bzw. der schweren Polyneurits weiter zu verfeinern bzw. um eine weitere über Arzneimittel abgegrenzte DxG bzw. HMG zu ergänzen. So solle der HMG0231 „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation“ eine weitere HMG „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation II“ hierarchisch vorangestellt werden. Diese HMG (bzw. die enthaltene neue DxG) solle dieselben ICD-Kodes umfassen wie die DxG1251. Die neue DxG solle jedoch lediglich über den ATC-Kode L04AA „Selektive Immunsuppressiva“ aufgegriffen werden.

Aus Sicht des BAS ist dieser Vorschlag nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Der ATC-Kode L04AA beinhaltet bezogen auf die Therapie der hier betrachteten Polyneuritiden vergleichsweise unspezifische Wirkstoffe, wohingegen andere Wirkstoffe der der DxG1251 bzw. HMG0231 zugeordneten ATC-Gruppen spezifischer erscheinen. Auf eine ausführliche Darstellung der rechnerischen Ergebnisse des Vorschlags wird an dieser Stelle verzichtet, da er empirisch nicht überzeugt und eine Hierarchieverletzung nach sich ziehen würde.

Alternative Optionen zur weiteren Ausdifferenzierung der Polyneuropathien werden zum jetzigen Zeitpunkt nicht untersucht.

Aufgrund der in Abschnitt 14.2.2.2 beschriebenen Umklassifizierung des Wirkstoffes Efgartigimod alfa von L04AA58 zu L04AL01, welcher auch im Rahmen der Behandlung der chronisch-inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie Anwendung findet, ist aus Sicht des BAS ab dem Berichtsjahr 2024 zusätzlich der ATC-Kode L04AL für die DxG1251 „Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation“ in der Anlage 3 zu berücksichtigen.

14.2.2.4 Arzneimitteldifferenzierung der HMG0236 „Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems“

Der BKK DV regt in seiner Stellungnahme eine Arzneimitteldifferenzierung der HMG0236 „Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems“ (bzw. der in der HMG enthaltenen DxGs) an. Hierzu solle der ATC-Kode N02CD „Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten“ genutzt werden.

Die Wirkstoffe der genannten Gruppe dienen zur Prophylaxe und Therapie der Migräne. Insofern bezieht sich der Vorschlag des BKK DV vermutlich nicht auf alle DxGs der HMG0236, sondern lediglich auf die DxG1256 „Migräne-Kopfschmerz mit Dauermedikation“. Da der vom BKK DV genannte ATC-Kode N02CD bereits zum Aufgreifen der DxG1256 genutzt wird, zielt der Vorschlag nach dem Verständnis des BAS darauf ab, diese (bisher einfache) Arzneimitteldifferenzierung zu einer mehrfachen Differenzierung auszuweiten.

Da die Arzneimittelzuordnung zur DxG1256 bei den zurückliegenden Modellanpassungen nicht verändert worden ist und eine mehrfache Differenzierung an dieser Stelle der Hierarchie weitere

Anpassung nach sich ziehen würde, erfolgt zum jetzigen Zeitpunkt keine empirische Untersuchung des Vorschlags.

14.2.3 Vorschlag zur Berücksichtigung von Cholinesteraseinhibitoren bei der Differenzierung der Myasthenia gravis

Cholinesterasehemmer sind gemäß der einschlägigen Leitlinie Bestandteil der symptomatischen Therapie der Myasthenia gravis (vgl. Wiendl et al. 2024). Der ATC-Kode N07AA ist daher noch zu ergänzen. Ebenso wie der BKK DV und der AOK-BV präferiert das BAS die Zuordnung des Wirkstoffes lediglich zur unteren der beiden Arzneimittelgruppen (DxG1252 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation I“), da es sich bei der Therapie mit Cholinesterasehemmern um eine rein symptomatische Therapie handelt. Die Untersuchung erfolgt in Abschnitt 14.2.4.

14.2.4 Untersuchung

In **Modell A01** wird der Vorschlag zur Ergänzung des ATC-Fünfstellers N07AA für die DxG1252 (HMG0250) untersucht. Die Auswirkungen dieser Anpassung auf die Besetzungszahlen und Kostenschätzer der HMGs des Hierarchiestranges „Neuromuskuläre Erkrankungen“ werden in Tabelle 14.2 dargestellt.

Tabelle 14.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

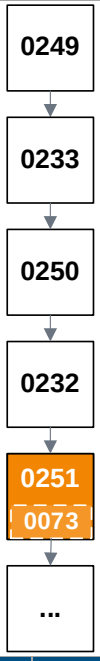
		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4682%	0,0873 PP	59,4681%	0,0871 PP
	CPM	31,1271%	0,0383 PP	31,1274%	0,0386 PP
	MAPE	3.031,96 €	-1,6875 €	3.031,95 €	-1,6983 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 2: Neuromuskuläre Erkrankungen					
HMG0249	Myasthenia gravis mit Dauermedikation II	1.574	36.812 €	1.574	36.812 €
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.409	19.639 €	3.409	19.639 €
HMG0250	Myasthenia gravis mit Dauermedikation I	9.607	7.224 €	16.416	5.830 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre)	26.987	4.939 €	26.885	4.940 €
HMG0251	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation	16.922	2.205 €	10.337	1.175 €
HMG0073	Myopathien und andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse	56.661	960 €	56.657	959 €

Quelle: Auswertung BAS

Das Modell ist hinsichtlich der Kennzahlen mit dem Festlegungsentwurf vergleichbar. Das MAPE verbessert sich um einen Cent. Da es sich um eine inhaltlich notwendige Korrektur handelt, ist an dieser Anpassung festzuhalten.

Allerdings werden in Modell A01 mehr als 6.000 Versicherte nicht mehr der HMG0251 „Myasthenia gravis ohne Dauermedikation“, sondern der HMG0250 „Myasthenia gravis mit Dauermedikation I“ zugeordnet. Die in der HMG0251 verbleibenden Versicherten weisen verhältnismäßig niedrige Folgekosten auf – der Kostenschätzer der HMG sinkt auf 1.175 € ab und weist zum Kostenschätzer der HMG0073 „Myopathien und andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse“ einen Abstand von nur noch 216 € auf. Um eine künftige Hierarchieverletzung auszuschließen, liegt es nahe, die HMGs 0251 und 0073 zu einer neuen HMG0251 „Myasthenia gravis ohne Dauermedikation und andere Myopathien“ zusammenzufassen. Ein entsprechender Schritt wird in **Modell A02** geprüft.

Tabelle 14.3: Vergleich des Modells A01 mit Modell A02

		Modell A01		Modell A02	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4681%	0,0871 PP	59,4681%	0,0871 PP
	CPM	31,1274%	0,0386 PP	31,1274%	0,0386 PP
	MAPE	3.031,95 €	-1,6983 €	3.031,95 €	-1,6990 €
Modellstruktur (Ausschnitt):					
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 2: Neuromuskuläre Erkrankungen					
HMG0249	Myasthenia gravis mit Dauermedikation II	1.574	36.812 €	1.574	36.812 €
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.409	19.639 €	3.409	19.639 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre)	26.885	4.940 €	26.885	4.940 €
HMG0251 (alt)	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation	10.337	1.175 €		
HMG0073	Myopathien und andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse	56.657	959 €		
HMG0251 (neu)	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation und andere …			66.994	993 €

Quelle: Auswertung BAS

Aus der Zusammenlegung der beiden HMGs ergibt sich keine Veränderung der Modellgüte. An der Zusammenlegung wird daher festgehalten.

14.2.5 Ergebnis

Modell A02 wird umgesetzt und stellt die Fassung der Hierarchie 14 für die Festlegung dar. Außerdem werden die unter den Abschnitten 14.2.2.2 und 14.2.2.3 beschriebenen Anpassungen der Anlage 3 ab dem Berichtsjahr 2024 umgesetzt.

14.3 Festlegung der Hierarchie 14 „Neurologisch Erkrankungen“

14.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 14

Tabelle 14.4 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 14.3 und Abbildung 14.4 stellen die Festlegung der Hierarchie 14 graphisch dar.

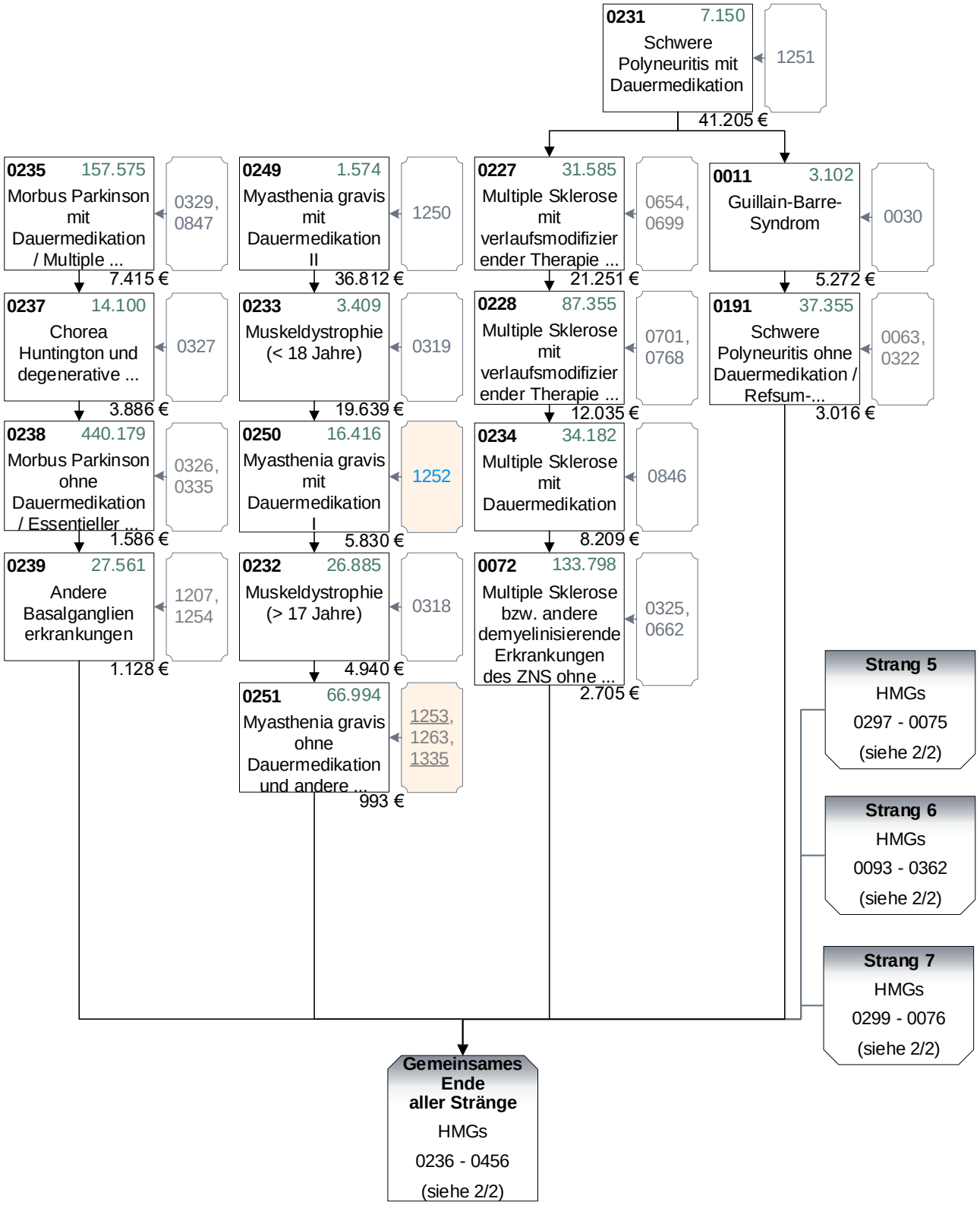
Tabelle 14.4: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 14 im AJ 2027

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4682%	0,0873 PP	59,4681%	0,0871 PP
	CPM	31,1271%	0,0383 PP	31,1274%	0,0386 PP
	MAPE	3.031,96 €	-1,6875 €	3.031,95 €	-1,6990 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1: Erkrankungen der Basalganglien					
HMG0235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation / Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]	157.575	7.415 €	157.575	7.415 €
HMG0237	Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen	14.100	3.886 €	14.100	3.886 €
HMG0238	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation / Essentieller Tremor und andere Bewegungsstörungen	440.179	1.586 €	440.179	1.586 €
HMG0239	Andere Basalganglienerkrankungen	27.561	1.127 €	27.561	1.128 €
Strang 2: Neuromuskuläre Erkrankungen					
HMG0249	Myasthenia gravis mit Dauermedikation II	1.574	36.812 €	1.574	36.812 €
HMG0233	Muskeldystrophie (< 18 Jahre)	3.409	19.639 €	3.409	19.639 €
HMG0250	Myasthenia gravis mit Dauermedikation I	9.607	7.224 €	16.416	5.830 €
HMG0232	Muskeldystrophie (> 17 Jahre)	26.987	4.939 €	26.885	4.940 €
HMG0251 (alt)	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation	16.922	2.205 €		
HMG0251 (neu)	Myasthenia gravis ohne Dauermedikation und andere Myopathien			66.994	993 €
HMG0073	Myopathien und andere Erkrankungen der neuromuskulären Synapse	56.661	960 €		
Strang 3: Multiple Sklerose					
HMG0227	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorie 3 / Andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS mit Dauermedikation	31.585	21.249 €	31.585	21.251 €
HMG0228	Multiple Sklerose mit verlaufsmodifizierender Therapie - Wirksamkeitskategorien 1 & 2	87.355	12.034 €	87.355	12.035 €
HMG0234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	34.182	8.207 €	34.182	8.209 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,4682%	0,0873 PP	59,4681%	0,0871 PP
	CPM	31,1271%	0,0383 PP	31,1274%	0,0386 PP
	MAPE	3.031,96 €	-1,6875 €	3.031,95 €	-1,6990 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0072	Multiple Sklerose bzw. andere demyelinisierenden Erkrankungen des ZNS ohne Dauermedikation	133.798	2.706 €	133.798	2.705 €
Strang 4: Polyneuropathien					
HMG0231	Schwere Polyneuritis mit Dauermedikation	7.150	41.197 €	7.150	41.205 €
HMG0011	Guillain-Barre-Syndrom	3.102	5.269 €	3.102	5.272 €
HMG0191	Schwere Polyneuritis ohne Dauermedikation / Refsum-Krankheit / Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie	37.355	3.017 €	37.355	3.016 €
Strang 5: Enzephalopathien					
HMG0297	Apallisches Syndrom	5.791	38.398 €	5.791	38.399 €
HMG0980	Hirnödem	15.009	13.990 €	15.009	13.990 €
HMG0307	Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen (> 1 Jahr) / Mitochondriale Zytopathie	3.328	6.646 €	3.328	6.642 €
HMG0075	Hydrozephalus und damit verbundene Hirnveränderungen / sonstige näher bezeichnete Krankheiten des ZNS	111.172	3.361 €	111.172	3.361 €
Strang 6: Infektionen					
HMG0093	Nicht virale Meningitis / Enzephalitis	13.363	3.907 €	13.363	3.909 €
HMG0362	Meningitis / Enzephalitis / sonstige nicht virale intrakranielle Infektionen / intrakranielle / intraspinale Abszesse oder Phlebitis	20.462	1.566 €	20.462	1.567 €
Strang 7: Epilepsie					
HMG0299	Status epilepticus (< 18 Jahre)	2.204	20.119 €	2.204	20.118 €
HMG0302	Status epilepticus (> 17 Jahre) / Epilepsie (< 18 Jahre)	81.168	7.434 €	81.168	7.434 €
HMG0076	Epilepsie (> 17 Jahre)	792.673	1.415 €	792.673	1.415 €
gemeinsames Strangende					
HMG0236	Andere schwerwiegende Erkrankungen des Nervensystems	1.874.781	707 €	1.874.774	707 €
HMG0080	Weitere episodische und näher bezeichnete Erkrankungen des Gehirns / Spätfolgen von Infektionen des ZNS	1.636.884	396 €	1.636.877	396 €
HMG0418	Sonstige Erkrankungen der Nerven und des ZNS	1.716.235	140 €	1.716.228	140 €
HMG0456	Andere Kopfschmerzsyndrome	2.208.736	12 €	2.208.734	12 €

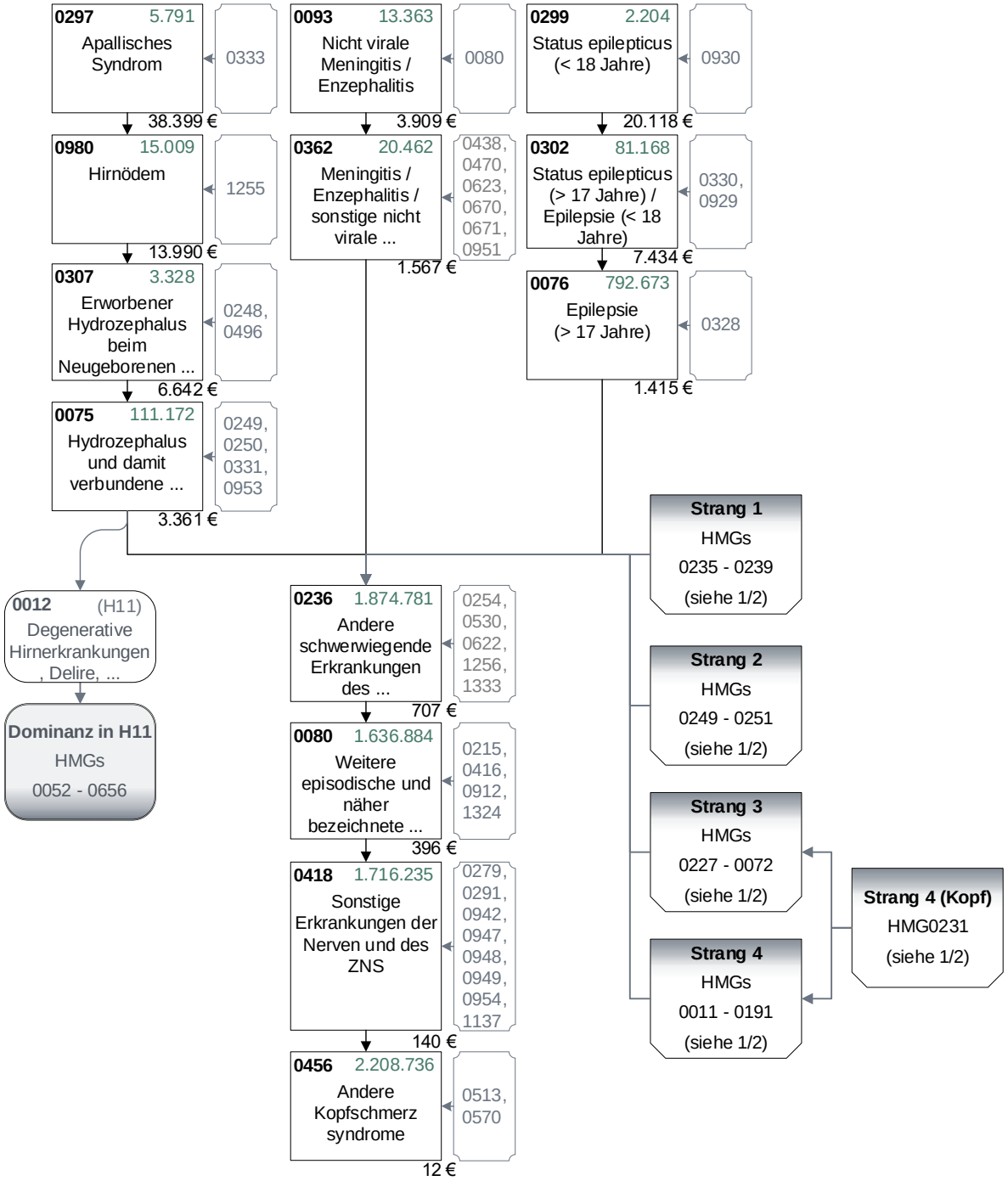
Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 14.3: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 14.4: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

15 Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

15.1 Festlegungsentwurf

In der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ wurden ICD-Kodes aus der Ausschlusskategorie aufgenommen und passenden DxGs zugeordnet. Nach Anpassungen von Alterssplits wurde die Dominanzstruktur überarbeitet und die Hierarchie konsolidiert. Zudem wurden die externen Dominanzverbindungen zwischen Hierarchie 16 und Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ aufgehoben.

Tabelle 15.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 15.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 16 im Vergleich

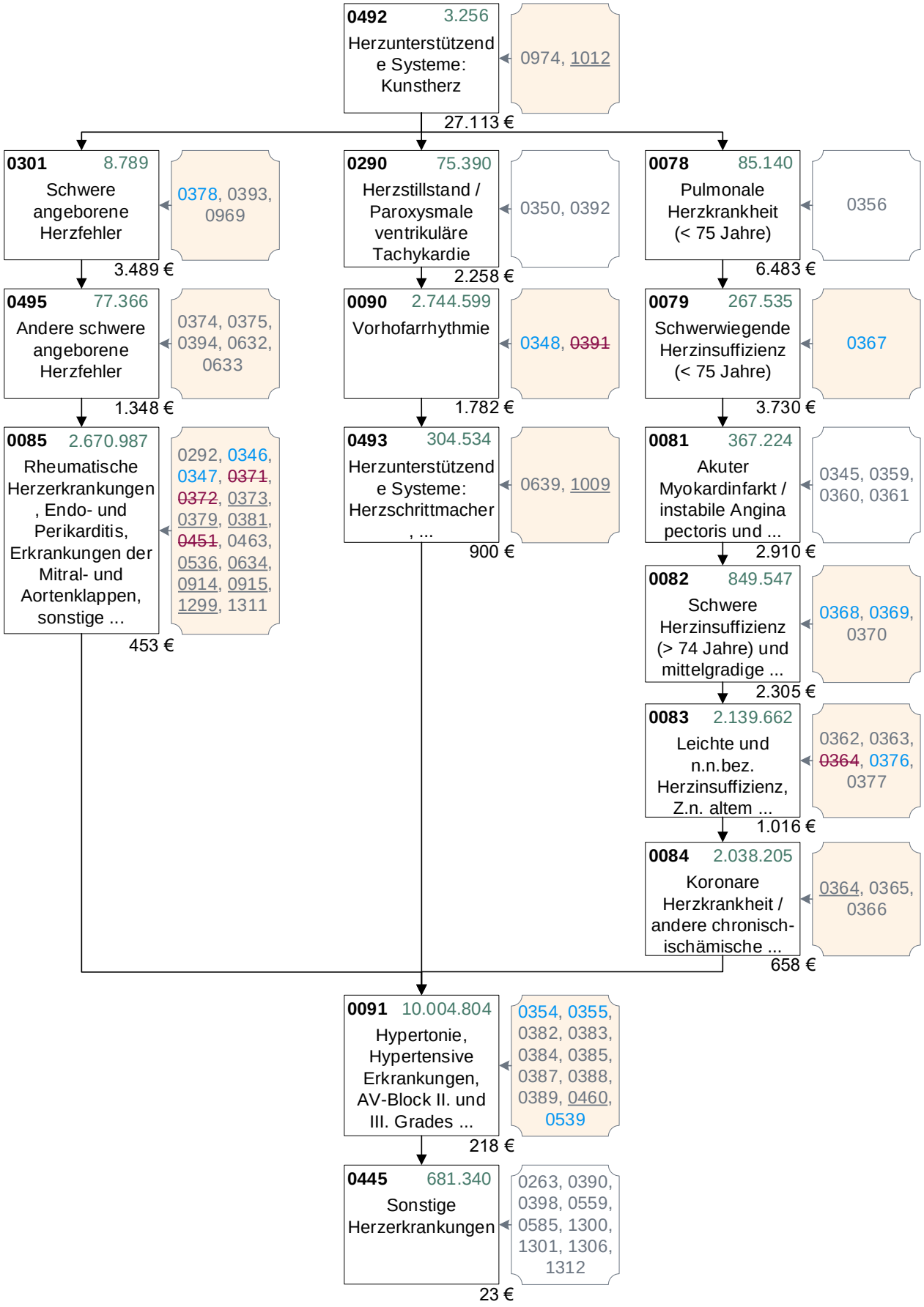
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3761 %	-0,0048 PP
	CPM	31,0888 %		31,0826 %	-0,0062 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,92 €	0,2708 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Start Stränge 1 bis 3					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	2.735	18.532 €	3.256	27.113 €
Strang 1					
HMG0301 (alt)	Schwere angeborene Herzfehler (5 < Jahre < 18)	7.639	3.579 €		
HMG0301 (neu)	Schwere angeborene Herzfehler			8.789	3.489 €
HMG0494 (alt)	Atresie der A. pulmonalis (> 17 Jahre)	871	2.581 €		
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler	39.828	1.465 €	77.366	1.348 €
HMG0300 (alt)	Sonstige Herzfehler	217.785	659 €		
HMG0085 (alt)	Rheumatische Herzerkrankungen / Endo- und Perikarditis / Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe	2.495.635	371 €		
HMG0085 (neu)	Rheumatische Herzerkrankungen, Endo- und Perikarditis, Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe, sonstige Herzfehler			2.670.987	453 €
Strang 2					
HMG0290	Herzstillstand / Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	75.428	1.858 €	75.390	2.258 €
HMG0090 (alt)	Näher bezeichnete Arrhythmien (55 bis 79 Jahre)	1.303.072	1.684 €		
HMG0090 (neu)	Vorhofarrhythmie			2.744.599	1.782 €
HMG0092 (alt)	Näher bezeichnete Arrhythmien (< 55 bzw. > 79 Jahre)	1.441.690	1.596 €		
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges	59.098	-261 €	304.534	900 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3761 %	-0,0048 PP
	CPM	31,0888 %		31,0826 %	-0,0062 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,92 €	0,2708 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0550 (alt)	AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen	148.144	-304 €		
Strang 3					
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	85.940	6.463 €	85.140	6.483 €
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	267.658	3.663 €	267.535	3.730 €
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)	367.256	2.885 €	367.224	2.910 €
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	849.420	2.248 €	849.547	2.305 €
HMG0083 (alt)	Angina pectoris / Z.n. altem Myokardinfarkt / Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz	2.402.004	948 €		
HMG0083 (neu)	Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz, z.n. altem Myokardinfarkt			2.139.662	1.016 €
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	1.776.021	655 €	2.038.205	658 €
gemeinsames Ende Stränge 1 bis 3					
HMG0091 (alt)	Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen	8.048.023	263 €		
HMG0091 (neu)	Hypertonie, Hypertensive Erkrankungen, AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen			10.004.804	218 €
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	1.746.526	-130 €	681.340	23 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 15.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 15.1: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ im Festlegungsentwurf (1/1)



Quelle: Auswertung BAS

15.2 Anhörungsverfahren

15.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Entscheidung des BAS, hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen zurückzunehmen wird vom AOK-BV grundsätzlich begrüßt, KBV/BÄK finden die Aufhebung von Alterssplits und Dominanzbeziehungen in Hierarchie 16 verständlich erläutert und können die Anpassung und Konsolidierung der Hierarchie nachvollziehen.

TK et al. plädieren demgegenüber für die Beibehaltung der hierarchieübergreifenden Dominanzen zwischen den Hierarchien 04 und 16, da eine zur Begründung herangezogene Verbesserung der Modellkonsistenz abstrakt bleibe und die resultierende Kennzahlenverschlechterung nicht durch unabhängig davon erreichte Kennzahlenverbesserungen an anderer Stelle gerechtfertigt werden könnte.

Der GKV-SV schlägt nach Auflösung der externen Dominanzen eine Prüfung der DxG-HMG-Zuordnung der Strangenden auf Kostenhomogenität in den Hierarchien 04 und 16 vor.

GKV-SV und IKK e. V. regen eine Umbenennung der DxGs und HMGs, die mit „Pulmonale Herzkrankheit…“ beginnen, an. Diese bildeten die pulmonale Hypertonie ab und seien daher entsprechend zu benennen.

Der IKK e. V. regt die Einführung weiterer Alterssplits für den Vorhofseptumdefekt sowie die Herzinsuffizienz an.

Der IKK e. V. schlägt vor, die ICD-Kodes der mittelgradigen Herzinsuffizienz von denen der schwerwiegenden zu trennen.

Der AOK-BV schlägt eine Arzneimitteldifferenzierung für den Wirkstoff Treprostinil bei chronisch thromboembolischer, pulmonaler Hypertonie vor.

GKV-SV und IKK e. V. regen an, den ATC-Kode C10BX „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln“ analog zur Zuordnung des ATC-Kodes C09DB „Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Calciumkanalblocker“– bei weiteren DxGs zu ergänzen.

GKV-SV und IKK e. V. schlagen die Streichung des ATC-Kodes C02KX „Antihypertensiva zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie“ in der DxG0387 „Essentielle Hypertonie“ vor, da entsprechende Präparate mit diesen Wirkstoffen nicht zur Behandlung einer essentiellen Hypertonie zugelassen seien.

15.2.2 Diskussion der Stellungnahme

Die Gründe für die Auflösung der externen Dominanzbeziehung wurden in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargelegt (vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung 2026, S. 254ff.). Die aus diesen Änderungen resultierende Verschlechterung der Kennzahlen wurde vom BAS und dem Wissenschaftlichen Beirat bewertet und als akzeptabel und im Vergleich zur Verbesserung der Modellkonsistenz und -stabilität sowie der Reduzierung der Bearbeitungskomplexität als vertretbar eingestuft. Dies begründet die Entscheidung zur Umsetzung des Vorschlages. Zusätzlich wurde im weiteren Verlauf des Abschnittes darauf hingewiesen, dass die Abbildungsqualität innerhalb der Hierarchie im Vergleich zum Vorjahresmodell verbessert wurde. Dies ist lediglich eine

Zusatzinformation, da die tatsächliche Modellverbesserung im Vergleich zum Vorjahr aus den im Rahmen der Weiterentwicklung standardmäßig dargestellten Kennzahlen nicht ersichtlich ist. Diese Aussage dient nicht der Begründung der vorgenommenen Änderungen. Die Kostenhomogenität der DxG-HMG-Zuordnung am Ende der Dominanzstränge wurde bei Erstellung des Festlegungsentwurfs geprüft, es besteht kein Anpassungsbedarf.

Die DxGs 0345 und 0356 „Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)“ und „[…] (< 75 Jahre)“ beinhalten unter anderem den ICD-Kode I27.8 „Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten“, auch trägt der ICD-Dreisteller I27.- den Namen „Sonstige pulmonale Herzkrankheiten“. Dass die betreffenden DxGs und HMGs das Wort „Herzkrankheit“ im Namen tragen, ist daher nach Sicht des BAS sachgerecht.

Eine Einführung weiterer Alterssplits ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht geplant. Die weitere Untersuchung der aktuell im Klassifikationsmodell bestehenden Alterssplits ist für die Zukunft geplant.

Eine Prüfung der Ausgliederung von ICD-Kodes der Herzinsuffizienz in eine andere DxG/HMG bedarf einer Anhörung und kann erst in einem der folgenden Anpassungszyklen geprüft werden.

Eine Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung für den Wirkstoff Treprostinil kann ebenfalls erst in einem Anhörungsverfahren und damit in einem der folgenden Anpassungszyklen geprüft werden.

Die Ergänzung von C10BX zu allen DxGs, denen bereits C09BD zugeordnet ist, wird im Folgenden geprüft. Es soll vermieden werden, dass Versicherte beim Umstieg von z. B. einem Präparat mit Candesartan und Amlodipin (C09BD07) auf die Kombination Candesartan/Amlodipin/Atorvastatin (C10BX19) nicht mehr zugeordnet werden. Hiervon sind auch DxGs in der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ betroffen.

Das BAS stimmt GKV-SV und IKK e. V. zu, dass die Zuordnung des ATC-Kodes C02KX „Antihypertensiva zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie“ zur DxG0387 nicht sachgerecht ist. Der ATC-Kode wird gestrichen.

15.2.3 Vorschlag

Der ATC-Kode C10BX (Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen in Kombination mit anderen Mitteln) wird bei allen DxGs ergänzt, die bereits über den ATC-Kode C09DB (Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und Calciumkanalblocker) validiert werden. Andernfalls würden Versicherte, welche zunächst nur mit einer Wirkstoffkombination der C09BD-Gruppe behandelt werden, nicht mehr den entsprechenden DxGs zugeordnet werden, sobald sie ein Kombipräparat erhalten, welches einen zusätzlichen Wirkstoff enthält.

Der ATC-Kode C02KX wird in der DxG0387 gestrichen, da die Wirkstoffe nicht zur Behandlung der essentiellen Hypertonie eingesetzt werden.

15.2.4 Untersuchung

In **Modell A01** wird der ATC-Kode C10BX in den folgenden DxGs der Hierarchie 16 ergänzt: 0354, 0355, 0367, 0368, 0369, 0370, 0376, 0377, 0382, 0383, 0385, 0387, 0388, 0389, 0398 und 0539. Zudem wird der ATC-Kode C10BX in weiteren DxGs, die der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ zugeordnet sind, ergänzt. Diese werden ebenfalls mit dem

ATC-Kode C09DB validiert, sodass eine Erweiterung um den ATC-Kode C10BX erforderlich ist. Es handelt sich um die DxGs 0537, 0538, 0539, 0541, 0542, 0821, 0822, 0845, 0850, 0851, 0853, 0854 und 0855, wobei die DxG0539 auch der Hierarchie 16 zugeordnet ist und damit bei der ersten Auflistung bereits berücksichtigt wurde.

Außerdem wird der ATC-Kode C02KX in der DxG0387 gestrichen.

Tabelle 15.2 fasst die Ergebnisse der Untersuchung zusammen.

Tabelle 15.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3761 %	-0,0048 PP	59,3759 %	-0,0050 PP
	CPM	31,0826 %	-0,0062 PP	31,0823 %	-0,0065 PP
	MAPE	3.033,92 €	0,2708 €	3.033,93 €	0,2862 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Start Stränge 1 bis 3					
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz	3.256	27.113 €	3.256	27.113 €
Strang 1					
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler	8.789	3.489 €	8.789	3.489 €
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler	77.366	1.348 €	77.366	1.348 €
HMG0085	Rheumatische Herzerkrankungen, Endo- und Perikarditis, …	2.670.987	453 €	2.670.987	453 €
Strang 2					
HMG0290	Herzstillstand / Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	75.390	2.258 €	75.390	2.258 €
HMG0090	Vorhofarrhythmie	2.744.599	1.782 €	2.744.599	1.782 €
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, …	304.534	900 €	304.534	900 €
Strang 3					
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)	85.140	6.483 €	85.140	6.483 €
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)	267.535	3.730 €	267.591	3.729 €
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute …	367.224	2.910 €	367.218	2.909 €
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz	849.547	2.305 €	849.740	2.304 €
HMG0083	Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz, Z.n. altem Myokardinfarkt	2.139.662	1.016 €	2.140.105	1.016 €
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische …	2.038.205	658 €	2.037.820	658 €
gemeinsames Ende Stränge 1 bis 3					
HMG0091	Hypertonie, Hypertensive Erkrankungen, AV-Block II. …	10.004.804	218 €	10.007.616	218 €
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen	681.340	23 €	681.172	23 €

Quelle: Auswertung BAS

15.2.5 Ergebnis

Die Kennzahlen des Modells verschlechtern sich geringfügig. Die Anpassung der ATC-Kodes ist sachgerecht und für die korrekte Zuordnung der Versicherten notwendig. Sie führt weder in der Hierarchie 16 noch in der ebenfalls durch die Anpassungen betroffenen Hierarchie 20 zu auffälligen Veränderungen in Fallzahlen oder Kostenschätzern der betroffenen HMGs. Die Änderungen werden umgesetzt. Das Modell A01 bildet das Modell der Festlegung.

15.3 Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

15.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 16

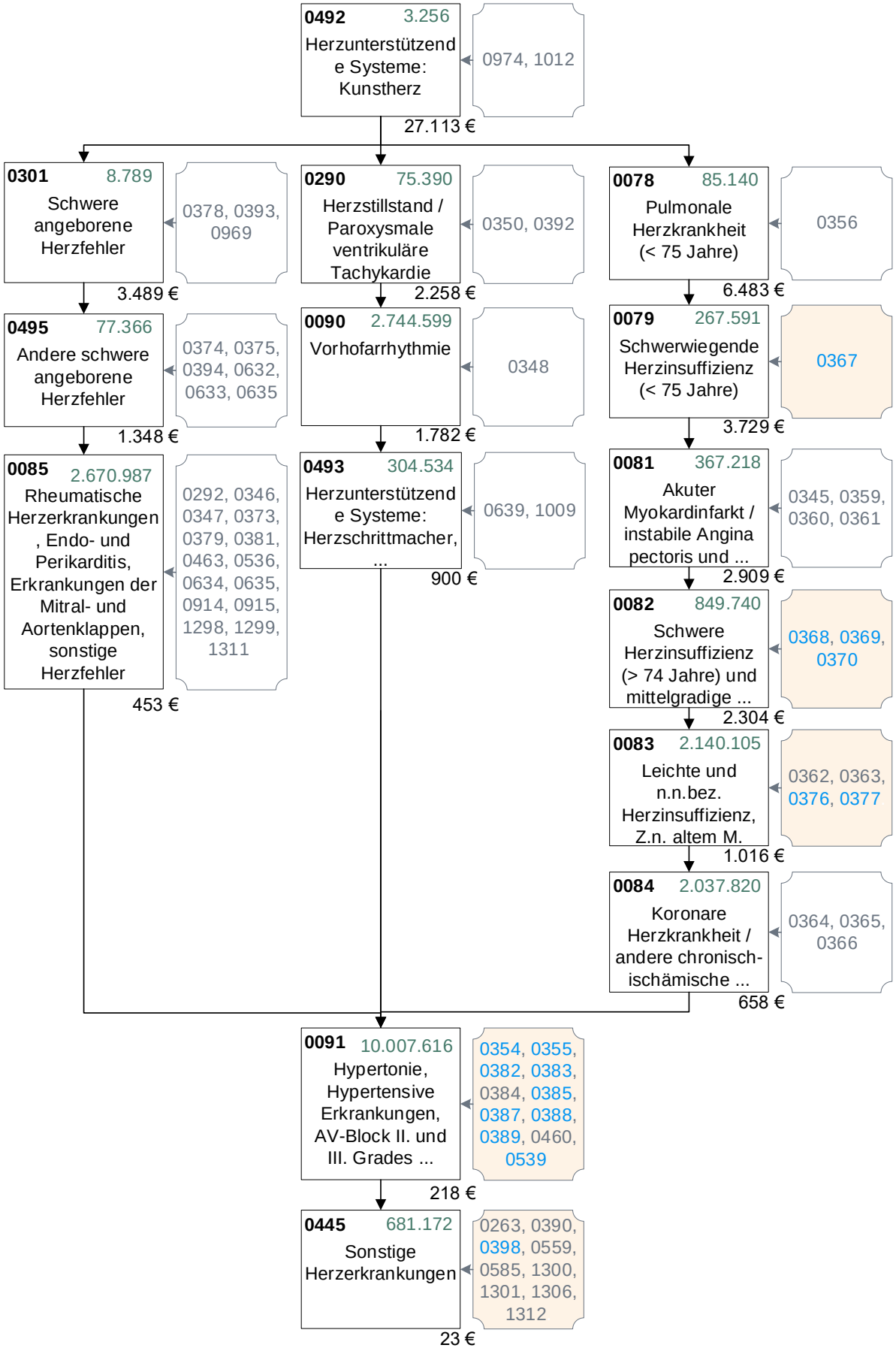
Tabelle 15.3 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 15.2 stellt die Festlegung der Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ graphisch dar.

Tabelle 15.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 16 im AJ 2027

			Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell		R^2	59,3761 %	-0,0048 PP	59,3759 %	-0,0050 PP
		CPM	31,0826 %	-0,0062 PP	31,0823 %	-0,0065 PP
		MAPE	3.033,92 €	0,2708 €	3.033,93 €	0,2862 €
Risikofaktor			**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Start Stränge 1 bis 3						
HMG0492	Herzunterstützende Systeme: Kunstherz		3.256	27.113 €	3.256	27.113 €
Strang 1						
HMG0301	Schwere angeborene Herzfehler		8.789	3.489 €	8.789	3.489 €
HMG0495	Andere schwere angeborene Herzfehler		77.366	1.348 €	77.366	1.348 €
HMG0085	Rheumatische Herzerkrankungen, Endo- und Perikarditis, Erkrankungen der Mitral- oder Aortenklappe, sonstige Herzfehler		2.670.987	453 €	2.670.987	453 €
Strang 2						
HMG0290	Herzstillstand / Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie		75.390	2.258 €	75.390	2.258 €
HMG0090	Vorhofarrhythmie		2.744.599	1.782 €	2.744.599	1.782 €
HMG0493	Herzunterstützende Systeme: Herzschrittmacher, Kardiodefibrillator, Sonstiges		304.534	900 €	304.534	900 €
Strang 3						
HMG0078	Pulmonale Herzkrankheit (< 75 Jahre)		85.140	6.483 €	85.140	6.483 €
HMG0079	Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)		267.535	3.730 €	267.591	3.729 €
HMG0081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten / Pulmonale Herzkrankheit (> 74 Jahre)		367.224	2.910 €	367.218	2.909 €
HMG0082	Schwere Herzinsuffizienz (> 74 Jahre) und mittelgradige Herzinsuffizienz		849.547	2.305 €	849.740	2.304 €
HMG0083	Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz, Z.n. altem Myokardinfarkt		2.139.662	1.016 €	2.140.105	1.016 €
HMG0084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens		2.038.205	658 €	2.037.820	658 €
gemeinsames Ende Stränge 1 bis 3						
HMG0091	Hypertonie, Hypertensive Erkrankungen, AV-Block II. und III. Grades sowie sinuatriale Blockierungen		10.004.804	218 €	10.007.616	218 €
HMG0445	Sonstige Herzerkrankungen		681.340	23 €	681.172	23 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 15.2: Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/1)



Quelle: Auswertung BAS

16 Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

16.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf waren in der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ Anpassungen aufgrund von aus der Ausschlusskategorie aufgenommenen ICD-Kodes erforderlich. Zur besseren Abbildung der Folgekosten wurden Anpassungen an einzelnen HMGs und DxGs vorgenommen. Zudem wurden die in der Hierarchie vorhandenen Alterssplits sowie Arzneimittelvorschläge aus den Vorjahren geprüft und teilweise umgesetzt. Abschließend wurde die Hierarchiestruktur vereinfacht und konsolidiert.

Tabelle 16.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 16.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3752%	-0,0057 PP
	CPM	31,0888%		31,1012%	0,0124 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,10 €	-0,5449 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0222 (alt)	Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie	3.698	122.454 €		
HMG0222 (neu)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie			4.670	123.894 €
HMG0217 (alt)	Mukoviszidose (> 11 Jahre)	2.880	24.998 €		
HMG0217 (neu)	Mukoviszidose			4.109	31.563 €
HMG0218 (alt)	Mukoviszidose (< 12 Jahre)	2.200	83.044 €		
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	51.916	6.350 €	51.916	6.466 €
HMG0215 (alt)	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma (> 17 Jahre)	1.408.728	2.349 €		
HMG0215 (neu)	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma			1.411.003	2.393 €
Strang 2					
HMG0111 (alt)	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	31.089	6.954 €		

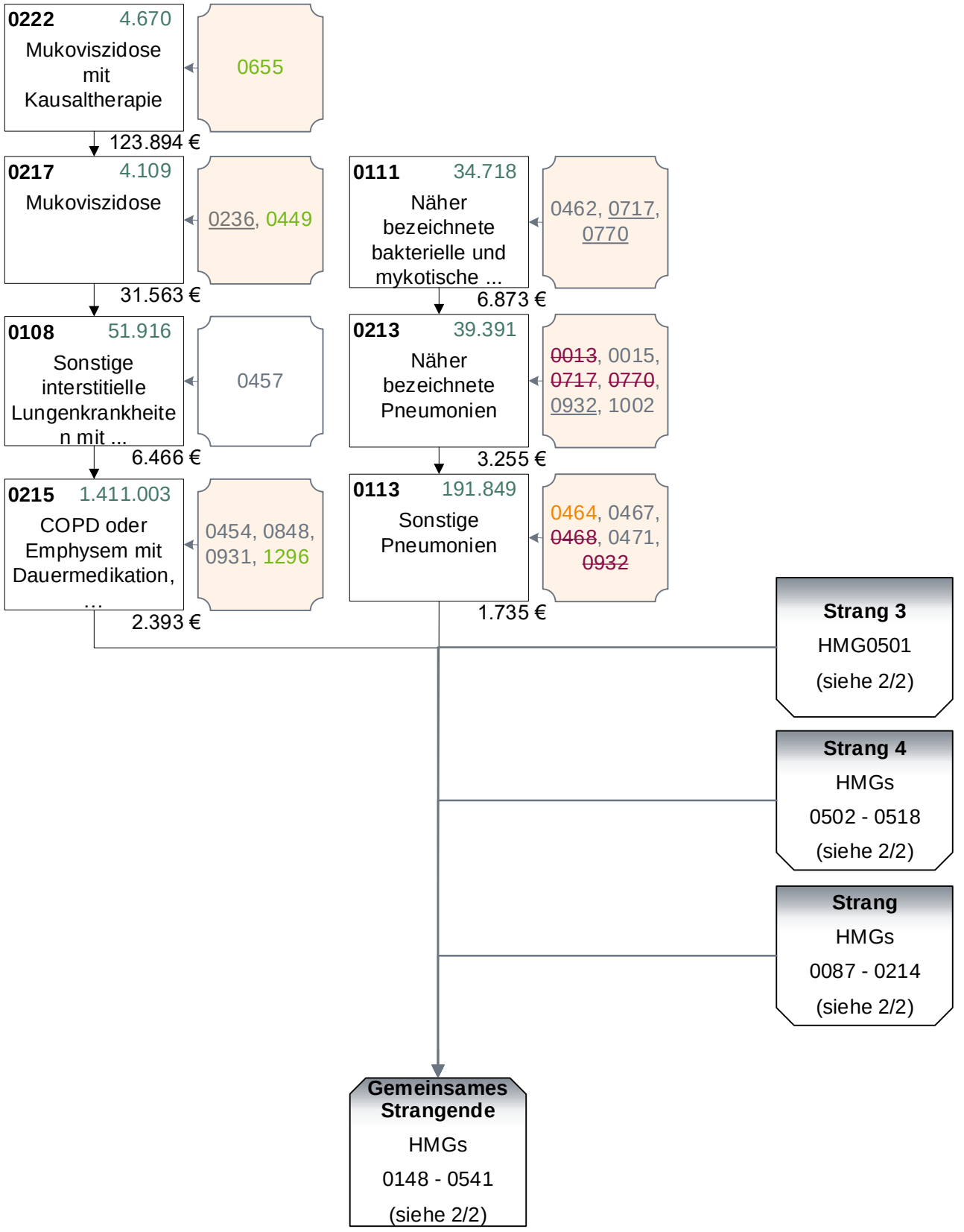
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3752%	-0,0057 PP
	CPM	31,0888%		31,1012%	0,0124 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,10 €	-0,5449 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0111 (neu)	Näher bezeichnete bakterielle und mykotische Infektionen der Lunge			34.718	6.873 €
HMG0213 (alt)	Infektionen der Lunge durch opportunistische Erreger, Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen, Kandidose der Lunge	43.230	3.697 €		
HMG0213 (neu)	Näher bezeichnete Pneumonien			39.391	3.255 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	639.788	1.599 €	191.849	1.735 €
Strang 3					
HMG0214 (alt)	Aspirator, Respirator	77.843	12.880 €		
HMG0501	Respiratorische Insuffizienz	790.481	2.777 €	844.784	3.477 €
Strang 4					
HMG0502 (alt)	Sonstige näher bez. Krankheiten der Atemwege	1.515	5.384 €		
HMG0502 (neu)	Krankheiten der Atemwege nach med. Maßnahmen			1.515	5.581 €
HMG0503 (neu)	Pneumothorax und akutes Lungenödem			31.077	3.868 €
HMG0148 (alt)	Verletzungen des respiratorischen Systems, Angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Pneumothorax	42.854	3.361 €		
HMG0518 (alt)	Pleuraerguss, -empyem, Lungenödem, -abszess, andere angeborene Anomalien (> 5 Jahre), Verbrennungen oder Verätzungen des respiratorischen Systems	307.029	2.454 €		
HMG0518 (neu)	Pleuraerguss, -empyem, Lungenabszess, angeborene Anomalien (> 5 Jahre)			306.645	2.509 €
Strang 5					
HMG0087 (neu)	Tracheostoma			36.313	34.289 €
HMG0214 (neu)	Thorakostoma, Aspirator, Respirator			70.104	6.371 €
gemeinsames Strangende					
HMG0148 (neu)	Andere und n.n.bez. Pneumonien, Verletzungen des respiratorischen Systems			297.762	1.331 €
HMG0316 (alt)	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma (< 18 Jahre), sonstige andere Anomalien der Lunge, des respiratorischen Systems (> 5 Jahre)	1.010.114	987 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809%		59,3752%	-0,0057 PP
	CPM	31,0888%		31,1012%	0,0124 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,10 €	-0,5449 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0316 (neu)	Asthma bronchiale, Influenza mit Pneumonie			1.010.028	986 €
HMG0114 (alt)	Sonstige Erkrankungen der Pleura, COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation, Influenza mit Pneumonie, Sarkoidose der Lunge	1.483.764	339 €		
HMG0114 (neu)	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation, Sarkoidose der Lunge			1.463.400	362 €
HMG0212 (alt)	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.530.814	134 €		
HMG0212 (neu)	Andere näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege			1.028.127	181 €
HMG0541 (neu)	Sonstige Krankheiten der Pleura und der Atemwege			520.125	44 €
freistehende HMGs					
HMG0087 (alt)	Tracheostoma	36.313	32.214 €		
HMG0088 (alt)	Thorakostoma	527	8.158 €		

Quelle: Auswertung BAS

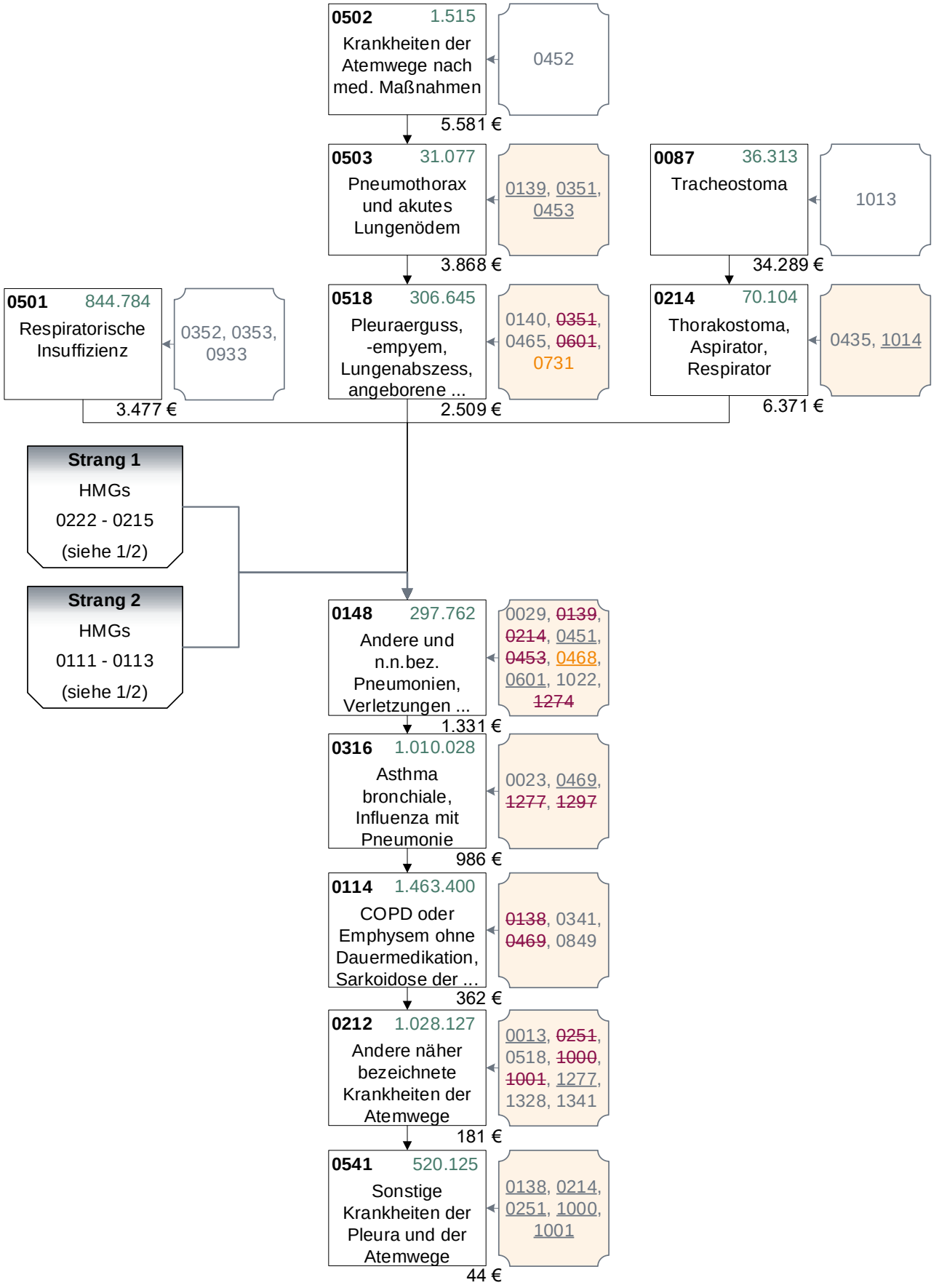
Abbildung 16.1 und Abbildung 16.2 fassen die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 16.1: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 16.2: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ im Festlegungsentwurf (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

16.2 Anhörungsverfahren

16.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Im Anhörungsverfahren wurden Stellungnahmen des GKV-SV, des AOK-BV, der BARMER, der DAK-G, der KBV/BÄK und des BKK DV eingebracht. BARMER und KBV/BÄK nehmen Stellung zu der Einordnung von im Ausgangsmodell neu aufgenommenen ICD-Kodes in das bestehende Hierarchiegefüge. GKV-SV und AOK-BV weisen darauf hin, dass der ICD-Kode J95.8- „Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ aus der Ausschlusskategorie aufgenommen und der DxG0214 „Sonstige und n.n.bez. Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ (HMG0541) zugeordnet werden solle. Anmerkungen zu der erweiterten Arzneimitteldifferenzierung bei Mukoviszidose gingen vom GKV-SV, dem BKK DV und von der DAK-G ein.

16.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die BARMER sieht die Auflösung der früheren Dominanzbeziehung zwischen der respiratorischen Insuffizienz (HMG0501) und der Abhängigkeit vom Aspirator / Respirator (früher HMG0214) kritisch. Es bestehe ein enger medizinischer Zusammenhang, weshalb sich durch die Auflösung der Dominanzbeziehung erhebliche Doppelzuschläge ergäben. Auch die KBV/BÄK hält eine Dominanzbeziehung zwischen der respiratorischen Insuffizienz, der Abhängigkeit vom Aspirator / Respirator und dem Tracheostoma für medizinisch sinnvoll. Das Thorakostoma (ursprüngliche HMG0088) ließe sich aus medizinischer Sicht hingegen gut in den Strang 4 integrieren.

Wie in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargelegt, wurde der Hierarchiestrang zur Abbildung künstlicher Körperöffnungen und unterstützender Systeme bewusst als eigenständiger Hierarchiestrang (der lediglich das gemeinsame Strangende der Hierarchie dominiert), konzipiert. Die in diesem Strang abgebildeten Krankheitsentitäten sind mit einer Vielzahl von weiteren Krankheitsbildern eng assoziiert, die zum großen Teil in anderen Hierarchien abgebildet werden und eben nicht nur in der Lunge, sodass mit diesem Vorgehen eine Gleichbehandlung der vielfältigen Komorbiditäten gewährleistet wird. Voruntersuchungen zum Festlegungsentwurf haben zudem gezeigt, dass aus dem gewählten Ansatz eine deutlich höhere Modellqualität resultiert, als beim Versuch einer tieferen Integration dieser Gruppen in bestehende Hierarchiestränge. Es erfolgen hierzu keine weiteren Untersuchungen.

GKV-SV und AOK-BV weisen darauf hin, dass der ICD-Kode J95.8- „Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet sei. Dies sei aus Sicht der Anhörungspartner nicht nachvollziehbar, da u.a. der spezifischere fünfstellige ICD-Kode J95.88 bereits im Klassifikationsmodell berücksichtigt werde. Konsequenterweise solle der ICD-Kode J95.8 der DxG0214 (HMG0541) zugeordnet werden.

Die eingebrachten Hinweise von GKV-SV und AOK-BV zur Berücksichtigung des ICD-Kodes J95.8- erscheinen sachgerecht. Im Folgenden wird die Aufnahme dieses ICD-Kodes in die DxG0214 (HMG0541) geprüft.

GKV-SV, BKK DV und DAK-G merken an, dass an Mukoviszidose erkrankte Versicherte unter zwölf Jahren unterdeckt seien. Daher wird eine differenziertere Abbildung nach Alter mit einer abgesenkten Mindestmenge an Behandlungstagen (BT) für Versicherte unter zwölf Jahren

angeregt. Der GKV-SV präsentiert in seiner Stellungnahme zwei alternative Modellvorschläge, welche zu einer Verbesserung der Gütemaße führten.

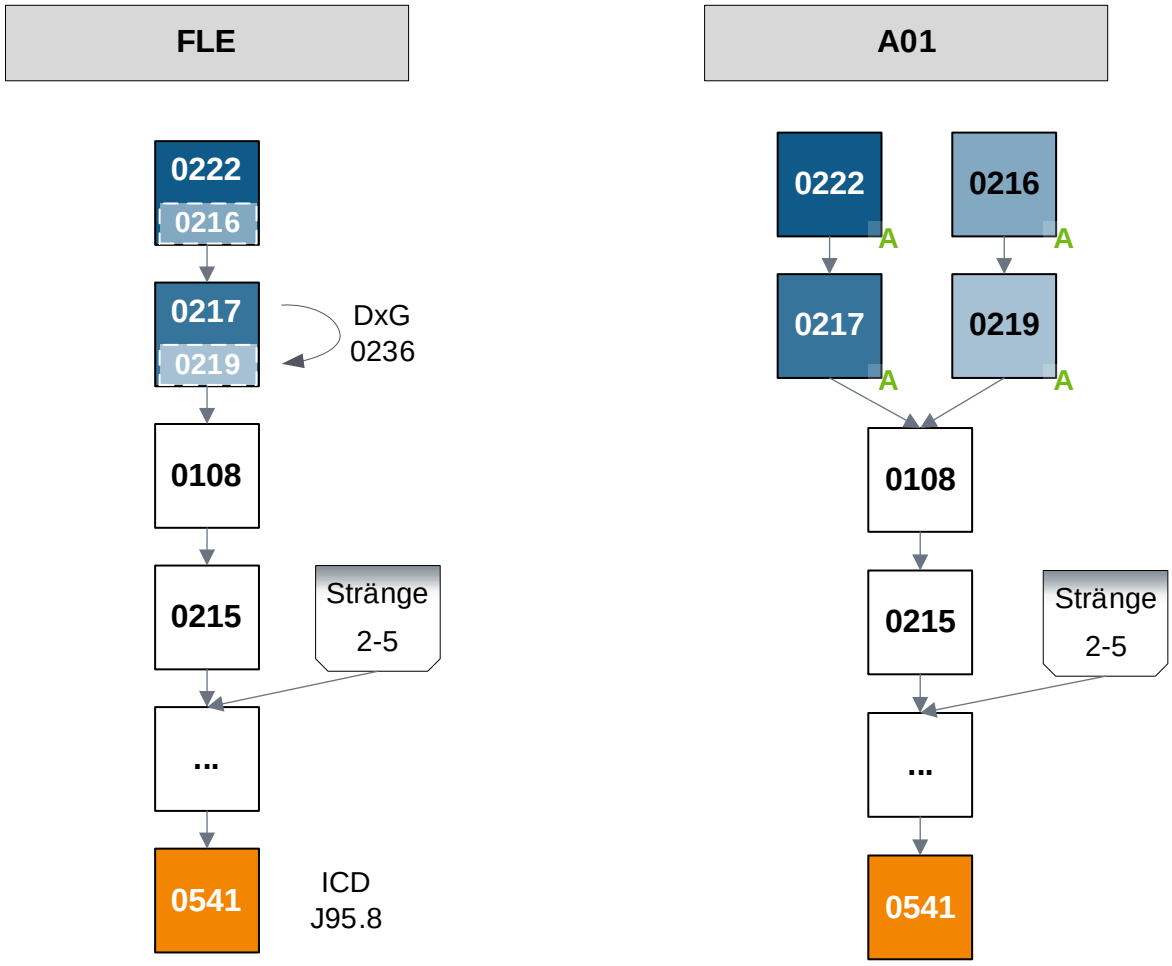
Bezüglich der Absenkung der BT-Grenze für Versicherte unter zwölf Jahren hält das BAS an seinen Ausführungen zum Festlegungsentwurf fest und lehnt dies ab. Die mögliche Wiedereinführung einer Altersdifferenzierung für die HMGs 0222 und 0217 wird im Folgenden jedoch geprüft.

16.2.3 Untersuchung

In **Modell A01** wird die Aufnahme des ICD-Kodes J95.8 aus der Ausschlusskategorie in die DxG0214 (HMG0541) geprüft.

Gleichzeitig wird eine Umstrukturierung der Mukoviszidose geprüft. Hierbei werden mögliche Altersdifferenzierungen der HMGs 0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ und 0217 „Mukoviszidose“ untersucht. Es wird eine zu der DxG0655 komplementäre neue DxG1291 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie < 12 Jahre“ mit einer Altersgrenze von 0 bis elf Jahre gebildet, die der neuen gleichnamigen HMG0216 zugeordnet wird. Die Altersgrenze der DxG0655 wird entsprechend geändert auf zwölf bis 124 Jahre. Die DxG0655 und HMG0222 werden jeweils umbenannt in „Mukoviszidose mit Kausaltherapie > 11 Jahre“. Zudem wird eine zu der DxG0449 komplementäre DxG1304 „Mukoviszidose < 12 Jahre“ mit einer Altersgrenze von 0 bis elf Jahre gebildet, die der neuen gleichnamigen HMG0219 zugeordnet wird. Die Altersgrenze der DxG0449 wird entsprechend geändert auf zwölf bis 124 Jahre. Die DxG0449 und HMG0217 werden jeweils umbenannt in „Mukoviszidose > 11 Jahre“. Zudem wird die DxG0236 „Mekoniumileus bei zystische Fibrose“ unverändert aus der HMG0217 in die HMG0219 verschoben. Die veränderte Dominanzbeziehung in Modell A01 ist in Abbildung 16.3 dargestellt.

Abbildung 16.3: Neustrukturierung des ersten Stranges der Hierarchie 19



Quelle: Auswertung BAS

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Tabelle 16.2 dargestellt.

Tabelle 16.2: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit Modell A01

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3752%	-0,0057 PP	59,3789%	-0,0020 PP
	CPM	31,1012%	0,0124 PP	31,1025%	0,0137 PP
	MAPE	3.033,10 €	-0,5449 €	3.033,04 €	-0,6046 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0222 (alt)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie	4.670	123.894 €		
HMG0222 (neu)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie > 11 Jahre			3.698	122.454 €
HMG0217 (alt)	Mukoviszidose	4.109	31.563 €		
HMG0217 (neu)	Mukoviszidose > 11 Jahre			2.880	25.015 €
HMG0216	Mukoviszidose mit Kausaltherapie < 12 Jahre			972	129.329 €
HMG0219	Mukoviszidose < 12 Jahre			1.229	46.449 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Modell A01	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3752%	-0,0057 PP	59,3789%	-0,0020 PP
	CPM	31,1012%	0,0124 PP	31,1025%	0,0137 PP
	MAPE	3.033,10 €	-0,5449 €	3.033,04 €	-0,6046 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit …	51.916	6.466 €	51.916	6.458 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, …	1.411.003	2.393 €	1.411.003	2.392 €
gemeinsames Strangende					
HMG0148	Verletzungen des respiratorischen Systems / Angeborene Anomalien …	297.762	1.331 €	297.762	1.331 €
HMG0316	Asthma bronchiale (alle Altersgruppen), akutes schweres Asthma …	1.010.028	986 €	1.010.028	986 €
HMG0114	Sonstige Erkrankungen der Pleura / COPD oder Emphysem ohne …	1.463.400	362 €	1.463.400	362 €
HMG0212	Sonstige Erkrankungen der Lunge	1.028.127	181 €	1.028.127	182 €
HMG0541	Andere sonstige Erkrankungen der Lunge	520.125	44 €	520.164	44 €

Quelle: Auswertung BAS

16.2.4 Ergebnis

Durch die Aufnahme des ICD-Kodes J95.8- aus der Ausschlusskategorie in die DxG0214 werden in der HMG0541 zusätzlich 39 Versicherte aufgegriffen. Der Kostenschätzer der HMG0541 bleibt unverändert.

Durch die Einführung von altersdifferenzierten, komplementären DxGs bzw. HMGs bei der Mukoviszidose werden die jeweiligen Versichertengruppen deutlich besser abgebildet. Der Kostenschätzer für Versicherte mit Mukoviszidose unter 12 Jahren steigt auf 46.449 € an, während der Kostenschätzer für Versicherte mit Mukoviszidose über 12 Jahre auf 25.015 € absinkt. Der Kostenschätzer für Versicherte unter 12 Jahren, die zusätzlich eine Kausaltherapie erhalten steigt im Mittel um 5.435 € an, während dieser für Versicherte über 12 Jahren im Mittel um 1.440 € sinkt. Auch die Kennzahlen verbessern sich.

Modell A01 stellt die Festlegung der Hierarchie 19 dar.

16.3 Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

16.3.1 Vergleich Festlegungsentwurf und Festlegung der Hierarchie 19

Tabelle 16.3 stellt den Festlegungsentwurf der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ der Festlegung vergleichend gegenüber. Abbildung 16.4 und Abbildung 16.5 stellen die Festlegung der Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ graphisch dar.

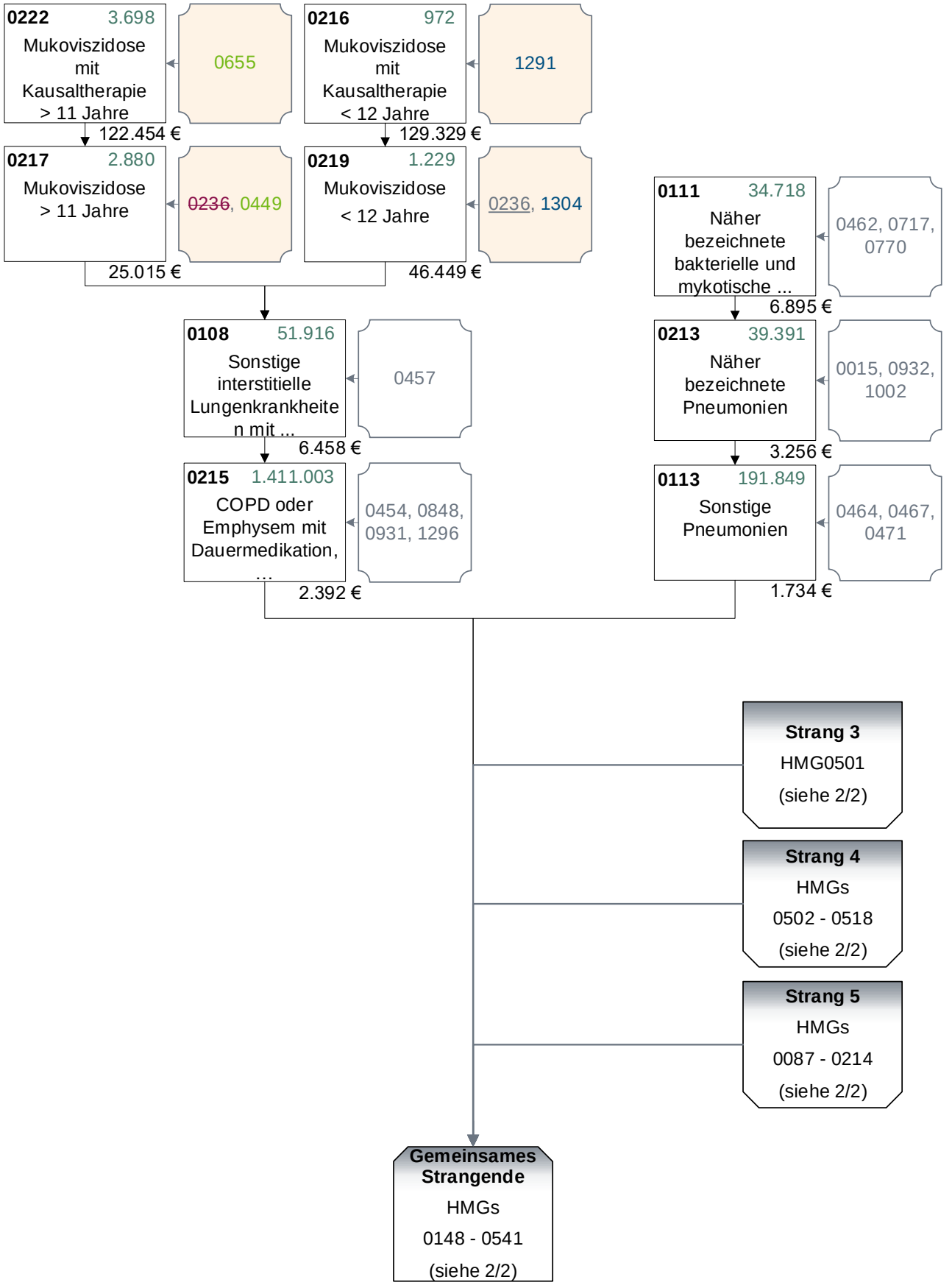
Tabelle 16.3: Vergleich des Festlegungsentwurfs mit der Festlegung der Hierarchie 19 im AJ 2027

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3752%	-0,0057 PP	59,3789%	-0,0020 PP
	CPM	31,1012%	0,0124 PP	31,1025%	0,0137 PP
	MAPE	3.033,10 €	-0,5449 €	3.033,04 €	-0,6046 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG0222 (alt)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie	4.670	123.894 €		
HMG0222 (neu)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie > 11 Jahre			3.698	122.454 €
HMG0217 (alt)	Mukoviszidose	4.109	31.563 €		
HMG0217 (neu)	Mukoviszidose > 11 Jahre			2.880	25.015 €
HMG0216 (neu)	Mukoviszidose mit Kausaltherapie < 12 Jahre			972	129.329 €
HMG0219 (neu)	Mukoviszidose < 12 Jahre			1.229	46.449 €
HMG0108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	51.916	6.466 €	51.916	6.458 €
HMG0215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation, akutes schweres Asthma	1.411.003	2.393 €	1.411.003	2.392 €
Strang 2					
HMG0111	Näher bezeichnete bakterielle und mykotische Infektionen der Lunge	34.718	6.873 €	34.718	6.895 €
HMG0213	Näher bezeichnete Pneumonien	39.391	3.255 €	39.391	3.256 €
HMG0113	Sonstige Pneumonien	191.849	1.735 €	191.849	1.734 €
Strang 3					
HMG0501	Respiratorische Insuffizienz	844.784	3.477 €	844.784	3.477 €
Strang 4					
HMG0502	Krankheiten der Atemwege nach med. Maßnahmen	1.515	5.581 €	1.515	5.586 €
HMG0503	Pneumothorax und akutes Lungenödem	31.077	3.868 €	31.077	3.871 €
HMG0518	Pleuraerguss, -empyem, Lungenabszess, angeborene Anomalien (> 5 Jahre)	306.645	2.509 €	306.645	2.511 €
Strang 5					
HMG0087	Tracheostoma	36.313	34.289 €	36.313	34.288 €
HMG0214	Thorakostoma / Aspirator / Respirator	70.104	6.371 €	70.104	6.375 €
gemeinsames Strangende					
HMG0148	Andere und n.n.bez. Pneumonien, Verletzungen des respiratorischen Systems	297.762	1.331 €	297.762	1.331 €

		Festlegungsentwurf der Hierarchie		Festlegung der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3752%	-0,0057 PP	59,3789%	-0,0020 PP
	CPM	31,1012%	0,0124 PP	31,1025%	0,0137 PP
	MAPE	3.033,10 €	-0,5449 €	3.033,04 €	-0,6046 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0316	Asthma bronchiale, Influenza mit Pneumonie	1.010.028	986 €	1.010.028	986 €
HMG0114	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation, Sarkoidose der Lunge	1.463.400	362 €	1.463.400	362 €
HMG0212	Andere näher bezeichnete Krankheiten der Atemwege	1.028.127	181 €	1.028.127	182 €
HMG0541	Sonstige Krankheiten der Pleura und der Atemwege	520.125	44 €	520.164	44 €

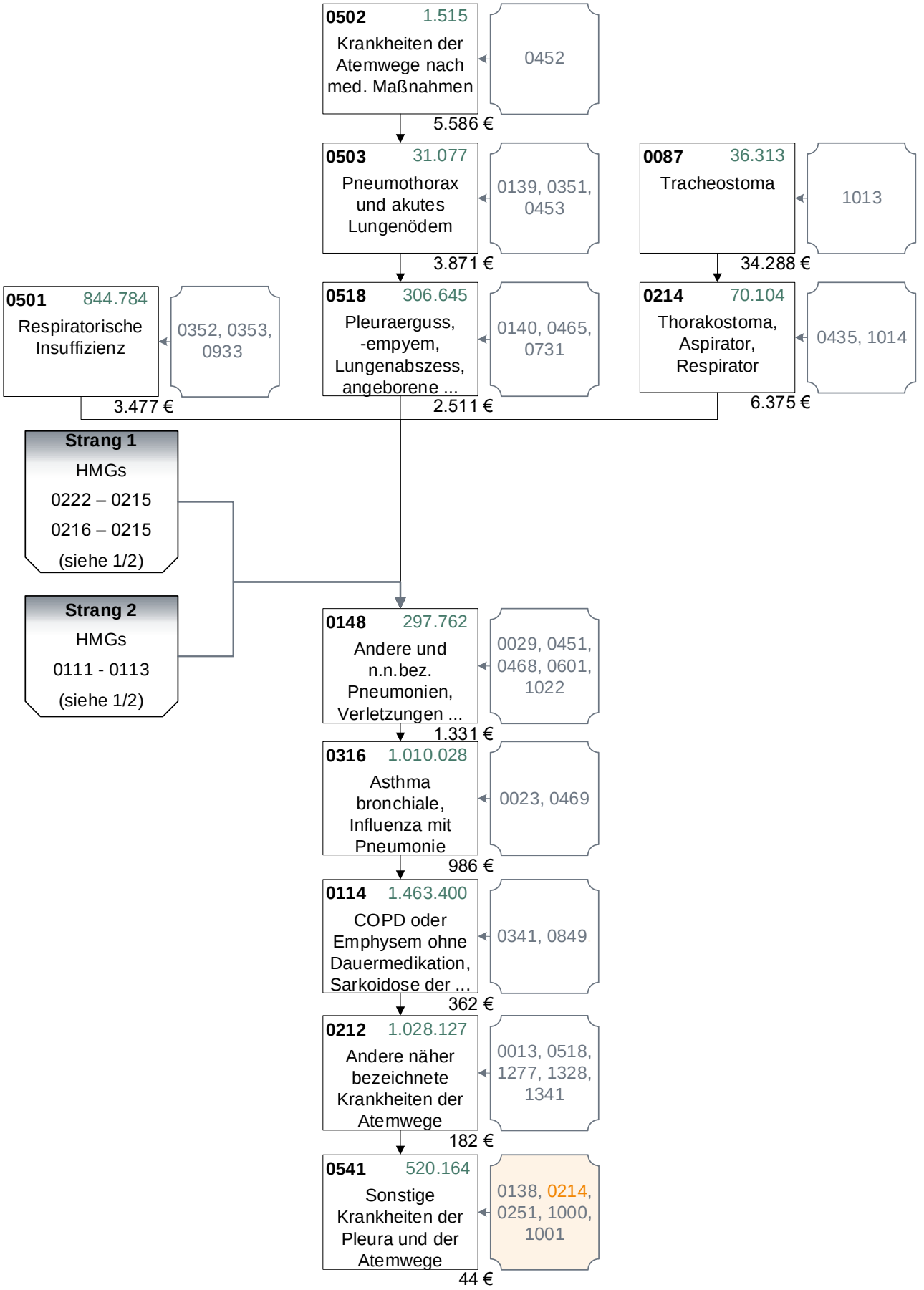
Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 16.4: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2027 (1/2)



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 16.5: Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“ in der Festlegung für das AJ 2027 (2/2)



Quelle: Auswertung BAS

17 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“

17.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund einer im Ausgangsmodell bestehenden Hierarchieverletzung, niedriger Gruppenbesetzungen sowie verhältnismäßig geringer Abstände zwischen benachbarten Kostenschätzern erfolgte bei der Überarbeitung der Hierarchie insbesondere eine Verschiebung einzelner Diagnosegruppen bzw. die Neuabgrenzung einiger HMGs sowie eine Verringerung der HMG-Anzahl der Hierarchie.

Tabelle 17.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 17.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 27 im Vergleich

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3811 %	0,0002 PP
	CPM	31,0888 %		31,0887 %	0,0000 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,65 €	0,0021 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1 Probleme während der Perinatalperiode					
HMG0845	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm, Darmperforation, Peritonitis, zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen	745	14.893 €		
HMG0845 (neu)	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 750 Gramm, Schwerste Probleme in der Perinatalperiode			1.547	12.033 €
HMG0848	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm, Hirnschädigung, zerebrale Störungen beim Neugeborenen	1.353	7.358 €		
HMG0848 (neu)	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm, Schwere zerebrale Störung			1.775	5.581 €
HMG0847	Hirnblutung beim Neugeborenen, Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm oder mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	2.080	4.365 €		
HMG0847 (neu)	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 1250 Gramm, Andere perinatale Schädigung des Gehirns, Neugeborenen-Hypothyreose			2.816	3.270 €
HMG0850	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1500 Gramm, Atemnotsyndrom des Neugeborenen, bronchopulmonale Dysplasie in der Perinatalperiode, Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)	8.813	2.560 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3811 %	0,0002 PP
	CPM	31,0888 %		31,0887 %	0,0000 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,65 €	0,0021 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0850 (neu)	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 1500 Gramm, Andere schwere Probleme in der Perinatalperiode			30.965	2.075 €
HMG0843	Weitere schwerwiegende Zustände in der Perinatalperiode	41.349	1.608 €	23.678	1.200 €
HMG0849	Sonstige Erkrankungen des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, des Verdauungssystems in der Perinatalperiode, andere näher bez. Probleme in der Perinatalperiode	33.260	849 €		
HMG0849 (neu)	Sonstige Erkrankungen des Atmungs-, des Herz-Kreislauf- und des Verdauungssystems in der Perinatalperiode			26.819	775 €
HMG0405	Sonstige und n.n.bez. Probleme in der Perinatalperiode	47.465	474 €	48.228	481 €
Strang 2 Fehlbildungen des Herzens und der Gefäße					
HMG0245	Atresie der A. pulmonalis, elektiv offen belassenes Sternum (< 6 Jahre)	449	23.909 €		
HMG0245 (neu)	Komplexe angeborene Herzfehler, Elektiv offen belassenes Sternum (< 6 Jahre)			1.696	17.493 €
HMG0813	Aortenatresie, Doppeleinstromventrikel (< 6 Jahre)	359	20.543 €		
HMG0811	Doppelausstromventrikel, Pulmonalklappenatresie, Vorhofisomerismus (< 6 Jahre)	888	13.704 €		
HMG0816	Dextrokardie, Lävokardie, Cor triatriatum, Truncus arteriosus communis (< 6 Jahre)	432	6.614 €		
HMG0816 (neu)	Komplexe Septierungs- und Positionierungsanomalien (< 6 Jahre)			1.554	8.156 €
HMG0822	Fallot-Tetralogie, sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen (< 6 Jahre)	2.042	6.869 €		
HMG0814	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Milz, sowie d. Herzhöhlen u. verbindender Strukturen (< 6 Jahre)	1.535	4.176 €		
HMG0814 (neu)	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen, Herzhöhlen und verbindender Strukturen (< 6 Jahre)			2.608	3.899 €
HMG0258	Andere Fehlbildungen des Herzens, der Herzklappen und der großen Arterien (< 6 Jahre)	29.940	1.568 €		

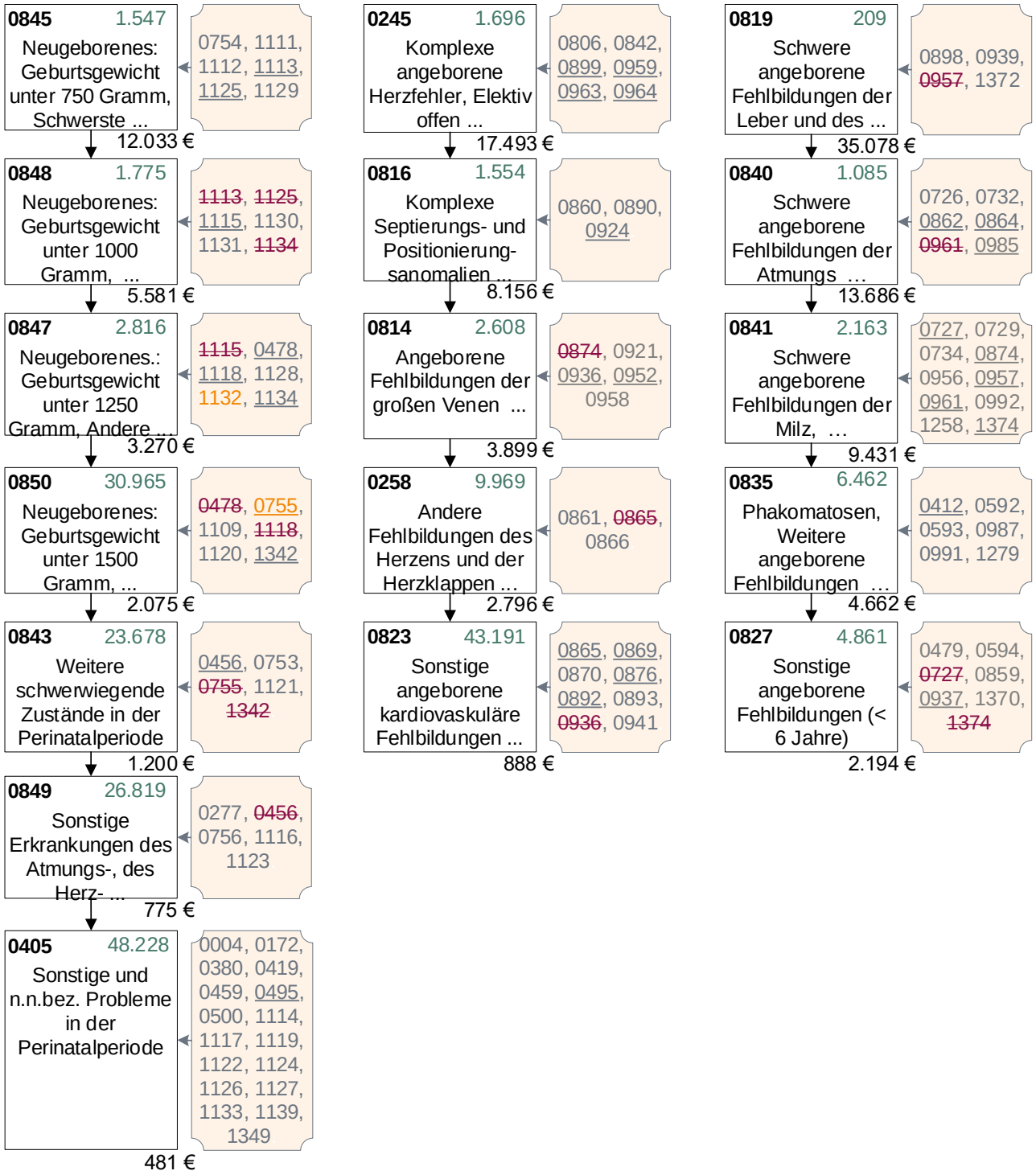
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3811 %	0,0002 PP
	CPM	31,0888 %		31,0887 %	0,0000 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,65 €	0,0021 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0258 (neu)	Andere Fehlbildungen des Herzens und der Herzklappen (< 6 Jahre)			9.969	2.796 €
HMG0823	Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße, Septumdefekte (< 6 Jahre)	20.527	922 €		
HMG0823 (neu)	Sonstige angeborene kardiovaskuläre Fehlbildungen (< 6 Jahre)			43.191	888 €
HMG0832	Sonstige Fehbildungen des Herzens und der Gefäße (< 6 Jahre)	2.952	697 €		
Strang 3 Andere Fehlbildungen					
HMG0819	Angeborene Hiatushernie, Agnesie, Aplasie und Hypoplasie des Pankreas, Atresie der Gallengänge, zystische Leberkrankheit, angeb. Subglottische Stenose, Hypoplasie des Kehlkopfes (< 6 Jahre)	213	34.405 €		
HMG0819 (neu)	Schwere angeborene Fehlbildung der Leber und des Kehlkopfes, Angeborene Hiatushernie (< 6 Jahre)			209	35.078 €
HMG0840	Schwere angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen der Atmungsorgane, des Ösophagus, oder des Verdauungssystems (< 6 Jahre)	376	16.715 €		
HMG0812	Sonstige Krankheiten des Ösophagus, angebore-ne Bronchomalazie, sonstige angeborene Fehlbil-dungen der Trachea (< 6 Jahre)	720	12.045 €		
HMG0840 (neu)	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungsorgane und des Ösophagus (< 6 Jahre)			1.085	13.686 €
HMG0841	Schwere angeborene Fehlbildungen im Magen-Darm-Trakt, andere angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems (< 6 Jahre)	1.578	9.993 €		
HMG0841 (neu)	Schwere angeborene Fehlbildungen der Milz, des Pankreas, des Verdauungssystems, andere angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems (< 6 Jahre)			2.163	9.431 €
HMG0835	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge od. des Kehlkopfs, Gaumenspalten, angeborene Zwerchfellhernie, Phakomatosen, a.o. nicht klassifiziert (< 6 Jahre)	6.295	4.669 €		

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3811 %	0,0002 PP
	CPM	31,0888 %		31,0887 %	0,0000 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,65 €	0,0021 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
HMG0835 (neu)	Phakomatosen, Weitere angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfs, des Atmungssystems, des Gaumens oder des Zwerchfells (< 6 Jahre)			6.462	4.662 €
HMG0827	Angeborene Zystenlunge, Laryngomalazie, Tracheomalazie, sonstige angeborene Fehlbildungen d. oberen Verdauungstraktes oder des Darmes, Sonstige Lippen-/Gaumenspalten (< 6 Jahre)	3.928	2.811 €		
HMG0827 (neu)	Sonstige angeborene Fehlbildungen (< 6 Jahre)			4.861	2.194 €
HMG0837	Weitere angeborene Fehlbildungen des Gaumens, Kehlkopfs und Atmungssystems (< 6 Jahre), Schädigung des Neugeborenen durch Alkohol / Drogen, einschließlich Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)	3.395	1.388 €		

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 17.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 17.1: Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“ im Festlegungsentwurf



Quelle: Auswertung BAS

17.2 Anhörungsverfahren

17.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

KBV/BÄK bezeichnen die Verschiebung der ICD-Kodes und Neuzuordnung der DxGs zu den HMGs als nachvollziehbar und begrüßen die vorgenommenen Änderungen.

17.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Die Diskussion der Stellungnahmen ist nicht erforderlich.

17.3 Festlegung der Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen und schwerwiegende Folgezustände im Alter bis zu fünf Jahren“

Es ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

18 Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

18.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund einer im Ausgangsmodell bestehenden Hierarchieverletzung und verhältnismäßig geringer Abstände zwischen benachbarten Kostenschätzern erfolgte die Überarbeitung der Hierarchie 29. Hierbei wurden HMGs vereinigt und einzelne ICD-Kodes aus medizinischen Gründen neuzugeordnet.

Tabelle 18.1 stellt das Ausgangsmodell und den Festlegungsentwurf der Hierarchie vergleichend gegenüber.

Tabelle 18.1: Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf der Hierarchie 29 im Vergleich

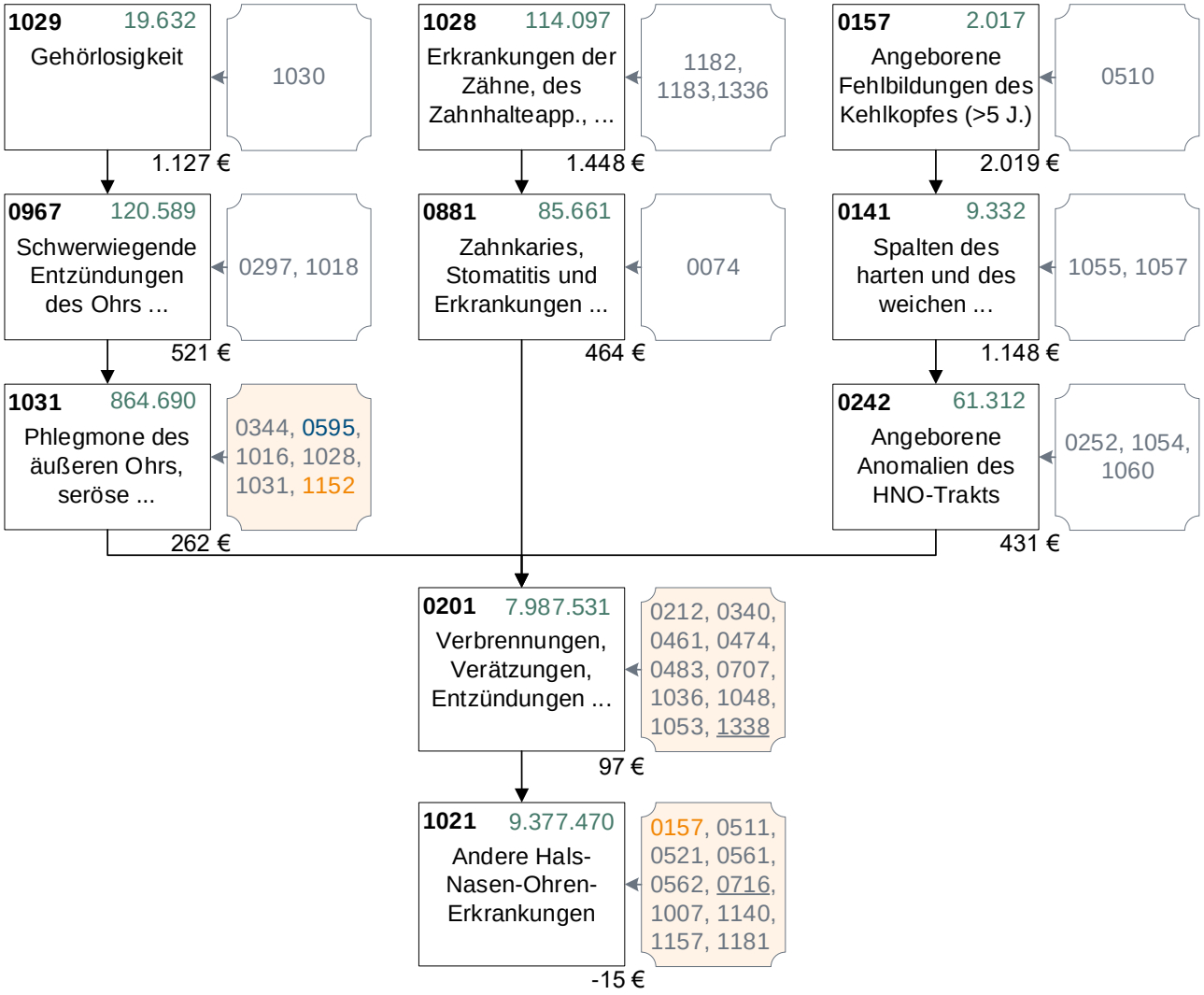
		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3809 %	0,0000 PP
	CPM	31,0888 %		31,0889 %	0,0001 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,64 €	-0,0063 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
Strang 1					
HMG1029	Gehörlosigkeit	19.632	1.126 €	19.632	1.127 €
HMG0967	Schwerwiegende Entzündungen des Ohrs und Trommelfellperforation	120.589	519 €	120.589	521 €
HMG1031	Phlegmone des äußeren Ohrs, seröse und chronisch eitrige Mittelohrentzündungen, Cholesteatom, Otitis media adhaesiva und idiopathischer Hörsturz	804.380	269 €	864.690	262 €
Start Strang 2 (alt: gemeinsamer Start Stränge 2 und 3)					
HMG1028	Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Kiefer und der Speicheldrüsen	114.097	1.449 €	114.097	1.448 €
alt: Strang 2					
HMG0197 (alt)	Erkrankungen des Kehlkopfs und der Stimmbänder	245.060	4 €		
Strang 2 (alt: Strang 3)					
HMG0881	Zahnkaries, Stomatitis und Erkrankungen der Pulpa und der Gingiva	85.661	464 €	85.661	464 €
HMG0171 (alt)	Dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge	206.500	131 €		
Strang 3 (alt: Strang 4)					
HMG0157	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes (> 5 Jahre)	2.017	2.014 €	2.017	2.019 €
HMG0141	Spalten des harten und des weichen Gaumens (> 5 Jahre)	9.332	1.144 €	9.332	1.148 €
HMG0242	Angeborene Anomalien des Hals-Nasen-Ohren-Trakts	61.312	428 €	61.312	431 €

		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf der Hierarchie	
Kennzahlveränderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell	R^2	59,3809 %		59,3809 %	0,0000 PP
	CPM	31,0888 %		31,0889 %	0,0001 PP
	MAPE	3.033,65 €		3.033,64 €	-0,0063 €
Risikofaktor		**N**	**Jahreswert**	**N**	**Jahreswert**
gemeinsames Ende aller Stränge					
HMG0201 (alt)	Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt	7.737.481	96 €		
HMG0201 (neu)	Verbrennungen, Verätzungen, Entzündungen und Fremdkörper im HNO-Trakt, Nasenpolypen, Hörverlust, erworbene Stenose des äußeren Gehörgangs, dentofaziale Anomalien und Erkrankungen der Lippe, der Mundschleimhaut und der Zunge			7.987.531	97 €
HMG1021	Andere Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	9.271.018	-16 €	9.377.470	-15 €

Quelle: Auswertung BAS

Abbildung 18.1 fasst die Struktur des Festlegungsentwurfs graphisch zusammen. Die Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell sind optisch hervorgehoben.

Abbildung 18.1: Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf



Quelle: Auswertung BAS

18.2 Anhörungsverfahren

18.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

KBV/BÄK bezeichnen die Verschiebung der ICD-Kodes und Neuzuordnung der DxGs zu den HMGs als nachvollziehbar und begrüßen die vorgenommenen Änderungen.

18.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Eine Diskussion der Stellungnahmen ist nicht erforderlich.

18.3 Festlegung der Hierarchie 29 „Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen“

Es ergeben sich keine Änderungen im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

IV Anpassung weiterer Bereiche des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens

19 Regionale Risikogruppen

19.1 Festlegungsentwurf

Nach der Aktualisierung der Datengrundlage zu den regionalen Risikomerkmalen auf Kreisebene wurde die Auswahl der Variablen für die Bildung der regionalen Risikogruppen (RGGs) überprüft und angepasst. Am Ende des Auswahlprozesses wurden zehn regionalstatistische Merkmale selektiert, welche die Grundlage zur Abgrenzung der RGGs für das AJ 2027 bilden. Im Vergleich zum Modell des Ausgleichsjahres 2026 wurde das Merkmal „Anteil weibliche Beschäftigte“ zusätzlich in die Regionalkomponente aufgenommen. Die übrigen Regionalmerkmale bleiben im Vergleich zum Vorjahresmodell unverändert. Auf Grundlage der aktualisierten Datengrundlage und der angepassten Merkmalsauswahl wurden insgesamt 101 RGGs neu abgegrenzt.

19.2 Anhörungsverfahren

19.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Eine Auseinandersetzung mit der Anpassung der Regionalkomponente des RSA erfolgte in den meisten der eingegangenen Stellungnahmen. Der GKV-SV, der IKK e. V. und die BARMER können die vorgenommenen Berechnungen nachvollziehen. TK et al. halten die Anpassung für fachlich angemessen. KBV und BÄK bewerten die datengestützte Weiterentwicklung der RGGs sowie die Verbesserung der regionalen Modellgüte positiv.

Wie schon in den Stellungnahmen aus den Vorjahren weist der BKK DV auf Schwankungen der Regionalzuweisungen durch die Anpassung der Regionalkomponente und mögliche Ursachen hin. Der IKK e. V. betont die Notwendigkeit zur regelmäßigen Überprüfung der methodischen Grundlagen der Regionalkomponente sowie der in der Regionalkomponente verwendeten Variablen. Eine transparente Darstellung der fachlichen Einordnung sowie der Bedeutung neu ausgewählter Variablen sei für die Akzeptanz der Regionalkomponente und für die Vermeidung inhaltlicher Diskussionen sinnvoll. Der AOK-BV bittet in diesem Zusammenhang insbesondere um eine Auseinandersetzung mit dem erstmalig ausgewählten Merkmal „Weibliche Beschäftigte“, das – entgegen dem Wohnortprinzip der Regionalkomponente – auf den Beschäftigtenzahlen am Arbeitsort fuße.

19.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Hinsichtlich der vom BKK DV angesprochenen Veränderungen der regionalen Zuweisungen, die sich durch die Anpassung der Regionalkomponente ergeben, wird auf die Ausführungen des BAS aus dem Vorjahr verwiesen: Es erfolgt insbesondere dann eine geänderte Zuweisungsverteilung auf regionale Ebene, wenn sich im Zeitverlauf die regionalen Ausgaben- bzw. Deckungsniveaus verschieben und/oder sich hierdurch bzw. durch die Aktualisierung der Werte der Regionalvariablen veränderte statistische Zusammenhänge ergeben. Es ist erwartbar, dass eine Neuselektion der Variablen bzw. eine geänderte Zuordnung der Kreise zu den RGG-Dezilen mit

einer Veränderung der regionalen Zuweisungen einhergeht. Eine Senkung der regionalen Fehldeckungen kann sich (bei gegebenen Ausgaben) nur aus einer entsprechenden Veränderung der regionalen Zuweisungen ergeben.

Die allgemeinen Hinweise zur Überprüfung der Methodik der Variablenauswahl sowie der verwendeten regionalen Merkmale nimmt das BAS zur Kenntnis.

Soweit es die Variable „Weibliche Beschäftigte (am Arbeitsort)“ betrifft, so wurde diese bereits im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zu den Regionalen Wirkungen im RSA (vgl. Drösler et al. 2018) genutzt. Die Variable beschreibt in der verwendeten Form keine Eigenschaft der Versicherten selbst, sondern die Markt- und Wirtschaftsstruktur an deren Wohnort (vgl. Drösler et al. 2018, S. 136).

19.3 Anpassung der Anlage 4

Obwohl die Auskreisung der Stadt Hanau aus dem Main-Kinzig-Kreis erst zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten ist, wird der Kreisschlüssel 06415 „Hanau, Brüder-Grimm-Stadt“ von den Krankenkassen im Einklang mit der Meldebestimmung bereits ab der SA100 KM2024 erhoben und an das BAS gemeldet. Aus diesem Grund wird der Kreisschlüssel in der Anlage 4 auch für die Berichtsjahre 2024 und 2025 mit aufgenommen. Die RGG-Zuordnung ist dabei identisch mit der Zuordnung des abgebenden „Main-Kinzig-Kreis“ (06435).

19.4 Ergebnis

Anlage 4 wird für die Berichtsjahre 2024 und 2025 um die RGG-Zuordnung für den Kreisschlüssel 06415 „Hanau, Brüder-Grimm-Stadt“ erweitert.

Darüber hinaus erfolgt keine Änderung im Vergleich zum Festlegungsentwurf.

20 Auslandsversicherte (Wohnlandgruppen)

20.1 Festlegungsentwurf

Auf Grundlage aktualisierter Daten zu den Versichertenzeiten sowie der Inlands- und Auslandsausgaben der Versicherten mit dauerhaftem Aufenthalt im Ausland wurde die bisherige Abgrenzung der Wohnlandgruppen (WLGs) überprüft und angepasst.

Während auf Basis von Länderkennzeichen, auf die mindestens 1.000 Versichertenjahre (VJ) im BJ 2024 entfielen, weiterhin eigenständige WLGs gebildet wurden, wurden die übrigen Länderkennzeichen (mit weniger als 1.000 VJ) mit anderen Länderkennzeichen zu wohnlandübergreifenden WLGs zusammengefasst. Die Zusammenlegung dieser Länder zu den WLGs erfolgte erneut anhand der durchschnittlichen (im In- und Ausland anfallenden) Leistungsausgaben der Versicherten der entsprechenden Wohnländer. Auf dieser Grundlage wurden die folgenden Länder bzw. Länderkennzeichen zu Wohnlandgruppen zusammengefasst:

- WLG0001: Polen und Island,
- WLG0002: Frankreich und Finnland,
- WLG0005: Österreich und Irland,
- WLG0009: Ungarn, Zypern und Estland,
- WLG0010: Niederlande und Malta,
- WLG0014: Slowakei und Lettland,
- WLG0016: Rumänien, Tunesien und Montenegro sowie
- WLG0017: Schweiz, Luxemburg, Großbritannien, Norwegen und Liechtenstein.

20.2 Anhörungsverfahren

20.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV bezeichnet die Darstellung der zugrundeliegenden Daten, Analysen und Ergebnisse als transparent. Die Berechnungen können nachvollzogen werden. Auch KBV/BÄK halten das Vorgehen des BAS für nachvollziehbar. Nach Ansicht von TK et al. ist die aktualisierte Bildung der WLGs fachlich angemessen. Der IKK e. V. begrüßt grundsätzlich die Neuzuordnung der WLGs und betont, dass eine regelmäßige Überprüfung der Zuordnung, der Datengrundlagen und der Zuordnungsmethodik auch weiterhin erforderlich sei.

Der BKK DV thematisiert auffällige Entwicklungen, wie etwa ausbleibende Abrechnungen oder deutliche Veränderungen der mittleren Ausgabenhöhen der Versicherten in einzelnen Wohnländern (etwa Großbritannien). Vor diesem Hintergrund wünscht sich der BKK DV einen – etwa durch die Deutsche Krankenversicherung Verbindungsstelle Ausland zu erstellenden – Begleitbericht.

Bezüglich der Staaten, für die seit mehreren Jahren keine Abrechnungen vorgenommen worden sind (namentlich Island, Tunesien und Montenegro), schlägt der BKK DV zur Vermeidung von Verzerrungen bei einer nachgelagerten Abrechnung vor, die betroffenen Versicherten in einer eigenen Wohnlandgruppe zusammenzufassen.

20.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Der Bitte des BKK DV um eine ergänzende Berichterstattung kann das BAS nicht nachkommen, da keine eigenen Erkenntnisse über die Durchführung und Besonderheiten der Abrechnungsverfahren der DVKA mit einzelnen EU- bzw. Abkommensstaaten vorliegen.

Veränderungen der mittleren Leistungsausgaben der Versicherten in bestimmten Ländern gehen einerseits auf die tatsächlich in einem Berichtsjahr abgerechneten Auslandsrechnungen zurück und sind andererseits – im Falle von Ländern mit wenigen Versichertenjahren – stark durch Zufallseffekte beeinflusst. Aus diesen Gründen fasst das BAS auch Länder zur übergreifenden Wohnlandgruppen zusammen und nutzt hierbei nicht nur die Daten eines einzelnen, sondern mehrerer Berichtsjahre.

Von einer Prüfung des Vorschlags des BKK DV, die Versicherten aus Ländern, für die bereits seit mehreren Jahren keine Abrechnungen der DVKA vorliegen, einer gemeinsamen WLG zuzuordnen, wird in diesem Anpassungszyklus abgesehen, da der – dem GKV-SV zur Anhörung gegebene und in der GKV offenbar überwiegend konsentierte – Festlegungsentwurf eine solche Sondergruppe nicht vorgesehen hat.

20.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf erfolgt keine Anpassung der WLG-Zuordnung.

21 Kostenerstattungsgruppen

21.1 Festlegungsentwurf

Im Einvernehmen mit dem GKV-SV wurden im Festlegungsentwurf die Kostenerstattungsgruppen (KEGs) 0006 und 0007 aufgelöst. Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V oder § 53 Absatz 4 SGB V im Vorjahr werden entsprechend der unveränderten Altersgrenzen den KEGs 0001 bis 0005 zugeordnet.

21.2 Anhörungsverfahren

21.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

In Anbetracht des bereits hergestellten Einvernehmens hat der GKV-SV keine Anmerkungen zu den Änderungen der KEGs.

Sowohl für TK et al. als auch für KBV/BÄK ist die Anpassung nachvollziehbar.

Der BKK DV regt an, in den neuen Namen der KEGs jeweils den Zusatz „nach § 13 Absatz 2 SGB V oder § 53 Absatz 4 SGB V“ zu ergänzen, um diese Kostenerstattungsverfahren von anderen abzugrenzen.

21.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Nach Ansicht des BAS reicht die Beschreibung der KEGs im Festlegungsdokument, in dem die genaue Eingrenzung dieser erfolgt, aus. Somit kann hier auf die längeren Namen verzichtet werden.

Eine weitere Diskussion der Stellungnahmen ist nicht erforderlich.

21.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

22 Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben

22.1 Festlegungsentwurf

Aufgrund einer Neugliederung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds (GKV-Kontenrahmen) in der Kontenklasse 4/5 (Leistungsaufwand der Krankenversicherung) wurde die Auflistung der Konten zur Ermittlung des Volumens der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben angepasst. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht. Darüber hinaus wurde die Berechnungsvorgabe für die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben sprachlich modifiziert.

22.2 Anhörungsverfahren

22.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Der GKV-SV hat zu den vorgenommenen Änderungen keine Anmerkungen. TK et al. bezeichnen die Änderungen als inhaltlich korrekt und nachvollziehbar. KBV/BÄK halten insbesondere die sprachlichen Präzisierungen für nachvollziehbar.

22.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Eine Diskussion der Stellungnahmen ist nicht erforderlich.

22.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

23 Berücksichtigung von Sternkodes im Klassifikationsmodell

23.1 Festlegungsentwurf

Das BAS hat im Festlegungsentwurf die Formulierung unter 1.3.2.2 der Festlegung aufgrund einer Anpassung der Meldevorschriften für die sog. Hybrid-DRGs wie folgt geändert:

a) *Stationäre Nebendiagnosen, die gemäß der Plausibilisierungskriterien des BfArM zur Sekundärverschlüsselung zugelassen sind (Kennzeichen „O“)* ~~***und im Datensatz einen Stern („*“) aufweisen***~~*, werden den Hauptdiagnosen gemäß Ziffer 1.3.1 gleichgestellt.*

Hierdurch entfällt ab dem Ausgleichsjahr 2027 eine formale Prüfung auf die Meldung des Sonderzeichens „*“.

23.2 Anhörungsverfahren

23.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

GKV-SV und IKK e. V. greifen die Anpassung der Festlegung für das AJ 2027 in ihren Stellungnahmen auf: 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 der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2027 können vor diesem Hintergrund inhaltlich nachvollzogen werden.

Beide Verbände weisen darauf hin, dass diese Änderung rückwirkend ab dem 1. Januar 2024 gilt, sodass hiervon bereits die Morbiditätsdaten der Berichtsjahre 2024 und 2025 betroffen sind. Es solle daher – analog zum Festlegungsentwurf des BAS für das Ausgleichsjahr 2027 – auch in den Ausgleichsjahren 2025 und 2026 auf die formale Prüfung des Zusatzkennzeichens „*“ verzichtet werden.

Darüber hinaus 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.

23.2.2 Diskussion der Stellungnahmen

Wie GKV-SV und IKK e. V. in ihren Stellungnahmen zutreffend ausführen, gilt die Änderung der Technischen Anlage Hybrid-DRG-AV rückwirkend ab dem 1. Januar 2024 und somit für die Morbiditätsdaten der Berichtsjahre 2024 und 2025, die für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 verwendet werden. Deshalb ist auch in diesen Ausgleichsjahren für die betroffenen Meldungen der Berichtsjahre 2024 und 2025 auf die formale Prüfung des Zusatzkennzeichens „*“ zu verzichten. Das BAS wird die für das Ausgleichsjahr 2027 vorgenommene Änderung bei der Verfahrensdurchführung daher ab dem Berichtsjahr 2024 inhaltsgleich für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 übernehmen.

GKV-SV und IKK e. V. regen darüber hinaus an, 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. Eine Umsetzung dieses Vorschlages ist zum Ausgleichsjahr 2028 geplant. Bis zu diesem Zeitpunkt verweist das BAS auf die entsprechende Metadatendatei des BfArM, der diese Informationen entnommen werden können.

23.3 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden an der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2027 bzgl. der Berücksichtigung der Sternkodes keine weiteren Änderungen vorgenommen.

V Gesamtbewertung der Modellausgestaltung

24 Kennzahlen der Festlegung

In Tabelle 24.1 werden die verschiedenen Gütemaße des zur Weiterentwicklung verwendeten Ausgangsmodells denen der abschließend vorgelegten Festlegung für das Ausgleichsjahr 2027 gegenübergestellt. Zusätzlich werden die Kennzahlen des Festlegungsentwurfs vom 19. Juni 2026 sowie für die Vorjahresmodelle der Ausgleichsjahre 2024 bis 2026 ausgewiesen.

Die dargestellten Werte umfassen die aggregierten Gütemaße auf der Individualebene sowie die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen. Die risikogruppenbezogenen Besetzungszahlen und Schätzer der jeweiligen Modelle können der Datei „06a_Anlage_Erläuterungen_Regressionskoeffizienten_AJ 2027“ entnommen werden, die den vorliegenden Erläuterungen beigefügt ist.

Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle dargestellten Modelle die Vollerhebung des Meldejahres 2025, welche die Morbiditätsdaten des Berichtsjahres 2023 mit den Leistungsausgaben des Berichtsjahres 2024 verknüpft.

Tabelle 24.1: Gesamtbewertung der Festlegung AJ 2027

AJ	2024		2025		2026		2027					
Modell	Festlegung		Festlegung		Festlegung		Ausgangsmodell		Festlegungsentwurf		Festlegung	
RGG	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
Risikopool	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikogruppen	432	513	432	523	415	506	423	514	401	502	401	502
Individuelle Kennzahlen												
R^2	58,62%	58,63%	58,66%	58,67%	58,94%	58,95%	59,38%	59,39%	59,51%	59,52%	59,51%	59,52%
CPM	30,59%	30,60%	30,66%	30,67%	30,91%	30,91%	31,09%	31,10%	31,17%	31,18%	31,17%	31,18%
MAPE	3.055,41 €	3.055,05 €	3.052,37 €	3.052,03 €	3.041,71 €	3.041,39 €	3.033,65 €	3.033,30 €	3.030,08 €	3.029,81 €	3.030,01 €	3.029,74 €
Regionale Kennzahlen												
$wMAPE_{Kreis}$	131,24 €	71,82 €	130,52 €	68,20 €	130,01 €	68,48 €	130,38 €	68,69 €	130,62 €	57,56 €	130,55 €	57,56 €
$wMAPD_{Kreis}$	3,47%	1,90%	3,46%	1,81%	3,44%	1,81%	3,45%	1,82%	3,46%	1,52%	3,46%	1,52%
Krankenkassenbezogene Kennzahlen												
$wMAPE_{KK}$	71,60 €	49,96 €	71,38 €	48,91 €	70,93 €	50,70 €	71,45 €	50,46 €	71,40 €	48,93 €	71,37 €	48,91 €
$wMAPD_{KK}$	1,87%	1,30%	1,86%	1,28%	1,85%	1,32%	1,86%	1,32%	1,86%	1,28%	1,86%	1,28%

Quelle: Auswertung BAS

Tabelle 24.2 stellt die Kennzahlen für die bereits oben gezeigten Modelle mit RGGs jeweils ohne Berücksichtigung des Risikopools dar. Relevant sind diese Modellvarianten ausschließlich im monatlichen Abschlagsverfahren. Sowohl die Weiterentwicklung des Modells als auch die jeweiligen das Ausgleichsjahr abschließenden Jahresausgleiche beruhen auf den Modellen mit Berücksichtigung des Risikopools.

Tabelle 24.2: Kennzahlen Abschlagsverfahren ohne Risikopool

AJ	2024	2025	2026	2027		
Modell	Festlegung	Festlegung	Festlegung	Ausgangs modell	Festlegungs entwurf	Festlegung
RGG	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Risikopool	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Risikogruppen	513	523	506	514	502	502
Individuelle Kennzahlen						
R^2	28,01%	28,04%	28,35%	29,99%	30,24%	30,25%
CPM	27,18%	27,25%	27,50%	27,75%	27,88%	27,88%
MAPE	3.205,72 €	3.202,62 €	3.191,64 €	3.180,65 €	3.175,12 €	3.174,99 €
Regionale Kennzahlen						
$wMAPE_{Kreis}$	76,51 €	71,85 €	72,97 €	72,69 €	58,64 €	58,63 €
$wMAPD_{Kreis}$	2,03%	1,90%	1,93%	1,92%	1,55%	1,55%
Krankenkassenbezogene Kennzahlen						
$wMAPE_{KK}$	51,82 €	50,37 €	52,08 €	51,84 €	50,60 €	50,56 €
$wMAPD_{KK}$	1,35%	1,31%	1,36%	1,35%	1,32%	1,32%

Quelle: Auswertung BAS

VI Literaturverzeichnis

Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2021) „*Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2022“*, Bonn, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/ [14.09.2022].

Bundesamt für Soziale Sicherung (Hg.) (2026) „*Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2027“*, Bonn, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/ [22.09.2026].

Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2018) „*Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“,* Bundesversicherungsamt, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf [08.04.2022].

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

Wiendl, H., Meisel, A. & Marx, A. (2024) „*Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome, S2k-Leitlinie“*, *AWMF-Register* - 030/087, https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-087 [12.03.2026].

A Anhang

A.1 Erläuterung zu den Anlagen

Anlage 1 zur Festlegung beschreibt die Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des AJ 2027. Bei der Anlage 1 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine veränderte Definition von ICD-Kodes: Neue ICD-Kodes können hinzukommen, bestehende wegfallen. Manchmal erhalten ICD-Kodes u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ICD-Kode zugewiesen wird. Einzelne ICD-Kodes können daher in verschiedenen Jahren eine unterschiedliche Bedeutung haben. Die Anlage 1 wird im Rahmen dieser Festlegung für alle für das AJ 2027 relevanten Morbiditätsjahre (2023 bis 2026) bekannt gegeben. Anlage 1 enthält ebenfalls die Regeln zur Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen.

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

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

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

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2023 bis 2025 (d. h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2024 bis 6/2026) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2026 (auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Festlegungen noch nicht vorliegenden GKV-Arzneimittelindexes 6/2027) erfolgt im Jahr 2027 im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV für das AJ 2027.

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

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

Tabelle A.1.1 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das AJ 2027.

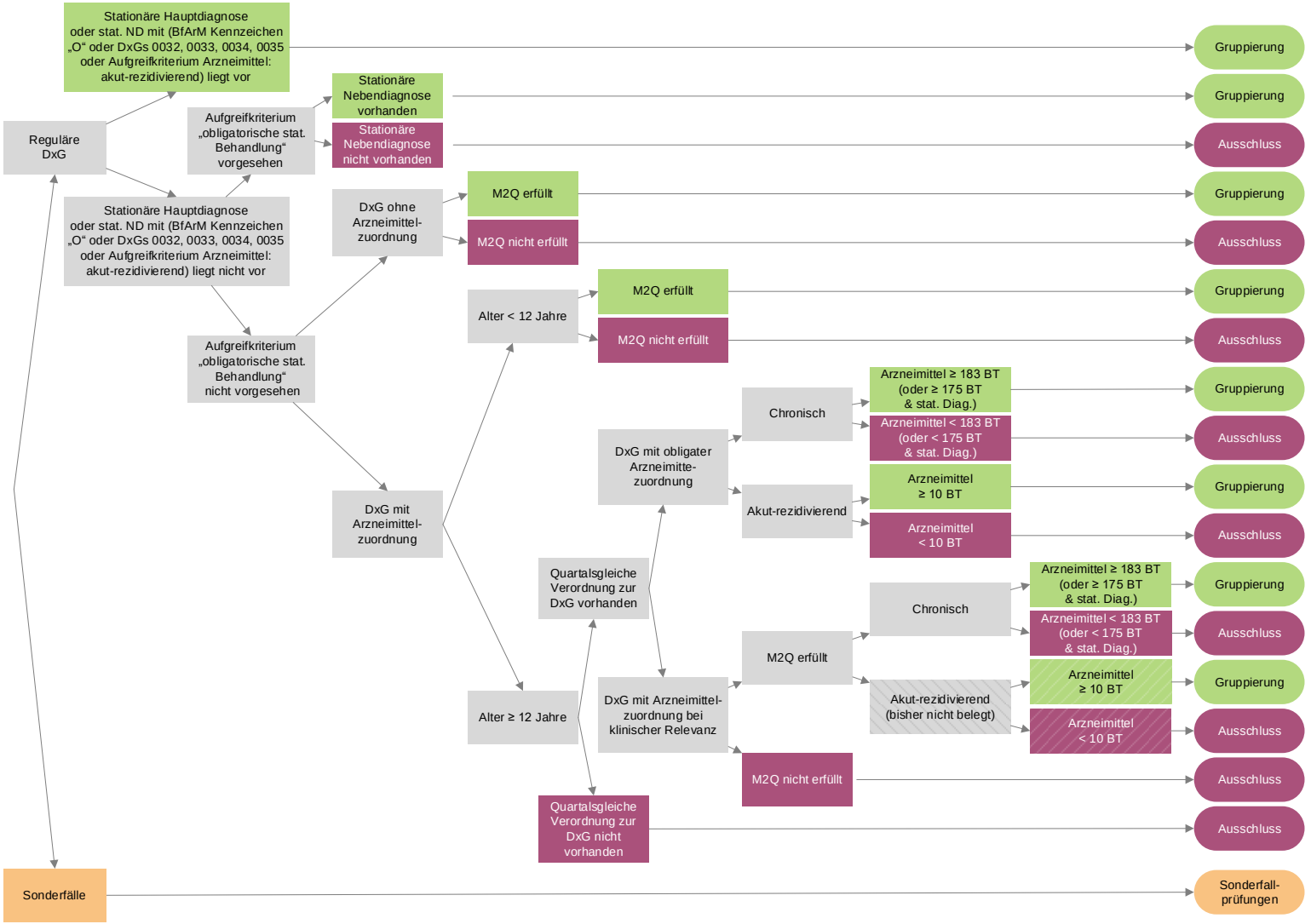
Tabelle A.1.1: Verwendung der Anlagen 1 bis 5 in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im AJ 2027

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	Anlage 4	Anlage 5	GKV-AI
Festlegung	2023	2023	2024	2023	6/2024
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2024	2024	2025	2024	6/2025
GLB I	2025	2025	2026	2025	6/2026
GLB II	2025	2025	2026	2025	6/2026
GLB III	2026	2026	2027	2026	6/2027
Gewichtungsfaktoren GLB IV	2025	2025	2026	2025	6/2026
GLB IV	2026	2026	2027	2026	6/2027
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2026	2026	2027	2026	6/2027
Jahresausgleich	2026	2026	2027	2026	6/2027

Quelle: Auswertung BAS

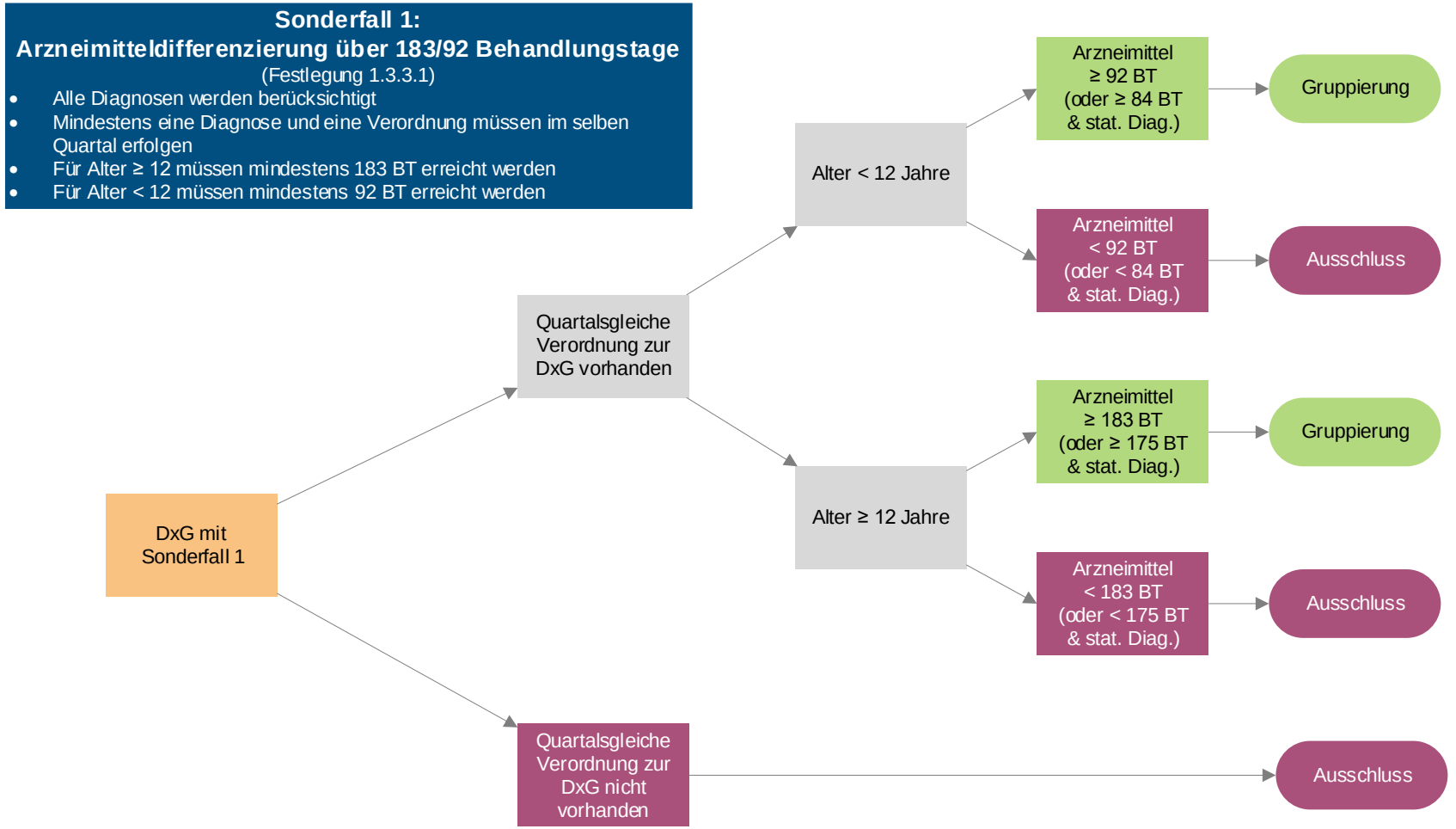
A.2 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung A.2.1: Standardalgorithmus für das AJ 2027



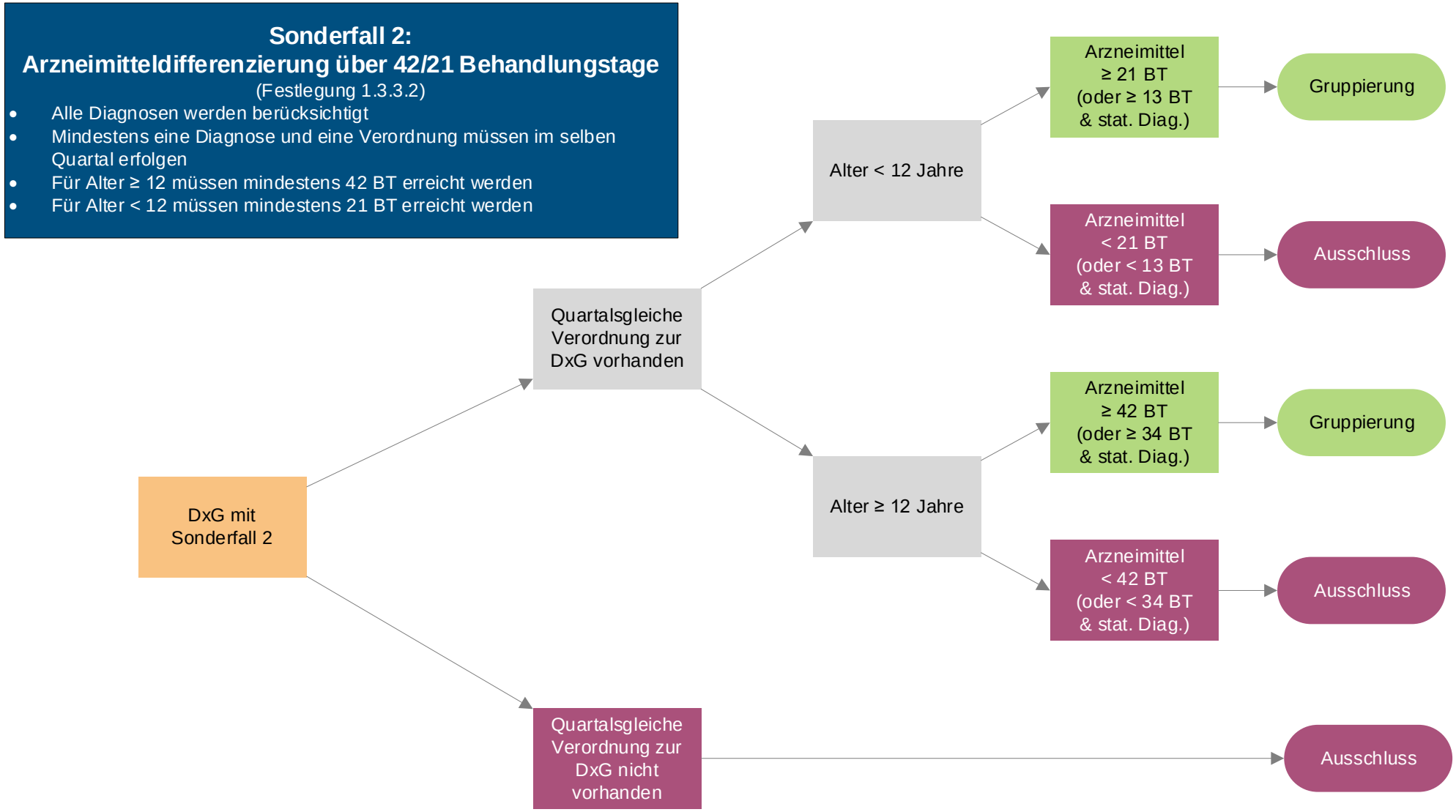
Quelle: Auswertung BAS

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



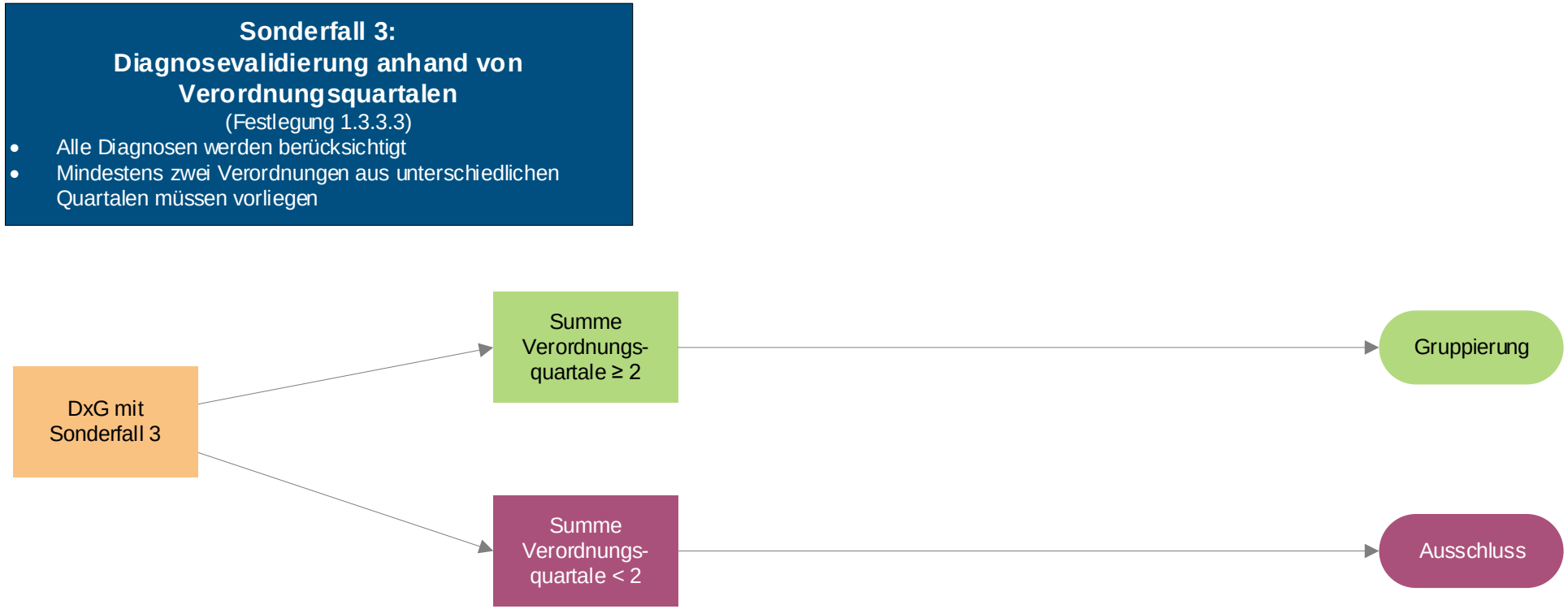
Quelle: Auswertung BAS

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



Quelle: Auswertung BAS

Abbildung A.2.4: Sonderfall 3 Diagnosevalidierung anhand von Verordnungsquartalen

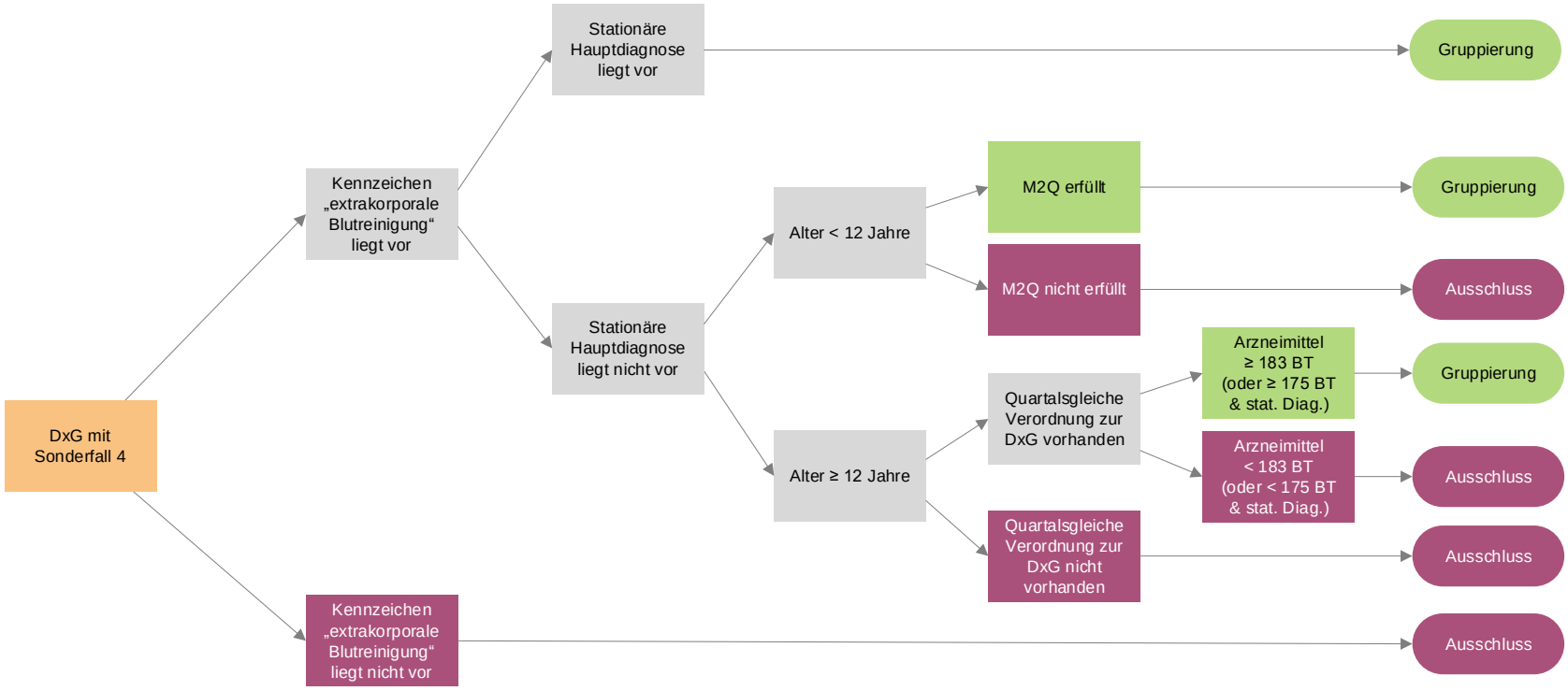


Quelle: Auswertung BAS

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

Sonderfall 4:
Diagnosevalidierung anhand des Kennzeichens „Extrakorporale Blutreinigung“
(Festlegung 1.3.3.4)

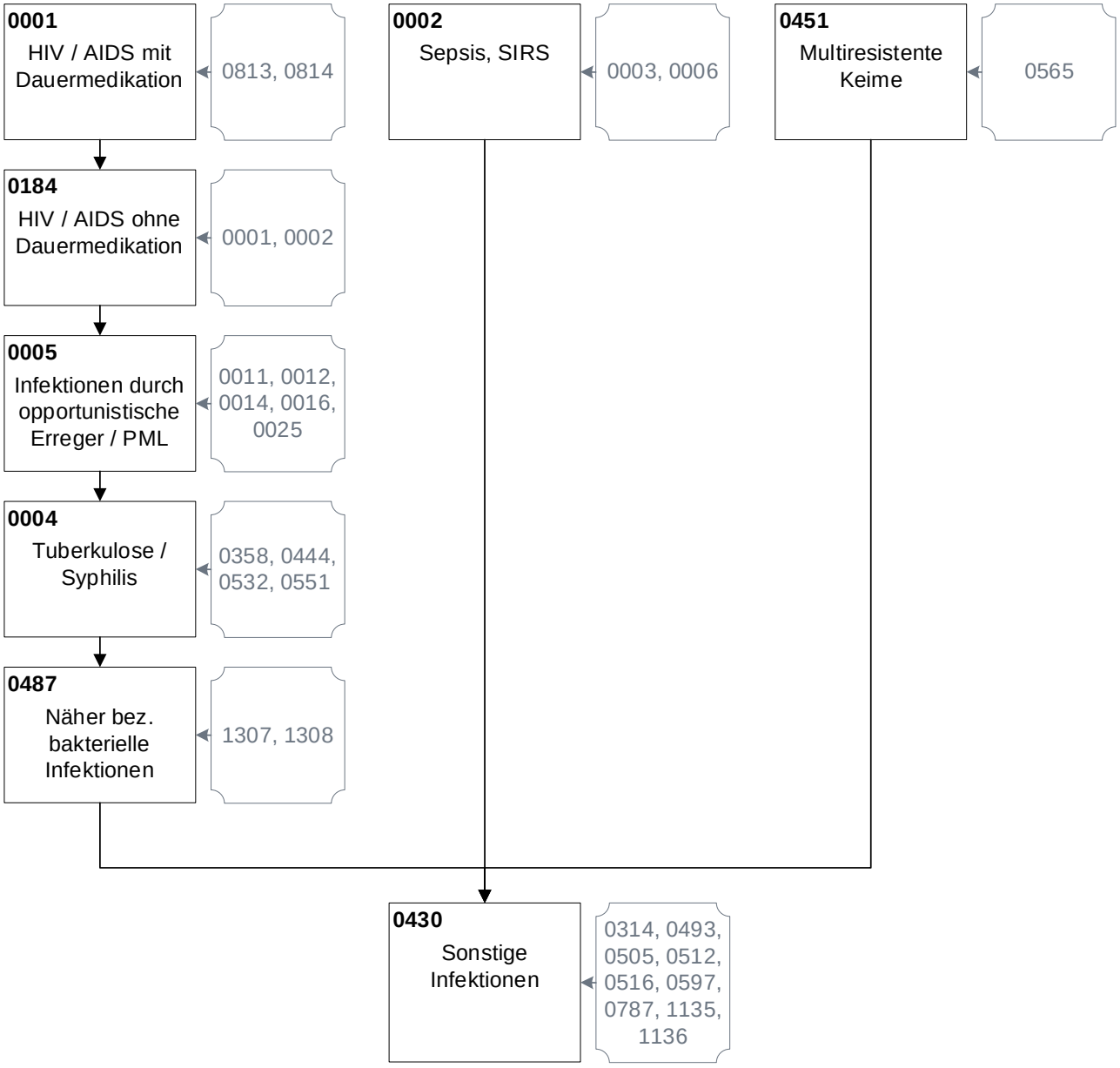
- Alle Diagnosen werden berücksichtigt
- Kennzeichen „extrakorporale Blutreinigung“ aus SA100 muss vorliegen
- Stationäre Hauptdiagnosen werden (bei Vorliegen des Kennzeichens „extrakorporale Blutreinigung“) direkt zugeordnet
- Für Alter ≥ 12 muss mindestens eine Verordnung quartalsgleich zur Diagnose erfolgen; zusätzlich müssen mindestens 183 BT erreicht werden
- Für Alter < 12 muss M2Q erfüllt werden



Quelle: Auswertung BAS

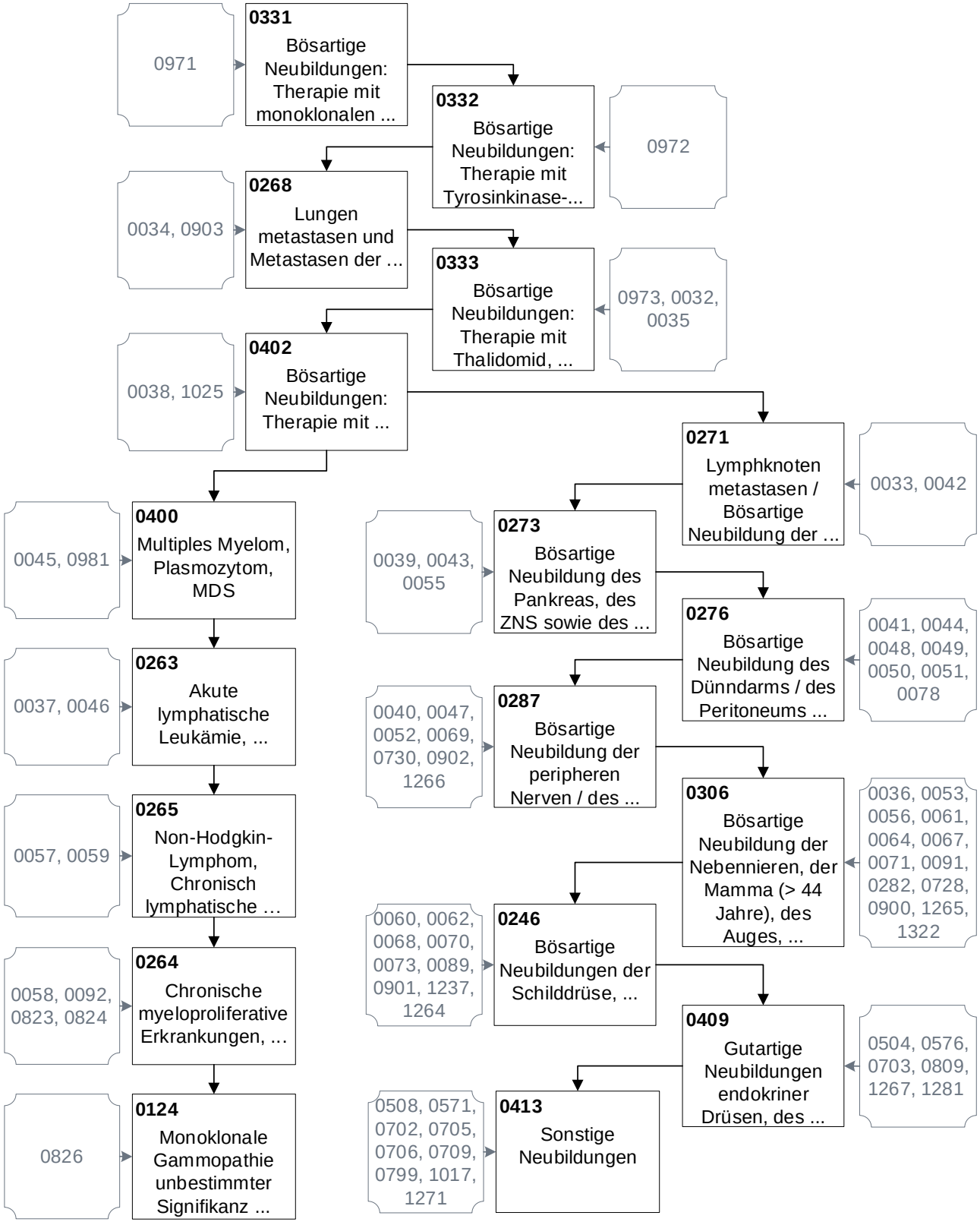
A.3 Übersicht der Hierarchien im Gesamtmodell

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



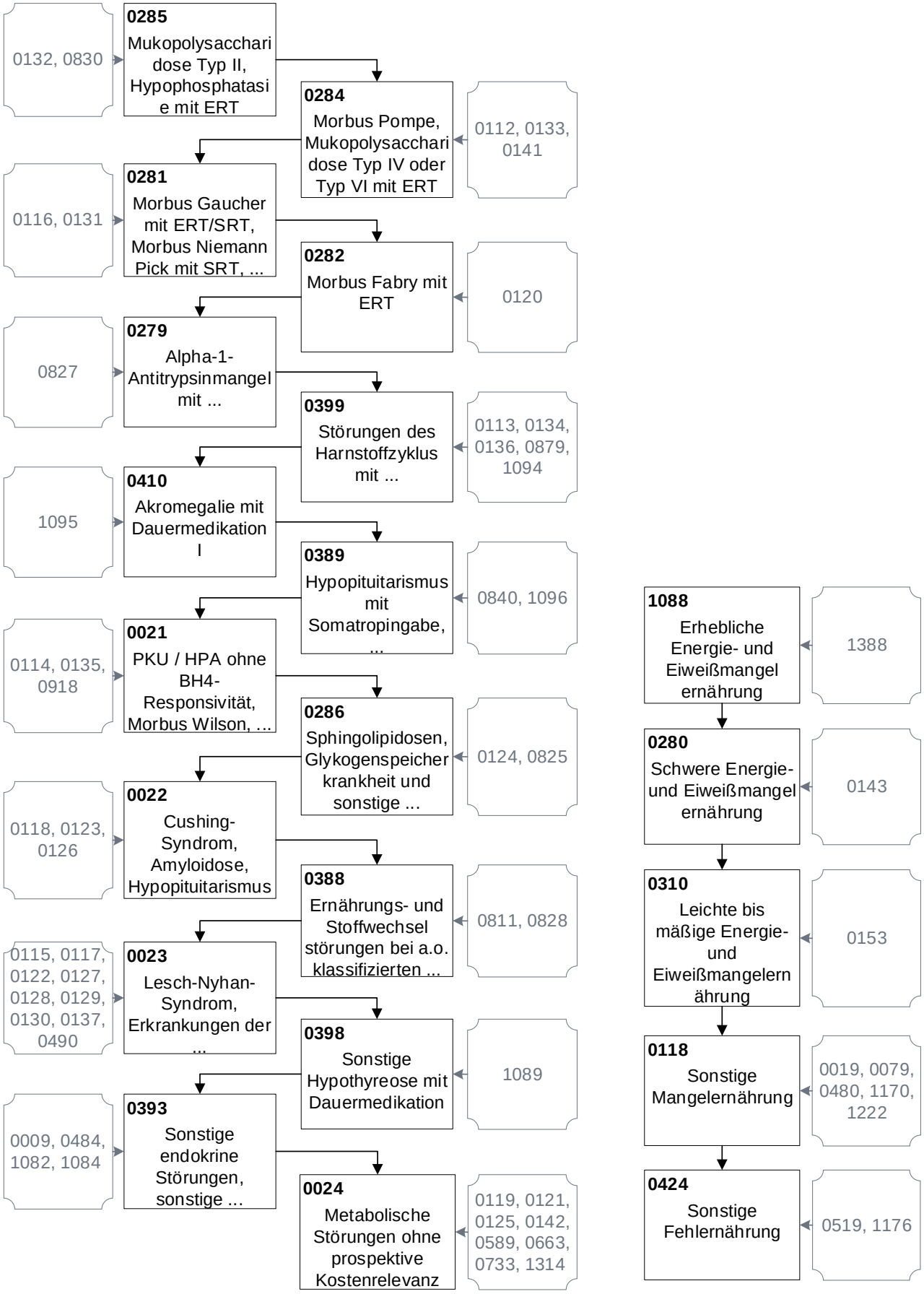
Quelle: Auswertung BAS

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



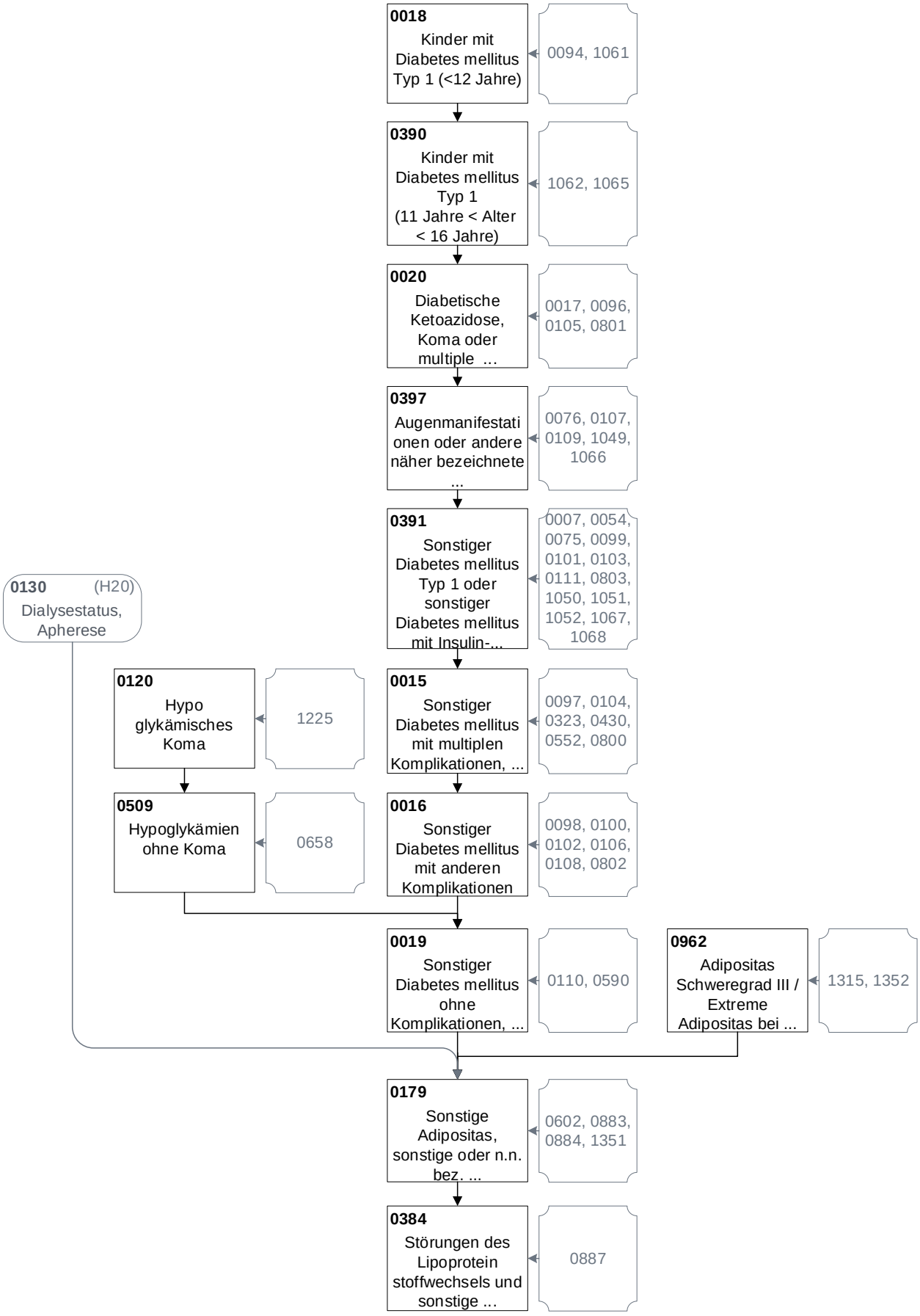
Quelle: Auswertung BAS

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



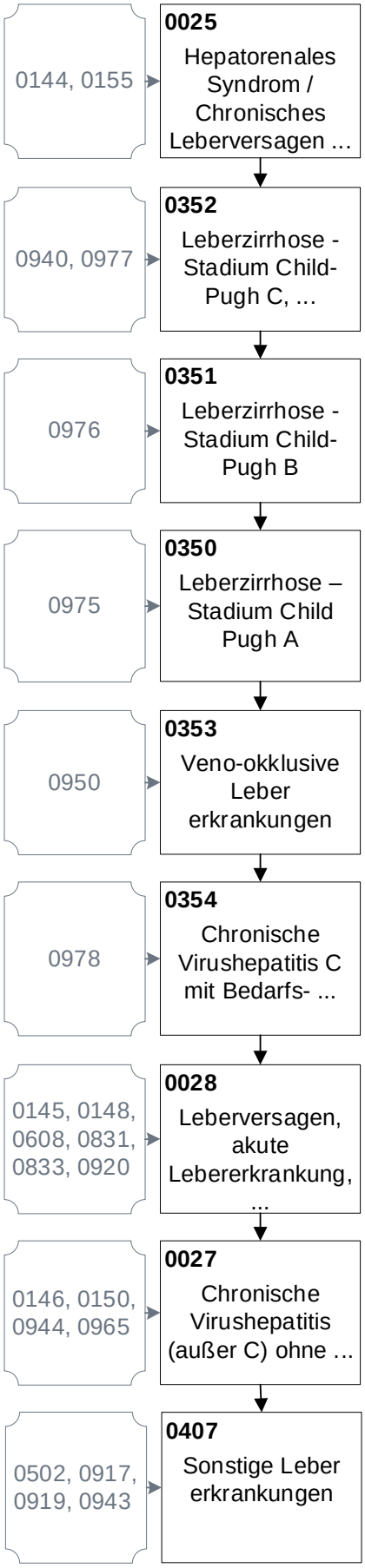
Quelle: Auswertung BAS

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



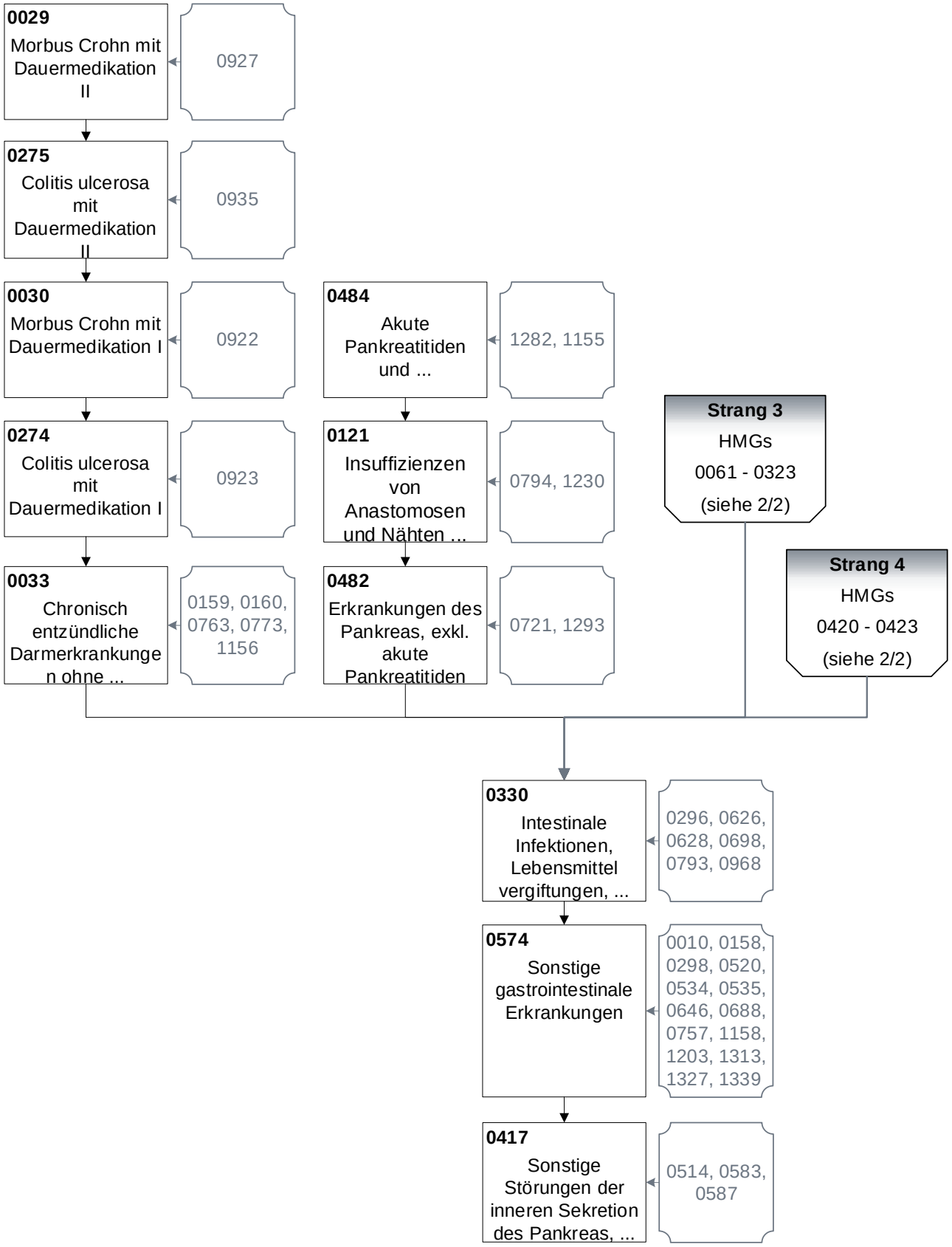
Quelle: Auswertung BAS

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



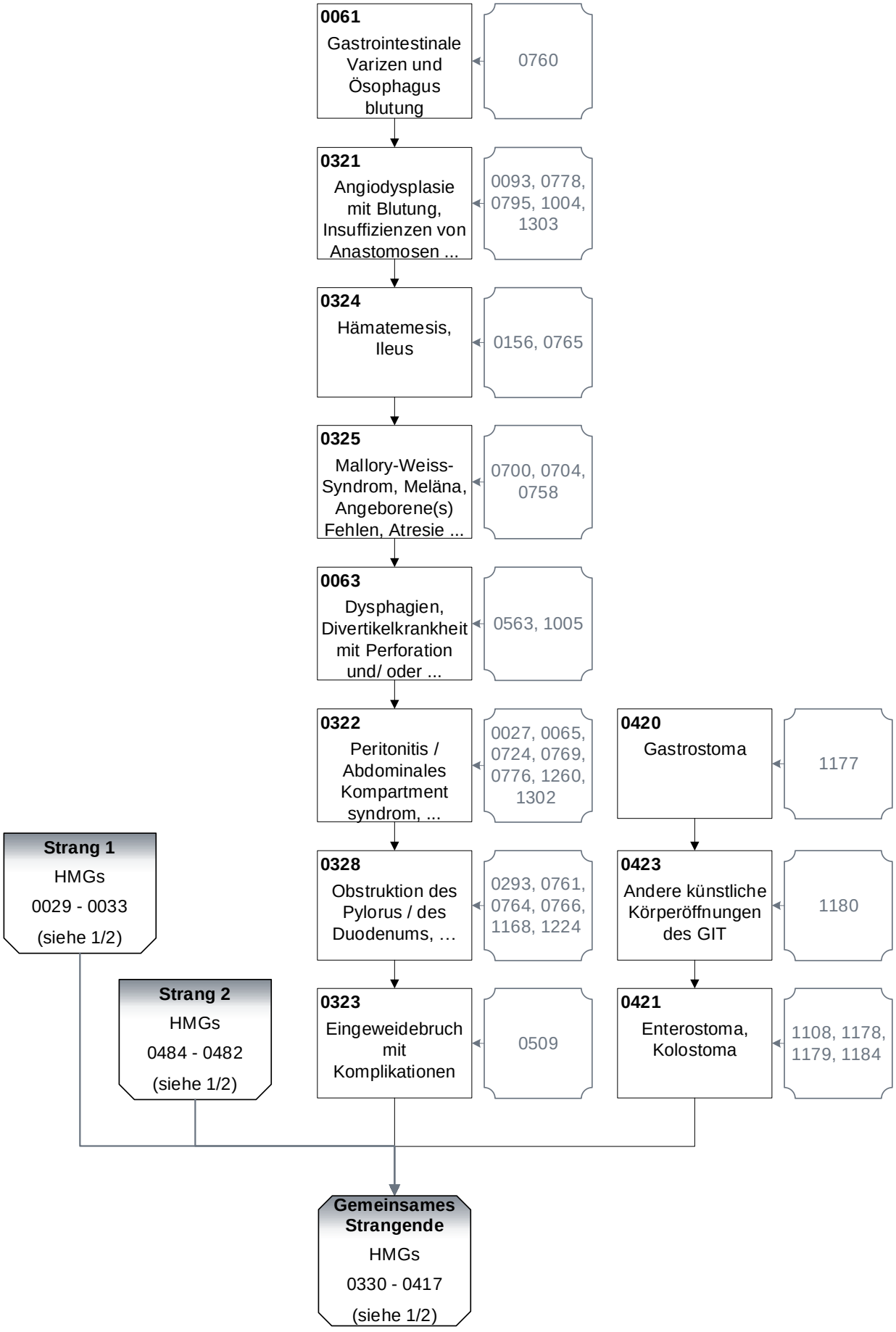
Quelle: Auswertung BAS

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



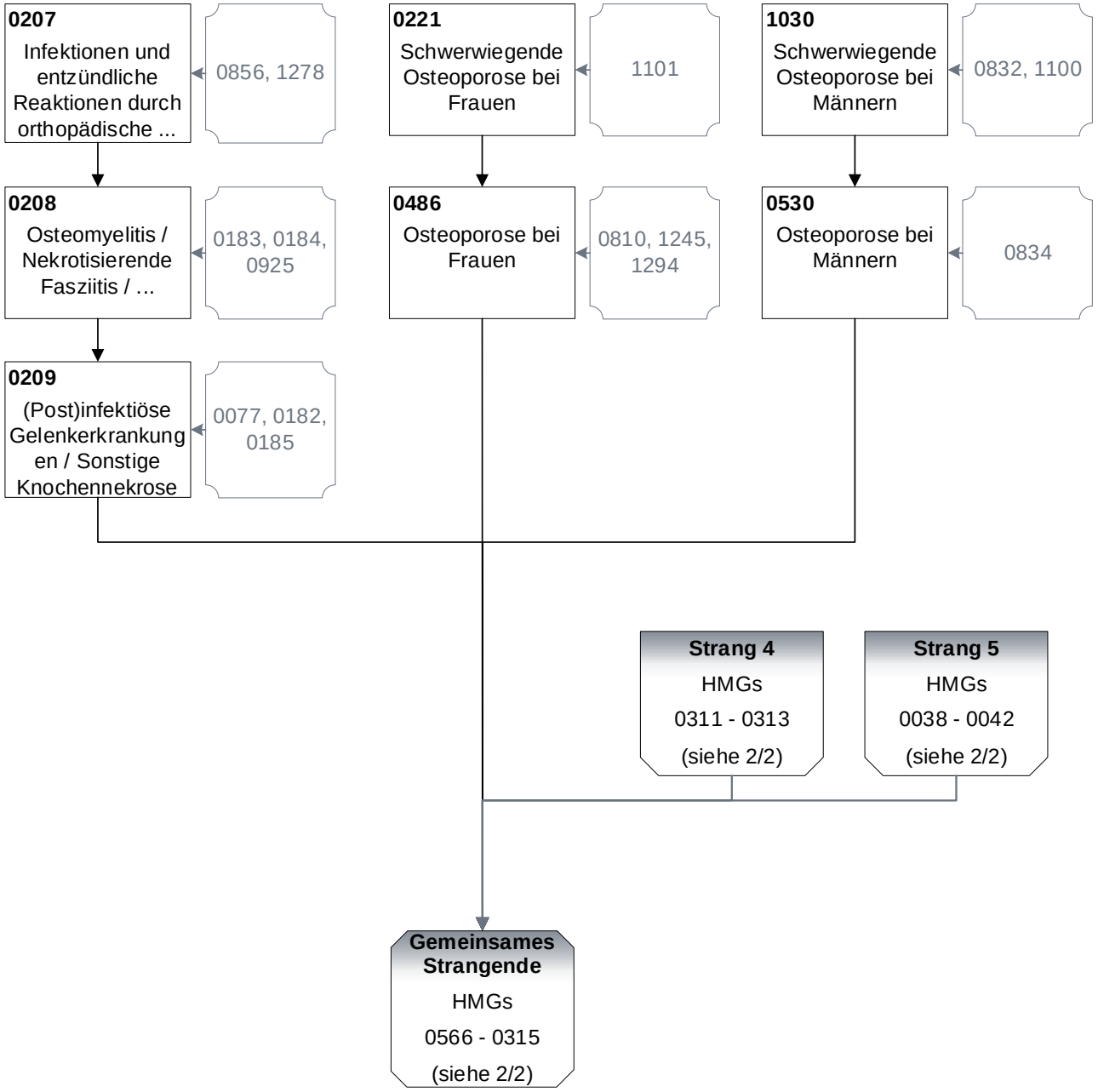
Quelle: Auswertung BAS

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



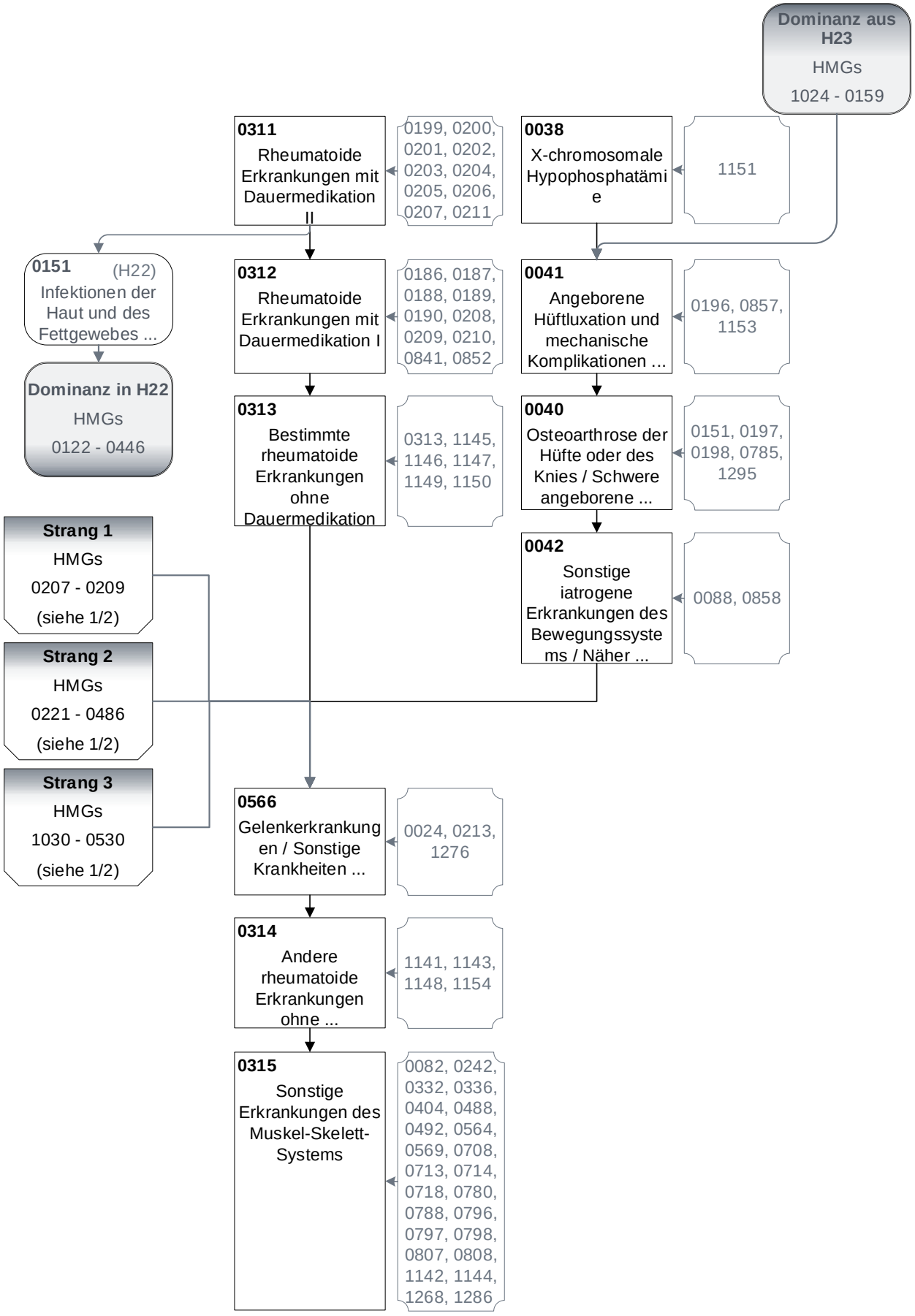
Quelle: Auswertung BAS

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



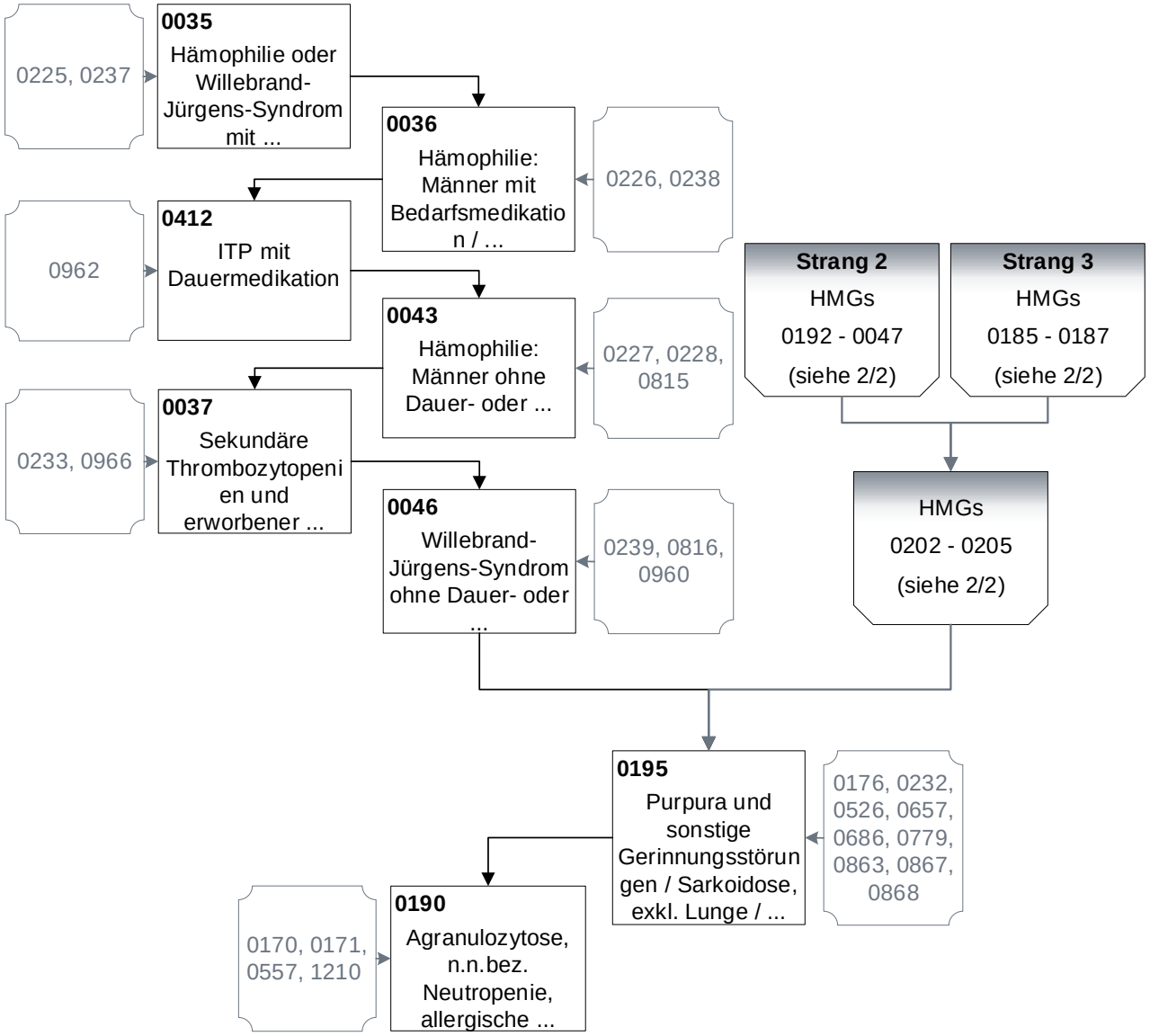
Quelle: Auswertung BAS

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



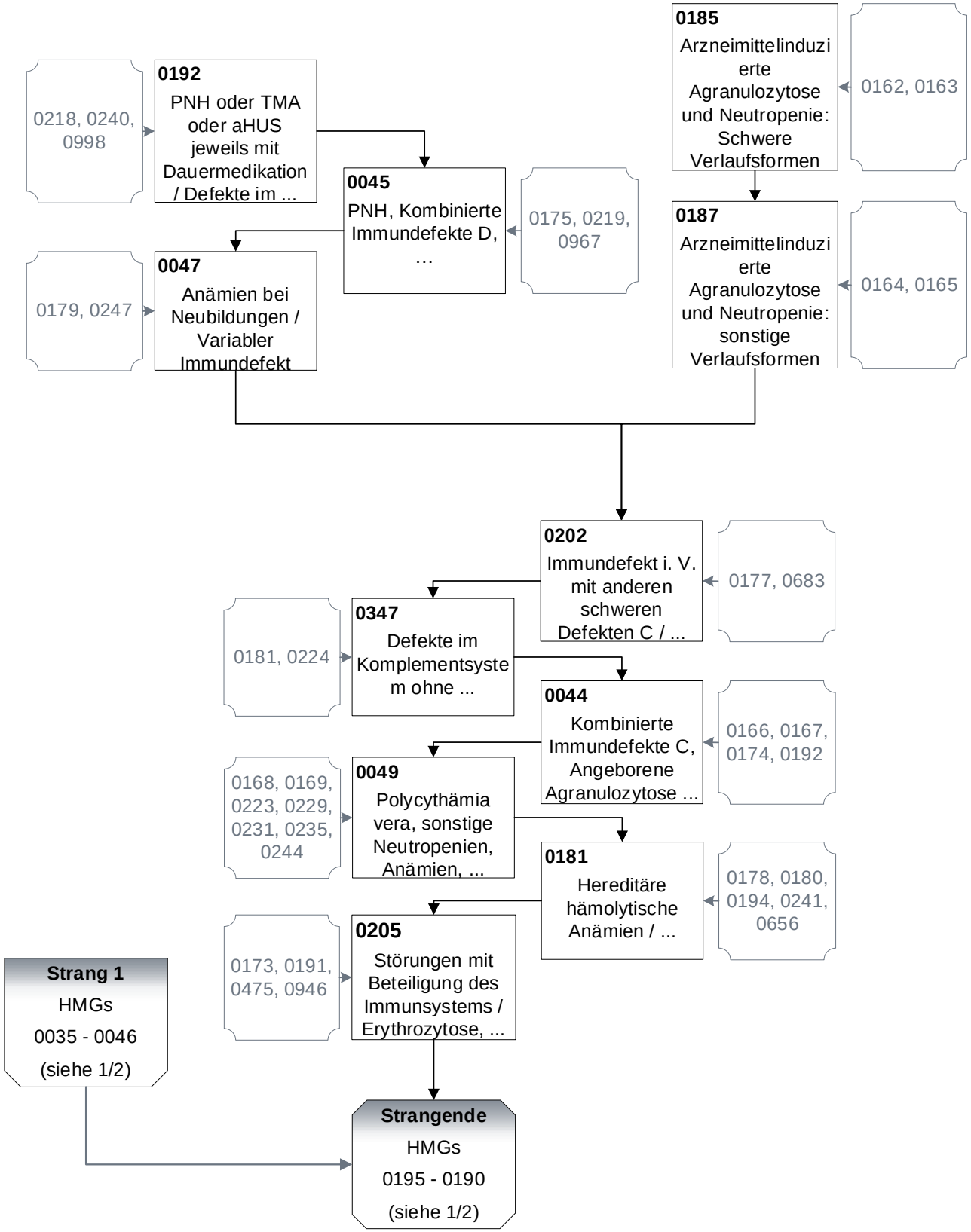
Quelle: Auswertung BAS

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



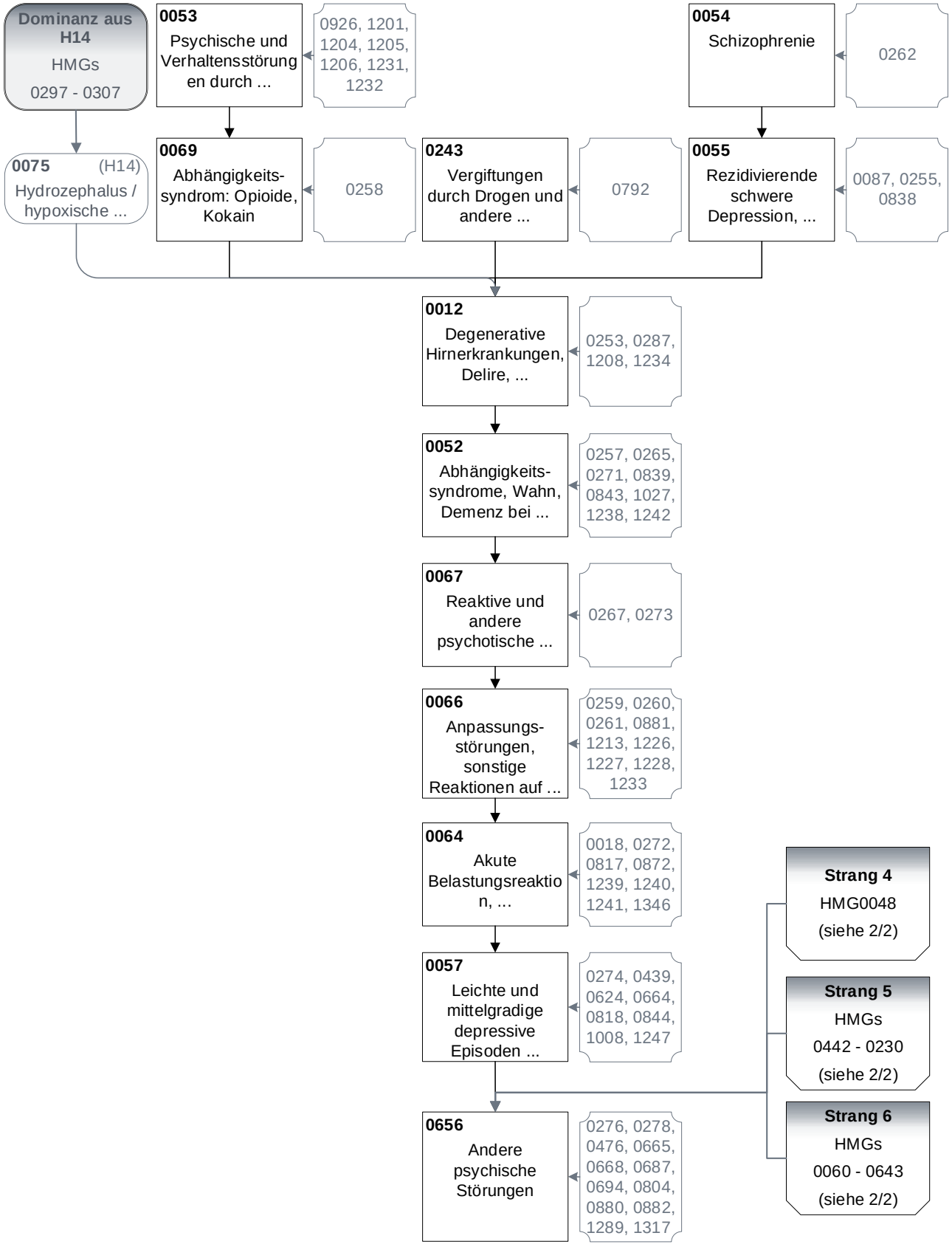
Quelle: Auswertung BAS

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



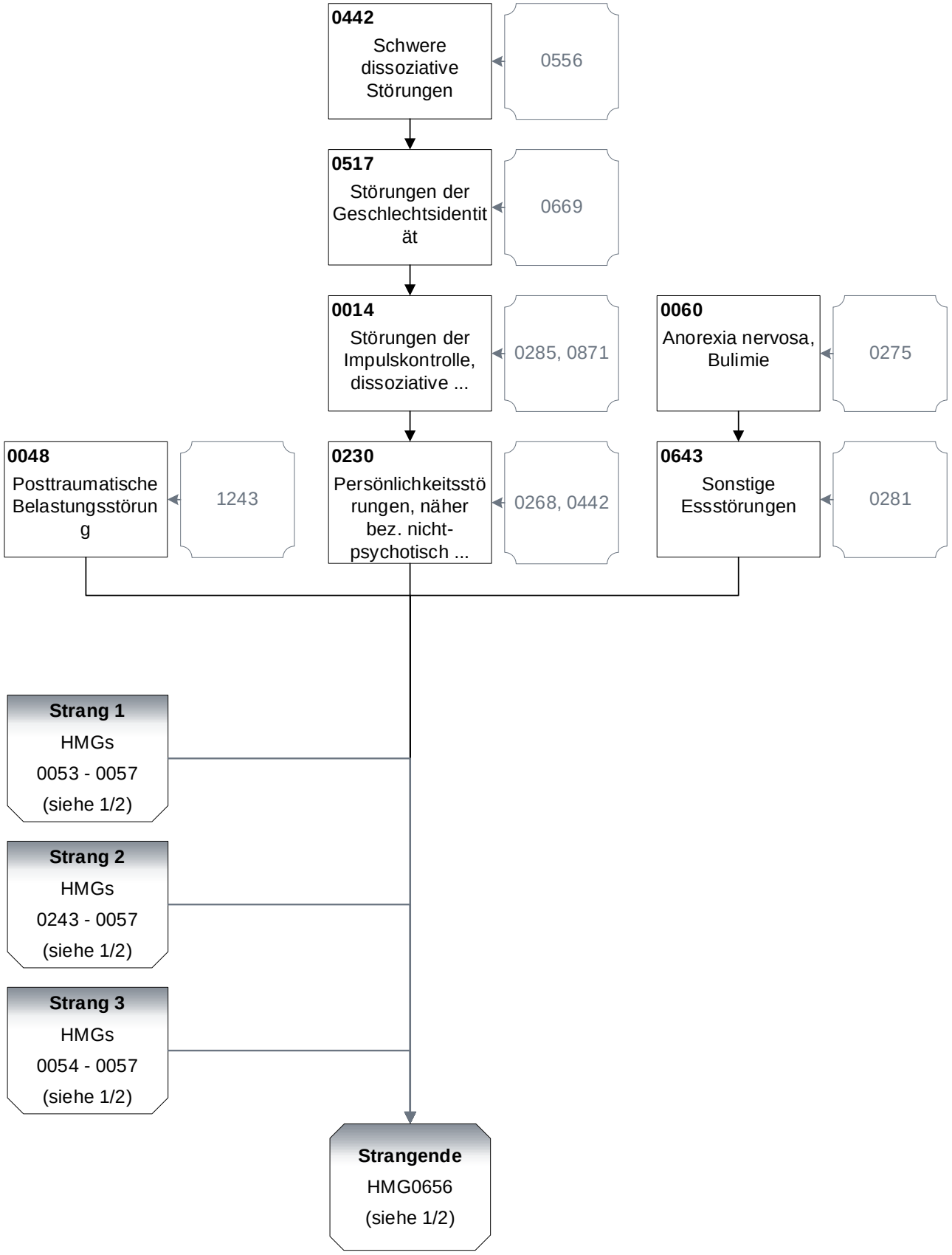
Quelle: Auswertung BAS

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



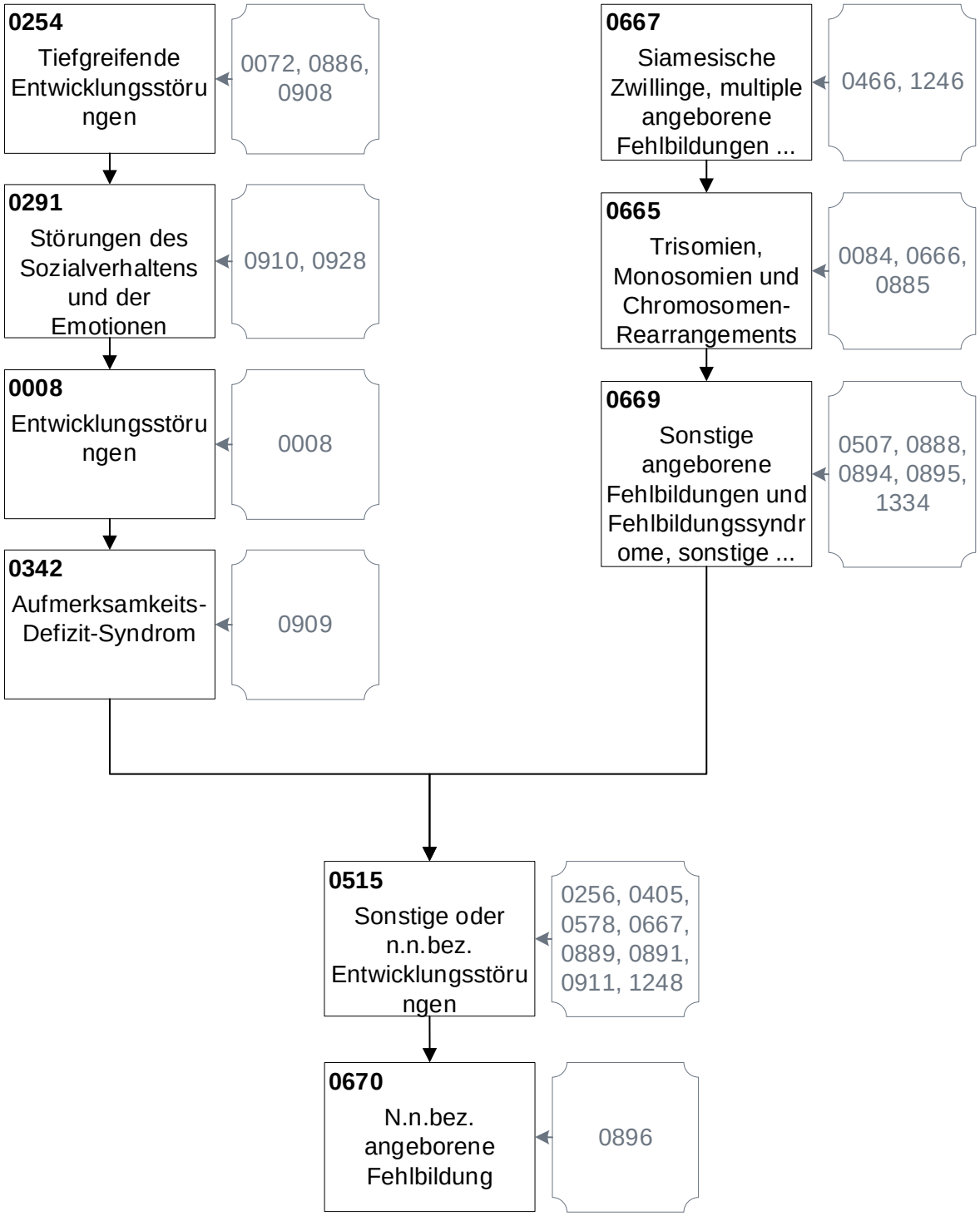
Quelle: Auswertung BAS

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



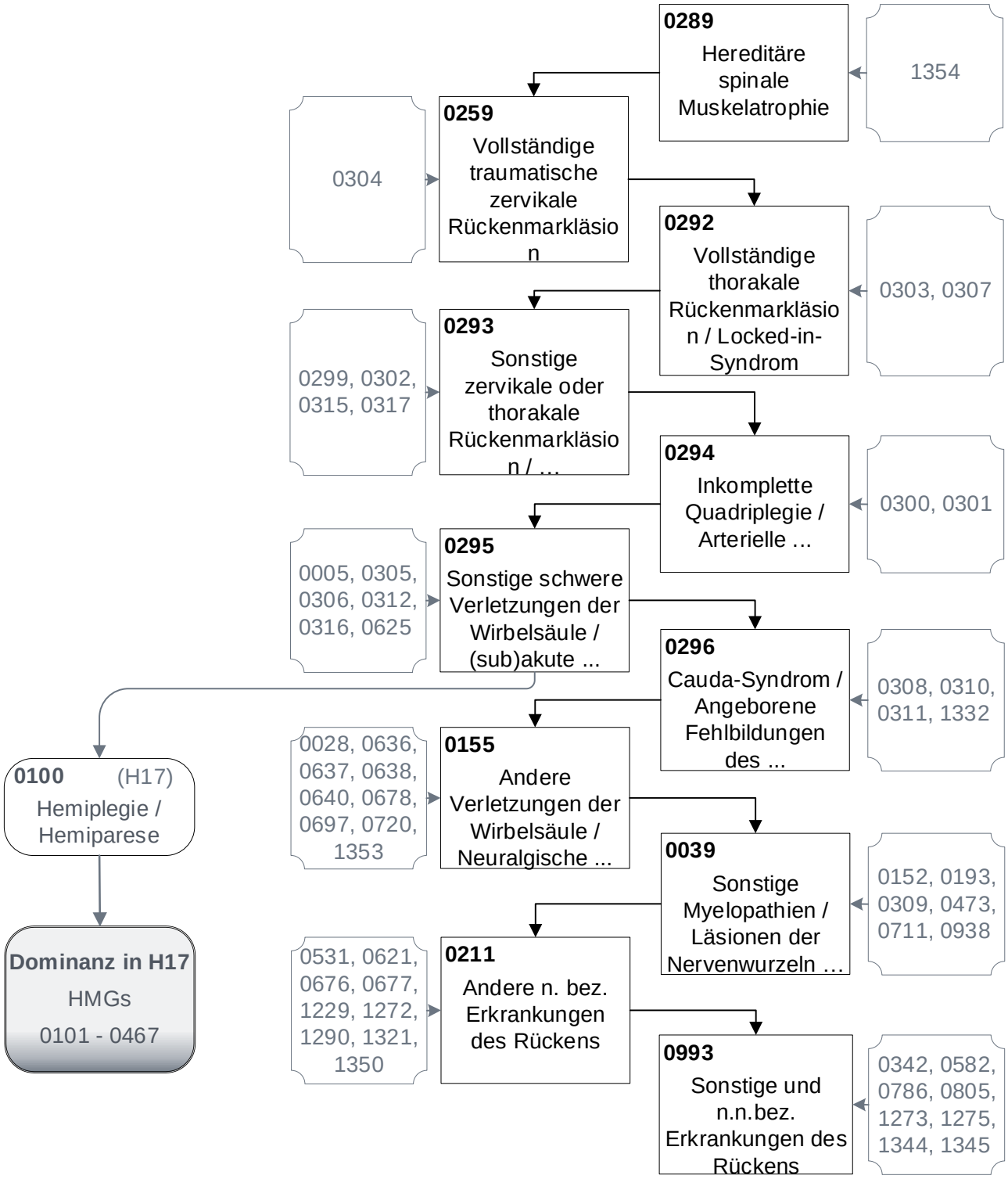
Quelle: Auswertung BAS

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



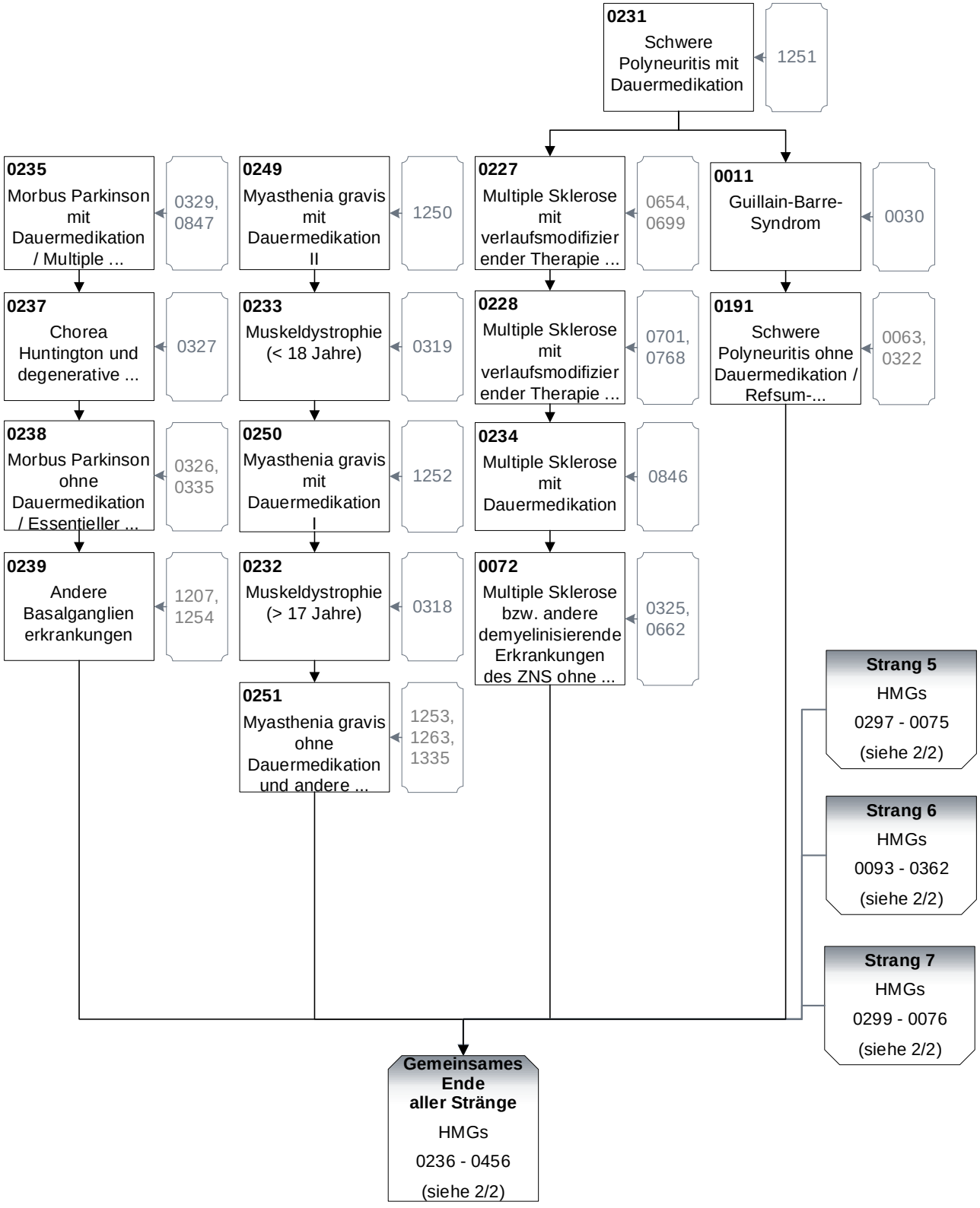
Quelle: Auswertung BAS

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



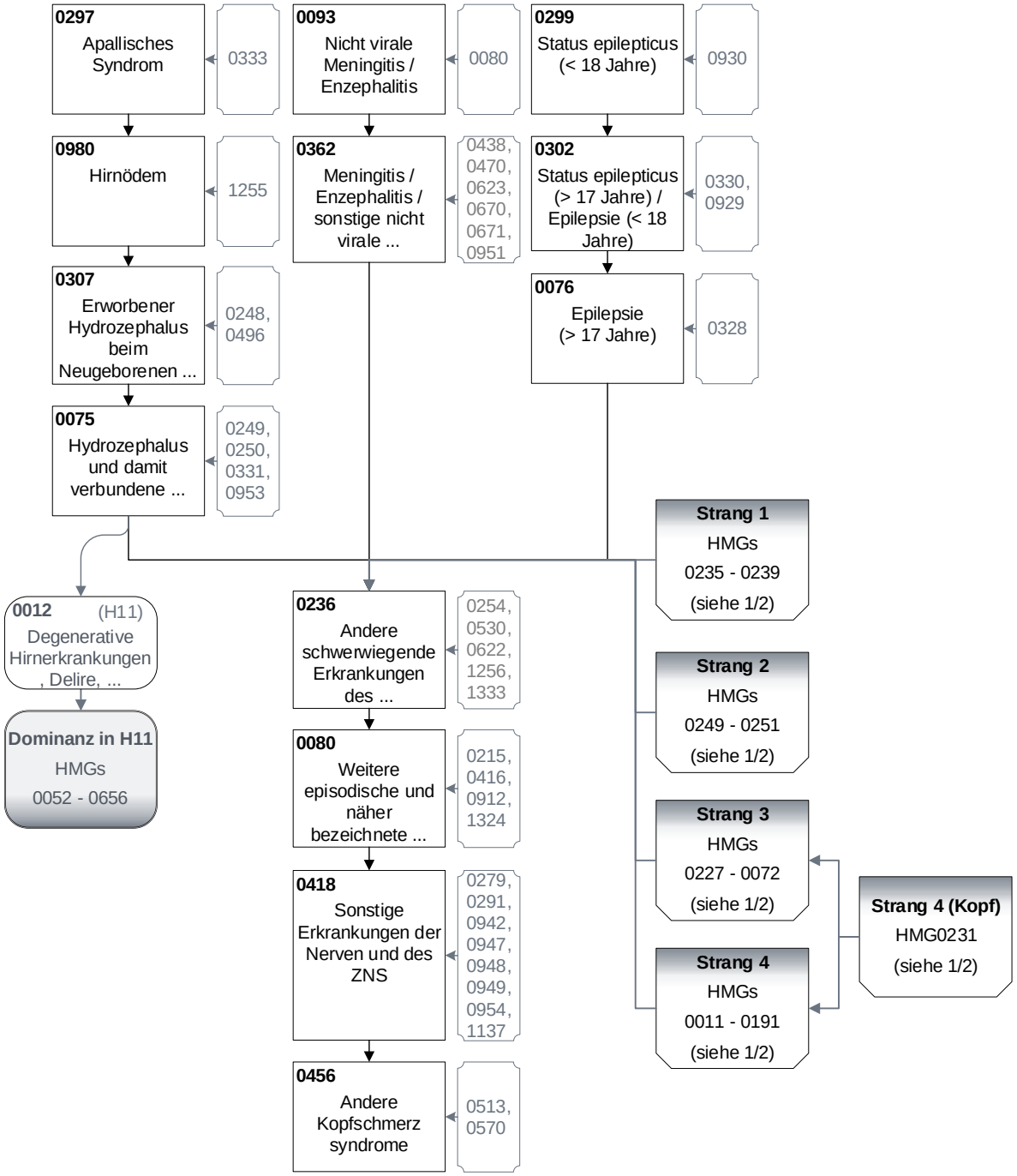
Quelle: Auswertung BAS

Abbildung A.3.16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ (1/2)



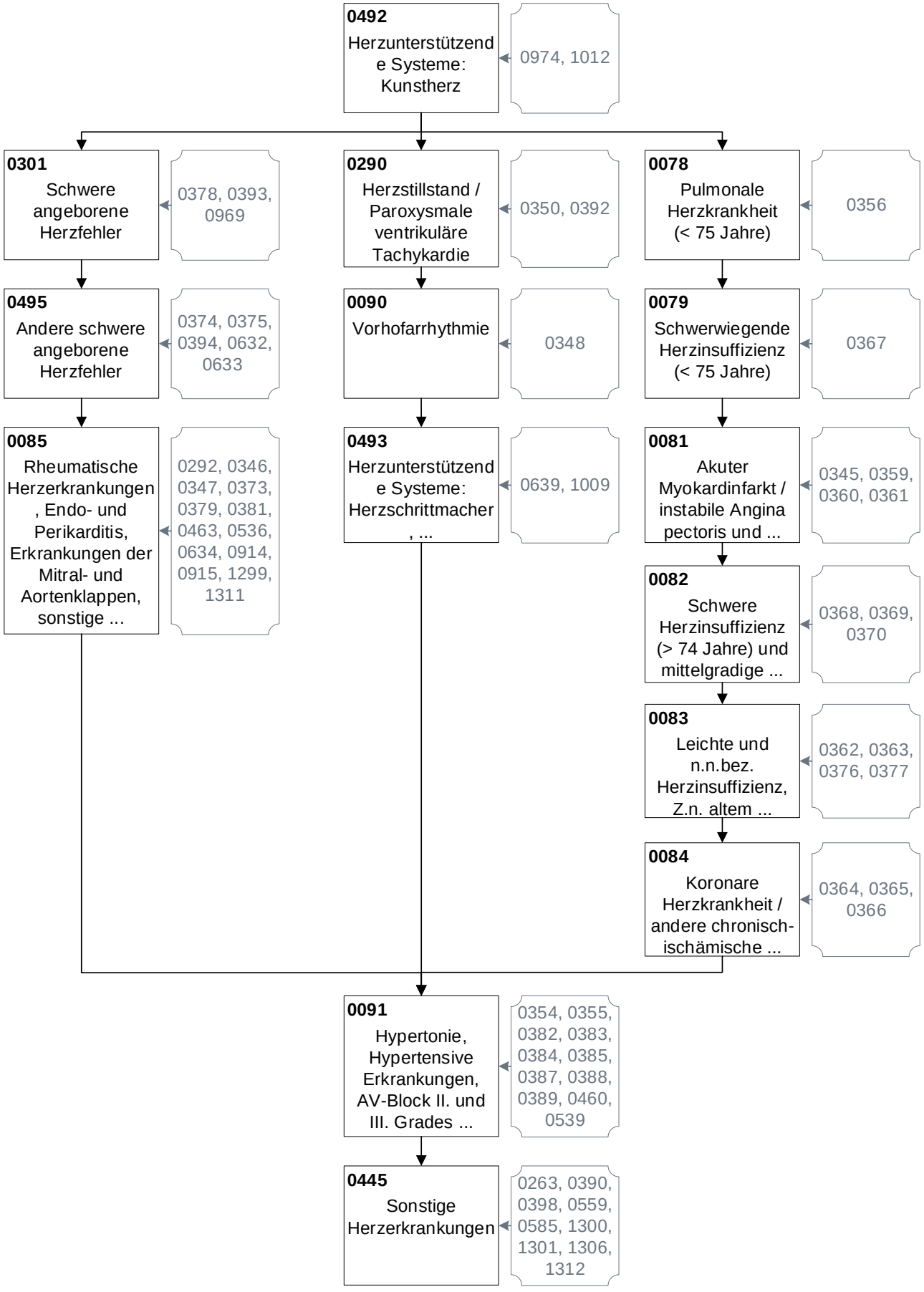
Quelle: Auswertung BAS

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



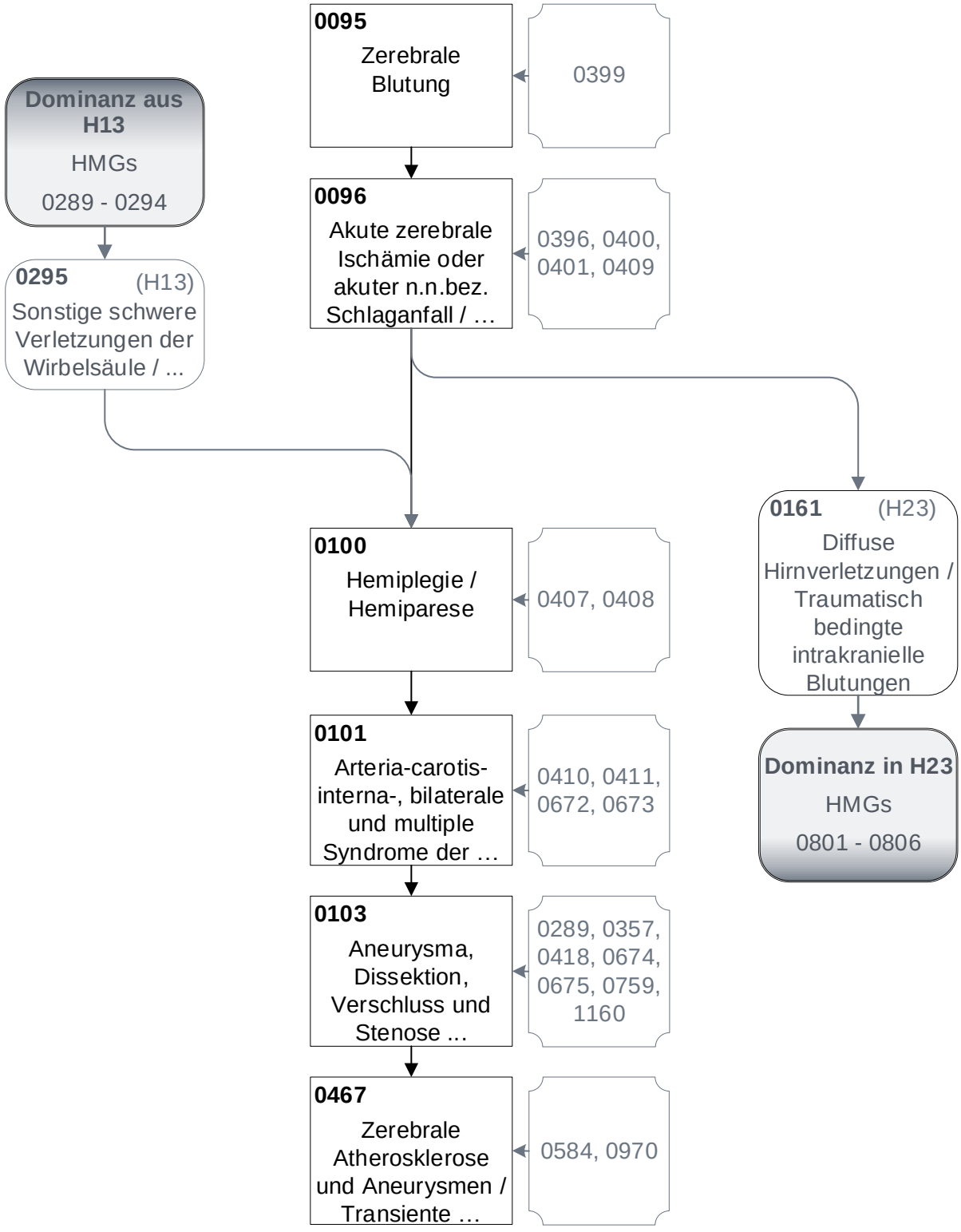
Quelle: Auswertung BAS

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



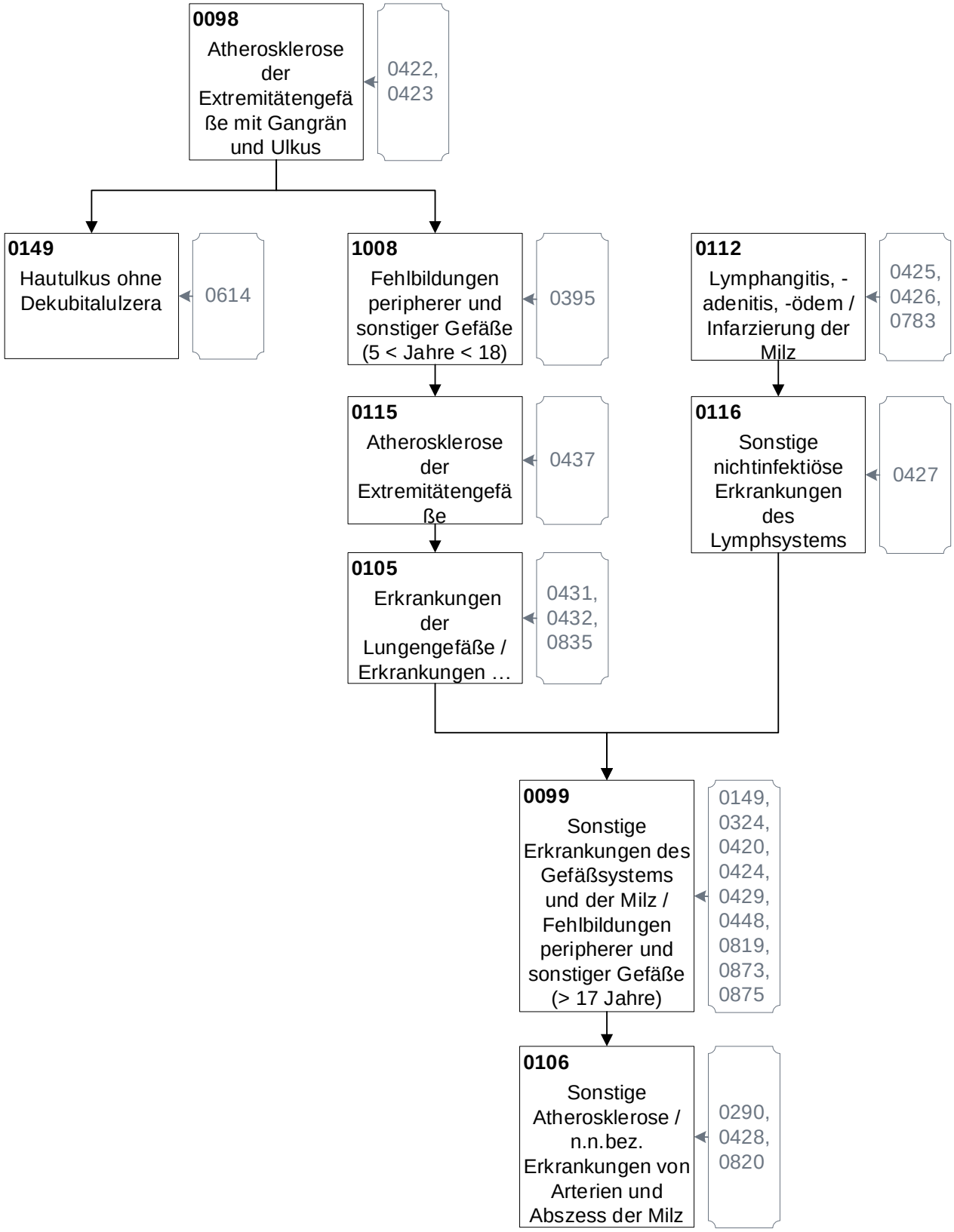
Quelle: Auswertung BAS

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



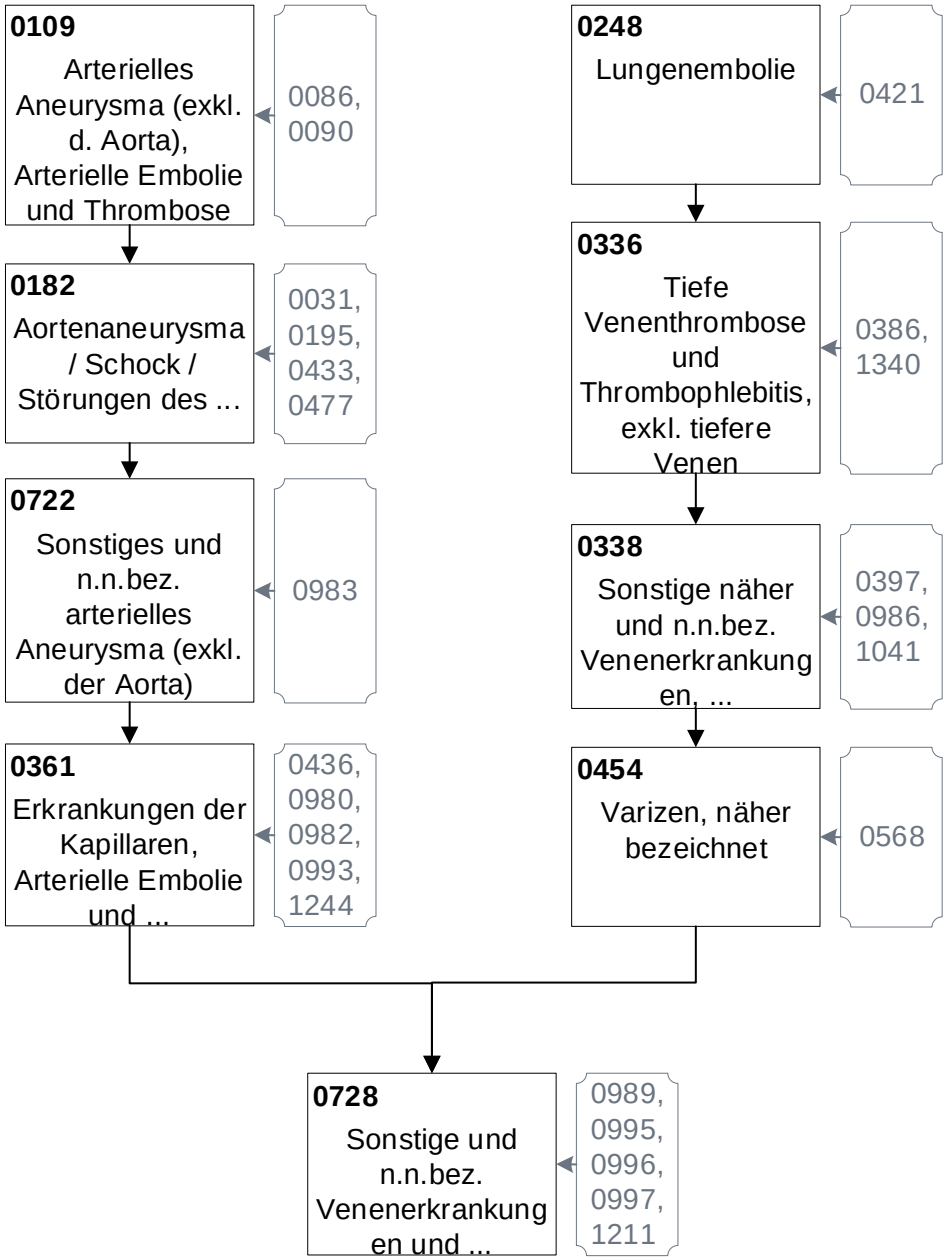
Quelle: Auswertung BAS

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



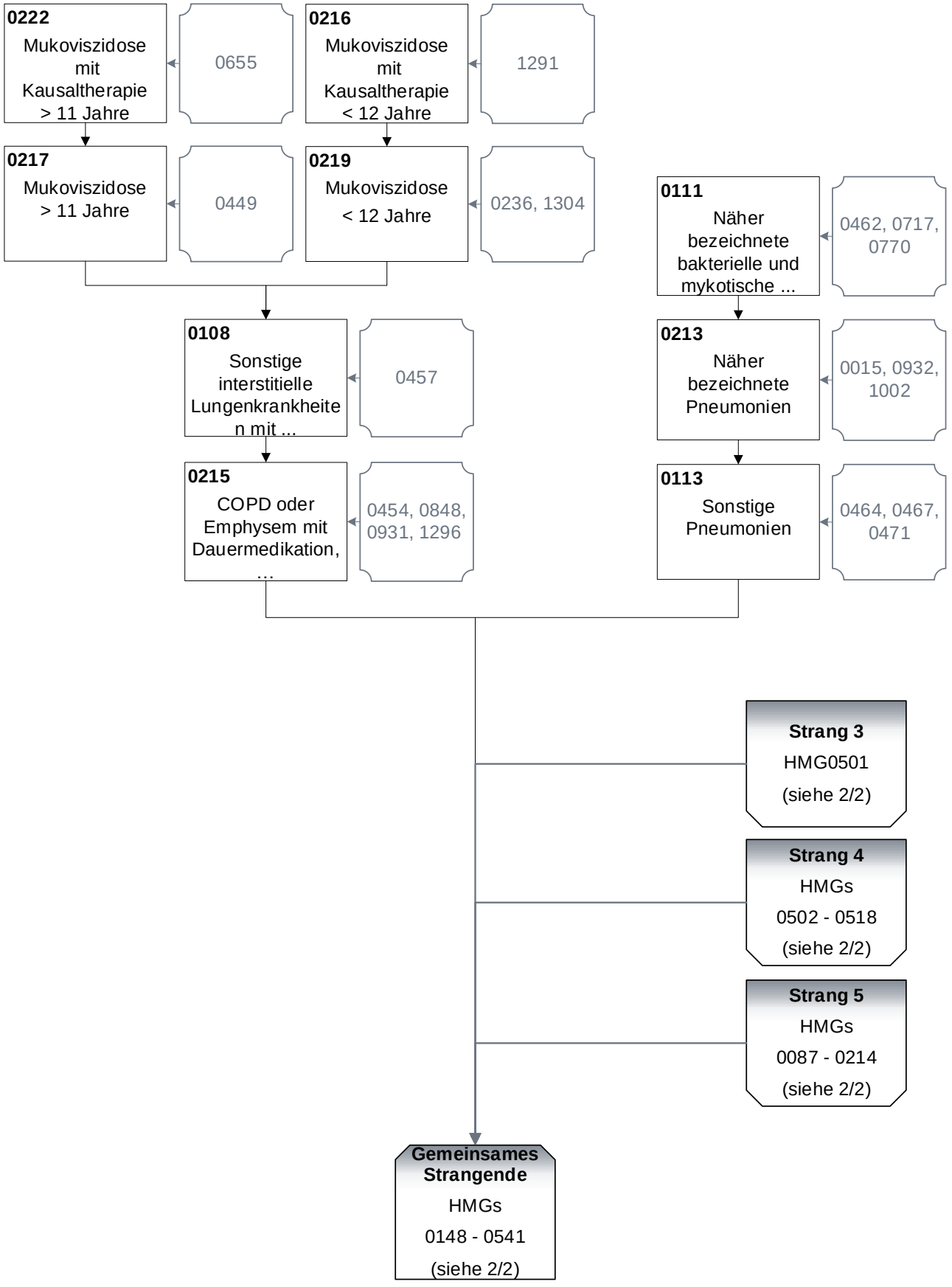
Quelle: Auswertung BAS

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



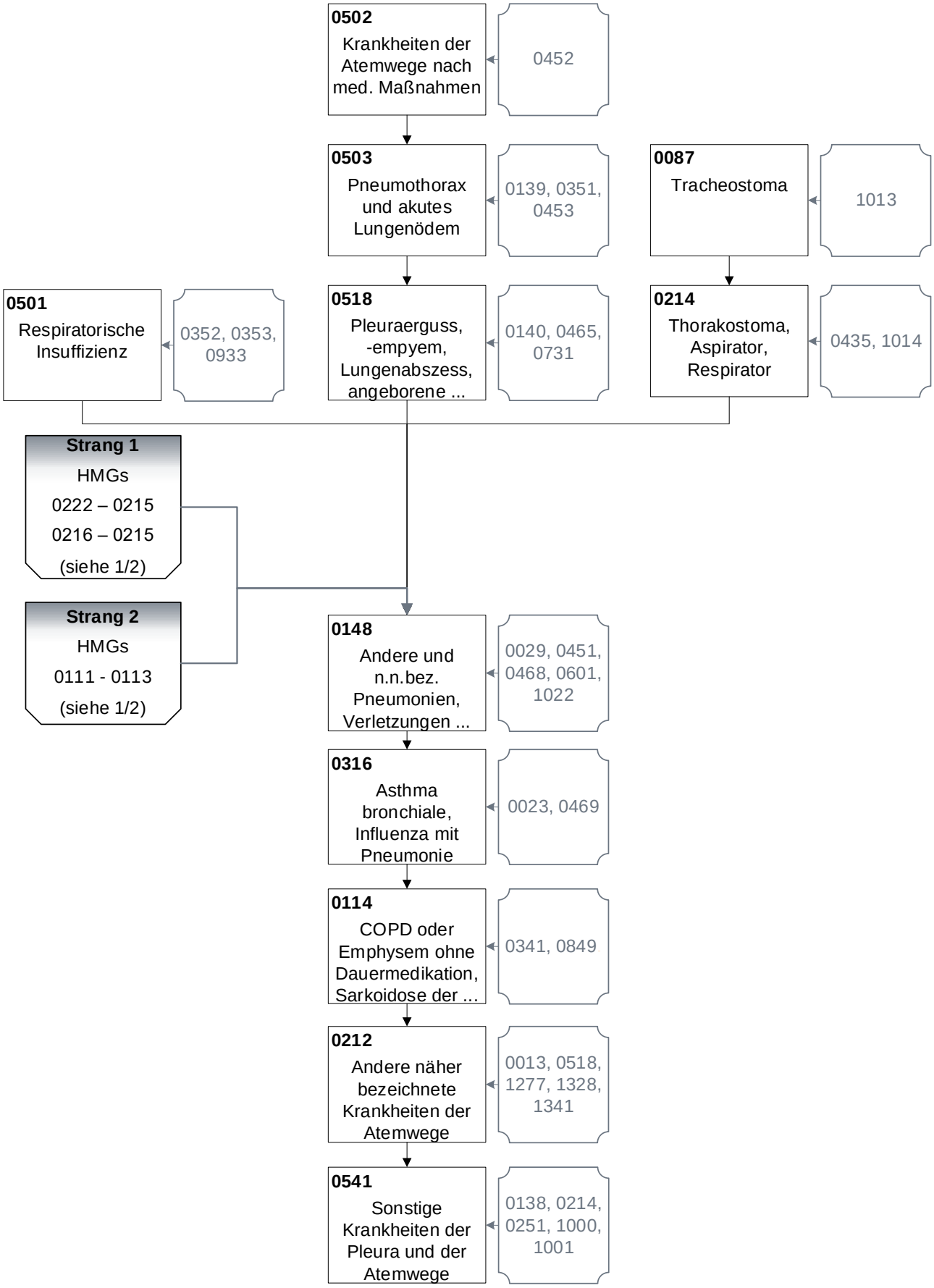
Quelle: Auswertung BAS

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



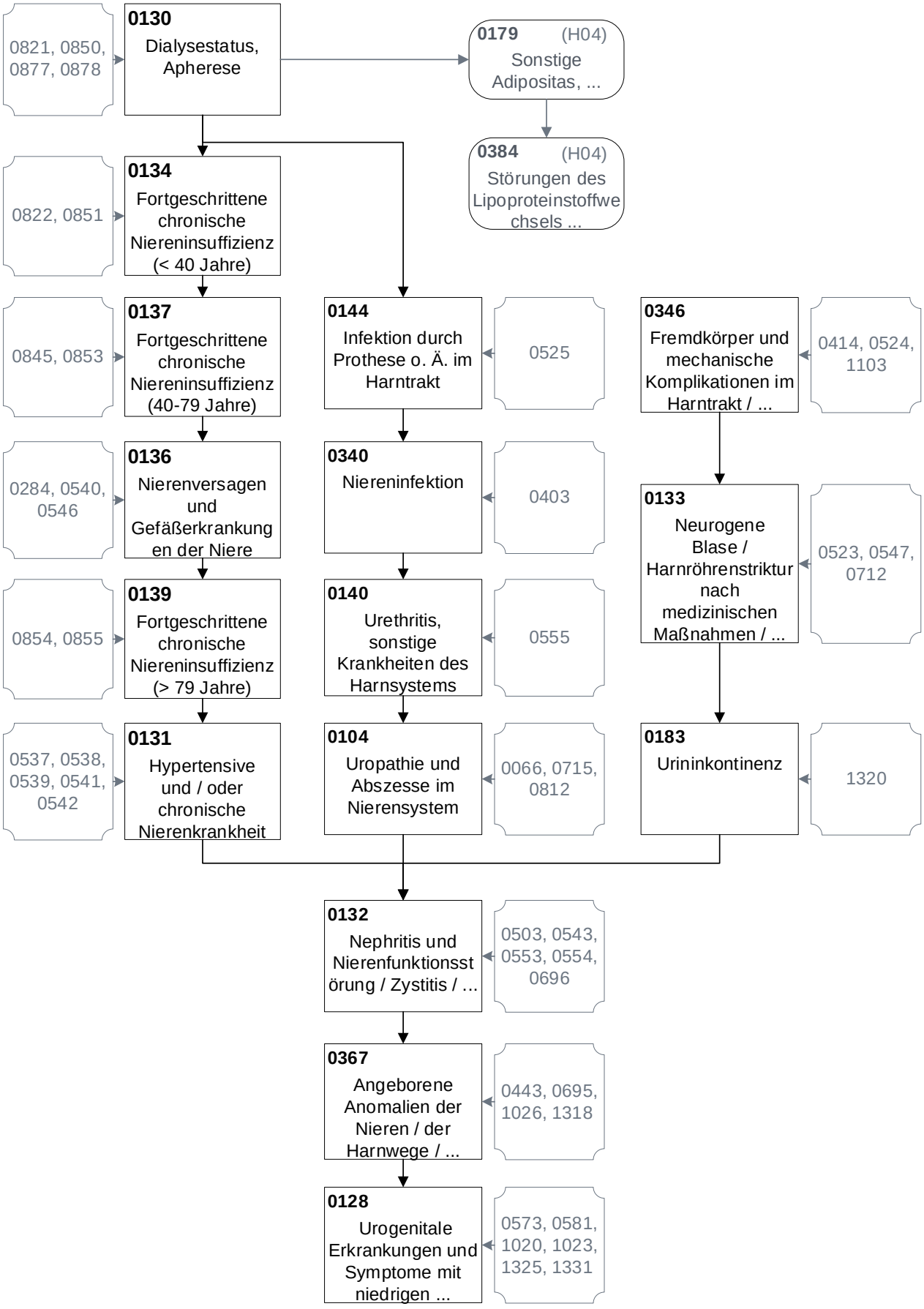
Quelle: Auswertung BAS

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



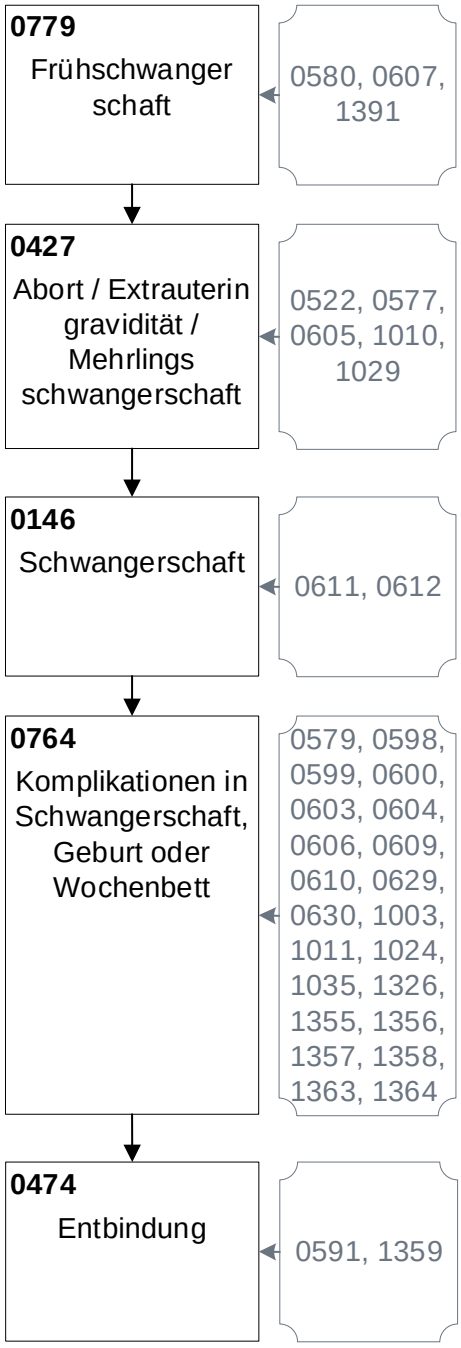
Quelle: Auswertung BAS

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



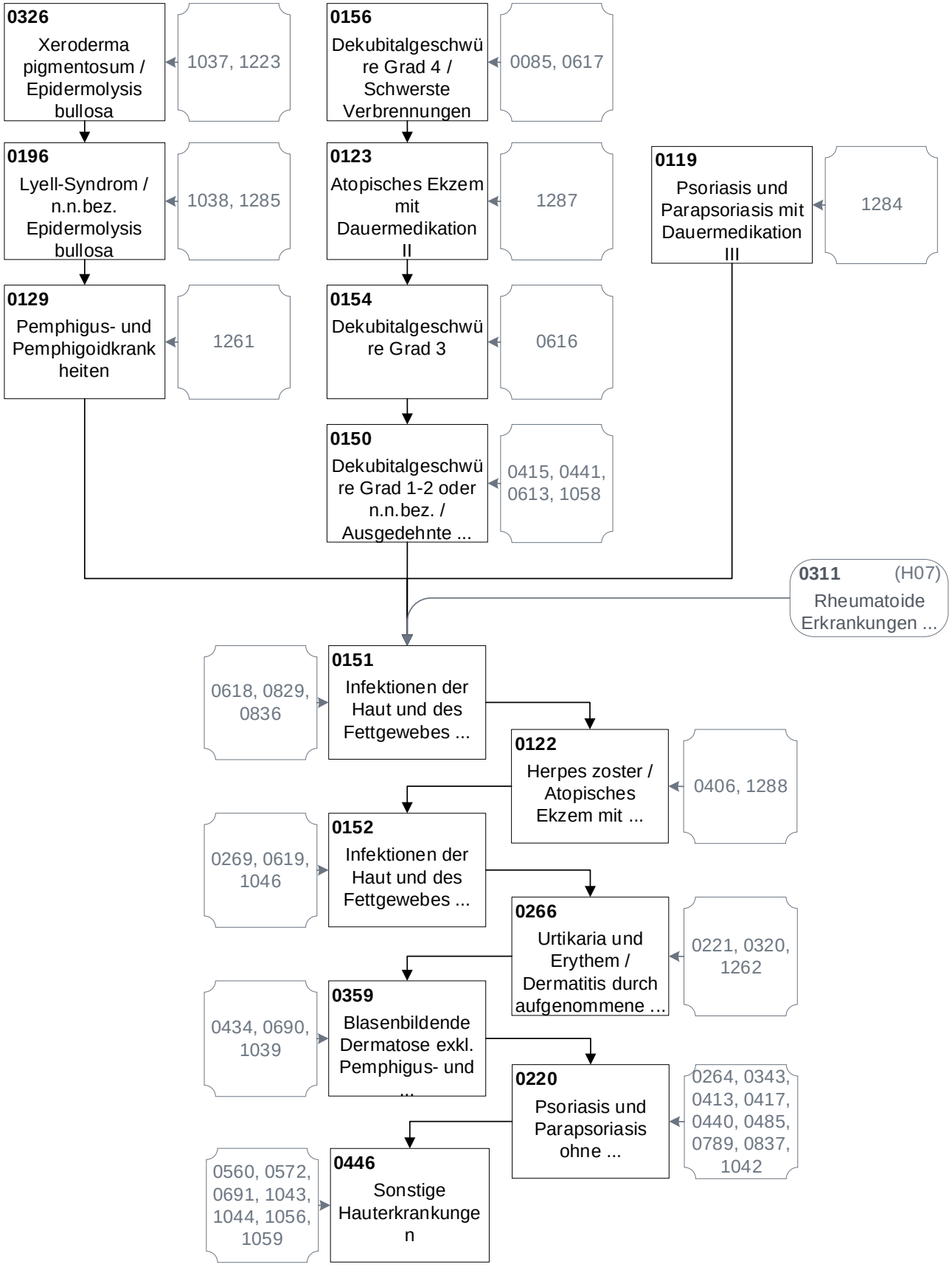
Quelle: Auswertung BAS

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



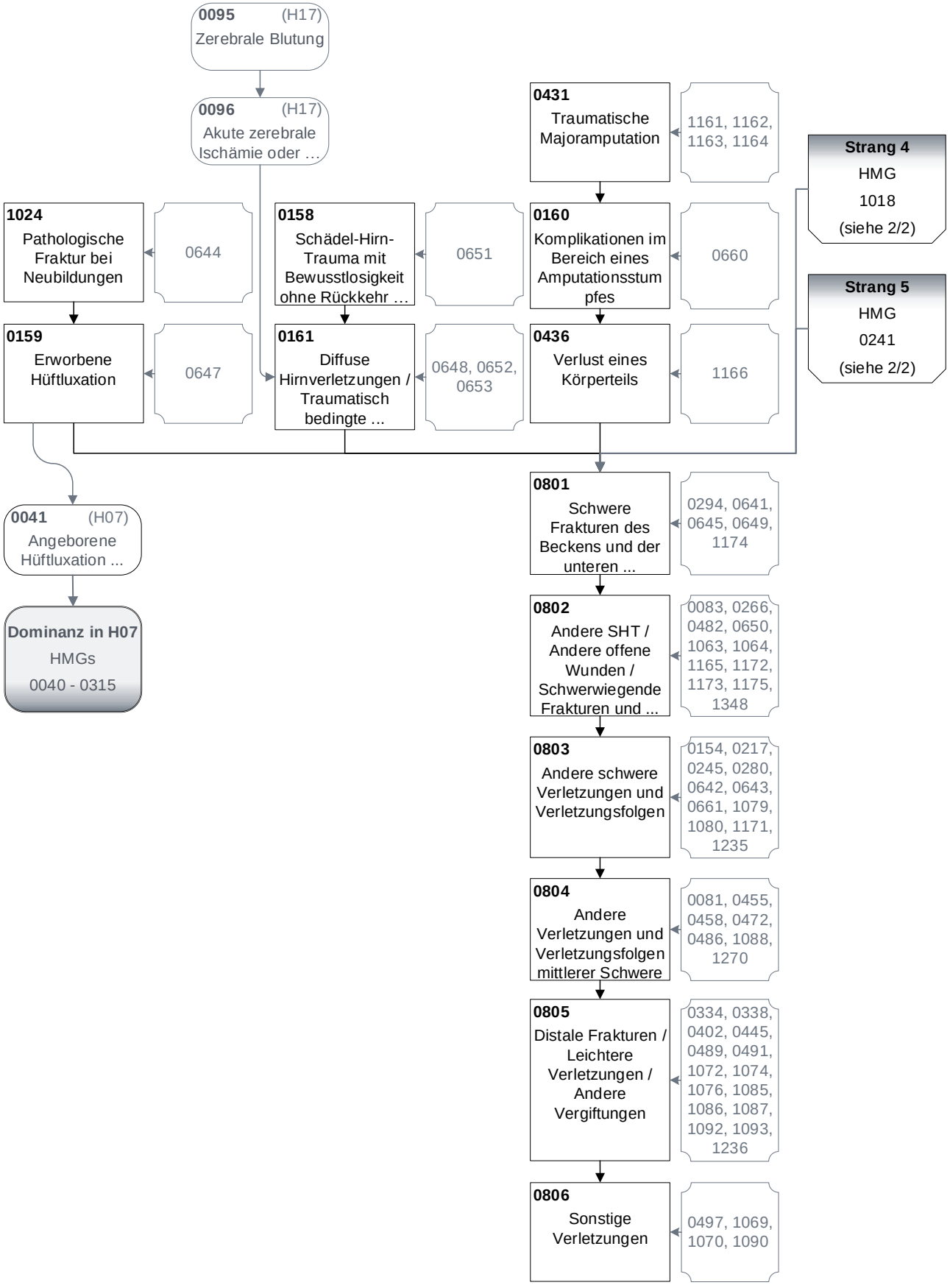
Quelle: Auswertung BAS

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



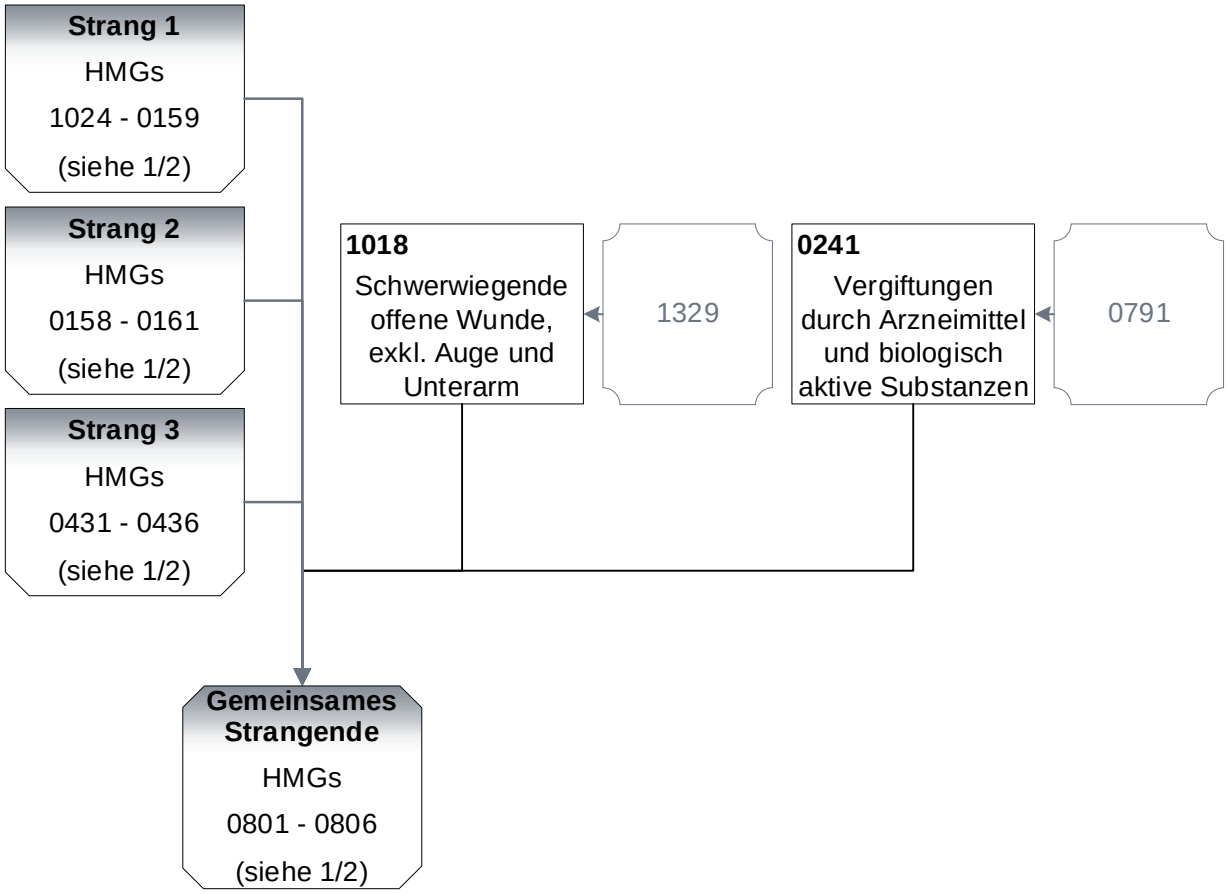
Quelle: Auswertung BAS

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



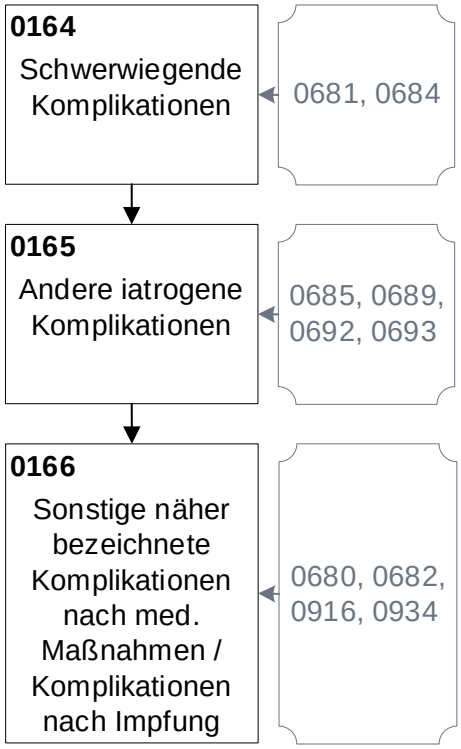
Quelle: Auswertung BAS

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



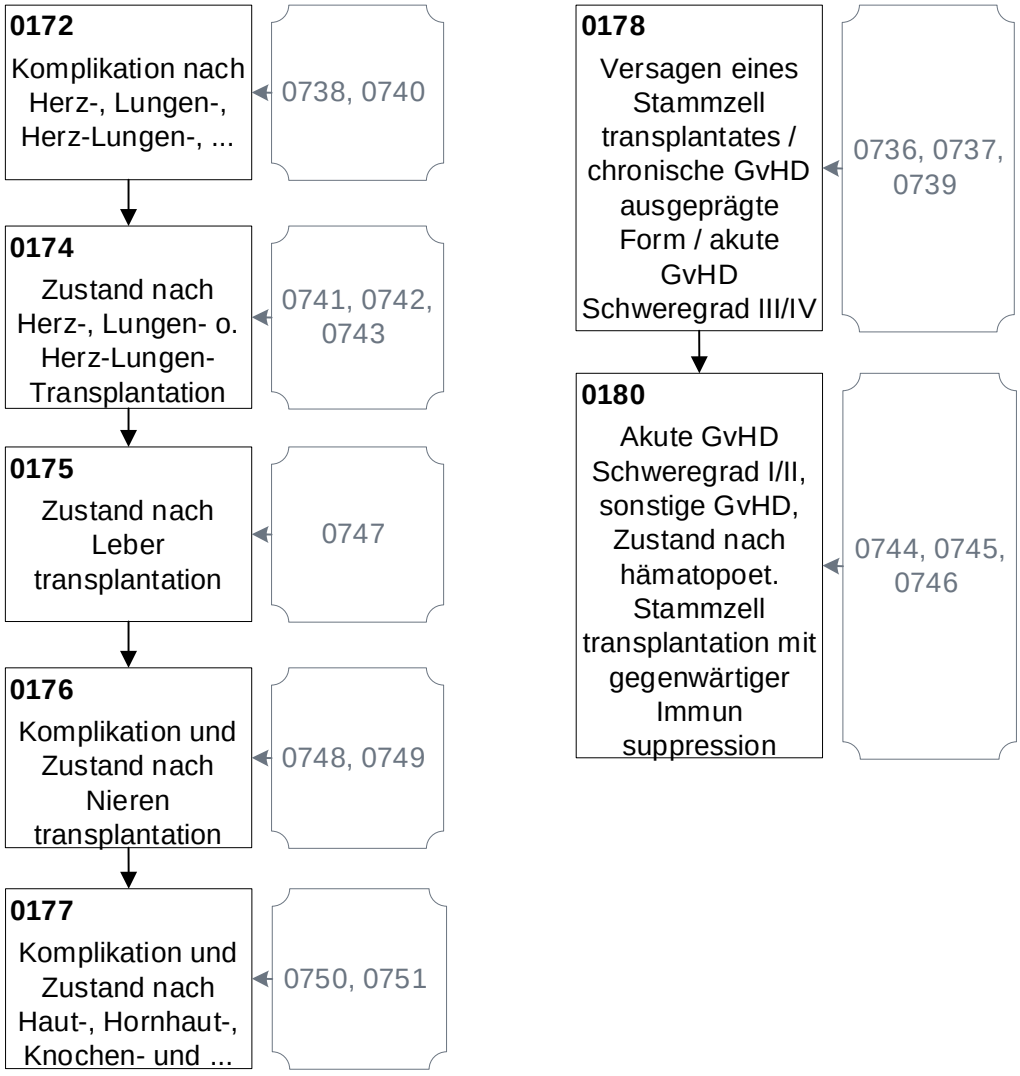
Quelle: Auswertung BAS

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



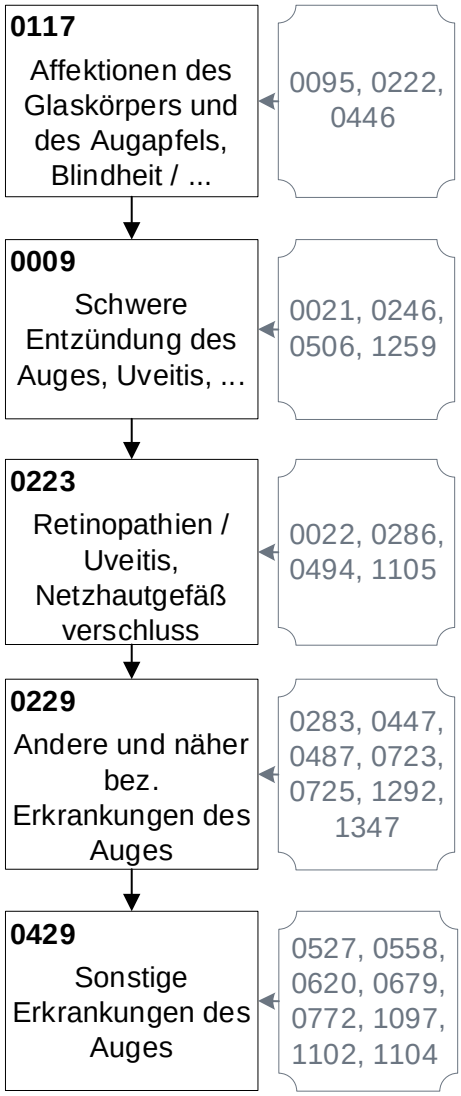
Quelle: Auswertung BAS

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



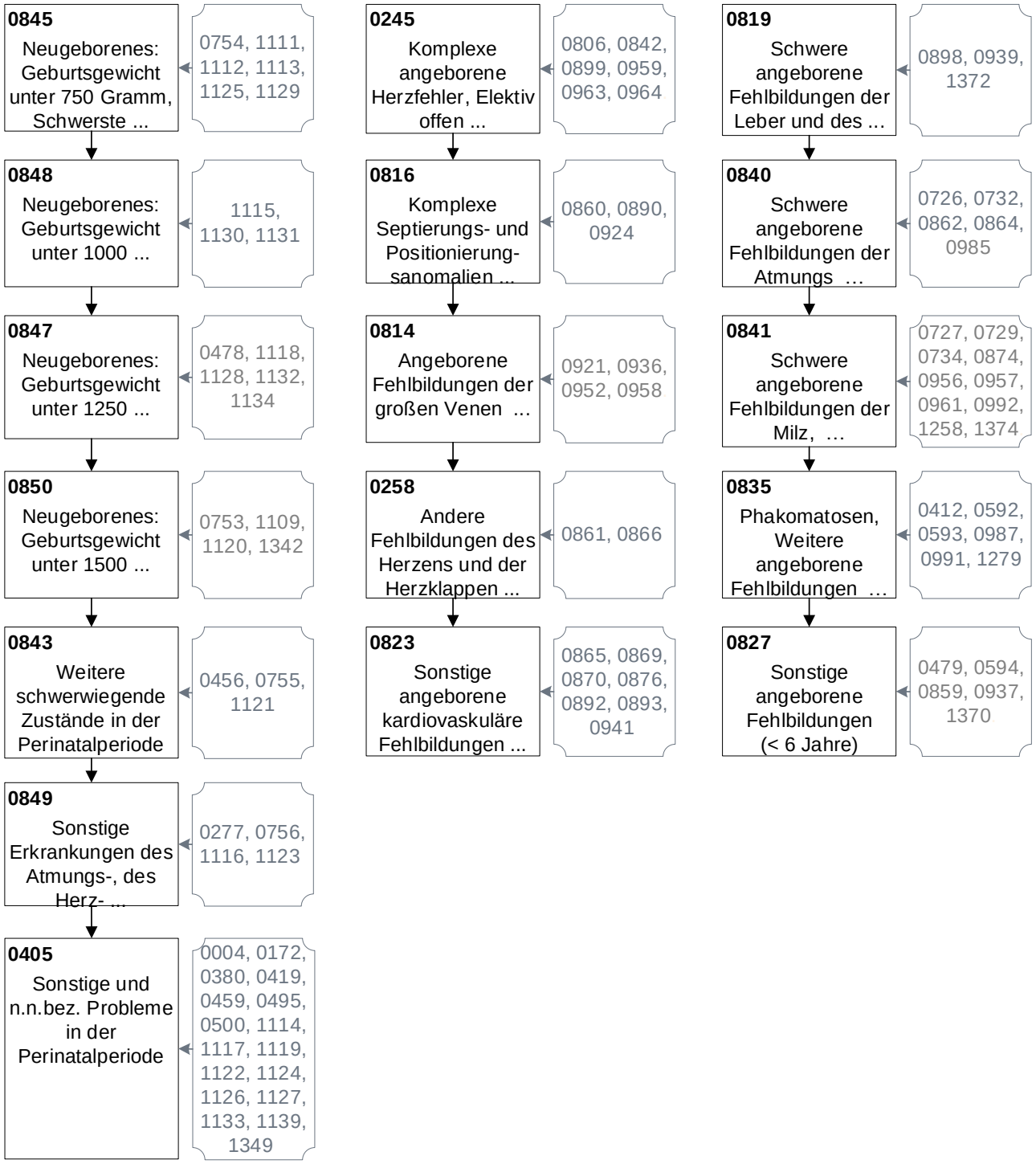
Quelle: Auswertung BAS

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



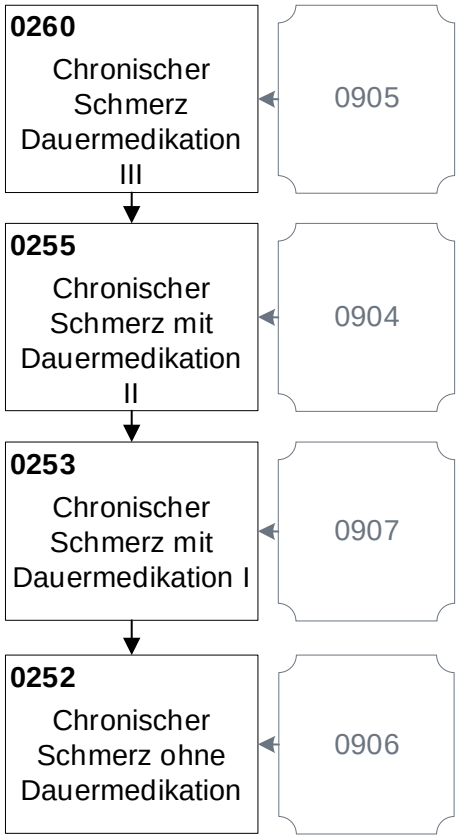
Quelle: Auswertung BAS

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



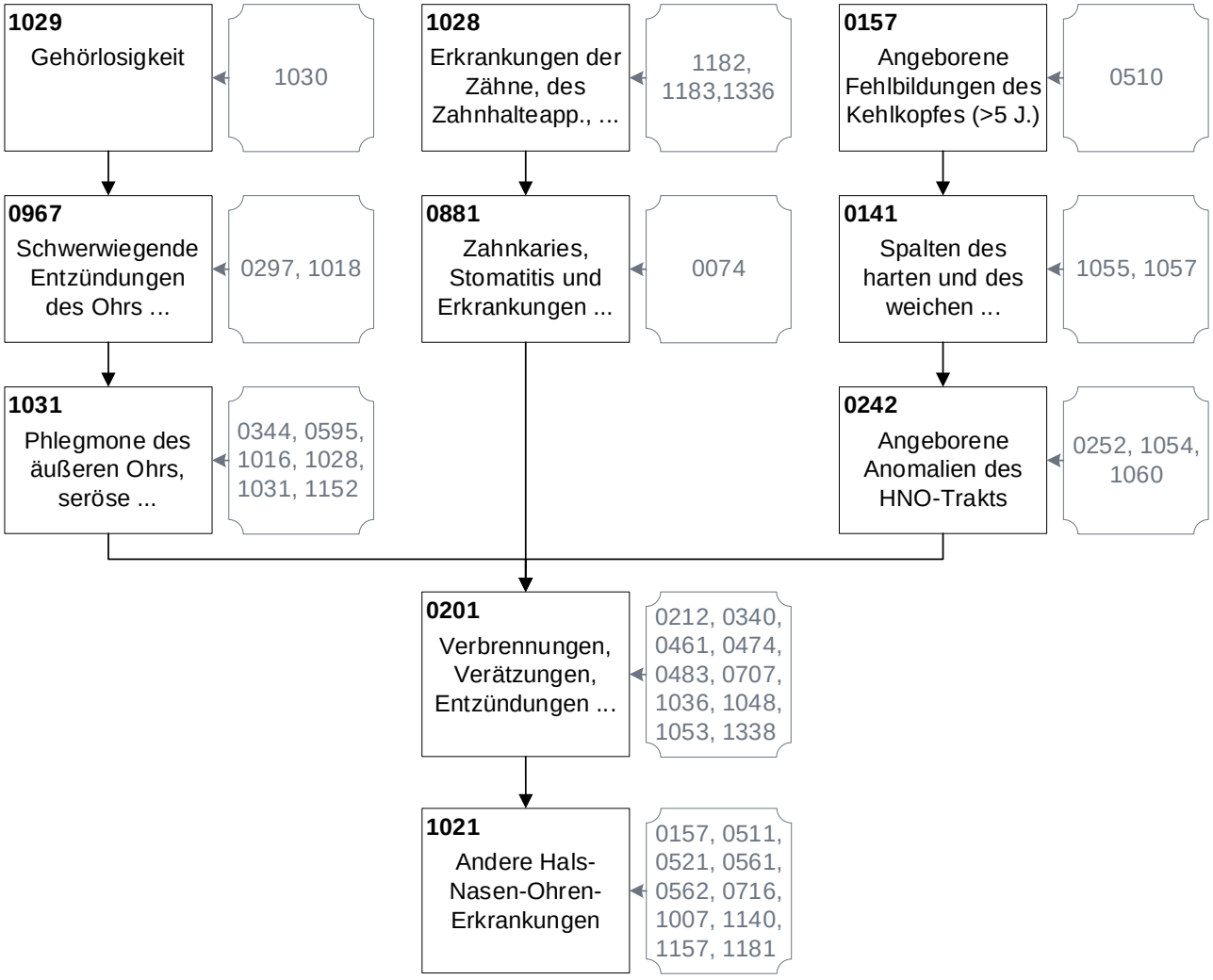
Quelle: Auswertung BAS

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



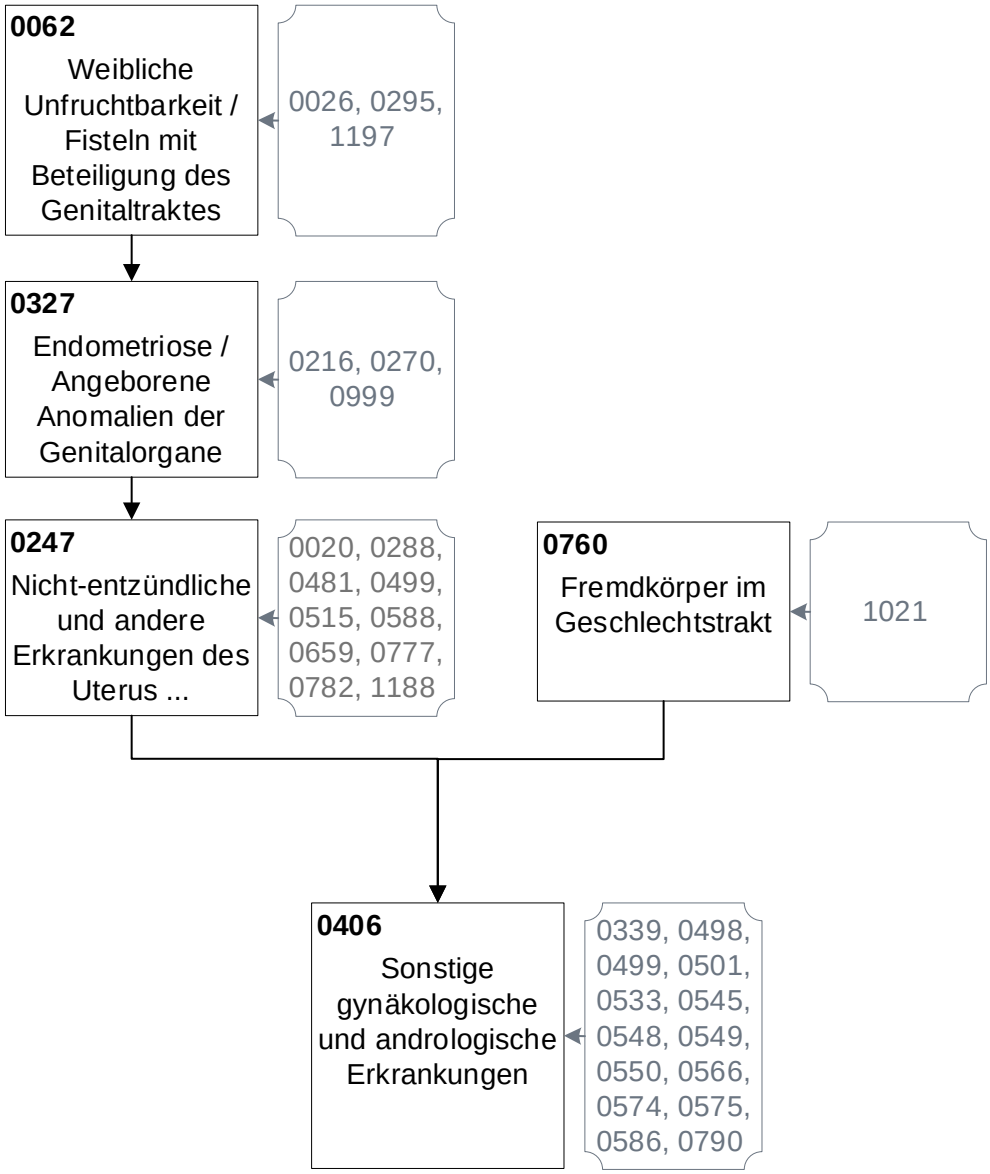
Quelle: Auswertung BAS

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



Quelle: Auswertung BAS

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



Quelle: Auswertung BAS