



**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungs-
algorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das
Ausgleichsjahr 2026**

13.08.2025

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

I.	Vorbemerkungen	3
II.	Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen	5
	Ausgangsmodell	5
	Nicht berücksichtigte ICD-Kodes	5
	Regionale Risikogruppen	6
	Auslandsversicherte	7
III.	Anpassung der Hierarchien	8
	Hierarchie 2 „Neubildungen“	8
	Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“	8
	Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“	9
	Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“	11
	Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“	12
	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	12
IV.	Gesamtbewertung der Anpassung	14

I. Vorbemerkungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gemäß § 8 Absatz 4 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) am 18. Juni 2025 seine Vorschläge für die bis zum 30. September 2025 zu treffenden Anpassungen für das Ausgleichsjahr 2026 vorgelegt.

Bedingt durch die Fertigstellung der Gutachten zu den Wirkungen des RSA im korrigierten Jahresausgleich 2021 sowie zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V standen dem Wissenschaftlichen Beirat und dem BAS für diesen Anpassungszyklus wiederholt nur begrenzte Ressourcen für die Weiterentwicklung des RSA-Klassifikationsmodells zur Verfügung. Insofern ist es aus unserer Sicht nachvollziehbar, dass sich das BAS auf einzelne Schwerpunktthemen in der Bearbeitung konzentriert hat.

Für zukünftige Anpassungszyklen würden wir es begrüßen, wenn alle noch ausstehenden Vorschläge der letzten Jahre systematisch geprüft und bewertet werden. Zudem halten wir es für erforderlich, dass das BAS seine Entscheidungen hinsichtlich der Annahme oder Ablehnung einzelner Vorschläge transparent begründet, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Eine ausgewogene Berücksichtigung aller eingereichten Vorschläge ist dabei aus unserer Sicht anzustreben.

Des Weiteren halten wir eine strukturierte und umfängliche Auseinandersetzung mit neu zugelassenen Arzneimitteln für unabdingbar, da sich hier vor allem in den vergangenen Jahren eine erhebliche Kostendynamik entwickelt hat. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf seltene Erkrankungen gelegt werden, bei denen spezifische Arzneimittelverordnungen Hinweise auf kostenintensive Behandlungsmethoden und differenzierte Kosten- und Deckungsunterschiede liefern können. Gerade bei unspezifischen oder schwer abgrenzbaren ICD-Kodes können hochpreisige Arzneimittel (Orphan Drugs) zu besserer Abgrenzung und damit zu zielgenaueren Zuweisungen für Versicherte mit kostenintensiven Behandlungsbedarf beitragen. Wir freuen uns, dass das BAS bereits in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2024 Offenheit gegenüber spezifischen Vorschlägen zu den einzelnen Hierarchien im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen gezeigt hat. Wir greifen daher die Anregung erneut auf und verweisen auf folgende Beispiele:

- Hierarchie 04: Barret-Biedl-Syndrom (BBS) mit Einsatz von Setmelanotid (ATC A08AA12) zur Behandlung von Adipositas und gestörtem Hungergefühl, die Nephropatische Cystinose mit Mercaptamin (ATC A16AA04) oder der hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Tafamidis (N07XX08)
- Hierarchie 05: Familiäre intrahepatische Cholestase (PFIC) mit Odevixibat (ATC A05AX05)
- Hierarchie 07: Achondroplasie mit Vosoritid (ATC M05BX07)

Darüber hinaus hat das BAS die für die Regionalkomponente auszuwählenden regionalstatistischen Indikatoren sowie die Zuordnung der Auslandsversicherten zu den Wohnlandgruppen (WLGs) auf der Grundlage neu vorliegender Daten und auf Basis der Methodik des Regionalgutachtens von 2018 überprüft. Die Variablenauswahl ist nachvollziehbar dokumentiert.

Wir begrüßen, dass das BAS weiterhin Untersuchungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf den Datengrundlagen für den Festlegungszyklus 2026 (Morbidität 2022 und Leistungsausgaben 2023) durchgeführt hat. Wie bereits in den vorherigen Jahren ist auch dieses Jahr anzuerkennen, dass insbesondere der Risikopool für eine Stabilisierung des Modells sorgt.

Das BAS hat im diesjährigen Festlegungsentwurf als neue statistische Kennzahl die gewichtete mittlere absolute Prozentabweichung (weighted Mean Absolute Percentage Deviation, wMAPDkk) eingeführt. Diese Kennzahl ersetzt das bisher ausgewiesene ungewichtete MAPEkk. Die neue Kennzahl ermöglicht eine Betrachtung im Zeitverlauf und ist daher aus Sicht der Innungskrankenkassen eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits etablierten Kennzahlen

Unsere Anmerkungen zum Festlegungsentwurf haben wir wie folgt gegliedert: hierarchieübergreifende und grundlegende Hinweise zum Verfahren und zur Methodik sind im Kapitel II dargestellt. Anpassungsvorschläge für die einzelnen Hierarchien sind im Kapitel III zusammengefasst.

II. Grundlegende und hierarchieübergreifende Anmerkungen

Ausgangsmodell

Das Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 basiert auf einem zum Teil in den Abgrenzungen und Zuordnungsregeln modifiziertem Klassifikationsmodell des Jahres 2025.

Die vom BAS vorgenommenen Anpassungen im Ausgangsmodell für das Ausgleichsjahr 2026 sind schlüssig und nachvollziehbar dargestellt.

Wir freuen uns, dass das BAS unseren Vorschlag für die Einführung des Kriteriums „stationär erforderlich“ in der Hierarchie 21 „Schwangerschaft“ bei Diagnosen, welche schwerwiegende Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt oder im Wochenbett beschreiben, untersucht und weitgehend umgesetzt hat.

Nicht berücksichtigte ICD-Kodes

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

Die spezifischen Diagnosen der Urininkontinenz N39.3 „Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]“ sowie die Diagnosen der „Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz“ N39.40 - N39.48 sind der Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“ und dort der HMG0183 „Urininkontinenz“ mit der alleinigen DxG1320 „Urininkontinenz“ zugeordnet.

In der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ sind funktionelle Störungen an Magen/Darm über den ICD-Kode K59.0 „Obstipation“ und R19.88 „Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen“) abgebildet.

Die ICD-Kodes R15 „Stuhlinkontinenz“ und R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ sind bisher der Ausschlusskategorie zugeordnet. Bei diesen Diagnosen handelt es sich gem. ICD-10-GM-2025, Kapitel XVIII – R00-R99 „um bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Information vorliegt, die jedoch eigenständige, wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen“. Diese Kodes treten nach medizinischen Maßnahmen/Operationen insbesondere im kleinen Becken sowie im Alter gehäuft auf und führen zu zahlreichen Behandlungsanlässen verbunden mit in der Summe hohen Folgekos-

ten. Eigene Untersuchungen haben ergeben, dass in ca. 50% aller Fälle, die mit Inkontinenzhilfen versorgt werden, ausschließlich die beiden R-Kodes geschlüsselt werden. Eine weitere Diagnosespezifizierung erfolgt nicht. Dies führt dazu, dass z.B. die Gruppe der mit Inkontinenzhilfen versorgten Versicherten permanent unterdeckt sind, da sie keine entsprechenden Zuweisungen erhalten. Dies führt zu negativen Selektionsanreizen gegenüber dieser Population.

Wir schlagen die Aufnahme und Einordnung folgender bislang unberücksichtigter Diagnosen vor:

R15 „Stuhlinkontinenz“

- Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“; HMG127 „Erkrankungen des Anus, Rektums / Störungen, Symptome an Magen und/ oder Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung) / Angiodysplasien ohne Blutung“; DxG1313 „Störungen / Symptome an Magen / Darm (exkl. Obstruktion, Ulkus und Blutung)“

R32 „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“

- Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der Harnwege“; HMG0183 „Urininkontinenz“; DxG1320 „Unrininkontinenz“

Im Ergebnis werden die Krankheitsbilder vollumfänglich abgebildet und die Manipulationsresistenz des Modells gestärkt.

Die Aufnahme von unberücksichtigten Diagnosen in den Verteilungsalgorithmus hat in den vergangenen Jahren immer dazu geführt, dass sich die Zielgenauigkeit des Modells verbessert hat. Für die Zukunft wünschen wir uns eine strukturierte Auseinandersetzung und systematische Prüfung aller unberücksichtigten ICD-Kodes durch das BAS.

Regionale Risikogruppen

Das BAS hat im Rahmen des Festlegungsentwurfs für das Ausgleichsjahr 2026 erneut die regionalstatistischen Indikatoren aktualisiert und die Variablenauswahl überprüft. Durch das Selektionsverfahren wurde eine neue Auswahl an Variablen für die spätere Kreis-Dezil-Zuordnung erstellt. Infolgedessen sind die Variablen „Ausländeranteil“ und „Bruttoinlandsprodukt“ in der Auswahl enthalten. Diese verdrängen die bisherigen Variab-

len „Pendlersaldo“ und „Langzeitarbeitslose“ auf hintere Plätze in der Variablen-Rangfolge. Das methodische Verfahren zur Bestimmung der Regionalen Risikogruppen ist für uns transparent und nachvollziehbar.

Im letzten Jahr wurde durch eine Diskussion um die Beeinflussbarkeit und damit die Zulässigkeit der Regionalvariable „Wahlbeteiligung“ erst nach dem Abschluss des Stimmnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell 2025 durch einen öffentlichen Diskussionsprozess angestoßen. Bereits in unserer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2024 vom 07.07.2023 hatten wir gefordert, in den kommenden Anpassungszyklen zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der Robustheit zu ergreifen. Dadurch sollen mögliche Rückkopplungseffekte zwischen regionalen Deckungsbeiträgen und regionalen Merkmalen vermieden werden, sodass die wichtigsten regionalen Faktoren weiterhin effizient und erwartungstreu die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede ausgleichen. In Anbetracht der letztjährigen öffentlichen Diskussion erachten wir diese Forderung als weiterhin aktuell und sinnvoll.

Auslandsversicherte

Das BAS hat im Zuge des Festlegungsentwurfes für das Ausgleichsjahr 2026 die Wohnlandgruppen (WLGs) erneut überarbeitet. Wie bereits im Vorjahr wurde ein gewichteter Mittelwert der Ausgaben gebildet. Seitens des IKK e.V. erachten wir es weiterhin als wünschenswert, wenn das BAS eine methodische Auseinandersetzung mit der Auswahl der Gewichtungsfaktoren durchführt.

Insgesamt sehen wir es positiv, dass sich das MAPE und das MAPD deutlich verbessert haben und um 9,13 Euro bzw. 0,57 Prozentpunkte gesunken sind.

III. Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 2 „Neubildungen“

Im diesjährigen Festlegungsentwurf verändert das BAS in der Hierarchie 2 „Neubildungen“ bei den drei DxGs 0331, 0332 und 0333 das Aufgreifkriterium „Sonderfall 1“ in „Sonderfall 2“ und setzt damit die erforderlichen Behandlungstage mit Arzneimitteln von 183 auf 42 Tage herunter.

Wir freuen uns über die Umsetzung der von uns bereits zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2023 eingebrachten Forderung und begrüßen die damit verbundene Weiterentwicklung ausdrücklich.

Jedoch bedauern wir, dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der hierarchieübergreifenden Zuordnung des Myelodysplastischen Syndroms (ICD-Kodes D46.6, D46.7, D46.9) weiterhin ausbleibt, obwohl Anpassungen in den betroffenen Hierarchien 2 und 8 vorgenommen wurden und das BAS zur Festlegung 2023 eine Überprüfung der Zuordnung des myelodysplastischen Syndroms zur Hierarchie 2 in einem der nächsten Anpassungszyklen in Aussicht gestellt hat.

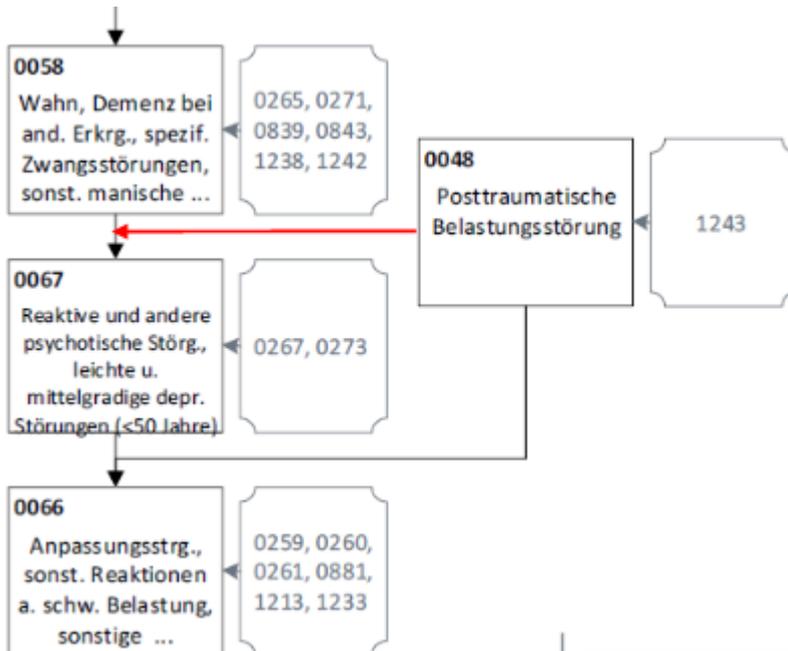
Angeichts der medizinischen Relevanz und der potenziellen Progression des MDS zu einer Leukämie möchten wir das BAS ermutigen sich mit hoher Dringlichkeit der von uns vorgeschlagenen Umstrukturierung auseinanderzusetzen. Die Herauslösung der genannten ICD-Kodes aus der Hierarchie 8 und deren Zuordnung zur Hierarchie 2 halten wir aus fachlicher Sicht geboten.

Hierarchie 11 „Psychische, kognitive und Suchterkrankungen“

Posttraumatische Belastungsstörung

In zurückliegenden Anpassungszyklen (zuletzt für das Ausgleichsjahr 2023) hatten die Innungskrankenkassen immer wieder auf das Risiko möglicher negativer Kodieranreize hingewiesen und die Integration der DxG1243 „Posttraumatische Belastungsstörung“ in die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Störungen (< 50 Jahre)“ vorgeschlagen. Dies wurde vom BAS abgelehnt. In diesem Jahr kommt es zu einer Verletzung der Hierarchie aufgrund veränderter Kostenschätzer. Die HMG0048 „Posttraumatische Belastungsstörung“ weist einen Kostenschätzer von rd. 1.213€ auf. Diese wird im Festlegungsentwurf zwischen die HMG0067 „Reaktive und andere psychotische Störungen, leichte und mittelgradige depressive Stö-

ungen (< 50 Jahre)“ mit einem Kostenschätzer von rd. 1.192€ und die HMG0066 „Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, ...“ mit einem Kostenschätzer von 847€ einsortiert. Die HMG0058 „Wahn, Demenz...“ weist einen Kostenschätzer von 1.551€ auf. Folgerichtig muss die Hierarchisierung für die HMG0048 zwischen der HMG0058 und der HMG0067 erfolgen (s. Bild unten)



Wir bitten das BAS um entsprechende Prüfung und Anpassung.

Hierarchie 16 „Herzerkrankungen“

Gemäß aktuellem Festlegungsentwurf wird die HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankung“ zwar mit der HMG0090, nicht aber mit der HMG0092 hierarchisiert. Das bedeutet, dass Versicherte im Alter zwischen 55 und 79 Jahren mit Bluthochdruck und einer Arrhythmie grundsätzlich zwei Zuschläge (HMG0090 und HMG0091) erhalten können, während Versicherte, die jünger als 55 oder älter als 79 Jahre sind, nur einen Zuschlag für die Hypertonie (HMG0091) bekommen können. Aus unserer Sicht ist es nicht gerechtfertigt, eine Dominanzbeziehung zwischen zwei inhaltsgleichen HMGs, die durch einen Alterssplit getrennt sind, herzustellen. Daher bitten wir das BAS um Überprüfung von Hierarchiestrang 2 zur HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“. Die Dominanz zur Hierarchie 4 bleibt davon unberührt.

Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Festlegungsentwurf für die Ausgleichsjahre 2024 und 2025 haben wir den geringen Kostenschätzerabstand zwischen der HMG0090 „Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter 55 bis 79 Jahre)“ und der HMG0092 „Näher bezeichnete Arrhythmien (Alter < 55 bzw. > 79 Jahre)“ aufgezeigt und eine Aufhebung des Alterssplits gefordert. Mit dem aktuellen Datenset zeigt sich auch für den aktuellen Festlegungsentwurf eine stabile Entwicklung der Zuweisungen für beide Risikogruppen. Der Abstand beider Kostenschätzer beträgt weniger als 100€/Jahr (HMG0090: 1.656€; HMG0092: 1.574€). Daher fordern wir weiterhin die Aufhebung des Alterssplits und die Zusammenlegung beider HMGs. Wie bereits in den Vorjahren erfolgt zwischen den beiden HMG seine Hierarchisierung zur HMG0091 „Hypertonie / Hypertensive Erkrankungen“. Dies ist aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigt, da beide inhaltlich identische HMGs sich lediglich durch den Alterssplit unterscheiden. Sollte das BAS unserem Vorschlag zur Zusammenlegung der HMGs nicht folgen, so bitten wir um Berücksichtigung einer korrekten Hierarchisierung.

Anpassungen Anlage 3

Im vergangenen Anpassungszyklus wurde seitens des GKV-SV bereits die Forderung eingebracht, den Wirkstoff Vericiguat (ATC-Code: C01DX22) in sämtliche Herzinsuffizienz-DxGs (DxG0354: „Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, DxG0355: „Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz“, DxG0367: „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (< 75 Jahre)“, DxG0368 „Schwerwiegende Herzinsuffizienz (> 74 Jahre)“, DxG0369:“ Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“, DxG0376 „Leichte und n.n.bez. Herzinsuffizienz“ und DxG0539: „Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz“) der Anlage 3 aufzunehmen. Diese Forderung wurde seitens des BAS nicht weiterverfolgt. Dies hat zur Folge, dass Versicherte mit einer Herzinsuffizienz, die mit Vericiguat behandelt werden, nicht korrekt den entsprechenden DxGs bzw. HMGs zugeordnet werden können. Der Zulassungsstatus ist eindeutig.

Um eine korrekte Zuordnung und damit eine faire und sachgerechte Zuweisung für die Versicherten sicherzustellen, bitten wir das BAS, diese ATC-Codes entsprechend zu berücksichtigen.

Hierarchie 19 „Erkrankungen der Lunge“

Im vergangenen Anpassungszyklus haben wir angeregt, die Altersgrenze in der HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ aufzuheben und die HMG in „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ umzubenennen. Hintergrund war, dass die verwendeten ATC-Codes (R07AX02, R07AX30, R07AX31 und R07AX32) auch für jüngere Patienten zugelassen sind und in der Praxis entsprechend eingesetzt werden.

Durch die Aktualisierung der Datengrundlagen steigt der Kostenschätzer für die HMG0218 „Mukoviszidose (< 12 Jahre)“ im Vergleich zum Vorjahr um etwa 6.500€ pro Jahr an, bei nahezu gleichbleibender Besetzungszahl. Dies deutet darauf hin, dass auch jüngere Versicherte zunehmend mit Ivacaftor und dessen Kombinationen behandelt werden. Vor diesem Hintergrund erneuern wir unsere Forderung vom letzten Jahr:

- *Aufhebung der Altersgrenze in der bisherigen HMG0222 „Mukoviszidose (> 11 Jahre) mit Kausaltherapie“ und Umbenennung in „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ bei Beibehaltung der bisherigen Aufgreifkriterien, da diese weiterhin geeignet erscheinen.*

Die neue HMG0222 „Mukoviszidose mit Kausaltherapie“ dominiert sowohl die HMG0217 „Mukoviszidose (> 11 Jahre)“ als auch die HMG0218 „Mukoviszidose (< 12 Jahre)“. Auf Basis eigener Analysen führt diese Änderung zu einer Verbesserung der Gütemaße.

Anpassungen Anlage 1 - Altersgrenzen

Die Altersgrenzen für die ICD-Kodes J80.0/-01/-02/-03/-09 „Akutes Atemnotsyndrom“) in den Tabellenblättern der ICD-Versionen 2022 und 2023 sind nicht korrekt. Sie müssen auf 1-124 festgelegt werden. Vor der ICD-10-GM Version 2024 dokumentierten die vorgenannten ICD-Kodes das Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS] nach unterschiedlichen Schweregraden. Laut aktueller ICD-Beschreibung umfassen sie auch das ARDS bei Kindern und Jugendlichen, weshalb die Altersgrenze auf 1-124 festgelegt werden sollte.

Hierarchie 20 „Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

Von der Harnröhrenstriktur (ICD-Kode N35) sind ca. 1% der männlichen Bevölkerung betroffen, wobei der Anteil der idiopathischen und posttraumatischen Strikturen ca. 50% davon beträgt. Die andere Hälfte der Diagnosen ist bedingt durch die Folge medizinischer Eingriffe (z.B. Dauerkatheter nach Prostata OP). Diese werden über die DxG0523 Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen adäquat abgebildet.

Die Diagnosen der idiopathischen Harnröhrenstriktur sind wie folgt in der Anlage 1 abgebildet:

- HMG0132 „Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Zystitis / Harnröhrenstriktur / Andere Erkrankungen der Harnwege“, DxG0503 „Harnröhrenstriktur“, ICD N35.0 „Posttraumatische Harnröhrenstriktur“, N35.1 „Postinfektiöse Harnröhrenstriktur, anderenorts nicht klassifiziert“ und N35.8 „Sonstige Harnröhrenstriktur“
- HMG0367 „Angeborene Anomalien der Nieren / der Harnwege / Zysten / Isolierte Proteinurie / Harnröhrenstriktur, n.n.bez. / sonstige Erkrankungen der Harnwege“, DxG1026 „Harnröhrenstriktur n.n.bez“, ICD N35.9 „Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet“

Aus medizinischer Sicht gibt es keine Veranlassung, die beiden unspezifischen Diagnosen N35.8 und N35.9 in zwei unterschiedlichen HMGs einzusortieren. Wir bitten das BAS um die Ausgliederung und Zusammenlegung der DxG0503 und DxG0367 und in Abhängigkeit vom neuen Kostenschätzer eine Zuordnung zu einer adäquaten HMG vorzunehmen.

Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Epidermolysis bullosa (EB) ist eine seltene, genetisch bedingte Hauterkrankung, bei der bereits geringste mechanische Belastungen zu schmerzhaften Blasenbildungen und chronischen Wunden führen. Ursache sind Mutationen in Genen, die für Strukturproteine wie Kollagen oder Keratin verantwortlich sind. Diese Proteine sorgen für die Stabilität der Hautschichten – fehlt ihre Funktion, wird die Haut extrem verletzlich.

Die Versorgung von EB-Patienten ist medizinisch anspruchsvoll und kostenintensiv. Sie umfasst unter anderem:

- hochspezialisierte Wundversorgung zur Infektionsvermeidung,

- kontinuierliche Schmerzlinderung,
- Ernährungsunterstützung, insbesondere bei Schleimhautbeteiligung,
- sowie Physiotherapie zur Vermeidung von Kontrakturen.

Die Kosten betreffen vor allem pflegerische, therapeutische und unterstützende Maßnahmen die mit einem hohen oft interdisziplinären Aufwand verbunden und für die Lebensqualität der Betroffenen essenziell sind.

Die Diagnosen sind wie folgt in der Anlage 1 zum FLE abgebildet

- HMG0326 „Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa“,
 - DxG1223 „Xeroderma pigmentosum / Epidermolysis bullosa“, ICD-Kodes Q81.0 „Epidermolysis bullosa simplex“, Q81.1 „Epidermolysis bullosa atrophicans gravis“ und Q81.2 „Epidermolysis bullosa dystrophica“
 - DxG1037 „Sonstige Epidermolysis bullosa“, ICD-Kode Q81.8
- HMG0196 „Lyell-Syndrom / n.n.bez. Epidermolysis bullosa“,
 - DxG1038 „n.n. bez. Epidermiolysis bullosa“, ICD-Kode Q81.9 „Epidermolysis bullosa, nicht näher bezeichnet“

Der unspezifische ICD-Kode Q81.8 wird zusammen mit den spezifischen Codes der DxG1038 in die HMG0326 einsortiert, wohingegen der zweite unspezifische ICD-Kode Q81.9 in der DxG1038 in der darunterliegenden HMG0196 abgebildet ist. Der Unterschied zwischen den beiden HMGs ist mit ca. 9.000€ erheblich.

Wir schlagen vor, die DxGs 1223, 1037 und 1038 aus den jeweiligen HMGs auszugliedern und entsprechend ihrer Kostenschätzern neu einzuordnen.

IV. Gesamtbewertung der Anpassung

Im Vergleich zur Festlegung 2025 haben sich die Kennzahlen erneut verbessert. Das R^2 hat sich um 0,27 Prozentpunkte und das CPM um 0,23 Prozentpunkte verbessert. Der MAPE ist um 9 Euro gesunken.

Bedauerlicherweise haben sich die regionalen und krankenkassenbezogenen Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert.

Wir können nachvollziehen, dass sich das BAS aufgrund der zu erstellenden Gutachten in diesem Anpassungszyklus Jahr nicht intensiver mit den notwendigen Modellanpassungen beschäftigen konnte. Für die nächsten Festlegungszyklen wünschen wir uns eine systematische Auseinandersetzung mit den nicht berücksichtigten Diagnosekodes sowie eine strukturierte Überprüfung der bislang noch ungeprüften Vorschläge aus den letzten Jahren um die Qualität des Klassifikationsmodells weiter kontinuierlich zu erhöhen und die erfreuliche Entwicklung der letzten Jahre zu verstetigen und weiter auszubauen.