

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026

Teil A

über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 25. August 2026

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2026 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Hierzu ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden, das in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und fortentwickelt werden kann. Außerdem ist die Datengrundlage gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V zu aktualisieren. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung gemacht und angekündigt, bis zum 30. Juni 2026 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2027 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, einschließlich Hierarchisierung und Komprimierung, festzulegen.

Der vorliegende Beschlussteil A trifft die Festlegungen zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2027. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst wird in Nr. 1 des vorliegenden Beschlussteils A die Verwendung der aktuellen Version des Klassifikationssystems geregelt, das die Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien beinhaltet. Es wird das Klassifikationssystem in der Version p2026a verwendet, die in der 520. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 2. Juni 2026 freigegeben wurde. Die Konvention zur Bezeichnung des Klassifikationssystems wurde dieses Jahr geändert. Die fortlaufende Nummerierung wurde durch

das aktuelle Jahr ersetzt, d. h. statt mit p20a wird das Klassifikationssystem mit p2026a bezeichnet. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die aktuell gültige Version der ICD-10-GM, hier Version 2026. Im Rahmen der Anpassung erfolgte außerdem eine neue Zuordnung des ICD-10-GM-Kodes für das Chronische Fatigue-Syndrom (G93.3).

In Nr. 2 des vorliegenden Beschlussteils A wird die zur Bestimmung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Datengrundlage beschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr wurde diese gemäß § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V aktualisiert und umfasst nun die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 17. März 2026 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2022 bis 2024 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2023 und 2024. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Januar 2026) verwendet.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlussteils A enthaltene Leistungssegmentliste für die nicht einzubeziehenden Leistungen bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2024 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A wurde gegenüber dem Beschluss aus der 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) um die im Leistungsjahr 2024 neu hinzugekommenen Leistungen ergänzt. Eine darüber hinausgehende Anpassung erfolgt derzeit nicht. Dementsprechend werden die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgenommenen Streichungen der Hygienezuschläge sowie Eindeckelungen von Leistungen nicht berücksichtigt. Der Bewertungsausschuss behält sich vor, im Rahmen der Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen zur MGV-Abgrenzung ab dem Jahr 2027 darüber zu entscheiden, ob eine erneute Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2027 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2027 zu erfolgen hat und passt ggf. die Anlage entsprechend an.

Der Bewertungsausschuss nimmt sich in der zweiten Protokollnotiz vor, zu prüfen, ob das Klassifikationsmodell in seiner jetzigen Ausgestaltung zur Messung der Morbiditätsstruktur unter den Voraussetzungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes geeignet ist, ob der Zusammenhang zwischen Risikoklassen und Leistungsbedarf unter diesen veränderten Rahmenbedingungen weiterhin sachgerecht abgebildet wird und wie der NVA in Zukunft zu bestimmen ist, um die medizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen.

Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde festgehalten, dass die im Beschluss der 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vorgesehene Entscheidung zur Weiterentwicklung des Umgangs mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten im Rahmen der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2026

zu treffen ist. Eine abschließende Entscheidung hierzu liegt weiterhin nicht vor. Sie wird daher im Rahmen der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2027 getroffen.

Die in Nr. 5 und 6 angegebenen Festlegungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten entsprechen denen der Vorjahre, mit jeweils aktualisierten Datengrundlagen.

In Nr. 7 werden die Daten aufgezählt, auf deren Grundlage die Transparenz der durchgeführten Berechnungen hergestellt wird. Das Institut des Bewertungsausschusses stellt Listen der berücksichtigten Versicherten und weitere Zwischenergebnisse wie etwa Relativgewichte und demografische Hochrechnungsfaktoren zur Verfügung.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 25. August 2026 in Kraft.

Teil B

zum Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V entstehen mit Wirkung zum 25. August 2026

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Absatz 5 Satz 11 und 12 SGB V sind die Veränderungsraten um Kodiereffekte zu bereinigen, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 SGB V (Kodiervorgaben) entstehen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu ein Verfahren zu beschließen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

In Teil B des vorliegenden Beschlusses werden die von Kodiereffekten betroffenen Risikoklassen angegeben sowie das Verfahren zur Bereinigung der Veränderungsraten um diese Kodiereffekte geregelt.

Die Kodiervorgaben können bewirken, dass ICD-Kodes vermehrt oder auch weniger kodiert werden. Dies kann sich direkt auf die Prävalenz von Risikokategorien auswirken und durch die Hierarchisierung zu weiteren indirekten Effekten führen. ICD-Kodes, deren Prävalenzen sich direkt durch die Kodiervorgaben ändern könnten, werden im Folgenden als Kodiervorgaben-ICD-Kodes bezeichnet. In diesem Jahr müssen erstmals auch Kodiereffekte bereinigt werden, die durch Kodiervorgaben verursacht wurden, die seit 2024 gültig sind.

Zur Feststellung von Kodiereffekten wurden in einem ersten Schritt alle hierarchisierten Risikokategorien entsprechend der Version p2026a des Klassifikationssystems bestimmt, auf die sich die für das Jahr 2024 gültigen Kodiervorgaben ausgewirkt haben könnten und ein erwarteter Effekt auf die Prävalenzen aus den Kodiervorgaben abgeleitet.

Die erwarteten Effekte wurden für die zugehörigen Risikoklassen entsprechend der Komprimierung und Kalibrierung gemäß Teil A Nr. 3.1 und 3.2 des vorliegenden Beschlusses zusammengefasst. Für diese Risikoklassen wurde KV-spezifisch die Prävalenz für Vorjahre bestimmt und in zwei additive Teilprävalenzen zerlegt: die erste Teilprävalenz wurde unter Ausschluss aller Kodiervorgaben-ICD-Kodes bestimmt und ist somit frei von Kodiereffekten, die zweite Teilprävalenz wurde als Differenz der ersten

Teilprävalenz und der gesamten Prävalenz bestimmt. Die zweite Teilprävalenz entspricht dabei einer Prävalenz auf Basis von Versicherten, denen die Risikoklasse ausschließlich aufgrund eines Kodiervorgaben-ICD-Kodes zugeordnet wurde, und die erste Teilprävalenz einer Prävalenz auf Basis von Versicherten, denen die Risikokategorien durch ICD-Kodes zugeordnet wurde, die nicht zu den Kodiervorgaben-ICD-Kodes gehören.

In den KV-Bezirken, in denen gemäß Teil A Nr. 2.2.8 Selektivvertragsteilnehmer berücksichtigt werden, wurden die Prävalenzen für längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (Versorgungsbereich „Nicht-HA“) und Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (Versorgungsbereich „gesamt“) getrennt betrachtet.

Bei allen drei Prävalenzen wurde die Linearität des Verlaufs für verschiedene Vorjahre geprüft und ggf. ein linearer Fit bestimmt. Das Jahr 2020 wurde dabei grundsätzlich ausgeschlossen, da dieses stark von der SARS-CoV-2-Pandemie beeinflusst ist. Bei Risikoklassen, die erstmals in 2024 von Kodiereffekten betroffen sein könnten, wurden die Vorjahre 2018 bis 2023 zur Bestimmung des linearen Fits verwendet. Bei den restlichen Risikoklassen wurde spezifischer untersucht, welche Vorjahre zur Bestimmung des linearen Fits geeignet sind. Für Risikoklassen, bei deren Prävalenzen in einem KV-Bezirk und Versorgungsbereich mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. oder 797. Sitzung Kodiereffekte festgestellt wurden, wurden die Vorjahre 2017 bis 2021 zur Bestimmung des linearen Fits verwendet. Sofern das Jahr 2023 nicht in die Bestimmung des linearen Fits einging, wurde dieser jeweils durch die Prävalenz des Jahres 2023 verschoben, die analog zu Teil A Nr. 4.1 des vorliegenden Beschlusses bestimmt wurde. Durch das Verschieben wurde sichergestellt, dass Abweichungen im Jahr 2024 nicht durch Kodiereffekte aus dem Jahr 2022 und 2023 beeinflusst sind und so fälschlich als Kodiereffekt identifiziert worden wären. Anschließend wurde untersucht, ob die Prävalenz im Jahr 2024 von diesem (eventuell verschobenen) linearen Fit deutlich in die erwartete Richtung abweicht. Um zu prüfen, ob bei festgestellten Abweichungen die Kodiervorgaben ursächlich sind, wurde untersucht, ob die zweite Teilprävalenz deutlich stärker als die erste Teilprävalenz vom jeweiligen linearen Fit abweicht. Mit diesem Vorgehen konnten die in Teil B des vorliegenden Beschlusses ausgewiesenen Risikoklassen mit von Kodiereffekten betroffenen Prävalenzen im Jahr 2024 identifiziert werden.

Ein möglicher Kodiereffekt einer Risikoklasse in einem KV-Bezirk und einem Versorgungsbereich wird mit der Differenz der erwarteten Prävalenz für das Jahr 2024 und der tatsächlichen Prävalenz des Jahres 2024 quantifiziert. Die erwartete Prävalenz für das Jahr 2024 entspricht dabei der Summe der Teilprävalenz des Jahres 2024, die unter Ausschluss aller Kodiervorgaben-ICD-Kodes bestimmt wurde und dem ggf. verschobenen linearen Fit der Differenz dieser Teilprävalenz und der gesamten Prävalenz für das Jahr 2024. Durch das Verschieben des linearen Fits auf die Prävalenz des Jahres 2023 wird die Notwendigkeit einer Anpassung der Prävalenz des Jahres 2023 umgangen.

In der Prävalenz des Jahres 2024 der THCC071 im KV-Bezirk Sachsen wurde ein Kodiereffekt festgestellt. Da die Abweichung vom linearen Fit nicht vollständig auf Kodiereffekte zurückzuführen ist, wird die THCC071 im KV-Bezirk Sachsen hälftig bereinigt.

Die so quantifizierten möglichen Kodiereffekte werden zunächst je KV-Bezirk und ggf. Versorgungsbereich mit den entsprechenden Relativgewichten gemäß Teil A Nr. 3.3 und den Gewichtungsfaktoren (0,5 bei der THCC071 in Sachsen und 1 bei den restlichen Risikoklassen und KV-Bezirken) gewichtet zu einem Korrekturbetrag des Morbiditätsindex des KV-Bezirks für das Jahr 2024 aggregiert. Die Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Teil A Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlusses erfolgt durch Addieren des Quotienten von Korrekturbetrag des Morbiditätsindex 2024 und dem Morbiditätsindex 2023 gemäß Teil A Nr. 4.3 des vorliegenden Beschlusses. Bei den gemäß Teil A Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken erfolgt dies jeweils für die Versorgungsbereiche „gesamt“ und „Nicht-HA“. Dabei wird der Korrekturbetrag des Morbiditätsindex 2024 des Versorgungsbereichs „Nicht-HA“ mit dem Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer für den jeweiligen KV-Bezirk gemäß Teil A Nr. 4.2 multipliziert und der Korrekturbetrag des Morbiditätsindex 2024 des Versorgungsbereichs „gesamt“ mit eins minus dem Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer für den jeweiligen KV-Bezirk gemäß Teil A Nr. 4.2 multipliziert.

Diese Festlegungen stellen kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell der nächsten Jahre dar.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 25. August 2026 in Kraft.