

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

#### **Teil A**

### **über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 31. Juli 2024**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2024 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 2024 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2025 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 2025. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 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 p18a verwendet, die in der 498. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses

am 4. Juni 2024 freigegeben wurde. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die aktuell gültige Version der ICD-10-GM, hier Version 2024. Im Rahmen der Anpassung erfolgten außerdem DxG- und (H)CC-Umbenennungen im ICD-Bereich „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, ... (C81-C96)“. Weiterhin erfolgten Hierarchieänderungen durch die Umkehrung der Hierarchie „HCC100 über HCC101“ zu „HCC101 über HCC100“ in der „ACC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten“ sowie die Entfernung der Hierarchie „HCC161 über HCC162“ in der „ACC026 Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen“.

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 24. April 2024 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2020 bis 2022. Um die besondere Situation der Ukraine-Flüchtlinge zu berücksichtigen werden jedoch, abweichend von dem bisherigen Vorgehen, die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Datensätze in der Satzart 201 dennoch herangezogen, wenn sie im zweiten Quartal 2022 mindestens einen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 oder in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen. Der Grund für diese Regelung ist die bessere Abgrenzung von Ukraine-Flüchtlingen zu sonstigen Neuzugängen in die GKV. Entsprechend dem bisherigen Vorgehen wird die KM6-Statistik der Jahre 2021 und 2022 herangezogen. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 29. Februar 2024) verwendet.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlussteils A enthaltene Leistungssegmentliste für die nicht einzubeziehenden Leistungen bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2022 in Nr. 2.2.5 des vorliegenden Beschlussteils A wurde unter Berücksichtigung der dafür relevanten Beschlüsse des Bewertungsausschusses aktualisiert. Dabei wurde der Zuschlag für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V (GOP 01110) bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs nicht einbezogen, da dieser als nicht vorhersehbarer Anstieg der MGV finanziert wurde. Leistungen, die im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung erbracht und dementsprechend gekennzeichnet wurden, werden zur Vermeidung von Doppelzahlungen gemäß Teil B des Beschlusses, bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 des Beschlusses nur anteilmäßig der MGV zugeordnet. Diese Festlegungen stellen kein Präjudiz für die Festlegungen zum Klassifikationsmodell der nächsten Jahre dar.

Bei der Ermittlung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 (Nr. 4.1 bis 4.3 des vorliegenden Beschlusses) werden einmalig die Selektivvertragsteilnehmer mit demografischen Hochrechnungsfaktoren berücksichtigt, da die Beratungen zur Weiterentwicklung der Berücksichtigung der individuellen kollektivvertraglichen Diagnosen von Selektivvertragsteilnehmern noch nicht abgeschlossen sind. Über den genauen Umgang bei den Berechnungen der Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2026 soll bis zum 20. Mai 2025 entschieden werden.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wurden unter anderem Radiologen durch § 57a BMV-Ä verpflichtet, anstelle des Ersatzkodes „UUU“ gültige ICD-Schlüsselnummern zu kodieren. Um diese technisch bedingten Prävalenzänderungen nicht als Veränderung der Morbiditätsstruktur zu messen, werden bei der Ermittlung der Risikoklassen für Versicherte der Anwendungsmengen der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2021, 2020/2021 sowie 2021/2022 einmalig die Diagnosen aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ (Wert 2401 in Feld 04 der Satzart 211) nicht herangezogen.

Unter Nr. 4.1 und Nr. 4.2 wird die Berechnung der Morbiditätsindizes umgestellt, damit die Teilergebnisse aus Teil C des vorliegenden Beschlusses einfacher in die Berechnung integriert werden können. Diese Änderung hat keine Auswirkung auf die Höhe der Morbiditätsindizes.

Unter Nr. 4.4 wird die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2025 unter Einbeziehung der rechnerischen und der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten der beiden Vorjahre geregelt. Hintergrund ist die in den beiden Vorjahren aufgrund der durch die SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zu berücksichtigende stark veränderte Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen. Um diese Effekte zu glätten, wurden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2023 und 2024 als gewichtetes Mittel von empfohlenen bzw. rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten dreier aufeinanderfolgender Jahre beschlossen.

Die im Auftrag der AG Grouperanpassung durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführten Analysen zum Datenjahr 2022 zeigten, dass die Einflüsse durch die SARS-CoV-2-Pandemie auf die Inanspruchnahme aus den Vorjahren deutlich geringer sind und man prinzipiell im folgenden Berechnungsjahr wieder auf die Berechnungsmethodik zur diagnosebezogenen Veränderungsrate vor der SARS-CoV-2-Pandemie zurückkehren kann.

Um die Berechnungen im kommenden Jahr wieder wie vor der SARS-CoV-2-Pandemie vornehmen zu können, werden die aktuell zu empfehlenden diagnosebezogenen Veränderungsdaten so berechnet, dass die Verkettung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten der beiden vergangenen Jahre und des aktuellen Berechnungsjahres der Verkettung der empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten der letzten beiden Jahre und der zu empfehlenden diagnosebezogenen Veränderungsdaten des aktuellen Berechnungsjahres entspricht. Damit ist gewährleistet, dass die zu empfehlenden diagnosebezogenen Veränderungsdaten einen Ausgleich der

in den beiden Vorjahren bei den empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten berücksichtigten SARS-CoV-2-Einflüsse liefern und damit die geglättete Veränderungsdatenberechnung abgeschlossen wird.

Die in Nr. 5 und 6 angegebenen Festlegungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten 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 auch in diesem Jahr die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 für das Jahr 2025 je KV-Bezirk zur Verfügung. Desweiteren werden auch die für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020 und 2020/2021 verwendeten Relativgewichte und Häufigkeiten der Risikoklassen der entsprechenden Klassifikationsmodelle zur Verfügung gestellt, da diese durch den Ausschluss von Diagnosen aus Fällen der Abrechnungsgruppe Radiologie von den ursprünglichen Festlegungen abweichen.

Der Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern und die dafür notwendigen Datenlieferungen sind seit mehreren Jahren Inhalt der fachlichen Beratungen auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses. Um den Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern bei den Berechnungen mit Wirkung für das Jahr 2026 entscheiden zu können, wird in einer Protokollnotiz des vorliegenden Beschlussteils A festgelegt, bisher durchgeführte Auswertungen auf zu aktualisierenden Daten zu wiederholen. Auf der Grundlage dieser Auswertungsergebnisse und ggf. der Ergebnisse weiterer einvernehmlicher Auswertungsaufträge ist dann bis zum 20. Mai 2025 über den Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2026 zu entscheiden. Bei Nichteinigung ist eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen.

### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 31. Juli 2024 in Kraft.

## **Teil B**

### **zum Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung mit Wirkung zum 31. Juli 2024**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 mit Wirkung für das Jahr 2022 beschlossen, dass die im Zusammenhang mit einem Ausnahmeereignis wie einer Pandemie erbrachten ärztlichen Leistungen besonders gekennzeichnet und nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, insoweit ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V vorliegt. Die entsprechende Kennzeichnung für die vorliegende SARS-CoV-2-Pandemie und das Jahr 2022 wurde durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 geregelt.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Der vorliegende Beschlussteil B regelt den Umgang mit Doppelzahlungen im Zusammenhang mit dem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in 2022 und der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für 2025 gemäß Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlusstells A insofern, als dass der Leistungsbedarf im Jahr 2022, der als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie nach Verrechnung mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs vergütet wurde, bei der Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Teil A Nr. 2.2.5 des vorliegenden Beschlusses ausgeschlossen wird.

Die entsprechenden, bei der Bestimmung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Teil A Nr. 2.2.5 des vorliegenden Beschlusses zu berücksichtigenden Anteile sowie die Methodik zu deren Berechnung sind in Teil B des vorliegenden Beschlusses ausgewiesen.

#### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 31. Juli 2024 in Kraft.

## Teil C

### **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 31. Juli 2024**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87a Absatz 5 Satz 11 und 12 SGB V sind die Veränderungsdaten ab diesem Jahr um Kodiereffekte zu bereinigen, die insbesondere durch die Einführung 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 entstehen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu ein Verfahren zu beschließen.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

In Teil C des vorliegenden Beschlusses werden die auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses festgestellten Risikoklassen, die von Kodiereffekten betroffen sind, angegeben sowie das Verfahren zur Bereinigung der Veränderungsdaten um diese Kodiereffekte geregelt. Eine solche Bereinigung wird dieses Jahr zum ersten Mal vorgenommen.

Zur Feststellung von Kodiereffekten wurden in einem ersten Schritt alle hierarchisierten Risikokategorien entsprechend der Version p18a des Klassifikationssystems bestimmt, auf die sich die für das Jahr 2022 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 anhand der historischen Prävalenzen der Jahre 2017 bis 2021 (ausgenommen das von der SARS-CoV-2-Pandemie stark betroffene Jahr 2020) untersucht, ob es einen linearen Trend in der Prävalenzentwicklung gibt und ob die Prävalenz in 2022 von diesem Trend deutlich in die erwartete Richtung abweicht. Dabei wurden die historischen Prävalenzen unter Ausschluss der Diagnoseangaben der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ und der Selektivvertragsteilnehmer für die nach dem vorherigen Absatz ermittelten Risikoklassen neu berechnet. Um zu prüfen, ob bei festgestellten Abweichungen die Kodiervorgaben ursächlich sind, wurde untersucht, wie sich der Ausschluss von ICD-Kodes, deren Prävalenz durch die Kodiervorgaben beeinflusst sein könnten, auf die Prävalenzentwicklung auswirkt. Mit diesem

Vorgehen konnten die in Teil C des vorliegenden Beschlusses ausgewiesenen Risikoklassen mit von Kodiereffekten betroffenen Prävalenzen in dem Jahr 2022 identifiziert werden.

Ein Kodiereffekt einer Risikoklasse in einem KV-Bezirk wird mit der Differenz der aus den historischen Prävalenzen geschätzten Prävalenz für das Jahr 2022 und der tatsächlichen Prävalenz des Jahres 2022 quantifiziert. Dabei können Kodiereffekte sowohl ein negatives als auch ein positives Vorzeichen haben. Zur Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 gemäß Teil A Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlusses um Kodiereffekte der in Teil C des vorliegenden Beschlusses ausgewiesenen Risikoklassen wird bestimmt, wie sich die Veränderungsdaten (additiv) ändern, wenn die geschätzten erwarteten Prävalenzen des Jahres 2022 statt der tatsächlichen Prävalenzen des Jahres 2022 bei der Berechnung der rechnerischen Veränderungsdaten 2021/2022 gemäß Teil A Nr. 4.1 bis 4.3 des vorliegenden Beschlusses verwendet werden. Hierzu werden in Teil C des vorliegenden Beschlusses Korrekturbeträge der Morbiditätsindizes für das Jahr 2022 definiert, mit denen die rechnerischen Veränderungsdaten 2021/2022 angepasst und in die Formel aus Teil A Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlusses eingesetzt werden. Der sich daraus ergebende Term wird auf die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 gemäß Teil A Nr. 4.4 addiert, um diese um die festgestellten Kodiereffekte zu bereinigen.

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

### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 31. Juli 2024 in Kraft.