Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2026 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 31. Juli 2025

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2025 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 2025 das zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit Wirkung für das Jahr 2026 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 2026. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2026 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 p19a verwendet, die in der 509. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses

am 3. Juni 2025 freigegeben wurde. Es erfolgte die jährliche Anpassung des Klassifikationssystems KS87a an die aktuell gültige Version der ICD-10-GM, hier Version 2025. Im Rahmen der Anpassung erfolgte außerdem eine Überarbeitung der Diagnose-Zuordnungen und Hierarchien der „ACC002 Bösartige Neubildungen“ und der „ACC003 Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]“.

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 9. April 2025 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten einschließlich ihrer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2021 bis 2023 sowie die KM6-Statistik der Jahre 2022 und 2023. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 14. Februar 2025) verwendet. Besonderheiten bei den Ukraine-Flüchtlings im Jahr 2022 werden bereits in dieser Datengrundlage berücksichtigt, so dass hierzu anders als im Vorjahr keine darüber hinausgehenden Regelungen in diesem Beschluss getroffen werden.

Die in der Anlage des vorliegenden Beschlussteils A enthaltene Leistungssegmentliste für die nicht einzubeziehenden Leistungen bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2023 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A wurde aktualisiert. Die Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2026 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde dabei, soweit sie für die Datengrundlage relevant ist, umgesetzt. 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 Ausnahmereignissen 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. Die im Vorjahr noch notwendigen Regelungen zur Vermeidung von Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie bei der Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs konnten gestrichen werden, da im Leistungsjahr 2023 keine Leistungen mehr im Rahmen des nicht vorhersehbaren Anstiegs aufgrund von Ausnahmereignissen abgerechnet wurden.

Nachdem die Selektivvertragsteilnehmer bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einmalig nur im Rahmen der demografischen Hochrechnung berücksichtigt wurden, kehrt der vorliegende Beschluss zum Verfahren aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zurück. Danach werden in ausgewählten KV-Bezirken getrennte diagnosebezogene Veränderungsdaten für Selektivvertragsteilnehmer nach § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) mit nicht-hausärztlichen Diagnosen berechnet. Anschließend werden die Raten für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer anhand des Leistungsbedarfsanteils zu einer diagnosebezogenen Veränderungsrate je

KV-Bezirk kombiniert. Eine Neuregelung oder Bestätigung dieses Umgangs mit Selektivvertragsteilnehmern war bis 20. Mai 2025 angestrebt. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des vorliegenden Beschlusses lag eine abschließende Entscheidung hierzu jedoch noch nicht vor. Diese ist im Rahmen der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2026 zu treffen.

Die Diagnosen aller Abrechnungsgruppen werden verwendet. Für die aktuelle Datengrundlage ist ein Ausschluss von Diagnosen der Radiologen, die seit 2020 anstelle des Ersatzkodes „UUU“ gültige ICD-Schlüsselnummern kodieren, nicht mehr notwendig.

Für die diagnosebezogenen Veränderungsrate für 2023 bis 2025 war die aufgrund der durch die SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und der damit verbundenen Maßnahmen stark veränderte Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen in der Berechnung zu berücksichtigen. Der zurückgehende Einfluss der Pandemie wurde bereits bei der Ermittlung der Veränderungsrate für das Jahr 2025 festgestellt, so dass im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) eine Berechnungsmethodik festgelegt werden konnte, die die Rückkehr auf die Berechnungsmethodik zur diagnosebezogenen Veränderungsrate vor der SARS-CoV-2-Pandemie vorbereitete. Daher enthält der vorliegende Beschluss zu den Veränderungsrate für das Jahr 2026 keine pandemiebedingten Sonderregelungen mehr.

Die in Nr. 5 und 6 angegebenen Festlegungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate 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. Der vorliegende Beschluss regelt klarer als in den Vorjahren, welche Daten die regionalen Gesamtvertragspartner erhalten. Weitere Änderungen in den bereitgestellten Daten ergeben sich aus Änderungen der Berechnungsmethodik.

3. Inkrafttreten

Der vorliegende Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 31. Juli 2025 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 31. Juli 2025

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 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.

Zur Feststellung von Kodiereffekten wurden in einem ersten Schritt alle hierarchisierten Risikokategorien entsprechend der Version p19a des Klassifikationssystems bestimmt, auf die sich die für das Jahr 2023 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 Linearität des Verlaufs der historischen Prävalenzen der Jahre 2017 bis 2021 (ausgenommen das von der SARS-CoV-2-Pandemie stark betroffene Jahr 2020) geprüft und ggf. ein linearer Fit der Prävalenzen im Zeitverlauf bestimmt. Dieser lineare Fit wurde auf die Prävalenz des Jahres 2022 gemäß Teil A Nr. 4.1 des vorliegenden Beschlusses verschoben und untersucht, ob die Prävalenz im Jahr 2023 von diesem (verschobenen) linearen Fit deutlich in die erwartete Richtung abweicht. Durch das Verschieben wurde sichergestellt, dass Abweichungen im Jahr 2023 nicht durch Kodiereffekte aus dem Jahr 2022 beeinflusst sind und so fälschlich als Kodiereffekt identifiziert worden wären. 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. 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 könnte, auf die Prävalenzentwicklung auswirkt. Auch wurde die Prävalenzentwicklung der Risikoklassen bei ausschließlicher Verwendung möglicherweise beeinflusster ICD-Kodes untersucht. Mit diesem Vorgehen konnten die in Teil B des vorliegenden Beschlusses ausgewiesenen Risikoklassen mit von Kodiereffekten betroffenen Prävalenzen im Jahr 2023 identifiziert werden.

Ein möglicher Kodiereffekt einer Risikoklasse in einem KV-Bezirk und einem Versorgungsbereich wird mit der Differenz der geschätzten Prävalenz für das Jahr 2023 und der tatsächlichen Prävalenz des Jahre 2023 quantifiziert. Die geschätzte Prävalenz für das Jahr 2023 entspricht dabei dem auf die Prävalenz des Jahres 2022 gemäß Teil A Nr. 4.1 des vorliegenden Beschlusses verschobenen linearen Fits für das Jahr 2023. Durch das Verschieben des linearen Fits auf die Prävalenz des Jahres 2022 wird die Notwendigkeit einer Anpassung der Prävalenz des Jahres 2022 umgangen. Da die Prävalenzen der Risikoklassen nur teilweise durch ICD-Kodes beeinflusst sind, die durch die Kodiervorgaben betroffen sind, erfolgt die Bereinigung so identifizierter möglicher Kodiereffekte anteilig. Dafür wird je KV-Bezirk, Versorgungsbereich und Risikoklasse ein Gewichtungsfaktor ermittelt, der den Anteil der durch die Kodiervorgaben betroffenen ICD-Kodes an der Prävalenz der Risikoklasse quantifiziert. Diese Gewichtungsfaktoren sind in Teil B des vorliegenden Beschlusses ausgewiesen.

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 gewichtet zu einem Korrekturbetrag des Morbiditätsindex des KV-Bezirks für das Jahr 2023 aggregiert. Die Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß Teil A Nr. 4.4 des vorliegenden Beschlusses erfolgt durch Addieren des Quotienten von Korrekturbetrag des Morbiditätsindex 2023 und dem Morbiditätsindex 2022 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 2023 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 2023 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 vorliegende Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 31. Juli 2025 in Kraft.