B E S C H L U S S

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

über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2027 zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V sowie 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

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen, bis zum 30. Juni 2026 das mit Wirkung für das Folgejahr zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 SGB V zu verwendende Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V festzulegen.

Das Institut des Bewertungsausschusses ermittelt gemäß Teil A für jeden KV-Bezirk jeweils eine demografische sowie eine diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2027.

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 SGB V ein Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte zu beschließen, 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. In Teil B wird diese Vorgabe umgesetzt.

Der Beschluss gliedert sich in folgende Teile:

Teil A: Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2027 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V

Teil B: 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

Anlage: Liste der nicht einzubeziehenden Leistungen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2024 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A

Teil A

Festlegung des zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2027 zu verwendenden Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V

1. Grundlage für die Ausgestaltung des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells gemäß § 87a Abs. 5 SGB V

Die Modellausgestaltung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten der Morbiditätsstruktur für das Jahr 2027 setzt auf der Version p2026a des Klassifikationssystems einschließlich der darin enthaltenen Hierarchien sowie der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) auf, die der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 520. Sitzung am 2. Juni 2026 freigegeben hat. Grundlage hierfür ist die im Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 269. Sitzung gemäß Teil A, Nr. 1 lit. c) in Verbindung mit Teil B Nr. 2 beschlossene Vorgabe, dass der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die jährliche Weiterentwicklung des Klassifikationssystems der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikogruppen freigibt und dass gemäß § 87a Abs. 5 SGB V das geltende Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüft und weiterentwickelt werden kann. Die Weiterentwicklung setzt dabei auf dem vom Bewertungsausschuss in seiner 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossenen Modell zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2026 auf.

2. Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsraten ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 17. März 2026 erhoben wurde. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019 erhobenen

selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 17. März 2026 einbezogen.

Ausgehend von den nach den Vorgaben der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 17. März 2026 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten- bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2022 bis 2024 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die in Feld 14 (Kennzeichen Betreute) der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

Außerdem werden sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben, die nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden, von den Berechnungen ausgeschlossen.

Des Weiteren wird Versicherten mit der Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“ in Feld 05 (Geschlecht) der Satzart 201 im Rahmen des Klassifikationsmodells die Geschlechtsausprägung „weiblich“ zugewiesen.

Für die weitere Modellausgestaltung wird auf der verwendeten Datengrundlage die Kalibrierungsmenge zur Ermittlung von Relativgewichten für die diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß Nr. 2.3 sowie von Relativgewichten für die demografischen Veränderungsraten gemäß Nr. 2.4 festgelegt. Darüber hinaus wird auf der verwendeten Datengrundlage eine Anwendungsmenge zur Ermittlung von Morbiditätsindizes und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß Nr. 2.5 festgelegt. Die Anwendungsmenge zur Ermittlung von Demografieindizes und demografischen Veränderungsraten wird gemäß Nr. 2.6 festgelegt.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresbezogen für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 (Versicherten-Stammdaten) in der Datengrundlage vorliegt.

Für die Zuordnung wird zunächst allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 (Postleitzahl des Wohnortes) nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 (Gesamtvertragszuständige KV) angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 (Kassensitz-IK) der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. Januar 2026) ihren Sitz hat.

Bei der quartalsbezogenen Zuordnung einer KV-Nummer zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

1. Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet.
2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 (Anzahl Versichertentage) die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

2.2.2 Kappung der Versichertentage

Die Zahl der Versichertentage eines Versicherten wird je Quartal aufaddiert und auf die kalendarisch maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt.

2.2.3 Definition der Anzahl der Versichertenquartale

Die Anzahl der Versichertenquartale (AVQ) weist jahresweise aus, wie viele Quartale eine Person versichert war. Ein Quartal wird hierbei gezählt, sobald eine Person in diesem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

Eine Person wird für ein Jahr als versichertenzeitvollständig gekennzeichnet, wenn sie in jedem Quartal dieses Jahres mindestens 45 Tage versichert war. Von dieser Bedingung ausgenommen sind das Quartal des Todes einer Person und ggf. die Folgequartale im Kalenderjahr des Todes.

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird für die gemäß Feld 09 (Kennzeichen Wert) der Satzart 210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen eines Abrechnungsfalls der Wert aus dem Feld 08 (Leistungsbedarf der GOP) der Satzart 210 herangezogen.

Für gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Euro bewertete Leistungen wird der im Feld 08 der Satzart 210 angegebene Wert mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet. Ist die Gebührenordnungsposition gemäß Feld 09 der Satzart 210 weder in Punkten noch in Euro bewertet, so wird der im Feld 11 (LB_EURO_GO) der Satzart 210 angegebene Wert gemäß Euro-Gebührenordnung herangezogen und mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet.

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage dieses Beschlusses festgelegt. Nur Leistungen, die gemäß dieser Anlage nicht der extrabudgetären Vergütung (EGV) zuzuordnen sind, werden 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 Veränderungsraten für das Jahr 2027 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2027 zu erfolgen hat und passt ggf. die Anlage entsprechend an.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2024 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versichertenquartale des Leistungsjahres gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

Eine Person wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn diese Person mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Nr. 2.1 in diesem Jahr aufweist.

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer

Ein Versicherter, der gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2023 und 2024 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben war, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2023 und 2024 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.

2.2.8 Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern

Für die Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern wird für die Versichertenmenge nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4 für jeden KV-Bezirk und jedes Jahr der Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk und Jahr bestimmt. Hierzu werden demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) analog Nr. 2.7 verwendet, wobei die DHF hier für alle KV-Bezirke auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer berechnet werden. Liegt der Anteil dieser längsschnittlichen SV-Teilnehmer in einem KV-Bezirk für mindestens eines der Jahre 2023, 2024 über dem Schwellenwert von 10 %, so werden für diesen KV-Bezirk gemäß Nr. 4.3 separate Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.

2.2.9 Identifikation von Wohnausländern

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. Januar 2026) ihren Sitz im gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert "AUSLA", so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

2.2.10 Jahresbezogenes Alter eines Versicherten

Das Alter eines Versicherten wird für jedes Datenjahr bestimmt als Kalenderjahr des jeweiligen Jahres minus dem Kalenderjahr der Geburt aus den ersten vier Stellen des Feldes 06 (Geburtsjahr und -quartal) der Satzart 201.

2.3 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Relativgewichte wird hinsichtlich der Versicherten der vom Bewertungsausschuss erhobenen Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 wie folgt abgegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden nur diejenigen Versicherten für die Kalibrierungsmenge ausgewählt, die im Diagnosejahr 2022 und im Leistungsjahr 2024 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2022 bis 2024 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2022 bis 2024 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2022 bis 2024 als Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 identifiziert wurden und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

Datengrundlage ist der unter Nr. 2.3 festgelegte Datenkörper, wobei die Versicherten entsprechend der Alters- und Geschlechtsgliederung der KM6-Statistik zu gruppieren sind.

2.5 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsraten wird hinsichtlich der Versicherten der Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 wie folgt für $t = 2024$ und $t - 1 = 2023$ abgegrenzt:

1. In den Jahren $t-1$ und t werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie einem in Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.1 für sämtliche Quartale der Jahre $t-1$ und t mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 und 2 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren $t-1$ bis t in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 und 2 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre $t-1$ bis t Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

Die verbleibende Versichertenmenge nach Ziffer 4 des Jahres $t-1$ = 2023 wird mit $AM^{1}_{t-1,t}$ und die des Jahres t = 2024 mit $AM^{2}_{t-1,t}$ bezeichnet. Dabei kennzeichnet der Hochindex 1 bzw. 2 das erste bzw. zweite Jahr des jeweils betrachteten Zweijahreszeitraums. Der Tiefindex $(t-1, t)$ kennzeichnet die Kombination der beiden Anwendungsmengenjahre und damit die jeweils zugrunde liegende Geburtstagsstichprobe.

2.6 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten (Anwendungsmenge)

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2023 und 2024 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland (Wohnausländer) werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Januar 2026) verwendet.

Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden zur Ermittlung der jeweiligen Veränderungsraten jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. Zusätzlich erfolgt in allen KV-Bezirken eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern (Kennzeichen WA). Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet. Die DHF werden auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in den gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken, abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische, nach Alters- und Geschlechtsgruppen und nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, für Nicht-Wohnausländer gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl der jeweiligen KV gemäß der Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik gemäß Nr. 2.6 der KV.

Versicherte mit Wohnort im Ausland werden dabei der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Januar 2026) verwendet.

Die DHF für die Jahre $t = 2023, 2024$ berechnen sich wie folgt:

$$DHF_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{N_{AG,WA}^{t,KV}}{n_{AG,WA}^{t,KV}}$$

wobei

$$N_{AG,WA}^{t,KV} = Anzahl_Vers_KM6_{AG,WA}^{t,KV} \cdot A_{WA}^{t,KV},$$

$$A_{WA}^{t,KV} = \begin{cases} \dfrac{Anzahl_Vers_ANZVER^{t,KV}}{\sum_{AG} Anzahl_Vers_KM6_{AG,WA}^{t,KV}}, & \text{für } WA = Nicht_Wohnausländer \\ 1, & \text{für } WA = Wohnausländer \end{cases}$$

und

$$n_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{1}{4} ANZAHL_VERS_QUARTALE_{AG,WA}^{t,KV}.$$

Falls $n_{AG,WA}^{t,KV} = 0$ ist, dann wird $DHF_{AG,WA}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ werden nach Absatz 1 der Nr. 2.7 bestimmt (t = 2023, 2024 und $WA = Wohnausländer$ bzw. $Nicht_Wohnausländer$), wobei Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.9 identifiziert werden.

$Anzahl_Vers_ANZVER^{t,KV}$ berechnet sich als Mittelwert über die vier Quartale des jeweiligen Jahres aus der Summe von Feld 21 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte) und Feld 24 (Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen) der Satzart ANZVER87a_IK.

Versichertenbezogene DHF ($DHF_i^{Jahr,KV}$) ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV- und Wohnausländer-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

2.8 Korrekturfaktor der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“

Um die Versicherten, die an einem anderen Vertrag als einem Vertrag gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben oder deren Vertragstyp unbekannt ist (zusammen als „nicht-nur-§ 73b-Versicherte“ bezeichnet) im Rahmen der demografischen Hochrechnung zu berücksichtigen, ist für die „nur-§ 73b-Versicherten“ noch ein Korrekturfaktor $K_{AG}^{Jahr,KV}$ für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV gemäß Nr. 2.2.8 und jedes Jahr t = 2023, 2024 erforderlich:

$$K_{AG}^{t,KV} = \frac{n_{AG,nicht_nur_73b}^{t,KV} + n_{AG,nur_73b}^{t,KV}}{n_{AG,nur_73b}^{t,KV}}$$

mit

$n_{AG,i}^{t,KV}$: Anzahl der Versichertenjahre (nach Quartalen gebildet, wie in Nr. 2.7) für das Kollektiv i mit $i = nicht_nur_73b$ bzw. $i = nur_73b$ und t = 2023, 2024

Falls $n_{AG,nur_73b}^{t,KV}$ = 0 ist, dann wird $K_{AG}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

Versichertenbezogene Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ ($K_i^{t,KV}$) ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden Korrekturfaktoren der DHF des jeweiligen Jahres. Für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer wird der versichertenbezogene Korrekturfaktor der DHF auf eins gesetzt.

3. Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten

Die Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten stellt den ersten Schritt für die Ermittlung von diagnosebezogenen Veränderungsraten dar. Im zweiten Schritt erfolgt

hiermit die Berechnung von Morbiditätsindizes auf der Grundlage der Risikokategorien des Klassifikationssystems. Im dritten Schritt werden diese Morbiditätsindizes in diagnosebezogene Veränderungsraten umgerechnet. Die Bestimmung der Morbiditätsindizes und der daraus berechneten Veränderungsraten erfolgt spezifisch für jeden KV-Bezirk mit den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den KV-spezifischen Abgrenzungen der Anwendungsmenge.

Die Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 und entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung in einem zweijährig-prospektiven Modell.

Grundlage ist ein gewichtetes multiples lineares Regressionsmodell. Die abhängige Variable im Regressionsmodell ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2024 jedes Versicherten gemäß Nr. 2.2.5, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge. Die Gewichtung jedes Versicherten im Regressionsmodell findet mit der Anzahl seiner Versichertenquartale im Leistungsjahr statt.

Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells bestimmen sich aus den Risikokategorien des Klassifikationssystems, einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen, nach Anwendung eines Kompressions- und Kalibrierungsalgorithmus gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2.

3.1 Kompression der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Ausgangspunkt für den Kompressionsalgorithmus sind die aus dem Klassifikationssystem der Version p2026a resultierenden hierarchisierten Risikogruppen (HCC) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Alle genannten Gruppen zusammen werden im Weiteren als Risikokategorien bezeichnet. Die Risikokategorie HCC201 (NonCW-CC), die sogenannte Non-Cost-Weight-CC, wird dabei nicht in das Modell aufgenommen. Alle weiteren, unkomprimierten Risikokategorien werden innerhalb eines Kompressionsalgorithmus wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2022 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2024, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge als abhängige Variable, werden zunächst zur Bestimmung der ökonomischen Relevanz der HCCs vorläufige Relativgewichte durch eine gewichtete multiple lineare Regression bestimmt. Die ökonomische Relevanz jeder HCC wird ermittelt als das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Relativgewicht und der Anzahl der Versicherten im Jahre

2022 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

2. Zusätzlich werden jene HCCs als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, deren vorläufiges Relativgewicht mindestens 1,5 beträgt.

3. Darüber hinaus werden die erklärenden Variablen zusätzlich zu Schritt 1 und Schritt 2 ggf. um weitere HCCs aufgrund ihres maximalen Beitrags zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells ergänzt. Dazu wird ein Regressionsmodell mit den 34 Alters- und Geschlechtsgruppen und einer Anzahl von HCCs gebildet, wobei die Anzahl der in dieses Regressionsmodell aufzunehmenden HCCs auf die gleiche Anzahl beschränkt wird, wie THCCs nach Schritt 1 ausgewählt wurden. Die so ermittelten HCCs werden zusätzlich als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, sofern diese nicht bereits zuvor als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommen worden sind.

4. Die nicht nach Schritt 1 bis 3 ausgewählten HCCs werden entsprechend ihrer jeweiligen organsystembezogenen Zuordnung zusammengefasst und als RHCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen.

THCCs und RHCCs bilden, mit Ausnahme der RHCC024 (Organsystem „Krankheiten und Zustände bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“), zusammen mit den 34 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) die unabhängigen Variablen des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells und werden im Folgenden als komprimierte Risikokategorien bezeichnet.

3.2 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien

Zur Vorbereitung des Kalibrierungsalgorithmus wird das Regressionsmodell mit den komprimierten Risikokategorien und dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, berechnet. Eventuell auftretende negative oder insignifikante (p-Wert ≥ 0,05) Relativgewichte komprimierter Risikokategorien werden innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

1. Bei negativen Relativgewichten von RHCCs:

   a. Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte aus Nr. 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression

   b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein positives Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

2. Bei insignifikanten Relativgewichten (p-Wert ≥ 0,05) von RHCCs:

   a. Die HCC mit dem größten p-Wert innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige p-Werte aus Nr. 3.1 Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression

   b. Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

Ist mehr als eine RHCC negativ (bzw. insignifikant), wird Schritt 1 (bzw. Schritt 2) zunächst für die RHCC mit dem größten negativen Relativgewicht (bzw. dem größten p-Wert) durchgeführt. Wenn diese RHCC nach Durchlaufen des Algorithmus ein positives Relativgewicht hat (bzw. signifikant ist) oder null gesetzt ist, wird die RHCC mit dem dann größten negativen Relativgewicht (größten p-Wert) gemäß Schritt 1 (bzw. Schritt 2) bearbeitet.

Dieser Prozess wird solange wiederholt, bis keine RHCC mehr negativ (bzw. insignifikant) ist.

3. AGGs mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten (p-Wert ≥ 0,05) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGGs mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AGG (nächstältere AGG, falls die jüngste AGG betroffen ist) zusammengefasst und nach jedem Ausschluss eine erneute Regression durchgeführt.

Ist nach Abschluss von Schritt 3 eine oder mehrere RHCCs negativ (bzw. insignifikant), so wird der Algorithmus ab Schritt 1 erneut durchlaufen.

4. Sollten nach dem Algorithmus gemäß Schritt 1 bis 3 THCCs mit negativen oder insignifikanten Relativgewichten resultieren, sind diese in die ihnen nach organsystembezogener Zuordnung entsprechenden RHCCs einzugliedern und erneut auf negative oder insignifikante verbleibende Risikokategorien zu prüfen und ggf. der Algorithmus ab Schritt 1 erneut anzuwenden.

5. Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGGs, THCCs und RHCCs.

Nach der Kalibrierung verbleiben stets THCCs, RHCCs und AGGs mit positiven und signifikanten Relativgewichten im Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikoklassen des Klassifikationsmodells bezeichnet.

3.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die als Ergebnis der Kalibrierung resultierenden Risikoklassen bilden als unabhängige Variablen mit dem annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable das abschließende Regressionsmodell. Die auf der Kalibrierungsmenge mit der abschließenden Regression gemäß Nr. 3.2 resultierenden Regressionskoeffizienten werden als endgültige bundeseinheitliche Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten verwendet.

4. Festlegungen zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die diagnosebezogenen Veränderungsraten werden für jeden KV-Bezirk einzeln berechnet und ausgewiesen. Datengrundlage ist die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 in der jeweiligen KV-spezifischen Abgrenzung gemäß Nr. 2.2.1.

Zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten sind insbesondere die Prävalenzen der Risikoklassen und die Morbiditätsindizes zu bestimmen.

Die Prävalenz einer Risikoklasse bestimmt sich aus der hochgerechneten Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge, denen diese Risikoklasse zugeordnet ist, dividiert durch die hochgerechneten Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge.

Für längsschnittliche SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 werden bei der Ermittlung der Risikoklassen ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen herangezogen. Dies sind alle Diagnosen des fachärztlichen Versorgungsbereichs sowie Diagnosen aus versorgungsbereichsübergreifenden Betriebsstätten, wie z. B. Medizinischen Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen, für die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschalen gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthalten sind.

Die Morbiditätsindizes berechnen sich KV-spezifisch als mit den Relativgewichten gewichtete Summe der Prävalenzen der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2, allerdings für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke getrennt für die Versichertenmenge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer und die Versichertenmenge der längsschnittlichen SV-Teilnehmer, um ihre spezifische Morbidität zu berücksichtigen.

Die dort zunächst für Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer getrennt durchgeführten Berechnungen werden mit dem im Jahr 2024 in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer bzw. Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres 2024 gewichtet zusammengeführt.

Die näheren Berechnungsvorschriften dazu werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Prävalenzen der Risikoklassen

Die Berechnung der mit der Zahl der Versichertenquartale im jeweiligen Jahr und den demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 gewichteten Prävalenzen ($p_{j,VB}^{t,KV}$) je KV-Bezirk und für jede Risikoklasse j für die Jahre t = 2023, 2024 erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer mit der Formel

$$p_{j,gesamt}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in NichtSVTN}\left(x_{i,j,gesamt}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV}\right)}{\sum_{i \in NichtSVTN}\left(AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV}\right)}$$

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$p_{j,Nicht-HA}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN_nur_73b}\left(x_{i,j,Nicht-HA}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV}\right)}{\sum_{i \in SVTN_nur_73b}\left(AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV}\right)},$$

wobei der Index VB angibt, für welchen Versorgungsbereich (VB) eine Prävalenz berechnet wird. Dabei wird unterschieden zwischen VB = gesamt, d. h. alle Diagnosen des entsprechenden Versicherten werden berücksichtigt, und VB = Nicht-HA, d. h. es werden ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen verwendet.

Hierbei sind

$NichtSVTN$: längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge

$SVTN_nur_73b$: längsschnittliche SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge

$x_{i,j,gesamt}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV, im Jahr t, mit VB = gesamt

$x_{i,j,Nicht-HA}^{t,KV}$: Ausprägung der Risikoklasse j beim Versicherten i der entsprechenden KV im Jahr t, wobei die Risikoklassen nur aufgrund der nicht-hausärztlichen Diagnosen sowie des Alters und Geschlechts gebildet werden (VB = Nicht – HA). Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, von der in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM abgerechnet wurde.

$AVQ_i^{t,KV}$: Anzahl der Versichertenquartale des Versicherten i, bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 2.2.3

$DHF_i^{t,KV}$: demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i, bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 2.7

$K_i^{t,KV}$: Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des Versicherten i bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 2.8

KV: Kennzeichnung des KV-Bezirks, dem der Versicherte i im Jahr t entsprechend Nr. 2.2.1 zugeordnet ist

4.2 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2024 wird für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2024 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4 mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der versichertenbezogenen demografischen Hochrechnungsfaktoren ($DHF_i^{2024,KV}$) aus Nr. 2.7 wie folgt bestimmt:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN24 \cap KV} LB_Punkte_i^{2024,MGV} \cdot DHF_i^{2024,KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2024,MGV} \cdot DHF_i^{2024,KV}}$$

mit

KV: ausgewählter KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 (bzw. Versicherte im Jahr 2024 abgegrenzt nach Nr. 2.5 Ziffer 1, 3 und 4, die dem ausgewählten KV-Bezirk zugeordnet wurden)

G_{KV}: Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer) für den jeweiligen KV-Bezirk

$LB_Punkte_i^{2024,MGV}$: morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i in Punkten gemäß Nr. 2.2.5

$SVTN24$: SV-Teilnehmer im Jahr 2024 gemäß der Definition in Nr. 2.2.6

4.3 Morbiditätsindex

Die Berechnung des Morbiditätsindex für die Jahre $t = 2023, 2024$ je KV-Bezirk erfolgt für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer entsprechend der Formel

$$\bar{y}_{gesamt}^{t,KV} = \sum_{j=1}^{r} \hat{\beta}_j \, p_{j,gesamt}^{t,KV}$$

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer der gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$\bar{y}_{Nicht-HA}^{t,KV} = \sum_{j=1}^{r} \hat{\beta}_j \, p_{j,Nicht-HA}^{t,KV}$$

wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse des Klassifikationsmodells mit $j = 1, \ldots, r$ (einschl. Alters- und Geschlechtsgruppen) gemäß Nr. 3.3

$p_{j,VB}^{t,KV}$: Prävalenz je Risikoklasse mit $j = 1, \ldots, r, VB = gesamt, Nicht - HA$, bezogen auf das Jahr t, gemäß Nr. 4.1

r: Anzahl der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung gemäß Nr. 3.1 und Kalibrierung gemäß Nr. 3.2

4.4 Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten aus Teil B

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027 erfolgt für die gemäß Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{\text{diag},2027}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2024,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1 \right)$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{diag,2027}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1.$$

5. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Relativgewichte

Die Ermittlung der demografischen Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.4.

Auf Basis des Lebensalters in 2022 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs gemäß Nr. 2.2.5 für das Jahr 2024 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

6. Festlegungen zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten

Die Ermittlung der demografischen Veränderungsraten erfolgt auf der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 in der dort beschriebenen KV-spezifischen Abgrenzung. Die Relativgewichte nach Nr. 5 werden für die Jahre 2023 und 2024 für jeden KV-Bezirk entsprechend der Anzahl der Versicherten in den entsprechenden KM6-Alters- und Geschlechtsgruppen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6 aufsummiert und durch die Gesamtzahl der Versicherten des jeweiligen Jahres im jeweiligen KV-Bezirk geteilt. Es resultieren die Demografieindizes für die Jahre 2023 und 2024. Die demografische Veränderungsrate eines KV-Bezirks wird berechnet als Quotient des Demografieindex des Jahres 2024 zum Demografieindex des Jahres 2023 abzüglich 1.

7. Transparenz der durchgeführten Berechnungen

Um die Transparenz der durchgeführten Berechnungen herzustellen, stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen nach Abstimmung die folgenden Daten zur Verfügung, die diese an die Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten:

1. Liste der Pseudonyme der gemäß Nr. 2.5 berücksichtigten Versicherten (Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten (Anwendungsmenge))
2. die Relativgewichte für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten
3. die Häufigkeiten der Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Kompression gemäß Nr. 3.1 und der Kalibrierung gemäß Nr. 3.2 in den beiden Jahren der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.5 vor und nach Anwendung der Hochrechnungsfaktoren (DHF)
4. die demografischen Hochrechnungsfaktoren aus Nr. 2.7 für die Auswahl von KV-Bezirken gemäß Nr. 2.2.8 und zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß Nr. 4,

5. Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ aus Nr. 2.8,
6. eine Liste der in Nr. 2.2.5 gemäß der Anlage berücksichtigten, der MGV zugeordneten Gebührenordnungspositionen,
7. die Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 4.2,
8. nach Jahr, KV-Bezirk, Alter und Geschlecht, sowie nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern gemäß KM6-Statistik gegliederte Versichertenzahlen der Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.6,
9. die Anteile längsschnittlicher SV-Teilnehmer an allen Versicherten je KV-Bezirk in den Jahren 2023 und 2024 gemäß Nr. 2.2.8,
10. die Korrekturbeträge des Morbiditätsindex für das Jahr 2024 gemäß Teil B.

Die regionalen Gesamtvertragspartner erhalten jeweils nur Daten, die für diesen regionalen Gesamtvertragspartner relevant sind. Dabei werden Daten, die den KV-Bezirk enthalten, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusätzlich in nach KV-Bezirk aufgeteilter Form bereitgestellt.

Darüber hinaus stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen

- die Liste der Pseudonyme der gemäß Nr. 2.3 berücksichtigten Versicherten (Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Relativgewichte (Kalibrierungsmenge))
- ggf. die erwarteten Prävalenzen gemäß Teil B nach KV-Bezirk sowie
- die Relativgewichte der diagnosebezogenen Risikoklassen vor der Kompression

zur Verfügung.

Außerdem setzt das Institut des Bewertungsausschusses für die Trägerorganisationen bei den Listen nach Ziffer 1. in den beiden Jahren der Anwendungsmenge nach Nr. 2.5 jahresweise die Anzahl Versichertenquartale und eine Wohnausländer-Kennzeichnung (gemäß der Definition bei der Bestimmung der Stichprobenumfänge $n_{AG,WA}^{t,KV}$ in Nr. 2.7) hinzu.

8. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Erstellung des Berichts gemäß § 87a Abs. 5a SGB V

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, in Abstimmung mit der AG Grouperanpassung einen Bericht entsprechend § 87a Abs. 5a SGB V zu erstellen, der zur Erhöhung der Transparenz die Veränderung der Behandlungsdiagnosen sowie

deren Einfluss auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung wiedergibt.

Protokollnotizen:

1. Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde vorgesehen, über die Weiterentwicklung des Umgangs mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit Wirkung für das Jahr 2026 zu entscheiden. Da eine abschließende Entscheidung hierzu zum Zeitpunkt der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2025 noch nicht vorlag, wurde im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 797. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgehalten, dass diese im Rahmen der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2026 zu treffen ist.

   Eine abschließende Entscheidung hierzu steht weiterhin aus. Die Entscheidung zur Weiterentwicklung des Umgangs mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten bleibt daher weiterhin ausstehend und wird im Rahmen der Beschlussfassung für das Klassifikationsmodell 2027 getroffen.

2. Gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 sind bei der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfs Veränderungen der Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen und gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 sind über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (NVA) ergeben, zu vergüten. Das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung hat erhebliche Auswirkungen auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Durch eine weitgehende Einbudgetierung werden zukünftig in verstärktem Umfang auch Leistungen in der MGV vergütet, deren Inanspruchnahme nicht oder nur eingeschränkt an das Vorliegen entsprechender Diagnosen geknüpft ist und deren Entwicklung dennoch bei der jährlichen Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs als medizinisch notwendige Leistungsmenge zu berücksichtigen ist. Aus diesem Grund muss überprüft werden, ob das Klassifikationsmodell in seiner jetzigen Ausgestaltung zukünftig zur Messung der Morbiditätsstruktur 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.

Teil B

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

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 und 12 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte zu beschließen, 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 (Kodiervorgaben) entstehen.

1. Feststellung von Kodiereffekten

In der folgenden Tabelle wird angegeben, ob und wenn ja in welchen diagnosebezogenen Risikoklassen des Klassifikationsmodells nach der Komprimierung gemäß Teil A Nr. 3.1 und Kalibrierung gemäß Teil A Nr. 3.2 der Bewertungsausschuss für das Jahr 2024 in den entsprechenden KV-Bezirken, bei den gemäß Teil A Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirken getrennt für (längsschnittliche) Nicht-SV-Teilnehmer und (längsschnittliche) SV-Teilnehmer, Kodiereffekte in den Prävalenzen gemäß Teil A Nr. 4.1 festgestellt hat.

KV-Bezirk		Risikoklassen
Schleswig-Holstein		keine
Hamburg	Nicht-SV-Teilnehmer	keine
Hamburg	SV-Teilnehmer	keine
Bremen		keine
Niedersachsen		keine
Westfalen-Lippe	Nicht-SV-Teilnehmer	keine
Westfalen-Lippe	SV-Teilnehmer	keine
Nordrhein	Nicht-SV-Teilnehmer	RHCC001
Nordrhein	SV-Teilnehmer	keine
Hessen	Nicht-SV-Teilnehmer	keine
Hessen	SV-Teilnehmer	keine

KV-Bezirk		Risikoklassen
Rheinland-Pfalz		keine
Baden-Württemberg	Nicht-SV-Teilnehmer	keine
Baden-Württemberg	SV-Teilnehmer	keine
Bayern	Nicht-SV-Teilnehmer	keine
Bayern	SV-Teilnehmer	keine
Berlin		keine
Saarland		keine
Mecklenburg-Vorpommern		RHCC001
Brandenburg		keine
Sachsen-Anhalt		RHCC001
Thüringen		keine
Sachsen		THCC071

2. Bereinigung des Morbiditätsindex des Jahres 2024

Für KV-Bezirke und Risikoklassen, die gemäß Nr.1 von Kodiereffekten betroffen sind, wird der Morbiditätsindex des Jahres 2024 gemäß Teil A Nr. 4.3 wie folgt um Kodiereffekte bereinigt:

Für die ausgewählten KV-Bezirke und Risikoklassen werden analog zu Teil A Nr. 2.5 für die Jahre $t = 2017,2018,2019,2021,2022,2023$ Anwendungsmengen $AM_{t-1,t}^{2}$ bestimmt. Diese Anwendungsmengen bilden die Datengrundlage zur Bestimmung von Prävalenzen analog zu Teil A Nr. 4.1

- unter Einbeziehung aller Diagnosen $\left(h_{j,VB}^{t,KV}\right)$ und
- unter Ausschluss aller Diagnosen, deren Prävalenz von den Kodiervorgaben beeinflusst sein könnten $\left(\tilde{h}_{j,VB}^{t,KV}\right)$.

Für die Differenz der Prävalenzen $\left(h-\tilde{h}\right)_{j,VB}^{t,KV} := h_{j,VB}^{t,KV} - \tilde{h}_{j,VB}^{t,KV}$ wird je Risikoklasse j ein linearer Fit $\left(linFit_{j,VB}^{t,KV}\right)$ mit den Jahren

$$t_j^{linFit} = \begin{cases} \{2018,2019,2021,2022,2023\}, für\ j = RHCC001 \\ \{2017,2018,2019,2021\}, für\ j = THCC071 \end{cases}$$

als unabhängige Variable bestimmt.

Der Index VB gibt, wie in Teil A Nr. 4.1, den Versorgungsbereich an und ist gleich „gesamt“, wenn in dem entsprechenden KV-Bezirk und der entsprechenden Risikoklasse bei Nicht-SV-Teilnehmern Kodiereffekte festgestellt wurden und ist gleich „Nicht-HA“, wenn in dem entsprechenden KV-Bezirk und der entsprechenden Risikoklasse bei SV-Teilnehmern Kodiereffekte festgestellt wurden. Die erwartete Prävalenz für das Jahr 2024 wird abhängig von den Jahren zur Bestimmung des linearen Fits ermittelt. Dabei wird der lineare Fit durch die Differenz der Prävalenzen des Jahres 2023 verschoben, wenn das Jahr 2023 nicht bei der Bestimmung des linearen Fits verwendet wird:

$$\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV} = \begin{cases} \tilde{h}_{j,VB}^{2024,KV} + linFit_{j,VB}^{2024,KV}, falls\ 2023 \in t_j^{linFit} \\ \tilde{h}_{j,VB}^{2024,KV} + linFit_{j,VB}^{2024,KV} + \left(h - \tilde{h}\right)_{j,VB}^{2023,KV} - linFit_{j,VB}^{2023,KV}, sonst. \end{cases}$$

Außerdem wird auch ein Gewichtungsfaktor abhängig von den Jahren zur Bestimmung des linearen Fits verwendet:

$$\omega_{j,VB}^{KV} = \begin{cases} 1, falls\ 2023 \in t_j^{linFit} \\ 0{,}5\ sonst \end{cases}$$

Je KV-Bezirk und Versorgungsbereich werden die mit den zugehörigen Relativgewichten und einem Gewichtungsfaktor gewichteten Differenzen der erwarteten Prävalenz und der Prävalenz summiert, um den jeweiligen Korrekturbetrag des Morbiditätsindex für das Jahr 2024 zu erhalten:

$$\delta_{VB}^{2024,KV} = \sum_{j \in M_{VB}^{KV}} \hat{\beta}_j \cdot \omega_{j,VB}^{KV} \left(\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV} - p_{j,VB}^{2024,KV}\right).$$

Hierbei sind

VB: Versorgungsbereich „gesamt“ oder „Nicht-HA“

$\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$: erwartete Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2024 im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich

$\tilde{h}_{j,VB}^{2024,KV}$: Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2024 im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich bestimmt unter Ausschluss aller Diagnosen, deren Prävalenz von den Kodiervorgaben beeinflusst sein könnten

$linFit_{j,VB}^{t,KV}$: linearer Fit der Differenz der Prävalenzen $h - \tilde{h}$ für die Risikoklasse j für die Jahre t = 2023,2024 im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich

$\left(h-\tilde{h}\right)_{j,VB}^{2023,KV}$: Differenz der Prävalenzen $h_{j,VB}^{2023,KV} - \tilde{h}_{j,VB}^{2023,KV}$ der Risikoklasse j für das Jahr 2023 im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich

$\delta_{VB}^{2024,KV}$: Korrekturbetrag des Morbiditätsindex im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Teil A Nr. 4.3 für das Jahr 2024

$p_{j,VB}^{2024,KV}$: Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2023 im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Teil A Nr. 4.1

M_{VB}^{KV}: im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich von Kodiereffekten betroffene Risikoklassen gemäß Nr. 1

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j des Klassifikationsmodells gemäß Teil A Nr. 3.3

$\omega_{j,VB}^{KV}$: Gewichtungsfaktor für die Bereinigung der Risikoklasse j im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich

3. Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027

Die Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027 um Kodiereffekte erfolgt für die gemäß Teil A Nr. 2.2.8 ausgewählten KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{\text{diag},2027}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2027}^{KV} + G_{KV} \cdot \frac{\delta_{Nicht-HA}^{2024,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} + (1 - G_{KV}) \cdot \frac{\delta_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit der Formel

$$VR_{diag,2027}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2027}^{KV} + \frac{\delta_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}$$

mit

$VR_{diag,2027}^{KV}$: diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2027 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten gemäß Teil A Nr. 4.4

G_{KV}: Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer) für den jeweiligen KV-Bezirk gemäß Teil A Nr. 4.2

$\bar{y}_{VB}^{2023,KV}$: Morbiditätsindex des Jahres 2023 mit $VB = gesamt, Nicht-HA$ gemäß Teil A Nr. 4.3

$\delta_{VB}^{2024,KV}$: Korrekturbetrag des Morbiditätsindex im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Teil A Nr. 4.3 für das Jahr 2024

Protokollnotiz:

Da die Bestimmung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten weiterhin beraten werden soll, stellen die in diesem Beschluss getroffenen Festlegungen diesbezüglich kein Präjudiz für zukünftige Festlegungen zum Klassifikationsmodell dar.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026

Liste der nicht einzubeziehenden Leistungen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs des Leistungsjahres 2024 in Nr. 2.2.5 des Beschlussteils A

Code	Bezeichnung*)
2	Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230) sowie bundesweit und regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich >=80000 (mit Ausnahme der in anderen Segmenten aufgeführten GOP >= 80000 sowie mit Ausnahme der GOP 86902** bis 86905** und 88122)
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36 (mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373), des Abschnitts 31.5 EBM sowie GOP 01858, 01859, 01907, 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 40680, 40685, 85501 bis 85505 und 85514)
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6 EBM sowie GOP 85520 bis 85522)
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 EBM (mit Ausnahme der GOP 01704 bis 01706 und 01710), Abschnitt 1.7.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746), Abschnitt 1.7.3.2 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.1 EBM, Abschnitt 1.7.3.2.2 EBM, Abschnitt 1.7.4 EBM sowie GOP 01730**, 01733** und 32880 bis 32882)
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750 bis 01758, 40850 und 40852)
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)
9	Strahlentherapie (Kap. 25 (mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230 und 25335, 25336) sowie GOP 40840** und 40841**)

Code	Bezeichnung*)
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08536X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540, 08540X, 08541**, 08541X**, 08542**, 08542X**, 08570**, 08570X**, 08571**, 08571X**, 08572**, 08572X**, 08573**, 08573X**, 08574**, 08574X**, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11311X**, 11312X**, 11320X**, 11320Z**, 11321X**, 11321Z**, 11322X**, 11322Z**, 11330X**, 11331X**, 11332X**, 11333X**, 11334X**, 11351X, 11352X, 11354X**, 11360X**, 11361X**, 11370X**, 11371X**, 11372X**, 11380X**, 11390X**, 11391X**, 11395X**, 11396X**, 11400X**, 11401X**, 11403X**, 11404X**, 11410X**, 11411X**, 11412X**, 11420X**, 11421X**, 11422X**, 11430X**, 11431X**, 11432X**, 11433X**, 11434X**, 11440X**, 11441X**, 11442X**, 11443X**, 11501X, 11502X, 11503X, 11506X, 11508X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535X, 08550, 08550X, 08551**, 08551X**, 08552**, 08552X**, 08555X, 08558X, 08560**, 08560X**, 08561** und 08561X**)
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01949 bis 01953 und 01960)
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM sowie GOP 80502**, 80512**, 80522**, 80532**, 80542 und 80552)
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150D, 35150P, 35150Q und 35150R)
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14 EBM)
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622)
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860** und 40862**)
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)

Code	Bezeichnung*)
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)
NEP	Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972)
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOP 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E**, 04011E**, 04012E**, 04013E**, 04014E**, 04015E**, 04110E**, 04111E**, 04112E**, 04120E**, 04121E**, 04122E**, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I**, 04011I**, 04012I**, 04013I**, 04014I**, 04015I**, 04110I**, 04111I**, 04112I**, 04120I**, 04121I**, 04122I**, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L**, 04111L**, 04112L**, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04110M**, 04111M**, 04112M**, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N**, 04011N**, 04012N**, 04013N**, 04014N**, 04015N**, 04110N**, 04111N**, 04112N**, 04120N**, 04121N**, 04122N**, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O**, 04111O**, 04112O**, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P**, 04011P**, 04012P**, 04013P**, 04014P**, 04015P**, 04110P**, 04111P**, 04112P**, 04120P**, 04121P**, 04122P**, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q**, 04111Q** und 04112Q**)
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937)
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822**)
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373, 36371 bis 36373)
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)
ZPFG	Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222)

Code	Bezeichnung*)
PETCT	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM (mit Ausnahme der GOP 34720 und 34721) sowie GOP 40584)
SGDV	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM)
HUMA	Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11304**, 11449**, 11601, 19406**, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457 bis 19459 und GOP 32911)
DELEG	Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207)
KOOP	Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM)
HK	Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306)
MEDPLAN	Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701)
VIDEO	Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01444, 01450, 01451, 40128 und 40129)
PSYTHER	Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152)
LASEREPIL	Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328)
PALLIAT1	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307)
HLA	HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943, 32948, 32949 und 32950)
BOTOX	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08311U, 08312, 08313, 26310T, 26310U, 26311T, 26311U, 26316, 26317 und 40161)
NFDM	Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642)
MEDREHA	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01613)
FFR	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301)
ESWT	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440)
VERSORGPL	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400)

Code	Bezeichnung*)
LABORSPEZ	Laborleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 32820, 32867 bis 32869)
RIBOFLAVIN	Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681)
BETREUSPEZ	Beobachtungs- und Betreuungsleistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01514**, 01516**, 01517**, 01540 bis 01546 und 01549)
TSSZUSCHL	Nach Wartezeit gestaffelte Zuschläge auf Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie Zusatzpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 1 bis 4 und Abs. 2c Satz 3 Nrn. 1 bis 4 i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V bei Terminvermittlung oder Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen durch die Terminservicestelle (GOP 01322, 01323, 01710, 03010 bis 03015, 04010 bis 04015, 05228, 05910 bis 05912, 06228, 06910 bis 06912, 07228, 07910 bis 07912, 08228, 08910 bis 08912, 09228, 09910 bis 09912, 10228, 10910 bis 10912, 11228, 11910 bis 11912, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 13910 bis 13912, 13920 bis 13922, 13930 bis 13932, 13940 bis 13942, 13950 bis 13952, 13960 bis 13962, 13970 bis 13972, 13980 bis 13982, 13990 bis 13992, 14218, 14910, 14911, 15228, 15910 bis 15912, 16228, 16910 bis 16912, 17228, 18228, 18910 bis 18912, 20228, 20910 bis 20912, 21236, 21237, 21910 bis 21912, 21920 bis 21922, 22228, 22910 bis 22912, 23228, 23229, 23910 bis 23912, 24228, 24910 bis 24912, 25228 bis 25230, 26228, 26910 bis 26912, 27228, 27910 bis 27912, 30705)
HAZUSCHL	Zuschläge auf Versichertenpauschalen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 5 i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (GOP 03008 und 04008)
HIVLABOR	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850)
OCT	Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339)
BIOMARKER	Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19501**, 19502**, 19503 bis 19506)
LIPOSUKT	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III (GOP 40165)

Code	Bezeichnung*)
COVID19	Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 02402**, 12221**, 32811** und 40101**)
PNEUMOSPEZ	Pneumologische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 04538, 13678, 40167)
ENDOSKOPIE	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder 26311T, jeweils einschließlich Suffixen, abgerechnet werden (GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M)
VAKUUM	Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903)
TELEKONS2	Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672)
TTF	Einsatz von Tumortherapiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM)
EPA	Erstbefüllung und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOP 01431, 01647, 01648 und 88270**)
DIGA	Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (GOP 01470**, 01471 bis 01478, 30780, 30781, 86700 und 86701**)
INFUSSPEZ	Infusionstherapeutische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 02102, 30320 bis 30323 und 30326)
KRYO	Leistungen der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (Abschnitte 8.6 und 40.12 EBM sowie GOP 01510K, 01511K, 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K und 33090K)
LDRBRACHY	Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (GOP 25335 und 25336)
UKPRSCH	Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe (GOP 30900U, 30901U, 30902 und 30905)

Code	Bezeichnung*)
PSYGRUPP	Förderung der Gruppenpsychotherapie (GOP 35163D**/K**/N**/R** bis 35168D**/K**/N**/R**, 35163M/O/P/Q bis 35169M/O/P/Q, 35173 bis 35179)
PAEDPSYCH	Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V (Abschnitt 14.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 14216 bis 14218, 14910 und 14911) sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314)
TELEMON	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910)
TPGBERAT	Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG (GOP 01480)
KSVPSYCH	Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen (Abschnitt 37.5 EBM) sowie psychotherapeutische Gespräche, die häufiger als 15 Mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 EBM abgerechnet werden (GOP 22220M/Y und 23220M/Y)
AKI	Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Abschnitt 37.7 EBM sowie GOP 09315A und 13662A/K)
KARDIO1	Leistungen der invasiven Kardiologie (GOP 01521, 01522, 34291 und 34292)
KARDIO2	Leistungen der externen elektrischen Kardioversion (GOP 04421, 05310E, 05341E, 13552, 33022E und 33023E)
LABORAUFTR	Laborgrundpauschalen für bestimmte Auftragsleistungen (GOP 01700 und 01701)
KJNVA	Zuschlag für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das 4. Quartal 2022 und das 1. Quartal 2023 (GOP 01110)
KHB	Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen (GOP 01615)
PETCTSPEZ	Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT), die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 34720, 34721 und 40585)
BEOBACHT	Leistungen der Nachbeobachtung oder Überwachung (GOP 01500 bis 01503)
SONOSPEZ	Sonographische Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 33105)

Code	Bezeichnung*)
KJKOOP	Leistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz (GOP 01681 und 01682)
ZM10	Zweitmeinungsverfahren einschließlich Einleitung - Eingriff: Hüftgelenkersatz (GOP 01645J)
IREGG	Meldung implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes (GOP 01965 und 40162)
AOP	Definierte ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen bei Erbringung innerhalb bzw. außerhalb des AOP-Vertrags (GOP 02344, 33040C, 33042C/D, 33043C/D/E, 33050C, 33091C, 33092C, 34290, 34430C, 34441C und 34442C)
HYBRIDDRG	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung nach § 115f SGB V (GOP 05311)
RSV	Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial-Viren (GOP 01941 bis 01943)
ZM11	Zweitmeinungsverfahren einschließlich Einleitung - Eingriff: Aortenaneurismen (GOP 01645K)

*) Insoweit zu den einzelnen aufgeführten Gebührenordnungspositionen keine konkreten Suffixe genannt sind, können diese beliebige Suffixe aufweisen.
**) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen; Nachtragsfälle sind möglich.

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 Veränderungsraten 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 Veränderungsraten 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 Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 und 5 SGB V für das Jahr 2027. Auf der Grundlage dieser Festlegungen erfolgt die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten 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 Veränderungsraten 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 Veränderungsraten für das Jahr 2027 als Grundlage des Beschlusses zu den Empfehlungen der Veränderungsraten 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 Veränderungsraten 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 Veränderungsraten 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.