

**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2016 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses in der Sitzung der Arbeitsgruppe Grouper-Anpassung am 3. März 2017

Institut des  
Bewertungsausschusses



## **Autorenliste**

Herr Dr. Ingolf Berger  
Herr Dr. Andreas Hinz  
Frau Kerstin Leipnitz  
Herr Karsten Looschen

Das Institut dankt den Teilnehmern der Arbeitsgruppe Grouper-Anpassung für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen, den Mitgliedern der Arbeitsgruppe IT für die Ausarbeitung der Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011 – 2013 für die Gesamtvertragspartner sowie den Mitarbeitern der Datenstelle des Bewertungsausschusses für die Unterstützung bei den empirischen Vorarbeiten.

### **Adresse und Kontakt**

Institut des Bewertungsausschusses  
Wilhelmstraße 138  
10963 Berlin  
[info@institut-ba.de](mailto:info@institut-ba.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
<b>Teil A: Einführung und Grundlagen .....</b>	<b>7</b>
<b>Teil B: Demografische Veränderungsraten .....</b>	<b>20</b>
<b>Teil C: Diagnosebezogene Veränderungsraten .....</b>	<b>36</b>
<b>Teil D: Weiterentwicklungen .....</b>	<b>73</b>
<b>Anhang 1 Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>113</b>
<b>Anhang 2 Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 für die Gesamtvertragspartner .....</b>	<b>117</b>

## Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss beschließt jährlich Empfehlungen zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Die Empfehlungen des Bewertungsausschusses vom 12. August 2015 zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2016 umfassen insbesondere die demografischen Veränderungsrate je KV-Bezirk, welche in Tabelle 1 aufgeführt sind und die diagnosebezogenen Veränderungsrate je KV-Bezirk, welche in Tabelle 2 aufgeführt sind.

KV-Bezirk	Demografische Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,3271%
Hamburg	0,0078%
Bremen	0,0521%
Niedersachsen	0,3031%
Westfalen-Lippe	0,2623%
Nordrhein	0,1533%
Hessen	0,1653%
Rheinland-Pfalz	0,2940%
Baden-Württemberg	0,2360%
Bayern	0,1922%
Berlin	-0,0112%
Saarland	0,3695%
Mecklenburg-Vorpommern	0,5715%
Brandenburg	0,4503%
Sachsen-Anhalt	0,4360%
Thüringen	0,4614%
Sachsen	0,2412%

Tabelle 1: Demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2016

---

KV-Bezirk	Diagnosebezogene Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	2,9042%
Hamburg	2,1607%
Bremen	2,3050%
Niedersachsen	2,3961%
Westfalen-Lippe	2,3555%
Nordrhein	2,6217%
Hessen	1,4898%
Rheinland-Pfalz	2,8728%
Baden-Württemberg	1,9220%
Bayern	1,6031%
Berlin	1,9057%
Saarland	2,3763%
Mecklenburg-Vorpommern	2,8991%
Brandenburg	2,8701%
Sachsen-Anhalt	2,9530%
Thüringen	3,2049%
Sachsen	2,3335%

---

*Tabelle 2: Diagnosebezogene Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2016*

Die Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2016 erfolgte weitgehend analog zu den Berechnungen der Veränderungsrate für das Jahr 2015.

## **Teil A: Einführung und Grundlagen**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Rechtliche Bezugspunkte.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Datengrundlagen.....</b>	<b>12</b>
3.1	Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2011 bis 2013 .....	12
3.1.1	Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe .....	13
3.1.2	Inhalt des Datenkörpers .....	13
3.1.3	Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse .....	14
3.1.4	Erweiterung um abgeleitete Merkmale .....	15
3.2	KM6-Daten .....	18
3.3	SV-Daten.....	18
3.4	ANZVER-Daten .....	19



## 1 Einführung

Der Bewertungsausschuss beschließt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 87a SGB V in einem jährlichen Turnus und separat für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bezirk) eine demografische und eine diagnosebezogene Veränderungsrate als Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk. Die Veränderungsrate werden den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses mitgeteilt<sup>1</sup>.

Berechnet werden die einzelnen KV-spezifischen Veränderungsrate vom Institut des Bewertungsausschusses auf der Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses oder ggf. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu dem „geltenden Klassifikationsmodell“ gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Zur Dokumentation dieser Berechnungen hat der Bewertungsausschuss in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 das Institut des Bewertungsausschusses mit einer jährlichen Berichterstattung zum 31. August des betreffenden Jahres beauftragt. Diese Berichte sollen

1. die Dokumentation der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und
2. die Dokumentation der Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

beinhalten.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems werden die gegenüber dem jeweils zuletzt berichteten Stand vorgenommenen Änderungen

- der Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien in der unkomprimierten Version,
- der daraus abgeleiteten Risikokategorien der komprimierten Version,
- am Komprimierungsalgorithmus und
- am Hierarchisierungsverfahren

dokumentiert.

---

<sup>1</sup> Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet dazu für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate (eine diagnosebezogene Veränderungsrate und eine demografische Veränderungsrate). Die Empfehlungen der KV-spezifischen Veränderungsrate für das Jahr 2016 wurden durch den Bewertungsausschuss in seiner 359. Sitzung am 12. August 2015 beschlossen.

Ferner soll die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit dem beschlossenen Klassifikationsmodell dargestellt werden.

Mit dem vorliegenden Bericht kommt das Institut des Bewertungsausschusses seiner Dokumentationspflicht gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 nach.

Der Bericht ist in folgende vier Hauptteile aufgeteilt:

- Teil A: Einführung / Grundlagen,
- Teil B: Demografische Veränderungsdaten,
- Teil C: Diagnosebezogene Veränderungsdaten und
- Teil D: Weiterentwicklungen.

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die ausschließliche Verwendung der männlichen Form dabei ist als geschlechtsunabhängig zu verstehen.

## **2 Rechtliche Bezugspunkte**

Der Auftrag zur regelmäßigen Berichterstattung wurde dem Institut des Bewertungsausschusses mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 erteilt.

Für die Berichterstattung bzw. für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und zur Berechnung der Veränderungsdaten müssen weitere rechtliche Grundlagen beachtet werden. An dieser Stelle sollen die wichtigsten rechtlichen Grundlagen, welche für die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 Anwendung fanden, mit ihren entsprechenden Regelungen überblicksartig aufgeführt werden:

### **§ 87a SGB V**

In § 87a SGB V finden sich wesentliche Regelungen hinsichtlich der Regionalen Euro-Gebührenordnung, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und des zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs der gesetzlich Versicherten. Unter anderem ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur beschließt.

Die Berechnung entsprechender Veränderungsdaten erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses. Hierbei werden zwei einheitliche kassenübergreifende Veränderungsdaten für jeden KV-Bezirk errechnet, wobei eine Rate insbe-

sondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs.1 Satz 2 SGB V und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert.

Ferner legt § 87a SGB V fest, dass zur Berechnung der diagnosebezogenen Rate das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden ist. Dieses Modell kann durch den Bewertungsausschuss überprüft und fortentwickelt werden.

***Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009***

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 beschlossen, dass die durch den Bewertungsausschuss zu beschließende bundesweite Veränderungsrate aus

- einer diagnosebezogenen Komponente und
- einer demografischen Komponente

zu bestehen hat. Ferner wurde in dieser Sitzung beschlossen, dass

- in Zukunft notwendige medizinische und ökonomische Anpassungen vorgenommen werden. Dabei wurde festgelegt, dass das zunächst ausgewählte Modell kein Präjudiz für Entscheidungen in künftigen Jahren ist.

***Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung***

Der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells ist das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 beschlossene und durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012 sowie des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 und in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 geänderte Klassifikationsmodell. Ferner hat der Bewertungsausschuss in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013 und zusätzlich in seiner 313. Sitzung am 19. August 2013 Festlegungen für das zu verwendende Klassifikationsmodell zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2014 getroffen. Die Festlegungen für das zu verwendende Klassifikationsmodell zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2015 hat der Bewertungsausschuss in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) getroffen.

Die in diesem Bericht präsentierten Veränderungsrate wurden mit dem Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2016 ermittelt. Die Festlegungen für dieses zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2016 hat der Bewertungsausschuss in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 beschlossen. Hierbei wurde ein Großteil der Festlegungen zur Berechnung

der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 aus den Festlegungen zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 übernommen, welche durch den Bewertungsausschuss in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen wurden.

### **3 Datengrundlagen**

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 wurden die Festlegungen zur Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten aus Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verwendet. Insbesondere umfasst die Datengrundlage die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, kurz GSP).

Im Folgenden werden dementsprechend die Geburtstagsstichprobe der für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 relevanten Berichtsjahre 2011 bis 2013 in ihrer verwendeten Form (d.h. inklusive vorgenommener Ausschlüsse und abgeleiteter Merkmale), die amtliche KM6-Statistik, selektivvertragliche Teilnahmedaten (SV-Daten) und die ANZVER-Daten (Daten der Satzarten ANZVER87c4 und ANZVER87a) vorgestellt.

Weitere Abgrenzungen der Datengrundlage zur Berechnung der Relativgewichte und zur Berechnung der Veränderungsdaten werden in den Teilen B und C beschrieben.

#### **3.1 Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2011 bis 2013**

Für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 wird die Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2011 bis 2013<sup>2</sup> verwendet. Dieser Datenkörper, einschließlich aller Korrekturlieferungen bis 5. Juni 2015, wurde mit dem Stand der Qualitätssicherung vom 15. Juni 2015 verwendet.

---

<sup>2</sup> Im Rahmen der Zusammenführung der kassenseitigen und arztseitigen Datenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe (Matching) wurde zusätzlich auch auf Daten der Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2009 bis 2012 zurückgegriffen (vgl. dazu Abschnitt 6.4 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichtes).

### 3.1.1 Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe

Gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bundesweite Versichertenstichproben für die Berichtsjahre 2011 bis 2013 vor. Die Auswahl der Versicherten in der Stichprobe erfolgt anhand ihres Geburtskalendertages (daher die Bezeichnung „Geburtstagsstichprobe“), d.h. es werden jeweils die Versicherten für die Stichprobe ausgewählt, die an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Für das Jahr 2011 sind die festgelegten Kalendertage der 3., 4., 10., 11., 17., 18. und 24., für das Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 zusätzlich der 25. Kalendertag und für das Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 zusätzlich der 5. Kalendertag. Für das Jahr 2013 fallen gegenüber dem Jahr 2012 außerdem der 3. und 10. Kalendertag weg.

Beschluss	Zu liefernde Berichtsjahre der GSP	Ausgewählte Geburtskalendertage <sup>3</sup>
273. BA	2011	3, 4, 10, 11, 17, 18, 24
307. BA	2012	3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25
307. BA	2013	4, 5, 11, 17, 18, 24, 25

Tabelle 1: Überblick über die Beschlüsse, welche die Festlegungen zur Lieferung der Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beinhalten

### 3.1.2 Inhalt des Datenkörpers

Im Rahmen der Datenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe werden für alle gesetzlich Versicherten mit den für das jeweilige Berichtsjahr ausgewählten Geburtskalendertagen pseudonymisierte Versichertenstammdaten und Kostenträgerstammdaten durch die Kassenseite sowie vertragsärztliche Abrechnungsdaten durch die Ärzteseite an die Datenstelle des Instituts des Bewertungsausschusses übermittelt. Die Erhebung ist damit, bezogen auf die ausgewählten Geburtskalendertage, versichertenvollständig konzipiert.

Die Versichertenstammdaten werden durch das sogenannte „Matching-Verfahren“ mit den ärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführt und eindeutig dem Pseudonym der lebenslangen Versichertennummer (der sogenannten „Personen-ID“) zugeordnet. Durch dieses Verfahren entsteht für jeden Versicher-

<sup>3</sup> Die auszuwählenden Geburtskalendertage hat der Bewertungsausschuss für alle genannten Lieferjahre im Beschluss in seiner 273. Sitzung festgelegt.

ten<sup>4</sup> der Geburtstagsstichprobe ein Datensatz, der Angaben sowohl über z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort und Zahl der Versichertentage als auch über die kodierten Diagnosen und die abgerechneten Leistungen enthält.

Eine ausführliche Beschreibung der Geburtstagsstichprobe einschließlich des oben erwähnten Matching-Verfahrens findet sich in Abschnitt 6 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichtes.

### 3.1.3 Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse

Ebenfalls im Anhang des vorliegenden Berichts ist die Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe ausführlich dargestellt (siehe Abschnitt 2.3 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“). Insbesondere werden dort die Gründe aufgeführt, die dazu führen, dass ein Versicherter mit einer Kennzeichnung markiert wird, die im Rahmen der Qualitätssicherung festgestellte Auffälligkeiten anzeigt und zum Ausschluss aus der Datengrundlage führt (Ausschlusskennzeichnung). Darüber hinaus wurde im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe die Selektivvertragskennzeichnung einschließlich der Vertragsartkennzeichnung gesetzt (vgl. hierzu Abschnitt 6.6 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“).

Genauer wurden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2016 folgende Festlegungen getroffen:

- Versicherte, die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 15. Juni 2015 mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind, werden ausgeschlossen. Ebenso werden alle Abrechnungsdaten (Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben) dieser Versicherten ausgeschlossen. Alle anderen Versicherten und deren Abrechnungsdaten werden zur Berechnung der Veränderungsrate herangezogen.
- Es werden alle Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben aus der Datengrundlage ausgeschlossen, die einen Leistungsbedarf von Null aufweisen.

Der zusätzliche Ausschluss von Versicherten, bei denen in mindestens einem der Berichtsjahre eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt (soge-

---

<sup>4</sup> Genauer müsste es heißen „für jedes Versichertenpseudonym [entsteht] ein Datensatz“, da im Einzelfall auch mehrere Pseudonyme für einen Versicherten in den Daten vorhanden sein können. Vereinfachend wird in diesem Bericht immer der Begriff „Versicherter“ verwendet.

nannte „Betreute“), analog zum Vorgehen bei der Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015, erfolgte nicht.

Der Ausschluss von Betreuten bei der Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 erfolgte vor dem Hintergrund der Feststellung, dass insbesondere im Jahr 2011 die Versichertenstammdaten von Betreuten nicht vollständig an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden. Um die Möglichkeit eines Einflusses auf die Veränderungsdaten durch eine atypische Morbiditätsstruktur der Betreuten auszuschließen, wurden vorsorglich für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 Betreute ausgeschlossen.

In Tabelle 2 sind die Anzahl der Versicherten ohne Ausschlusskennzeichnung in der Geburtstagsstichprobe, die Anzahl der Betreuten unter diesen sowie der sich daraus ergebende Anteil für die Berichtsjahre 2011 bis 2013 angegeben. Hierdurch wird die Feststellung des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 bezüglich der Vollständigkeit der Daten gestützt.

Berichtsjahr	Anzahl Versicherte ohne Ausschlusskennzeichnung	Anzahl Betreute	Anteil Betreute in Prozent
2011	16.176.100	5.105	0,03%
2012	18.793.832	32.256	0,17%
2013	16.407.336	27.694	0,17%

*Tabelle 2: Anzahl aller Versicherten ohne Ausschlusskennzeichnung in der Geburtstagsstichprobe und darunter Anzahl Betreute nach Berichtsjahr*

### 3.1.4 Erweiterung um abgeleitete Merkmale

Gemäß Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird die Geburtstagsstichprobe um folgende abgeleitete Merkmale erweitert:

- KV-Zuordnung
- Anzahl Versichertentage
- Anzahl Versicherten quartale
- Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit
- MGV-Leistungsbedarf
- Kennzeichen längsschnittliche Selektivvertragsteilnahme

Die nachfolgenden Erläuterungen dazu entsprechen den Ausführungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Be-

schlussfassung). Wortwörtlich aus diesem Beschluss übernommene Textpassagen sind kursiv gesetzt.

#### KV-Zuordnung

*Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen:*

*Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:*

- *Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d.h. einen Wert, der in der von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt.*
- *Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. Juli 2014) ihren Sitz hat.*

*Bei der 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 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*



*zahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.*

#### Anzahl Versichertentage

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

#### Anzahl Versichertenquartale

Die Anzahl der Versichertenquartale (AVQ) weist jahresweise aus, wie viele Quartale ein Versicherter bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert war. Ein Quartal wird hierbei gezählt, sobald ein Versicherter in diesem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

#### Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit

Ein gesetzlich Versicherter wird für ein Jahr als versichertenzeitvollständig gekennzeichnet, wenn er in jedem Quartal dieses Jahres mindestens 45 Tage versichert war. Von dieser Bedingung ausgenommen sind das Quartal des Todes eines Versicherten und ggf. die Folgequartale im Kalenderjahr des Todes.

#### MGV-Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf, der für die Bestimmung der sogenannten „Relativgewichte“ (siehe die Abschnitte 1.1 in Teil B und 1.2 in Teil C) verwendet wird, ist die für einen Versicherten im Verlauf eines Jahres abgerechnete Leistungsmenge. Er beruht auf der Abrechnung vertragsärztlicher Gebührenordnungspositionen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, ohne Berücksichtigung von Honorarverteilungsmaßstäben. Er ist eingegrenzt auf Leistungen, die der Bewertungsausschuss für seine Empfehlungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu rechnet.

Die bundeseinheitliche Abgrenzung zwischen den Leistungen der MGV, die bei der Bestimmung von Relativgewichten herangezogen wird, und den Leistungen der sogenannten „extrabudgetären Gesamtvergütung“ (EGV) ist durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geregelt (siehe dort Anlage 1). Technisch erfolgt die Ermittlung dieser Leistungen wie folgt:

1. Jede abgerechnete Gebührenordnungsposition wird einem zugehörigen Leistungssegment zugeordnet.
2. Anschließend wird jedes Leistungssegment der MGV oder der EGV zugewiesen.

3. Für die Berechnung der Relativgewichte werden die Leistungssegmente (bzw. die den Leistungssegmenten zugeordneten Leistungen) verwendet, welche nicht der EGV zugeordnet worden sind.

#### Kennzeichen längsschnittliche Selektivvertragsteilnahme

In Nr. 2.2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird ein längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert als SV-Teilnehmer, der zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2011 oder 2012 als SV-Teilnehmer identifiziert wurde. Für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2016 sind dementsprechend als längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer diejenigen Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2012 oder 2013 als SV-Teilnehmer identifiziert wurden. Die Identifikation der SV-Teilnehmer erfolgt im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe (vgl. hierzu Abschnitt 6.6 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“).

### **3.2 KM6-Daten**

Die KM6-Statistik ist eine amtliche Stichtagsstatistik, welche, jeweils für den 1. Juli eines Jahres, für 17 Altersgruppen getrennt nach Geschlecht die Zahl der gesetzlich Versicherten aufführt. Sie steht dem Institut auf Ebene der Einzelkasse je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland werden derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand hier: 1. Juli 2015) verwendet. Die Übermittlung dieser Datengrundlage erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Die KM6-Statistik wird gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Berechnung der sogenannten „demografischen Hochrechnungsfaktoren“ (DHF) verwendet, welche der Hochrechnung der Geburtstagsstichprobe auf die Grundgesamtheit aller gesetzlich Versicherten dienen.

### **3.3 SV-Daten**

Gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung am 20. Mai 2009, in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie gemäß des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40.

Sitzung am 25. Juni 2014 werden selektivvertragliche Teilnahmedaten (SV-Daten) für Verträge, die gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V geschlossen wurden, an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

Die SV-Daten werden im Institut des Bewertungsausschusses einer Qualitätssicherung unterzogen. Für die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 wurden die SV-Daten mit dem Stand der Qualitätssicherung zum 15. Juni 2015 verwendet.

Ein Teil der SV-Daten liegt als Vollerhebung vor (z.B. Vertragsstammdaten). Daten zu teilnehmenden Versicherten liegen dagegen nur als Versichertenstichprobe vor, wobei für die Auswahl der Versicherten in der Stichprobe für jedes Berichtsjahr dieselbe Menge von Geburtskalendertagen verwendet wird wie für die Geburtstagsstichprobe.

### **3.4 ANZVER-Daten**

Mit den ANZVER-Daten (bestehend aus den Satzarten ANZVER87c4 und ANZVER87a) liegt dem Institut des Bewertungsausschusses eine weitere Datengrundlage mit Angaben zu Anzahlen von Versicherten vor. In den ANZVER87c4-Daten (geliefert bis einschließlich dem ersten Quartal 2012) wurden für jede Krankenkasse und Wohnort-KV je Quartal die arithmetischen Mittel der monatlichen Anzahlen von Versicherten, Betreuten und Wohnausländern gemeldet. In den ANZVER87a-Daten (geliefert beginnend mit dem zweiten Quartal 2012) wurden für jede Krankenkasse und Wohnort-KV die monatlichen Anzahlen von Versicherten, Betreuten und Wohnausländern gemeldet.

Die Datenlieferungen in der Satzart ANZVER87c4 an das Institut des Bewertungsausschusses für den Berichtszeitraum vom ersten Quartal 2007 bis einschließlich dem ersten Quartal 2012 erfolgte entsprechend den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 169. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009. Die Datenlieferungen in der Satzart ANZVER87a ab dem zweiten Quartal 2012 erfolgen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 und in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

## **Teil B: Demografische Veränderungsdaten**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....</b>	<b>22</b>
1.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....	22
1.1.1	Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	22
1.1.2	Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten MGV-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge .....	22
1.1.3	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....	23
1.2	Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....	24
1.2.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	24
1.2.2	Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....	25
<b>2</b>	<b>Ergebnisse: demografische Veränderungsraten .....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten .....</b>	<b>27</b>
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....	27
3.1.1	Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	27
3.1.2	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	28
3.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten.....	30
3.2.1	Entwicklung der Altersstruktur von 2012 auf 2013 .....	30
3.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen demografischen Veränderungsrate .....	34

## **1 Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten**

Die Berechnung der demografischen Veränderungsdaten erfolgt in mehreren Schritten, die in den folgenden Abschnitten näher dargestellt werden sollen.

### **1.1 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten**

#### **1.1.1 Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten**

In einem ersten Schritt wird die sogenannte „Kalibrierungsmenge“ gebildet. Dazu werden gemäß Nr. 2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) aus der in Teil A, Abschnitt 3.1 dieses Berichts beschriebenen Datengrundlage diejenigen Versicherten ausgewählt, die sowohl im Jahr 2011 als auch im Jahr 2013 als versichertenzeitvollständig<sup>1</sup> gekennzeichnet sind (als Konsequenz werden nur Versicherte mit den Geburtskalendertagen 4, 11, 17, 18 und 24 berücksichtigt). Darüber hinaus werden aus der Kalibrierungsmenge diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in einem der Jahre 2011 bis 2013 als SV-Teilnehmer<sup>2</sup> identifiziert wurden.

#### **1.1.2 Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten MGV-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge**

Für die Versicherten in der Kalibrierungsmenge werden für die weitere Berechnung nur das Alter und das Geschlecht im Jahr 2011 sowie deren MGV-Leistungsbedarf und deren Anzahl an Versichertenquartalen im Jahr 2013 herangezogen. Das Alter und das Geschlecht im Jahr 2011 werden verwendet, um die Versicherten in der Kalibrierungsmenge den Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik zuzuordnen. Der MGV-Leistungsbedarf wird für jeden Versicherten mit der Anzahl von Versichertenquartalen im Jahr 2013 annualisiert und im folgenden als annualisierter Leistungsbedarf des Versicherten bezeichnet. Dieser wird gemäß der Formel (1) berechnet.

$$LB_{i,2013}^a = \frac{4 \cdot LB_{i,2013}}{AVQ_{i,2013}} \quad (1)$$

<sup>1</sup>Zur Definition von „versichertenzeitvollständig“ siehe Teil A

<sup>2</sup>Zur Definition eines „Selektivvertragsteilnehmers“ siehe Teil A

mit

$LB_{i,2013}$  Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013

$AVQ_{i,2013}$  Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten im Jahr 2013

Für die weitere Berechnung wird zuerst der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2013 ( $\overline{LB_{2013}^a}$ ) anhand der Formel (2) ermittelt.

$$\overline{LB_{2013}^a} = \frac{\sum_{i=1}^n \left( \frac{1}{4} \cdot LB_{i,2013}^a \cdot AVQ_{i,2013} \right)}{\sum_{i=1}^n \frac{1}{4} \cdot AVQ_{i,2013}} \quad (2)$$

mit

$LB_{i,2013}^a$  annualisierter Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013

$AVQ_{i,2013}$  Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten im Jahr 2013

$n$  Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Kalibrierungsmenge beträgt 10.097 Punkte.

### 1.1.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Die Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten werden mit einem zweijährig-prospektiven Regressionsmodell berechnet. Als abhängige Variable ( $y_{i,2013}$ ) geht der relative Leistungsbedarf eines Versicherten in die multiple lineare Regression ein. Der relative Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr 2013 wird anhand der Formel (3) als Quotient aus dem annualisierten Leistungsbedarf und dem gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten im Jahr 2013 berechnet.

$$y_{i,2013} = \frac{LB_{i,2013}^a}{\overline{LB_{2013}^a}} \quad (3)$$

mit

$LB_{i,2013}^a$  annualisierter Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013

$\overline{LB_{2013}^a}$  gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2013

Die Regressionsgleichung ist in Formel (4) dargestellt. Die unabhängigen Variablen dieser Regression ( $x_{i,j,2011}$ ) sind sogenannte „Dummy-Variablen“, die die Zuordnung eines Versicherten zu genau einer Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß der Gliederung der KM6-Statistik im Jahr 2011 repräsentieren und nur die Werte 0 und 1 annehmen können. Dabei bedeutet der Wert 1, dass der Versicherte der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe zugeordnet wurde, und der Wert 0, dass der Versicherte nicht der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe zugeordnet wurde.

$$y_{i,2013} = \sum_{j=1}^{34} \beta_j \cdot x_{i,j,2011} + \epsilon_i \quad (4)$$

mit

- $y_{i,2013}$  relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013
- $\beta_j$  Modellparameter der j-ten Alters- und Geschlechtsgruppe
- $x_{i,j,2011}$  Ausprägung der Variablen der j-ten Alters- und Geschlechtsgruppe für den i-ten Versicherten im Jahr 2011
- $\epsilon_i$  Fehlerterm der Regression

Es erfolgt eine Gewichtung der Versicherten in der Regression mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2013. Die für die Modellparameter ( $\beta_j$ ) berechneten Schätzwerte ( $\hat{\beta}_j$ ) werden als (demografische) Relativgewichte bezeichnet.

## 1.2 Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

### 1.2.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten je KV-Bezirk wird in Nr. 2.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) definiert, der ursprünglich die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 regelt. Die folgende kursiv gesetzte Textpassage ist wortwörtlich aus diesem Beschluss entnommen, wobei die Jahreszahlen entsprechend angepasst wurden.

*Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten werden die Jahre [2012] und [2013] herangezogen. Versicherte mit Wohnort im Ausland 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. Juli 2014) verwendet.

### 1.2.2 Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Die Berechnung der Relativgewichte erfolgte auf der in Abschnitt 1.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge. Für die Berechnung der demografischen Veränderungsdaten werden diese Relativgewichte auf die Daten der KM6-Statistik für die Jahre 2012 und 2013 für jeden KV-Bezirk separat angewendet.

Genauer wird je KV-Bezirk ein Demografie-Index (DI) bezogen auf das Jahr 2012 und ein Demografie-Index bezogen das Jahr 2013 berechnet. In der Formel (5) wird die Berechnung dieses Demografie-Indexes formal dargestellt. Dazu wird die Anzahl der Versicherten je Alters- und Geschlechtsgruppe mit Wohnort in einem KV-Bezirk ( $n_{j,k,t}$ ) mit dem Relativgewicht der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ( $\hat{\beta}_j$ ) multipliziert und die Werte über alle Alters- und Geschlechtsgruppen summiert. Diese Summe wird dann durch die Versichertenzahl mit Wohnort in der Kassenärztlichen Vereinigung dividiert.

$$DI_{k,t} = \frac{\sum_{j=1}^{34} (\hat{\beta}_j \cdot n_{j,k,t})}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}} \quad (5)$$

mit

- $DI_{k,t}$  Demografie-Index für den KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr t
- $\hat{\beta}_j$  Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe j, mit  $j = 1, \dots, 34$
- $n_{j,k,t}$  Anzahl Versicherte in der Alters- und Geschlechtsgruppe j, im KV-Bezirk k, im Jahr t
- $k$  KV-Bezirk, mit  $k = 1, \dots, 17$
- $t$  Jahr, mit  $t = 2012, 2013$

Um die demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk zu berechnen, wird der Demografie-Index des Jahres 2013 ( $DI_{k,2013}$ ) durch den Demografie-Index des Jahres 2012 ( $DI_{k,2012}$ ) geteilt und davon der Wert eins abgezogen. Die Formel zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten ist in Formel (6) dargestellt.

$$VR_k = \frac{DI_{k,2013}}{DI_{k,2012}} - 1 \quad (6)$$

mit

- $VR_k$  demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk  $k$   
 $DI_{k,2012}$  Demografie-Index für den KV-Bezirk  $k$  bezogen auf das Jahr 2012  
 $DI_{k,2013}$  Demografie-Index für den KV-Bezirk  $k$  bezogen auf das Jahr 2013  
 $k$  KV-Bezirk, mit  $k = 1, \dots, 17$

## 2 Ergebnisse: demografische Veränderungsdaten

Unter Verwendung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ergeben sich die in Tabelle 1 dargestellten KV-spezifischen demografischen Veränderungsdaten.

KV-Bezirk	Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,3271%
Hamburg	0,0078%
Bremen	0,0521%
Niedersachsen	0,3031%
Westfalen-Lippe	0,2623%
Nordrhein	0,1533%
Hessen	0,1653%
Rheinland-Pfalz	0,2940%
Baden-Württemberg	0,2360%
Bayern	0,1922%
Berlin	-0,0112%
Saarland	0,3695%
Mecklenburg-Vorpommern	0,5715%
Brandenburg	0,4503%
Sachsen-Anhalt	0,4360%
Thüringen	0,4614%
Sachsen	0,2412%

Tabelle 1: Demografische Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2016

### 3 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten

#### 3.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

##### 3.1.1 Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

In Tabelle 2 werden die Relativgewichte berichtet, welche zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten verwendet wurden.

Altersgruppe gemäß KM6-Statistik	Relativgewicht Frauen	Relativgewicht Männer
bis unter 15 Jahre	59,92%	62,75%
15 bis unter 20 Jahre	81,54%	47,01%
20 bis unter 25 Jahre	81,23%	44,20%
25 bis unter 30 Jahre	86,46%	46,68%
30 bis unter 35 Jahre	91,33%	52,64%
35 bis unter 40 Jahre	94,06%	59,01%
40 bis unter 45 Jahre	97,26%	65,13%
45 bis unter 50 Jahre	105,12%	73,48%
50 bis unter 55 Jahre	114,91%	86,90%
55 bis unter 60 Jahre	127,01%	107,27%
60 bis unter 65 Jahre	136,59%	122,93%
65 bis unter 70 Jahre	151,49%	141,11%
70 bis unter 75 Jahre	166,15%	160,48%
75 bis unter 80 Jahre	173,10%	175,91%
80 bis unter 85 Jahre	170,45%	179,64%
85 bis unter 90 Jahre	174,28%	180,70%
90 und mehr Jahre	185,34%	189,75%

Tabelle 2: Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2016

### 3.1.2 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2016 im Vergleich zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2015 dargestellt.

Tabelle 3 enthält die Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge, welche zur Berechnung der Relativgewichte verwendet wurde, sowie die Anzahl der Alters- und Geschlechtsgruppen, welche als unabhängige Variablen im Regressionsmodell verwendet wurden.

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge	Zahl der Alters- und Geschlechtsgruppen
für das Jahr 2016	9.795.257	34
für das Jahr 2015	11.367.697	34

Tabelle 3: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2015 und 2016

Der gewichtete „mean absolute prediction error“ (der gewichtete MAPE) gibt an, wie groß die durchschnittliche Abweichung zwischen dem mit dem Regressionsmodell geschätzten Wert ( $\hat{y}_i$ ) und dem sich aus den Daten ergebenden Wert ( $y_i$ ) ist.

Die Berechnung des gewichteten MAPE wird in Formel (7) dargestellt. Er wird berechnet als Betrag der Differenz des tatsächlichen relativen Leistungsbedarfs je Versicherten im Jahr 2013 ( $y_i = y_{i,2013}$ ) zum mit dem Regressionsmodell geschätzten relativen Leistungsbedarf je Versicherten ( $\hat{y}_i$ ) multipliziert mit den Versichertenquartalen je Versicherten ( $AVQ_i$ ). Dieses wird über alle Versicherten  $i = 1, \dots, n$  der in Abschnitt 1.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge summiert und durch die Summe der Versichertenquartale ( $AVQ_i$ ) der Versicherten in der Kalibrierungsmenge dividiert.

$$MAPE = \frac{\sum_i AVQ_i |y_i - \hat{y}_i|}{\sum_i AVQ_i} \quad (7)$$

mit

- $y_i$  relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $\hat{y}_i$  geschätzter relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $AVQ_i$  Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013

Das „**adjustierte**  $R^2$ “ ist das Bestimmtheitsmaß, welches die Anzahl der Variablen im Modell berücksichtigt. Das Bestimmtheitsmaß ist definiert als der Anteil der durch die Regressionsfunktion erklärten Variation in der abhängigen Variable an der Gesamtvariation in der abhängigen Variable. Die Formel zur Berechnung ist in Formel (8) angegeben, wobei  $m = 34$  die Anzahl der Variablen im Modell darstellt und die Summation über die Versicherten in der Kalibrierungsmenge erfolgt ( $i = 1, \dots, n$ ).

$$R_{adj}^2 = 1 - \frac{\frac{1}{n-m-1} \sum_i AVQ_i (y_i - \hat{y}_i)^2}{\frac{1}{n-1} \sum_i AVQ_i (y_i - 1)^2} \quad (8)$$

mit

- $y_i$  relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $\hat{y}_i$  geschätzter relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $AVQ_i$  Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $n$  Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2013
- $m$  Anzahl der Variablen im Modell (=34)

Der gewichtete MAPE<sup>3</sup> und das adjustierte  $R^2$  sind für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für die Jahre 2015 und 2016 im Vergleich in Tabelle 4 aufgeführt.

<sup>3</sup>Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ermöglicht sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	Gewichteter MAPE	Adjustiertes $R^2$
für das Jahr 2016	63,93 %	13,52 %
für das Jahr 2015	65,08 %	13,76 %

Tabelle 4: Gewichteter MAPE und adjustiertes  $R^2$  für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2015 und 2016

## 3.2 Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten

### 3.2.1 Entwicklung der Altersstruktur von 2012 auf 2013

Einen bedeutenden Einfluss auf die demografischen Veränderungsraten hat die Veränderung der Altersstruktur der einzelnen Altersgruppen der KM6-Statistik. Aus diesem Grund wird nachfolgend die Veränderung der entsprechenden Altersstruktur der Versicherten dargestellt.

In Tabelle 5 sind die Anteile der Versicherten Zahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Männern) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung wie in Teil A beschrieben) des Jahres 2012 aufgeführt. Analog enthält Tabelle 6 die Anteile der Versicherten Zahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Männern) an der Gesamtzahl aller GKV-Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk des Jahres 2013<sup>4</sup>.

Die Änderungen der Anteile einer KM6-Gruppe des Jahres 2013 gegenüber den entsprechenden Anteilen des Jahres 2012 sind in Tabelle 7 in Prozentpunkten aufgeführt<sup>5</sup>.

<sup>4</sup>Zu beachten ist bei diesen beiden Tabellen, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland gemäß dem Sitz ihrer Krankenkasse einem KV-Bezirk zugeordnet werden.

<sup>5</sup>Zu beachten ist bei Tabelle 7, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für beide Jahre derselbe, aktuelle Kassensitz verwendet wird, um Wohnausländer regional zuzuordnen. Eine Verlegung des Kassensitzes hat somit allein keine Auswirkungen auf die in Tabelle 7 berichteten Veränderungen.

	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN
F bis unter 15 Jahre	6.45	6.22	6.04	6.50	6.47	6.19	6.41	6.14	6.53	6.36	6.19	5.49	5.60	5.54	5.18	5.46	5.65
F 15 bis unter 20 Jahre	2.75	2.18	2.35	2.82	2.84	2.61	2.60	2.72	2.80	2.70	1.92	2.58	1.56	1.64	1.53	1.57	1.51
F 20 bis unter 25 Jahre	2.93	3.14	3.20	2.98	3.09	3.03	2.98	3.08	3.18	3.13	3.05	2.97	2.57	2.38	2.48	2.52	2.49
F 25 bis unter 30 Jahre	2.75	4.21	3.48	2.80	2.92	3.10	3.14	2.91	3.10	3.19	4.21	2.83	3.02	2.74	2.85	2.95	3.09
F 30 bis unter 35 Jahre	2.87	4.38	3.26	2.84	2.89	3.18	3.30	2.89	3.14	3.33	4.15	2.76	2.87	2.80	2.65	2.83	2.97
F 35 bis unter 40 Jahre	2.88	3.66	2.96	2.83	2.85	2.98	3.12	2.78	3.00	3.11	3.35	2.58	2.34	2.49	2.24	2.39	2.47
F 40 bis unter 45 Jahre	3.93	3.88	3.54	3.80	3.72	3.76	3.83	3.67	3.77	3.86	3.57	3.49	3.08	3.33	3.21	3.15	3.09
F 45 bis unter 50 Jahre	4.79	4.32	4.16	4.54	4.47	4.52	4.49	4.58	4.47	4.51	4.22	4.55	4.28	4.48	4.12	3.98	3.83
F 50 bis unter 55 Jahre	4.17	3.70	3.93	4.13	4.16	4.12	4.09	4.42	4.16	4.16	3.81	4.62	4.70	4.64	4.37	4.27	3.95
F 55 bis unter 60 Jahre	3.42	3.02	3.48	3.45	3.53	3.51	3.47	3.78	3.47	3.44	3.23	4.01	4.39	4.13	4.20	4.13	3.88
F 60 bis unter 65 Jahre	3.23	2.87	3.23	3.16	3.08	3.22	3.27	3.36	3.11	3.16	3.21	3.59	3.72	3.60	3.86	3.84	3.80
F 65 bis unter 70 Jahre	2.90	2.63	2.85	2.59	2.43	2.76	2.62	2.45	2.49	2.58	2.79	2.48	2.63	2.82	3.10	3.03	3.16
F 70 bis unter 75 Jahre	3.61	3.11	3.44	3.33	3.18	3.40	3.18	3.26	3.21	3.21	3.51	3.50	4.14	4.28	4.37	4.24	4.33
F 75 bis unter 80 Jahre	2.76	2.47	2.81	2.70	2.70	2.82	2.56	2.76	2.59	2.54	2.66	3.09	3.39	3.32	3.45	3.28	3.42
F 80 bis unter 85 Jahre	1.81	1.69	1.97	1.92	2.00	1.95	1.83	2.00	1.86	1.85	1.62	2.18	2.26	2.19	2.44	2.33	2.50
F 85 bis unter 90 Jahre	1.32	1.25	1.41	1.36	1.37	1.31	1.31	1.40	1.28	1.28	1.11	1.49	1.31	1.31	1.53	1.52	1.68
F 90 und mehr Jahre	0.77	0.74	0.81	0.74	0.70	0.69	0.72	0.71	0.70	0.68	0.73	0.71	0.63	0.68	0.77	0.73	0.93
M bis unter 15 Jahre	6.77	6.56	6.38	6.87	6.81	6.51	6.77	6.47	6.88	6.70	6.52	5.78	5.85	5.82	5.49	5.72	5.94
M 15 bis unter 20 Jahre	2.91	2.29	2.47	2.97	2.98	2.74	2.73	2.88	2.97	2.86	2.00	2.68	1.67	1.75	1.62	1.65	1.58
M 20 bis unter 25 Jahre	2.98	2.80	3.03	3.08	3.19	3.03	2.97	3.14	3.27	3.17	2.78	3.01	2.65	2.56	2.62	2.60	2.57
M 25 bis unter 30 Jahre	2.62	3.58	3.32	2.82	2.97	2.95	3.00	2.89	3.12	3.12	3.73	2.91	3.14	2.94	3.09	3.21	3.22
M 30 bis unter 35 Jahre	2.57	3.94	3.27	2.72	2.81	2.93	3.03	2.74	2.98	3.09	3.86	2.70	2.94	2.82	2.90	3.05	3.10
M 35 bis unter 40 Jahre	2.52	3.36	2.91	2.64	2.69	2.70	2.77	2.49	2.70	2.79	3.12	2.41	2.36	2.34	2.36	2.47	2.51
M 40 bis unter 45 Jahre	3.47	3.57	3.43	3.50	3.49	3.40	3.42	3.26	3.32	3.41	3.31	3.14	2.92	3.04	3.19	3.14	3.01
M 45 bis unter 50 Jahre	4.26	4.03	4.06	4.23	4.23	4.12	4.09	4.10	4.02	4.06	3.91	4.11	3.95	4.11	3.94	3.78	3.59
M 50 bis unter 55 Jahre	3.67	3.36	3.59	3.83	3.88	3.72	3.69	3.94	3.70	3.72	3.54	4.24	4.42	4.38	4.13	4.07	3.68
M 55 bis unter 60 Jahre	2.95	2.65	3.00	3.12	3.24	3.07	3.05	3.36	3.03	2.99	2.88	3.65	4.14	3.96	3.91	3.92	3.55
M 60 bis unter 65 Jahre	2.74	2.41	2.73	2.82	2.73	2.68	2.80	2.96	2.63	2.64	2.64	3.27	3.44	3.32	3.49	3.54	3.40
M 65 bis unter 70 Jahre	2.38	2.20	2.39	2.19	2.08	2.23	2.24	2.06	2.08	2.13	2.29	2.09	2.28	2.43	2.69	2.65	2.67
M 70 bis unter 75 Jahre	2.92	2.45	2.74	2.76	2.56	2.74	2.62	2.65	2.57	2.54	2.75	2.74	3.35	3.55	3.59	3.49	3.52
M 75 bis unter 80 Jahre	2.06	1.73	1.95	2.01	1.97	2.11	1.95	2.10	1.96	1.83	1.85	2.23	2.44	2.54	2.48	2.40	2.56
M 80 bis unter 85 Jahre	1.10	0.93	1.07	1.18	1.22	1.23	1.17	1.27	1.19	1.13	0.95	1.34	1.35	1.37	1.38	1.35	1.50
M 85 bis unter 90 Jahre	0.52	0.46	0.53	0.57	0.55	0.53	0.57	0.58	0.55	0.53	0.40	0.61	0.46	0.51	0.57	0.58	0.64
M 90 und mehr Jahre	0.21	0.19	0.22	0.20	0.18	0.17	0.20	0.19	0.19	0.19	0.16	0.18	0.14	0.16	0.19	0.19	0.24

Tabelle 5: Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Altersgruppe (aufgeteilt nach Frauen (F) und Männern (M)) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk für das Jahr 2012

	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN
F bis unter 15 Jahre	6.33	6.17	6.00	6.39	6.36	6.12	6.35	6.03	6.42	6.26	6.23	5.39	5.65	5.60	5.24	5.54	5.73
F 15 bis unter 20 Jahre	2.73	2.17	2.34	2.80	2.81	2.57	2.58	2.69	2.77	2.66	1.92	2.50	1.65	1.72	1.59	1.64	1.57
F 20 bis unter 25 Jahre	2.89	3.05	3.10	2.93	3.07	3.00	2.94	3.04	3.14	3.09	2.86	2.92	2.21	2.03	2.17	2.17	2.19
F 25 bis unter 30 Jahre	2.80	4.26	3.53	2.86	2.98	3.19	3.19	2.97	3.17	3.25	4.31	2.90	3.06	2.78	2.89	2.97	3.14
F 30 bis unter 35 Jahre	2.88	4.44	3.31	2.86	2.92	3.21	3.31	2.92	3.17	3.35	4.27	2.78	2.92	2.84	2.71	2.89	3.03
F 35 bis unter 40 Jahre	2.89	3.73	2.96	2.83	2.85	3.02	3.16	2.79	3.01	3.15	3.46	2.60	2.47	2.62	2.33	2.46	2.59
F 40 bis unter 45 Jahre	3.62	3.69	3.33	3.54	3.48	3.51	3.60	3.43	3.53	3.62	3.38	3.22	2.85	3.10	2.98	2.98	2.91
F 45 bis unter 50 Jahre	4.79	4.30	4.11	4.52	4.43	4.48	4.45	4.50	4.42	4.46	4.09	4.45	4.05	4.27	3.96	3.81	3.69
F 50 bis unter 55 Jahre	4.34	3.83	4.01	4.28	4.27	4.25	4.22	4.55	4.27	4.28	3.96	4.70	4.79	4.79	4.47	4.36	4.04
F 55 bis unter 60 Jahre	3.54	3.12	3.57	3.55	3.65	3.60	3.55	3.88	3.57	3.53	3.22	4.15	4.40	4.15	4.18	4.12	3.82
F 60 bis unter 65 Jahre	3.21	2.81	3.23	3.21	3.15	3.23	3.27	3.47	3.16	3.17	3.19	3.70	4.01	3.85	4.09	4.04	4.01
F 65 bis unter 70 Jahre	2.88	2.58	2.82	2.59	2.45	2.74	2.65	2.49	2.48	2.61	2.63	2.56	2.54	2.63	2.98	2.95	2.96
F 70 bis unter 75 Jahre	3.47	3.00	3.29	3.18	3.00	3.26	3.04	3.08	3.05	3.05	3.45	3.29	3.95	4.14	4.25	4.11	4.23
F 75 bis unter 80 Jahre	3.01	2.63	3.01	2.90	2.86	2.98	2.72	2.92	2.76	2.69	2.83	3.27	3.63	3.58	3.69	3.52	3.66
F 80 bis unter 85 Jahre	1.77	1.61	1.89	1.87	1.95	1.91	1.78	1.95	1.83	1.82	1.59	2.15	2.29	2.18	2.40	2.27	2.44
F 85 bis unter 90 Jahre	1.31	1.23	1.39	1.36	1.38	1.32	1.30	1.40	1.28	1.27	1.11	1.48	1.37	1.37	1.58	1.57	1.72
F 90 und mehr Jahre	0.78	0.75	0.83	0.76	0.72	0.70	0.74	0.74	0.73	0.71	0.72	0.77	0.65	0.71	0.81	0.77	0.96
M bis unter 15 Jahre	6.65	6.53	6.34	6.74	6.70	6.44	6.70	6.36	6.76	6.59	6.58	5.69	5.92	5.90	5.56	5.79	6.03
M 15 bis unter 20 Jahre	2.89	2.28	2.47	2.94	2.95	2.70	2.71	2.83	2.93	2.81	2.00	2.59	1.74	1.83	1.68	1.72	1.64
M 20 bis unter 25 Jahre	2.95	2.75	3.02	3.06	3.19	3.02	2.95	3.12	3.26	3.16	2.61	3.03	2.27	2.18	2.27	2.25	2.24
M 25 bis unter 30 Jahre	2.71	3.67	3.46	2.91	3.06	3.04	3.09	2.98	3.22	3.22	3.82	2.97	3.14	2.95	3.10	3.20	3.25
M 30 bis unter 35 Jahre	2.62	3.99	3.32	2.78	2.87	2.99	3.07	2.80	3.06	3.18	3.98	2.79	2.97	2.88	2.97	3.11	3.17
M 35 bis unter 40 Jahre	2.54	3.47	2.95	2.66	2.70	2.73	2.82	2.53	2.74	2.86	3.26	2.45	2.51	2.49	2.46	2.56	2.65
M 40 bis unter 45 Jahre	3.21	3.37	3.23	3.27	3.26	3.17	3.22	3.03	3.13	3.21	3.14	2.91	2.74	2.86	3.01	3.01	2.88
M 45 bis unter 50 Jahre	4.26	4.03	4.05	4.20	4.18	4.07	4.04	4.02	3.96	4.02	3.80	4.01	3.72	3.90	3.81	3.64	3.46
M 50 bis unter 55 Jahre	3.85	3.50	3.70	3.99	4.01	3.85	3.83	4.07	3.83	3.84	3.68	4.29	4.49	4.52	4.24	4.14	3.78
M 55 bis unter 60 Jahre	3.05	2.73	3.09	3.23	3.36	3.18	3.14	3.44	3.14	3.11	2.90	3.77	4.16	3.97	3.90	3.89	3.50
M 60 bis unter 65 Jahre	2.75	2.35	2.70	2.85	2.79	2.69	2.77	3.05	2.64	2.64	2.63	3.37	3.70	3.55	3.69	3.74	3.57
M 65 bis unter 70 Jahre	2.37	2.13	2.35	2.19	2.09	2.21	2.25	2.11	2.08	2.14	2.14	2.17	2.22	2.26	2.57	2.57	2.50
M 70 bis unter 75 Jahre	2.80	2.37	2.65	2.62	2.43	2.59	2.51	2.49	2.44	2.42	2.70	2.57	3.19	3.45	3.50	3.38	3.43
M 75 bis unter 80 Jahre	2.26	1.85	2.11	2.18	2.09	2.23	2.07	2.22	2.08	1.95	1.98	2.34	2.64	2.74	2.68	2.61	2.75
M 80 bis unter 85 Jahre	1.09	0.91	1.05	1.16	1.20	1.22	1.15	1.26	1.19	1.13	0.96	1.35	1.40	1.40	1.40	1.36	1.50
M 85 bis unter 90 Jahre	0.56	0.49	0.56	0.61	0.61	0.59	0.62	0.63	0.59	0.57	0.45	0.64	0.53	0.58	0.63	0.63	0.71
M 90 und mehr Jahre	0.21	0.20	0.22	0.21	0.19	0.18	0.21	0.20	0.20	0.19	0.16	0.20	0.15	0.17	0.20	0.21	0.25

Tabelle 6: Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Altersgruppe (aufgeteilt nach Frauen (F) und Männern (M)) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk für das Jahr 2013



	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN
F bis unter 15 Jahre	-0.12	-0.05	-0.04	-0.12	-0.11	-0.07	-0.07	-0.11	-0.12	-0.10	0.04	-0.09	0.05	0.06	0.06	0.08	0.09
F 15 bis unter 20 Jahre	-0.02	-0.01	-0.01	-0.03	-0.04	-0.04	-0.03	-0.04	-0.04	-0.05	0.00	-0.07	0.09	0.08	0.06	0.06	0.07
F 20 bis unter 25 Jahre	-0.04	-0.08	-0.10	-0.05	-0.02	-0.03	-0.04	-0.04	-0.04	-0.04	-0.19	-0.04	-0.36	-0.35	-0.31	-0.34	-0.30
F 25 bis unter 30 Jahre	0.05	0.04	0.05	0.06	0.06	0.08	0.06	0.06	0.06	0.06	0.10	0.07	0.04	0.03	0.04	0.02	0.05
F 30 bis unter 35 Jahre	0.01	0.06	0.06	0.02	0.03	0.03	0.01	0.03	0.03	0.03	0.11	0.02	0.04	0.03	0.06	0.06	0.06
F 35 bis unter 40 Jahre	0.01	0.07	0.00	-0.01	-0.00	0.03	0.03	0.01	0.01	0.03	0.11	0.02	0.13	0.12	0.09	0.07	0.13
F 40 bis unter 45 Jahre	-0.31	-0.19	-0.21	-0.26	-0.24	-0.25	-0.23	-0.24	-0.23	-0.24	-0.19	-0.27	-0.23	-0.23	-0.23	-0.17	-0.17
F 45 bis unter 50 Jahre	-0.00	-0.01	-0.05	-0.03	-0.04	-0.04	-0.04	-0.08	-0.05	-0.05	-0.13	-0.10	-0.23	-0.21	-0.17	-0.17	-0.14
F 50 bis unter 55 Jahre	0.18	0.12	0.08	0.15	0.11	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12	0.15	0.08	0.09	0.15	0.10	0.09	0.09
F 55 bis unter 60 Jahre	0.11	0.09	0.10	0.10	0.12	0.09	0.08	0.10	0.10	0.09	-0.01	0.13	0.02	0.02	-0.02	-0.01	-0.07
F 60 bis unter 65 Jahre	-0.02	-0.06	0.00	0.05	0.07	0.01	-0.00	0.11	0.04	0.01	-0.02	0.12	0.29	0.25	0.24	0.20	0.21
F 65 bis unter 70 Jahre	-0.02	-0.05	-0.03	0.01	0.02	-0.03	0.03	0.04	-0.01	0.02	-0.16	0.08	-0.09	-0.19	-0.12	-0.08	-0.21
F 70 bis unter 75 Jahre	-0.14	-0.11	-0.15	-0.15	-0.17	-0.15	-0.13	-0.18	-0.15	-0.15	-0.07	-0.21	-0.19	-0.14	-0.12	-0.12	-0.09
F 75 bis unter 80 Jahre	0.25	0.17	0.20	0.20	0.16	0.16	0.16	0.17	0.17	0.15	0.17	0.18	0.24	0.25	0.24	0.24	0.24
F 80 bis unter 85 Jahre	-0.04	-0.08	-0.08	-0.05	-0.05	-0.04	-0.05	-0.05	-0.03	-0.03	-0.03	-0.03	0.03	-0.01	-0.04	-0.06	-0.07
F 85 bis unter 90 Jahre	-0.01	-0.02	-0.02	-0.00	0.01	0.01	-0.01	-0.00	0.00	-0.01	0.00	-0.01	0.06	0.06	0.05	0.05	0.03
F 90 und mehr Jahre	0.01	0.01	0.01	0.02	0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	-0.01	0.06	0.02	0.03	0.03	0.04	0.03
M bis unter 15 Jahre	-0.12	-0.04	-0.05	-0.13	-0.11	-0.07	-0.06	-0.10	-0.12	-0.11	0.06	-0.09	0.07	0.08	0.07	0.07	0.09
M 15 bis unter 20 Jahre	-0.02	-0.01	0.00	-0.03	-0.04	-0.04	-0.02	-0.05	-0.04	-0.05	0.01	-0.08	0.06	0.08	0.06	0.07	0.06
M 20 bis unter 25 Jahre	-0.03	-0.04	-0.01	-0.02	-0.00	-0.00	-0.02	-0.02	-0.01	-0.01	-0.17	0.02	-0.38	-0.37	-0.34	-0.34	-0.32
M 25 bis unter 30 Jahre	0.09	0.08	0.13	0.09	0.09	0.10	0.08	0.09	0.10	0.09	0.09	0.06	0.01	0.01	0.02	-0.00	0.04
M 30 bis unter 35 Jahre	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.05	0.06	0.08	0.09	0.12	0.09	0.03	0.06	0.07	0.07	0.07
M 35 bis unter 40 Jahre	0.03	0.12	0.05	0.02	0.02	0.03	0.05	0.04	0.04	0.07	0.15	0.04	0.16	0.15	0.10	0.09	0.13
M 40 bis unter 45 Jahre	-0.26	-0.20	-0.20	-0.24	-0.23	-0.22	-0.21	-0.23	-0.19	-0.20	-0.16	-0.23	-0.18	-0.18	-0.19	-0.13	-0.13
M 45 bis unter 50 Jahre	-0.00	0.00	-0.01	-0.03	-0.04	-0.05	-0.05	-0.08	-0.07	-0.04	-0.12	-0.10	-0.23	-0.21	-0.13	-0.14	-0.13
M 50 bis unter 55 Jahre	0.17	0.14	0.11	0.16	0.13	0.13	0.13	0.13	0.13	0.12	0.14	0.05	0.06	0.14	0.12	0.07	0.10
M 55 bis unter 60 Jahre	0.10	0.08	0.10	0.10	0.12	0.11	0.09	0.08	0.11	0.11	0.02	0.12	0.01	0.01	-0.01	-0.02	-0.05
M 60 bis unter 65 Jahre	0.00	-0.05	-0.03	0.03	0.06	0.01	-0.03	0.08	0.01	-0.00	-0.01	0.10	0.26	0.23	0.21	0.20	0.17
M 65 bis unter 70 Jahre	-0.02	-0.07	-0.04	0.01	0.01	-0.02	0.01	0.04	0.01	0.01	-0.14	0.09	-0.06	-0.16	-0.12	-0.08	-0.17
M 70 bis unter 75 Jahre	-0.12	-0.08	-0.09	-0.14	-0.14	-0.15	-0.11	-0.17	-0.13	-0.13	-0.05	-0.17	-0.16	-0.11	-0.09	-0.10	-0.09
M 75 bis unter 80 Jahre	0.19	0.11	0.16	0.17	0.13	0.12	0.12	0.13	0.12	0.13	0.13	0.12	0.20	0.20	0.20	0.21	0.19
M 80 bis unter 85 Jahre	-0.01	-0.02	-0.02	-0.02	-0.02	-0.01	-0.02	-0.01	0.00	-0.01	0.00	0.01	0.05	0.03	0.02	0.01	-0.00
M 85 bis unter 90 Jahre	0.04	0.02	0.02	0.04	0.05	0.05	0.04	0.05	0.04	0.04	0.05	0.04	0.07	0.07	0.06	0.06	0.07
M 90 und mehr Jahre	0.01	0.01	-0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-0.00	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

Tabelle 7: Änderung der Anteile der Versichertenzahlen einer KM6-Altersgruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2013 gegenüber den entsprechenden Anteilen der Versichertenzahlen des Jahres 2012

### 3.2.2 Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen demografischen Veränderungsrate

Die Einzelbeiträge der Alters- und Geschlechtsgruppen zur regionalen demografischen Veränderungsrate sind in einer Excel-Mappe getrennt nach KV-Bezirken unter [www.institut-ba.de](http://www.institut-ba.de) veröffentlicht. Die Berechnung der Einzelbeiträge erfolgt anhand der Formeln (9) und (10), wobei in Formel (9) zunächst die Zerlegung des Demografie-Index in Partialindizes dargestellt ist und Formel (10) die Zerlegung der demografischen Veränderungsrate mithilfe der Partialindizes beinhaltet.

$$\begin{aligned}
 DI_{k,t} &= \frac{\sum_{j=1}^{34} \hat{\beta}_j \cdot n_{j,k,t}}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}} \\
 &= \frac{\hat{\beta}_1 \cdot n_{1,k,t} + \hat{\beta}_2 \cdot n_{2,k,t} + \dots + \hat{\beta}_{34} \cdot n_{34,k,t}}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}} \quad (9) \\
 &= \underbrace{\frac{\hat{\beta}_1 \cdot n_{1,k,t}}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}}}_{\text{Partialindex}_{1,k,t}} + \underbrace{\frac{\hat{\beta}_2 \cdot n_{2,k,t}}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}}}_{\text{Partialindex}_{2,k,t}} + \dots + \underbrace{\frac{\hat{\beta}_{34} \cdot n_{34,k,t}}{\sum_{j=1}^{34} n_{j,k,t}}}_{\text{Partialindex}_{34,k,t}}
 \end{aligned}$$

mit

- $DI_{k,t}$  Demografie-Index im KV-Bezirk  $k$ , mit  $k = 1, \dots, 17$  für das Jahr  $t$
- $\hat{\beta}_j$  Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe  $j$ , mit  $j = 1, \dots, 34$
- $n_{j,k,t}$  Anzahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe  $j$  im KV-Bezirk  $k$  für das Jahr  $t$
- $t$  Jahr, mit  $t = 2012, 2013$

$$\begin{aligned}
 VR_k &= \frac{DI_{k,2013}}{DI_{k,2012}} - 1 = \frac{DI_{k,2013} - DI_{k,2012}}{DI_{k,2012}} \\
 &= \sum_{j=1}^{34} \left( \frac{\text{Partialindex}_{j,k,2013} - \text{Partialindex}_{j,k,2012}}{DI_{k,2012}} \right) \quad (10)
 \end{aligned}$$

mit

- $VR_k$  demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk  $k$

Die Zerlegung der jeweiligen Veränderungsrate erfolgt also additiv. Der Einzelbeitrag der Alters- und Geschlechtsgruppe  $j$  entspricht der Entwicklung des  $j$ -ten Partialindex in der Formel (10) in Relation zum Wert  $DI_{k,2012}$ , dem Demografie-Index für den

KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr 2012.

## **Teil C: Diagnosebezogene Veränderungsraten**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....</b>	<b>39</b>
1.1	Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	39
1.2	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	40
1.2.1	Einleitung .....	40
1.2.2	Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	41
1.2.3	Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	43
1.2.4	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	44
1.3	Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	44
1.3.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	44
1.3.2	Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	45
1.3.3	Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten....	46
<b>2</b>	<b>Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsraten .....</b>	<b>51</b>
<b>3</b>	<b>Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten .....</b>	<b>53</b>
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	53
3.1.1	Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	53
3.1.2	Kalibrierung des Regressionsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	57
3.1.3	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	62

---

3.2	Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten..	64
3.2.1	Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2012 auf 2013 .....	64
3.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate .....	70

## 1 Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgt in mehreren Schritten, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden sollen.

### 1.1 Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Zunächst werden jedem Versicherten aufgrund seines Alters und Geschlechts eine Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) sowie weiterhin aufgrund seiner Diagnosen (sofern vorhanden) eine oder mehrere sogenannte „hierarchisierte Condition Categories“ (HCC) zugeordnet. Hierfür ergeben sich, wie in Abbildung 1 schematisch dargestellt, aus den Diagnosen des Versicherten zunächst eine oder mehrere Condition Categories (CC) und dann aus der Menge der dem Versicherten so zugeordneten CC die diesem zugeordneten HCC<sup>1</sup>. Dieser gesamte Vorgang wird als Klassifikation bezeichnet (für weitere Informationen siehe auch den Abschnitt zu den medizinischen Weiterentwicklungen in Teil D).

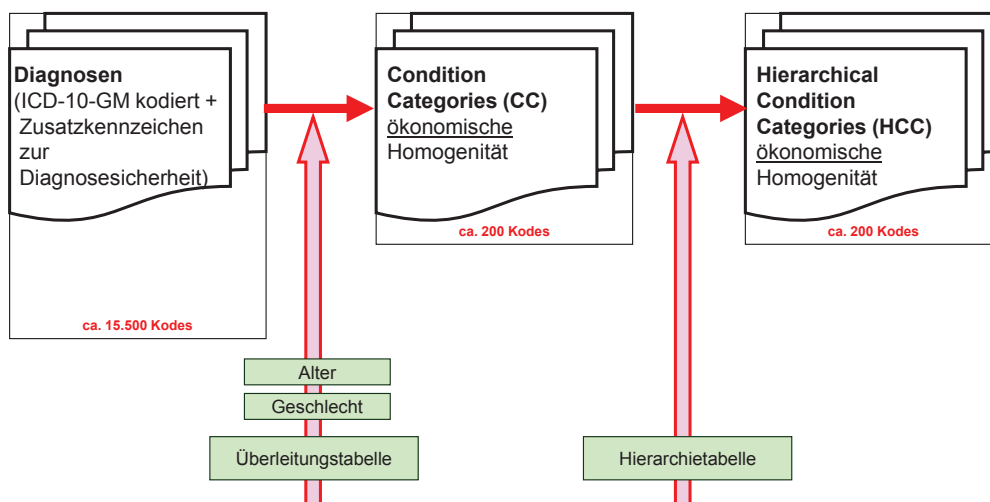


Abbildung 1: Bildung der diagnosebezogenen Risikokategorien

Die in Abbildung 1 dargestellte Zuordnung von CC aufgrund vorliegender Diagnosen erfolgt mit Hilfe sogenannter „Überleitungstabellen“. Dadurch werden die ca.

<sup>1</sup>Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 ist als Kriterium zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems u.a. angegeben, dass „die Risikokategorien des Klassifikationssystems [...] möglichst ökonomisch homogen sein [sollen]“.

15.500 existierenden Diagnosen zu ca. 200 CC verdichtet. Die Überleitungstabellen enthalten neben der Zuordnung einer Diagnose zu einer CC<sup>2</sup> teilweise auch Zusatzbedingungen hinsichtlich des Alters und des Geschlechts der Versicherten. Einem Versicherten wird in einem solchen Fall eine CC aufgrund einer Diagnose nur dann zugewiesen, wenn das Alter und Geschlecht des Versicherten innerhalb der Vorgaben liegt, die in den Überleitungstabellen zu den einzelnen Diagnosen angegeben sind. Zur anschließenden Durchführung der Hierarchisierung liegt eine sogenannte „Hierarchietabelle“ vor, die einzelne CC „über“ andere CC einordnet/hierarchisiert (z.B. CC1 über CC2, CC2 über CC3)<sup>3</sup>. Werden einem Versicherten mehrere CC (z.B. die CC1 und die CC2) zugeordnet, so werden nur die in der Hierarchie am höchsten stehenden CC weiter betrachtet (im Beispiel wird dem Versicherten nur die CC1 zugeordnet). Die nach der Hierarchisierung verbleibenden CC eines Versicherten werden als HCC des Versicherten bezeichnet und es gilt, dass die Anzahl der CC eines Versicherten immer größer oder gleich der Anzahl der HCC dieses Versicherten ist. Die vollständige formale Beschreibung der Klassifikation einschließlich der oben erwähnten Überleitungstabellen und Hierarchietabellen wird als Klassifikationssystem bezeichnet.

Die Beschreibung, welche HCC einem Versicherten zugeordnet wurden, erfolgt in den nachfolgend beschriebenen Berechnungen durch die Definition einer Dummy-Variablen für jede HCC, welche jeweils nur den Wert 1 (Versichertem wurde HCC zugeordnet) oder 0 (Versichertem wurde HCC nicht zugeordnet) annehmen kann. Ebenso wird durch solche Dummy-Variablen beschrieben, welche AGG einem Versicherten zugeordnet wurde. Das Ergebnis der Klassifikation ist somit eine Tabelle, die je Versicherten eine Zeile mit den Ausprägungen (0 oder 1) der AGG-Variablen und der HCC-Variablen<sup>4</sup> enthält.

## **1.2 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

### **1.2.1 Einleitung**

Die Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten werden ebenso wie bei den demografischen Veränderungsdaten mit einem zweijährig-prospektiven Regressionsmodell berechnet, welches mit Hilfe einer gewichteten multiplen linearen Regression erhalten wird. Datengrundlage für diese Regression

<sup>2</sup>In einzelnen Fällen ist auch die Zuordnung einer Diagnose zu zwei CC möglich.

<sup>3</sup>Die Hierarchisierung ist transitiv, d.h. wenn CC1 über CC2 und CC2 über CC3 gilt, dann gilt auch CC1 über CC3.

<sup>4</sup>Das gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung zu verwendende Klassifikationssystem umfasst 34 AGG und 188 CC bzw. HCC.



ist die wie in Teil B Abschnitt 1.1.1 abgegrenzte Kalibrierungsmenge. Die abhängige Variable der Regression ist der in Teil B Abschnitt 1.1.2 definierte relative Leistungsbedarf eines Versicherten. Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells sind die AGG- und HCC-Variablen (im Folgenden auch als Risikokategorien bezeichnet) bzw. daraus abgeleitete Variablen (im Folgenden als Risikoklassen bezeichnet). Die verwendete Regressionsgleichung ist in Formel (1) schematisch dargestellt.

$$y_{i,2013} = \sum_{j=1}^m \beta_j \cdot x_{i,j,2011} + \epsilon_i \quad (1)$$

mit

- $y_{i,2013}$  relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013
- $\beta_j$  Modellparameter der j-ten unabhängigen Variablen (Risikokategorie oder Risikoklasse)
- $x_{i,j,2011}$  Ausprägung der j-ten unabhängigen Variablen beim i-ten Versicherten im Jahr 2011
- $m$  Anzahl der unabhängigen Variablen der Regression
- $\epsilon_i$  Fehlerterm der Regression

Die Gewichtung der Versicherten in der Regression erfolgt mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2013. Die für die Modellparameter ( $\beta_j$ ) berechneten Schätzwerte ( $\hat{\beta}_j$ ) werden als (diagnosebezogene) Relativgewichte bezeichnet.

### 1.2.2 Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

In diesem und dem nächsten Abschnitt wird beschrieben, wie die Risikokategorien ggf. weiter verdichtet werden und dabei weitere Variablen (Risikoklassen) abgeleitet werden, die dann als unabhängige Variablen im Regressionsmodell verwendet werden. Der dazu zuerst durchgeführte und als Komprimierung bezeichnete Vorgang erfolgt gemäß dem in Nr. 3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschriebenen Komprimierungsalgorithmus (wortwörtlich aus diesem Beschluss übernommene Textpassagen sind im Folgenden wieder kursiv gesetzt)<sup>5</sup>:

<sup>5</sup>Da der hier zitierte Beschluss die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 zum Inhalt hat, sind die darin enthaltenen Jahresangaben nicht zutreffend für die im vorliegenden Bericht dokumentierte Berechnung der Veränderungsdaten 2016 und wurden entsprechend geändert.

1. *Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres [2011] als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres [2013], dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängiger 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 [2011] mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]). 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 [...] [der abhängigen Variablen des Regressionsmodells] 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 (Krankheit und Zustände der 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.*

### 1.2.3 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Im Anschluss an den Komprimierungsalgorithmus werden die komprimierten Risikokategorien gemäß Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) kalibriert, d.h. das Klassifikationsmodell wird mittels deterministischer Regeln um negative und insignifikante Relativgewichte bereinigt.

*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  $\geq 0,05$ ) 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. 3.1.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) 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  $\geq 0,05$ ) von RHCCs:*

- a) Die HCC mit dem größten  $p$ -Wert innerhalb der RHCC gleich Null setzen (dazu vorläufige  $p$ -Werte aus Nr. 3.1.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) 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. insignifi-*

kant) ist.

3. AGG mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten ( $p$ -Wert  $\geq 0,05$ ) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGG 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 THCC mit negativen oder insignifikanten Relativgewichten resultieren, sind diese in die ihnen nach organ-systembezogener 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 THCC, RHCC und AGG mit positiven und signifikanten Relativgewichten im Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikoklassen des Klassifikationsmodells bezeichnet.

#### **1.2.4 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten**

Die bundeseinheitlichen Relativgewichte zur Berechnung der Veränderungsraten werden anhand einer gewichteten linearen Regression mit dem relativen Leistungsbedarf als abhängige Variable und den Risikoklassen (AGGs, THCCs, RHCCs) als unabhängigen Variablen auf der Kalibrierungsmenge bestimmt. Die sich so ergebenden Schätzwerte für die Modellparameter werden als endgültige bundeseinheitliche Relativgewichte bezeichnet.

### **1.3 Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten**

#### **1.3.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten**

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten wird auf der sogenannten „Anwendungsmenge“ durchgeführt. Diese wird analog der Nr. 2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wie folgt gebildet<sup>6</sup>:

<sup>6</sup>Der hier zitierte Beschluss bezieht sich wiederum auf die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2015. Die Jahreszahlen wurden für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsdaten wird hinsichtlich der Versicherten der Geburtstagsstichprobe nach Nr. 2.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) wie folgt abgegrenzt:

1. Es werden nur die Versicherten mit Versichertenzeit in den Jahren [2012] und/oder [2013] ausgewählt. Dabei werden jedoch jahresspezifisch Versicherte nicht ausgewählt, die im jeweiligen Jahr nicht gestorben sind und weniger als 120 Tage Versichertenzeit aufweisen und für die in keinem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. In die Anwendungsmenge werden alle längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) aufgenommen sowie die längsschnittlichen SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern, die gemäß Satzart 004 in Verbindung mit Satzart 001 der selektivvertraglichen Teilnahmedaten gemäß Nr. 2.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) für sämtliche Quartale der Jahre [2012] und [2013] mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.

### 1.3.2 Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) rechnen die Versichertenstichprobe, im vorliegenden Fall die Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten, mit ihrer Alters-Geschlechts-Verteilung auf alle GKV-Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk in der Alters-Geschlechts-Struktur der KM6-Statistik hoch.

Die Ermittlung und Anwendung der DHF erfolgt jahres- und KV-spezifisch. Wohnausländer werden sowohl in der Stichprobe als auch in den Vergleichsdaten (KM6-Statistik und ANZVER-Daten) der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 15. Juni 2015) verwendet.

Je KV-Bezirk und Alters- und Geschlechtsgruppe ergibt sich jahresspezifisch ein DHF, der den entsprechenden Versicherten in der Anwendungsmenge zugeordnet wird.

Vereinfachtes Beispiel:

---

2016 entsprechend angepasst.

Die Gruppe der weiblichen GKV-Versicherten zwischen 20 und 25 im KV-Bezirk Berlin im Jahr  $t$  besteht aus 84.000 Versicherten.

In der Stichprobe finden wir für diese Gruppe 20.000 Versicherte, mit 19.000 (nach Quartalen gebildeten) Versichertenjahren.

Damit haben diese Versicherten einen DHF von  $84.000/19.000 = 4,42$  und das bedeutet, jeder dieser Versicherten repräsentiert 4,42 GKV-Versicherte.

Die demografischen Hochrechnungsfaktoren, welche bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten unter Verwendung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2016 genutzt werden, wurden analog der Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) berechnet. Die entsprechenden Formeln sind im Abschnitt 3.4 des Anhang 2 enthalten.

Für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten werden von den SV-Teilnehmern bei der Berechnung von relativen Risikowerten gemäß der Formel (2) in Abschnitt (1.3.3) nur diejenigen Versicherten berücksichtigt, die ausschließlich an Verträgen gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben. Um alle weiteren SV-Teilnehmer ebenfalls zu berücksichtigen, wird ein Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer aufgenommen<sup>7</sup>. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) legt in Nr. 2.7.1 die Bestimmung dieses Korrekturfaktors fest. Die entsprechende Formel ist im Abschnitt 3.4 des Anhang 2 enthalten.

### 1.3.3 Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten erfolgt KV-spezifisch. Die Berechnung kann dabei in drei Schritte unterteilt werden:

1. Berechnung des relativen Risikowertes für jeden Versicherten der Anwendungsmenge
2. Berechnung von KV-spezifischen Morbiditätsindizes
3. Berechnung von KV-spezifischen Veränderungsdaten

In einem ersten Schritt werden für jeden Versicherten der Anwendungsmenge jahresspezifisch für die Jahre 2012 und 2013 relative Risikowerte ( $rr_{VB,i,t}$ ) gemäß

<sup>7</sup>Dieser Korrekturfaktor wird ausschließlich bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg genutzt, da nur in diesen beiden KV-Bezirken SV-Teilnehmer, die ausschließlich an Verträgen gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben, bei der Berechnung von relativen Risikowerten berücksichtigt werden.

der Formel (2) berechnet<sup>8</sup>.

$$rr_{VB,i,t} = \sum_{j=1}^m \hat{\beta}_j \cdot x_{VB,i,j,t} \quad (2)$$

mit

- $rr_{VB,i,t}$  relativer Risikowert des i-ten Versicherten bezogen auf das Jahr t  
VB (Versorgungsbereich) = „alle Diagnosen“ (für alle Diagnosen von Nicht-Teilnehmern) und  
VB (Versorgungsbereich) = „Nicht-HA“ (für alle Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich von SV-Teilnehmern mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach §73b SGB V in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
- $x_{VB,i,j,t}$  Ausprägung der Risikoklasse j beim i-ten Versicherten im Jahr t für den Versorgungsbereich VB
- $\hat{\beta}_j$  bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j
- $m$  Anzahl der Risikoklassen
- $t$  Jahr, mit  $t = 2012, 2013$

Die relativen Risikowerte  $rr_{VB,i,t}$  werden entsprechend der Modellbildung (siehe Abschnitt 1.2) bestimmt. In Formel (2) werden die für die Modellparameter berechneten Schätzwerte  $\hat{\beta}_j$  sowohl für das Jahr 2012 als auch für das Jahr 2013 verwendet.

- $\hat{\beta}_j$  ist das Ergebnis der Modellierung gemäß Abschnitt 1.2 auf Grundlage der Jahre 2011 (Alter, Geschlecht, Diagnosen) bzw. 2013 (individueller relativer Leistungsbedarf zwei Jahre später).
- Der relative Risikowert für den Versicherten i auf Grundlage des Jahres t für den Versorgungsbereich VB ergibt sich aus seinen Diagnosen des Jahres t im Versorgungsbereich VB, seinem Alter in t, seinem Geschlecht und den normativ verwendeten Relativgewichten  $\hat{\beta}_j$ .

Aus den relativen Risikowerten aller Versicherten mit Wohnort im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung wird im zweiten Schritt mit der Formel (3) ein Morbi-

<sup>8</sup>Die Darstellung in diesem Abschnitt weicht teilweise von der Darstellung in früheren Berichten ab, ohne dass sich die Festlegungen des Bewertungsausschusses zum relativen Risikowert geändert hätten. Die hier verwendete neue Notation dient der klareren Unterscheidung zwischen der Schätzung des Modells und der Verwendung des Modells.

ditätsindex für den KV-Bezirk berechnet<sup>9</sup>.

$$MI_{VB,k,t} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} (rr_{VB,i,t} \cdot AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t} \cdot K_{i,t})}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} (AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t} \cdot K_{i,t})} \quad (3)$$

mit

- $MI_{VB,k,t}$  Morbiditätsindex je KV-Bezirk ( $k = 1, \dots, 17$ ) des Jahres  $t$  mit  
 VB (Versorgungsbereich) = „alle Diagnosen“ (für alle Diagnosen von Nicht-Teilnehmern) und  
 VB (Versorgungsbereich) = „Nicht-HA“ (für alle Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich von SV-Teilnehmern mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach §73b SGB V in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
- $rr_{VB,i,t}$  relativer Risikowert des  $i$ -ten Versicherten bezogen auf das Jahr  $t$  für den Versorgungsbereich VB
- $AVQ_{i,t}$  Anzahl der Versicherten quartale des  $i$ -ten Versicherten im Jahr  $t$
- $DHF_{i,t}$  Demografischer Hochrechnungsfaktor des  $i$ -ten Versicherten für das Jahr  $t$
- $K_{i,t}$  Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des  $i$ -ten Versicherten für das Jahr  $t$  (der Korrekturfaktor nimmt für den VB = „alle Diagnosen“ [für alle Nicht-Teilnehmer] den Wert 1 an)
- $\hat{\beta}_j$  bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse  $j$
- $n_{VB,k,t}$  Anzahl der Versicherten in der Anwendungsmenge im KV-Bezirk  $k$  im Jahr  $t$ , die für den Versorgungsbereich VB einbezogen werden
- $t$  Jahr, mit  $t = 2012, 2013$

Hierzu werden auf der Anwendungsmenge, bezogen auf die beiden Versicherten-Gruppen Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach § 73b SGB V, KV-spezifische Morbiditätsindizes berechnet. Der Morbiditätsindex eines KV-Bezirks ist der mit der Anzahl der Versicherten quartale und den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert der relativen Risikowerte der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung.

Im dritten Schritt erfolgt die Berechnung der Veränderungsdaten gemäß den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgelegten Formeln. Danach bestimmen sich die diagnosebezogenen Ver-

<sup>9</sup>Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden je zwei Morbiditätsindizes mit den in der Formel 2 angegebenen Abgrenzungen für den Versorgungsbereich berechnet.



änderungsdaten aller KV-Bezirke, ausgenommen die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern, gemäß der Formel (4) als Quotient aus dem Morbiditätsindex des Folgejahres 2013 und dem Morbiditätsindex des Basisjahres 2012 abzüglich eins.

$$VR_k = \frac{MI_{\text{alle Diagnosen},2013,k}}{MI_{\text{alle Diagnosen},2012,k}} - 1 \quad (4)$$

mit

$VR_k$	Veränderungsrate für KV-Bezirk $k$
$MI_{\text{alle Diagnosen},2012,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2012 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{\text{alle Diagnosen},2013,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2013 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2013 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$k$	KV-Bezirk (außer Baden-Württemberg und Bayern)

Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern ergeben sich als gewichtete Summe

- des Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2013 und dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 der längsschnittlichen SV-Teilnehmer abzüglich eins und
- dem Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2013 und dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer abzüglich eins

gemäß der Formel (5):

$$VR_k = G_k \cdot \left( \frac{MI_{\text{Nicht-HA},2013,k}}{MI_{\text{Nicht-HA},2012,k}} - 1 \right) + (1 - G_k) \cdot \left( \frac{MI_{\text{alle Diagnosen},2013,k}}{MI_{\text{alle Diagnosen},2012,k}} - 1 \right) \quad (5)$$

mit

	$VR_k$	Veränderungsrate für KV-Bezirk $k$
$MI_{\text{alle Diagnosen},2012,k}$		Morbiditätsindex des Jahres 2012 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{\text{alle Diagnosen},2013,k}$		Morbiditätsindex des Jahres 2013 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2013 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{\text{Nicht-HA},2012,k}$		Morbiditätsindex des Jahres 2012 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung von ausschließlich nicht hausärztlichen Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für SV-Teilnehmer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern verwendet)
$MI_{\text{Nicht-HA},2013,k}$		Morbiditätsindex des Jahres 2013 für KV-Bezirk $k$ unter Verwendung von ausschließlich nicht hausärztlichen Diagnosen des Jahres 2013 (wird ausschließlich für SV-Teilnehmer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern verwendet)
	$G_k$	Gewichtungsfaktor (MGV-Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer des KV-Bezirks Baden-Württemberg bzw. Bayern am für die Berechnung der Veränderungsdaten verwendeten Gesamt-MGV-Leistungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks)
	$k$	KV-Bezirk (außer Baden-Württemberg und Bayern)

Die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer erfolgt mit dem Faktor  $G_k$ , dem Anteil des mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer des Jahres 2013 an dem mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten der Anwendungsmenge mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Jahr 2013 gemäß der Formel (6).

$$G_k = \frac{\sum_{i \in SVTN_{2013} \cap k} LBEuroGO_i^{2013, MGV} \cdot DHF_i^{2012, k}}{\sum_k LBEuroGO_i^{2013, MGV} \cdot DHF_i^{2012, k}} \quad (6)$$

mit

$k$  KV-Bezirk Baden-Württemberg, KV-Bezirk Bayern  
 $LBEuroGO_i^{2013,MGV}$  morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten i  
 nach Euro-Gebührenordnung  
 $SVTN2013$  SV-Teilnehmer im Jahr 2013

Der komplementäre Anteil, der als Differenz zu 100 % verbleibt, bestimmt die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex der Nicht-SV-Teilnehmer.

## 2 Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten

In Abschnitt 1 wird die Ermittlung der Veränderungsdaten dargestellt. Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten jeweils aus zwei Komponenten berechnet, welche anschließend zu einer Veränderungsdatenrate des jeweiligen KV-Bezirks zusammengefasst werden. Die separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden

- für Nicht-SV-Teilnehmer unter Verwendung aller Diagnosen und
- für SV-Teilnehmer einzig unter Verwendung der Diagnosen des nicht hausärztlichen Versorgungsbereichs

ermittelt. Diese für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg ermittelten Zwischenergebnisse sind in Tabelle 1 aufgeführt.

KV-Bezirk	Komponenten der Veränderungsdatenrate	
	SV-TN	Nicht-TN
Baden-Württemberg	1,2540%	2,0391%
Bayern	1,2918%	1,6527%

Tabelle 1: Komponenten der Veränderungsdatenraten für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

Um die zwei separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg zu einer finalen diagnosebezogenen Veränderungsdatenrate zusammenzuführen, wird als Gewichtungsfaktor der Anteil des

Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im jeweiligen KV-Bezirk am gesamten Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des KV-Bezirk im Jahr 2013 herangezogen. Hierfür wurde die Formel 6 in Abschnitt 1.3.3 verwendet. Die berechneten Gewichtungsfaktoren sind in Tabelle 2 aufgeführt.

KV-Bezirk	Gewichtungsfaktor
Baden-Württemberg	0,149100
Bayern	0,137501

Tabelle 2: Gewichtungsfaktoren bei der Berechnung der Morbiditätsindizes für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

Die Berechnungen nach Abschnitt 1.3.3 sowie den zusätzlichen Zwischenergebnissen der Tabelle 1 und den Gewichtungsfaktoren der Tabelle 2 ergeben die in Tabelle 3 dargestellten KV-spezifischen diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016.

KV-Bezirk	Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	2,9042%
Hamburg	2,1607%
Bremen	2,3050%
Niedersachsen	2,3961%
Westfalen-Lippe	2,3555%
Nordrhein	2,6217%
Hessen	1,4898%
Rheinland-Pfalz	2,8728%
Baden-Württemberg <sup>10</sup>	1,9220%
Bayern <sup>10</sup>	1,6031%
Berlin	1,9057%
Saarland	2,3763%
Mecklenburg-Vorpommern	2,8991%
Brandenburg	2,8701%
Sachsen-Anhalt	2,9530%
Thüringen	3,2049%
Sachsen	2,3335%

Tabelle 3: Diagnosebezogene Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2016

### **3 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

#### **3.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

##### **3.1.1 Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

Auf Grundlage des im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) angegebenen und in Abschnitt 1.2.2 beschriebenen

<sup>10</sup>Für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden die Gewichtungsfaktoren aus Tabelle 2 und die Komponenten der Veränderungsdaten aus Tabelle 1 verwendet.

Komprimierungsalgorithmus wurden 42 Risikokategorien als THCC ausgewählt. Die Auswahl der THCC erfolgte

- in Schritt 1 aufgrund ihrer ökonomischen Relevanz (Ökonom. Relevanz),
- in Schritt 2 aufgrund ihres Relativgewichts ( $RG \geq 1,5$ ) oder
- in Schritt 3 aufgrund ihres Beitrags zur erklärten Varianz ( $R^2$ ).

In Tabelle 4 ist dargestellt, bei welchem Schritt des Komprimierungsalgorithmus die THCC jeweils ins Modell aufgenommen wurden. Sofern eine THCC über den ersten Aufnahmegrund hinaus auch in einem folgenden Schritt ins Modell gelangt wäre, ist dieser Aufnahmegrund ebenfalls angegeben.

Tabelle 4: Auswahl der THCC im Modell für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC001	HIV/AIDS	$RG \geq 1,5, R^2$
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	$R^2$
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC019	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	Ökonom. Relevanz
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	$R^2$
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	Ökonom. Relevanz
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	Ökonom. Relevanz
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	$R^2$
THCC054	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	$R^2$

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 4 – Fortsetzung

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC058	Depressive Episode, Angst, Dysthymia	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	$R^2$
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	$R^2$
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	Ökonom. Relevanz
THCC090	Hypertensive Herzerkrankung	$R^2$
THCC091	Essentielle Hypertonie	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC110	Asthma bronchiale	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	Ökonom. Relevanz
THCC122	Glaukom	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC123	Katarakt	Ökonom. Relevanz
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	Ökonom. Relevanz
THCC126	Hörverlust	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	$R^2$
THCC134	Inkontinenz	$R^2$
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	Ökonom. Relevanz
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	Ökonom. Relevanz
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	Ökonom. Relevanz
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC181	Chemotherapie	$R^2$

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 4 – Fortsetzung

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC190	Knöchernen Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	Ökonom. Relevanz, $R^2$
THCC194	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen	Ökonom. Relevanz

In Tabelle 5 sind diejenigen THCC aufgelistet, die im Modell zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 („KM87a\_2015“) gegenüber dem Modell zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 („KM87a\_2014“) weggefallen oder hinzugekommen sind.

THCC ist <b>nur</b> im Modell KM87a_2014 (weggefallene THCC)	THCC ist <b>nur</b> im Modell KM87a_2015 (neue THCC)	Beschriftung
THCC020		Typ-1-Diabetes mellitus
	THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH
THCC086		Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen
	THCC090	Hypertensive Herzerkrankung
THCC106		Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße
THCC128		Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats
	THCC181	Chemotherapie

Tabelle 5: Weggefallene und neue THCC im Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016 („KM87a\_2015“) im Vergleich zum Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 („KM87a\_2014“)



### 3.1.2 Kalibrierung des Regressionsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Es erfolgte keine Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien anhand des in Abschnitt 1.2.3 beschriebenen Kalibrierungsalgorithmus, da keine der komprimierten Risikokategorien ein negatives oder insignifikantes Relativgewicht aufwies. Die komprimierten Risikokategorien sind damit gleichzeitig die Risikoklassen des Modells KM87a\_2015. Tabelle 6 enthält neben den Relativgewichten (Schätzwerte für die Modellparameter  $\hat{\beta}_j$  aus Formel (1)) der Risikoklassen des Modells KM87a\_2015 auch die Anzahl der Stichprobenversicherten (N) in der Kalibrierungsmenge, denen die entsprechende Risikoklasse zugeordnet wurde.

Tabelle 6: Relativgewichte im Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2016

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
AGG001	Weiblich, 0 Jahre	28,55%	5.283
AGG002	Weiblich, 1 bis 5 Jahre	26,13%	210.670
AGG003	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	19,91%	326.428
AGG004	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	38,51%	253.890
AGG005	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	30,85%	393.188
AGG006	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	35,78%	603.854
AGG007	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	35,61%	678.899
AGG008	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	37,53%	852.760
AGG009	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	40,73%	352.601
AGG010	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	41,34%	311.403
AGG011	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	45,88%	266.040
AGG012	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	48,99%	346.853
AGG013	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	44,49%	252.243
AGG014	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	39,01%	184.909
AGG015	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	42,69%	116.927
AGG016	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	55,16%	41.253
AGG017	Weiblich, 95 Jahre bis 124 Jahre	72,12%	8.779
AGG018	Männlich, 0 Jahre	36,36%	5.525
AGG019	Männlich, 1 bis 5 Jahre	30,09%	222.825

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 6 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
AGG020	Männlich, 6 bis 12 Jahre	21,85%	343.199
AGG021	Männlich, 13 bis 17 Jahre	17,77%	266.394
AGG022	Männlich, 18 bis 24 Jahre	14,85%	387.921
AGG023	Männlich, 25 bis 34 Jahre	19,44%	569.150
AGG024	Männlich, 35 bis 44 Jahre	24,00%	609.424
AGG025	Männlich, 45 bis 54 Jahre	29,50%	772.923
AGG026	Männlich, 55 bis 59 Jahre	39,67%	313.078
AGG027	Männlich, 60 bis 64 Jahre	42,07%	269.107
AGG028	Männlich, 65 bis 69 Jahre	47,49%	220.805
AGG029	Männlich, 70 bis 74 Jahre	52,24%	273.586
AGG030	Männlich, 75 bis 79 Jahre	51,59%	177.677
AGG031	Männlich, 80 bis 84 Jahre	45,76%	104.413
AGG032	Männlich, 85 bis 89 Jahre	44,01%	41.508
AGG033	Männlich, 90 bis 94 Jahre	54,09%	10.296
AGG034	Männlich, 95 Jahre bis 124 Jahre	72,43%	1.446
THCC001	HIV/AIDS	172,66%	9.032
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	7,31%	2.334.054
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	125,27%	28.763
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	34,33%	305.869
THCC019	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	11,99%	548.705
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	28,43%	147.016
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	10,25%	3.019.145
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	10,43%	2.179.562
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	38,11%	339.794
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	14,16%	850.639

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 6 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	14,33%	883.920
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	9,23%	2.205.442
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnrnorganische Erkrankungen/Zustände	22,35%	253.972
THCC054	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	49,61%	60.924
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	48,52%	351.180
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	31,98%	302.187
THCC058	Depressive Episode, Angst, Dysthymia	24,18%	676.730
THCC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen	11,60%	908.138
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	23,49%	259.445
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	35,84%	111.689
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	13,56%	1.528.604
THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH	18,93%	346.199
THCC084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	12,81%	542.306
THCC090	Hypertensive Herzerkrankung	18,77%	186.098
THCC091	Essentielle Hypertonie	13,94%	2.180.222
THCC110	Asthma bronchiale	21,30%	651.622
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	6,20%	1.260.639
THCC122	Glaukom	15,94%	394.351
THCC123	Katarakt	8,48%	766.870
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	9,32%	1.560.056
THCC126	Hörverlust	16,19%	564.210
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	8,66%	3.544.665

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 6 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	121,00%	12.554
THCC134	Inkontinenz	12,18%	352.656
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	11,11%	616.472
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	12,75%	1.951.664
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	11,02%	616.017
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	8,19%	2.253.555
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	8,44%	1.694.054
THCC181	Chemotherapie	69,37%	26.775
THCC190	Knöcherne Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	20,22%	986.146
THCC194	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen	12,10%	503.571
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung)	12,11%	40.714
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	60,89%	89.838
RHCC003	Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	8,54%	1.604.195
RHCC004	Diabetes mellitus (nach Komprimierung)	20,01%	415.022
RHCC005	Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	12,23%	23.068
RHCC006	Krankheiten der Leber	2,70%	631.854

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 6 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
RHCC007	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	17,23%	382.023
RHCC008	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	8,59%	403.172
RHCC009	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	10,89%	600.519
RHCC010	Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	18,99%	183.149
RHCC011	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	5,75%	501.688
RHCC012	Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	17,38%	123.145
RHCC013	Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzminderung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs-Syndrome	13,59%	463.810
RHCC014	Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	42,04%	147.406
RHCC015	Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	15,31%	51.136
RHCC016	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	14,69%	991.267
RHCC017	Zerebrovaskuläre Krankheiten	11,15%	461.411
RHCC018	Sonstige Blutgefäßkrankheiten	7,42%	1.599.166
RHCC019	Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	11,15%	607.856
RHCC020	Augenkrankheiten (nach Komprimierung)	11,02%	735.371
RHCC021	HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	12,32%	272.511

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 6 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2011) in Kalibrierungs- stichprobe
RHCC022	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (nach Komprimierung)	9,91%	815.373
RHCC023	Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	16,64%	382.527
RHCC025	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	11,94%	453.168
RHCC026	Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (nach Komprimierung)	8,46%	1.464.376
RHCC027	Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe	7,46%	305.490
RHCC028	Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	6,53%	10.623
RHCC029	Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	35,40%	29.270
RHCC030	Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestische Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen (nach Komprimierung)	12,16%	574.808
RHCC031	Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der ACC031	9,70%	40.957

### 3.1.3 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Modell zur Berechnung der Veränderungs-raten für das Jahr 2016 („KM87a\_2015“) im Vergleich zum Modell zur Berechnung der Veränderungs-raten für das Jahr 2015 („KM87a\_2014“) dargestellt.

Tabelle 7 weist aus, dass sich die beiden Klassifikationsmodelle zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 („KM87a\_2014“) und für das Jahr 2016 („KM87a\_2015“) nach Komprimierung und Kalibrierung in der Anzahl der insgesamt enthaltenen Risikoklassen um eine THCC unterscheiden. Darüber hinaus wurden, wie bereits in Tabelle 5 dargestellt, in das Klassifikationsmodell „KM87a\_2015“ gegenüber dem Klassifikationsmodell „KM87a\_2014“ abweichende THCC aufgenommen.

Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge	Zahl der Risikoklassen				Anteil der Alters- und Geschlechtsklassen an der ökon. Relevanz
		Alters- und Geschlechtsklassen	THCC	RHCC	Gesamt (m)	
das Jahr 2016	9.795.257	34	42	30	106	33,85 %
das Jahr 2015	11.367.697	34	43	30	107	34,03 %

Tabelle 7: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2015 und 2016

In Tabelle 8 werden der gewichtete MAPE<sup>11</sup> und das adjustierte  $R^2$  zur Beurteilung der Regressionsmodelle angegeben. Diese beiden Kennzahlen werden, wie schon im Kontext der demografischen Veränderungsrate in Teil B Abschnitt 3.1.2 beschrieben, auf der Kalibrierungsmenge berechnet.

Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	Gewichteter MAPE	Adjustiertes $R^2$
für das Jahr 2016	53,00 %	32,55 %
für das Jahr 2015	53,92 %	33,12 %

Tabelle 8: Gewichteter MAPE und adjustiertes  $R^2$  für die Regressionsmodelle zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2015 und 2016

<sup>11</sup>Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ermöglicht sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

## **3.2 Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

### **3.2.1 Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2012 auf 2013**

Die Risikoklassen des Klassifikationsmodells zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 (Modell KM87a\_2015) sind Ergebnis der Anwendung des Komprimierungsalgorithmus auf hierarchisierte Risikokategorien (HCC), die sich wiederum aus den kodierten Diagnosen ergeben (vgl. Abschnitt 1.1).

Da die Entwicklung der Häufigkeiten von Risikoklassen von 2012 auf 2013 auf der Entwicklung der Häufigkeiten der Risikokategorien und letztlich der Diagnosen beruht, werden die mittlere Anzahl distinkter Diagnosen<sup>12</sup>, Risikokategorien und Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013 berichtet. Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden separate Auswertungen für SV-Teilnehmer (basierend auf Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich) und für Nicht-SV-Teilnehmer (basierend auf allen Diagnosen) durchgeführt<sup>13</sup>.

Als klassifizierbare Diagnosen werden diejenigen Diagnosen bezeichnet, die (im Zusammenspiel mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, Alter und/oder Geschlecht) zur Zuordnung einer CC führen. Dabei ist zu beachten, dass Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ überhaupt nur in Zusammenhang mit den Diagnosen der CC200 („Zustand nach Neubildung“) berücksichtigt bzw. klassifiziert werden.

Die mittleren Anzahlen an distinkten klassifizierbaren Diagnosen werden zusätzlich differenziert nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) berichtet (Tabelle 9).

---

<sup>12</sup>Als Diagnose wird hier die Kombination eines ICD-Kodes mit einem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit verstanden.

<sup>13</sup>Sowohl für die Bestimmung diagnosebezogener Veränderungsdaten als auch in diesem Abschnitt zur Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen usw. sind SV-Teilnehmer „längsschnittlich“ definiert, d.h. dass die Teilnahme in mindestens einem Quartal der Jahre 2012 bzw. 2013 zur Zuordnung als Teilnehmer führt. Da die Teilnahme an Selektivverträgen freiwillig ist, gibt es Fluktuationen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. In früheren oder späteren Berichten sind die Teilkollektive der sogenannten „längsschnittlichen“ SV-Teilnehmer nicht unbedingt gleich, da sich die „Längsschnittlichkeit“ auf unterschiedliche Zweijahreszeiträume bezieht. Bei größeren Unterschieden zwischen den Teilkollektiven kann das dazu führen, dass die hier für das Jahr 2012 oder 2013 berichteten Werte nicht übereinstimmen mit Werten, die für das gleiche Jahr in einem anderen Bericht angegeben werden.



Tabelle 9: Durchschnittliche Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung in Prozent
		2012	2013	
Schleswig-Holstein	G	11,60	12,26	5,71%
	Z	0,06	0,06	3,15%
	zusammen	11,66	12,32	5,70%
Hamburg	G	11,70	12,21	4,35%
	Z	0,06	0,06	2,35%
	zusammen	11,76	12,27	4,34%
Bremen	G	11,86	12,45	4,97%
	Z	0,06	0,06	2,08%
	zusammen	11,92	12,51	4,96%
Niedersachsen	G	12,77	13,35	4,57%
	Z	0,06	0,06	1,90%
	zusammen	12,83	13,42	4,55%
Westfalen-Lippe	G	12,46	13,05	4,71%
	Z	0,06	0,06	2,50%
	zusammen	12,52	13,11	4,70%
Nordrhein	G	12,14	12,77	5,24%
	Z	0,06	0,06	-0,25%
	zusammen	12,20	12,83	5,21%
Hessen	G	12,45	12,83	3,04%
	Z	0,06	0,06	0,84%
	zusammen	12,51	12,89	3,03%
Rheinland-Pfalz	G	12,90	13,66	5,81%
	Z	0,06	0,06	-1,77%
	zusammen	12,97	13,72	5,78%
Baden-Württemberg (Nicht-SV-TN)	G	11,16	11,64	4,31%
	Z	0,06	0,05	-4,47%
	zusammen	11,22	11,70	4,26%
Baden-Württemberg (SV-TN)	G	7,03	7,25	3,15%

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 9 – Fortsetzung

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung in Prozent
		2012	2013	
Bayern (Nicht-SV-TN)	Z	0,05	0,05	-9,63%
	zusammen	7,08	7,30	3,05%
	G	12,25	12,69	3,56%
Bayern (SV-TN)	Z	0,06	0,06	1,19%
	zusammen	12,31	12,75	3,55%
	G	7,85	8,05	2,57%
Berlin	Z	0,06	0,06	0,74%
	zusammen	7,91	8,12	2,56%
	G	13,22	13,75	4,01%
Saarland	Z	0,06	0,06	1,09%
	zusammen	13,28	13,81	4,00%
	G	13,35	13,88	4,01%
Mecklenburg-Vorpommern	Z	0,06	0,06	3,13%
	zusammen	13,41	13,95	4,00%
	G	13,35	14,06	5,32%
Brandenburg	Z	0,07	0,08	2,83%
	zusammen	13,42	14,13	5,31%
	G	13,24	13,91	5,03%
Sachsen-Anhalt	Z	0,05	0,05	0,57%
	zusammen	13,30	13,97	5,02%
	G	13,70	14,41	5,19%
Thüringen	Z	0,06	0,06	0,61%
	zusammen	13,75	14,46	5,17%
	G	13,74	14,57	6,04%
Sachsen	Z	0,06	0,06	0,32%
	zusammen	13,80	14,63	6,02%
	G	12,66	13,23	4,55%
	Z	0,06	0,06	0,68%
	zusammen	12,72	13,30	4,53%

Die Veränderung (in Prozent) der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten ist in Abbildung 2 dargestellt.

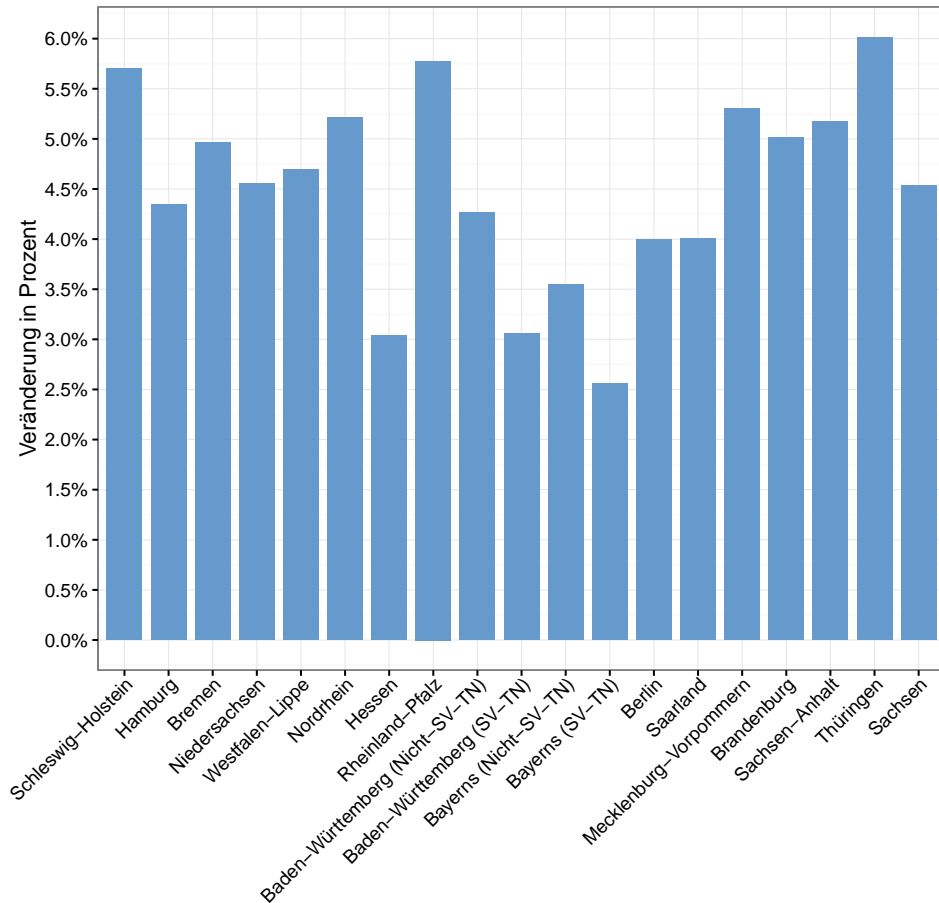


Abbildung 2: Veränderung (in Prozent) der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten von 2012 auf 2013 je KV-Bezirk

In der Abbildung 3 werden die Anteile der mittleren Anzahlen an distinkten klassifizierbaren Diagnosen nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und „Z“ je KV-Bezirk für die Jahre 2012 und 2013 abgebildet.

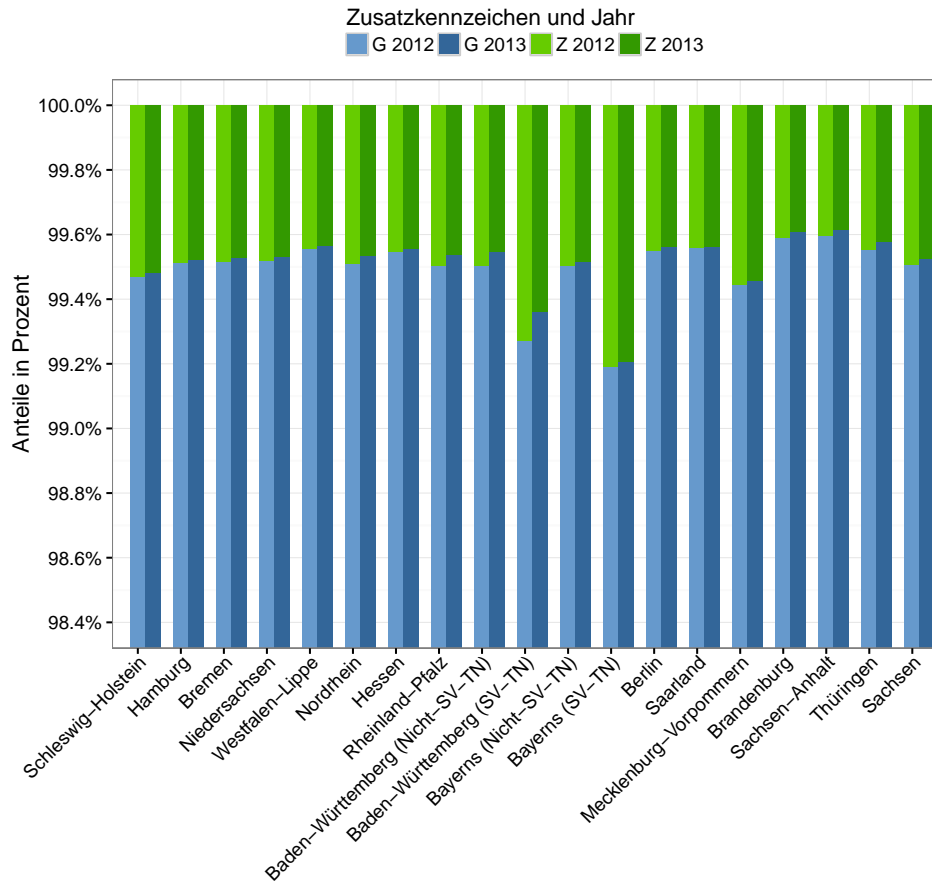


Abbildung 3: Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und „Z“ unter den mittleren Anzahlen distinkter und klassifizierbarer Diagnosen pro Versicherten je KV-Bezirk für die Jahre 2012 und 2013

In Tabelle 10 ist die durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013 dargestellt. Die sogenannte „NonCW-HCC“ (HCC201) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

KV-Bezirk	ØAnzahl HCC		Veränderung in Prozent
	2012	2013	
Schleswig-Holstein	5,32	5,55	4,30%
Hamburg	5,22	5,38	3,20%
Bremen	5,34	5,54	3,68%
Niedersachsen	5,66	5,87	3,64%
Westfalen-Lippe	5,56	5,76	3,68%
Nordrhein	5,44	5,66	4,04%
Hessen	5,58	5,71	2,33%
Rheinland-Pfalz	5,77	6,02	4,31%
Baden-Württemberg (N-TN)	5,06	5,22	3,16%
Baden-Württemberg (SV-TN)	3,11	3,18	2,02%
Bayern (N-TN)	5,36	5,50	2,62%
Bayern (SV-TN)	3,43	3,48	1,54%
Berlin	5,61	5,77	2,80%
Saarland	5,83	6,04	3,52%
Mecklenburg-Vorpommern	6,01	6,28	4,40%
Brandenburg	5,91	6,16	4,18%
Sachsen-Anhalt	5,99	6,26	4,46%
Thüringen	6,08	6,37	4,79%
Sachsen	5,75	5,97	3,83%

Tabelle 10: Durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien (HCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013

Tabelle 11 führt die durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013 auf. Die „RHCC024 Krankheit und Zustände bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (vgl. Abschnitt 1.2.2) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

KV-Bezirk	ØAnzahl THCC/RHCC		Veränderung in Prozent
	2012	2013	
Schleswig-Holstein	5,20	5,42	4,22%
Hamburg	5,10	5,26	3,15%
Bremen	5,23	5,42	3,59%
Niedersachsen	5,53	5,73	3,61%
Westfalen-Lippe	5,43	5,63	3,61%
Nordrhein	5,32	5,53	3,98%
Hessen	5,45	5,58	2,30%
Rheinland-Pfalz	5,64	5,88	4,21%
Baden-Württemberg (N-TN)	4,95	5,11	3,12%
Baden-Württemberg (SV-TN)	3,05	3,11	1,93%
Bayern (N-TN)	5,24	5,37	2,60%
Bayern (SV-TN)	3,35	3,40	1,49%
Berlin	5,47	5,62	2,72%
Saarland	5,70	5,89	3,46%
Mecklenburg-Vorpommern	5,86	6,11	4,35%
Brandenburg	5,75	5,99	4,09%
Sachsen-Anhalt	5,83	6,08	4,38%
Thüringen	5,91	6,19	4,72%
Sachsen	5,60	5,81	3,79%

Tabelle 11: Durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen (THCC/RHCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2012 und 2013

### 3.2.2 Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate

Die Einzelbeiträge sämtlicher Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate sind, getrennt nach KV-Bezirken, in einer Excelmappe enthalten und unter [www.institut-ba.de](http://www.institut-ba.de) veröffentlicht. Die Berechnung der Einzelbeiträge erfolgt

anhand der Formeln 7 und 8.

$$\begin{aligned}
 MI_{VB,k,t} &= \frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} rr_{VB,i,t} \cdot w_{i,t}}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t}} \\
 &= \frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} (\hat{\beta}_1 \cdot x_{VB,i,1,t} + \hat{\beta}_2 \cdot x_{VB,i,2,t} + \dots + \hat{\beta}_m \cdot x_{VB,i,m,t}) \cdot w_{i,t}}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t}} \\
 &= \underbrace{\frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t} \cdot \hat{\beta}_1 \cdot x_{VB,i,1,t}}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t}}}_{\text{Partialindex}_{VB,k,1,t}} + \underbrace{\frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t} \cdot \hat{\beta}_2 \cdot x_{VB,i,2,t}}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t}}}_{\text{Partialindex}_{VB,k,2,t}} + \dots \\
 &\quad + \underbrace{\frac{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t} \cdot \hat{\beta}_m \cdot x_{VB,i,m,t}}{\sum_{i=1}^{n_{VB,k,t}} w_{i,t}}}_{\text{Partialindex}_{VB,k,m,t}}
 \end{aligned} \tag{7}$$

mit

- VB* Versorgungsbereich (VB = „alle Diagnosen“ für alle Nicht-SV-Teilnehmer, VB = „Nicht-HA“ für alle nicht-hausärztlichen Diagnosen von SV-Teilnehmern in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
- k* KV-Bezirk ( $k = 1, \dots, 17$ )
- t* Jahr ( $t = 2012, 2013$ )
- $n_{VB,k,t}$  Anzahl der Versicherten in der Anwendungsmenge für das Jahr *t*, die dem Versorgungsbereich *VB* und dem KV-Bezirk *k* zugeordnet wurden.
- $MI_{VB,k,t}$  Morbiditätsindex für den Versorgungsbereich *VB* im KV-Bezirk *k* für das Jahr *t*
- $rr_{VB,i,t}$  relativer Risikowert des Versicherten *i* im Jahr *t* für den Versorgungsbereich *VB*
- $\hat{\beta}_j$  bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse *j* ( $j = 1, \dots, m$ )
- $x_{VB,i,j,t}$  Ausprägung der Risikoklasse *j* des Versicherten *i* im Jahr *t* für den Versorgungsbereich *VB*
- $w_{i,t}$  Gewichtungvariable für den Versicherten *i* im Jahr *t* ( $w_{i,t} = AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t} \cdot K_{i,t}$ )
- $AVQ_{i,t}$  Anzahl der Versichertenquartale des Versicherten *i* im Jahr *t*
- $DHF_{i,t}$  Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten *i* für das Jahr *t* bezogen auf die Anzahl aller Versicherten im KV-Bezirk
- $K_{i,t}$  Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des Versicherten *i* für das Jahr *t* (der Korrekturfaktor nimmt für VB = „alle Diagnosen“ [für alle Nicht-SV-Teilnehmer] den Wert 1 an)

$$\begin{aligned}
 VR_{VB,k} &= \frac{MI_{VB,k,2013}}{MI_{VB,k,2012}} - 1 = \frac{MI_{VB,k,2013} - MI_{VB,k,2012}}{MI_{VB,k,2012}} \\
 &= \sum_{j=1}^m \left( \frac{Partialindex_{VB,j,k,2013} - Partialindex_{VB,j,k,2012}}{MI_{VB,k,2012}} \right) \quad (8)
 \end{aligned}$$

mit

$VR_{VB,k}$  Veränderungsrate für den Versorgungsbereich VB im KV-Bezirk k

Die Zerlegung der jeweiligen Veränderungsrate erfolgt also additiv, der Einzelbeitrag der Risikoklasse j entspricht der Entwicklung des j-ten Partialindex in Relation zum Morbiditätsindex für den Versorgungsbereich VB im KV-Bezirk k für das Jahr 2012 ( $MI_{VB,k,2012}$ ).

Da in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg separate Komponenten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet werden, die dann zur diagnosebezogenen Veränderungsrate für diese KV-Bezirke zusammengeführt werden, werden in diesen beiden Regionen auch die Einzelbeiträge der Risikoklassen für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer separat ermittelt.



## **Teil D: Weiterentwicklungen**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Weiterentwicklung der Datengrundlage.....</b>	<b>75</b>
<b>2</b>	<b>Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten .....</b>	<b>75</b>
<b>3</b>	<b>Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....</b>	<b>75</b>
3.1	Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	76
3.2	Weiterentwicklung des Klassifikationssystems.....	79
3.2.1	Einleitung.....	79
3.2.2	Grundlagen zum Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a).....	80
3.2.3	Grundsätze der Bearbeitungen.....	83
3.2.4	Überarbeitung der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen und Risikokategorien in der „ACC020 Augenkrankheiten“.....	93
3.2.5	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2014 der ICD-10-GM.....	105
3.2.6	Sonstige Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien .....	109
3.3	Weiterentwicklung der Berechnung von Relativgewichten zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	110
3.4	Weiterentwicklung der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	111

## **1 Weiterentwicklung der Datengrundlage**

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Datengrundlage festgestellt werden konnte, dass durch die stufenweise Einführung der elektronischen Gesundheitskarte seit dem 1. Oktober 2011 der Anteil der Abrechnungsfälle, die direkt über die lebenslange Versicherungsnummer den Versichertenstammdaten zugeordnet werden können, stark angestiegen ist. Für nähere Informationen hierzu sowie zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Datengrundlage insgesamt sei auf die „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2011-2013 an die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichtes verwiesen.

## **2 Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten**

Gegenüber den Festlegungen des Vorjahres hat es keine Weiterentwicklungen gegeben.

## **3 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems beschlossen. Der Bewertungsausschuss hat anschließend in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung beschlossen. Als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung wurde dort das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 in Beschluss Teil B Nr. 2.3 beschlossene Modell (H15EBA) unter Verwendung der Version p06 des Klassifikationssystems festgelegt.

Das Klassifikationsmodell H15EBA wurde für die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2010 verwendet und ist ausführlich beschrieben im „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008“.

Das Klassifikationsmodell H15EBA wurde weiterentwickelt zum Klassifikationsmodell KM87a\_2012. Mit dem Klassifikationsmodell KM87a\_2012 wurden die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten des Jahres 2013 bestimmt. Das Klassifikationsmodell KM87a\_2012 sowie die Weiterentwicklungen vom Klassifikationsmodell H15EBA zum Klassifikationsmodell KM87a\_2012

sind ausführlich im „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V“ dokumentiert.

Das Klassifikationsmodell KM87a\_2012 wurde weiterentwickelt zum Klassifikationsmodell KM87a\_2013 und zum Klassifikationsmodell KM87a\_2014. Mit dem Klassifikationsmodell KM87a\_2014 wurden die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten des Jahres 2015 bestimmt. Das Klassifikationsmodell KM87a\_2014 sowie die Weiterentwicklungen vom KM87a\_2013 sind ausführlich im „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V“ dokumentiert.

Die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 wurden mit dem Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bestimmt. Dieses Modell wird im Folgenden als KM87a\_2014 bezeichnet. In den folgenden Abschnitten wird die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells KM87a\_2014 hin zu dem mit KM87a\_2015 bezeichneten Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2016 dargestellt.

### **3.1 Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten**

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Weiterentwicklungen vom Klassifikationsmodell KM87a\_2014 hin zum Klassifikationsmodell KM87a\_2015. Der Vollständigkeit halber sind in dieser Tabelle auch Merkmale aufgelistet, deren Ausprägung sich zwischen den beiden Modellen nicht unterscheidet.

Die in der Tabelle aufgelisteten Merkmale der Modelle sind untergliedert in die Bereiche:

- Datengrundlage,
- Klassifikation,
- Berechnung der Relativgewichte und
- Berechnung der Veränderungsdaten.

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2014	KM87a_2015
<b>Datengrundlage</b>		
Berichtsjahre	2010 – 2012	2011 – 2013
GSP-Daten	Stand vom 09.04.2014	Stand vom 15.06.2015
SV-Daten	Stand vom 17.07.2014	Stand vom 15.06.2015
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	
Fälle ohne Leistungsbedarf	Ausschluss	
Identifikation SV-Teilnehmer	gemäß Beschluss 332. BA	gemäß Beschluss 355. BA
Diagnosen von nicht zur Diagnose verpflichteten Ärzten	kein Ausschluss	
Personen mit Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V (sog. Betreute)	Ausschluss	kein Ausschluss
Version der KM6-Statistik	2011 und 2012	2012 und 2013
<b>Klassifikation</b>		
Version des Klassifikations-systems	p08b	p09a
<b>Berechnung der Relativgewichte</b>		
verwendete Geburtskalendertage	3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25	4, 5, 11, 17, 18, 24, 25
Jahresbezüge des prospektiven Modells	2010 und 2012	2011 und 2013
MGV-Leistungsbedarf	gemäß Beschluss des 332. BA in der Einheit Euro nach LB-EuroGO	gemäß Beschluss des 335. BA in der Einheit Punkte
Annualisierung des Leistungsbedarfs	ja, mit Anzahl an Versichertenquartalen im jeweiligen Jahr	
Abhängige Variable im Regressionsmodell	relativer MGV-Leistungsbedarf	
Regionale Abgrenzung	bundeseinheitlich	
versichertenzeitvollständig	nur Berücksichtigung von Versicherten, die mindestens 45 Tage in jedem Quartal eines Jahres versichert waren (Ausnahme: Quartal des Todes und die Folgequartale im Jahr des Todes)	
SV-Teilnehmer in der Stichprobe	Ausschluss	
Kompression	gemäß Beschluss des 332. BA	
Kalibrierung	gemäß Beschluss des 332. BA	
<b>Berechnung der Veränderungs-raten</b>		

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2014	KM87a_2015
Anwendungsjahre	2011 und 2012	2012 und 2013
verwendete Geburtskalender- dertage	2011: 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24 2012: 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25	2012: 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25 2013: 4, 5, 11, 17, 18, 24, 25
Regionale Abgrenzung	KV-spezifisch	
versicherenzetausreichend	keine Berücksichtigung von Versicherten, die weniger als 120 Tage im Jahr versichert waren, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Verstorbene und Versicherte, für die in einem Quartal des Jahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.	
SV-Teilnehmer in der Stich- probe	Keine Berücksichtigung von Versicherten, die in einem der Jahre 2011 und 2012 als SV-Teilnehmer identifiziert wurden, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden auch für SV-Teilnehmer ausschließlich nach § 73b SGB V relative Risikowerte berechnet und damit getrennte Raten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.	Keine Berücksichtigung von Versicherten, die in einem der Jahre 2012 und 2013 als SV-Teilnehmer identifiziert wurden, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden auch für SV-Teilnehmer ausschließlich nach § 73b SGB V relative Risikowerte berechnet und damit getrennte Raten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.
Diagnosen (Nicht-SV- Teilnehmer)	Verwendung aller Diagnosen	
Diagnosen (SV-Teilnehmer)	Verwendung von ausschließlich nicht hausärztlichen Diagnosen in der Abgrenzung 332. BA	
SV-Diagnosen	keine Verwendung	
Demografische Hochrech- nungsfaktoren (DHF)	Berechnung mit Hochrechnungsfaktoren je KV, Alters- und Geschlechtsgruppe und Jahr	
Korrekturfaktor der DHF für „nur-§ 73b- Versicherte“	Berechnung mit Korrekturfaktoren in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern je Alters- und Geschlechtsgruppe und Jahr	
Berechnung der Verände- rungsrate <sup>1</sup>	$VR_k = \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}} - 1$	$VR_k = \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2013,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}} - 1$
	Ausnahme: Berechnung der Veränderungsrate für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg. In diesen beiden KV-Bezirken wird ein gewichte-	Ausnahme: Berechnung der Veränderungsrate für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg. In diesen beiden KV-Bezirken wird ein gewichte-

<sup>1</sup>Die Bezeichnung der Variablen erfolgt analog zu den Bezeichnungen in den Formeln in Teil B und in Teil C.

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2014	KM87a_2015
	tes Mittel aus getrennten Raten für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme an ausschließlich Verträgen nach §73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern berechnet:	tes Mittel aus getrennten Raten für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme an ausschließlich Verträgen nach §73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern berechnet:
	$VR_k = G_k \cdot \left( \frac{MI_{Nicht-HA,2012,k}}{MI_{Nicht-HA,2011,k}} - 1 \right)$	$VR_k = G_k \cdot \left( \frac{MI_{Nicht-HA,2013,k}}{MI_{Nicht-HA,2012,k}} - 1 \right)$
	$+ (1 - G_k) \cdot \left( \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}} - 1 \right)$	$+ (1 - G_k) \cdot \left( \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2013,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}} - 1 \right)$
	Der Index <i>Nicht-HA</i> steht für die ausschließliche Verwendung von Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich.	Der Index <i>Nicht-HA</i> steht für die ausschließliche Verwendung von Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich.

Tabelle 1: Vergleich des Klassifikationsmodells KM87a\_2014 mit dem Klassifikationsmodell KM87a\_2015

## 3.2 Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

### 3.2.1 Einleitung

Im Jahr 2014 erfolgte die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß § 87a SGB V für das Jahr 2015 mit dem Klassifikationsmodell „KM87a\_2014“. Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem (KS87a) war die Version p08b.

Unter Beachtung und Anwendung von Festlegungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V<sup>2</sup> erfolgte eine Weiterentwicklung von der Version p08b zur Version p09a. Die Version p09a wurde am 2. Juni 2015 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben.

<sup>2</sup> Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V wurde dieser Beschluss mit Wirkung zum 31. August 2013 geändert. Diese Änderung betraf jedoch nur die Vorgaben zur Berichterstattung und nicht die hier thematisierten Festlegungen zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems.

Am 23. Juni 2015 hat der Bewertungsausschuss in seiner 355. Sitzung das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2016 beschlossen („KM87a\_2015“). Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem ist die Version p09a.

Die Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems von der Version p08b zur Version p09a umfassen insgesamt:

- die Überarbeitung der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen und Risikokategorien in der „ACC020 Augenkrankheiten“ (siehe 3.2.4),
- die Anpassung des Klassifikationssystems an die Jahresversion 2014 der ICD-10-GM sowie die Entfernung aller Zuordnungen von Schlüsselnummern der ICD-Version 2008 zu Diagnosegruppen und Risikokategorien (siehe 3.2.5) und
- sonstige Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien (siehe 3.2.6).

In der folgenden Tabelle sind die Parameter der KS87a-Versionen p08b und p09a gegenübergestellt.

Parameter	Version p08b	Version p09a
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	34	34
Diagnosegruppen (DxG)	<b>814</b>	<b>821</b>
Risikokategorien (CC/HCC)	<b>190</b>	<b>188</b>
Hierarchien (CC→HCC)	<b>268</b>	<b>265</b>
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	32	32
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	<b>2008 bis 2013</b>	<b>2009 bis 2014</b>

Tabelle 2: Parameter der Versionen p08b und p09a des Klassifikationssystems

### 3.2.2 Grundlagen zum Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a)

#### 3.2.2.1 Überleitung der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Risikokategorien des Klassifikationssystems

Die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien erfolgt bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien in zwei Gruppierungsschritten. Im ersten Schritt werden alle gültigen ICD-Kodes (ca. 14.500) in ca. 820 Diagnosegruppen (Dx-Gruppen, DxG) zusammengefasst. Im zweiten Schritt werden die



Dx-Gruppen den aktuell 188 diagnosebezogenen Risikokategorien (Condition Categories, CC bzw. Hierarchical Condition Categories, HCC) zugeordnet.

In den folgenden Ausführungen werden diese Gruppierungsschritte der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Diagnosegruppen und Risikokategorien des Klassifikationssystems meist verkürzt als ICD-DxG-Überleitungen, DxG-CC-Überleitungen, ICD-DxG-CC-Überleitungen oder ICD-CC-Überleitungen bezeichnet.

### *3.2.2.1.1 Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisation*

Im Klassifikationssystem KS87a werden die Schlüsselnummern der ICD-10-GM immer nur im Zusammenhang mit ihrem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) in Risikokategorien übergeleitet.

In Verbindung mit dem ZK-DS „G“ (gesichert) erfolgt für alle ICD-Kodes eine Überleitung in Risikokategorien. Von den ICD-Kodes mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach) wird nur eine festgelegte Auswahl (Schlüsselnummern für Tumoren) übergeleitet. Für ICD-Kodes mit den ZK-DS „A“ (ausgeschlossen) oder „V“ (Verdacht auf) erfolgt keine Überleitung in Risikokategorien.

Wenn in den folgenden Ausführungen ICD-CC-Überleitungen ohne Nennung des ZK-DS aufgeführt werden, handelt es sich immer um Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert).

Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation werden im Klassifikationssystem derzeit nicht benutzt.

### *3.2.2.1.2 Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen*

Weitere Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Die meisten Überleitungen erfolgen unabhängig von Alter und Geschlecht, einige jedoch nur, wenn definierte Bedingungen für Alter und Geschlecht erfüllt sind. Dabei ist es auch möglich, dass eine Schlüsselnummer in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht in unterschiedliche Risikokategorien übergeleitet wird.

### *3.2.2.1.3 Einfache und doppelte ICD-CC-Überleitungen*

Anhand der in 3.2.2.1.1 und 3.2.2.1.2 genannten Kriterien (Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, Alter, Geschlecht) ergibt sich für eine ICD-Schlüsselnummer in der Regel eine eindeutige Zuordnung zu einer einzelnen Risikokategorie („einfache ICD-CC-Überleitung“).

In wenigen Einzelfällen wird eine ICD-Schlüsselnummer unabhängig von den genannten Kriterien immer gleichzeitig in zwei Risikokategorien übergeleitet. Zum Beispiel (KS87a-Version p09a) wird „E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nieren-

komplifikationen: Nicht als entgleist bezeichnet“ gleichzeitig der „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ und auch der „CC020 Typ-1-Diabetes mellitus“ zugeordnet. In den folgenden Ausführungen wird in diesen Fällen die Begrifflichkeit „doppelte ICD-CC-Überleitung“ verwendet.

### 3.2.2.2 Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Die Hierarchisierung der Risikokategorien gehört zu den Grundsätzen von diagnosebasierten Klassifikationssystemen. Die Hierarchien dienen dazu, dass die schwerwiegenderen Erkrankungen oder Zustände die weniger schwerwiegenden dominieren.

Im Klassifikationssystem p09a stehen die meisten diagnosebezogenen Risikokategorien (140 von 188) untereinander in einer oder mehreren hierarchischen Beziehungen. Das heißt, sie sind einander über- oder untergeordnet. Die folgende Abbildung soll dies beispielhaft verdeutlichen.

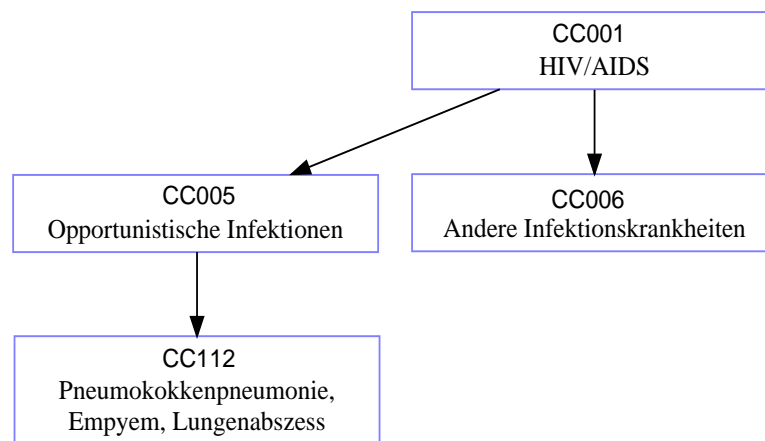


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung von Hierarchiebeziehungen zwischen Risikokategorien

Im Beispiel ist die CC005 der CC001 untergeordnet und der CC112 übergeordnet. Gleichzeitig ist auch die CC001 der CC112 übergeordnet, was als transitive Hierarchiebeziehung bezeichnet wird.

Wird einem Versicherten<sup>3</sup> aufgrund seiner kodierten Diagnosen sowohl die CC001 wie auch die CC005 zugewiesen, bewirkt die Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems, dass die CC005 bei diesem Versicherten unterdrückt (gelöscht) und die CC001 (Condition Category 001) zur HCC001 (Hierarchical Condition Category 001) wird.

<sup>3</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird nur die männliche Variante verwendet. Die Beschreibungen gelten aber gleichermaßen auch für die weibliche Variante dieses Wortes.

### *3.2.2.3 Alters-und Geschlechtsgruppen (AGG) des Klassifikationssystems*

Neben den diagnosebezogenen Risikokategorien enthält das Klassifikationssystem KS87a auch Risikokategorien, die den Versicherten aufgrund ihres Alters und Geschlechts zugeordnet werden. Jedem Versicherten wird dabei genau eine Alters-und Geschlechtsgruppe zugeordnet. Diese Klassifizierung ist unabhängig davon, ob für den Versicherten auch Diagnosen im Datensatz vorliegen oder nicht, und hat keinerlei Bezug zur unter 3.2.2.1.2 beschriebenen Funktion von Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen.

### **3.2.3 Grundsätze der Bearbeitungen**

Basis für die Grundsätze der Bearbeitungen des Klassifikationssystems sind die Vorgaben aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V.

#### *3.2.3.1 Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V*

##### *3.2.3.1.1 Anwendungsbedingungen*

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung ist bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems als Anwendungsbedingung insbesondere zu berücksichtigen, dass

- keine ambulanten Kodierrichtlinien zur Sicherstellung einheitlicher Diagnosequalität vorhanden sind,
- weitere regional unterschiedliche Gegebenheiten, insbesondere unterschiedliche Abgrenzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorliegen können und
- die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 4 SGB V auf der Ebene aller Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen hat.

Darüber hinaus sind Veränderungen der Struktur der vertragsärztlichen Versorgung durch Gesetzesänderungen und deren Umsetzung zu berücksichtigen.

### 3.2.3.1.2 Kriterien und Ziele

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung sind bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems die folgenden Kriterien und Ziele zu berücksichtigen.

- Das Klassifikationssystem soll alle Diagnosen berücksichtigen, die für die MGV-relevante Veränderung der Morbiditätsstruktur maßgeblich sind.
- Auf der untersten Ebene sollen die Diagnosen klinisch homogenen Diagnosegruppen zugeordnet werden, die eine Differenzierung sowohl akuter als auch chronischer, schwerwiegender und/oder besonders häufiger Krankheiten gewährleisten. Die Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien erfolgt unter Verwendung dieser Diagnosegruppen. Die Änderung von Zuordnungen von Diagnosen zu Diagnosegruppen und Risikokategorien sowie die Anpassung der Risikokategorien, insbesondere ihre Zusammenlegung, Aufteilung und hierarchische Anordnung haben regelbasiert zu erfolgen.
- Um den Einfluss von Variationen in der Kodierung multimorbider Patienten oder solcher mit einem bestimmten Schweregrad einer Erkrankung einzugrenzen, sind die Risikokategorien des weiterentwickelten Klassifikationssystems erstens in Hierarchien anzuordnen und zweitens zu komprimieren. Hierbei kann die Anordnung in Hierarchien nicht nur nach Schweregraden, sondern auch in organsystemübergreifenden Hierarchien erfolgen, in denen (eine) dominierende Risikokategorie(n) zur Beschreibung MGV-relevanter Veränderungen der Morbiditätsstruktur geeignet ist (sind).
- Die Risikokategorien des Klassifikationssystems sollen möglichst ökonomisch homogen sein.
- Das Klassifikationssystem und die damit ermittelten diagnosebezogenen Veränderungsdaten sollen hinsichtlich der statistischen Eigenschaften den Anforderungen in Bezug auf Reliabilität, Validität, Signifikanz, Stabilität und Schätzgenauigkeit genügen und insbesondere robust sein gegenüber Ausreißerwerten und verbliebenen Mängeln in den zugrunde liegenden Daten.
- Das Klassifikationssystem soll resistent sein gegenüber möglichen Anreizwirkungen zur Manipulation der Dokumentationsgrundlagen.
- Die jährlichen Anpassungen des Klassifikationssystems aufgrund von Änderungen in der ICD-10-GM sollen regelbasiert berücksichtigt werden.

### *3.2.3.2 Rahmenvorgaben*

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung legt den Rahmen für die Anpassung des Klassifikationssystems fest. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses.

Die Ausgestaltung eines Regelwerks sowie ggf. notwendige Konkretisierungen der Methoden für die jährliche regelmäßige Anpassung des Klassifikationssystems sind im Verlauf der Arbeiten zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems unter Berücksichtigung der Anwendungsbedingungen (siehe 3.2.3.1.1) und der Kriterien und Ziele (siehe 3.2.3.1.2) vorzunehmen.

Die Weiterentwicklung der Diagnosezuordnungen des Klassifikationssystems erfolgt auf der Ebene des jeweils aktualisierten Standes der für den definierten Verwendungszweck weiterentwickelten Version des Klassifikationssystems vor dem Hintergrund der Anwendungsbedingungen (siehe 3.2.3.1.1) und der Kriterien und Ziele (siehe 3.2.3.1.2). Dabei können neben den jährlichen Änderungen am ICD-Katalog auch weitere Aspekte wie eine selektive Behebung von festgestellten Mängeln in der medizinischen und/oder ökonomisch begründeten Zuordnung berücksichtigt werden.

#### *3.2.3.2.1 Sonstiges*

Neben den unter 3.2.3.1.1 bis 3.2.3.2 dargestellten Aspekten enthält der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung eine Reihe weiterer Bestimmungen für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V, z.B. den Auftrag an das Institut des Bewertungsausschusses zur regelmäßigen Erstellung des hier vorliegenden Berichts. Auf die hier zu berichtende Weiterentwicklung der Zuordnung der Diagnosen bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien haben diese weiteren Bestimmungen jedoch keinen direkten Einfluss, so dass auf ihre Darstellung verzichtet wird.

#### *3.2.3.3 Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems*

Wie im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung festgelegt, soll die Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems im Verlauf der entsprechenden Bearbeitungen durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung des Bewertungsausschusses erfolgen. Dem entsprechend wurden im Rahmen der bisherigen Weiterentwicklungen des

Klassifikationssystem ein Regelwerk für die Anpassungen an neue Jahresversionen der ICD-10-GM und Kriterien für die Beurteilung der klinischen Homogenität von Diagnosegruppen erstellt.

Mit der Überarbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“, die im vorliegenden Bericht beschrieben wird, waren eine Neudefinition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ und die Erstellung eines Regelwerks für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen verbunden.

#### *3.2.3.4 Grundlagen und Regelwerk für die Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM*

In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln (§ 295 Absatz 1 SGB V). Die ICD-10-GM wird vom DIMDI in jedem Kalenderjahr in einer neuen, geänderten Fassung herausgegeben. Dadurch ist es notwendig, auch das Klassifikationssystem regelmäßig an die jeweils neue Jahresversion der ICD-10-GM anzupassen.

Im Folgenden werden die drei wichtigsten Anpassungsschritte des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM dargestellt. Diese erfolgen für alle endständigen (terminalen) und die nichtendständigen (nichtterminalen) vierstelligen Codes. Nichtendständige dreistellige ICD-Schlüsselnummern wurden nicht mit einbezogen, da sie laut § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich nicht zugelassen sind.

Bei der Beschreibung der Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM werden die Überleitungen der ICD-Kodes in die diagnosebezogenen Risikokategorien (ICD-CC-Überleitungen) ohne die erste Gruppierungsstufe, die Zusammenfassung in Diagnosegruppen (siehe 3.2.2.1), dargestellt.

#### *3.2.3.5 Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM*

Die jeweilige Jahresversion der ICD-10-GM enthält im Regelfall neue Schlüsselnummern im Vergleich zur Vorversion. Diese neuen Diagnosecodes werden in das Klassifikationssystem integriert, indem für sie jeweils Überleitungen in die bereits vorhandenen diagnosebezogenen Risikokategorien erstellt werden. Neben der Auswahl der zuzuordnenden Risikokategorie werden für diese neuen ICD-CC-Überleitungen auch die weiteren Parameter – Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, untere Altersgrenze, obere Altersgrenze und Geschlecht –

festgelegt. Außerdem erhalten sie eine Markierung für das Gültigkeitsjahr der neuen Version der ICD-10-GM. Für alle Vorjahre werden sie als ungültig markiert. Bei der Überleitung der neuen Codes gilt der Grundsatz: Eine neue Schlüsselnummer wird genauso übergeleitet, wie die Schlüsselnummer, die ein Arzt<sup>4</sup> voraussichtlich ausgewählt hätte, wenn er die gleiche Diagnose mit der ICD-Vorjahresversion kodiert hätte. Am Beispiel des Codes „Q83.80 Tubuläre Brust“ (eine angeborene Fehlbildung der Mamma [Brustdrüse]), der 2014 neu in die ICD-10-GM aufgenommen wurde, soll dieser Grundsatz veranschaulicht werden.

Die ICD-Version 2013 ermöglicht die Kodierung angeborener Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse] nur mit den folgenden Schlüsselnummern:

- Q83.0 Angeborenes Fehlen der Mamma verbunden mit fehlender Brustwarze
- Q83.1 Akzessorische Mamma
- Q83.2 Fehlen der Brustwarze (angeboren)
- Q83.3 Akzessorische Brustwarze
- Q83.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma
- Q83.9 Angeborene Fehlbildung der Mamma, nicht näher bezeichnet

Wollte ein Arzt in 2013 die angeborene Fehlbildung „Tubuläre Brust“ verschlüsseln, hat er korrekterweise den ICD-Kode „Q83.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma“ angegeben. Q83.8 wird im Klassifikationssystem in die Risikokategorie „CC153 Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde“ übergeleitet. Ab 2014 gibt es für die angeborene Fehlbildung „Tubuläre Brust“ den spezifischen ICD-Kode „Q83.80 Tubuläre Brust“. Will ein Arzt jetzt diese Krankheit verschlüsseln, gibt er korrekterweise den neuen, genaueren Code an. Die Integration der neuen Schlüsselnummer Q83.80 in das Klassifikationssystem erfolgte entsprechend dem oben genannten Grundsatz so, dass sie – genau wie Q83.8 – in die Risikokategorie „CC153 Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde“ übergeleitet wird.

Wichtigste Orientierungshilfe für die Integration neuer Schlüsselnummern in das Klassifikationssystem ist die mit jeder Jahresversion der ICD-10-GM vom DIMDI herausgegebene Überleitungstabelle zwischen der neuen und der Vorjahresver-

---

<sup>4</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird nur der Begriff Arzt verwendet. Die Beschreibungen gelten aber gleichermaßen auch für Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeuten/innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen.

sion. Diese wird durch das DIMDI parallel zur Überarbeitung der ICD-10-GM erstellt, um die einheitliche Anpassung der Systeme, die die ICD-10-GM nutzen, zu gewährleisten.

#### *3.2.3.5.1 Ungültige ICD-CC-Überleitungen durch Streichung von Schlüsselnummern in neuen Versionen der ICD-10-GM*

Mit neuen Jahresversionen der ICD-10-GM werden im Regelfall auch Schlüsselnummern der jeweiligen Vorversion aus dem Diagnosen-Katalog gestrichen. Bei der Anpassung des Klassifikationssystems werden alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern ab dem Jahr des Inkrafttretens der neuen Version als ungültig markiert.

#### *3.2.3.5.2 Prüfung der ICD-DxG-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen in neuen Versionen der ICD-10-GM*

Neben der Neuaufnahme und Streichung von Schlüsselnummern erfolgen mit neuen Jahresversionen der ICD-10-GM auch Änderungen der Textbezeichnungen bestehender Diagnose-Kodes. Diese Textänderungen sind überwiegend nur redaktionell, können aber auch die medizinisch inhaltliche Aussage einer ICD-Schlüsselnummer verändern. Bei den Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM werden daher auch alle ICD-CC-Überleitungen der Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft und gegebenenfalls geändert.

#### *3.2.3.6 Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“*

Als erster Schritt für die Bearbeitung dieser Zielstellung wurden die folgenden grundsätzlichen Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ formuliert.

Die „klinische Homogenität“ wurde definiert als Zusammengehörigkeit (Ähnlichkeit) von Diagnosen bezüglich

- Lokalisation (Organ, Organsystem, Körperteil, -abschnitt, -seite),
- Ätiologie,
- Komplikation(en),
- Komorbiditäten,
- Schweregrad/Stadium,
- Verlauf,



- akute oder chronische Erkrankung und
- Behandlung stationär oder ambulant.

Diese Kriterien sollen grundsätzlich herangezogen werden, wenn Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems mit der Zielsetzung der Verbesserung der Zuordnung von Diagnosen zu klinisch homogenen Diagnosegruppen erfolgen. Aber in Bezug auf die jeweiligen spezifischen Bearbeitungsbereiche werden einerseits nicht immer alle Kriterien zutreffen können, andererseits wird es eventuell erforderlich sein, die vorliegenden Kriterien zu erweitern. Die aufgeführte Liste ist somit nicht als abschließend zu betrachten.

Prinzipiell nicht für den jeweiligen Bearbeitungsbereich nutzbar sind einzelne Kriterien, wenn die entsprechende Information nicht aus dem Diagnoseeintrag in der ICD-10-GM ableitbar ist. Zum Beispiel kann aus den ICD-Schlüsselnummern

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

kein Schweregrad abgeleitet werden, wie bei den Codes

I50.11 Linksherzinsuffizienz ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)

I50.12 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)

I50.13 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)

I50.14 Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV).

Letztere enthalten wiederum nicht die Information, ob die Krankheit primär oder sekundär ist, die gegebenenfalls für weitere Kriterien notwendig sein kann.

Ableitbarkeit entsprechender Informationen aus dem Diagnoseeintrag in der ICD-10-GM heißt aber auch nicht, dass die Information immer direkt im Text der Schlüsselnummer stehen muss. Zum Beispiel kann aufgrund des aktuellen medizinischen Wissensstandes mit hoher Wahrscheinlichkeit abgeleitet werden, dass bei der ICD-Diagnose „S00.31 Schürfwunde der Nase“ eine ambulante und bei „S02.7 Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen“ eine stationäre Behandlung durchgeführt wird.

Neben den grundsätzlichen Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ sind gegebenenfalls bei besonderen Fragestellungen auch die Häufigkeiten des Auftretens der einzelnen Diagnosen (Prävalenzen) mit zu berücksichtigen.

Ergänzend wurde festgelegt, dass die für die einzelnen Bearbeitungsbereiche zutreffenden Kriterien jeweils zu priorisieren sind. Die Auswahl und Priorisierung der Kriterien für „klinische Homogenität“ erfolgt für die einzelnen Bearbeitungsbereiche erstmals vor Beginn der Bearbeitung und wird im Verlauf kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst.

### 3.2.3.7 Hierarchieverletzungen

Mit der Überarbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“ (siehe 3.2.4) waren die Neudefinition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ und die Erstellung eines Regelwerks für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen verbunden.

Grundsätzliches zur Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems wird im Abschnitt 3.2.2.2 beschrieben.

#### 3.2.3.7.1 Neudefinition des Begriffs „Hierarchieverletzung“

Bis zur Neudefinition wurde eine Hierarchieverletzung festgestellt, wenn das Kostengewicht einer untergeordneten hierarchisierten Risikokategorie größer war als das Kostengewicht der übergeordneten hierarchisierten Risikokategorie, wobei beide Kostengewichte positiv und signifikant sein mussten. In der folgenden Abbildung ist dies graphisch dargestellt.

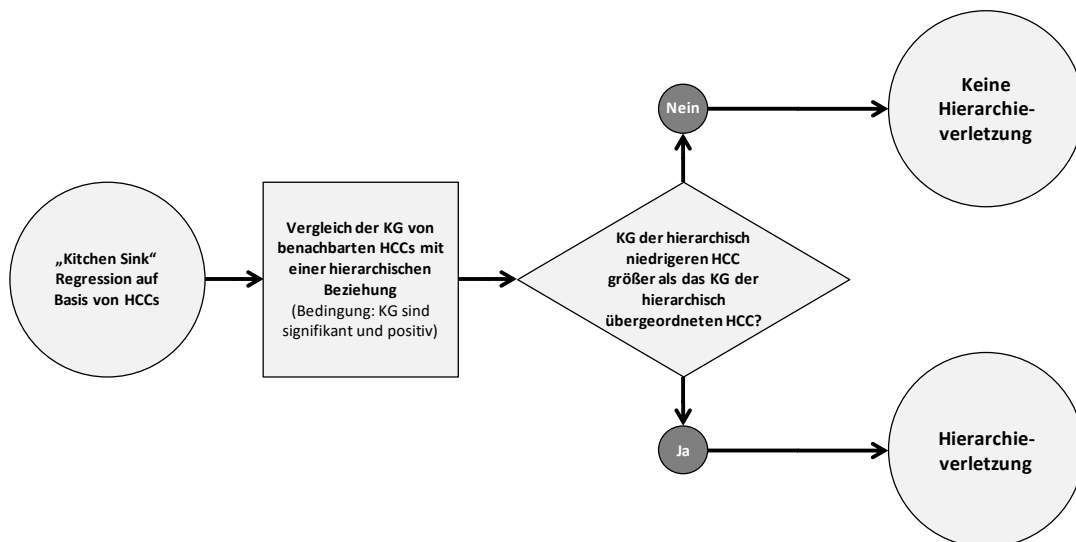


Abbildung 2: Flussdiagramm (alt) zur Feststellung einer Hierarchieverletzung  
(in Anlehnung an eine Graphik aus einer Präsentation der KBV in der Sitzung der AG Gruperanpassung am 04.12.2014)

Bei der Beurteilung der Hierarchien der Risikokategorien in der „ACC020 Augenkrankheiten“ auf Basis der bisherige Definition, wurde festgestellt, dass einzelne Hierarchieverletzungen in ihrem Auftreten nicht konstant waren. Beim Wechsel

zwischen den Klassifikationssystem-Versionen oder der Verwendung anderer Datenbanken waren diese Hierarchieverletzungen nicht konstant nachweisbar, obwohl weder zwischen den Klassifikationssystemen noch zwischen den Datenbanken Unterschiede im Bereich der Augenkrankheiten plausibel waren. Durch den einfachen Größer/Kleiner-Vergleich der Kostengewichte der Risikokategorien führten bereits minimale Unterschiede dieser Kostengewichte zu unterschiedlichen Feststellungen von Hierarchieverletzungen. Deshalb wurde die folgende Neudefinition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ auf Basis einer statistischen Absicherung der Unterschiede zwischen den Kostengewichten von untereinander hierarchisierten Risikokategorien beschlossen.<sup>5</sup>

Eine Hierarchieverletzung zwischen zwei untereinander hierarchisierten Risikokategorien liegt vor,

- wenn die Kostengewichte beider Risikokategorien positiv und signifikant sind und
- wenn das Kostengewicht der untergeordneten Risikokategorie größer ist als das Kostengewicht der übergeordneten Risikokategorie und
- wenn die Differenz zwischen den Kostengewichten der beiden Risikokategorien statistisch signifikant von Null abweicht. Hierfür muss ein Signifikanzniveau von 5% (p-Wert:  $\leq 0,05$ ) vorliegen.

Die Signifikanzprüfung erfolgt mit einem F-Test zum Vergleich zweier Modelle: ein Modell mit Restriktionen (Nullhypothesenmodell) und ein Modell ohne Restriktionen (unrestringiertes Modell). Das unrestringierte Modell entspricht hier dem Regressionsmodell aus Formel (1) in Teil C<sup>6</sup>. Das Nullhypothesenmodell enthält hingegen die Restriktion, dass die Kostengewichte der beiden CCs (CC1 und CC2) der zu untersuchenden Hierarchie gleich sein sollen ( $H_0: \hat{\beta}_{CC1} = \hat{\beta}_{CC2}$ ). Die Teststatistik zur Prüfung der Nullhypothese berechnet sich nach der folgenden Formel (Formel für die Berechnung des F-Wertes):

$$F = \frac{(SQR_{Null} - SQR_{unrestr.}) \cdot (T - K)}{SQR_{unrestr.} \cdot L}$$

$SQR_{Null}$  := Summe der Residuenquadrate für das Nullhypothesenmodell (mit Restriktionen)

$SQR_{unrestr}$  := Summe der Residuenquadrate für das unrestringierte Modell

<sup>5</sup> AG Grouperanpassung, 19.02.2015

<sup>6</sup> Mit dem Unterschied, dass die abhängige Variable der Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013 ist und nicht der relative Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2013.

- $L$  := Anzahl der Restriktionen  
 $T$  := Zahl der Beobachtungen (Zahl der Versicherten)  
 $K$  := Zahl der unabhängigen Variablen im unrestringierten Modell  
 $F$  := F-Wert (unter der Nullhypothese ist dieser F-verteilt mit  $L$  Freiheitsgraden im Zähler und  $T-K$  Freiheitsgraden im Nenner)

In der folgenden Abbildung ist die Feststellung einer Hierarchieverletzung nach der neuen Definition graphisch dargestellt.

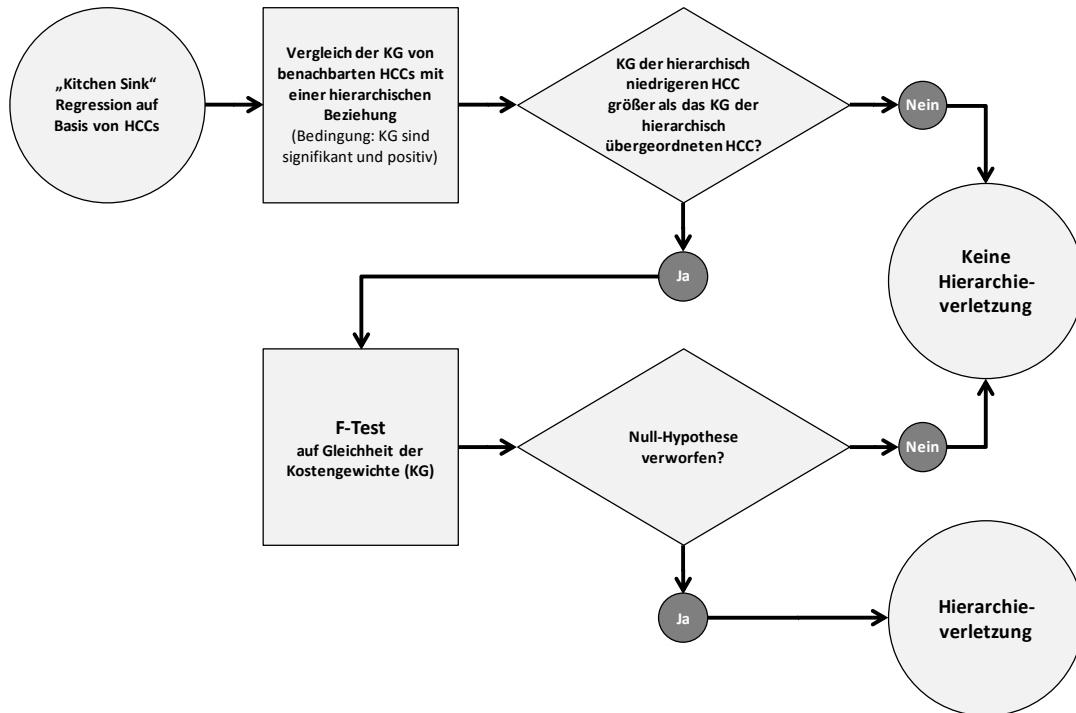


Abbildung 3: Flussdiagramm (neu) zur Feststellung einer Hierarchieverletzung (redaktionell bearbeitete Graphik aus einer Präsentation der KBV in der Sitzung der AG Grouperanpassung am 04.12.2014)

### 3.2.3.7.2 Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen

Gemeinsam mit der Beratung und Neudefinition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ wurde auch das folgende Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen erarbeitet.<sup>7</sup>

- Die Feststellung einer Hierarchieverletzung erfolgt grundsätzlich anhand der neuen Definition (siehe 3.2.3.7.1), also insbesondere nach Validierung mit dem F-Test (Signifikanzniveau: 5%).

<sup>7</sup> AG medizinische Grouperanpassung am 28.01.2015

- Zusätzlich wird untersucht, ob diese Hierarchieverletzung eine gewisse Konstanz hat, d.h. ob sie bereits bei früheren Versionen des Klassifikationssystems und/oder bei anderen Datenabgrenzungen nachweisbar ist.
- Bei jeder festgestellten und mit dem F-Test validierten Hierarchieverletzung ist zu untersuchen, ob sie gegebenenfalls unter medizinischen Gesichtspunkten tolerabel ist.
- Erst wenn dies nicht zutrifft, wird die Bearbeitung dieser Hierarchieverletzung eine Aufgabe für die medizinische Weiterentwicklung des Klassifikationssystems.

Für die Bearbeitung einer Hierarchieverletzung bzw. allgemein für Überarbeitungen der Hierarchisierung der diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems stehen die folgenden Methoden zur Verfügung.

- Entfernung der Hierarchie
- Änderung (Umkehrung) der Hierarchie
- Änderung der ICD-Zuordnung zu den untereinander hierarchisierten Risikokategorien
- Neuaufnahme von Hierarchien
- Im Ausnahmefall wird eine Hierarchieverletzung akzeptiert,
  - wenn die vorliegende Hierarchie medizinisch sinnvoll ist und/oder
  - wenn die Bewertungen der beiden untereinander hierarchisierten Risikokategorien sehr nah beieinander liegen.

Wie das Regelwerk für die Anpassungen des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM (siehe 3.2.3.4) werden diese Methoden der Hierarchiebearbeitung bereits seit mehreren Jahren bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems eingesetzt.

### **3.2.4 Überarbeitung der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen und Risikokategorien in der „ACC020 Augenkrankheiten“**

#### *3.2.4.1 Bearbeitungsanlass und -methodik*

Der Hauptanlass für die Bearbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“ waren die Hierarchien dieser ACC. In der folgenden Abbildung sind die Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ für das Klassifikationssystem p08b dargestellt, also im Zustand vor der im Folgenden beschriebenen Überarbeitung.

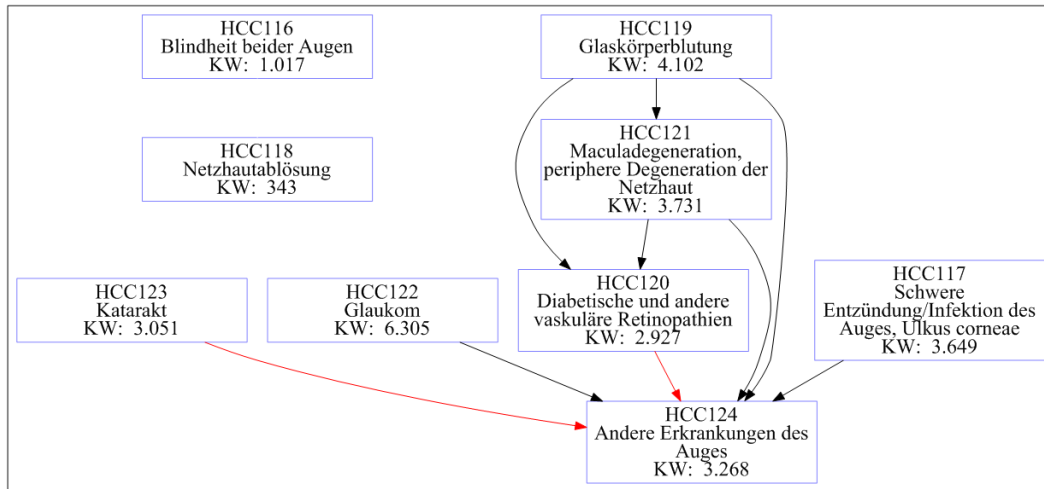


Abbildung 4: Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ (p08b; GSP 6.0)  
(Datengrundlage: Kalibrierungsmenge wie für die Ermittlung der Veränderungsra-  
ten 2015 vom Bewertungsausschuss beschlossen, 332. Sitzung am 15.08.2014;  
KW in Cent)

Anhand der Abbildung sind die folgenden Probleme der Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ sichtbar, die die spezifischen Anlässe für die Bearbeitung dieser ACC waren:

- Hierarchieverletzung zwischen der HCC120 und der HCC124
- Fehlende hierarchische Einbindung der HCC118
- Hierarchische Position der HCC119

Für die Hierarchieverletzung zwischen der „HCC123 Katarakt“ und der „HCC124 Andere Erkrankungen des Auges“ wurde entschieden, dass sie unter medizinischen Gesichtspunkten tolerabel ist. Ihre Bearbeitung wurde deshalb nicht in die Überarbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“ einbezogen.

#### 3.2.4.1.1 Hierarchieverletzung zwischen der HCC120 und der HCC124

Die vollständigen Bezeichnungen der beiden beteiligten hierarchisierten diagnosebezogenen Risikokategorien (Hierarchical Condition Category, HCC) lauten im Klassifikationssystem p08b:

HCC120 Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien

HCC124 Andere Erkrankungen des Auges

Die Hierarchieverletzung zwischen der HCC120 und der HCC124 entsprach in allen Aspekten der neuen Definition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ (siehe 3.2.3.7.1). Ihre Bearbeitung erfolgte nach dem Regelwerk für die Bearbeitung

von Hierarchieverletzungen (siehe 3.2.3.7.2). Als Methode wurde die Änderung der ICD-Zuordnung zu den untereinander hierarchisierten Risikokategorien angewandt. Es wurden jedoch nicht nur die ICD-Zuordnungen zu den beiden an der Hierarchieverletzung direkt beteiligten Risikokategorien, HCC120 und HCC124, geändert, sondern ebenfalls in die Bearbeitung einbezogen waren die „HCC117 Schwere Entzündung/Infektion des Auges, Ulkus corneae“ und die „HCC121 Makuladegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut“ (Bezeichnungen im Klassifikationssystem p08b).

Alle Änderungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen und Risikokategorien erfolgten unter Beachtung der Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ (siehe 3.2.3.6).

#### *3.2.4.1.2 Fehlende hierarchische Einbindung der HCC118*

Die vollständige Bezeichnung dieser hierarchisierten diagnosebezogenen Risikokategorie (Hierarchical Condition Category, HCC) lautet im Klassifikationssystem p08b:

##### HCC118 Netzhautablösung

Da die Diagnose Netzhautablösung mit zu den Erkrankungen oder Zuständen der Netzhaut gehört, wurde ihre isolierte Abbildung durch die nichthierarchisierte HCC118 medizinisch als nicht sachgerecht angesehen. Im Rahmen der Änderung der ICD-Zuordnungen zu den Risikokategorien HCC117, HCC120, HCC121 und HCC124 (siehe 3.2.4.1.1) wurden daher alle ICD-Kodes, die bisher in die HCC118 übergeleitet wurden neu der „HCC121 Makuladegeneration sowie diabetische Retinopathien und andere Netzhautaffektionen“ (Bezeichnung im Klassifikationssystem p09a) zugeordnet. Das Klassifikationssystem p09a hat dadurch keine HCC118 mehr.

#### *3.2.4.1.3 Hierarchische Position der HCC119*

Die vollständige Bezeichnung dieser hierarchisierten diagnosebezogenen Risikokategorie (Hierarchical Condition Category, HCC) lautet im Klassifikationssystem p08b:

##### HCC119 Glaskörperblutung

Da die Diagnose Glaskörperblutung kaum eine eigenständige Erkrankungen, sondern mehr das Symptom einer Krankheit oder Verletzung darstellt, wurde ihre isolierte Abbildung durch die am höchsten hierarchisierte HCC119 medizinisch als nicht sachgerecht angesehen. Im Rahmen der Änderung der ICD-Zuordnungen zu den Risikokategorien HCC117, HCC120, HCC121 und HCC124

(siehe 3.2.4.1.1) wurden daher alle ICD-Kodes, die bisher in die HCC119 übergeleitet wurden neu der „HCC124 Andere Erkrankungen des Auges“ (Bezeichnung im Klassifikationssystem p09a) zugeordnet. Das Klassifikationssystem p09a hat dadurch keine HCC119 mehr.

Überarbeitungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen in der „ACC020 Augenkrankheiten“

Neben den Bearbeitungen der Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ wurden auch zahlreiche Zuordnungen von ICD-Kodes zu Diagnosegruppen (DxG) geändert. Diese Bearbeitungen haben keine Auswirkungen auf die Ermittlung der diagnosebezogenen Risikokategorien und die Anwendungsergebnisse des Klassifikationssystems. Anlass für diese Bearbeitungen war die Verbesserung der abschließlich medizinischen Abbildungsgenauigkeit des Klassifikationssystems.

Alle Änderungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen erfolgten unter Beachtung der Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ (siehe 3.2.3.6).

#### *3.2.4.2 Bearbeitungsergebnisse*

In die „ACC020 Augenkrankheiten“ werden insgesamt 302 Schlüsselnummern der ICD-10-GM übergeleitet. Bei 42 dieser Codes wurde die Zuordnung zur diagnosebezogenen Risikokategorie geändert (ohne Änderung der Zuordnung zur Diagnosegruppe). Keine Änderung der Zuordnung zur diagnosebezogenen Risikokategorie, aber eine Änderung der Zuordnung zur Diagnosegruppe (DxG) erfolgte bei 130 ICD-Kodes. Änderungen der Zuordnung zur diagnosebezogenen Risikokategorie und zur Diagnosegruppe wurden nicht durchgeführt.

Alle Angaben zu Schlüsselnummern der ICD-10-GM gelten identisch für die ICD-Jahresversionen 2008 bis 2014 und damit für alle klassifizierbaren ICD-Versionen der KS87a-Versionen p08b und p09a.

Bei keiner der aufgeführten Änderungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen und/oder Risikokategorien wurden die Parameter Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, untere/obere Altersgrenze oder Geschlecht geändert. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit wird daher auf ihre Darstellung verzichtet.

##### *3.2.4.2.1 Ergebnisse der Bearbeitung der Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“*

In die „ACC020 Augenkrankheiten“ werden insgesamt 302 Schlüsselnummern der ICD-10-GM übergeleitet. Bei 42 dieser Codes, wurde die Zuordnung zur diagnosebezogenen Risikokategorie geändert (ICD-(H)CC-Überleitung). Die Änderun-



gen erfolgten jeweils für komplette Diagnosegruppen, so dass ICD-DxG-Überleitungen hier nicht geändert werden mussten. Bei drei Diagnosegruppen wurde jedoch die Textbezeichnung präzisiert.

Die Änderungen der ICD-(H)CC-Überleitung der 42 ICD-Kodes sind detailliert in der Tabelle 3 dargestellt. Auf DxG-Ebene betrafen die Änderungen die folgenden acht Diagnosegruppen.

- Die „DXG4850 Netzhautablösung“ (4 ICD-Kodes) wurde aus der „(H)CC118 Netzhautablösung“ in die „(H)CC121 Makuladegeneration sowie diabetische Retinopathien und andere Netzhautaffektionen“ verschoben.
- Die „DXG4870 Glaskörperblutung“ (2 ICD-Kodes) wurde aus der „(H)CC119 Glaskörperblutung“ in die „(H)CC124 Andere Erkrankungen des Auges“ verschoben.
- Die „DXG4880 Diabetische Retinopathie“ (1 ICD-Kode) wurde aus der „(H)CC120 Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien“ in die „(H)CC121 Makuladegeneration sowie diabetische Retinopathien und andere Netzhautaffektionen“ verschoben.
- Die „DXG4900 Netzhautblutung“ (1 ICD-Kode) wurde aus der „(H)CC120 Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien“ in die „(H)CC121 Makuladegeneration sowie diabetische Retinopathien und andere Netzhautaffektionen“ verschoben.
- Die „DXG4910 Netzhautriß ohne Netzhautablösung“ (1 ICD-Kode) wurde umbenannt in „DXG4910 Netzhautriss ohne Netzhautablösung“ und aus der „(H)CC121 Maculadegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut“ in die „(H)CC120 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn sowie vaskuläre und andere Retinopathien“ verschoben.
- Die „DXG4920 Andere und nicht näher bezeichnete Erkrankungen der Netzhaut“ (6 ICD-Kodes) wurde umbenannt in „DXG4920 Sonstige Retinopathien“ und aus der „(H)CC121 Maculadegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut“ in die „(H)CC120 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn sowie vaskuläre und andere Retinopathien“ verschoben.
- Die „DXG5020 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn, einschließlich Optikusneuritis“ (12 ICD-Kodes) wurde umbenannt in „DXG5020 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn“ und aus der „(H)CC124 Andere Erkrankungen des Auges“ in die „(H)CC120 Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn sowie vaskuläre und andere Retinopathien“ verschoben.

- Die „DXG5030 Uveitis“ (15 ICD-Kodes) wurde aus der „(H)CC124 Andere Erkrankungen des Auges“ in die „(H)CC117 Schwere Entzündungen und Infektionen des Auges“ verschoben.

Auf (H)CC-Ebene waren von den ICD-(H)CC-Überleitungsänderungen insgesamt sechs diagnosebezogene Risikokategorien betroffen. Neben dem Wegfall der (H)CC118 und (H)CC119 wurden bei den (H)CC117, (H)CC120 und (H)CC121 die Textbezeichnungen angepasst. Die Textänderungen sind in der Tabelle 4 dargestellt.

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	(H)CC124	(H)CC117
H20.1	Chronische Iridozyklitis	(H)CC124	(H)CC117
H20.2	Phakogene Iridozyklitis	(H)CC124	(H)CC117
H20.8	Sonstige Iridozyklitis	(H)CC124	(H)CC117
H20.9	Iridozyklitis, nicht näher bezeichnet	(H)CC124	(H)CC117
H22.0*	Iridozyklitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	(H)CC124	(H)CC117
H22.1*	Iridozyklitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC117
H22.8*	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC117
H30.0	Fokale Chorioretinitis	(H)CC124	(H)CC117
H30.1	Disseminierte Chorioretinitis	(H)CC124	(H)CC117
H30.2	Cyclitis posterior	(H)CC124	(H)CC117
H30.8	Sonstige Chorioretinitiden	(H)CC124	(H)CC117
H30.9	Chorioretinitis, nicht näher bezeichnet	(H)CC124	(H)CC117
H32.0*	Chorioretinitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	(H)CC124	(H)CC117
H32.8*	Sonstige chorioretinale Affektionen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC117
H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	(H)CC118	(H)CC121
H33.1	Retinoschisis und Zysten der Netzhaut	(H)CC121	(H)CC120
H33.2	Seröse Netzhautablösung	(H)CC118	(H)CC121
H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	(H)CC121	(H)CC120
H33.4	Traktionsablösung der Netzhaut	(H)CC118	(H)CC121
H33.5	Sonstige Netzhautablösungen	(H)CC118	(H)CC121
H35.4	Periphere Netzhautdegeneration	(H)CC121	(H)CC120
H35.6	Netzhautblutung	(H)CC120	(H)CC121
H35.7	Abhebung von Netzhautschichten	(H)CC121	(H)CC120
H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut	(H)CC121	(H)CC120
H35.9	Affektion der Netzhaut, nicht näher bezeichnet	(H)CC121	(H)CC120
H36.0*	Retinopathia diabetica	(H)CC120	(H)CC121
H36.8*	Sonstige Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC121	(H)CC120
H43.1	Glaskörperblutung	(H)CC119	(H)CC124
H45.0*	Glaskörperblutung bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC119	(H)CC124
H46	Neuritis nervi optici	(H)CC124	(H)CC120

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	(H)CC124	(H)CC120
H47.1	Stauungspapille, nicht näher bezeichnet	(H)CC124	(H)CC120
H47.2	Optikusatrophie	(H)CC124	(H)CC120
H47.3	Sonstige Affektionen der Papille	(H)CC124	(H)CC120
H47.4	Affektionen des Chiasma opticum	(H)CC124	(H)CC120
H47.5	Affektionen sonstiger Teile der Sehbahn	(H)CC124	(H)CC120
H47.6	Affektionen der Sehrinde	(H)CC124	(H)CC120
H47.7	Affektion der Sehbahn, nicht näher bezeichnet	(H)CC124	(H)CC120
H48.0*	Optikusatrophie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC120
H48.1*	Retrobulbäre Neuritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC120
H48.8*	Sonstige Affektionen des N. opticus und der Sehbahn bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	(H)CC124	(H)CC120

Tabelle 3: Alle Änderungen von ICD-(H)CC-Überleitungen, die im Rahmen der Bearbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“ durchgeführt wurden  
(Die (H)CC-Textbezeichnungen befinden sich in der folgenden Tabelle 4)

	(H)CC-Kode	(H)CC-Text
p08b	(H)CC117	Schwere Entzündung/Infektion des Auges, Ulkus corneae
	(H)CC118	Netzhautablösung
	(H)CC119	Glaskörperblutung
	(H)CC120	Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien
	(H)CC121	Maculadegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut
	(H)CC124	Andere Erkrankungen des Auges
p09a	(H)CC117	Schwere Entzündungen und Infektionen des Auges
	(H)CC120	Erkrankungen des Nervus opticus und der Sehbahn sowie vaskuläre und andere Retinopathien
	(H)CC121	Makuladegeneration sowie diabetische Retinopathien und andere Netzhautaffektionen
	(H)CC124	Andere Erkrankungen des Auges

Tabelle 4: (H)CC-Textbezeichnungen in Tabelle 3

Das Gesamtergebnis der Bearbeitung der Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ ist in den beiden folgenden Abbildungen dargestellt. Das Ziel, die Hierarchieverletzung zwischen der HCC120 und der HCC124 zu beseitigen, wurde erreicht und ist auch bei Verwendung einer neuen Datenabgrenzung reproduzierbar.

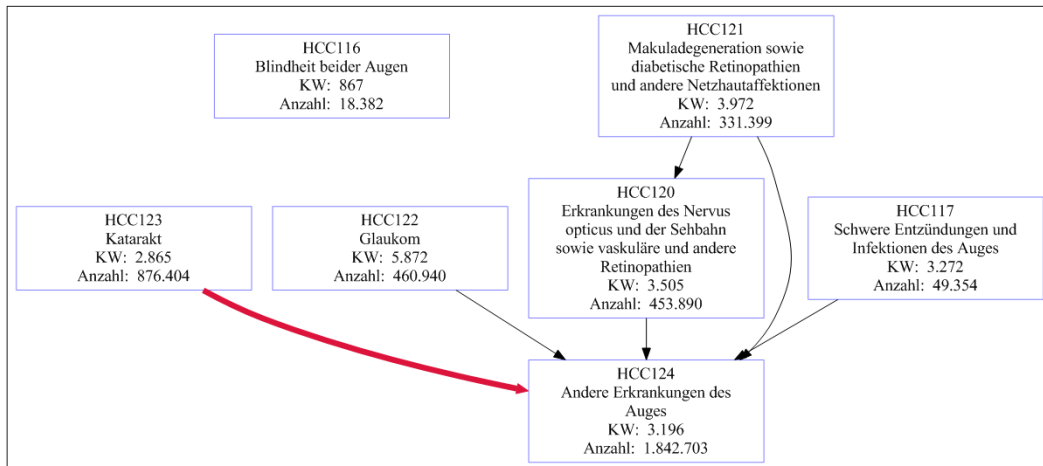


Abbildung 5: Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ (p09a; GSP 6.0)  
(Datengrundlage: Kalibrierungsmenge wie für die Ermittlung der Veränderungsra-  
ten 2015 vom Bewertungsausschuss beschlossen, 332. Sitzung am 15.08.2014;  
KW in Cent)

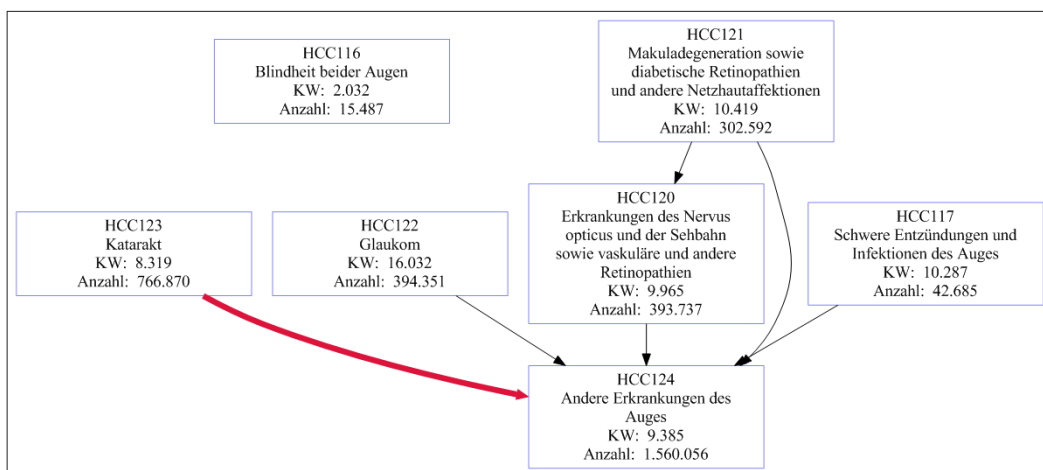


Abbildung 6: Hierarchien der „ACC020 Augenkrankheiten“ (p09a; GSP 7.0)  
(Datengrundlage: Kalibrierungsmenge wie für die Ermittlung der Veränderungsra-  
ten 2016 vom Bewertungsausschuss beschlossen, 355. Sitzung am 23.06.2015;  
KW in Zehntelpunkten)

### 3.2.4.2.2 Ergebnisse der Überarbeitungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen in der „ACC020 Augenkrankheiten“

In die „ACC020 Augenkrankheiten“ werden insgesamt 302 Schlüsselnummern der ICD-10-GM übergeleitet. Wie im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, wurde bei 42 dieser Codes, die Zuordnung zur diagnosebezogenen Risikokategorie geändert (ICD-(H)CC-Überleitung).

Bei weiteren 130 ICD-Kodes erfolgten zur Verbesserung der klinische Homogenität der Diagnosegruppen Änderungen der ICD-DxG-Überleitungen ohne Änderung der Zuordnung zu den diagnosebezogenen Risikokategorien.

Im Rahmen dieser Bearbeitungen wurden sechs neue Diagnosegruppen gebildet und bei weiteren fünf Diagnosegruppen die Textbezeichnungen präzisiert.

Alle Ergebnisse der Überarbeitungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu Diagnosegruppen in der „ACC020 Augenkrankheiten“ sind in den folgenden beiden Tabellen dargestellt.

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
B58.0	Augenerkrankung durch Toxoplasmen	DXG5040	DXG5044
B69.1	Zystizerkose der Augen	DXG5040	DXG5044
H00.0	Hordeolum und sonstige tiefe Entzündung des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H00.1	Chalazion	DXG5040	DXG5045
H01.0	Blepharitis	DXG5040	DXG5045
H01.1	Nichtinfektiöse Dermatosen des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H01.8	Sonstige näher bezeichnete Entzündungen des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H01.9	Entzündung des Augenlides, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5045
H02.0	Entropium und Trichiasis des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H02.1	Ektropium des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H02.3	Blepharochalasis	DXG5040	DXG5045
H02.5	Sonstige Affektionen mit Auswirkung auf die Augenlidfunktion	DXG5040	DXG5045
H02.7	Sonstige degenerative Affektionen des Augenlides und der Umgebung des Auges	DXG5040	DXG5045
H02.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen des Augenlides	DXG5040	DXG5045
H02.9	Affektion des Augenlides, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5045
H03.0*	Parasitenbefall des Augenlides bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5045
H03.1*	Beteiligung des Augenlides bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten	DXG5040	DXG5045
H03.8*	Beteiligung des Augenlides bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5045
H04.0	Dakryoadenitis	DXG5040	DXG5045
H04.1	Sonstige Affektionen der Tränendrüse	DXG5040	DXG5045
H04.3	Akute und nicht näher bezeichnete Entzündung der Tränenwege	DXG5040	DXG5045
H04.4	Chronische Entzündung der Tränenwege	DXG5040	DXG5045
H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	DXG5040	DXG5045
H04.6	Sonstige Veränderungen an den Tränenwegen	DXG5040	DXG5045
H04.8	Sonstige Affektionen des Tränenapparates	DXG5040	DXG5045
H04.9	Affektion des Tränenapparates, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5045
H05.1	Chronische entzündliche Affektionen der Orbita	DXG5040	DXG5045
H05.5	Verbliebener (alter) Fremdkörper nach perforierender Verletzung der Orbita	DXG5110	DXG5044
H05.8	Sonstige Affektionen der Orbita	DXG5040	DXG5045

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
H05.9	Affektion der Orbita, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5045
H06.0*	Affektionen des Tränenapparates bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5045
H06.2*	Exophthalmus bei Funktionsstörung der Schilddrüse	DXG5040	DXG5045
H06.3*	Sonstige Affektionen der Orbita bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5045
H10.0	Mukopurulente Konjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.1	Akute allergische Konjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.2	Sonstige akute Konjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.3	Akute Konjunktivitis, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5042
H10.4	Chronische Konjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.5	Blepharokonjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.8	Sonstige Konjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H10.9	Konjunktivitis, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5042
H11.0	Pterygium	DXG5040	DXG5042
H11.1	Konjunktivadegeneration und -einlagerungen	DXG5040	DXG5042
H11.2	Narben der Konjunktiva	DXG5040	DXG5042
H11.3	Blutung der Konjunktiva	DXG5040	DXG5042
H11.4	Sonstige Gefäßkrankheiten und Zysten der Konjunktiva	DXG5040	DXG5042
H11.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Konjunktiva	DXG5040	DXG5042
H11.9	Affektion der Konjunktiva, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5042
H13.8*	Sonstige Affektionen der Konjunktiva bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5042
H16.1	Sonstige oberflächliche Keratitis ohne Konjunktivitis	DXG5040	DXG5080
H16.2	Keratokonjunktivitis	DXG5040	DXG5042
H16.3	Interstitielle und tiefe Keratitis	DXG5040	DXG5080
H16.4	Neovaskularisation der Hornhaut	DXG5040	DXG5080
H16.8	Sonstige Formen der Keratitis	DXG5040	DXG5080
H16.9	Keratitis, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5080
H17.0	Leukoma adhaerens	DXG5040	DXG5080
H17.1	Sonstige zentrale Hornhauttrübung	DXG5040	DXG5080
H17.8	Sonstige Hornhautnarben und -trübungen	DXG5040	DXG5080
H17.9	Hornhautnarbe und -trübung, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5080
H18.0	Hornhautpigmentierungen und -einlagerungen	DXG5040	DXG5080
H18.1	Keratopathia bullosa	DXG5040	DXG5080
H18.2	Sonstiges Hornhautödem	DXG5040	DXG5080
H18.3	Veränderungen an den Hornhautmembranen	DXG5040	DXG5080
H18.4	Hornhautdegeneration	DXG5040	DXG5080
H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	DXG5040	DXG5080
H18.7	Sonstige Hornhautdeformitäten	DXG5040	DXG5080
H18.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Hornhaut	DXG5040	DXG5080
H18.9	Affektion der Hornhaut, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5080
H19.3*	Keratitis und Keratokonjunktivitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5080
H19.8*	Sonstige Affektionen der Sklera und der Hornhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5080
H21.1	Sonstige Gefäßkrankheiten der Iris und des Ziliarkörpers	DXG5040	DXG5043
H21.2	Degeneration der Iris und des Ziliarkörpers	DXG5040	DXG5043
H21.3	Zyste der Iris, des Ziliarkörpers und der Vorderkammer	DXG5040	DXG5043

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
H21.4	Pupillarmembranen	DXG5040	DXG5043
H21.5	Sonstige Adhäsionen und Abriss der Iris und des Ziliarkörpers	DXG5040	DXG5043
H21.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	DXG5040	DXG5043
H21.9	Affektion der Iris und des Ziliarkörpers, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5043
H25.0	Cataracta senilis incipiens	DXG5000	DXG4990
H25.1	Cataracta nuclearis senilis	DXG5000	DXG4990
H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	DXG5000	DXG4990
H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	DXG5000	DXG4990
H25.9	Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	DXG5000	DXG4990
H27.0	Aphakie	DXG5040	DXG5043
H27.1	Luxation der Linse	DXG5040	DXG5043
H27.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Linse	DXG5040	DXG5043
H27.9	Affektion der Linse, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5043
H28.8*	Sonstige Affektionen der Linse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5043
H31.0	Chorioretinale Narben	DXG5040	DXG5044
H31.1	Degenerative Veränderung der Aderhaut	DXG5040	DXG5044
H31.2	Hereditäre Dystrophie der Aderhaut	DXG5040	DXG5044
H31.3	Blutung und Ruptur der Aderhaut	DXG5040	DXG5044
H31.4	Ablatio chorioideae	DXG5040	DXG5044
H31.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Aderhaut	DXG5040	DXG5044
H31.9	Affektion der Aderhaut, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5044
H43.0	Glaskörperprolaps	DXG5040	DXG5044
H43.2	Kristalline Ablagerungen im Glaskörper	DXG5040	DXG5044
H43.8	Sonstige Affektionen des Glaskörpers	DXG5040	DXG5044
H43.9	Affektion des Glaskörpers, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5044
H44.2	Degenerative Myopie	DXG5040	DXG5044
H44.3	Sonstige degenerative Affektionen des Augapfels	DXG5040	DXG5044
H44.5	Degenerationszustände des Augapfels	DXG5040	DXG5044
H44.6	Verbliebener (alter) magnetischer intraokularer Fremdkörper	DXG5040	DXG5044
H44.7	Verbliebener (alter) amagnetischer intraokularer Fremdkörper	DXG5040	DXG5044
H44.8	Sonstige Affektionen des Augapfels	DXG5040	DXG5044
H44.9	Affektion des Augapfels, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5044
H45.8*	Sonstige Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	DXG5040	DXG5044
H49.0	Lähmung des N. oculomotorius [III. Hirnnerv]	DXG5040	DXG5041
H49.1	Lähmung des N. trochlearis [IV. Hirnnerv]	DXG5040	DXG5041
H49.2	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]	DXG5040	DXG5041
H49.3	Ophthalmoplegia totalis externa	DXG5040	DXG5041
H49.4	Ophthalmoplegia progressiva externa	DXG5040	DXG5041
H49.8	Sonstiger Strabismus paralyticus	DXG5040	DXG5041
H49.9	Strabismus paralyticus, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5041
H50.0	Strabismus concomitans convergens	DXG5040	DXG5041
H50.1	Strabismus concomitans divergens	DXG5040	DXG5041

ICD-10-GM		KS87a	
Kode	Text	p08b	p09a
H50.2	Strabismus verticalis	DXG5040	DXG5041
H50.3	Intermittierender Strabismus concomitans	DXG5040	DXG5041
H50.4	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Strabismus concomitans	DXG5040	DXG5041
H50.5	Heterophorie	DXG5040	DXG5041
H50.6	Mechanisch bedingter Strabismus	DXG5040	DXG5041
H50.8	Sonstiger näher bezeichneter Strabismus	DXG5040	DXG5041
H50.9	Strabismus, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5041
H51.0	Konjugierte Blicklähmung	DXG5040	DXG5041
H51.1	Konvergenzschwäche und Konvergenzexzess	DXG5040	DXG5041
H51.2	Internukleäre Ophthalmoplegie	DXG5040	DXG5041
H51.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen der Blickbewegungen	DXG5040	DXG5041
H51.9	Störung der Blickbewegungen, nicht näher bezeichnet	DXG5040	DXG5041
H53.0	Amblyopia ex anopsia	DXG5040	DXG5060
H53.3	Sonstige Störungen des binokularen Sehens	DXG5040	DXG5041
H55	Nystagmus und sonstige abnorme Augenbewegungen	DXG5040	DXG5041

Tabelle 5: Alle Änderungen von ICD-DxG-Überleitungen, die im Rahmen der Bearbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“ durchgeführt wurden  
(Die DxG-Textbezeichnungen befinden sich in der folgenden Tabelle 6)

	DxG-Kode	DxG-Text
p08b	DXG5000	Katarakt
	DXG5040	Andere und nicht näher bezeichnete Augenerkrankungen
	DXG5060	Blindheit und Sehschwäche, ein Auge oder nicht näher bezeichnet
	DXG5080	Keratokonius
	DXG5110	Offene Verletzung des Augapfels, penetrierende Verletzung des Auges
p09a	<b>DXG4990</b>	<b>Senile Katarakt</b>
	DXG5000	Sonstige Katarakt
	DXG5040	Sonstige und n.n.bez. Krankheiten und Affektionen der Augen und Augenanhangsgebilde
	<b>DXG5041</b>	<b>Strabismus und sonstige Störungen der Blickbewegung und des binokularen Sehens</b>
	<b>DXG5042</b>	<b>Konjunktivitis und sonstige Affektionen der Konjunktiva</b>
	<b>DXG5043</b>	<b>Sonstige Affektionen der Linse, der Iris und des Ziliarkörpers</b>
	<b>DXG5044</b>	<b>Sonstige Erkrankungen und Affektionen der Aderhaut, des Glaskörpers und des Augapfels</b>
	<b>DXG5045</b>	<b>Sonstige Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita</b>
	DXG5060	Blindheit und Sehbeeinträchtigung, ein Auge
	DXG5080	Keratitis und sonstige Erkrankungen und Affektionen der Sklera und der Hornhaut
DXG5110	Offene und penetrierende Verletzungen des Auges	

Tabelle 6: DxG-Textbezeichnungen in Tabelle 5  
(Neu gebildete DxG sind hervorgehoben.)



### 3.2.4.2.3 Weitere Ergebnisse aus der Bearbeitungen der „ACC020 Augenkrankheiten“

Im Zusammenhang mit den Änderungen der Zuordnung von ICD-Schlüsselnummern zu den diagnosebezogenen Risikokategorien und Diagnosegruppen des Klassifikationssystems wurden in den beiden vorhergehenden Abschnitten bereits drei (H)CC- und acht DxG-Umbenennungen beschrieben. Im Rahmen der Bearbeitungen der „ACC020 Augenkrankheiten“ wurden außerdem noch 11 weitere DxG-Bezeichnungen präzisiert sowie auch der Titel der ACC020 selbst redaktionell geändert. In der folgenden Tabelle sind diese Textänderungen aufgeführt.

Kode	Textbezeichnung	
	KS87a Version p08b	KS87a Version p09a
ACC020	Augen-Krankheiten	Augenkrankheiten
DXG4830	Kornealgeschwür / -abszess	Kornealgeschwür
DXG4840	Akute Entzündung der Orbita	Skleritis, Episkleritis und akute Entzündung der Orbita
DXG4890	Vaskuläre Retinopathie, ausschließlich diabetischer Retinopathie	Nichtdiabetische vaskuläre Retinopathie
DXG4940	Retinitis pigmentosa, andere hereditäre Netzhautdystrophien	Hereditäre Netzhautdystrophie
DXG4950	Anderes und nicht näher bezeichnetes Glaukom	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Glaukom
DXG4970	Weitwinkelglaukom	Primäres Weitwinkel- und angeborenes Glaukom
DXG4980	Primäres Engwinkelglaukom, nicht akut oder nicht näher bezeichnet	Primäres Engwinkelglaukom
DXG5050	Refraktionsanomalien und Akkomodationsstörungen (z.B. Kurzsichtigkeit)	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
DXG5070	Blindheit und Sehschwäche, beide Augen	Sehbeeinträchtigung beider Augen
DXG5090	Kongenitale Anomalien des Auges	Sonstige kongenitale Anomalien des Auges
DXG5100	Sonstige Verletzungen und Fremdkörper des Auges und der Augenahangsgebilde	Sonstige Verletzungen des Auges und der Augenahangsgebilde

Tabelle 7: Weitere Textänderungen im Rahmen der Bearbeitung der „ACC020 Augenkrankheiten“

## 3.2.5 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2014 der ICD-10-GM

### 3.2.5.1 Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern

Gegenüber der 2013er Version hat die Version 2014 der ICD-10-GM insgesamt 25 neue Schlüsselnummern, die u.a. die folgenden Krankheiten und Bereiche betreffen:

- Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge
- Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesese
- Weibliche Genitalverstümmelung
- Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat
- Sekundäre Schlüsselnummern zur Unterscheidung zwischen dauerhaft erworbenen und temporären Blutgerinnungsstörung sowie für die Art des Konsums psychotroper Substanzen

Für die neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 25 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien des Klassifikationssystems aufgenommen. Alle neuen Überleitungen erfolgen als einfache Überleitungen in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“. Alle ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2014 werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC164 Komplikationen durch Implantate, Transplantate, Prothesen und umschriebene Syndrome nach medizinischen Maßnahmen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
J95.82	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge
T85.73	Infektion und entzündliche Reaktion durch Mammaprothese oder -implantat
T85.83	Sonstige Komplikationen durch Mammaprothese oder -implantat

Tabelle 8: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die in die CC164 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „M96.82 Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesese“ wird unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC165 Andere Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ übergeleitet.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden nur ab einem Alter von 2 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC139 Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
N90.8-	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums
N90.88	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums

*Tabelle 9: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die nur ab einem Alter von 2 Jahren in die CC139 übergeleitet werden*

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig vom Alter und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC139 Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ übergeleitet. In der ersten Gruppierungsstufe (siehe 3.2.2.1) werden diese Schlüsselnummern in der dafür neu angelegten Diagnosegruppe „DXG5661 Weibliche Genitalverstümmelung“ zusammengefasst.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
N90.80	Weibliche Genitalverstümmelung, Typ nicht näher bezeichnet
N90.81	Weibliche Genitalverstümmelung, Typ 1
N90.82	Weibliche Genitalverstümmelung, Typ 2
N90.83	Weibliche Genitalverstümmelung, Typ 3
N90.84	Weibliche Genitalverstümmelung, Typ 4

*Tabelle 10: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die unabhängig vom Alter in die CC139 übergeleitet werden*

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden nur ab einem Alter von 8 Jahren, nur bis zu einem Alter von 59 Jahren und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC143 Sectio, Komplikationen während der Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
O96.9	Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
O97.9	Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen

*Tabelle 11: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die in die CC143 übergeleitet werden*

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC153 Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
Q83.8-	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma
Q83.80	Tubuläre Brust
Q83.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma

Tabelle 12: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die in die CC153 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
U69.11!	Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung
U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung
U69.3-!	Sekundäre Schlüsselnummern für die Art des Konsums psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen
U69.30!	Intravenöser Konsum von Heroin
U69.31!	Nichtintravenöser Konsum von Heroin
U69.32!	Intravenöser Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Tabelle 13: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die in die CC201 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC179 Verschiedene Eingriffe, Status nach operativen Eingriffen, Nachbehandlung, elektive Chirurgie“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2014)	
Kode	Text
Z52.8-	Spender sonstiger Organe oder Gewebe
Z52.80	Lungenspender
Z52.88	Spender sonstiger Organe oder Gewebe

Tabelle 14: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2014, die in die CC179 übergeleitet werden

### 3.2.5.2 Ab 2014 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013

Gegenüber der 2013er Version wurden in der Version 2014 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten fünf Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2013)	
Kode	Text
N90.8	Sonstige näher bezeichnete nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums
O96.2	Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
O97.2	Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma
Z52.8	Spender sonstiger Organe oder Gewebe

Tabelle 15: Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2013, die ab 2014 ungültig sind

Die vom DIMDI ab 2014 gestrichenen Schlüsselnummern der Version 2013 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt fünf Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien, die ab dem Diagnosejahr 2014 als ungültig markiert wurden. Alle fünf waren einfache Überleitungen in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“. N90.8 war nur ab einem Alter von 2 Jahren und ohne eine obere Altersgrenze, O96.2 und O97.2 waren nur ab einem Alter von 8 Jahren und nur bis zu einem Alter von 59 Jahren sowie alle drei ICD-Kodes nur bei weiblichem Geschlecht übergeleitet worden. Bei Q83.8 und Z52.8 waren die Überleitungen unabhängig von Alter oder Geschlecht.

### 3.2.5.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2013 und 2014

Bei insgesamt 72 Schlüsselnummern der Version 2014 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2013er Version Änderungen der Textbezeichnungen, welche alle als redaktionell eingestuft wurden. Anpassungen des Klassifikationssystems waren daher nicht notwendig.

### 3.2.6 Sonstige Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien

Neben den unter 3.2.4 aufgeführten Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien wurden im Rahmen der medizinischen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p08b zur Version p09a auch die in der folgenden Tabelle aufgeführten Textbezeichnung korrigiert bzw. präzisiert.

Kode	Textbezeichnung	
	KS87a Version p08b	KS87a Version p09a
DXG0240	Virale Hepatis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma	Virale Hepatitis A und unspezifizierte Hepatitis, ohne Leberkoma
DXG0310	Spätfolgen von Infektionen, ausschließlich des Zentralnervensystems	Spätfolgen von Infektionen, ausschließlich des Zentralnervensystems
DXG0440	Bösartige Neubildung der Luftröhre, Bösartige Neubildung der Bronchien, Bösartige Neubildung der Lunge, Bösartige Neubildung der Pleura	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge und der Pleura
DXG0690	HarnblasenBösartige Neubildung, UretherBösartige Neubildung, HarnröhrenBösartige Neubildung, Bösartige Neubildung der ableitenden Harnwege	Bösartige Neubildung der Harnblase, des Urethers, der Harnröhre und der ableitenden Harnwege
DXG1220	Pophyrie, Histozytose, andere näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen	Porphyrie, Histozytose, andere näher bezeichnete Stoffwechselerkrankungen
DXG1950	Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben	Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben

Kode	Textbezeichnung	
	KS87a Version p08b	KS87a Version p09a
DXG2020	Osteochondrosis deformans juvenilis (Morbus Scheuermann) / juvenile lumbar osteochondrosis, Epiphyseolysis capitis femoris	Osteochondrosis deformans juvenilis (Morbus Scheuermann) / juvenile lumbar osteochondrosis, Epiphyseolysis capitis femoris
DXG2900	Autismus / Asperger-Syndrom Rett-Syndrom / atypische kindliche Psychose / desintegrative Psychose	Autismus / Asperger-Syndrom Rett-Syndrom / atypische kindliche Psychose / desintegrative Psychose
DXG3350	Essentieller Tremor und extrapyramidale Störungen außer ideopathischem M. Parkinson	Essentieller Tremor und extrapyramidale Störungen außer idiopathischem M. Parkinson
DXG3440	(Mono)neuropathie der unterern Extremität	(Mono)neuropathie der unteren Extremität
DXG3520	Posttraumatisches / postoperatives Störung des Gasaustauschs, einschließlich adult respiratory distress syndrome (ARDS)	Posttraumatisches / postoperatives Störung des Gasaustauschs, einschließlich adult respiratory distress syndrome (ARDS)
DXG3930	Sinoatriale Blockierungen, einschließlich Sinusknotensyndrom ("sick sinus syndrome")	Sinatriale Blockierungen, einschließlich Sinusknotensyndrom (sick sinus syndrome)
DXG3960	Extrasystolen	Extrasystolen
DXG3970	Andere und nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	Andere und nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen
DXG5660	Erkrankungen der Vagina und der Zervix	Erkrankungen von Vulva, Vagina und Cervix
DXG5670	Andere Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane	Andere Erkrankungen des Uterus und Störungen der Menstruation
DXG6480	Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula	Pathologische Fraktur der Tibia oder Fibula
(H)CC051	Entzugssyndrome, psychische Störungen durch Alkohol, psychotrope Substanzen	Entzugssyndrome, psychische Störungen durch Alkohol, psychotrope Substanzen

Tabelle 16: Sonstige Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien

### 3.3 Weiterentwicklung der Berechnung von Relativgewichten zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

**Umstellung der Einheit des Leistungsbedarfs auf Punkte:** Im Klassifikationsmodell KM87a\_2014 wurde der MGV-Leistungsbedarf je Versicherten bestimmt, indem alle für diesen Versicherten innerhalb der MGV abgerechneten Euro-Beträge, die in der Datengrundlage vorlagen, addiert wurden. Im Klassifikationsmodell KM87a\_2015 wurde der MGV-Leistungsbedarf hingegen bestimmt, indem alle für diesen Versicherten innerhalb der MGV abgerechneten Punkte, die in der Datengrundlage vorlagen, addiert wurden. Diese Umstellung erfolgte laut der entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses

ses in seiner 355. Sitzung „zur eindeutigen Trennung der Mengen- von Preiseffekten bei der Vereinbarung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß §87a Absatz 4 SGB V“. Preiseffekte sind nach der alten Vorgehensweise dadurch entstanden, dass die abgerechneten Punkte nicht mit dem bundeseinheitlichen Orientierungswert in Euro umgerechnet wurden, sondern mit den unterschiedlich stark vom Orientierungswert abweichenden regional vereinbarten Punktwerten.

### **3.4 Weiterentwicklung der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten**

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 erfolgten die Berechnungen der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V für das Jahr 2016 mit den Festlegungen, die der Bewertungsausschuss in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen hatte, ausgenommen die Berücksichtigung der sog. Betreuten und die Verwendung der Einheit Punkte des MGV-Leistungsbedarfs.

## **Anhang**



## Anhang 1 **Abkürzungsverzeichnis**

<b>ACC</b>	Aggregated Condition Category(ies)
<b>AG</b>	Arbeitsgruppe des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
<b>AGG</b>	AG-Gruppe(n), Alters-Geschlechts-Gruppe(n), Alters- und Geschlechtsgruppe(n)
<b>BA</b>	Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
<b>CC</b>	Condition Category(ies)
<b>DHF</b>	Demografische Hochrechnungsfaktoren
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<b>DxG</b>	Dx-Gruppe(n), Diagnosegruppe(n)
<b>EGV</b>	extrabudgetäre Gesamtvergütung
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GSP</b>	Geburtstagsstichprobe
<b>H15EBA</b>	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 15. EBA
<b>HCC</b>	Hierarchical Condition Category(ies)
<b>ICD-10-GM</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
<b>ICD-Kode</b>	Schlüsselnummer der ICD-10-GM
<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KG/KW</b>	Kostengewicht
<b>KM87a_2012</b>	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA
<b>KM87a_2013</b>	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 309. BA ergänzt durch den Beschluss des 313. BA
<b>KM87a_2014</b>	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 332. BA KS87a Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
<b>KM87a_2015</b>	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 355. BA in Verbindung mit dem Beschluss des 332. BA

<b>KS87a</b>	Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>KV SH</b>	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
<b>KV HH</b>	Kassenärztliche Vereinigung (Hansestadt) Hamburg
<b>KV HB</b>	Kassenärztliche Vereinigung (Hansestadt) Bremen
<b>KV NI</b>	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
<b>KV WL</b>	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
<b>KV NR</b>	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
<b>KV HE</b>	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
<b>KV RP</b>	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
<b>KV BW</b>	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
<b>KV BY</b>	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
<b>KV BE</b>	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
<b>KV SL</b>	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
<b>KV MV</b>	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
<b>KV BB</b>	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
<b>KV ST</b>	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
<b>KV TH</b>	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
<b>KV SN</b>	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
<b>MAPE</b>	Mean Absolute Prediction Error
<b>MGV</b>	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
<b>n.n.bez.</b>	nicht näher bezeichnet
<b>Nicht-SV-TN</b>	Nichtteilnehmer an Selektivverträgen
<b>RHCC</b>	„Rest“ Hierarchical Condition Category, zusammengefasste hierarchisierte Risikokategorie
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch V, Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482)
<b>SV-Teilnehmer / SV-TN</b>	Selektivvertragsteilnehmer
<b>THCC</b>	„Top“ Hierarchical Condition Category, ausgewählte hierarchisierte Risikokategorie
<b>ZK-DS</b>	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

**ZK-SL**

Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung

**Anhang 2 Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe  
2011–2013 für die Gesamtvertragspartner**

Version 1.0a  
Stand 07.09.2016

## Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen .....	4
1.1	Beschlusslage des Bewertungsausschusses .....	4
1.2	Aufbau dieses Dokuments.....	5
1.3	Änderungen im Vergleich zur GSPR 2012.....	6
1.4	Ansprechpartner.....	6
2	Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2013 (GSPR 2013).....	7
2.1	Datenmodell.....	7
2.2	Felder der einzelnen Satzarten.....	8
2.3	Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging.....	15
2.3.1	Einführung.....	15
2.3.2	Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten.....	16
2.3.3	Flag der Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall) .....	22
2.3.4	Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm).....	23
2.3.5	Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie.....	24
2.4	Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung .....	24
3	Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2013 .....	36
3.1	Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten.....	36
3.2	Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche .....	38
3.3	Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung .....	38
3.4	Demografische Hochrechnungsfaktoren.....	39
4	Hinweise zur Nutzung der GSPR 2013.....	40
4.1	Allgemeine Nutzungshinweise.....	40
4.2	Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern .....	43
5	Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2013 .....	44
5.1	Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten .....	45
5.2	Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall).....	53
5.3	Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen).....	57
5.4	Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung.....	59
5.5	Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis.....	61
5.6	Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei.....	63
5.7	Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei.....	64
5.8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm).....	66
5.9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie .....	68
5.10	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner .....	72
5.10.1	Arztseitig .....	72
5.10.2	Kassenseitig.....	72
6	Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP).....	74
6.1	Überblick .....	74
6.2	Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses.....	74
6.3	Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA.....	75

6.3.1	Datenlieferung.....	75
6.3.2	Pseudonymisierungsverfahren.....	76
6.3.3	Satzarten der Geburtstagsstichprobe.....	76
6.4	Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP in der Datenstelle – Matching.....	77
6.4.1	Definition.....	77
6.4.2	Aufgabenstellung.....	78
6.4.3	Ziel des Matchingverfahrens.....	78
6.4.4	Stufen des Matchingverfahrens.....	79
6.4.5	Matching-Quoten.....	83
6.5	Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten.....	85
6.6	Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen.....	85
7	Anhang.....	87
7.1	Definition einiger der im vorliegenden Dokument verwendeten Begriffe.....	87
7.2	Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle.....	89

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Überblick über die Satzarten der GSPR 2013.....	9
-------------	---	---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die Auffälligkeitsmarkierungen der Satzart DS201 in der GSPR 2013.....	17
Tabelle 2:	Fusionskassen mit falsch pseudonymisierten Personen-IDs.....	18
Tabelle 3:	Teilkassen mit Flag in der Satzart DS219 .....	23
Tabelle 4:	Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220 .....	24
Tabelle 5:	Lieferquote der Versicherten-Stammdaten nach KV-Bezirk .....	27
Tabelle 6:	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote .....	28
Tabelle 7:	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote der Fusionskasse .....	29
Tabelle 8:	Anzahl der Fusionskassen nach ursprünglicher Lieferquote.....	30
Tabelle 9:	Anzahl der Versicherten nach ursprünglicher Lieferquote der Fusionskasse .....	31
Tabelle 10:	Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk .....	32
Tabelle 11:	Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk .....	33
Tabelle 12:	Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs.....	34
Tabelle 13:	Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs der Fusionskasse .....	35
Tabelle 14:	KV-übergreifende Matchingquoten pro Quartal.....	83
Tabelle 15:	Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen KV-Bezirke.....	84
Tabelle 16:	Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten .....	84
Tabelle 17:	Liste der geschlechtsspezifischen Diagnosen.....	90
Tabelle 18:	Liste der geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen .....	91



## 1 Vorbemerkungen

### 1.1 Beschlusslage des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), beschlossen, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der sogenannten regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) bereitzustellen, die diese den Vertragspartnern nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen. Die Vertragspartner sollen dadurch Kenntnis von der Datengrundlage zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten nehmen können. Die Vertragspartner sollen die Datengrundlage insbesondere hinsichtlich der Kodierqualität und der Plausibilität prüfen können. Eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsdaten auf regionaler Ebene ist nicht vorgesehen. Jedoch kann aufgrund der Einsicht in die Datengrundlagen eine regionalspezifische Gewichtung der beiden Raten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 3 SGB V erfolgen.

Gegenstand der Datenübermittlung sind die an die Datenstelle des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP), die in der Datenstelle gemäß den Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses und unter Mitwirkung des Instituts des Bewertungsausschusses zusammengeführt und qualitätsgesichert wurden. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sollen die Daten der Berichtsjahre 2011–2013 gemäß der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt werden. Die Trägerorganisationen leiten diese Daten unter Einsatz der von ihnen eigenständig abzustimmenden sicheren Verfahren innerhalb von vier Wochen, regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt, an die jeweiligen Gesamtvertragspartner weiter. Dabei ist sicherzustellen, dass den jeweiligen Vertragspartnern jeweils nur die entsprechend zusammengeführten versichertenbezogenen Stamm- bzw. Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk übermittelt werden. In den Daten, die der GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt, wurde der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen in einzelnen Satzarten entfernt und das entsprechende Feld leer oder mit einem Ersatzwert übermittelt.

Die Daten der Geburtstagsstichprobe, die den Gesamtvertragspartnern zur Verfügung gestellt werden, wurden entsprechend der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Datensatzbeschreibung und entsprechenden Festlegungen – auch bzgl. der Qualitätssicherung – auf der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses im Umfang reduziert und angepasst (für die Datensatzbeschreibung siehe Kapi-

tel 5). Der so entstandene Datenkörper wird im Weiteren als regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2013 (GSPR 2013) bezeichnet. Wie oben erwähnt, umfasst die GSPR 2013 den Berichtszeitraum 2011–2013 (genauer die Quartale 2011/1–2013/4) und wurde am 14.07.2015 von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgeliefert.

## 1.2 Aufbau dieses Dokuments

Die vorliegende Dokumentation stellt für die Empfänger der GSPR 2013 Informationen zusammen, die die Nutzung des Datenkörpers erleichtern sollen. Es ist nicht Ziel dieser Dokumentation, konkrete Nutzungsmöglichkeiten aufzuzählen oder zu beschreiben.

Die Ausführungen des Kapitels 2 richten sich insbesondere an Leser, die keine detaillierten Kenntnisse zur Geburtstagsstichprobe haben. Ihnen sollen Inhalt und Umfang der GSPR 2013 vermittelt werden. Dazu wird in Kapitel 2 zuerst das Datenmodell der GSPR 2013 dargestellt, ohne dabei zu sehr ins Detail zu gehen. Anschließend werden die einzelnen Satzarten und die in ihnen enthaltenen Felder genauer beschrieben. Zudem wird auf einige bei der Datenprüfung der GSPR 2013 beobachtete Auffälligkeiten eingegangen und beschrieben, welche Datensätze aufgrund dieser Auffälligkeiten markiert wurden. Das Kapitel 2 schließt mit einigen Ergebnissen der Datenprüfung, die für den Nutzer der GSPR 2013 von Interesse sein können.

In Kapitel 3 werden Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2013 und die Gründe dafür ausgeführt. Kapitel 4 gibt allgemeine Hinweise zur Nutzung des Datenkörpers. Wie bereits erwähnt, wird dabei nicht auf konkrete Nutzungsmöglichkeiten eingegangen. Kapitel 5 dokumentiert die vom Bewertungsausschuss in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) als Anlage 1 beschlossene technische Datensatzbeschreibung. In dieser sind zu ausgewählten Feldern der Satzarten noch weitere Kommentare hinzugefügt worden, die für die Nutzer der Daten hilfreich sein können.

Kapitel 6 richtet sich an diejenigen Leser, die mehr Informationen zu der der GSPR 2013 zugrunde liegenden Versichertenstichprobe des Bewertungsausschusses erhalten möchten. Dabei handelt es sich um die eingangs bereits erwähnte Geburtstagsstichprobe, deren Aufbereitung kurz skizziert wird. Insbesondere wird der Zusammenführungsprozess („Matching“) der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten beschrieben und kurz auf die Identifikation von Versicherten in der Stichprobe, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, eingegangen.

Im vorliegenden Dokument werden bestimmte Begriffe in einer Bedeutung verwendet, die von deren Bedeutung in anderen Kontexten abweicht. Um Missverständnissen vorzubeugen, wird beim ersten Auftreten eines solchen Begriffs im fortlaufenden Text oder in einer Fußnote eine entsprechende Definition gegeben. Im Anhang 7.1 werden die Definitionen von ausgewählten Begriffen überblicksartig zusammengestellt.

### 1.3 Änderungen im Vergleich zur GSPR 2012

Folgende Ausführungen verschaffen den Lesern, die mit der GSPR der Jahre 2010–2012 (GSPR 2012) vertraut sind, einen schnellen Überblick, welche wesentlichen Änderungen es im Vergleich bei der GSPR 2013 gibt:

- **Berichtszeitraum:** Der Datenkörper GSPR 2013 umfasst die Berichtsjahre 2011–2013 (GSPR 2012: 2010–2012).
- **Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen:** Aufgrund von Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen für die Jahre 2011 und 2012 können sich die Daten für diese beiden Jahre zwischen der GSPR 2012 und der GSPR 2013 leicht unterscheiden.
- **Satzarten:** Die Struktur der Satzarten der GSPR 2013 hat sich gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung im Vergleich zur GSPR 2012 an einigen Stellen geändert (siehe Kapitel 5).
- **Fusionsstand:** Die Daten der GSPR 2013 berücksichtigen den Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen am 01.07.2015 (GSPR 2012: 02.07.2014).
- **Markierung von Datensätzen der Satzart DS201:** Durchgeführte Änderungen zur Verbesserung der Datenprüfung der zugrunde liegenden Geburtstagsstichprobe haben auch Auswirkungen auf die Gründe, warum ein Datensatz der Satzart DS201 in der GSPR 2013 als auffällig markiert wird (siehe Abschnitt 2.3.2).
- **Matchingverfahren:** Dem Matchingverfahren liegen grundsätzlich die Daten der Berichtsjahre 2010–2013 zugrunde. Vor diesem Hintergrund können die in der Dokumentation zur GSPR 2012 berichteten Matchingquoten von den hier berichteten Matchingquoten der Jahre 2011 und 2012 abweichen. Der im Verfahren berücksichtigte Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen entspricht dem zum Zeitpunkt der Lieferung der Geburtstagsstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses (Stichtag: 14.11.2014).
- **Hinzukommende und wegfallende Geburtskalendertage:** Für das Berichtsjahr 2011 enthalten die GSPR 2012 und die GSPR 2013 jeweils Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 3, 4, 10, 11, 17, 18 und 24. Für das Berichtsjahr 2012 enthalten die GSPR 2012 und die GSPR 2013 jeweils Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24 und 25. Das Berichtsjahr 2013 ist nur in der GSPR 2013 enthalten und umfasst Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 4, 5, 11, 17, 18, 24 und 25.

### 1.4 Ansprechpartner

Als Ansprechpartner stehen die jeweiligen Trägerorganisationen – GKV-Spitzenverband bzw. Kassenärztliche Bundesvereinigung – zur Verfügung.

## 2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2013 (GSPR 2013)

### 2.1 Datenmodell

Mit der GSPR 2013 liegt ein Datenkörper vor, in dem kassen- und kassenartenübergreifend arzt- und kassenseitig gelieferte Daten miteinander nach Wohnortprinzip und aktuellem (01.07.2015) Kassenfusionsstand verknüpft vorliegen und nach KV-Bezirken sowie nach Kassenarten regionalisiert abgrenzbar sind bzw. abgegrenzt werden. Die GSPR 2013 enthält somit nicht nur relevante Angaben zu Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch differenzierte Angaben zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen dieser Versicherten über einen Berichtszeitraum von drei Jahren (Quartale 2011/1–2013/4). Für die GSPR 2013 werden im genannten Zeitraum für die Quartale 2011/1–2011/4 diejenigen Versicherten ausgewählt (Stichprobenversicherte), die am 3., 4., 10., 11., 17., 18. oder 24. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben; für die Quartale 2012/1–2012/4 diejenigen Versicherten, die am 3., 4., 10., 11., 17., 18., 24. oder 25. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben; und für die Quartale 2013/1–2013/4 diejenigen Versicherten, die am 4., 5., 11., 17., 18., 24. oder 25. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben.

Die arztseitig gelieferten Abrechnungsdaten stellen differenzierte Informationen über die Inanspruchnahme kollektivvertragsärztlicher Leistungen der Stichprobenversicherten zur Verfügung. Im Zentrum der arztseitig gelieferten Daten steht der Abrechnungsfall. Für den einzelnen Abrechnungsfall sind nicht nur die zugehörige Betriebsstätte und der abgerechnete Leistungsbedarf bekannt, sondern auch die in diesem Abrechnungsfall dokumentierten Diagnosen und abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPs). Durch das mitgelieferte Betriebsstättenverzeichnis werden der Betriebsstätte (Arztpraxis) Informationen wie z. B. der Praxistyp und die Abrechnungsgruppe zugeordnet. Die ebenfalls beigefügte ICD-10-Stammdatei und die Gebührenordnungspositionen-Stammdatei erlauben die Zuordnung von Schlüsselnummern zur Bezeichnung bzw. geben Aufschluss über die Bewertung der abgerechneten GOPs. Jedem der in der GSPR 2013 ausgelieferten Abrechnungsfälle ist eine Personen-ID eindeutig zugeordnet. Über diese Personen-ID können die arztseitig gelieferten Daten mit den kassenseitig gelieferten Daten verknüpft werden.

Die kassenseitig gelieferten Daten zu gesetzlich versicherten Personen in der GSPR 2013 umfassen unter anderem Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenzeiten, Wohnort und Informationen über die Teilnahme an Selektivverträgen. Jede Person ist dabei zeitraumunabhängig eindeutig über ihre Personen-ID zu identifizieren.

Durch das in der GSPR 2013 enthaltene Kostenträgerverzeichnis und die Kostenträgerhistorie ist außerdem die historische Kassenzugehörigkeit jeder Person dokumentiert, d. h. es ist nachzuvollziehen, wie zurückliegende Versichertenverhältnisse einer Person (also z. B. im ersten Quartal 2011) zu den zwischenzeitlich existierenden Fusionskassen in Beziehung stehen. Es könnten also zum Beispiel kassenbezogene Auswertungen durchgeführt werden, die dem Fusionsstand am 01.07.2015 entsprechen, auch wenn die Versicherten-Stammdaten

sich auf weiter zurückliegende Quartale beziehen, in denen Kostenträger angegeben sind, die am 01.07.2015 autonom nicht mehr existierten.

Einschränkend ist hinzuzufügen, dass den Gesamtvertragspartnern jeweils nicht der gesamte Datenkörper der GSPR 2013 zur Verfügung gestellt wird. Den arztseitigen Empfängern wird eine regional aufgeteilte GSPR 2013 zur Verfügung gestellt, d. h. den Empfängern werden entsprechend nur die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk übermittelt. Den kassenseitigen Empfängern werden die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten der Versicherten derjenigen Kassen, die nicht zur eigenen Kassenart gehören, zwar geliefert, allerdings ist der Kassenbezug in diesen Fällen maskiert. Oben beschriebene kassenbezogene Auswertungen können damit nur für Fusionskassen der eigenen Kassenart durchgeführt werden.

Dennoch stellt dieser Datenbestand, der für jede Region Informationen aus allen Kassen aller Kassenarten umfasst und hinsichtlich der regionalen Versicherten gegebenenfalls auch zurückliegende Inanspruchnahme von Ärzten aus anderen KV-Bezirken umfasst, eine umfangreiche Datengrundlage dar.

Mit der GSPR 2013 liegt somit ein Datenkörper vor, mit dem die Gesamtvertragspartner ihre Vorbereitungen zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V durchführen können. Die in Kapitel 3 aufgeführten Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten sind dabei zu beachten.

## 2.2 Felder der einzelnen Satzarten

Die GSPR 2013 enthält Daten in den folgenden neun Satzarten:

- 1) Versicherten-Stammdaten (Satzart DS201),
- 2) Ambulante Abrechnungen (KV-Fall) (Satzart DS202),
- 3) Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen) (Satzart DS203),
- 4) Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung (Satzart DS210),
- 5) Betriebsstättenverzeichnis (Satzart DS211),
- 6) ICD-10-Stammdatei (Satzart DS213),
- 7) Gebührenordnungspositions-Stammdatei (Satzart DS215),
- 8) Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) (Satzart DS219) und
- 9) Kostenträgerhistorie (Satzart DS220).

Für die technische Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5.

Vier der neun gelieferten Satzarten enthalten versicherten- bzw. abrechnungsfallspezifische Felder (Versicherten-Stammdaten, Ambulante Abrechnungen, Diagnosen der ambulanten Behandlung und Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung), während die fünf verbleibenden Satzarten als Stammdatenverzeichnisse zu bezeichnen sind. Folgende Abbildung 1 gibt einen groben Überblick über die Beziehung der Satzarten zueinander.

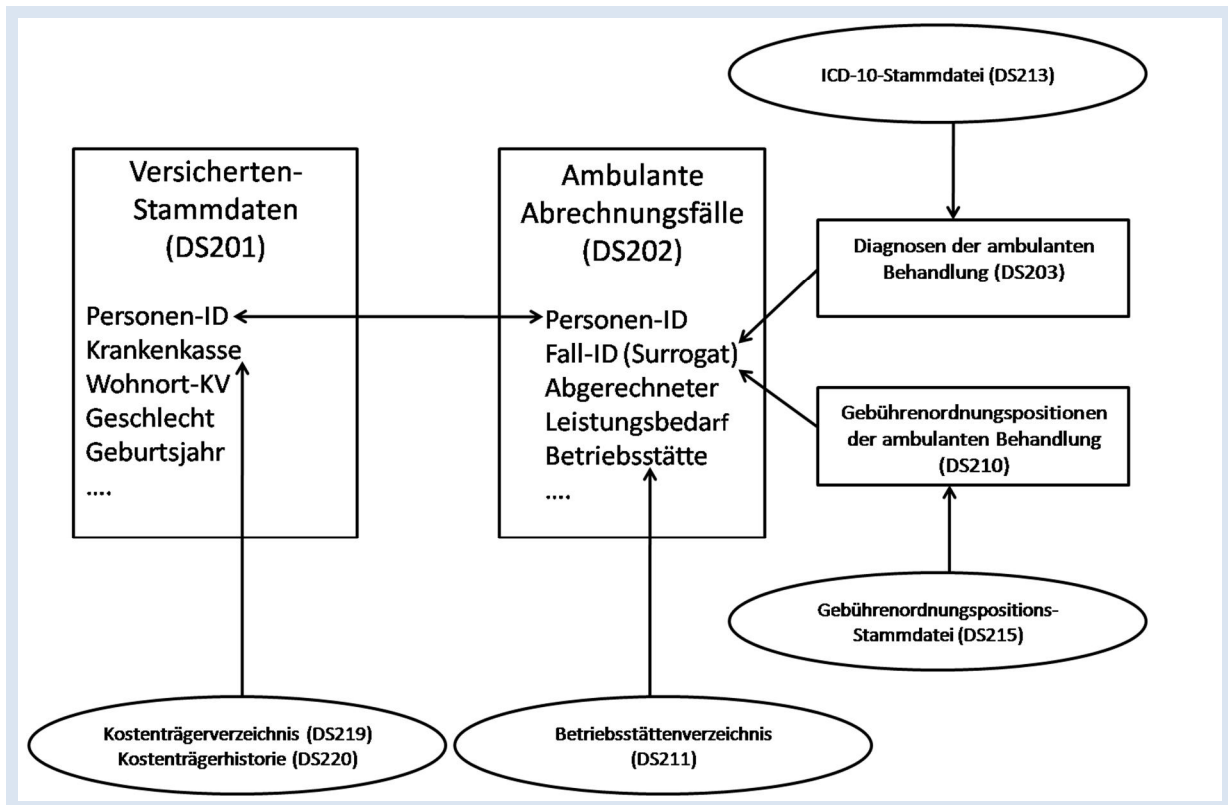


Abbildung 1 Überblick über die Satzarten der GSPR 2013

Die kassenseitigen Empfänger erhalten gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses die Datensätze der Satzarten DS201, DS202, DS203 und DS210 nur dann mit Kassenbezug, wenn die entsprechende Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger<sup>1</sup> (Stand 01.07.2015) zur Kassenart gehört, für die der kassenseitige Empfänger benannt ist. Die für eine Kasse zu verwendende Kassenart wird dabei der Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 (Feld 7 – Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers) entnommen.

Den arztseitigen Empfängern werden die zusammengeführten versichertenbezogenen Stamm- bzw. Abrechnungsdaten für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk übermittelt (bezieht sich auf die Datensätze der Satzarten DS201, DS202, DS203, DS210, DS211 und DS215).

Im Folgenden werden einige der in den genannten Satzarten erfassten Felder aufgezählt und ggf. erläutert.

### DS201 – Versicherten-Stammdaten

Die Satzart DS201 enthält die mit der bundesweiten Versichertenstichprobe erhobenen Versicherten-Stammdaten. Jeder Stichprobenversicherte ist für den gesamten Berichtszeitraum eindeutig über eine Personen-ID identifizierbar. Zu einer Personen-ID können in einem Quartal auch mehrere Datensätze vorliegen. Für jede Personen-ID liegt je geliefertem Quartal und

<sup>1</sup> Wie bereits ausgeführt, ist es mit dem vorliegenden Datenkörper möglich, die Fusionshistorie der am 01.07.2015 existierenden Krankenkassen (hier „Fusionskassen“ genannt) nachzuvollziehen. Als Rechtsnachfolger mit Stand 01.07.2015 kommt damit nur eine dieser Fusionskassen in Frage.

Institutionskennzeichen (gemäß Feld Nr. 02) genau ein Datensatz vor. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (sogenannte „Betreute“) sind für den gesamten Berichtszeitraum 2011/1–2013/4 in den vorliegenden Datenkörper einbezogen.<sup>2</sup>

Pro Datensatz liegen neben den zuvor genannten Informationen die Angabe zur Anzahl der Versichertentage, das Geschlecht des Versicherten, das Geburtsjahr, der Versicherungsstatus, die Angabe, ob der Versicherte in diesem Quartal verstorben ist, sowie die Wohnort-KV vor. Jeder Versicherte bekommt für alle Quartale eines Kalenderjahres dieselbe Wohnort-KV zugeordnet. Als Wohnort-KV des Versicherten ist dabei die Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort<sup>3</sup> im letzten Versicherungsquartal des betreffenden Kalenderjahres zu ermitteln. Das Merkmal „Kennzeichen Wohnort“ gibt an, ob sich der Wohnsitz des Versicherten im Inland oder im Ausland befindet. Haben Versicherte innerhalb eines Quartals die Krankenkasse gewechselt, so liegen für diese Versicherten in diesen Quartalen mehrere Datensätze (für verschiedene Krankenkassen) vor.

Neben den bisher genannten Attributen wird außerdem das Institutionskennzeichen (IK) des sogenannten Rechtsnachfolgers angegeben. Jedem Datensatz sind damit zwei Angaben zum Kostenträger zugeordnet (Feld Nr. 02 und Feld Nr. 12, siehe Datensatzbeschreibung in Kapitel 5). Die Versicherten-Stammdaten enthalten pro Datensatz die Angabe eines Institutionskennzeichens (Feld Nr. 02) der Krankenkasse, bei der der Versicherte im Berichtsquartal versichert war. Es kann sich um ein Krankenversicherungskarten-IK (KVK-IK) oder ein anderes IK der entsprechenden Krankenkasse handeln (im Folgenden als „Teilkasse“<sup>4</sup> bezeichnet). Bei dieser Krankenkasse muss es sich nicht zwangsläufig um eine Fusionskasse (also um eine der am Stichtag 01.07.2015 existierenden 123 Krankenkassen) handeln. Außerdem ist zu beachten, dass es im Berichtszeitraum der GSPR 2013 (2011/1–2013/4) zu Fusionen zwischen Krankenkassen gekommen ist, die ursprünglich gemeldete Krankenkasse (ggf. Teilkasse) muss also am Stichtag nicht mehr eigenständig existieren. Aus diesem Grund ist der Satzart DS201 das Rechtsnachfolger-Institutionskennzeichen angefügt worden (Feld Nr. 12). Anhand dieses Kennzeichens kann über die Satzart DS220 dem jeweiligen durch die Krankenkasse gemeldeten Kostenträger in Feld Nr. 02 der Name einer der am Stichtag existierenden Fusionskassen als Rechtsnachfolger zugeordnet werden.

Die Satzart DS201 umfasst weiterhin das Feld Nr. 13, welches für Gewichtungsfaktoren vorgesehen ist, die immer dann anzuwenden sind, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein sollen. Das Feld „Gewich-

---

<sup>2</sup> In den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird festgestellt, dass Versichertenstammdaten der Betreuten insbesondere für das Berichtsjahr 2011 nur teilweise an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

<sup>3</sup> Diese Information wurde in der Datenstelle des Bewertungsausschusses anhand der kassenseitig gelieferten Postleitzahlen des Wohnorts der Versicherten ermittelt.

<sup>4</sup> Eine ehemals autonom existierende Krankenkasse, die im Berichtszeitraum oder auch davor mit einer anderen Krankenkasse fusioniert hat, wird in diesem Dokument als Teilkasse bezeichnet. Darüber hinaus wird der Begriff Teilkasse in diesem Dokument auch für eine untergeordnete Einheit einer Krankenkasse verwendet, repräsentiert durch ein Institutionskennzeichen aus der Satzart DS219 (z. B. Geschäftsstellen-IK, Praxisnetz-IK).

tungsfaktor“ wird in der GSPR 2013 leer übermittelt<sup>5</sup>. Im Feld Nr. 14 wird zudem der Kalendertag des Geburtstags des Versicherten übermittelt und das Feld 15 enthält ein Kennzeichen, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt.

Aus der Ausprägung des Feldes Nr. 16 der Satzart DS201 geht hervor, ob der Versicherte an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b, 73c oder 140a ff. SGB V teilgenommen hat. Im Feld Nr. 17 erfolgt eine Angabe zum selektivvertraglichen Abrechnungsweg und, unabhängig davon, im Feld Nr. 18 eine Angabe zur Vollständigkeit des kollektivvertraglichen Versorgungsauftrags.

Besondere Beachtung sollte dem Feld „Flag“ geschenkt werden. Mit dieser Markierung werden Auffälligkeiten angezeigt. Die Markierung ist Resultat einer Qualitätsprüfung. Es wird empfohlen, Datensätze mit der Flagausprägung „1“ nicht in möglichen Auswertungen zu verwenden. Die Gründe, die zur Markierung der Datensätze geführt haben, werden in Abschnitt 2.3.2 ausgeführt.

#### DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Die vertragsärztlichen Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS202 enthalten. Bestandteil der GSPR 2013 sind alle Abrechnungsfälle von Versicherten der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgreich eine Personen-ID der Versicherten-Stammdaten zugeordnet werden konnte (zum Verfahren der Zuordnung siehe Abschnitt 6.4). Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2013. Jedem Abrechnungsfall der Satzart DS202 ist damit über die Personen-ID die in der Satzart DS201 enthaltene Information über den Versicherten zugeordnet. Die Zuordnung zur Personen-ID ist ggf. quartalsübergreifend erfolgt. Nicht für jeden Abrechnungsfall existiert daher zwangsläufig ein *quartalsgleicher* Datensatz in der Satzart DS201. Allerdings sind in der GSPR 2013 nur solche Abrechnungsfälle enthalten, denen ein *jahresgleicher* Datensatz in der Satzart DS201 zugeordnet werden kann.

Pro Datensatz, also pro Abrechnungsfall, liegen in der Satzart DS202 folgende Attribute vor. Angegeben werden das Abrechnungsquartal und das Rechtsnachfolger-IK, also das Institutionskennzeichen der Fusionskasse des Abrechnungsfalles zum Stand 01.07.2015 und die Personen-ID. Zusätzlich wird ein künstlicher Schlüssel zur Identifikation des Abrechnungsfalles, die sogenannte Fall-ID, angegeben. Dieser künstliche Schlüssel dient dazu, die Diagnosen der Satzart DS203 und die Gebührenordnungspositionen der Satzart DS210 einem Abrechnungsfall zuzuordnen. Jedem Abrechnungsfall ist darüber hinaus die Wohnort-KV zugeordnet.

---

<sup>5</sup> Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung (Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2016 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V) stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V gemäß Nr. 2.7.1 dieses Beschlusses separat zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.



Weiterhin ist zu jedem Abrechnungsfall der KV-Bezirk der Betriebsstätte (Arztpraxis) enthalten. Nimmt der Versicherte Leistungen außerhalb seines Wohnort-KV-Bezirks in Anspruch („Fremdfall“), so wird die KV-Nummer der Betriebsstätte durch „00“ gekennzeichnet und das Betriebsstättenpseudonym ist in diesen Fällen durch den Wert „F....Fxxxx“ (36-mal „F“) maskiert, wobei „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte bezeichnet.

In zwei Feldern der Satzart DS202 wird der pro Abrechnungsfall abgerechnete Leistungsbedarf laut EBM, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen berichtet. Es wird dabei die Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM in Zehntelpunkten sowie die Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM in Cent angegeben. In einem weiteren Feld wird die Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent berichtet. Weiterhin ist die Anzahl der Leistungstage mit Abrechnung von Gebührenordnungspositionen angegeben.

Die Satzart DS202 enthält außerdem ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“. Üblicherweise werden hiermit Datensätze mit Auffälligkeiten markiert. Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der vorliegenden GSPR 2013 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine neuen Informationen.

#### DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)

Die Diagnosen der Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS203 enthalten. Für jeden Abrechnungsfall der Satzart DS202 werden in der Satzart DS203 neben dem Abrechnungsquartal und der Fall-ID alle gemeldeten Diagnosen<sup>6</sup> durch die Nennung des ICD-10-GM-Codes aufgezählt. Zur weiteren Beschreibung der Diagnosen werden außerdem die Diagnosesicherheit und die Seitenlokalisierung angegeben. Anhand des Feldes „Diagnosezähler“ kann die Anzahl der insgesamt gemeldeten Diagnosen pro Abrechnungsfall ermittelt werden. Das Feld „Rechtsnachfolger-IK“ wird leer übermittelt.

Die abrechnungsfallsspezifischen Diagnosen der Satzart DS203 sind über den künstlichen Schlüssel „Fall-ID“ den Abrechnungsfällen der Satzart DS202 zugeordnet.

#### DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Die abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPs) der Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS210 enthalten. Für jeden Abrechnungsfall der Satzart DS202 werden in der Satzart DS210 neben dem Abrechnungsquartal und der Fall-ID alle abgerechneten GOPs aufgezählt. Zur Beschreibung der GOPs wird neben der EBM-Ziffer<sup>7</sup> die pro Abrechnungsfall abgerechne-

---

<sup>6</sup> Für eine vollständige Transparenz werden die Diagnosedatensätze der in der GSPR 2013 enthaltenen Abrechnungsfälle den Gesamtvertragspartnern so zur Verfügung gestellt, wie die Datenstelle sie erhalten hat.

<sup>7</sup> Die angegebene Gebührenordnungsposition kann auch eine regional vergebene Ziffer sein (siehe Ausführungen zur Satzart DS215).

te Anzahl der einzelnen GOPs, der für diese GOPs abgerechnete Leistungsbedarf nach EBM (inklusive Angabe des Kennzeichens der Einheit: Zehntelpunkte, Cent oder sonstige) sowie die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins angegeben. Zusätzlich wird der Leistungsbedarf der abgerechneten GOPs nach Euro-Gebührenordnung angeführt. Das Feld „Rechtsnachfolger-IK“ wird leer übermittelt.

Die abrechnungsfallsspezifischen Gebührenordnungspositionen der Satzart DS210 sind über den künstlichen Schlüssel „Fall-ID“ den Abrechnungsfällen der Satzart DS202 zugeordnet.

#### DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Wie auch bei den vier weiteren im Folgenden beschriebenen Satzarten handelt es sich bei der Satzart DS211 um ein Verzeichnis. In der Satzart DS211 werden quartalsweise alle Betriebsstätten aufgeführt, die im Berichtszeitraum (2011/1–2013/4) Leistungen für Stichprobenversicherte erbracht haben. Daraus ergibt sich, dass die Satzart DS211 pro Quartal nicht zwangsläufig praxisvollständig ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Betriebsstätten in den jeweiligen Quartalen gerade keine Leistungen für Stichprobenversicherte abgerechnet haben. Sie sind dann im Betriebsstättenverzeichnis für dieses Quartal nicht enthalten.

Neben dem Abrechnungsquartal und dem Betriebsstättenpseudonym sind die KV-Nummer, die Abrechnungsgruppe sowie der Praxistyp (z. B. Einzelpraxis, MVZ usw.) der Betriebsstätte angegeben. Weiterhin ist das Kennzeichen des Versorgungsbereichs (Hausarzt, Facharzt oder übergreifend) ausgewiesen.

Über das Betriebsstättenpseudonym sind die aufgezählten Attribute des Betriebsstättenverzeichnisses den Betriebsstätten der einzelnen Abrechnungsfälle der Satzart DS202 zugeordnet, dies allerdings nur dann, wenn das Betriebsstättenpseudonym der Satzart DS202 nicht aufgrund von Fremdfällen maskiert wurde (siehe Ausführungen zur Satzart DS202).

#### DS213 – ICD-10-Stammdatei

In der ICD-10-Stammdatei werden alle ICD-10-GM-Diagnosecodes aufgeführt, die im Rahmen der Abrechnung verwendet werden können und nach SGB V zulässig sind. Neben dem ICD-10-Code werden der Gültigkeitszeitraum, der Klartext des ICD-10-Codes sowie das Notationskennzeichen angegeben. Mit dem Notationskennzeichen wird der Diagnosetyp (Kreuzcode, Sterncode oder Ausrufezeichencode) beschrieben.

Dieses Schlüsselverzeichnis kann entsprechend dazu verwendet werden, den zu einem Abrechnungsfall in der Satzart DS203 angegebenen ICD-10-Codes den Klartext der jeweiligen ICD-10-Codes zuzuordnen.

#### DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

In der Gebührenordnungspositions-Stammdatei werden alle GOPs, die in den einzelnen Quartalen in den jeweiligen KV-Bezirken gültig sind (inklusive regional vergebener GOPs), aufgeführt. Neben dem Leistungsquartal und der KV-Nummer werden für die einzelnen GOPs der Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent, unterschieden in ambulant

und stationär, angegeben. Außerdem wird der Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent, wiederum unterschieden nach ambulant und stationär, aufgeführt. Für jede GOP ist außerdem die Art der Gebührenordnung (BMÄ und E-GO) angegeben. Diese spielt faktisch keine Rolle mehr, da die Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO inzwischen äußerst gering sind.

#### DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Für die Satzart DS201 werden die Daten mit irgendeinem von unter Umständen zahlreichen Institutionskennzeichen einer Krankenkasse geliefert (Feld Nr. 02). Dabei kann es sich um ein Geschäftsstellen-IK, um ein Praxisnetz-IK, Abrechnungs-IK oder anderes handeln. Im Kostenträgerverzeichnis der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung aller dem GKV-Spitzenverband bekannten Institutionskennzeichen (im Feld KVK-IK) zu einem übergeordneten Kassensitz-IK, das die Krankenkasse in der GSPR 2013 eindeutig kennzeichnet. Soweit nicht vom Kostenträger selbst eindeutig bestimmt, wird eins dieser Institutionskennzeichen vom GKV-Spitzenverband ausgewählt und fortan als Kassensitz-IK in den Satzarten DS219 und DS220 angegeben. Das Kassensitz-IK darf nicht mit dem Rechtsnachfolger-IK anderer Satzarten verwechselt werden. Das Rechtsnachfolger-IK der Satzarten DS201 und DS202 gibt das Kassensitz-IK des gültigen Rechtsnachfolgers mit Stand 01.07.2015 an, d. h. es werden hier insgesamt 125 verschiedene IKs ausgewiesen (123 zum Stichtag autonom existierende Krankenkassen plus 2 Krankenkassen, die im Berichtszeitraum geschlossen wurden). Das Kassensitz-IK hingegen dient der Zusammenfassung einzelner KVK-IKs zu einer übergeordneten Kasse, die zu einem nicht näher definierten Zeitpunkt als eigenständige Kasse existiert hat. Jedem Kassensitz-IK ist eindeutig ein Rechtsnachfolger-IK (Stand 01.07.2015) zugeordnet.

Auch in der Satzart DS219 ist ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“ zu finden. Diese Markierung dient Dokumentationszwecken: Hier werden diejenigen Kostenträger durch die Feldausprägung „1“ markiert, bei denen Versicherte aufgrund bestimmter Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert wurden. Für eine genauere Beschreibung des Flags siehe Abschnitt 2.3.4.

#### DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 macht Angaben zu den einzelnen Kostenträgern/Krankenkassen. Im Zentrum steht dabei das Kassensitz-IK aus der Satzart DS219. Für jedes Kassensitz-IK kann in der Satzart DS220 der Name des Kostenträgers und sämtliche Rechtsnachfolger nachvollzogen werden. Hat ein Kostenträger nicht nur einen, sondern (durch mehrfache, nacheinander erfolgte Fusionen) mehrere Rechtsnachfolger, so lässt sich die gesamte Fusionshistorie in den einzelnen Fusionsstufen nachvollziehen. Für alle Kassensitz-IKs sind der Name und die Kassenart sowohl des direkten Rechtsnachfolgers als auch des aktuellen Rechtsnachfolgers entsprechend dem Fusionsstand zum 01.07.2015 angegeben. Zusätzlich wird angegeben, in welchem Zeitraum der direkte Rechtsnachfolger gleich dem Rechtsnachfolger der höchsten Fusionsstufe gemäß dem in diesem Zeitraum vorliegenden Fusionsstand war bzw. ist. In der Fusionsstufe 1 ist der Kostenträger nicht fusioniert, d. h. der Name des Kostenträgers, der Name des direkten Rechtsnachfolgers und der Name des aktuellen Rechtsnachfolgers sind identisch. Bei höheren Fusionsstufen ist dies nicht mehr

der Fall. Die Anzahl der Fusionen, die der Kostenträger bis zum aktuellen Rechtsnachfolger durchlaufen hat, ist gleich der Fusionsstufe minus eins.

Die Satzart DS220 enthält neben den genannten Informationen außerdem die Information über den KV-Bezirk des Kassensitz-IKs. Diese Angabe bezieht sich ausschließlich auf die Kassensitz-IKs der aktuellen Rechtsnachfolger zum 01.07.2015, d. h. das entsprechende Feld ist nur für diejenigen Kassensitz-IKs ausgefüllt, die einem der 123 zum 01.07.2015 aktuellen Rechtsnachfolger-IK oder einer der beiden im Berichtszeitraum geschlossenen Krankenkassen entsprechen. Für diese insgesamt 125 Kassensitz-IKs findet sich jeweils ein Eintrag in der Satzart DS220 zum KV-Bezirk, sonst bleibt das Feld zum KV-Bezirk leer.

Das Feld „Flag“ der Satzart DS220 dient wiederum Dokumentationszwecken: Hier werden diejenigen Kostenträger durch die Feldausprägung „1“ markiert, bei denen Versicherte aufgrund bestimmter Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert wurden. Für eine genauere Beschreibung des Flags siehe Abschnitt 2.3.5.

## 2.3 Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging

### 2.3.1 Einführung

Wie in Abschnitt 2.2 ausgeführt, ist in vier Satzarten (DS201, DS202, DS219 und DS220) ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“ enthalten. Hiermit werden üblicherweise Auffälligkeiten in den Daten markiert. Diese Auffälligkeiten wurden im Rahmen einer sorgfältigen Datenprüfung der Geburtstagsstichprobe identifiziert und haben verschiedene Ursachen. Diese Ursachen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Das Flag der Satzart DS201 unterscheidet sich dabei von den Flags der Satzarten DS219 und DS220. Das erstgenannte Flag markiert bestehende Auffälligkeiten eines Datensatzes. Immer wenn das Flag in der Satzart DS201 die Ausprägung „1“ aufweist, ist der Datensatz als auffällig markiert. Es wird empfohlen, diese Datensätze aus einer möglichen Auswertung auszuschließen, da sie Auswertungsergebnisse deutlich verzerren können.

Auch die Satzart DS202 enthält ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“. Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der vorliegenden GSPR 2013 allerdings keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ der Satzart DS202 enthält damit keine neuen Informationen.

Die Flags der Satzarten DS219 und DS220 dienen hingegen Dokumentationszwecken. In diesen beiden Satzarten werden Teilkassen<sup>8</sup> bzw. Fusionskassen<sup>9</sup> markiert, bei denen Versicherte in der Satzart DS201 markiert wurden.

---

<sup>8</sup> Eine ehemals autonom existierende Krankenkasse, die im Berichtszeitraum oder auch davor mit einer anderen Krankenkasse fusioniert hat, wird in diesem Dokument als Teilkasse bezeichnet. Darüber hinaus wird der Begriff Teilkasse in diesem Dokument auch für eine untergeordnete Einheit einer Krankenkasse verwendet, repräsentiert durch ein Institutionskennzeichen aus der Satzart DS219 (z. B. Geschäftsstellen-IK, Praxisnetz-IK).

<sup>9</sup> In dem vorliegenden Dokument werden die Krankenkassen, die laut Fusionsstand zu einem bestimmten Stichtag noch existierten, als Fusionskassen bezeichnet. Zum für die ausgelieferte GSPR 2013 berücksichtigten Stichtag (01.07.2015) existierten noch 123 Krankenkassen.

Im Folgenden werden die Flags der einzelnen Satzarten und ihre Ursachen genauer beschrieben und die Kassen genannt, in denen die beschriebenen Probleme auftreten.

### 2.3.2 Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

Die Markierung eines Versicherten-Stammdatensatzes (Satzart DS201) wird über das Feld Nr. 09 („Flag“) angegeben, welches entweder die Ausprägung „0“ oder die Ausprägung „1“ hat. Die Ausprägung „0“ entspricht dabei keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern dient der Kennzeichnung eines Datensatzes ohne Auffälligkeiten. Die Ausprägung „1“ markiert dagegen einen Datensatz der Satzart DS201 mit einer oder mehreren Auffälligkeiten. Es wird empfohlen, Datensätze mit Auffälligkeiten (Flagausprägung „1“) für Auswertungen nicht zu verwenden. Die in der Datensatzbeschreibung der Satzart DS201 außerdem aufgeführte Ausprägung „2“ (Datensatz aus Fehlwerterersatz) ist für die GSPR 2013 nicht relevant, da kein Fehlwerterersatzverfahren angewendet wurde.

Zu den Auffälligkeiten, die zu einer Markierung mit „1“ führen, gehören:

- Nicht eindeutige Personen-ID,
- Falsch pseudonymisierte Personen-ID,
- Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer,
- Kollidierende Personen-ID,
- Fehlende Versichertennummer,
- Versicherte einer Teilkasse matchen nicht<sup>10</sup>,
- Falschmatcher,
- Auffälliger Ausschöpfungsgrad,
- Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen

Für Leser, die mit der GSPR 2012 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich bei der GSPR 2013 die Gründe, die zu einer Auffälligkeitsmarkierung in der Satzart DS201 geführt haben, teilweise leicht geändert haben, da die Datenprüfung der zu Grunde liegenden Geburtstagsstichprobe (GSP) einschließlich der Daten zu Selektivverträgen weiterentwickelt werden konnte, sodass dort eine differenziertere Markierung vorgenommen werden konnte. Es ist aber zu beachten, dass nur das nominale Ergebnis der Datenprüfung in die Satzart DS201 der GSPR 2013 übernommen wird. Es ist damit feststellbar, ob sich die Anzahl der in der GSPR 2013 mit dem Auffälligkeitsflag markierten Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 gegenüber den gleichen Jahren in der GSPR 2012 geändert hat. Aufgrund der

---

<sup>10</sup> Das Matchingverfahren der Geburtstagsstichprobe wird in Kapitel 6.4 ausführlich erläutert. Zum Verständnis der folgenden Ausführungen zu den Auffälligkeiten soll hier nur eine kurze Definition gegeben werden: Im vorliegenden Dokument beschreibt der Begriff Matching die Zuordnung von arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten anhand des Pseudonyms der Versichertennummer und eines der Institutionskennzeichen der Kasse. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versicherten-Stammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2013.

unterschiedlichen Pseudonymisierung der Personen-IDs in den beiden Versionen der GSPR ist aber nicht erkennbar, für welche Personen-IDs ggf. eine Änderung eingetreten ist.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen jahresweisen Überblick über den Anteil<sup>11</sup> der markierten Datensätze für die Berichtsjahre 2011 bis 2013. In der Spalte 3 werden außerdem für jedes Jahr die beiden häufigsten Markierungsgründe aufgezählt. Die aufgeführten Werte in der Tabelle 1 basieren auf Auswertungen der gesamten GSPR 2013.

Jahr	Anteil markierter Datensätze der Satzart DS201	Relevanteste Markierungsgründe (% der markierten Datensätze)
2011	1,62 %	Auffälliger Ausschöpfungsgrad (37,64 %) Versicherte einer Teilkasse matchen nicht (34,71 %)
2012	0,49 %	Nicht eindeutige Personen-ID (58,84 %) Kollidierende Personen-ID (39,40 %)
2013	0,35 %	Nicht eindeutige Personen-ID (94,15 %) Kollidierende Personen-ID (25,65 %)

Tabelle 1: Überblick über die Auffälligkeitsmarkierungen der Satzart DS201 in der GSPR 2013

Im Folgenden werden die oben genannten Gründe näher erläutert, die für die GSPR 2013 zu einer Markierung geführt haben.

#### Nicht eindeutige Personen-ID

In den von den Krankenkassen gelieferten Daten kann es vorkommen, dass einem Versichertenverhältnis (eindeutig identifiziert anhand des gemeldeten Institutionskennzeichens und der pseudonymisierten Versichertennummer) mehrere Personen-IDs zugeordnet sind. Alle Personen-IDs, die solchen Versichertenverhältnissen zugeordnet sind, werden in der Satzart DS201 über den gesamten Berichtszeitraum markiert. Diese Markierung ist unabhängig vom jeweiligen Versichertenverhältnis. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 592299 Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2013 markiert (0,29 % der Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2013). Dies betrifft 87172 distinkte Personen-IDs (0,40 % der Personen-IDs in der GSPR 2013).

#### Falsch pseudonymisierte Personen-ID

Es kann vorkommen, dass Krankenkassen falsch pseudonymisierte Versichertennummern und/oder Personen-IDs liefern<sup>12</sup>. Teilweise betrifft dies alle Versicherten einer Fusionskasse

<sup>11</sup> Die im Abschnitt 2.3.2 berichteten Anteile und Anzahlen berücksichtigen Datensätze bzw. Personen-IDs ggf. mehrfach. Die ausgewiesenen Zahlen addieren sich demnach nicht notwendigerweise zur Gesamtzahl markierter Datensätze (insgesamt 1638260 markierte Datensätze in der GSPR 2013) oder Personen-IDs (insgesamt 342794 markierte Personen-IDs in der GSPR 2013).

<sup>12</sup> Sind bei einem Versicherten die Personen-ID und die Versichertennummer falsch pseudonymisiert, so kann diesem Versicherten kein Abrechnungsfall zugeordnet werden. Dieser Versicherte wird damit gegebenenfalls fälschlicherweise als ein Nie-Inanspruchnehmer definiert, da er gemäß den Daten keine ärztlichen Leistungen

oder einer Teilkasse, teilweise nur einzelne Versicherte (z. B. diejenigen mit einem bestimmten Geburtstagskalendertag). Alle Personen-IDs der mit Fehlern behafteten Geburtskalendertage der betroffenen Fusionskassen (bzw. Teilkassen) werden in allen ihren Versichertenverhältnissen *für das entsprechende Jahr* markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter in diesem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Für die betroffenen Fusionskassen sind in Tabelle 2 die Größenklasse und das Jahr, in dem die Personen-IDs von Versicherten markiert werden, aufgeführt. Spalte 3 gibt darüber hinaus die Anzahl der insgesamt betroffenen Geburtskalendertage an. Insgesamt sind aufgrund falsch pseudonymisierter Personen-IDs 567 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,0003 %). Dies betrifft lediglich 74 distinkte Personen-IDs.

Größenklasse der Fusionskasse	Jahr	Anzahl Geburtskalendertage
groß	2012	3
groß	2013	3

Tabelle 2: Fusionskassen mit falsch pseudonymisierten Personen-IDs (Einteilung der Fusionskassen in Größenklassen anhand der Versichertenzahl im Quartal 2013/4: bis 99.999 Versicherte (klein), 100.000 bis 499.999 Versicherte (mittel), ab 500.000 Versicherte (groß))

Die Markierung wird an die Satzart DS219 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in der Satzart DS219 wird im Abschnitt 2.3.4 beschrieben.

#### Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummern (kassenspezifisch und/oder lebenslang)

Aufgrund von Informationslücken werden von den Krankenkassen für fehlende Versichertennummern (kassenspezifisch und/oder lebenslang) möglicherweise sogenannte Dummy-Werte verwendet, für die dann Pseudonyme an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt werden. Diese (Dummy-)Personen-IDs weisen dann auffällig viele Versichertenverhältnisse oder Abrechnungsfälle auf. Wird eine solche Personen-ID identifiziert, so wird diese *für den gesamten Berichtszeitraum* und in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. In der GSPR 2013 sind aus dem genannten Grund 417 Datensätze der Satzart DS201 markiert (0,0002 %). Dies betrifft lediglich 39 distinkte Personen-IDs.

Auch in den arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen sind möglicherweise Pseudonyme für Dummy-Versichertennummern enthalten, die nur dann mit den kassenseitigen Pseudonymen für Dummy-Versichertennummern matchen, wenn identische Dummy-Werte verwendet wurden. Die meisten dieser Dummy-Personen-IDs wurden wegen der nicht-eindeutigen Angaben zu Geschlecht und/oder Geburtsquartal aus der GSPR 2013 ausgeschlossen. Alle

---

in Anspruch nimmt. Findet man nun für Teilkassen bzw. Fusionskassen mit gleichbleibenden und nicht zu kleinen Versichertenzahlen in einem oder mehreren Quartalen eine sehr geringe Inanspruchnahmequote, so kann dies auf einen Pseudonymisierungsfehler in einzelnen Quartalen hindeuten. Die Inanspruchnahmequote gibt dabei den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten an (siehe Abschnitt 2.4).

übrigen Pseudonyme für Dummy-Werte in den arztseitig übermittelten Daten haben nicht mit den kassenseitigen Versichertenpseudonymen gematcht und sind daher ebenfalls nicht in der GSPR 2013 enthalten.

#### Kollidierende Personen-ID

Bei der Zuordnung der arztseitig gelieferten Abrechnungsfälle zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten kann es vorkommen, dass Abrechnungsfälle mehreren verschiedenen Personen-IDs aus den Versicherten-Stammdaten zugeordnet werden können. Diese Fälle gelten dann als nicht matchbar und werden nicht mit der GSPR 2013 ausgeliefert. Alle diesen Fällen zuordenbaren Personen-IDs werden *in dem betreffenden Jahr* und für alle ihre Versichertenverhältnisse markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 341410 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,17 %). Dies betrifft 54283 distinkte Personen-IDs (0,25 %).

#### Fehlende Versichertennummer

Es kommt vor, dass zu einem Versicherten zwar die Personen-ID und damit auch Informationen z. B. zum Geschlecht und Alter vorliegen, aber keine Angabe der pseudonymisierten Versichertennummer. Wie in Abschnitt 6.4 beschrieben, ist die pseudonymisierte Versichertennummer aber oft noch notwendig, um den kassenseitig gelieferten Personen-IDs die jeweiligen arztseitig gelieferten Abrechnungsfälle zuzuordnen. Liegen keine Informationen zur pseudonymisierten Versichertennummer vor, so werden der Personen-ID unter Umständen fälschlicherweise keine Abrechnungsfälle zugeordnet. Ab dem Jahr 2011 ist es allerdings möglich und zulässig, dass kein Pseudonym einer herkömmlichen Versichertennummer übermittelt wurde, weil der Versicherte nur noch mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet ist. In diesem Fall ist das Fehlen kein Fehler, da seine Abrechnungsfälle dann auch direkt über die in den Abrechnungsdaten enthaltene pseudonymisierte lebenslange Versichertennummer zugeordnet werden könnten. Im Rahmen der Datenprüfung hat sich jedoch herausgestellt, dass im Jahr 2011 wesentlich mehr Personen-IDs ohne herkömmliche Versichertennummer übermittelt wurden, als zu erwarten war. Aus diesem Grund wurden Personen-IDs mit fehlender Versichertennummer im Jahr 2011 *in diesem Jahr* und für alle ihre Versichertenverhältnisse als auffällig markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet. In den Jahren 2012 und 2013 wurden dagegen keine Personen-IDs aus diesem Grund markiert.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 86610 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,04 %). Dies betrifft 23288 distinkte Personen-IDs (0,11 %).



## Versicherte einer Teilkasse matchen nicht

Aus nicht geklärten Gründen konnten bei einer Teilkasse einer großen Fusionskasse im Jahr 2011 Versicherten keine Abrechnungsfälle der Satzart DS202 zugeordnet werden. Daher sind die Personen-IDs, die dieser Teilkasse zugeordnet werden können, in diesem Jahr und in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Außerdem zeigt sich, dass im Jahr 2011 auch *einem Teil* der Versicherten der betroffenen Fusionskasse mit bestimmten Geburtskalendertagen ebenfalls keine Abrechnungsfälle zugeordnet werden können. Es ist zu vermuten, dass es sich hierbei wieder um Versicherte derselben Teilkasse handelt. Für die in den Jahren 2010 und 2011 neu in die Versichertenstichprobe hinzugekommenen Versicherten der betroffenen Fusionskasse (Geburtstagskalendertage 4, 11 und 18) kann allerdings nicht mehr festgestellt werden, ob sie Versicherte dieser Teilkasse sind. Aus diesem Grund werden für das Jahr 2011 alle Versicherten der Fusionskasse mit den Geburtskalendertagen 4, 11 und 18 markiert. Diese Personen-IDs werden in diesem Jahr in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 363928 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,18 %). Dies betrifft 91646 distinkte Personen-IDs (0,42 %). Diese Markierungen werden an die Satzarten DS219 und DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in den Satzarten DS219 und DS220 wird in den Abschnitten 2.3.4 und 2.3.5 beschrieben.

## Falschmatcher

Im Rahmen der Datenzusammenführung (Matching, siehe Abschnitt 6.4) kann es zu sogenannten Falschmatchern kommen. Bei einem Falschmatcher besteht der Verdacht einer irrtümlichen Zuordnung des Abrechnungsfalles zu einem Versicherten. Anhand von spezifischen GOPs und/oder bestimmten Diagnosen kann in ausgewählten Abrechnungsfällen auf das vermeintliche Geschlecht des Versicherten geschlossen werden. Stimmt nun das tatsächliche Geschlecht des Versicherten nicht mit dem laut Abrechnungsfall vermuteten Geschlecht überein, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte falsch dem Abrechnungsfall zugeordnet wurde. Eine Übersicht über die Gebührenordnungspositionen und ICD-Codes, anhand derer auf das vermeintliche Geschlecht geschlossen werden kann, gibt Abschnitt 7.2.

Als Falschmatcher werden diejenigen Personen-IDs markiert, die Teil einer Quartals-Teilkassen-Geburtskalendertags-Kombination sind, für die folgende Bedingungen erfüllt sind:

- 1) Die durch die Kombination abgegrenzte Gruppe von Versicherten enthält mindestens 5 Personen-IDs, bei denen das Geschlecht in den Versicherten-Stammdaten

nicht mit dem vermuteten Geschlecht laut zugeordneten Abrechnungsfällen übereinstimmt und

- 2) mehr als 5% der geschlechtsspezifischen Abrechnungsfälle matchen falsch („Falschmatcherquote“), d. h. das Geschlecht der Person stimmt nicht mit dem vermuteten Geschlecht laut Abrechnungsfalles überein.

Wird also eine Quartals-Teilkassen-Geburtskalendertags-Gruppe identifiziert, für die diese beiden Bedingungen erfüllt sind, werden *alle* Personen-IDs, die dieser Gruppe angehören, im *betreffenden Jahr* in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse in diesem Jahr, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter in dem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 8073 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,004 %). Dies betrifft 2020 distinkte Personen-IDs (0,01 %).

### Auffälliger Ausschöpfungsgrad

Eine Kennzahl, die im Rahmen der Datenprüfung berechnet wird, ist der sogenannte „Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs“. Der Ausschöpfungsgrad setzt den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten der bundesweiten Versichertenstichprobe ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten (siehe dazu auch Abschnitt 2.4). Die Vergleichsgröße beim Ausschöpfungsgrad beträgt damit 100%. Wenn der Ausschöpfungsgrad genau 100% betragen würde, dann entspräche der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe genau dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Grundgesamtheit.

Es ist zu erwarten, dass der Ausschöpfungsgrad für alle Fusionskassen und für alle Quartale von diesem theoretischen Wert abweicht. Wenn diese Abweichungen allerdings zu groß sind, dann muss vermutet werden, dass dafür Datenprobleme ursächlich sind. Beispielsweise könnte es daran liegen, dass bestimmten Personen-IDs die entsprechenden Abrechnungsfälle im Matchingverfahren nicht korrekt zugeordnet wurden.

Um die Datenprobleme möglichst genau zu identifizieren, wird der Ausschöpfungsgrad für jede KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination berechnet. Wenn eine solche Kombination eine der drei folgenden Bedingungen erfüllt, werden alle Personen-IDs dieser Kombination markiert:

- 1) Die KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination umfasst mehr als 2000 Personen-IDs und weist einen Ausschöpfungsgrad kleiner als 0,85-99 % oder größer als  $(1/0,85) \cdot 99$  % auf und/oder
- 2) die KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination umfasst mehr als 1000 Personen-IDs und weist einen Ausschöpfungsgrad kleiner als 0,7-99 % oder größer als  $(1/0,7) \cdot 99$  % auf und/oder

- 3) die KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination umfasst mehr als 800 Personen-IDs und weist einen Ausschöpfungsgrad kleiner als 0,6-99 % oder größer als  $(1/0,6) \cdot 99$  % auf

Wird also eine Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Gruppe identifiziert, für die mindestens eine dieser beiden Bedingungen erfüllt ist, werden *alle* Personen-IDs, die dieser Gruppe angehören, im *betreffenden Jahr* in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt ein markierter Versicherter seine Krankenkasse in diesem Jahr, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter in dem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 487751 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,24 %). Dies betrifft 110431 distinkte Personen-IDs (0,50 %).

Die Markierung wird an die Satzart DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in der Satzart DS220 wird im Abschnitt 2.3.5 beschrieben.

#### Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2016 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V werden zur Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern auch die Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung herangezogen (im Folgenden als Selektivvertragsdaten bezeichnet; siehe auch Abschnitt 6.6). Es kann nun vorkommen, dass anhand dieser Selektivvertragsdaten Versicherte in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert werden und diese Versicherten prinzipiell zwar in den Versicherten-Stammdaten der Geburtstagsstichprobe enthalten sind, allerdings nicht in dem betreffenden Quartal. In der Konsequenz wären diese Versicherten für das betreffende Quartal in der GSPR 2013 nicht als Selektivvertragsteilnehmer gekennzeichnet, obwohl sie in den Selektivvertragsdaten als Teilnehmer vorkommen. Diese Personen-IDs werden aus diesem Grund *in dem betreffenden Jahr* und für alle ihre Versichertenverhältnisse markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 47923 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2013 markiert (0,02 %). Dies betrifft 21060 distinkte Personen-IDs (0,10 %).

#### 2.3.3 Flag der Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

In der Datensatzbeschreibung findet man in der Satzart DS202 das Feld Nr. 12 mit der Bezeichnung „Flag“. In der GSPR 2013 nimmt dieses Feld für keinen Datensatz die Ausprägung „1“ an, d. h. in der GSPR 2013 werden keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert. Aus dieser Tatsache sollte jedoch nicht rückgeschlossen werden, dass keine Abrechnungsfälle durch

eine Auffälligkeitsmarkierung in den Versicherten-Stammdaten (Satzart DS201) zum Ausschluss bei Auswertungen empfohlen würden.

Selbst wenn man, wie empfohlen, die als auffällig markierten Personen-IDs ausschließt und demzufolge auch die diesen Personen-IDs zugeordneten Abrechnungsfälle, so werden zwar in der Konsequenz die Falschmatcherfälle gemäß obiger Definition ausgeschlossen, dadurch ist allerdings nicht sichergestellt, dass tatsächlich für alle Abrechnungsfälle das aus den dokumentierten Angaben für Diagnosen und Leistungen abgeleitete Geschlecht konsistent zum Geschlecht der Personen-ID ist. Anders ausgedrückt: Ist einem Abrechnungsfall mit einer abgeleiteten Geschlechtszuordnung eine Personen-ID anderen Geschlechts zugeordnet, die nicht die in Abschnitt 2.3.2 (Markierungsgrund „Falschmatcher“) beschriebenen Bedingungen erfüllt, so ist dieser Abrechnungsfall weder markiert noch wird er durch den Ausschluss markierter Personen-IDs mit ausgeschlossen. Möchte man sichergehen, dass auch alle diese Fälle von einer Auswertung ausgeschlossen werden, so müssten diese anhand der in Anhang 7.2 aufgeführten GOPs und/oder Diagnosen identifiziert werden.

### 2.3.4 Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

In der Satzart DS219 werden sämtliche dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen von Teilkassen aufgeführt. Für die Markierung einer Teilkasse in der Satzart DS219 werden neben den bisher beschriebenen keine zusätzlichen QS-Maßnahmen durchgeführt. Die Markierung einer Teilkasse, die über die Ausprägung des Feldes Nr. 03 realisiert ist, dient Dokumentationszwecken.

Einer Teilkasse wird im Feld Nr. 03 die Ausprägung „1“ zugewiesen, wenn Versicherte dieser Teilkasse aufgrund folgender Auffälligkeiten markiert werden: „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ sowie „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“. Es werden auch diejenigen Teilkassen markiert, die gleiche Kassensitz-IDs wie betroffene Teilkassen aufweisen, auch wenn sie nicht direkt betroffen sind.

Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt an, dass für die Versicherten dieser Teilkasse weder das Problem „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ noch das Problem „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ vorliegt. Es ist keinesfalls der Rückschluss zu ziehen, dass die Versicherten-Stammdatensätze derjenigen Teilkassen, für die die Feldausprägung gleich „0“ ist, in der Satzart DS201 nicht markiert wären, da die Möglichkeit besteht, dass Versicherten-Stammdatensätze in der Satzart DS201 aus anderen Gründen markiert sind.

Tabelle 3 weist für die einzelnen Gründe, die in der Satzart DS219 zu einer Markierung in der GSPR 2013 führen, die Anzahl der markierten Teilkassen sowie die Anzahl der markierten Fusionskassen aus, die ausschließlich aus diesem Grund in der Satzart DS219 markiert sind. Es gibt keine Teilkassen oder Fusionskassen, die aus mehreren Gründen markiert sind.

Anlass der Markierung	Anzahl markierter Teilkassen	Anzahl markierter Fusionskassen
Ausschließlich „falsch pseudonymisierte Personen-ID“	6	3
Ausschließlich „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“	9	1

Tabelle 3: Teilkassen mit Flag in der Satzart DS219

### 2.3.5 Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Satzart DS220 gibt Auskunft über die Fusion von Kostenträgern. Hier kann nachvollzogen werden, welche Rechtsvorgänger zu den aktuell gültigen Fusionskassen vorliegen. Für die Markierung einer Fusionskasse und all ihrer Rechtsvorgänger in der Satzart DS220 werden neben den bisher beschriebenen keine zusätzlichen QS-Maßnahmen durchgeführt. Die Markierung einer Fusionskasse (bzw. Teilkasse) dient Dokumentationszwecken. Alle Institutionskennzeichen einer Fusionskasse und ihrer Rechtsvorgänger werden im Feld Nr. 13 mit der Ausprägung „1“ markiert, wenn für Versicherte der Fusionskasse in einem beliebigen Jahr die Probleme „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ und/oder „auffälliger Ausschöpfungsgrad“ vorliegen (siehe Abschnitt 2.3.2).

Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt an, dass für Versicherte dieser Fusionskasse und ihrer Rechtsvorgänger weder das Problem „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ noch das Problem „auffälliger Ausschöpfungsgrad“ besteht. Es ist keinesfalls der Rückschluss zu ziehen, dass die Versicherten der Fusionskassen, für die die Feldausprägung gleich „0“ ist, in der Satzart DS201 nicht markiert wären. Es lassen sich Fusionskassen finden, deren Versicherten teilweise aufgrund anderer Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert sind, ohne dass die zugehörige Fusionskasse in der Satzart DS220 die Flagausprägung „1“ aufweist.

Die in der Satzart DS220 markierten Fusionskassen werden in der folgenden Tabelle 4 die Größenklasse und der Anlass der Markierung aufgeführt.

Größenklasse der Fusionskasse	Anlass der Markierung
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	Versicherte einer Teilkasse matchen nicht und auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
groß	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad
mittel	auffälliger Ausschöpfungsgrad

Tabelle 4: Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220 (Einteilung der Fusionskassen in Größenklassen anhand der Versichertenzahl im Quartal 2013/4: bis 99.999 Versicherte (klein), 100.000 bis 499.999 Versicherte (mittel), ab 500.000 Versicherte (groß))

### 2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung der der GSPR 2013 zugrunde liegenden bundesweiten Versichertenstichprobe dargestellt. Weitere Informationen zu dieser Stichprobe sind im Abschnitt 6 zu finden. Hier werden lediglich Ergebnisse zu den Kennzahlen Lieferquote der Versicherten-Stammdaten, Inanspruchnahmequote sowie Ausschöpfungsgrad Leistungsbedarf berichtet. Der dabei berücksichtigte Fusionsstand der Kran-

kenkassen (Stichtag: 14.11.2014) entspricht dem zum Zeitpunkt der Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Zu diesem Zeitpunkt gab es 131 Fusionskassen. Zu dem für die ausgelieferte GSPR 2013 berücksichtigten aktuelleren Fusionsstand (Stichtag: 01.07.2015) gab es dagegen nur noch 123 Fusionskassen. Zusätzlich sind in den Daten jeweils noch zwei weitere, im Berichtszeitraum geschlossene Fusionskassen enthalten (die zum 30.06.2011 geschlossene City BKK und die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe).

Lieferquote der Versicherten-Stammdaten: Um die Lieferquote zu berechnen, werden pro Quartal die in der Stichprobe enthaltenen Versicherten der jeweiligen Wohnort-KV gezählt, die in diesem Quartal nicht wegen Auffälligkeiten markiert wurden. Die so ermittelte Anzahl von Versicherten wird durch die von den Krankenkassen in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. den „ANZVER87a“-Daten<sup>13</sup> berichtete Anzahl der Versicherten geteilt. Der Zielwert für die Berichtsjahre 2011 und 2013 liegt zwischen 23,0 und 23,1 % (In die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2011 und 2013 sind jeweils 84 Geburtstage (sieben pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca.  $84/365 \approx 23,01\%$ ). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2012 liegt zwischen 26,3 und 26,4 % (In die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2011 sind 96 Geburtstage (acht pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca.  $96/365 \approx 26,30\%$ ). Abweichungen von diesen Zielquoten können sich ergeben, wenn entweder Lieferlücken einzelner Krankenkassen oder eine häufige Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versicherten-Stammdaten zu verzeichnen sind. Nicht auszuschließen ist allerdings auch, dass die Werte durch den Unterschied zwischen tagesgenauer Zählung in der Versichertenstichprobe und Stichtagszählung in den als Referenz herangezogenen „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten oder durch den Einfluss bestimmter Versichertengruppen (wie zum Beispiel Wohnausländern) verzerrt werden. Die Lieferquoten geben damit einen Eindruck vom Stichprobenumfang bezogen auf die Grundgesamtheit, wenn – wie empfohlen – auf die Verwendung der mit „1“ (Auffälligkeiten) markierten Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2013 verzichtet wird.

Tabelle 5 gibt die Lieferquoten der Versicherten-Stammdaten für die einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2011/1 bis 2013/4 an. In Tabelle 6 und in Tabelle 7 sind Informationen zu den Lieferquoten der Fusionskassen für den Berichtszeitraum gesammelt. Aufgrund der Vielzahl der Fusionskassen wurden diese in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der Höhe der Lieferquoten. Für jede Gruppe sind für jedes Quartal die Anzahl der Fusionskassen, die eine solche Lieferquote aufweisen bzw. die Anzahl der Versicherten, die bei diesen Fusionskassen versichert sind, angegeben.

Die angegebenen Lieferquoten, die die Anzahl der gelieferten Versicherten ohne Auffälligkeitsmarkierung zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse ins Verhältnis setzen, können auch als Netto-Lieferquote interpretiert werden. In Ergänzung dazu werden in

---

<sup>13</sup> Die Lieferung der „ANZVER87c4“-Daten erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung erfolgt die Lieferung der Versichertenanzahlen ab dem Quartal 2012/2 in den „ANZVER87a“-Daten, welche im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) näher beschrieben sind.

Tabelle 8 und in Tabelle 9 auch diejenigen Lieferquoten der Versicherten-Stammdaten berichtet, die die Anzahl der ursprünglich von den jeweiligen Fusionskassen gelieferten Versicherten (also alle Versicherten unabhängig von markierten Auffälligkeiten) ins Verhältnis zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse setzen. Diese wird als „ursprüngliche Lieferquote“ bezeichnet.

Inanspruchnahmequote: Weiterhin wird die sogenannte Inanspruchnahmequote berichtet. Zwar wird allen mit der GSPR 2013 ausgelieferten Fällen eine Personen-ID zugeordnet, aber natürlich weist nicht jeder der in den Versicherten-Stammdaten enthaltenen Versicherten in jedem Quartal auch mindestens einen Abrechnungsfall auf.

Die Inanspruchnahmequoten der Tabelle 10 geben pro KV-Bezirk und Quartal den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten an. Wiederum werden zur Berechnung der Quote nur Versicherte und Abrechnungsfälle einbezogen, die keine Markierung wegen Auffälligkeiten tragen.

Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs: Der Ausschöpfungsgrad setzt den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten. Datengrundlage für den kollektivvertraglichen Leistungsbedarf aller Versicherten des Berichtszeitraums 2011–2013 sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelieferten „ARZTRG87aKA“-Daten (gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung, in seiner 263. Sitzung bzw. in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)). Zur Ermittlung der Anzahl aller Versicherten werden wiederum die „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten verwendet. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als 100 % kann daher ein Anzeichen dafür sein, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten. Der Leistungsbedarf eines Versicherten berücksichtigt dabei die regionale Euro-Gebührenordnung. In die Berechnung des Ausschöpfungsgrades werden nur Versicherte einbezogen, die keine Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versicherten-Stammdaten tragen.

Tabelle 11 gibt die Ausschöpfungsgrade der einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2011/1 bis 2013/4 an. In Tabelle 12 und in Tabelle 13 sind Informationen zu den Ausschöpfungsgraden der Fusionskassen für den Berichtszeitraum gesammelt. Aufgrund der Vielzahl der Fusionskassen wurden diese in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der Höhe der Ausschöpfungsgrade. Für jede Gruppe sind für jedes Quartal die Anzahl der Fusionskassen, die einen solchen Ausschöpfungsgrad aufweisen, bzw. die Anzahl der Versicherten, die bei diesen Fusionskassen versichert sind, angegeben.

Wohnort-KV/Quartal	20111	20112	20113	20114	20121	20122	20123	20124	20131	20132	20133	20134
Baden-Württemberg	23,09%	23,07%	23,11%	23,05%	26,42%	26,38%	26,18%	26,09%	22,96%	22,93%	22,97%	22,90%
Bayern	23,00%	22,99%	23,01%	22,95%	26,39%	26,37%	26,20%	26,20%	23,07%	23,04%	23,07%	22,99%
Berlin	23,04%	22,98%	22,98%	22,93%	26,38%	26,28%	25,98%	25,97%	23,04%	22,98%	22,99%	22,92%
Brandenburg	22,98%	22,93%	22,94%	22,90%	26,38%	26,37%	26,18%	26,14%	23,06%	23,00%	22,97%	22,91%
Bremen	22,34%	22,25%	22,29%	22,04%	26,28%	26,26%	26,37%	26,31%	22,81%	22,75%	22,87%	22,85%
Hamburg	23,35%	23,30%	23,32%	23,25%	26,77%	26,51%	26,17%	26,10%	22,89%	22,85%	22,94%	22,86%
Hessen	22,79%	22,75%	22,77%	22,73%	26,49%	26,40%	26,19%	26,10%	22,92%	22,89%	22,92%	22,83%
Mecklenburg-Vorpommern	22,68%	22,67%	22,66%	22,65%	26,42%	26,39%	26,18%	26,20%	23,10%	23,01%	22,99%	22,96%
Niedersachsen	22,99%	22,95%	22,83%	22,61%	26,40%	26,40%	26,45%	26,35%	23,04%	23,00%	23,02%	22,98%
Nordrhein	22,67%	22,63%	22,66%	22,63%	26,38%	26,33%	26,00%	25,92%	22,90%	22,94%	22,98%	22,93%
Rheinland-Pfalz	21,45%	21,40%	21,43%	21,39%	26,35%	26,37%	26,23%	26,15%	23,05%	23,02%	23,06%	22,96%
Saarland	21,31%	21,27%	21,30%	21,28%	26,45%	26,47%	26,28%	26,21%	23,02%	22,99%	23,01%	22,95%
Sachsen	22,98%	22,95%	22,98%	22,96%	26,41%	26,40%	26,09%	26,13%	23,23%	23,16%	23,15%	23,11%
Sachsen-Anhalt	21,84%	21,71%	21,70%	21,66%	26,45%	26,35%	26,08%	26,11%	23,11%	23,03%	23,04%	23,02%
Schleswig-Holstein	22,69%	22,67%	22,67%	22,64%	26,36%	26,36%	26,23%	26,22%	23,08%	23,00%	23,01%	22,93%
Thüringen	22,92%	22,90%	22,91%	22,89%	26,35%	26,39%	26,16%	26,19%	23,06%	23,03%	23,04%	23,01%
Westfalen-Lippe	22,82%	22,78%	22,82%	22,78%	26,16%	26,15%	25,84%	25,77%	22,91%	22,87%	22,90%	22,85%

Tabelle 5: Lieferquote der Versicherten-Stammdaten nach KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen. Farbskala:   Unterschreitung der Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte,   Unterschreitung der Zielquote um mehr als 0,2 Prozentpunkte jedoch um nicht mehr als 1,0 Prozentpunkte,   Abweichung von der Zielquote um nicht mehr als 0,2 Prozentpunkte,   Überschreitung der Zielquote um mehr als 0,2 Prozentpunkte jedoch um nicht mehr als 1,0 Prozentpunkte.



Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2011/1	23,0%	4	18	29	76	6	133
2011/2	23,0%	4	17	32	76	4	133
2011/3	23,0%	4	15	28	78	7	132
2011/4	23,0%	5	18	34	72	3	132
2012/1	26,3%	2	10	29	84	6	131
2012/2	26,3%	2	9	37	77	6	131
2012/3	26,3%	4	13	25	82	7	131
2012/4	26,3%	4	15	33	74	5	131
2013/1	23,0%	0	10	50	67	4	131
2013/2	23,0%	1	9	52	65	4	131
2013/3	23,0%	1	4	43	78	5	131
2013/4	23,0%	1	9	53	63	5	131

*Tabelle 6: Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 14.11.2014. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.*

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
2011/1	23,0%	404.877	2.651.235	6.937.155	5.903.581	44.497	15.941.345
2011/2	23,0%	407.486	3.198.620	6.401.447	5.937.290	9.341	15.954.184
2011/3	23,0%	404.735	3.751.439	5.647.281	6.093.545	73.343	15.970.344
2011/4	23,0%	453.244	3.993.239	7.613.185	3.839.861	18.009	15.917.539
2012/1	26,3%	230.143	1.292.925	7.980.376	8.898.255	55.540	18.457.239
2012/2	26,3%	228.972	538.305	6.004.270	11.643.945	56.674	18.472.166
2012/3	26,3%	1.372.310	4.434.540	2.967.283	9.500.550	72.987	18.347.670
2012/4	26,3%	1.366.186	4.491.599	3.610.508	8.822.423	18.679	18.309.395
2013/1	23,0%	0	1.493.440	6.783.915	7.821.611	15.244	16.114.210
2013/2	23,0%	1.388.083	480.989	5.677.475	8.566.389	15.831	16.128.767
2013/3	23,0%	1.374.965	412.742	3.193.047	11.163.710	19.938	16.164.402
2013/4	23,0%	1.353.866	437.114	6.986.781	7.345.334	20.113	16.143.208

Tabelle 7: Anzahl der Versicherten nach Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2011/1	23,0%	0	13	25	88	7	133
2011/2	23,0%	0	12	31	84	6	133
2011/3	23,0%	0	9	27	89	7	132
2011/4	23,0%	1	12	30	86	3	132
2012/1	26,3%	0	7	24	94	6	131
2012/2	26,3%	0	7	35	83	6	131
2012/3	26,3%	1	13	19	90	8	131
2012/4	26,3%	1	15	31	79	5	131
2013/1	23,0%	0	9	41	77	4	131
2013/2	23,0%	1	7	47	72	4	131
2013/3	23,0%	1	2	38	85	5	131
2013/4	23,0%	1	8	48	69	5	131

*Tabelle 8: Anzahl der Fusionskassen nach ursprünglicher Lieferquote (inklusive der als auffällig markierten Versicherten), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 14.11.2014. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.*

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
2011/1	23,0%	0	1.547.024	5.948.888	8.627.857	76.644	16.200.413
2011/2	23,0%	0	1.560.317	5.952.777	8.623.262	80.217	16.216.573
2011/3	23,0%	0	1.551.249	5.734.187	8.875.650	73.567	16.234.654
2011/4	23,0%	49.650	2.060.218	6.467.961	7.583.823	18.059	16.179.712
2012/1	26,3%	0	11.782	6.887.175	11.598.715	55.579	18.553.251
2012/2	26,3%	0	484.257	4.942.135	13.084.854	56.718	18.567.964
2012/3	26,3%	454.881	4.158.572	2.882.877	10.848.073	88.866	18.433.269
2012/4	26,3%	452.936	5.158.204	3.080.390	9.683.773	18.693	18.393.996
2013/1	23,0%	0	1.442.389	2.820.365	11.895.242	15.260	16.173.256
2013/2	23,0%	1.389.783	23.162	3.050.797	11.707.023	15.847	16.186.612
2013/3	23,0%	1.376.264	5.258	2.140.356	12.679.558	19.956	16.221.392
2013/4	23,0%	1.354.636	37.316	5.003.165	9.783.852	20.134	16.199.103

Tabelle 9: Anzahl der Versicherten nach ursprünglicher Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (inklusive der als auffällig markierten Versicherten), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Wohnort-KV/Quartal	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4	2013/1	2013/2	2013/3	2013/4
Baden-Württemberg	70,41%	68,57%	67,36%	69,98%	70,53%	68,56%	67,54%	69,69%	72,41%	70,11%	69,19%	70,31%
Bayern	73,08%	71,04%	70,37%	72,40%	72,91%	70,69%	69,44%	71,40%	74,76%	72,69%	72,10%	73,86%
Berlin	73,65%	70,94%	70,07%	73,00%	73,06%	70,86%	70,24%	72,40%	75,52%	73,55%	72,83%	74,17%
Brandenburg	75,87%	73,15%	72,70%	75,60%	75,43%	73,30%	73,05%	75,40%	78,59%	76,13%	75,86%	77,47%
Bremen	75,25%	72,38%	71,75%	73,87%	74,22%	72,55%	71,45%	73,34%	77,22%	74,94%	73,84%	74,68%
Hamburg	73,81%	71,73%	70,56%	72,76%	73,06%	71,28%	70,52%	72,66%	75,87%	73,99%	73,07%	73,68%
Hessen	75,26%	72,96%	72,36%	74,36%	75,00%	72,79%	72,01%	74,05%	77,71%	75,52%	74,58%	75,37%
Mecklenburg-Vorpommern	76,00%	73,62%	73,09%	76,16%	75,67%	74,05%	73,42%	75,88%	79,32%	77,20%	76,58%	78,23%
Niedersachsen	75,96%	72,86%	72,44%	74,73%	75,25%	73,22%	72,40%	74,39%	78,41%	75,95%	75,10%	75,85%
Nordrhein	74,66%	72,11%	71,50%	73,52%	74,40%	72,17%	71,52%	73,26%	77,70%	74,95%	74,20%	75,05%
Rheinland-Pfalz	75,86%	73,48%	72,88%	74,64%	75,32%	73,16%	72,39%	74,05%	78,71%	75,97%	75,37%	75,98%
Saarland	76,74%	74,13%	73,71%	75,40%	75,94%	73,84%	73,17%	74,73%	78,75%	76,57%	76,20%	76,46%
Sachsen	75,74%	74,11%	73,30%	76,32%	75,69%	74,38%	73,62%	76,18%	79,00%	77,15%	76,50%	78,28%
Sachsen-Anhalt	76,45%	74,60%	74,09%	76,93%	76,16%	74,80%	74,23%	76,87%	79,30%	77,48%	77,06%	78,96%
Schleswig-Holstein	75,06%	72,16%	71,61%	73,80%	74,45%	72,15%	71,86%	73,67%	77,63%	75,06%	74,81%	75,25%
Thüringen	75,92%	73,97%	73,34%	76,05%	76,10%	74,33%	73,63%	76,06%	79,52%	77,56%	76,83%	78,42%
Westfalen-Lippe	75,51%	72,75%	72,24%	74,24%	75,26%	72,84%	72,28%	73,89%	78,30%	75,44%	74,87%	75,50%

Tabelle 10: Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk, Quartale 2011/1–2013/4 (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen.

Wohnort-KV/Quartal	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4	2013/1	2013/2	2013/3	2013/4
Baden-Württemberg	97,10%	97,62%	97,35%	97,54%	96,98%	96,84%	96,59%	96,73%	97,07%	97,32%	97,08%	97,38%
Bayern	97,83%	97,81%	97,65%	97,74%	97,34%	97,21%	96,70%	96,67%	97,09%	97,34%	97,25%	97,41%
Berlin	96,49%	96,79%	96,71%	97,04%	96,92%	97,41%	96,96%	96,75%	96,72%	96,79%	96,73%	97,14%
Brandenburg	98,16%	98,55%	98,65%	98,57%	98,57%	98,63%	98,36%	98,53%	98,14%	98,81%	99,16%	98,95%
Bremen	96,65%	96,31%	97,13%	97,10%	96,97%	97,80%	97,04%	96,66%	97,36%	96,94%	96,23%	97,45%
Hamburg	93,09%	93,67%	93,30%	93,28%	93,42%	94,01%	94,49%	94,66%	94,86%	95,13%	95,08%	95,61%
Hessen	95,26%	95,42%	95,31%	95,40%	95,78%	95,57%	95,79%	96,12%	96,81%	96,58%	96,95%	96,93%
Mecklenburg-Vorpommern	97,11%	97,61%	97,88%	98,01%	97,78%	97,66%	97,90%	97,40%	96,84%	97,26%	97,16%	97,34%
Niedersachsen	96,91%	97,21%	97,18%	97,34%	97,42%	97,43%	97,09%	97,43%	97,79%	97,81%	97,60%	97,97%
Nordrhein	96,29%	96,63%	96,42%	96,61%	96,35%	96,35%	96,31%	96,71%	96,79%	96,51%	96,47%	96,63%
Rheinland-Pfalz	98,64%	99,10%	99,01%	98,96%	97,88%	97,26%	96,68%	97,15%	97,00%	97,08%	96,72%	97,30%
Saarland	98,60%	99,24%	98,58%	98,79%	97,08%	96,81%	96,51%	96,55%	97,18%	96,50%	96,80%	97,35%
Sachsen	98,60%	98,68%	98,34%	98,50%	98,42%	98,39%	98,53%	98,42%	98,10%	98,24%	98,27%	98,40%
Sachsen-Anhalt	98,20%	98,92%	98,98%	98,68%	97,64%	97,83%	98,14%	98,27%	98,10%	98,23%	98,45%	98,58%
Schleswig-Holstein	96,68%	96,93%	97,07%	97,33%	97,38%	97,30%	96,46%	96,43%	97,00%	97,42%	97,14%	97,60%
Thüringen	97,23%	97,24%	97,13%	97,29%	98,28%	97,82%	97,68%	97,83%	97,75%	97,63%	98,19%	98,10%
Westfalen-Lippe	97,04%	97,22%	97,04%	97,25%	97,08%	97,00%	96,72%	97,06%	97,33%	97,48%	97,49%	97,70%

Tabelle 11: Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk, Quartale 2011/1–2013/4 (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen.

Quartal	Ausschöpfungs- grad kleiner als 94 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungs- grad größer als 102 %	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2011/1	32	68	25	8	133
2011/2	28	76	23	6	133
2011/3	32	75	17	8	132
2011/4	27	74	25	6	132
2012/1	22	83	23	3	131
2012/2	18	86	23	4	131
2012/3	25	83	17	6	131
2012/4	15	88	21	7	131
2013/1	13	86	25	7	131
2013/2	19	71	32	9	131
2013/3	21	69	32	9	131
2013/4	18	67	37	9	131

*Tabelle 12: Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 14.11.2014. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.*

Quartal	Ausschöpfungs- grad kleiner als 94 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungs- grad größer als 102 %	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
2011/1	544.227	13.856.461	1.515.365	25.292	15.941.345
2011/2	464.993	13.901.596	1.568.983	18.612	15.954.184
2011/3	455.160	14.203.981	1.288.969	22.233	15.970.344
2011/4	296.190	14.270.974	1.340.999	9.375	15.917.539
2012/1	153.436	16.779.696	1.518.923	5.184	18.457.239
2012/2	114.231	16.786.972	1.563.021	7.942	18.472.166
2012/3	180.404	16.722.144	1.421.148	23.974	18.347.670
2012/4	69.271	16.545.970	1.681.576	12.578	18.309.395
2013/1	63.834	15.369.118	659.641	21.617	16.114.210
2013/2	724.286	14.444.303	933.631	26.547	16.128.767
2013/3	740.935	14.743.157	646.072	34.238	16.164.402
2013/4	753.426	14.318.825	1.036.229	34.728	16.143.208

Tabelle 13: Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2011/1–2013/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.



### 3 Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2013

#### 3.1 Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten

Die Nutzung des vorliegenden Datenkörpers zur Auswertung bestimmter Fragestellungen unterliegt einigen Einschränkungen. Ursächlich hierfür sind Probleme in den ursprünglich gelieferten Daten, Probleme bei der Zusammenführung kassen- und arztseitiger Datenlieferungen, die Erfassungsgrenzen der Abrechnungsdaten sowie die Eigenschaften der Stichprobe.

Soweit möglich, sind Problemlösungen gefunden oder – wenn die Probleme zwar identifizierbar, aber nicht lösbar waren – die problembehafteten Datensätze markiert worden (siehe Abschnitt 2.3). Es wird empfohlen, die markierten Datensätze (Ausprägung „1“ des Feldes 11 in der Satzart DS201) nicht mit in Auswertungen einzubeziehen.

Im Folgenden werden die vier genannten Probleme ausgeführt. In den Abschnitten 3.2 und 3.3 werden dann Hinweise auf Einschränkungen bei Auswertungen zu ausgewählten Fragestellungen gegeben.

##### Probleme in den ursprünglich gelieferten Daten

Alle KV-Bezirke sind von den problematischen Datenlieferungen von Teilkassen betroffen. Problematisch ist es, wenn die Versicherten einer Teilkasse vollständig fehlen oder wenn die Lieferquoten für einzelne Quartale oder für den gesamten Berichtszeitraum unter den im Abschnitt 2.4 angegebenen Zielquoten liegen. Besonders problematisch ist dies, wenn es sich hierbei um Teilkassen von Fusionskassen mit einem hohen Anteil von Versicherten innerhalb einzelner KV-Bezirke handelt.

Ein weiteres – wenn auch nicht so bedeutsames – Problem ist die unter Umständen falsche Pseudonymisierung der arzt- und kassenseitig gelieferten Versichertennummern.

##### Probleme bei der Datenzusammenführung

Mit dem zur Datenzusammenführung verwendeten Matchingverfahren können sehr viele, aber nicht alle Abrechnungsfälle sicher den Stichprobenversicherten zugeordnet werden (siehe Abschnitt 6.4). Einschränkungen in den Nutzungsmöglichkeiten ergeben sich z. B. dann, wenn Abrechnungsfälle von Versicherten oder die Stammdaten von Versicherten bestimmter Teilkassen mit hohem Versicherungsanteil in einzelnen KV-Bezirken als problembehaftet markiert werden müssen und in der Konsequenz aus der Auswertung ausgeschlossen werden sollten. Gründe für die Markierung von Personen sind „nicht eindeutige Personen-IDs“, „falsch pseudonymisierte Personen-IDs“, die Verwendung einer „Dummy-Versichertennummer“, „kollidierende Personen-IDs“, „fehlende Versichertennummer“, die

Probleme „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“, „Falschmatcher“, „abweichender Ausschöpfungsgrad“ sowie „fehlende Datensätze“ (siehe Abschnitt 2.3.2)<sup>14</sup>.

### Erfassungsgrenzen der Abrechnungsdaten

Insgesamt stehen Abrechnungsdaten nur aus vertragsärztlicher Behandlung von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Die Abrechnungsdaten aus vertragsärztlicher Behandlung entstammen zudem ausschließlich Abrechnungen, die über die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgten. In den bereitgestellten Daten können somit keine Angaben aus knappschaftsärztlicher Versorgung nach § 167 SGB V enthalten sein. Auch Abrechnungsfälle mit Abrechnung gegenüber dem Patienten und anschließender Kostenerstattung durch seine Krankenkasse nach §§ 13, 14 SGB V sind nicht enthalten. Für die selektivvertragliche Versorgung nach §§ 63, 73b, 73c oder 140a SGB V sind nur Angaben aus KV-Abrechnungen eingeschlossen. Dadurch können bei bestimmten Versicherten größere Daten- bzw. Informationslücken vorhanden sein.

### Stichprobeneigenschaften

Die Geburtstagsstichprobe ist eine Pseudozufallsstichprobe und sollte damit keine großen Verzerrungen aufweisen. Allerdings können Lücken in der Stichprobe dazu führen, dass die Stichprobe unter Umständen für einzelne KV-Bezirke nicht repräsentativ ist. Lücken entstehen z. B. aufgrund nicht-liefernder Krankenkassen bzw. durch Daten, die zwar geliefert wurden, sachlich aber nicht korrekt sind. Diese wurden entsprechend markiert, d. h. bei Nicht-Verwendung dieser Datensätze wird weiteres Stichprobenmaterial von einer möglichen Auswertung ausgeschlossen.

Da die Stichprobenversicherten in der ursprünglich erhobenen Geburtstagsstichprobe nur einen Anteil an der Grundgesamtheit ausmachen und dieser Anteil in der GSPR 2013 durch Ausschlüsse nochmals weiter reduziert wird<sup>15</sup>, ist zu beachten, dass nicht alle Praxen in der Stichprobe enthalten sind und für die in der Stichprobe enthaltenen Betriebsstätten (Praxen) die große Mehrzahl der Abrechnungsfälle in der GSPR 2013 nicht enthalten ist. Betriebsstättenbezogene Auswertungen weisen somit nennenswerte Stichprobenfehler auf; Praxen mit nennenswerten Anteilen von Fremdfällen (Patienten aus anderen KV-Bezirken) können in der nach Wohnort von Versicherten regional aufgeteilten GSPR 2013 grob unvollständig repräsentiert und eventuell sogar in ihrer Patientenstruktur verzerrt sein.

---

<sup>14</sup> Neugeborene bilden eine Gruppe von Versicherten, die im Rahmen der Qualitätssicherung als häufig nicht zuordenbar aufgefallen sind, verglichen mit anderen Versichertengruppen. Dieses könnte darauf zurückzuführen sein, dass eine Versichertennummer nach der Geburt möglicherweise erst mit einem Zeitverzug erteilt wird. Für die Jahre 2012 und 2013 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen vor Lieferung der arztseitigen Daten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses ein zusätzliches Verfahren angewendet, in dem die Fälle von Neugeborenen nachträglich soweit möglich mit einer gültigen Versichertennummer versehen werden.

<sup>15</sup> Die arztseitigen Datenlieferungen (der GSP nach Leistungs-KV) weisen eine sehr hohe Vollständigkeit auf. Die in der GSPR 2013 nach Wohnort-KV übermittelten Fälle, Leistungen und Diagnosen sind im Vergleich zur GSP allerdings aus zwei Gründen nicht mehr vollständig enthalten: Nicht gematchte Fälle sind in der GSPR 2013 nicht enthalten; Fälle, denen keine Personen-ID aus dem gleichen Jahr zugeordnet werden kann, sind ebenfalls nicht enthalten

Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe, in der es aufgrund der durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlichen Ausschlussmarkierungen von Versicherten zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe gekommen ist, im Vergleich zur amtlichen KM6-Statistik sicherzustellen, verwendet der Bewertungsausschuss gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016 demografische Hochrechnungsfaktoren. Eine genauere Beschreibung der demografischen Hochrechnungsfaktoren findet sich in Abschnitt 3.4.

### 3.2 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche

Wenn in KV-Bezirken Teilkassen mit ihren entsprechenden Versicherten fehlen bzw. diese als problembehaftet markiert sind, wird das Versorgungsgeschehen in der Regel unvollständig abgebildet.

Nicht alle Kassen bzw. Kassenarten verursachen diese Lückenhaftigkeit gleichermaßen. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Lücken in einigen Teilkassen systematischer Natur sind, dass also das Fehlen von Versicherten bzw. die zusätzliche (notwendige) Herausnahme von markierten Versicherten die Repräsentativität der Stichprobe beeinflussen. Jegliche Schlussfolgerungen aus kassen- oder kassenartübergreifenden Vergleichen sind daher vorsichtig zu interpretieren. Insbesondere ist die Bemessung von Anteilen der einzelnen Kassen oder auch von Kassenarten weder anhand der Anzahl der Versicherten noch anhand des Leistungsbedarfs fehlerfrei möglich.

Auch der Vergleich des Versorgungsgeschehens zwischen Regionen (KV-Bezirken) bedarf einer vorsichtigen Interpretation. Wenn gerade die Versicherten einer Fusionskasse, die in einem KV-Bezirk einen höheren Anteil an Versicherten als in anderen KV-Bezirken aufweist, aus der Auswertung ausgeschlossen werden müssen, kann der Vergleich von Kennzahlen zwischen KV-Bezirken zu falschen Schlussfolgerungen führen. Auch ist zu beachten, dass Selektivvertragsteilnehmer, deren Abrechnungsdaten nicht vollständig vorliegen, sich nicht über alle KV-Bezirke gleichermaßen verteilen.

### 3.3 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung

Der vorliegende Datenkörper umfasst Informationen aus den Jahren 2011 bis 2013. Es ist damit also theoretisch möglich, Veränderungsdaten von Kennzahlen für diesen Zeitraum zu berechnen. Wie bereits ausgeführt, sind aufgrund von Problemen diverse Datensätze markiert worden, die in Auswertungen nicht verwendet werden sollten. Die Markierung von Datensätzen bezieht sich in den meisten Fällen jeweils auf das Jahr, in dem das entsprechende Datenproblem im Rahmen der Datenprüfung aufgetreten ist. Es ist also möglich, dass einzelne Versicherte oder auch alle Versicherten einer Fusionskasse in einem Berichtsjahr markiert sind und in einem anderen nicht. Jahresvergleiche von Kennzahlen können damit problematisch sein. Dies sollte bei der Interpretation der Kennzahlen einer Längsschnittbetrachtung berücksichtigt werden.

### 3.4 Demografische Hochrechnungsfaktoren

In diesem Abschnitt werden ausschließlich die vom Bewertungsausschuss zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendeten demografischen Hochrechnungsfaktoren kurz beschrieben. Nicht näher eingegangen wird auf die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate. Wie in Abschnitt 1.1 bereits erwähnt, ist eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate auf regionaler Ebene anhand der GSPR 2013 nicht vorgesehen.

In der Satzart DS201 der GSPR 2013 ist ein Feld für die Hochrechnungsfaktoren vorgesehen. Dies wird allerdings in der GSPR 2013 leer übermittelt. Die Hochrechnungsfaktoren sind damit nicht Bestandteil der GSPR 2013. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 355. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2016 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V gemäß Nr. 2.7.1 desselben Beschlusses separat zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der GSPR 2013 weiterleiten.

Die Hochrechnungsfaktoren sind abhängig von Alter und Geschlecht (AG) sowie vom KV-Bezirk (KV) des Wohnorts einer Person und werden jahresspezifisch ermittelt. Die Hochrechnungsfaktoren berechnen sich wie folgt:

$$DHF_{AG,KV,Jahr} = \frac{N_{AG,KV,Jahr}}{n_{AG,KV,Jahr}}$$

wobei

$$N_{AG,KV,Jahr} = Anzahl\_Vers\_KM6_{AG,KV,Jahr} * \frac{Anzahl\_Vers\_ANZVER_{KV,Jahr}}{\sum_{AG} Anzahl\_Vers\_KM6_{AG,KV,Jahr}}$$

und

$$n_{AG,KV,Jahr} = \frac{1}{4} ANZAHL\_VERS\_QUARTALE_{AG,KV,Jahr}$$

Die Stichprobenumfänge  $n_{AG,KV,Jahr}$  werden bestimmt nach Durchführung aller beschlossenen Ausschlüsse. Weiterhin gehen die Anzahlen der Versicherten laut „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten in die Formel ein. Diese Anzahlen werden für das jeweilige Jahr als durchschnittliche Anzahl über die vier Quartale bestimmt. Außerdem gehen in die Formel noch die Anzahlen der Versicherten gemäß der KM6-Statistik ein, wie sie dem Institut des Bewertungsausschusses durch den GKV-Spitzenverband übermittelt wurden.

Die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren dienen der Hochrechnung der Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V in der Stichprobe auf alle Teilnehmer an Selektivverträgen in der Stichprobe und berechnen sich wie folgt:

$$K_{AG,KV,Jahr} = \frac{n_{\text{nicht\_nur\_73b,AG,KV,Jahr}} + n_{\text{nur\_73b,AG,KV,Jahr}}}{n_{\text{nur\_73b,AG,KV,Jahr}}}$$

## 4 Hinweise zur Nutzung der GSPR 2013

### 4.1 Allgemeine Nutzungshinweise

Im vorliegenden Abschnitt werden Nutzungshinweise für eine versichertenorientierte Auswertung unter Einbezug von Kassenwechslern gegeben. Dies schließt Nutzungshinweise zu den Diagnose-Datensätzen der Satzart DS203, zu den GOP-Datensätzen der Satzart DS210 und zu den Abrechnungsfall-Datensätzen der Satzart DS202 ein.

Weitere Nutzungshinweise werden in Abschnitt 5 entlang einzelner Felder der Satzarten gegeben.

#### Versichertenorientierte Auswertungen unter Einbezug von Kassenwechslern

Das Datenmodell der GSPR 2013 ist so gestaltet, dass versichertenorientierte Auswertungen insbesondere auf Jahresebene mit hoher Vollständigkeit ermöglicht werden. So sind für die berichteten Versicherten die wesentlichen Inanspruchnahmedaten, insbesondere die vertragsärztlichen Diagnosen, mit hoher Vollständigkeit zusammengestellt (mit Ausnahme der Diagnosen aus selektivvertraglicher Abrechnung). Beispielsweise könnte bei versichertenbezogenen Auswertungen die Auswahl der Versicherten wie folgt getroffen werden:

- Auswahl derjenigen Versicherten, die in die Auswertung einbezogen werden sollen, anhand der Personen-IDs der Satzart DS201. Die Auswahl geschieht beispielsweise durch Festlegung des Auswertungsjahres (ermittelt anhand der ersten vier Stellen des Versichertenquartals) und Auswahl derjenigen Personen-IDs, die in diesem Zeitraum eine vom Nutzer festgelegte Anzahl von Versichertentagen aufweisen.
- Diesen Versicherten sind je Jahr eindeutige Attribute aus der Satzart DS201 zuzuordnen, um eine Vervielfachung von Datensätzen zu vermeiden. Es wird empfohlen, zunächst die für einen Versicherten in einem Quartal angegebenen Versichertenzeiten aufzuaddieren und dabei auf die maximale kalendarisch mögliche Anzahl Versichertentage dieses Quartals zu begrenzen und anschließend diese Versichertenzeiten für die Quartale des Jahres aufzuaddieren. Hinsichtlich der anderen Attribute wird empfohlen, bei unterschiedlichen Angaben möglichst die zeitlich letzte Angabe des Auswertungsjahres zu verwenden.
- Auswahl der Abrechnungsfälle zu diesen ausgewählten Versicherten anhand der Satzart DS202 über die Personen-ID und das Auswertungsjahr (ermittelt anhand der ersten vier Stellen des Abrechnungsquartals).
- Auswahl der Diagnosen (Satzart DS203) und Gebührenordnungspositionen (Satzart DS210) zu den ausgewählten Abrechnungsfällen der Satzart DS202 (und damit zu den ausgewählten Versicherten) verknüpft durch die Fall-ID (künstlicher Schlüssel zur Identifikation des Abrechnungsfalles) in den Satzarten DS202, DS203 und DS210. Ein

Bezug zur ICD-10-Stammdatei (Satzart DS213) und/oder GOP-Stammdatei (Satzart DS215) ist, je nach Auswertung, zu berücksichtigen.

Wie in Abschnitt 6.4.4 ausgeführt wird, erfolgte die Zuordnung einer Personen-ID zum Abrechnungsfall ggf. quartalsübergreifend. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, dass einem Abrechnungsfall in einem bestimmten Quartal eine Personen-ID zugeordnet ist, deren Versicherten-Stammdaten sich für das betreffende Quartal in der Satzart DS201 nicht finden lassen. Die eben beschriebene Auswahl von Abrechnungsfällen über Personen-IDs der Satzarten DS201 und DS202 unter Berücksichtigung eines ganzen Auswertungsjahres führt in der Konsequenz üblicherweise nicht zum gleichen Auswahlergebnis wie eine quartalsgenaue Auswahl.

Weitere Hinweise:

- Versicherte, die in einem Zeitraum eine Auffälligkeitsmarkierung aufweisen (Ausprägung 1 des Feldes „Flag“ in der Satzart DS201) sollten für Auswertungen nicht herangezogen werden (vgl. Abschnitt 2.3.2).
- Flags in den Satzarten DS219 oder DS220 sollten nicht automatisch zum Ausschluss führen (vgl. Abschnitte 2.3.4 und 2.3.5).

Versicherte, die innerhalb eines Quartals ihre Kasse wechseln, weisen für dieses Quartal in der Satzart DS201 üblicherweise mehr als einen Datensatz auf. Versicherte mit Beschäftigung (z. B. geringfügig oder in Teilzeit) und gleichzeitigem Leistungsbezug von der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung oder anderen Leistungsträgern, können unter Umständen für eine gewisse Zeit bei mehreren Kassen pflichtversichert sein, solange sich die Versichertenverhältnisse nicht geklärt haben. Auch für diese Versicherten können für die entsprechenden Quartale in der Satzart DS201 mehrere Datensätze gefunden werden. In derartigen Konstellationen sollte das weitere Vorgehen anhand des beabsichtigten Auswertungskonzepts festgelegt werden.

- Bei Auswertungen mit Kassenbezug sollten dem Versicherten (ermittelt anhand der Personen-ID der Satzarten DS201 bzw. DS202) die entsprechenden Abrechnungsfälle, Diagnosen, Gebührenordnungspositionen *je Kassenzugehörigkeit* (ermittelt anhand des Rechtsnachfolger-IKs der Satzarten DS201 und DS202<sup>16</sup>) zugeordnet werden.
- Bei versichertenbezogenen Auswertungen sollte die Personen-ID der Satzart DS201 ohne Berücksichtigung der Kassenzugehörigkeit herangezogen werden. Sichergestellt werden muss in diesem Fall, dass die Zuordnung der Abrechnungsfälle, Diagnosen und Gebührenordnungspositionen zum Versicherten durch die gewählte Abfragetechnik keine Vervielfachung erzeugt.

Wie schon oben erläutert, muss bei einer Zählung der Versichertenquartale oder einer Summation der Versichertenzeiten bei Kassenwechseln und anderen oben genannten Konstellationen durch die gewählte Abfragetechnik sichergestellt werden, dass keine nicht plausiblen Quartals- und Jahreswerte erzeugt werden.

---

<sup>16</sup> Dies ist allerdings je nach Auswertungszeitraum aufgrund des quartalsübergreifenden Matchings nicht immer vollständig möglich.

### Nutzungshinweise zu Diagnosen-Datensätzen der Satzart DS203:

- Diagnose-Datensätze werden aus der ursprünglichen Lieferung der Ärzteseite ohne Änderungen für die GSPR 2013 übernommen, ungültige Diagnosen sind nicht ausgeschlossen worden.
- Ein Versicherter kann im Laufe eines Jahres die gleiche Diagnose auf mehreren Quartalsdatensätzen tragen. Auch in einem Quartal können Diagnosen mehrfach auftreten, auch wenn der Patient nur in einer Arztpraxis behandelt wurde.
- Für Auswertungen ist zu beachten, dass die ICD-Kataloge jahresspezifisch sind (Jahresversionen der ICD-10-GM, Satzart DS213).
- Da ungültige Diagnosen nicht ausgeschlossen wurden, sind nicht alle Diagnoseeinträge der Satzart DS203 in der entsprechenden ICD-Stammtabelle (DS213) auffindbar, insbesondere bei sog. Auftragsfällen, in denen keine Pflicht zur Diagnosenverschlüsselung besteht, ist in der Satzart DS203 der Ersatzwert „UUU“ eingetragen.

### Nutzungshinweise zu GOP-Datensätzen der Satzart DS210:

- Die Satzart DS210 enthält sowohl GOPs des EBM als auch regionale GOPs.
- Bei Verknüpfungen der Satzart DS210 mit der GOP-Stammdatei der Satzart DS215 ist zu beachten, dass die GOP-Stammdatei KV- und quartalsspezifisch ist und dass die Verknüpfung in Einzelfällen mehrdeutig ist (Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO bei derselben GOP).
- Abrechnungsfälle von Versicherten aus dem betreffenden KV-Bezirk, die bei Ärzten anderer KV-Bezirke anfielen („Fremdfälle“) können regionale GOPs anderer KV-Bezirke beinhalten; diese GOPs sind in der GOP-Stammdatei DS215 des KV-Bezirks des Wohnorts des Versicherten ggf. nicht enthalten.

## 4.2 Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern

### Verknüpfung über Versicherte, Betriebsstätten oder Abrechnungsfälle

Die Personen-ID der Versicherten, die Nummer der Betriebsstätten (Praxen) und die Fall-ID der Abrechnungsfälle durchlaufen mehrere Pseudonymisierungsschritte. Insbesondere pseudonymisiert die Datenstelle des Bewertungsausschusses vor der Auslieferung der GSPR 2013 diese Identifikationsmerkmale nochmals unter Verwendung eines Schlüssels, der spezifisch für die GSPR 2013 ist. Verknüpfungen von Versicherten, Betriebsstätten oder Abrechnungsfällen zu anderen Datenkörpern sind somit nicht möglich, auch nicht zu den regionalisierten Geburtstagsstichproben vorangegangener Jahre.

### Verknüpfung über Institutionskennzeichen der Krankenkassen

Verknüpfungen der Institutionskennzeichen der Krankenkassen (z. B. Rechtsnachfolger-IK in den Satzarten DS201 und DS202) sind grundsätzlich auch zu anderen Datenkörpern möglich (z. B. mit den in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten verwendeten IKs). Voraussetzung ist dafür in der Regel, dass die IKs in externen Datenkörpern auf denselben Fusionsstand gebracht werden wie die Institutionskennzeichen in der GSPR 2013 (Stichtag: 01.07.2015); inwieweit die bereitgestellten Satzarten DS219 und DS220 hierzu ausreichend sind, wäre für jeden externen Datenkörper vorab einzeln zu prüfen.

Nutzungshinweis für Vergleiche mit den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten: Sowohl die Zählungen der Versicherten als auch die Abgrenzung der Versicherten sind in der GSPR 2013 und in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten nicht exakt gleich. Bei Vergleichen ist auch der unterschiedliche Anteil der Stichprobenversicherten der Geburtstagsstichprobe an der Grundgesamtheit in den Jahren 2011 (» 23,0 %), 2012 (» 26,3 %) und 2013 (» 23,0 %) zu beachten.

### Leistungssegmentierung (MGV / EGV)

Für die Einteilung der Leistungsbedarfe aus der Satzart DS210 nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetärer Vergütung (EGV) sind externe Listen heranzuziehen. Die für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungs-raten für das Jahr 2016 maßgebliche Liste ist als Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verfügbar.



## 5 Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2013

Kommentierte Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses sowie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2015.

Die GSPR 2013 enthält die gleichen Satzarten wie die GSPR 2012. In der Satzart DS201 gibt es jedoch drei neue Felder (Nr. 14, 15 und 18) und die Nummerierung der restlichen Felder hat sich zum Teil geändert. In der Satzart DS219 ist das Feld „Hauptkassen-IK“ weggefallen. Die Satzart DS220 wurde um drei Felder erweitert (Nr. 08, 09 und 10), die Informationen zum aktuellen Rechtsnachfolger eines Kostenträgers enthalten. Durch diese Änderungen hat sich die Nummerierung der restlichen Felder auch in den Satzarten DS219 und DS220 geändert. Bei allen anderen Satzarten sind die Felder unverändert geblieben, lediglich vereinzelte Anpassungen etwa bei der Stellenanzahl oder der Erläuterung des Feldinhalts wurden vorgenommen.

Die möglichen Festlegungen in der Spalte „Feldart“ der Datensatzbeschreibung sind für alle Satzarten:

- M (Muss-Feld)
- m (bedingtes Muss-Feld)
- K (Kann-Feld).

Wenn im Rahmen der Datensatzbeschreibungen auf Schlüsselverzeichnisse verwiesen wird, so sind die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 350. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschriebenen Schlüsselverzeichnisse gemeint. Die jeweils gültige Fassung dieser Schlüsselverzeichnisse ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

## 5.1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

### Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jeden Versicherten (pseudonymisiert als Pseudonym der PersonenID) wird je Quartal, in dem er versichert war, und je Krankenkasse ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V („betreute Versicherte“) sind einbezogen.

Versichertennummern sind nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß Anlage 9 des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus der 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) pseudonymisiert und werden durch die Datenstelle vor der Übermittlung mittels RIPEMD-160 (mind. 12-stelliges Kennwort) anonymisiert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS201“	
01	Versicherungs-quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen aus der Satzart 201 der GSP. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld durch einen Buchstaben (A-Z) in der 1. Stelle und eine laufende Zeilennummer in den weiteren acht Stellen (8-stellig mit führenden Nullen) ersetzt, sodass die Primärschlüsseleigenschaft nicht verletzt wird.	
03	PersonenID	M	40	alphanum	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der PersonenID. Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.	
04	Anzahl Versichertentage	M	£ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal	
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich)	Personen mit nicht eindeutigen Angaben zum Geschlecht sind nicht Bestandteil der GSPR 2013.
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2011 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1916. Versicherte, die im Kalenderjahr 2012 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1917 und so fort.	Grund ist die Anonymisierung der >95jährigen, die insbesondere in kleinen KV-Bezirken möglicherweise identifizierbar sein könnten. Das Alter wird dafür folgendermaßen ermittelt: Kalenderjahr des Versicherungsquartals minus Kalenderjahr des Geburtsquartals.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
07	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	
08	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst	Das Kennzeichen „Verstorben“ wird in der GSPR 2013 für das Quartal gesetzt, für das dieses Kennzeichen in der Geburtstagsstichprobe bei der betreffenden Personen-ID zeitlich zum letzten Mal gesetzt wurde. Dabei werden nur Quartale berücksichtigt, für die die Anzahl der Versichertentage größer als 0 ist. Ist das Kennzeichen in der Geburtstagsstichprobe dagegen nur für Quartale gesetzt, für die die Anzahl der Versichertentage gleich 0 ist, so wird in der GSPR 2013 unter diesen das zeitlich erste mit dem Kennzeichen „Verstorben“ versehen.
09	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Versicherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde 2 = Datensatz aus Fehlwertersatz 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	2: In der GSPR 2013 wird kein Fehlwertersatzverfahren vorgenommen. Die Ausprägung „2“ tritt damit nicht auf. 1 : Datensatz sollte nicht verwendet werden (Empfehlung) Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund einer oder mehrerer der folgenden Auffälligkeiten (siehe dazu Abschnitt 2.3.2): <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht eindeutige Personen-ID</li> <li>• falsch pseudonymisierte Personen-ID</li> <li>• Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer</li> <li>• kollidierende Personen-ID</li> <li>• fehlende Versichertennummer</li> <li>• Versicherte einer Teilkasse matchen nicht</li> <li>• Falschmatcher</li> <li>• auffälliger Ausschöpfungsgrad</li> <li>• fehlende Datensätze</li> </ul>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 am Wohnort des Versicherten bzw. der nach § 264 SGB V betreuten Person im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjahres, abgeleitet aus der Postleitzahl.	Für Berichtsjahre ohne Lieferung der Wohnort-KV in der Geburtstagsstichprobe gilt das folgende Zuordnungsverfahren: Die Zuordnung der Versicherten zum KV-Bezirk gemäß dem Wohnort der Versicherten erfolgt auf Grundlage der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellten Stammdaten zur Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Geburtstagsstichprobe vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet: Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt. Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 01.07.2015) ihren Sitz hat. Bei der 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 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.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	Kennzeichen Wohnort	M	1	numerisch	Kennzeichnung zum Wohnsitz des Versicherten: 0 = Wohnsitz im Inland (PLZ in der GSP zuordenbar) 1 = Wohnsitz im Ausland (PLZ in der GSP ist „AUSLA“) 2 = unbekannter Wohnsitz (PLZ in der GSP nicht zuordenbar)	
12	Rechtsnachfolger- IK	m	9	alphanum.	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß DS220. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert	
13	Gewichtungsfaktor	K	7,4	dezimal	Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss. Übermittlung ggf. im Rahmen einer Ergänzungsdatenlieferung.	Wird leer übermittelt.
14	Kalendertag des Geburtstags	M	£ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat.	
15	Kostenübernahme	M	1	numerisch	Angabe, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt: 0 = nein 1 = ja	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
16	Kennzeichen Selektivvertrags-teilnehmer	M	£ 5	alphanum.	<p>Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an mindestens einem in Bezug auf den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bereinigungsrelevanten Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b, 73c oder 140a ff. SGB V teilgenommen hat.</p> <p>Das Kennzeichen setzt sich aus folgenden Buchstaben zusammen:</p> <p>k = keine Teilnahme an einem Selektivvertrag  a = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 140a SGB V  b = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73b SGB V  c = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73c SGB V  d = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 63 SGB V  u = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen, deren Vertragsart nicht feststellbar ist.</p>	<p>Alle Datensätze zu einer Personen-ID in einem Quartal enthalten dieselbe Ausprägung dieses Feldes.</p> <p>Die Befüllung dieses Feldes erfolgt basierend auf dem im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten zu Selektivverträgen festgestellten Teilnahmestatus (siehe dazu auch Abschnitt 6.6).</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
17	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	<p>Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivvertragsteilnehmer mit Abrechnungsweg vollständig über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird dieses Feld leer („NULL“) übermittelt.</p> <p>Die Datensätze zu Versicherten mit einem Wert ungleich „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „2“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Geburtstagsstichprobe ein sonstiger Abrechnungsweg dokumentiert wurde, sonst erhalten diese Datensätze in diesem Feld den Wert „1“.</p> <p>Werden für die GSPR mehrere Datensätze der Geburtstagsstichprobe mit unterschiedlichen Abrechnungswegen zu einem Versicherten, einem Institutionskennzeichen und einem Quartal zusammengefasst, so wird der erste auftretende Wert entsprechend der Reihenfolge „2“, „1“, „NULL“ übernommen.</p>	<p>Dieses Feld wird in der GSPR 2013 so befüllt, dass das ursprünglich in der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe gelieferte Kennzeichen soweit möglich erhalten bleibt: Wurde einer der Werte „NULL“ oder „1“ geliefert, so wird dieser übermittelt. In allen anderen Fällen wird der Wert „2“ übermittelt.</p>



Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
18	Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags	M	1	numerisch	<p>Unabhängig von der Angabe in Feld 16 ist anzugeben, in welchem Ausmaß ein vollständiger oder unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag – vor dem Hintergrund der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme des Versicherten an einem oder mehreren Selektivverträgen gemäß §§ 63, 73b, 73c und 140a SGB V – im Versicherungsquartal vorliegt.</p> <p>1 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist vollständig</p> <p>2 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich vollständig</p> <p>3 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig.</p> <p>4 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist sowohl in Bezug auf hausärztlichen als auch fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig</p> <p>5 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf den hausärztlichen oder auf den fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig. Diese Ausprägung ist nur bis zum Versicherungsquartal 20134 zulässig.</p> <p><u>Hinweis:</u> Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.</p>	

## 5.2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

**Dateiinhalt:**

Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä bzw. § 25 EKV (in der bis zum 30.09.2013 gültigen Fassung) von Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses mindestens ein Datensatz aus Satzart DS201 zugeordnet werden konnte.

Primärschlüssel: Das Feld 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart DS202 (KV-Fall) mit der Satzart DS203 (Diagnosen) und der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen). Für bereichseigene Behandlungsfälle gilt: Die Felder 01, 04 und 05 dienen als Schlüssel zur Verknüpfung mit der Satzart DS211 (Betriebsstättenverzeichnis).

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 06 bis 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS202“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Nachtragsfälle aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	m	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert.	Es ist zu beachten, dass es Personen-IDs geben kann, für die sich eine Kombination aus Personen-ID und Kassenzugehörigkeit in der Satzart DS202 finden lässt, die sich nicht in der Satzart DS201 (Versicherten-Stammdaten) widerspiegelt. Bei diesen können in sehr geringem Umfang sogar Institutionskennzeichen vorliegen, die überhaupt nicht in den kassenseitig gelieferten Daten vorkommen. Das Matching dieser Fälle erfolgte dann direkt über die Personen-ID.
03	Fall_ID	M	40	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung der in der Datenstelle vorliegenden Fall-ID des Abrechnungsfalles.	
04	Betriebsstätten- pseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR). Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird das Betriebsstättenpseudonym durch den Wert „F....FFxxx“ (36-mal F) ersetzt, dabei bezeichnet „xxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2. Davon abweichende Kennzeichnung für Fremdfälle: 00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschieden sind	
06	LB_Punkte	M	£ 13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
07	LB_Euro	M	£ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
08	Leistungstage	M	£ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen	
09	LB_EURO_GO	M	£ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
10	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.	
11	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Wohnort-KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 10 übernommen.	Der Verweis auf die Satzart DS201 in der Erläuterung bezieht sich auf die Datensätze des gematchten Versicherten, wobei das Versicherungsquartal nicht notwendig mit dem Abrechnungsquartal übereinstimmen muss.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
12	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der GSPR 2013 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine neuen Informationen.

### 5.3 Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisierung und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS203“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Diagnosen von Nachtragsfällen aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger-IK	K	9	alphanum.	Dieses Feld wird leer übermittelt, d. h. es folgen zwei Spalten-trennzeichen unmittelbar aufeinander.	
03	Fall_ID	M	40	alphanum.	aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall	
04	Diagnosenzähler	M	£ 4	numerisch	Zähler für die Diagnosen, beginnend mit „1“	
05	Diagnose, kodiert	M	³ 3, £ 10	alphanum.	Angabe des Diagnose-Codes	Ist eine durch den Vertragsarzt mit Hilfe der ICD-10-GM kodierte Diagnose. Die Ersatzschlüsselnummer „UUU“ ist „kein Bestandteil der vom DIMDI veröffentlichten ICD-10-GM, sondern nur ein „Ersatzwert“ für besondere Zwecke in der vertragsärztlichen Versorgung.“ (vgl. ICD-10-GM 2009: Systematisches Verzeichnis, S. XXIV und S. 791) und findet sich somit auch nicht in der ICD-Stammtabelle (Satzart DS213).
06	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose	
07	Seitenlokalisierung	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts	Für die vertragsärztliche Versorgung ist die Angabe der Seitenlokalisierung eines ICD-Codes optional.

#### 5.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 und 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Es können abrechnungsbedingte Abweichungen zwischen den Einträgen in Feld 07 bzw. Feld 10 zu den jeweiligen Stammdateneinträgen (Satzart DS215, Felder 05, 06 bzw. 08, 09) bestehen.



Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS210“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Gebührenordnungspositionen von Nachtragsfällen aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	K	9	alphanum.	Dieses Feld wird leer übermittelt, d. h. es folgen zwei Spalten-trennzeichen unmittelbar aufeinander.	
03	Fall_ID	M	40	alphanum.	aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall	
04	GOP-Zähler	M	£ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit „1“	
05	GOP	M	£ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig	
06	Anzahl	M	£ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet.	
07	Leistungsbedarf der GOP	M	£ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach EBM unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06 an.	
08	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 07: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst	
09	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall	
10	LB_EURO_GO	M	£ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06	

## 5.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird zu solchen Betriebsstätten des jeweiligen KV-Bereichs ein Datensatz geliefert, für die Versichertenangaben aus Satzart DS201 erfolgreich Fallangaben aus Satzart DS202 zugeordnet werden konnten.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS211“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR).	
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeits-schwerpunkt gemäß Schlüsselverzeichnis 6	
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend	
06	Praxistyp_VS	M	2	numerisch	Kennzeichen des Praxistyps: 10 = Einzelpraxis 11 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach-/schwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fachübergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwerpunktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ 50 = Krankenhaus 90 = Sonstige	

## 5.6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind ICD-10-Diagnosen, die im Rahmen der Abrechnung verwendet werden können und nach SGB V zulässig sind.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 und 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen #“ getrennt.</p> <p>Der Dateiname ist DS213_YYYY_00_Lieferdatum.Endung.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS213“	
01	Gültigkeitszeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes	
02	ICD-10-Code	M	<sup>3</sup> 3, £ 7	alphanum.	Gültiger ICD-10-Code gem. SGB V	Die Ersatzschlüsselnummer „UUU“ ist kein Bestandteil der vom DIMDI veröffentlichten ICD-10-GM.
03	Text	M	£ 255	alphanum.	Klartext des ICD-10-Codes	
04	Notationskennzeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !	

## 5.7 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

Dateiinhalte:

Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition, die in einem Quartal des jeweiligen KV-Bereichs gültig ist, wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 05, 06, 08, 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS215“	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2	
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung: 1 = BMÄ 2 = E-GO	
04	GOP	M	£ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig	
05	GOP-Wert ambul- lant	M	£ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent	
06	GOP-Wert stationär	M	£ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent	
07	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst	
08	LB_EURO_GO ambulant	M	£ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	
09	LB_EURO_GO stationär	M	£ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	

## 5.8 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:

Abgrenzung: In der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse. Diese wird identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK. Der Primärschlüssel wird aus dem Feld 01 gebildet.

Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

Der Dateiname ist DS219\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung, es erfolgt keine Stückelung.

Lfd. Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS219“	
01	KVK-IK	M	9	alphanum.	Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-SV bekannte Institutionskennzeichen	
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)	
03	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund von Auffälligkeiten vom Typ „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ oder „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“. Flags von Institutionskennzeichen beziehen sich auf dieses einzelne Objekt im Unterschied zu Kostenträgern, die zwar in der Satzart DS220 ebenfalls durch ein Institutionskennzeichen identifiziert sind, deren Flag sich aber über alle Institutionskennzeichen des Kostenträgers auswirken kann. Siehe dazu Abschnitt 2.3.4.



## 5.9 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart DS219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart DS220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. Der Primärschlüssel wird aus dem Feld 01 gebildet.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Der Dateiname ist DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung, es erfolgt keine Stückelung.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS220“	
01	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK gemäß Satzart DS219	
02	Kostenträger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 01	
03	Gültig ab	M	8	numerisch	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagessgenau (Format JJJMMTT)	
04	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJMMTT), „99991231“ falls aktuell gültig	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	IK des direkten Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des direkten Rechtsnachfolgers	
06	Name des direkten Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des direkten Rechtsnachfolgers	
07	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1	
08	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des aktuellen Rechtsnachfolgers	
09	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers	
10	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	Fusionsstufe	M	£ 2	numerisch	<p>1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 05-10 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt.</p> <p>2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger und stimmen mit den Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger in den Feldern 08-10 überein.</p> <p>3, 4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 08-10 enthalten Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.</p>	
12	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 2, nur angegeben für den Datensatz eines gültigen aktuellen Rechtsnachfolgers mit der jeweils höchsten Fusionsstufe (1 entspricht der höchsten Stufe)</p>	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
13	Flag	M	1	numerisch	<p>Falls im Rahmen der QS für dieses Kassensitz-IK mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde:</p> <p>1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten)</p> <p>0 = keine Kennzeichnung</p>	<p>Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund einer oder mehrerer Auffälligkeiten vom Typ „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ oder „auffälliger Ausschöpfungsgrad“.</p> <p>Flag-Ziel sind Versichertenverhältnisse (Satzart DS201), welche sich jeweils über die Satzart DS219 diesem Kassensitz-IK zuordnen lassen. Siehe dazu Abschnitt 2.3.5.</p>

## 5.10 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner

### 5.10.1 Arztseitig

Für die Satzarten DS201, DS202, DS203, DS210, DS211 und DS215 wird je Quartal und KV eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention

Satzart\_Quartal\_KV\_Lieferdatum.Endung

übermittelt, wobei folgende Formate verwendet werden:

- Satzart fünfstellig alphanumerisch (DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS215)
- Quartal fünfstellig numerisch (20111, 20112, ...)
- KV zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2
- Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJMMTT)
- Endung entweder .csv (vor Verschlüsselung) oder .zip (nach Verschlüsselung)

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskonvention lautet:

DS213\_JJJJ0\_00\_Lieferdatum.Endung

Die Satzarten DS219 und DS220 werden je Lieferung nur einmal übermittelt, die Dateinamenskonventionen lauten:

DS219\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung bzw. DS220\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung

Auch dabei werden die folgenden Formate verwendet:

- Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJMMTT)
- Endung entweder .csv (vor Verschlüsselung) oder .zip (nach Verschlüsselung)

### 5.10.2 Kassenseitig

Für die Satzarten DS203, DS210, DS211 und DS215 wird je Quartal und KV eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention

Satzart\_Quartal\_KV\_Lieferdatum.Endung

übermittelt. Für die Satzarten DS201 und DS202 wird je Quartal, KV und Rechtsnachfolger-Kassenart eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention

Satzart\_Quartal\_KV\_Rechtsnachfolger-Kassenart\_Lieferdatum.Endung

übermittelt. Dabei werden folgende Formate verwendet:

- Satzart fünfstellig alphanumerisch (DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS215)
- Quartal fünfstellig numerisch (20111, 20112, ...)
- KV zweistellig alphanumerisch gemäß Schlüsselverzeichnis 2
- Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch (AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK)

- Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJJMMTT)
- Endung entweder .csv (vor Verschlüsselung) oder .zip (nach Verschlüsselung)

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskonvention lautet:

DS213\_JJJJ\_00\_Lieferdatum.Endung

Die Satzarten DS219 und DS220 werden je Lieferung nur einmal übermittelt, die Dateinamenskonventionen lauten:

DS219\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung bzw. DS220\_00000\_00\_Lieferdatum.Endung

Auch dabei werden die folgenden Formate verwendet:

- Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJJMMTT)
- Endung entweder .csv (vor Verschlüsselung) oder .zip (nach Verschlüsselung)

## 6 Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP)

### 6.1 Überblick

Im vorliegenden Kapitel 6 wird die der regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) 2013 zugrunde liegende bundesweite Versichertenstichprobe (auch Geburtstagsstichprobe (GSP) genannt) vorgestellt. Dazu wird kurz auf die Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Geburtstagsstichprobe eingegangen (Abschnitt 6.2). Anschließend wird die Übermittlung der Daten der GSP an die Datenstelle des Bewertungsausschusses skizziert und kurz auf das Pseudonymisierungsverfahren eingegangen. Bestandteil dieses Kapitels ist außerdem eine Aufzählung der Satzarten der GSP (Abschnitt 6.3). Der Abschnitt 6.4 beschreibt detailliert den Zusammenführungsprozess der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten („Matching“). In Abschnitt 6.5 wird kurz auf verbleibende Mängel in der GSP hingewiesen und erläutert, wie mit Ihnen umgegangen wird. In Abschnitt 6.6 wird schließlich kurz auf die Identifikation von Versicherten, die an Selektivverträgen teilnehmen, eingegangen.

### 6.2 Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

**Geburtstagsstichprobe 2007–2008:** Der Bewertungsausschuss hat in seiner 184. Sitzung eine Datenlieferung von den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Datenstelle des Bewertungsausschusses beschlossen. Im Rahmen dieser Datenlieferung wurden pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten, Kostenträgerstammdaten sowie vertragsärztliche Abrechnungsdaten übermittelt. Die Übermittlung bezieht sich dabei auf eine Versichertenstichprobe von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bezirken für die Quartale 2007/1 bis 2008/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2007–2008 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2007–2008 sind nicht Bestandteil der GSPR 2013.

**Geburtstagsstichprobe 2009:** Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 2. September 2009 in der 15. Sitzung die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2009/1 bis 2009/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2009 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2009 sind nicht Bestandteil der GSPR 2013.

**Geburtstagsstichprobe 2010:** In der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2010/1 bis 2010/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2010 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2010 sind nicht Bestandteil der GSPR 2013.

Geburtstagsstichprobe 2011: In der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2011/1 bis 2011/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2011 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17., 18. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2011 sind Bestandteil der GSPR 2013.

Geburtstagsstichprobe 2012: In der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2012/1 bis 2012/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2012 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17., 18., 24. und 25. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2012 sind Bestandteil der GSPR 2013.

Geburtstagsstichprobe 2013: In der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2013/1 bis 2013/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2013 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 4., 5., 11., 17., 18., 24. und 25. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2013 sind Bestandteil der GSPR 2013.

## 6.3 Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA

### 6.3.1 Datenlieferung

Die Krankenkassen liefern für den entsprechenden Zeitraum die pseudonymisierten Versicherten-Stammdaten über den entsprechenden Dachverband der Kassenart oder einen für die Kassenart tätigen Dienstleister an den GKV-Spitzenverband. Dieser übermittelt die (nochmals) pseudonymisierten Versicherten-Stammdaten und Kostenträger-Stammdaten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern für den entsprechenden Zeitraum die pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die (nochmals) pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten anschließend an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.



Die vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Daten werden in der Datenstelle formal geprüft und der jeweilige Datenkörper einer umfangreichen, und zwischen Datengebern und Datenstelle abgestimmten, Qualitätssicherung unterzogen. Die Daten werden erst nach Freigabeerklärung durch die Trägerorganisationen in der Datenstelle weitergehend genutzt.

### 6.3.2 Pseudonymisierungsverfahren

Die Geburtstagsstichprobe umfasst pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten der Krankenkassen und pseudonymisierte ambulante ärztliche Abrechnungsdaten von Patienten. Die Zusammenführung der Versicherten-Stammdaten mit den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten in der Datenstelle erfolgt über die Attribute Institutionskennzeichen der Krankenkasse und pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer (KVNR) von der Krankenversicherungskarte bzw. elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung erfolgt derzeit für die Jahre 2011 bis 2013. Bereits für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgte erstmals eine turnusmäßige Erweiterung der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einer Schlüsselerweiterung. Die Stichprobenauswahl wurde für die Jahre 2011 und 2012 erneut turnusmäßig erweitert. Für das Jahr 2013 fand der Übergang statt zur von nun an jahresweise stattfindenden Umschichtung der Stichprobenauswahl bei gleichzeitigem Erhalt der Stichprobengröße.

Für weitergehende Informationen zum verwendeten Pseudonymisierungsverfahren siehe Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und zuletzt geändert durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung.

### 6.3.3 Satzarten der Geburtstagsstichprobe

Alle Informationen, die in der GSPR 2013 enthalten sind, basieren auf den Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP) sowie auf den Datenlieferungen zu Selektivverträgen. In der GSP erfolgt weder eine Trennung nach Wohnort-Prinzip noch wird eine Maskierung von kassenartfremden Institutionskennzeichen bzw. KV-fremden Betriebsstättennummern vorgenommen. Die Geburtstagsstichproben der Jahre 2011, 2012 und 2013 enthalten folgende Satzarten:

- Satzart 200: Versichertennummern
- Satzart 201: Versicherten-Stammdaten
- Satzart 202: Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)
- Satzart 203: Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)
- Satzart 210: Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung
- Satzart 211: Betriebsstättenverzeichnis
- Satzart 213: ICD-10-Stammdatei
- Satzart 215: Gebührenordnungspositions-Stammdatei

- Satzart 219: Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)
- Satzart 220: Kostenträgerhistorie.

## 6.4 Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP in der Datenstelle – Matching

### 6.4.1 Definition

Der Begriff „Matching“ beschreibt die Zuordnung von Abrechnungsfällen der Satzart 202 („Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)“) zu Versicherten. Ein Versicherter steht dabei für eine natürliche – im Berichtszeitraum 2011–2013<sup>17</sup> in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte – Person, deren pseudonymisierten Versicherten-Stammdaten und ggf. vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in der Geburtstagsstichprobe vorhanden sind. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 eine eindeutige Personen-ID der Satzart 200 („Versichertennummern“) bzw. der Satzart 201 („Versicherten-Stammdaten“) zuzuordnen.

Diejenigen Abrechnungsfälle der Satzart 202, denen keine Personen-ID der Satzart 200 bzw. 201 aus *dem gleichen Kalenderjahr* zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil des ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2013. Da die GSPR 2013 nur die Berichtsjahre 2011–2013 umfasst, werden auch keine Abrechnungsfälle weiter zurück liegender Berichtsjahre mit ausgeliefert. In der GSPR 2013 werden Daten zu GKV-Versicherten mit zugeordneten Abrechnungsfällen sowie Daten zu GKV-Versicherten ohne zugeordnete Abrechnungsfälle („Non-User“) ausgeliefert.

Idealerweise lassen sich für jeden Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID und damit die Versicherten-Stammdaten der Satzart 200 bzw. 201 quartalsbezogen zuordnen. In den folgenden Abschnitten werden Gründe genannt, warum dies nicht immer der Fall ist (Abschnitt 6.4.2) und wie durch ein wohldefiniertes Matchingverfahren versucht wird, die vorhandenen Zuordnungsprobleme zu lösen (Abschnitt 6.4.4).

Wie in Abschnitt 6.4.4 ausgeführt wird, erfolgt die Zuordnung der Personen-ID zum Abrechnungsfall ggf. quartalsübergreifend. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass einem Abrechnungsfall in einem bestimmten Quartal eine Personen-ID zugeordnet wird, deren Versicherten-Stammdaten sich für das betreffende Quartal in der Satzart 201 nicht finden lassen. Es ist lediglich sichergestellt, dass sich für jeden in der GSPR 2013 ausgelieferten Abrechnungsfall in mindestens einem Quartal des betreffenden Jahres eine Personen-ID aus den Versicherten-Stammdaten finden lässt.

---

<sup>17</sup>Die GSPR 2013 enthält nur Daten des Berichtszeitraums 2011–2013. Das im Folgenden beschriebene Matchingverfahren greift aber auch auf Daten älterer Geburtstagsstichproben zurück. Dies kann aufgrund des mehrstufigen Matchingverfahrens, bei dem einem Abrechnungsfall eine Personen-ID auch quartalsübergreifend zugeordnet werden kann, ggf. relevant sein.

#### 6.4.2 Aufgabenstellung

Sowohl in den Versicherten-Stammdaten also auch in Daten zur Ambulanten Abrechnung ist für jeden Datensatz eine pseudonymisierte Versichertennummer und die Angabe des Kostenträgers zu finden. Idealerweise sollte die Kombination aus Pseudonym der Versichertennummer und Kostenträger also ausreichen, um jedem Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID der Satzarten 200 bzw. 201 zuzuordnen.

Die Abrechnungsfälle der Satzart 202 entstammen der ärztlichen Rechnungslegung. In der ärztlichen Rechnungslegung liegen über den Versicherten die auf seiner vorgelegten Krankenversicherungskarte enthaltenen Informationen zum Krankenversicherungskarten-Institutionskennzeichen (KVK-IK) sowie die auf der Karte verzeichnete Versichertennummer vor.

Die Versichertennummern der Satzart 200 bzw. die Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 hingegen entstammen kassenseitigen Datenlieferungen. Die Kostenträger übermitteln dem GKV-Spitzenverband quartals- und versichertenbezogen neben Stammdaten (z. B. Geschlecht und Geburtsjahr) ein Institutionskennzeichen (im Folgenden Melde-IK genannt), die für dieses Quartal aktuell gültigen, pseudonymisierten Versichertennummern sowie eine über den gesamten Berichtszeitraum hinweg gleich bleibende Personen-ID.

Die Kostenträger verfügen unter Umständen über mehrere Institutionskennzeichen (z. B. durch Fusionen oder aufgrund einer regionalen Gliederung des Kostenträgers) und liefern die Versicherten-Stammdaten nicht durchgängig mit dem auf der Krankenversicherungskarte verwendeten KVK-IK als Melde-IK an den GKV-Spitzenverband. Anders formuliert: Die KVK-IKs der arztseitigen Datenlieferungen und die Melde-IKs der kassenseitigen Rechnungslegung können sich unterscheiden, obwohl sich hinter beiden der gleiche Kostenträger verbirgt. Das einfache Zusammenführen arzt- und kassenseitig gelieferter Daten anhand der jeweils gemeldeten Versichertennummern und Institutionskennzeichen ist dann nicht möglich. Durch die vom GKV-Spitzenverband gelieferten Satzarten 219 und 220 können Melde-IKs und KVK-IKs allerdings in die entsprechenden Kassensitz-Institutionskennzeichen (Kassensitz-IK) überführt und Fusionen berücksichtigt werden.

Das Matching wird zusätzlich durch die Tatsache erschwert, dass in den Versicherten-Stammdaten ein zeitpunktbezogener Fusionsstand berücksichtigt ist. Der Datenbestand zum Lieferzeitpunkt entspricht dem Fusions- und Auflösungsstand der Krankenkassen zum jeweiligen Liefertermin. Bei Fusionen kann unklar sein, welche (dann Teil-)Kasse über die Versicherten-Stammdaten verfügt und in der Lieferverpflichtung steht.

#### 6.4.3 Ziel des Matchingverfahrens

Ziel des Matchingverfahrens ist es, möglichst allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 die für den Berichtszeitraum versichertenbezogen eindeutige Personen-ID richtig zuzuordnen. Die Abrechnungsfälle, für die keine Personen-ID gefunden wird, sind nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgelieferten und an die Gesamtvertragspartner weitergeleiteten Datenkörpers GSPR 2013.

Bei einem erfolgreichen Matching können den Abrechnungsfällen über die Satzart 201 personenbezogene Attribute zugeordnet werden.

#### 6.4.4 Stufen des Matchingverfahrens

Für Leser, die mit der GSPR 2012 vertraut sind, sei als Erstes darauf hingewiesen, dass es keine Änderungen am Matchingverfahren gegeben hat. Insbesondere die Einteilung in Matchingstufen sowie deren grundsätzlicher Ablauf und deren Nummerierung haben sich im Vergleich zum Vorjahr nicht geändert.

Das Matchingverfahren erfolgt in vier aufeinander folgenden Stufen. Die jeweils folgende Stufe wird nur dann angewendet, wenn die vorhergehende Stufe kein Ergebnis (kein Match) erbracht hat. Als Ergebnis wird dabei auch die Erkenntnis bezeichnet, dass sich zu einem Abrechnungsfall keine eindeutige Personen-ID zuordnen lässt (No-Match).

Die nicht zugeordneten Abrechnungsfälle werden nicht an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner übermittelt. Demzufolge sind die in den ausgelieferten Daten der GSPR 2013 enthaltenen Fallzahlen, Diagnoseangaben, Gebührenordnungspositionshäufigkeiten und Leistungsbedarfe stets kleiner als die in den Daten der Geburtstagsstichprobe vollständig enthaltenen Abrechnungsdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

##### Stufe I: Matching über Personen-ID

Bei Abrechnungsfällen, denen die lebenslange Krankenversicherungsnummer zugrunde liegt (z. B. bei Vorliegen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)), wird aus dieser Nummer direkt die (pseudonymisierte) Personen-ID gebildet. Damit ist zwar ein Matching über die Versicherungsnummer der Satzart 201 bzw. Satzart 200 nicht möglich, dafür aber ein Matching direkt über die Personen-ID der Satzart 201.

Wenn also die pseudonymisierte Versicherungsnummer eines Abrechnungsfalles (Satzart 202) mit der Personen-ID eines Versicherten-Stammdatensatzes (Satzart 201) übereinstimmt, dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet. Die folgenden Matchingstufen kommen nicht zur Anwendung. Kann dagegen keine Personen-ID zugeordnet werden, so wird Stufe II des Matchingverfahrens durchgeführt. Auf der Stufe I werden also noch keine Datensätze als nicht zuordenbar identifiziert. Ein No-Match ist auf dieser Stufe damit nicht möglich.

##### Stufe II: Direktes Matching

Wenn es zu der Kombination aus KVK-IK und pseudonymisierter Versicherungsnummer eines Abrechnungsfalles aus der Satzart 202 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz (aus der Satzart 201 oder Kombination aus Satzart 201 und Satzart 200) gibt, bei dem

- a) das KVK-IK aus Satzart 202 mit dem Melde-IK aus Satzart 201 bzw. aus Satzart 200 und
- b) die (pseudonymisierte) Versicherungsnummer aus der Satzart 201 bzw. 200 mit derjenigen aus der Satzart 202 übereinstimmen,

dann wird diesem Abrechnungsfall die Personen-ID dieser Stammdatensätze zugeordnet, sofern alle Versicherten-Stammdatensätze dieselbe Personen-ID aufweisen.

Wenn es mehrere Versicherten-Stammdatensätze gibt, die die Bedingungen a) und b) erfüllen, diese aber nicht alle dieselbe Personen-ID aufweisen, so gilt dieser Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und weitere Matchingstufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2013.

Wenn es keinen Versicherten-Stammdatensatz gibt, der die Bedingungen a) und b) erfüllt, wird Stufe III des Matchingverfahrens durchgeführt.

### Stufe III: Indirektes Matching

Stufe III kommt für diejenigen Datensätze zur Anwendung, bei denen die Stufen I und II kein Ergebnis geliefert haben. Die Stufe III wird für einen Abrechnungsfall erfolgreich abgeschlossen, wenn folgende zwei Bedingungen erfüllt sind:

- 1) Für den Abrechnungsfall wird mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz der Satzart 201 bzw. der Kombination aus Satzart 201 und Satzart 200 gefunden, für den folgende zwei Eigenschaften gelten:
  - a) Die (pseudonymisierte) Versichertennummer stimmt mit der des Abrechnungsfalls überein und
  - b) das Kassensitz-IK, das dem Melde-IK der Satzart 201 über die Satzart 219 zugeordnet wurde, stimmt überein mit dem Kassensitz-IK, das dem KVK-IK der Satzart 202 über die Satzart 219 zugeordnet wurde.
- 2) Alle die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllenden Versicherten-Stammdatensätze weisen dieselbe Personen-ID aus.

Werden keine Versicherten-Stammdatensätze gefunden, die die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllen, so wird die Stufe IV des Matchingverfahrens durchgeführt.

Werden hingegen mehrere Versicherten-Stammdatensätze gefunden, die zwar alle die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllen, allerdings unterschiedliche Personen-IDs aufweisen, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und weitere Matchingstufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2013.

### Stufe IV: Matching über Fusionen

Die Matchingstufe IV kommt nur zur Anwendung, wenn die Stufen I, II und III keine Ergebnisse geliefert haben. Durch diese Matchingstufe wird die Fusion von Kostenträgern berücksichtigt. Nach dem Zusammenschluss von Kostenträgern ist es z. B. möglich, dass Versicherte zwar ihre Versichertennummer und Krankenversicherungskarte behalten, aber unter einem anderen Melde-IK gemeldet werden. Dieses Melde-IK kann sowohl ein von den fusionierten Kostenträgern bereits vor der Fusion verwendetes Institutionskennzeichen als auch ein dem

neu entstandenen Kostenträger zugewiesenes Institutionskennzeichen sein. Da die Festlegung der Versichertennummern vor dem Zusammenschluss zwischen den beteiligten Kostenträgern nicht zwangsläufig abgestimmt war, ergibt sich bei dieser Stufe eine höhere Gefahr, dass Versichertennummern miteinander kollidieren.

Die Berücksichtigung von Fusionen wird durch folgende recht komplexe Vorgehensweise erreicht. Zuerst wird ermittelt, ob zu einem Abrechnungsfall (Satzart 202) mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz (Satzart 201 bzw. eine Kombination aus Satzart 201 und 200) existiert, für den gilt:

1. Die pseudonymisierte Versichertennummer stimmt mit der aus dem Abrechnungsfall überein und
2. das dem Melde-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK (im Folgenden als 201-Träger bezeichnet) und das dem KVK-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK (im Folgenden als 202-Träger bezeichnet) erfüllen folgende drei Bedingungen:
  - a. 201-Träger und 202-Träger haben einen gemeinsamen Rechtsnachfolger nach Satzart 220,
  - b. der Beginn der Rechtsnachfolge zum 201-Träger liegt vor dem Ende des Abrechnungsquartals<sup>18</sup> und
  - c. der Beginn der Rechtsnachfolge zum 202-Träger liegt vor dem Ende des Abrechnungsquartals<sup>18</sup>.

Weisen zudem alle Versicherten-Stammdatensätze (Satzart 201), die die obigen Bedingungen 1 und 2.a erfüllen (ohne die Bedingungen 2.b und 2.c erfüllen zu müssen)<sup>19</sup>, dieselbe Personen-ID aus, dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet.

Weisen im Gegensatz dazu mehrere Versicherten-Stammdatensätze, die die obigen Bedingungen 1 und 2.a erfüllen (ohne die Bedingungen 2.b und 2.c erfüllen zu müssen), unterschiedliche Personen-ID aus, und gibt es mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1 und 2 erfüllt, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und der nächste Schritt des Matchingverfahrens kommt nicht zur Anwendung.

Existiert kein Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1 und 2 erfüllt, so wird für ihn der im Folgenden beschriebene abschließende Schritt des Matchingverfahrens durchgeführt.

---

<sup>18</sup> Das bedeutet, der Abrechnungsfall darf nicht zeitlich vor der Fusionierung stattgefunden haben.

<sup>19</sup> Die Bedingungen an einen akzeptierten Versicherten-Stammdatensatz sind somit strenger als an die Versicherten-Stammdatensätze, die auf eine abweichende Personen-ID hin untersucht werden. Auf diese Weise wird die Gefahr einer fälschlichen Zuordnung weiter reduziert. Insbesondere gilt, dass eine fälschliche Zuordnung eines Abrechnungsfalls in der Stufe IV ausgeschlossen ist, wenn ein Versicherten-Stammdatensatz mit der „richtigen“ Personen-ID einmal für ein beliebiges Quartal für einen Kostenträger bis zur höchsten Fusionsstufe für diesen Abrechnungsfall gefunden wurde.

## Ergänzung durch Matching-Ergebnisse der vorhergehenden Geburtstagsstichprobe

Zum Teil werden Versicherte von den Kostenträgern rückwirkend nur mit Daten zu neuen Versichertennummern gemeldet, obwohl sie im Berichtszeitraum noch im Besitz der alten Krankenversichertenkarte (KVK) waren und daher noch Fälle über die darauf gespeicherte alte Versichertennummer abgerechnet wurden. Solche Abrechnungsfälle können durch die Stufen I–IV des Matchingverfahrens unter Umständen nicht zugeordnet werden. Zudem kommt es ohnehin nach einem Wechsel der KVK zu Problemen bei der Zuordnung, wenn dieser Wechsel mit dem Beginn des Berichtszeitraumes der GSP zusammenfällt, da Abrechnungsfälle prozessbedingt zum Teil erst mit einem Quartal Verzögerung erfasst werden.

Aus diesen Gründen wird nach den Matchingstufen I–IV noch folgender ergänzender Schritt durchgeführt: Wenn ein Abrechnungsfall (Satzart 202)

1. in den Matchingstufen I–IV keiner Personen-ID zugeordnet werden konnte,
2. in den Matchingstufen I–IV nicht als No-Match markiert wurde,
3. in den zugehörigen Abrechnungsdaten eine Kombination aus KVK-IK und KVK-Versichertennummer aufweist, der im Rahmen des Matchingverfahrens für die vorhergehende GSP in einem Quartal, welches nicht nach dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles liegt, eine Personen-ID zugeordnet wurde und
4. diese Personen-ID in den Versichertenstammdaten (Satzart 201) der aktuellen GSP vorkommt,

dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet. Als Matchingstufe des Abrechnungsfalles wird die Stufe eines Abrechnungsfalles aus der vorhergehenden GSP verwendet, der dieser Personen-ID zugeordnet ist. Sollte es mehr als einen solchen Abrechnungsfall in der vorhergehenden GSP geben, so wird die Stufe des „ältesten“ dieser Fälle verwendet.

#### 6.4.5 Matching-Quoten

Die Matchingquote gibt den Anteil der in der Satzart 202 der Geburtstagsstichprobe gelieferten Abrechnungsfälle an, die durch das Matchingverfahren einem Versicherten zugeordnet werden konnten. In Tabelle 14 sind die Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Matchingstufen angegeben. Dabei wird jeweils der Anteil der auf dieser Stufe zusätzlich zugeordneten Abrechnungsfälle ausgewiesen. Es fällt besonders auf, dass im Verlauf der Jahre 2012 und 2013 der Anteil der Abrechnungsfälle, die bereits auf Stufe I zugeordnet werden konnten, stark angestiegen ist. In Tabelle 15 werden die Matchingquoten (über alle Stufen) pro Quartal für alle KV-Bezirke einzeln angegeben. In Tabelle 16 werden schließlich die Matchingquoten (über alle Stufen) pro Quartal für die einzelnen Kassenarten angegeben.

Für Leser, die mit der GSPR 2012 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Abweichungen zwischen den hier berichteten Matchingquoten und denen in der Dokumentation der GSPR 2012 berichteten für die Quartale der Jahre 2011 und 2012 darin begründet sind, dass den Matchingquoten der GSPR 2013 ein Matching mit den Daten der Jahre 2011–2013 zugrunde liegt, wohingegen die Matchingquoten der GSPR 2012 auf einem Matching mit den Daten der Jahre 2010–2012 basieren.

Quartal	Matchingquote Stufe I	Matchingquote Stufe II	Matchingquote Stufe III	Matchingquote Stufe IV	Matchingquote insgesamt
2011/1	0,00%	82,26%	5,61%	8,89%	96,76%
2011/2	0,00%	82,68%	5,51%	8,89%	97,09%
2011/3	0,01%	82,93%	5,38%	8,87%	97,20%
2011/4	0,76%	82,91%	4,70%	8,77%	97,13%
2012/1	10,55%	75,02%	4,14%	7,77%	97,48%
2012/2	24,20%	63,45%	3,39%	6,17%	97,20%
2012/3	41,61%	47,96%	2,68%	4,86%	97,12%
2012/4	59,48%	32,14%	1,81%	3,56%	97,00%
2013/1	73,12%	21,53%	1,17%	2,35%	98,17%
2013/2	78,43%	17,42%	0,92%	1,48%	98,24%
2013/3	82,25%	14,13%	0,79%	1,15%	98,32%
2013/4	85,01%	11,77%	0,66%	0,97%	98,41%

Tabelle 14: KV-übergreifende Matchingquoten pro Quartal auf den einzelnen Matchingstufen und insgesamt



Wohnort-KV/Quartal	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4	2013/1	2013/2	2013/3	2013/4
Baden-Württemberg	97,73%	97,86%	97,94%	97,58%	97,46%	96,78%	96,59%	96,31%	97,90%	97,93%	98,05%	98,00%
Bayern	97,27%	97,41%	97,42%	97,33%	97,63%	97,31%	96,93%	96,53%	98,13%	98,26%	98,38%	98,44%
Berlin	97,79%	98,17%	98,17%	98,19%	98,10%	97,86%	97,34%	97,11%	98,26%	98,44%	98,47%	98,60%
Brandenburg	98,69%	98,87%	98,94%	98,87%	98,80%	98,65%	98,62%	98,75%	98,86%	98,99%	99,07%	99,15%
Bremen	95,84%	96,32%	97,29%	97,08%	97,07%	96,78%	97,29%	97,22%	98,12%	98,33%	98,45%	98,43%
Hamburg	96,10%	96,65%	96,47%	96,37%	96,78%	96,39%	95,88%	95,66%	97,24%	97,29%	97,43%	97,48%
Hessen	93,18%	93,82%	94,00%	93,91%	95,74%	95,51%	95,47%	95,23%	97,86%	97,85%	97,82%	98,01%
Mecklenburg-Vorpommern	96,36%	97,76%	98,65%	98,75%	98,72%	98,32%	98,78%	98,09%	98,54%	98,60%	98,57%	98,70%
Niedersachsen	96,10%	96,29%	96,27%	96,44%	97,24%	97,16%	97,41%	97,33%	98,25%	98,29%	98,35%	98,51%
Nordrhein	95,73%	96,02%	96,27%	95,99%	96,39%	96,10%	96,08%	96,09%	97,34%	97,36%	97,44%	97,58%
Rheinland-Pfalz	96,82%	97,22%	97,49%	98,45%	98,60%	98,30%	98,40%	98,43%	98,62%	98,75%	98,82%	98,90%
Saarland	98,23%	98,41%	98,50%	98,29%	98,66%	98,40%	98,38%	98,46%	98,80%	98,99%	99,10%	99,12%
Sachsen	99,22%	99,36%	99,36%	99,34%	99,20%	99,20%	99,29%	99,42%	99,46%	99,57%	99,61%	99,63%
Sachsen-Anhalt	96,67%	97,06%	97,77%	97,57%	98,16%	98,08%	98,13%	98,10%	98,95%	99,09%	99,26%	99,29%
Schleswig-Holstein	95,49%	96,63%	96,77%	96,61%	97,01%	96,71%	96,48%	96,51%	98,18%	98,20%	98,36%	98,50%
Thüringen	97,03%	97,16%	97,21%	97,09%	97,76%	97,48%	97,65%	97,65%	98,76%	98,84%	98,90%	99,13%
Westfalen-Lippe	97,26%	97,55%	97,56%	97,30%	97,47%	97,32%	97,23%	97,38%	98,16%	98,20%	98,26%	98,31%

Tabelle 15: Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen KV-Bezirke

Kassenart/Quartal	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4	2013/1	2013/2	2013/3	2013/4
AOK	97,12%	97,24%	97,28%	97,16%	97,47%	97,26%	97,14%	97,00%	98,24%	98,30%	98,37%	98,45%
BKK	95,82%	96,75%	96,93%	96,79%	97,33%	97,33%	97,30%	97,15%	98,40%	98,45%	98,51%	98,60%
EK	97,20%	97,34%	97,39%	97,23%	97,48%	96,96%	96,86%	96,75%	97,91%	98,02%	98,11%	98,19%
IKK	94,48%	95,34%	96,08%	96,86%	97,43%	97,41%	97,51%	97,40%	98,45%	98,52%	98,62%	98,74%
KBS	97,37%	97,78%	97,85%	97,71%	98,20%	98,08%	97,97%	97,79%	98,60%	98,59%	98,65%	98,70%
LKK	97,65%	97,87%	97,93%	97,85%	98,62%	98,73%	98,77%	98,83%	98,95%	99,02%	98,90%	98,93%

Tabelle 16: Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten

## 6.5 Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten

Nachdem die kassen- und arztseitigen Datenlieferungen zusammengeführt worden sind (siehe Abschnitt 6.4), wird der entstandene Datenkörper geprüft und es werden weitere, abgestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) durchgeführt.

Im Vordergrund der Qualitätssicherungs-Maßnahmen steht die Sicherstellung der Repräsentativität der Versichertenstichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit. Die Repräsentativität soll hoch sein und wenn möglich mit geeigneten Mitteln weiter erhöht werden. Ursächlich für eine eingeschränkte Repräsentativität können Probleme in den gelieferten Daten sowie Probleme bei der Datenzusammenführung sein. Darüber hinaus wird im Rahmen der Qualitätssicherung auch die Plausibilität der Daten geprüft.

Bei der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe auffällig gewordene Datensätze werden markiert. Die Markierung ist notwendig, da diese Datensätze unter Umständen Auswertungsergebnisse verzerren können. In den Abschnitten 2.3.2 und 2.3.3 wurden Gründe genannt, warum Datensätze der Satzart DS201 markiert werden. Wie dort beschrieben, wurden diese Gründe im Rahmen einer sorgfältigen Datenprüfung der Geburtstagsstichprobe identifiziert und die Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 in der GSPR 2013 entsprechen den Markierungen von Datensätzen der Satzart 201 in der Geburtstagsstichprobe. Allerdings lässt die Markierung eines Datensatzes in der GSPR 2013 keinen Rückschluss auf die Gründe zu, aus denen der Datensatz markiert wurde.

In der Geburtstagsstichprobe gibt es zudem zwei weitere Gründe für die Markierung eines Datensatzes: Erstens werden alle Datensätze von Versicherten markiert, für die die Angaben zu Geschlecht oder Geburtsquartal in den Versicherten-Stammdaten nicht eindeutig sind. Zweitens werden alle Datensätze von Versicherten markiert, deren Geburtsquartal nach dem Berichtszeitraum liegt. Die aus diesen beiden Gründen markierten Datensätze der Geburtstagsstichprobe werden nicht mit der GSPR 2013 ausgeliefert.

Für eine genaue Beschreibung der Gründe für Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 der GSPR 2013 bzw. der Gründe für das Markieren von Datensätzen der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe sei auf Abschnitt 2.3.2 verwiesen.

## 6.6 Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen

Zur quartalsbezogenen Feststellung, ob ein Versicherter in der Geburtstagsstichprobe an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnimmt, werden im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten der GSP neben den Angaben zum selektivvertraglichen Abrechnungsweg in der Satzart 201 auch Informationen aus den Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung (im Folgenden als Selektivvertragsdaten bezeichnet) herangezogen. Diese zusätzlichen Informationen umfassen:

1. Die Existenz eines Datensatzes zu dem Versicherten in der Satzart 004 der Selektivvertragsdaten (kassenseitige Lieferung der Teilnehmer an Selektivverträgen unter den Versicherten in der Geburtstagsstichprobe).

2. Die Existenz eines Datensatzes zu dem Versicherten in der Satzart 014 der Selektivvertragsdaten (arztseitige Lieferung der Teilnehmer an Selektivverträgen unter den Versicherten in der Geburtstagsstichprobe; nur für das Jahr 2013 verfügbar).
3. Das Datum des Beginns und des Endes der Teilnahme des Versicherten am jeweiligen Selektivvertrag laut den für ihn vorliegenden Datensätzen der Satzart 004 der Selektivvertragsdaten.

Nach Feststellung der Teilnahme eines Versicherten an einem Selektivvertrag erlaubt in der großen Mehrzahl der Fälle dann die Satzart 001 der Selektivvertragsdaten auch die Art des Selektivvertrags zu ermitteln. Die so zusammengetragenen Informationen werden im Feld 16 der Satzart DS201 der GSPR 2013 eingetragen.

## 7 Anhang

### 7.1 Definition einiger der im vorliegenden Dokument verwendeten Begriffe

Zur besseren Übersicht für den Leser wurden im Folgenden für einige der in diesem Dokument verwendeten zentralen Begriffe die bereits im Text gegebenen Definitionen zusammengetragen.

#### Ausschöpfungsgrad Leistungsbedarf

Als Ausschöpfungsgrad wird der Quotient aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Geburtstagsstichprobe und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten bezeichnet (evtl. nach Abgrenzung von bestimmten Versichertengruppen wie z. B. alle Versicherten in einem KV-Bezirk). Der Ausschöpfungsgrad setzt damit den Leistungsbedarf pro Kopf der Geburtstagsstichprobe ins Verhältnis zum Leistungsbedarf pro Kopf aller Versicherten. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als 100% zeigt damit an, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Geburtstagsstichprobe kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten.

#### Falschmatcherquote

Anhand von spezifischen Gebührenordnungspositionen und/oder bestimmten Diagnosen kann auf das vermeintliche Geschlecht des Versicherten geschlossen werden. Stimmt nun das in den Versichertenstammdaten angegebene Geschlecht des Versicherten nicht mit dem laut Abrechnungsfall zu vermutenden Geschlecht des Versicherten überein, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte dem Abrechnungsfall fälschlicherweise zugeordnet wurde. Ein Versicherter mit mindestens einem in diesem Sinne fälschlich zugeordneten Abrechnungsfall wird als Falschmatcher bezeichnet. Die Falschmatcherquote ist definiert als der Anteil von Falschmatchern in einer Gruppe von Versicherten und es werden alle diejenigen Versicherten für ein Jahr markiert, die in dem Jahr zu irgendeinem Zeitpunkt zu einer durch die Kombination von Quartal, Geburtskalendertag und Teilkasse bestimmten Gruppe gehören, für die die Falschmatcherquote größer als 5% ist und die mindestens 5 Falschmatcher umfasst.

#### Fusionskassen

Am 14.11.2014 (dem Zeitpunkt der Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses) existierten 131 Krankenkassen. Da die bundesweite Versichertenstichprobe Daten für die Jahre 2011 bis 2013 umfasst, sind in den Daten auch noch die zum 30.06.2011 geschlossene City BKK sowie die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe enthalten. Für die ausgelieferte GSPR 2013 ist der aktuellere Fusionsstand zum 01.07.2015 berücksichtigt. Zu diesem Zeitpunkt existierten insgesamt noch 123 Krankenkassen. Auf die zum jeweiligen Stichtag noch existierenden Krankenkassen sowie die beiden genannten im Berichtszeitraum geschlossenen Krankenkassen bezieht sich der Begriff Fusionskassen.

### Inanspruchnahmequote

Zwar wird allen in der GSPR 2013 berichteten Abrechnungsfällen eine Personen-ID zugeordnet, aber selbstverständlich weist nicht jeder der in den Versicherten-Stammdaten berichteten Versicherten in jedem Quartal auch mindestens einen Abrechnungsfall auf. Die Inanspruchnahmequoten geben pro KV und Quartal den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten der GSPR 2013 an. In die Berechnung der Inanspruchnahmequote werden nur Versicherte einbezogen, die in dem Quartal nicht als auffällig markiert wurden.

### Lieferquote

Als Lieferquote wird der Anteil der Versicherten in der Geburtstagsstichprobe, die nicht als auffällig markiert wurden, an der Menge aller GKV-Versicherten bezeichnet (evtl. nach Abgrenzung von bestimmten Versichertengruppen wie z. B. alle Versicherten in einem KV-Bezirk). Darüber hinaus wird auch die ursprüngliche Lieferquote betrachtet, in die auch die als auffällig markierten Versicherten einbezogen werden. Die Gesamtzahl der Versicherten einer Gruppe wird dabei auf Grundlage der von den Krankenkassen gelieferten „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten ermittelt. Der Zielwert für die Berichtsjahre 2011 und 2013 liegt zwischen 23,0 und 23,1 % (in die Geburtstagsstichproben der Jahre 2011 und 2013 sind jeweils 84 Geburtstage (sieben pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca.  $84/365 \approx 23,01\%$ ). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2012 liegt zwischen 26,3 und 26,4 % (in die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2012 sind 96 Geburtstage (acht pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca.  $96/365 \approx 26,30\%$ ).

### Matching-Quote

Im vorliegenden Dokument beschreibt der Begriff Matching die Zuordnung von arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versicherten-Stammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID aus dem entsprechenden Jahr zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2013. Die Matching-Quote gibt den Anteil der Abrechnungsfälle, denen eine Personen-ID zugeordnet werden kann, an allen arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen an. Dem Matching liegen dabei grundsätzlich Daten der Berichtsjahre 2011–2013 zugrunde.

### Non-User

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Non-User bezeichnet, wenn für ihn in diesem Quartal kein Abrechnungsfall vorliegt.

## Teilkasse

Eine ehemals autonom existierende Krankenkasse, die im Berichtszeitraum oder auch davor mit einer anderen Krankenkasse fusioniert hat, wird in diesem Dokument als Teilkasse bezeichnet. Darüber hinaus wird der Begriff Teilkasse in diesem Dokument auch für eine untergeordnete Einheit einer Krankenkasse verwendet, repräsentiert durch ein Institutionskennzeichen aus der Satzart DS219 (z. B. Geschäftsstellen-IK, Praxisnetz-IK).

### 7.2 Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle

Im Rahmen der Datenprüfung und der QS-Maßnahmen wird die auf Quartal und Geburtskalendertag bezogene Falschmatcherquote der Teilkassen bestimmt. Dabei gilt ein Versicherter als Falschmatcher, wenn bei mindestens einem dem Versicherten zugeordneten Abrechnungsfall die gebührenordnungspositions- bzw. diagnosenspezifische Geschlechtsangabe (Fallgeschlecht) im Widerspruch zu dem für den Versicherten angegebenen Geschlecht steht.

Zur Bestimmung des Fallgeschlechts werden die über Tabelle 17 ableitbaren geschlechtsspezifischen Diagnosen und die in Tabelle 18 aufgeführten geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen verwendet.

Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht	Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht	Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht
A34	weiblich	I863	weiblich	R87	weiblich
B260	männlich	L291	männlich	S312	männlich
B373	weiblich	L292	weiblich	S313	männlich
C51	weiblich	L705	weiblich	S314	weiblich
C52	weiblich	M800	weiblich	S3732	männlich
C53	weiblich	M801	weiblich	S3733	männlich
C54	weiblich	M810	weiblich	S374	weiblich
C55	weiblich	M811	weiblich	S375	weiblich
C56	weiblich	M830	weiblich	S376	weiblich
C57	weiblich	N4	männlich	S3782	männlich
C58	weiblich	N5	männlich	S3783	männlich
C60	männlich	N7	weiblich	S3784	männlich
C61	männlich	N8	weiblich	S3980	männlich
C62	männlich	N90	weiblich	T192	weiblich
C63	männlich	N91	weiblich	T193	weiblich
C796	weiblich	N92	weiblich	T833	weiblich
D06	weiblich	N93	weiblich	Z014	weiblich
D070	weiblich	N94	weiblich	Z123	weiblich
D071	weiblich	N95	weiblich	Z124	weiblich
D072	weiblich	N96	weiblich	Z125	männlich
D073	weiblich	N97	weiblich	Z301	weiblich
D074	männlich	N98	weiblich	Z303	weiblich
D075	männlich	N992	weiblich	Z305	weiblich
D076	männlich	N993	weiblich	Z311	weiblich
D176	männlich	O	weiblich	Z312	weiblich
D25	weiblich	P546	weiblich	Z32	weiblich
D26	weiblich	Q50	weiblich	Z33	weiblich
D27	weiblich	Q51	weiblich	Z34	weiblich
D28	weiblich	Q52	weiblich	Z35	weiblich
D29	männlich	Q53	männlich	Z39	weiblich
D39	weiblich	Q54	männlich	Z4001	weiblich
D40	männlich	Q55	männlich	Z437	weiblich
E28	weiblich	Q96	weiblich	Z443	weiblich
E29	männlich	Q970	weiblich	Z875	weiblich
E894	weiblich	Q971	weiblich		
E895	männlich	Q972	weiblich		
F524	männlich	Q978	weiblich		
F525	weiblich	Q979	weiblich		
F53	weiblich	Q98	männlich		
I861	männlich	R86	männlich		

Tabelle 17: Liste der geschlechtsspezifischen Diagnosen zur Bestimmung der Falschmatcherquote

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01730	weiblich	01815	weiblich	08412	weiblich	01745M	männlich
01731	männlich	01816	weiblich	08413	weiblich	01746M	männlich
01733	weiblich	01817	weiblich	08414	weiblich	01700V	weiblich
01735	weiblich	01818	weiblich	08415	weiblich	01701V	weiblich
01750	weiblich	01822	weiblich	08416	weiblich	32540V	weiblich
01752	weiblich	01825	weiblich	08530	weiblich	32541V	weiblich
01753	weiblich	01826	weiblich	08531	weiblich	32542V	weiblich
01754	weiblich	01827	weiblich	08541	weiblich	32543V	weiblich
01755	weiblich	01828	weiblich	08542	weiblich	32544V	weiblich
01756	weiblich	01829	weiblich	08550	weiblich	32545V	weiblich
01757	weiblich	01830	weiblich	08551	weiblich	32546V	weiblich
01758	weiblich	01831	weiblich	08552	weiblich	32550V	weiblich
01759	weiblich	01832	weiblich	08560	weiblich	32551V	weiblich
01770	weiblich	01833	weiblich	08561	weiblich	32552V	weiblich
01772	weiblich	01835	weiblich	26310	männlich	32553V	weiblich
01773	weiblich	01836	weiblich	26311	weiblich	32554V	weiblich
01774	weiblich	01837	weiblich	26341	männlich	32555V	weiblich
01775	weiblich	01838	weiblich	31301	weiblich	32556V	weiblich
01780	weiblich	01839	weiblich	31302	weiblich	33043V	weiblich
01781	weiblich	01840	weiblich	31303	weiblich	33044V	weiblich
01782	weiblich	01854	männlich	31304	weiblich	33090V	weiblich
01783	weiblich	01855	weiblich	31305	weiblich	01740P	weiblich
01784	weiblich	01912	weiblich	31306	weiblich	01740N	männlich
01785	weiblich	01913	weiblich	31307	weiblich	01746P	weiblich
01786	weiblich	01915	weiblich	31696	weiblich	01746N	männlich
01787	weiblich	08230	weiblich	31697	weiblich		
01793	weiblich	08231	weiblich	31698	weiblich		
01800	weiblich	08310	weiblich	31699	weiblich		
01801	weiblich	08311	weiblich	31700	weiblich		
01802	weiblich	08320	weiblich	31701	weiblich		
01803	weiblich	08330	weiblich	31702	weiblich		
01804	weiblich	08331	weiblich	33044	weiblich		
01805	weiblich	08332	weiblich	33062	männlich		
01806	weiblich	08333	weiblich	33064	männlich		
01807	weiblich	08334	weiblich	33074	weiblich		
01808	weiblich	08340	weiblich	01734M	männlich		
01809	weiblich	08341	weiblich	01740M	männlich		
01810	weiblich	08345	weiblich	01741M	männlich		
01811	weiblich	08410	weiblich	01742M	männlich		
01812	weiblich	08411	weiblich	01743M	männlich		

Tabelle 18: Liste der geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen zur Bestimmung der Falschmatcherquote