

**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses
zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems
sowie
zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2013
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

Freigegeben in der 300. Sitzung des Bewertungsausschusses
am 23. Januar 2013

Autorenliste

Frau Ulrike Albrecht
Herr Dr. Ingolf Berger
Herr Wolfgang Grimm
Herr Dr. Andreas Hinz
Herr Sebastian Krüger
Frau Kerstin Leipnitz
Frau Bella Naftalieva
Herr Peter Reschke
Frau Hanna Tillmanns

Das Institut dankt den Teilnehmern der Arbeitsgruppe Grouper-Anpassung für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen, Frau Dr. Röhmel und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe IT für die Ausarbeitung der Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner sowie den Mitarbeitern in der Datenstelle des Bewertungsausschusses für die umfangreichen empirischen Vorarbeiten.

Adresse und Kontakt

Institut des Bewertungsausschusses
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
info@institut-ba.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	9
1 Einführung	15
2 Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen	17
2.1 Änderungen in der Rechtslage	17
2.2 Änderungen in sonstigen Rahmenbedingungen	17
2.3 Beschlüsse des Bewertungsausschusses	18
3 Aktualisierung der Datengrundlage	19
3.1 Geburtstagsstichprobe	19
3.2 Anpassungen an der Geburtstagsstichprobe	21
3.2.1 Versicherte mit Lieferlücken und atypischer Inanspruchnahme	21
3.2.2 Definition eines Selektivvertragsteilnehmers	21
3.2.3 Zuordnung zum Wohnortbereich	22
3.2.4 Zuordnung von Versicherten mit unbekannter Postleitzahl und Wohnausländern	23
3.2.5 Definition Versichertenquartal	23
3.2.6 Kappung der Versichertentage	23
3.2.7 Definition versichertenzeitvollständig	23
3.2.8 Kennzeichnung von Fällen aus Auftragsgeschäften	24
3.2.9 Kennzeichnung von Fällen ohne Leistungsbedarf	24
3.2.10 Zuordnung von Leistungen zur MGV	24
3.2.11 Anpassungen des Leistungsbedarfs an Beschlüsse des Bewertungsausschusses	25
3.2.12 Einfügen von demografischen Hochrechnungsfaktoren	25
3.3 KM6-Statistik	27
3.4 Analyse der kodierten Diagnosen in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	27
3.4.1 Einleitung	27
3.4.2 Allgemeines	28
3.4.3 Häufigkeiten von kodierten Diagnosen vor Prüfung und Bearbeitung durch das Institut des Bewertungsausschusses	29
3.4.4 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit	30
3.4.5 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“	31
3.4.6 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit ohne die Einträge mit der Ausprägung „UUU“	32
3.4.7 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach Prüfung auf Gültigkeit gemäß ICD-10-GM und zweiter Bearbeitung	33
3.4.8 Häufigkeiten der Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit	36
3.4.9 Diagnosen pro Behandlungsfall	38
3.4.10 Endständige und nichtendständige ICD-Schlüsselnummern	40
3.4.11 Datenabgrenzung für die Analysen der Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten	45
3.4.12 Kodierung geschlechtsspezifischer Krankheiten	46
3.4.13 Kodierung altersspezifischer Krankheiten	48
3.4.14 Zusammenfassung	50
4 Weiterentwicklungen der Zuordnung von Diagnosen zu den diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems von Version 0.2.3 bis zur aktuellen Version p06b	51
4.1 Einleitung	51

4.1.1	2009	51
4.1.2	2012	51
4.2	Allgemeines	52
4.2.1	Überleitung von Schlüsselnummern der ICD-10-GM in Risikokategorien des Klassifikationssystems	52
4.2.2	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit	52
4.2.3	Variante H und ihre „Weiterentwicklung“	52
4.2.4	Einfache und bedingte ICD-CC-Überleitungen	53
4.2.5	Doppelte ICD-CC-Überleitungen	53
4.2.6	Jahresversionen der ICD-10-GM	53
4.3	Überblick über die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems KS87a von der Version 0.2.3 zur Version p06b	54
4.3.1	KS87a-Versionierung	54
4.3.2	Parameter der Version 0.2.3, Variante H	55
4.3.3	Parameter der Version 0.3.0 (Variante H)	55
4.3.4	Parameter der Version 0.4.0	56
4.3.5	Parameter der Version p05a	56
4.3.6	Parameter der Version p06a	57
4.3.7	Parameter der Version p06b	58
4.4	Entfernung aller ICD-CC-Überleitungen für nichtendständige (nichtterminale) dreistellige Schlüsselnummern der ICD-10-GM	58
4.4.1	ICD-10-GM Version 2006	59
4.4.2	ICD-10-GM Version 2007	59
4.4.3	ICD-10-GM Version 2008	59
4.5	Entfernung aller ICD-CC-Überleitungen für „Neugeborenen-Schlüsselnummern“ der ICD-10-GM auf „CC für die Mutter“	60
4.6	Neue Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ (sogenannte „Null-CC“)	60
4.7	Neue Risikokategorie „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“	62
4.8	Überarbeitung der drei Risikokategorien CC166, CC167 und CC183	63
4.9	Überarbeitung der ACC004 Diabetes mellitus	65
4.10	Überarbeitung der ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation	67
4.11	Teilbearbeitung der ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	69
4.12	Weitere Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien	71
4.13	Weitere Änderungen von Hierarchien zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien	72
4.13.1	Aus dem Klassifikationssystem entfernte Hierarchien	73
4.13.2	Geänderte (umgekehrte) Hierarchien	74
4.13.3	Neu in das Klassifikationssystem aufgenommene Hierarchien	74
4.14	Weitere Umbenennungen von diagnosebezogenen Risikokategorien	76
4.15	Änderung der Alters- und Geschlechts-Abgrenzungen in den Überleitungen von ICD- Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien	76
4.15.1	Änderung der unteren Altersgrenze bei Adipositas mit BMI-Unterteilung	76
4.15.2	Korrektur einer unplausiblen Alters-Abgrenzung bei der ICD-CC-Überleitung der Kodes unter „C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“	77
4.15.3	Korrektur unplausibler Alters-Abgrenzungen bei der ICD-CC-Überleitung einzelner Schlüsselnummern für Krankheiten und Zustände bei Neugeborenen und Säuglingen	78
4.15.4	Korrektur einer unplausiblen Geschlechts-Abgrenzung bei der ICD-CC-Überleitung der Schlüsselnummer „Z41.2 Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen“	79

4.16	Grundlagen der Anpassung des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM.....	79
4.16.1	Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM	79
4.16.2	Ungültige ICD-CC-Überleitungen durch Streichung von Schlüsselnummern in neuen Versionen der ICD-10-GM	81
4.16.3	Prüfung der ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern mit inhaltlichen Textänderungen in neuen Versionen der ICD-10-GM.....	81
4.17	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2009 der ICD-10-GM	82
4.17.1	Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2009	82
4.17.2	Ab 2009 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2008	86
4.17.3	Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2008 und 2009	87
4.18	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2010 der ICD-10-GM	88
4.18.1	Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2010	88
4.18.2	Ab 2010 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2009	94
4.18.3	Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2009 und 2010	95
4.19	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2011 der ICD-10-GM	95
4.19.1	Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2011	95
4.19.2	Ab 2011 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2010	100
4.19.3	Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2010 und 2011	101
5	Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate	102
5.1	Abgrenzung von Versicherten und Merkmalen für die Modellierung	103
5.1.1	Allgemeine Abgrenzungen	103
5.1.2	Abgrenzung für die Berechnung von Kosten- und Relativgewichten.....	104
5.1.3	Abgrenzung für die Ermittlung diagnosebezogener Veränderungsraten	105
5.1.4	Synopse der Festlegungen	105
5.1.5	Weiterentwicklung der Festlegungen für die Modellierung (Vergleich H15EBA vs. aktuelles Modell).....	106
5.2	Weiterentwicklungen am Kompressionsalgorithmus	107
5.2.1	Berechnung von Kosten- und Relativgewichten	107
5.2.2	Darstellung des aktuellen Kompressionsalgorithmus und der Modellierung.....	107
5.2.3	Darstellung der Weiterentwicklungen des Algorithmus zur Kompression der Risikokategorien und der Kalibrierung des Klassifikationsmodells	110
5.3	Weiterentwicklungen bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten.....	110
5.3.1	Datengrundlage.....	111
5.3.2	Berechnung der Relativgewichte	111
5.3.3	Berechnung der Veränderungsraten.....	111
5.4	Empirische Ergebnisse zur Ermittlung der Kosten- und Relativgewichte.....	113
5.4.1	Kompressions-Algorithmus: Auswahl THCC und Bildung von RHCC sowie anschließende Kalibrierung.....	113
5.4.2	Kennzahlen und Gütemaße.....	116
5.4.3	Relativgewichte	126
5.5	Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten.....	132
5.5.1	Diagnosebezogene Veränderungsraten je KV	133

5.5.2	Treiber der Veränderungsraten	133
6	Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate	136
6.1	Modell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	136
6.1.1	Datengrundlage.....	136
6.1.2	Berechnung der demografischen Kosten- und Relativgewichte	136
6.1.3	Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	137
6.2	Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	138
6.3	Empirische Ergebnisse.....	138
6.3.1	Kosten- und Relativgewichte.....	138
6.3.2	Ergebnisse der demografischen Veränderungsraten	139
6.3.3	Gütemaße zum aktuellen Modell und zu einem Modell mit anderer Leistungsbedarfsabgrenzung	139
	Anhänge.....	141
Anhang 1	Abkürzungsverzeichnis.....	141
Anhang 2	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden	142
Anhang 3	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ in der unter 3.4.4 beschriebenen Abgrenzung	144
Anhang 4	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden	148
Anhang 5	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge in der Datengrundlage, die die Ausprägung „UUU“ haben oder formal oder klassifikatorisch ungültig sind	150
Anhang 6	Einzelanalysen zur Kodierung altersspezifischer Krankheiten	152
Anhang 7	ICD-Kodes, die in die „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet werden	171
Anhang 8	ICD-Kodes, die in die „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet werden	184
Anhang 9	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden	193
Anhang 10	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ durchgeführt wurden	210
Anhang 11	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ durchgeführt wurden	214
Anhang 12	Alle weiteren Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien.....	216
Anhang 13	Alle Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2008.....	218
Anhang 14	Alle Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2009.....	219
Anhang 15	Alle Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2010.....	221
Anhang 16	Formeln zur Treiberanalyse	224
Anhang 17	Einzelbeiträge der Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ zur Veränderungsrate insgesamt	225

Anhang 18 Zwei Anlagen mit separater Seitennummerierung: Erstens: Lesefassung zuzüglich technischer Klarstellungen durch das Institut des Bewertungsausschusses „Anlage zum Beschluss 29. EBA (geändert 30. EBA, 283. BA, 288. BA) – Technische Einzelheiten zu den Festlegungen zur Berechnung von Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V im Jahr 2012“ Zweitens: Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner 230

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formel zur Berechnung der demografischen Hochrechnungsfaktoren 26

Abbildung 2: Anteile der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ an allen Diagnoseeinträgen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit (Tabelle 3) im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 32

Abbildung 3: Veränderung der Anteile der Angabe der einzelnen ZK-DS zwischen den Jahren 2007 bis 2010 37

Abbildung 4: Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) mit dem ZK-DS „G“ pro Fall im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 39

Abbildung 5: Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ pro Fall im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 40

Abbildung 6: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen (ohne Beachtung des ZK-DS) im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 42

Abbildung 7: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen mit dem ZK-DS „G“ im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 43

Abbildung 8: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 45

Abbildung 9: Grafisches Beispiel für Klassifikation und Hierarchisierung 102

Abbildung 10: Grafisches Beispiel für die Komprimierung 103

Abbildung 11: Formel zur Berechnung des relativen Risikowertes je Versicherten 112

Abbildung 12: Formel zur Berechnung des Morbiditätsindex je Kassenärztlicher Vereinigung... 112

Abbildung 13: Formel zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung 113

Abbildung 14: Formel zur Berechnung des mittleren absoluten Prognosefehlers 116

Abbildung 15: Formel zur Berechnung des gewichteten mittleren Leistungsbedarfs 117

Abbildung 16: Formel zur Berechnung des adjustierten R^2 117

Abbildung 17: Formel zur Berechnung der Residuen 120

Abbildung 18: Histogramm der Residuen (gesamte Verteilung) 120

Abbildung 19: Histogramm der Residuen (Verteilungsausschnitt; Ausschluss von Extremwerten an den Verteilungsenden) 121

Abbildung 20: Histogramm der Residuen (Verteilungsausschnitt; Ausschluss von Extremwerten an den Verteilungsenden) 121

Abbildung 21: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs 123

Abbildung 22: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs mit Zoom auf die fünf unteren Kostenklassen 124

Abbildung 23: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbedarfs 125

Abbildung 24: Berechnung des Demografieindex je Kassenärztlicher Vereinigung 137

Abbildung 25: Berechnung der demografischen Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung	137
Abbildung 26: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“ pro Versichertenalter	154
Abbildung 27: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“ pro Versichertenalter	154
Abbildung 28: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“ pro Versichertenalter	156
Abbildung 29: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“ pro Versichertenalter	156
Abbildung 30: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“ pro Versichertenalter	158
Abbildung 31: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“ pro Versichertenalter	158
Abbildung 32: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“ pro Versichertenalter	160
Abbildung 33: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“ pro Versichertenalter	160
Abbildung 34: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“ pro Versichertenalter	162
Abbildung 35: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“ pro Versichertenalter	162
Abbildung 36: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“ pro Versichertenalter	164
Abbildung 37: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“ pro Versichertenalter	164
Abbildung 38: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“ pro Versichertenalter	166
Abbildung 39: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“ pro Versichertenalter	166
Abbildung 40: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“ pro Versichertenalter	168
Abbildung 41: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“ pro Versichertenalter	168
Abbildung 42: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“ pro Versichertenalter	170
Abbildung 43: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“ pro Versichertenalter	170

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die Veränderungen zwischen der 4-KVen-Stichprobe und der Geburtstagsstichprobe.....	20
Tabelle 2:	Häufigkeiten der ungeprüften und nicht bearbeiteten Diagnoseeinträge	30
Tabelle 3:	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind.....	31
Tabelle 4:	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind, ohne die Einträge mit der Ausprägung „UUU“	33
Tabelle 5:	Auswahl gültiger Schlüsselnummern der ICD-10-GM, hier beispielsweise der Jahresversion 2010.....	34
Tabelle 6:	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind.....	35
Tabelle 7:	Absolute und relative Häufigkeiten der Angabe der ZK-DS in den Jahren 2007 bis 2010	36
Tabelle 8:	Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) pro Fall in den Quartalen der Jahre 2007 bis 2010	38
Tabelle 9:	Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen (ohne Beachtung des ZK-DS) in den Jahren 2007 bis 2010	41
Tabelle 10:	Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen mit dem ZK-DS „G“ in den Jahren 2007 bis 2010	43
Tabelle 11:	Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ in den Jahren 2007 bis 2010.....	44
Tabelle 12:	Häufigkeiten der Diagnoseeinträge in der Datenabgrenzung für die Analysen der Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten	46
Tabelle 13:	Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „männlicher“ Geschlechtsspezifität	47
Tabelle 14:	Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „weiblicher“ Geschlechtsspezifität	47
Tabelle 15:	Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „männlicher“ oder „weiblicher“ Geschlechtsspezifität	48
Tabelle 16:	Anzahl der Schlüsselnummern je unterer und oberer Altersgrenze in den Metadaten der ICD-10-GM 2009 und 2010	49
Tabelle 17:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter, gesicherter (ZK-DS „G“) und altersspezifischer Diagnosen	50
Tabelle 18:	Beispiele für Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die bestimmte Symptome, Befunde oder Zustände beschreiben, die typischerweise bei Krankheiten auftreten, für die es eigene spezifische ICD-Schlüsselnummern gibt	62
Tabelle 19:	Textbezeichnungen der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183	64
Tabelle 20:	Alle Risikokategorien der „ACC004 Diabetes mellitus“ in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems	65
Tabelle 21:	Alle Risikokategorien der „ACC004 Diabetes mellitus“ in der Version p06b des Klassifikationssystems	65
Tabelle 22:	ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ aus dem Klassifikationssystem entfernt wurden.....	66
Tabelle 23:	Alle Risikokategorien der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“	67

Tabelle 24:	Die bearbeiteten Risikokategorien der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems.....	69
Tabelle 25:	Alle Schlüsselnummern mit bedingten ICD-CC-Überleitungen, deren Überleitungen im Rahmen der Bearbeitung der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ geändert wurden	70
Tabelle 26:	Alle Änderungen von einfachen ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der ACC016 durchgeführt wurden.....	70
Tabelle 27:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 26.....	71
Tabelle 28:	Alle weiteren Hierarchien, die aus dem Klassifikationssystem entfernt wurden ...	73
Tabelle 29:	Alle weiteren Hierarchien der KS87a-Version p06b, deren hierarchische Beziehung geändert (umgekehrt) wurde	74
Tabelle 30:	Alle weiteren Hierarchien, die neu in das Klassifikationssystem aufgenommen wurden	75
Tabelle 31:	Alle weiteren Umbenennungen von Risikokategorien.....	76
Tabelle 32:	Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „0 Jahre“ auf „18 Jahre“, die in die CC024 übergeleitet werden	77
Tabelle 33:	Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „0 Jahre“ auf „18 Jahre“, deren Überleitung außerdem von der CC024 in die CC201 geändert wurde.....	77
Tabelle 34:	Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „45 Jahre“ auf „0 Jahre“ bei ihrer ICD-CC-Überleitung in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“	78
Tabelle 35:	Alle Schlüsselnummern mit Änderung der obere Altersgrenze von „124 Jahre“ auf „1 Jahr“ in ihren ICD-CC-Überleitungen	78
Tabelle 36:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC009 und CC200 übergeleitet werden	83
Tabelle 37:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC013 und CC200 übergeleitet werden	83
Tabelle 38:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC015 und CC020 übergeleitet werden	83
Tabelle 39:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC015 übergeleitet werden	84
Tabelle 40:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC060 übergeleitet werden	84
Tabelle 41:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC076 übergeleitet werden	85
Tabelle 42:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC146 übergeleitet werden	85
Tabelle 43:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC201 übergeleitet werden	85
Tabelle 44:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC202 übergeleitet werden	86
Tabelle 45:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die angegebenen Risikokategorien übergeleitet werden.....	86
Tabelle 46:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 45.....	86
Tabelle 47:	In der Version 2009 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion	87
Tabelle 48:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC006 übergeleitet werden	89
Tabelle 49:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC046 übergeleitet werden	90

Tabelle 50:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC045 übergeleitet werden	90
Tabelle 51:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC115 übergeleitet werden	90
Tabelle 52:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC035 übergeleitet werden	91
Tabelle 53:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC045 übergeleitet werden	91
Tabelle 54:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC034 übergeleitet werden	91
Tabelle 55:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC148 übergeleitet werden	92
Tabelle 56:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC131 übergeleitet werden	92
Tabelle 57:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC143 übergeleitet werden	92
Tabelle 58:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC144 übergeleitet werden	93
Tabelle 59:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die angegebenen Risikokategorien übergeleitet werden	93
Tabelle 60:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 59.....	93
Tabelle 61:	In der Version 2010 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion	95
Tabelle 62:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC187 und CC200 übergeleitet werden	97
Tabelle 63:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC186 und CC200 übergeleitet werden	97
Tabelle 64:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC185 und CC200 übergeleitet werden	98
Tabelle 65:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC013 und CC200 übergeleitet werden	98
Tabelle 66:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC012 und CC200 übergeleitet werden	98
Tabelle 67:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC106 übergeleitet werden	99
Tabelle 68:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC079 übergeleitet werden	99
Tabelle 69:	Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC202 übergeleitet werden	99
Tabelle 70:	In der Version 2011 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion	101
Tabelle 71:	Überblick über die Merkmale der Versicherten für die Berechnungen der Kosten-/Relativgewichte bzw. Veränderungsraten	105
Tabelle 72:	Überblick über die Abgrenzung von Versicherten und Merkmalen für die Modellierung des aktuellen beschlossenen Modells im Vergleich mit dem Modell H15EBA	106
Tabelle 73:	Fiktives Beispiel zur Auswahl von THCC aufgrund der ökonomischen Relevanz und des Beitrags zur erklärten Varianz. Aufzunehmende THCC sind fett gedruckt.	109
Tabelle 74:	Auswahl der THCC im Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA.....	115

Tabelle 75:	Kennzahlen des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 15. EBA	118
Tabelle 76:	Gütemaße zum Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 15. EBA	119
Tabelle 77:	Kennzahlen des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA	119
Tabelle 78:	Gütemaße zum Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA	119
Tabelle 79:	Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs	122
Tabelle 80:	Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbedarfs	125
Tabelle 81:	Relativgewichte des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA und Anzahl der Versichertenjahre (Anzahl Versicherten-Quartale/4) 2009 und 2010 gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 283. BA.....	132
Tabelle 82:	Anzahl der mit den DHF hochgerechneten Versichertenjahre 2009 und 2010 in der GKV insgesamt	132
Tabelle 83:	Diagnosebezogene Veränderungsrate je KV zwischen den Jahren 2009 und 2010	133
Tabelle 84:	Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen je Versichertenjahr in 2009 und 2010	134
Tabelle 85:	Diagnosen je Versichertenjahr getrennt nach Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit in 2009 und 2010.....	134
Tabelle 86:	20 Risikoklassen mit dem größten absoluten Anteil an der Veränderungsrate....	135
Tabelle 87:	Kosten- und Relativgewichte der demografischen Veränderungsrate	138
Tabelle 88:	Demografische Veränderungsrate je KV zwischen den Jahren 2009 und 2010..	139
Tabelle 89:	Vergleich der Gütemaße des Modells zur Berechnung der demografischen Kosten- und Relativgewichte mit den Gütemaßen, die sich ergeben, wenn als abhängige Variable die MGV-Abgrenzung gemäß Beschluss des 29. EBA verwendet wird	140
Tabelle 90:	Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden	143
Tabelle 91:	Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“	145
Tabelle 92:	Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 3 unter 3.4.4) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“	147
Tabelle 93:	Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 4 unter 3.4.6) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden	149

Tabelle 94:	Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die die Ausprägung „UUU“ haben oder formal oder klassifikatorisch ungültig sind	151
Tabelle 95:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 1 Jahr“.....	152
Tabelle 96:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“	153
Tabelle 97:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“	155
Tabelle 98:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“	157
Tabelle 99:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“	159
Tabelle 100:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“	161
Tabelle 101:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“	163
Tabelle 102:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“	165
Tabelle 103:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“	167
Tabelle 104:	Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“	169
Tabelle 105:	Alle Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die in die neue „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet werden, mit Kennzeichnung ihrer Gültigkeit für die jeweiligen ICD-Versionen 2006 bis 2008.....	183
Tabelle 106:	Alle Schlüsselnummern der ICD-10-GM (Jahresversionen 2006 bis 2008), die in die neue „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet werden	192
Tabelle 107:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden und identisch sind für die drei Jahresversionen der ICD-10-GM 2006, 2007 und 2008	207
Tabelle 108:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversion 2006 der ICD-10-GM gültig sind....	207
Tabelle 109:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversionen 2007 und 2008 der ICD-10-GM gültig sind	208
Tabelle 110:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversion 2008 der ICD-10-GM gültig sind....	209
Tabelle 111:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 107, Tabelle 108, Tabelle 109 und Tabelle 110	209

Tabelle 112:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ durchgeführt wurden	213
Tabelle 113:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 112	213
Tabelle 114:	Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ durchgeführt wurden	214
Tabelle 115:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 114	215
Tabelle 116:	Änderungen 28 einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien	216
Tabelle 117:	Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 116	217
Tabelle 118:	Alle Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2008er Fassung	218
Tabelle 119:	Alle Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2009er Fassung	220
Tabelle 120:	Alle Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2010er Fassung	223
Tabelle 121:	Einzelbeiträge der Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ zur Veränderungsrate insgesamt (absteigend sortiert nach ihrem absoluten Beitrag)	229

1 Einführung

Die Regelungen des Sozialgesetzbuches V (SGB V) sehen vor, dass bei der Vereinbarung zur Anpassung des Behandlungsbedarfs unter anderem die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu berücksichtigen ist. Hierzu empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern eine demografische und eine diagnosebezogene¹ Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung. Die Gesamtvertragspartner vereinbaren dann die gewichtete Zusammenfassung der beiden Raten (§ 87a Abs. 4 SGB V). Die Bestimmung der Veränderungsrate durch das Institut des Bewertungsausschusses hat auf der Grundlage des geltenden Modells aus dem Beschlussteil B Nr. 2.3 des 15. Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zu erfolgen. Der Bewertungsausschuss kann dieses Modell auf seine weitere Eignung für den Anwendungszweck prüfen und es weiterentwickeln. Darüber hinaus ist die Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsrate zu aktualisieren (§ 87a Abs. 5 SGB V).

Zur Vorbereitung dieser Beschlüsse hat der Bewertungsausschuss in seiner 269. Sitzung den Ausgangspunkt und Vorgaben zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems beschlossen. Teil dieses Beschlusses war ein Auftrag an das Institut des Bewertungsausschusses, über die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems regelmäßig zu berichten. Dieser Berichtspflicht wird mit dem vorgelegten Bericht nachgekommen.

Der Bericht konzentriert sich auf die Weiterentwicklungen gegenüber dem 15. EBA und beschränkt sich auf die Dokumentation zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Bearbeitungen beispielsweise im Kontext von § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V (nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) sind nicht Gegenstand dieses Berichts.

Im vorliegenden Bericht wird zuerst die Aktualisierung der Datengrundlage (Kapitel 3) dokumentiert. Die weiteren Abschnitte dokumentieren die Weiterentwicklung der Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien (Kapitel 4) und die Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate (Kapitel 5) und des Modells zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate (Kapitel 6). Kapitel 3 enthält neben der Beschreibung der Bereinigung der Datengrundlage auch einen Abschnitt zur Entwicklung der Datenqualität der kodierten Diagnosen. Das 4. Kapitel erläutert sowohl die seit dem 15. Erweiterten Bewertungsausschuss vorgenommenen Veränderungen am Klassifikationssystem als auch die Weiterentwicklung der Hierarchisierung. Im Kapitel 5 werden die Veränderungen am Kompressionsalgorithmus sowie weitere Festlegungen für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate dokumentiert und im Kapi-

¹ Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses spricht von „diagnosebezogenen Veränderungsrate“, während im SGB V der Begriff „diagnosenbezogenen Veränderungsrate“ steht. Die hier vorliegende Berichtslegung verwendet die Begrifflichkeit des Bewertungsausschusses.

tel 6 alle Änderungen und Festlegungen für die Berechnung der demografischen Veränderungsraten.

Der Bericht weist dabei vor allem die Weiterentwicklungen gegenüber dem Beschluss des 15. EBA aus. Die Beschlussfassung aus dem 15. EBA wurde in dem „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008“² dokumentiert.

Die Zuordnungsregeln des aktuellen Klassifikationssystems (KM87a_2012) stehen vollständig im Internet³ als Download zur Verfügung.

² https://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung2010.pdf

³ <http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/bklassifikation/bKM87a2012.html>

2 Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 ein Modell zur Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten beschlossen.

Dieses Kapitel dokumentiert die Veränderungen in den Rahmenbedingungen seit Zustandekommen des damaligen Beschlusses.

2.1 Änderungen in der Rechtslage

Seit der Beschlussfassung im September 2009 haben u.a. zwei Gesetze die hier einschlägigen Normen des Sozialgesetzbuch V (SGB V) geändert, das GKV-Finanzierungsgesetz und das GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

Die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vorgenommenen Änderungen an § 87a SGB V definieren das Modell, welches der Beschlussfassung des 15. EBA zugrunde lag, als das geltende Modell für die zukünftige Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten. Das Gesetz gibt darüber hinaus dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit, das Modell auf seine weitere Eignung für den Anwendungszweck zu prüfen und es weiterzuentwickeln.

Durch das GKV-VStG wurde verbindlich festgelegt, die morbiditätsbedingten Veränderungsdaten je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach dem Wohnortprinzip zu errechnen. Durch weitere Festlegungen des GKV-VStG (zu den sogenannten Aufsatz- und Anteilswerten bei der Bestimmung der Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Kasse, Wohnortbereich und Periode) ist klargestellt, dass auf der Ebene der einzelnen Kasse Angaben zu Alter, Geschlecht oder Diagnosen ihrer Versicherten nicht heranzuziehen sind, sondern lediglich für die Versicherten aller Kassen im entsprechenden Wohnortbereich.

Des Weiteren ist verbindlich festgelegt, dass je KV-Bezirk eine demografische und eine diagnosebezogene Veränderungsrate vom Institut des Bewertungsausschusses zu errechnen und vom Bewertungsausschuss mitzuteilen ist.

2.2 Änderungen in sonstigen Rahmenbedingungen

Gemäß § 73b Abs. 4 SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) „haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“ Daher ist es unter anderem auf dieser Rechtsgrundlage seit dem Jahr 2008 zu diversen Abschlüssen von Selektivverträgen gekommen, darunter auch einige Verträge ohne Einbezug einer Kassenärztlichen Vereinigung, d.h. auch ohne Abrechnung bzw. Dokumentation durch die KV.

2.3 Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 269. Sitzung den Ausgangspunkt und Vorgaben für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems beschlossen. Auf Grundlage dieses Beschlusses wurde in der 365. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses das weiterentwickelte Klassifikationssystem (vgl. Kapitel 4) freigegeben.

Durch mehrere Beschlüsse hat der Bewertungsausschuss seine Datengrundlage weiterentwickelt. Für die Beschlussfassungen im Jahr 2009 lag eine sog. Klumpenstichprobe aus vier KV-Bezirken vor, die anschließend durch eine bundesweite Versichertenstichprobe ersetzt wurde. In Kapitel 3 und Anhang 18 wird diese Weiterentwicklung eingehender beschrieben.

Zu Versicherten, die an sogenannten bereinigungsrelevanten Selektivverträgen teilnehmen, werden gemäß Beschlüssen des Bewertungsausschusses ausgewählte Daten an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt. Sichtung und Qualitätsprüfung dieser Daten waren während der Ausarbeitung dieses Berichts noch nicht abgeschlossen, gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung werden sie lediglich mit herangezogen, um unter den Stichprobenversicherten Teilnehmer an bereinigungsrelevanten Selektivverträgen identifizieren zu helfen.

In der 29. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde auch die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2013 beschlossen. Dieser Beschluss wurde in der 30. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses bezüglich des Umgangs mit Selektivvertragsteilnehmern sowie in der Sitzung des 283. BA bezüglich des Umgangs mit Versicherten mit Lieferlücken und atypischer Inanspruchnahme ergänzt.

Mit Beschluss der 288. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde den Gesamtvertragspartnern eine neue Abgrenzung der MGV-Leistungen empfohlen. Entsprechend wurde in gleicher Sitzung eine aktualisierte Abgrenzung des für die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte zu berücksichtigenden Leistungsbedarfs beschlossen.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden vom Institut des Bewertungsausschusses im Internet unter <https://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/beschluesse.html> veröffentlicht.

Eine Lesefassung der Anlage des Beschlusses des 29. EBA, inklusive ihrer Änderungen durch den 30. EBA, den 283. BA und den 288. BA ist hier als Anhang 18 beige-fügt.

3 Aktualisierung der Datengrundlage

Ziel dieses Abschnittes ist es, darzulegen, welche Aktualisierungen der Datengrundlage seit dem Beschluss des 15. EBA vorgenommen worden sind und zu welchen weiteren Veränderungen dies geführt hat. Darüber hinaus wird unter Abschnitt 3.4 dokumentiert, wie sich die Datenqualität der kodierten Diagnosen entwickelt hat.

3.1 Geburtstagsstichprobe

Die Berechnungen im Rahmen des 15. EBA wurden vor allem auf der sogenannten 4-KVen-Stichprobe durchgeführt. Diese Stichprobe basierte auf einer Vollerhebung der Versicherten mit Wohnort in den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Niedersachsen, Nordrhein, Bremen und Thüringen. Sie umfasste die Jahre 2006 bis 2008. Die Stichprobe enthielt insgesamt ca. 17,5 Mio. Versicherte, wobei die Bearbeitung auf einem Ausschnitt von ca. sechs Mio. Versicherten vorgenommen wurde.

Die nun vorliegenden Berechnungen wurden auf der sogenannten Geburtstagsstichprobe durchgeführt. Für diese Stichprobe werden bundesweit Daten von Versicherten, die jeweils an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben, erhoben. Für die Jahre 2007 bis 2009 wurden vier Kalendertage festgelegt und für das Jahr 2010 sechs. Die Stichprobe umfasst damit für die Jahre 2007 bis 2009 jeweils ungefähr 10 Mio. Versicherte und für das Jahr 2010 15 Mio. Versicherte. Die beschriebenen Bearbeitungen wurden grundsätzlich auf allen Versicherten durchgeführt. Wie auch schon die 4-KVen-Stichprobe, basiert die Geburtstagsstichprobe auf Stammdaten der Versicherten (geliefert durch die Kassenseite) und ärztlichen Abrechnungsdaten (geliefert durch die Ärzteseite). Diese Daten werden mithilfe einer pseudonymisierten Personenkennung (Datengeberübergreifendes Pseudonym der seinerzeitigen Versichertennummer) zusammengeführt und unter dem Pseudonym der lebenslangen Versichertennummer (die sogenannte „PersonenID“) weitergeführt. Durch dieses Verfahren entsteht für jeden Versicherten ein Datensatz, der Angaben sowohl über z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort und Zahl der Versicherungstage als auch über die kodierten Diagnosen und die abgerechneten Leistungen enthält.

Eine ausführliche Beschreibung der Geburtstagsstichprobe findet sich im Abschnitt 6 des Dokuments „Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner“ (Anhang 18).

Eine Schwachstelle der 4-KVen-Stichprobe war, dass die Identifikation eines Versicherten über seine „PersonenID“ aus verschiedenen Gründen im Zeitverlauf unterbrochen werden konnte (z. B. Wechsel der Krankenkasse, Fusionen von Krankenkassen oder Umzug). Bei der Erhebung der Geburtstagsstichprobe wurde nun die Nutzung der lebenslangen Versichertennummer ermöglicht. Dadurch ist es

möglich die Angaben von Versicherten, auch wenn sie z. B. vor und nach einem Krankenkassenwechsel durch unterschiedliche Krankenkassen geliefert werden, auf einer PersonenID zusammenzuführen.

Ein weiteres Defizit der 4-KVen-Stichprobe lag darin, dass sogenannte Fremdfälle nur unvollständig abgebildet waren. Geht ein Versicherter außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung, in der er wohnt, zum Arzt, so entsteht ein sogenannter Fremdfall. In der 4-KVen-Stichprobe waren nun nur die Fremdfälle enthalten, die innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Stichprobe umfasste, anfielen. Fremdfälle aus anderen Kassenärztlichen Vereinigungen waren nicht enthalten. In der Geburtstagsstichprobe sind nun alle Fremdfälle enthalten.

Im Rahmen der 4-KVen-Stichprobe gab es einige Krankenkassen, die für ihre Versicherten mit Wohnort innerhalb des Bezirks einer der vier Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarungsgemäß keine Daten liefern mussten. Dieses betraf unter anderem alle AOKn mit Sitz außerhalb der in der 4-KVen-Stichprobe enthaltenen Kassenärztlichen Vereinigungen. In der Geburtstagsstichprobe sind diese Versicherten nun enthalten.

In die Geburtstagsstichprobe neu aufgenommen wurde ein Kennzeichen, ob ein Versicherter an einem Selektivvertrag gemäß §§ 73b, 73c oder 140ff teilnimmt und wenn ja, wie der Abrechnungsweg dieses Vertrags ist.

In Tabelle 1 wird ein Überblick über die oben beschriebenen Unterschiede zwischen der 4-KVen-Stichprobe und der Geburtstagsstichprobe gegeben.

Merkmal	Vier-KVen-Stichprobe	Geburtstagsstichprobe
Regionale Abgrenzung	Bremen, Niedersachsen, Nordrhein und Thüringen	Bundesweit
Umfang	Vollerhebung	Stichprobe
Personenkennung (Pseudonym)	Kann im Zeitverlauf wechseln	Im Zeitverlauf konstant
Fremdfälle	Nur zum Teil enthalten	Vollständig enthalten
Teilnahme an Selektivverträge	Keine Kennzeichnung	Kennzeichnung vorhanden
Abgrenzung der Krankenkassen	Einige Krankenkassen nicht zur Lieferung verpflichtet	Alle Krankenkassen zur Lieferung verpflichtet

Tabelle 1: Überblick über die Veränderungen zwischen der 4-KVen-Stichprobe und der Geburtstagsstichprobe

3.2 Anpassungen an der Geburtstagsstichprobe

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Datengrundlage werden Versicherte mit Auffälligkeiten in der Qualität der ihnen zugeordneten Daten markiert. Diese Versicherten werden für die folgenden Berechnungen nicht weiter berücksichtigt. Eine ausführliche Beschreibung der Qualitätssicherung findet sich im Abschnitt 6 des Dokuments „Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner“ (Anhang 18).

Neben der Qualitätssicherung werden der Datengrundlage auf Grundlage der gelieferten Daten noch weitere Merkmale hinzugefügt. In diesem Abschnitt soll die Definition dieser Merkmale beschrieben werden, im Kapitel 5 wird die Verwendung erläutert.

3.2.1 Versicherte mit Lieferlücken und atypischer Inanspruchnahme

Erst nach Abschluss der allgemeinen Qualitätssicherung fiel auf, dass bei einigen Krankenkassen, die für Teilbestände ihrer Versicherten für das Jahr 2009 keine Stammdaten geliefert hatten, diese Teilbestände im Folgejahr 2010 eine atypische Inanspruchnahme haben und damit auch eine atypische Morbidität unterstellt werden kann. Diese Versicherten wurden markiert und aus der Berechnung der Veränderungsrate ausgeschlossen. Für die Markierung identifiziert wurden sie über ihren angeblichen „Zugang“ in die Kasse (d.h. im Jahr 2010 versichert, im Jahr 2009 noch nicht). Da bei der Markierung nicht zwischen „echten“ Zugängen in die gesetzliche Krankenkasse im Jahr 2010 und fälschlichen „Pseudo-Zugängen“ aufgrund nicht gelieferter Versichertendaten im Jahr 2009 unterschieden werden kann, wurden bei dem gewählten Verfahren zu viele Versicherte, d.h. auch echte Zugänge, markiert. Um mögliche Verzerrungen zu vermeiden, wurden bei den betroffenen Kassen daher auch die Zugänge in die gesetzliche Krankenkasse im Jahr 2009 markiert.

Dieses Ausschlusskriterium führt auch dazu, dass Stichprobenversicherte, die zur Vergrößerung des Stichprobenumfangs ab dem Erhebungsjahr 2010 zusätzlich gezogen wurden⁴, ebenfalls markiert wurden.

3.2.2 Definition eines Selektivvertragsteilnehmers

In den gelieferten Daten der Geburtstagsstichprobe wird für einen Versicherten durch seine Krankenkasse quartalsweise angegeben, ob er an einem Selektivvertrag teilgenommen hat oder nicht. Bei Teilnahme an einem Selektivvertrag wird darüber hinaus angegeben, wie der Abrechnungsweg des Selektivvertrags war: über die Kassenärztliche Vereinigung, außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung

⁴ Zur Vergrößerung der Stichprobe ist ausführlicher ausgeführt in Abschnitt 1.4 der Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner, hier als Anhang 18.

oder unbekannt. Für die folgenden Bearbeitungen wird ein Versicherter als Selektivvertragsteilnehmer gekennzeichnet, wenn:

- er in den Jahren 2008 bis 2010 irgendwann durch seine Krankenkasse als Selektivvertragsteilnehmer mit Abrechnungsweg außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung gekennzeichnet wurde oder
- er in den Jahren 2008 bis 2010 irgendwann durch seine Krankenkasse als Selektivvertragsteilnehmer mit unbekanntem Abrechnungsweg gekennzeichnet wurde und er zeitgleich in Bayern oder Baden-Württemberg (den damaligen regionalen Schwerpunkten von hausarztzentrierten Selektivverträgen) gewohnt hatte oder
- die Krankenkasse für diesen Versicherten einen Datensatz in den Datenlieferungen aus Selektivvertragsdaten⁵ geliefert hat oder
- er im dritten oder vierten Quartal 2010 durch seine Krankenkasse als Selektivvertragsteilnehmer mit Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung gekennzeichnet wurde, er gleichzeitig in Bayern wohnte, die Gruppe der so durch die Krankenkasse gekennzeichneten Versicherten im vierten Quartal 2010 mindestens 100 Personen umfasste und der Leistungsbedarf der Versicherten dieser Gruppe aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich im dritten oder vierten Quartal weniger als die Hälfte des Leistungsbedarfs aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich betrug; das gleiche Vorgehen wird für Versicherte gewählt, deren Wohnort in Baden-Württemberg war.

Bei der Beschlussfassung des 15. EBA wurden Daten aus den Jahren 2006 bis 2008 verwendet. Da in diesem Zeitraum für die Einzugsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der 4-KVen-Stichprobe keine bereinigungsrelevanten Selektivverträge bekannt waren, wurde dieses Thema nicht behandelt.

3.2.3 Zuordnung zum Wohnortbereich

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt jahresspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen:

1. Die Zuordnung erfolgt jeweils aufgrund der Postleitzahl im letzten Quartal, in dem eine Person in einem Jahr vorkommt.
2. Kann die Person in dem letzten Quartal mehreren Regionen zugeordnet werden und ist bei der Person im Vorquartal nur eine der Regionen genannt, so wird die Person der nicht schon zuvor genannten Region zugeordnet.

⁵ Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung liefern die Krankenkassen Angaben über bereinigungsrelevante Selektivverträge. Für die hier beschriebene Auswahl, werden die Personen-IDs der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten aus der sog. Satzart 004 verwendet.

3. In den Fällen, in denen durch 1. und 2. keine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, erfolgt eine zufällige Zuordnung zu einer der Kassenärztlichen Vereinigungen aus 2.

Für den 15. EBA wurden keine regionsspezifischen Veränderungsdaten berechnet. Daher erfolgte in der damaligen Datengrundlage keine Definition des Wohnortes.

3.2.4 Zuordnung von Versicherten mit unbekannter Postleitzahl und Wohnausländern

Personen, denen keine oder eine unbekannt Postleitzahl zugeordnet ist, und Personen 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: 13.02.2012) verwendet.

Für den 15. EBA wurden keine regionsspezifischen Veränderungsdaten berechnet. Daher erfolgte in der damaligen Datengrundlage keine Definition des Wohnortbereichs.

3.2.5 Definition Versichertenquartal

Ein Quartal wird als Versichertenquartal gezählt, sobald eine Person in einem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

In der Datengrundlage zur Beschlussfassung des 15. EBA wurde dieses Kennzeichen nicht definiert.

3.2.6 Kappung der Versichertentage

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

In den Berechnungen für den 15. EBA wurde eine solche Kappung nicht vorgenommen. Versicherte, die weniger als null oder mehr als 365 bzw. 366 Tage in einem Jahr versichert waren, wurden seinerzeit aus den Berechnungen ausgeschlossen.

3.2.7 Definition versichertenzeitvollständig

Ein Versicherter wird in einem Jahr als versichertenzeitvollständig markiert, wenn er in dem Jahr in jedem Quartal mindestens 45 Tage versichert war. Von dieser Bedingung ausgenommen sind das Quartal der Geburt einer Person und ggf. die Vorquartale der Geburt im Kalenderjahr sowie das Quartal des Todes einer Person sowie ggf. die Folgequartale im Kalenderjahr des Todes.

In der Datengrundlage zur Beschlussfassung des 15. EBA wurde dieses Kennzeichen nicht definiert.

3.2.8 Kennzeichnung von Fällen aus Auftragsgeschäften

Fälle aus Auftragsgeschäften der Kassenärztlichen Vereinigungen werden in der Datengrundlage gekennzeichnet. Bei diesen Fällen handelt es sich um Leistungen, die zwar über die Kassenärztlichen Vereinigungen als Dienstleister abgerechnet werden, allerdings keine vertragsärztlichen Leistungen darstellen. Die Kennzeichnung betrifft dabei sowohl den Leistungsbedarf als auch die kodierten Diagnosen. Die so gekennzeichneten Fälle (Leistungsbedarf und Diagnosen) wurden aus allen Berechnungen ausgeschlossen.

In der Datengrundlage zur Beschlussfassung des 15. EBA wurde dieses Kennzeichen nicht definiert.

3.2.9 Kennzeichnung von Fällen ohne Leistungsbedarf

Gelegentlich auftretende vertragsärztliche Abrechnungsfälle, bei denen die Leistungsbedarfssumme nicht positiv war, wurden ebenfalls in der Datengrundlage gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung betrifft somit insbesondere die kodierten Diagnosen.

In der Datengrundlage zur Beschlussfassung des 15. EBA wurde dieses Kennzeichen nicht definiert.

3.2.10 Zuordnung von Leistungen zur MGV

Die abgerechneten Leistungen einer Person werden auf Grundlage der Bundesempfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Jahr 2012 als MGV-Leistungen gekennzeichnet. Die Kennzeichnung ist damit bundeseinheitlich und basiert dabei auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung. Eine Darstellung der Zuordnung sogenannter Leistungssegmente zur MGV erfolgt unter 3.1.3.7 der Anlage des Beschlusses des 29. EBA. (siehe Anhang 18).

Die einzige Änderung in der Abgrenzung der MGV-Leistungen gegenüber dem Juni 2012 (29. EBA) erfolgte durch Beschlüsse des 288. Bewertungsausschusses am 22. Oktober 2012 und bestand in der Empfehlung an die Gesamtvertragspartner, antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) und die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) von in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen extrabudgetär zu vergüten. In der Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsrate wurden vereinbarungsgemäß die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen aus der MGV ausgeschlossen. Auf diese Änderung wird an einigen Stellen dieses Berichts gesondert hingewiesen.

Die Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsrate für den 15. EBA sah eine Kennzeichnung der Leistungen als MGV-Leistungen vor, wie sie für das Jahr 2009 beschlossen war. Darüber hinaus wurden für die Veränderungsrate die Dia-

lysesachkosten nicht als MGV gekennzeichnet, da der BA den Gesamtvertragspartnern empfohlen hatte, sie ab dem Jahr 2010 extrabudgetär zu vergüten.

3.2.11 Anpassungen des Leistungsbedarfs an Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Über die neu gefasste Abgrenzung der MGV hinaus erfolgte keine Anpassung des abgerechneten Leistungsbedarfs an die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses. Der für die Berechnung der Kostengewichte verwendete Leistungsbedarf aus den Abrechnungen des Jahres 2010 wurde nicht verändert.

In der Datengrundlage für die Beschlussfassung des 15. EBA wurden diverse Anpassungen vorgenommen, da sich die Ergebnisse auf vom Bewertungsausschuss beschlossene neue Bewertungen in einigen Bereichen des EBM beziehen sollten. Diese Anpassungen sind in Abschnitt 4.1 des Berichts des Instituts des Bewertungsausschusses zu Vollständigkeits- und Repräsentativitätsprüfungen gemäß Beschluss des 184. BA vom 20. Mai 2009 und den Ermittlungen der Strukturveränderungen der Morbidität zwischen den Jahren 2006 und 2008⁶ beschrieben.

3.2.12 Einfügen von demografischen Hochrechnungsfaktoren

Wie oben beschrieben, werden im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses Versicherte ausgeschlossen, wenn die Datenlieferung Auffälligkeiten aufweist. Des Weiteren werden – wie schon gesagt – in den Berechnungen zum Teil noch weitere Versicherte ausgeschlossen, zum Beispiel, weil sie an einem Selektivvertrag teilnehmen. Durch diese Ausschlüsse kann es passieren, dass die Alters- und Geschlechtsstruktur der nun verwendeten Stichprobe nicht mehr der Alters- und Geschlechtsstruktur der zugrunde liegenden Grundgesamtheit (gesetzlich Krankenversicherte im Wohnortbereich einer KV) entspricht. Da in den hier berichteten Arbeiten das Hauptaugenmerk auf der Berechnung von Veränderungen in der Struktur der Bevölkerung liegt, können Strukturveränderungen in der verwendeten Datengrundlage, die ausschließlich auf Problemen in der Datengrundlage basieren, zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Werden z. B. in einer Region in einem Jahr alle jungen Versicherten ausgeschlossen und in dem folgenden Jahr nicht, wird sich in den Berechnungen eine deutliche Verjüngung der Versichertenstruktur zeigen, obwohl dieses nicht der tatsächlichen Entwicklung der Bevölkerung der Region entspricht. Um solche möglichen Verzerrungen auszugleichen, werden den Daten demografische Hochrechnungsfaktoren hinzugefügt.

Die demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) gewichten die Versicherten einer Alters- und Geschlechtsgruppe mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund der Zahl der Versicherten, die nach einer externen Statistik dort leben, im Verhältnis zu der Zahl an Versicherten, die die verwendete Stichprobe

⁶ http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/publikationen/Bericht_SchaetzungMorbiditaetsveraenderung2010.pdf

umfasst. Abbildung 1 zeigt die Formel zur Berechnung der demografischen Hochrechnungsfaktoren. Als externe Referenzstatistik werden die KM6-Statistik (siehe Abschnitt 3.3) und die sogenannte ANZVER87c4-Statistik⁷ verwendet. Die Zahl der Versicherten einer Alters- und Geschlechtsgruppe die in einer Kassenärztlichen Vereinigung leben ($N_{AG,KV,Jahr}$ in Abbildung 1) wird mit Hilfe der KM6-Statistik ermittelt. Die dort berichtete Zahl wird dann aufgrund des Verhältnisses der Zahl der Versicherten in der Kassenärztlichen Vereinigung in der ANZVER87c4-Statistik zur Summe der Versicherten in der Kassenärztlichen Vereinigung in der KM6-Statistik adjustiert. Die Zahl der Versicherten je Alters- und Geschlechtsgruppe (Abgrenzung der Alters- und Geschlechtsgruppen erfolgt wie in der KM6-Statistik) mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung ($n_{AG,KV,Jahr}$ in Abbildung 1) wird berechnet durch eine Auszählung der Versichertenquartale in der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe dividiert durch vier (eine Person die ein Jahr vollständig versichert ist, hat vier Versichertenquartale). Als Versichertenquartal wird dabei jedes Quartal gezählt, in dem ein Versicherter mindestens einen Tag versichert war, Datenbasis sind die verwendbaren Stichprobenversicherten.

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

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

$$n_{AG,KV,Jahr} = \frac{1}{4} \sum_{IDNO \in \{AG,KV,Jahr\}} ANZAHL_VERS_QUARTALE_{IDNO}$$

Abbildung 1: Formel zur Berechnung der demografischen Hochrechnungsfaktoren

Die Verwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren kann Verzerrungen bei der Berechnung der Veränderungsraten ausgleichen, wenn die Versicherten, die ausgeschlossen werden, der durchschnittlichen Morbidität ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe entsprechen. Wenn die ausgeschlossenen Versicherten innerhalb ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe eine über- oder unterdurchschnittliche Morbidität haben, so gleichen die demografischen Hochrechnungsfaktoren dieses nur zum Teil aus.

Bei den Berechnungen für den 15. EBA wurde u. a. die Alters- und Geschlechtsstruktur der Datengrundlage mit externen Quellen verglichen. Ein Anpassungsfaktor wurde nicht verwendet.

⁷ Die ANZVER87c4-Statistik berichtet je Kasse und Kassenärztlicher Vereinigung quartalsweise die Zahl der Versicherten. Sie wird dem Institut des Bewertungsausschusses durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

3.3 KM6-Statistik

Grundlage für die Berechnungen der demografisch bedingten Veränderungsrate ist die amtliche KM6-Statistik, wie sie dem Institut des Bewertungsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt wurde. Die KM6-Statistik ist eine Stichtagsstatistik, welche, jeweils für den 1. Juli eines Jahres, für 16 Altersgruppen getrennt nach Geschlecht die Zahl der gesetzlich Versicherten aufführt. Die Statistik steht dem Institut auf Ebene der Einzelkasse je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung. Personen 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: 13.02.2012) verwendet.

Die Datengrundlage entspricht dem Vorgehen für die Beschlussfassung des 15. EBA. Eine KV-spezifische Zuordnung von Wohnausländern erfolgte damals nicht, da der Beschluss keine regionsspezifischen Veränderungsrate vorsah.

3.4 Analyse der kodierten Diagnosen in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

3.4.1 Einleitung

In der vom Bewertungsausschuss erhobenen Versichertenstichprobe (Geburtsstichprobe) werden Versichertenstammdaten und vertragsärztliche Abrechnungsdaten versichertenbezogen zusammengeführt. Bestandteil der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten sind dabei die in jedem Behandlungsfall dokumentierten Behandlungsdiagnosen.

Die kodierten Diagnosen wurden geprüft im Hinblick auf die formale Zulässigkeit gemäß der ICD-10-GM sowie auf Konformität mit den vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Metadaten⁸ zur ICD-10-GM, die Angaben zum Geschlechts- und Altersbezug von einzelnen Schlüsselnummern enthalten. Die ICD-10-Metadaten werden im Regelfall über die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen ausgeliefert und ermöglichen bereits bei der Eingabe in der Praxis eine primäre Plausibilitätsprüfung.

Wichtige Prüfungen zu Diagnosen (insbesondere auf formale Gültigkeit, aber auch in Bezug auf die Alters- und Geschlechtsangabe eines Versicherten) erfolgen darüber hinaus bei der Klassifikation der Diagnosen automatisch durch die DV-technische Umsetzung des Klassifikationssystems (Grouper-Software zu KM87a_2012 – vgl. dazu Kapitel 4, Abschnitt 4.1). Dadurch wird verhindert, dass formal falsche

⁸ Die Metadaten zur ICD-10-GM werden vom DIMDI in einer maschinenlesbaren Fassung zum Download zur Verfügung gestellt. Sie enthalten zu jeder Schlüsselnummer zusätzliche Informationen, die bestimmte Plausibilitätsprüfungen und statistische Gruppierungen ermöglichen. Die Metadaten sind die offizielle ICD-10-GM-Referenztafel.

oder ungültige Diagnoseangaben bei der Anwendung des Klassifikationsmodells und damit bei der Berechnung der Veränderungsdaten berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wurden weitere deskriptive Analysen zur Häufigkeit der Verwendung der Zusatzkennzeichen und zur endständigen Kodierung durchgeführt. Die Analysen umfassen nicht die Reliabilität und medizinische Plausibilität der Kodierung, da diese Fragestellungen sowohl methodisch aufwändiger sind als auch üblicherweise eher durch Primärerhebungen in den Praxen oder Abgleich mit anderen Datenquellen untersucht werden.

3.4.2 Allgemeines

3.4.2.1 Diagnosen-Datensätze

Die Geburtstagsstichprobe und die aus ihr erstellte Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten werden ausführlich in den Abschnitten 3.1 und 3.2 dieses Berichts und im Anhang 18 beschrieben. Ein Bestandteil dieser Datengrundlage sind die im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 295 SGB V übermittelten Diagnosen-Datensätze, bestehend aus der nach der jeweils gültigen Version der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification) kodierten Diagnosen plus der verpflichtend anzugebenden Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit.

Für die Analysen in diesem Berichtsabschnitt werden die Diagnosen-Datensätze der Datengrundlage mit folgenden Abgrenzungen (Dateneinschlüssen und Datenausschlüssen), wie in Abschnitt 3.1 dieses Berichts beschrieben, heran gezogen:

- Es werden die Diagnosendatensätze sämtlicher Fälle – gematchter und ungematchter – herangezogen, außer von
 - Fällen aus Auftragsgeschäften der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Abschnitt 3.2.8) sowie
 - Fällen ohne Leistungsbedarf (vgl. Abschnitt 3.2.9).
- Darüber hinaus beziehen sich die Analysen auf die Diagnosen der Stichprobenversicherten zu den ersten Auswahlgeburtstagen (vgl. Abschnitt 3.2.1)⁹.

Die Ergebnisse der Abschnitte 3.4.3 bis 3.4.10 beruhen auf dieser Abgrenzung.

Die kontextsensitiven Auswertungen nach Alter oder Geschlecht der Patienten (Abschnitte 3.4.12 und 3.4.13) beruhen auf einer engeren Abgrenzung einbezogener Diagnosendatensätze, dies wird vorab erläutert in Abschnitt 3.4.11.

⁹ Zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten wurden auch nur die Versicherten der ersten Auswahlgeburtstage und ihre Diagnosen genutzt und insbesondere bei Kennzahlen, die als Absolutwerte angegeben sind, unterstützt die Beschränkung auf den ursprünglichen Stichprobenumfang die Übersichtlichkeit der Darstellungen.

3.4.2.2 Darstellung der vertragsärztlichen Versorgungsbereiche

Die Ergebnisse der Analysen werden unter anderem differenziert nach den verschiedenen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen dargestellt. Diese sind:

Hausärzte: hausärztlicher Versorgungsbereich (hausärztliche Praxen)

Fachärzte: fachärztlicher Versorgungsbereich (fachärztliche Praxen)

Sonstige: sonstige vertragsärztliche Versorgung als Summe aus bereichsübergreifender vertragsärztlicher Versorgung (bereichsübergreifende Praxen) und vertragsärztlicher Versorgung durch ermächtigte Ärzte (Praxen ermächtigter Ärzte)

Mit der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bedingten Umstellung von Abrechnungsnummern auf Betriebsstättennummern und darüber hinaus mit der zeitgleichen Umsetzung der Laborreform hat sich im Jahr 2008 teilweise auch die Kennzeichnung der Praxen in der Zuordnung zu den Versorgungsbereichen geändert, so dass es gegenüber dem Jahr 2007 zu Änderungen in der ausgewiesenen Anzahl der Praxen nach Versorgungsbereichen kommt.

3.4.3 Häufigkeiten von kodierten Diagnosen vor Prüfung und Bearbeitung durch das Institut des Bewertungsausschusses

In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Häufigkeiten aller kodierten Diagnosen für die Jahre 2007 bis 2010 dargestellt. Neben den Gesamtzahlen beinhaltet sie eine Differenzierung sowohl nach Quartalen als auch nach Versorgungsbereichen.

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	I	32.656.292	30.911.117	1.507.745	65.075.154
	II	31.378.949	30.083.901	1.335.768	62.798.618
	III	31.117.541	29.789.972	1.372.777	62.280.290
	IV	33.491.787	31.475.986	1.536.334	66.504.107
	Alle	128.644.569	122.260.976	5.752.624	256.658.169
2008	I	37.995.478	27.862.231	1.224.835	67.082.544
	II	37.455.405	28.850.388	1.270.133	67.575.926
	III	36.817.917	27.240.487	1.180.843	65.239.247
	IV	39.139.604	30.556.474	1.293.602	70.989.680
	Alle	151.408.404	114.509.580	4.969.413	270.887.397
2009	I	39.697.036	32.410.962	1.278.768	73.386.766
	II	36.037.262	31.485.629	1.255.525	68.778.416
	III	36.248.577	31.043.931	1.236.013	68.528.521
	IV	39.298.268	32.172.854	1.264.681	72.735.803
	Alle	151.281.143	127.113.376	5.034.987	283.429.506

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	37.859.891	32.997.202	1.339.572	72.196.665
	II	37.327.287	32.958.862	1.358.238	71.644.387
	III	36.884.486	31.599.460	1.339.998	69.823.944
	IV	38.360.037	32.156.434	1.407.107	71.923.578
	Alle	150.431.701	129.711.958	5.444.915	285.588.574

Tabelle 2: Häufigkeiten der ungeprüften und nicht bearbeiteten Diagnoseeinträge

3.4.4 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit

Die Analyse der formalen Gültigkeit der vorliegenden Diagnosekodes erfolgte in mehreren Arbeitsschritten.

Zunächst erfolgte – analog der Bearbeitung der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate – eine Bereinigung der in Abschnitt 3.4.3 dargestellten, ungeprüften und nicht bearbeiteten Diagnosekodes um diejenigen Codes, welche

- ungültige Zeichen enthalten (fehlender Buchstabe, fehlende Zahl, Umlaute, „ß“) oder
- ein ungültiges Format aufweisen.

Im Folgenden werden die nicht distinkten Häufigkeiten der in der Datengrundlage verbliebenen kodierten Diagnosen für die Jahre 2007 bis 2010 dargestellt. Die Darstellung beinhaltet neben den Gesamtzahlen eine Differenzierung sowohl nach Quartalen als auch nach Versorgungsbereichen.

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	I	32.656.292	30.911.117	1.507.745	65.075.154
	II	31.378.949	30.083.901	1.335.768	62.798.618
	III	31.117.539	29.789.971	1.372.777	62.280.287
	IV	33.491.787	31.475.986	1.536.334	66.504.107
	Alle	128.644.567	122.260.975	5.752.624	256.658.166
2008	I	37.995.478	27.862.231	1.224.835	67.082.544
	II	37.455.393	28.850.375	1.270.133	67.575.901
	III	36.817.866	27.240.242	1.180.827	65.238.935
	IV	39.139.571	30.556.307	1.293.598	70.989.476
	Alle	151.408.308	114.509.155	4.969.393	270.886.856
2009	I	39.697.011	32.410.819	1.278.768	73.386.598
	II	36.037.229	31.485.584	1.255.525	68.778.338
	III	36.248.548	31.043.704	1.236.013	68.528.265
	IV	39.298.168	32.172.805	1.264.679	72.735.652
	Alle	151.280.956	127.112.912	5.034.985	283.428.853

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	37.859.866	32.996.788	1.339.549	72.196.203
	II	37.327.270	32.958.794	1.358.223	71.644.287
	III	36.884.480	31.599.447	1.339.998	69.823.925
	IV	38.360.036	32.156.430	1.407.107	71.923.573
	Alle	150.431.652	129.711.459	5.444.877	285.587.988

Tabelle 3: Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind

Die Auswertungen zeigen, dass aufgrund der genannten Kriterien lediglich ein geringer Anteil der Diagnoseeinträge (1.683 von 1.096.563.646) aus der Datengrundlage zu entfernen waren. Bei 19 Zuordnungen Quartal/Versorgungsbereich (Tabellefelder) war keine Korrektur erforderlich. Die meisten Diagnoseeinträge (absolut 414) wurden im ersten Quartal 2010 und bei den Fachärzten entfernt. Dabei handelt es sich allerdings lediglich um 0,0013% der ungeprüften und nicht bearbeiteten Diagnoseeinträge. Der höchste relative Anteil entfernter Diagnoseeinträge (0,0017%) wurde im ersten Quartal 2010 und im Bereich der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung gemessen. Absolut sind dies jedoch nur 23 entfernte Diagnoseeinträge.

Die detaillierte Darstellung aller absoluten und relativen Häufigkeiten der aus der Datengrundlage 2007 bis 2010 entfernten Diagnoseeinträge im Vergleich zu den im Abschnitt 3.4.3 dargestellten Häufigkeiten der ungeprüften und nicht bearbeiteten Diagnoseeinträge, gesamt sowie differenziert nach Versorgungsbereichen und Quartalen, befindet sich im Anhang 2.

3.4.5 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“

In einem weiteren Arbeitsschritt erfolgte die Herausnahme der Diagnoseeinträge mit dem „Ersatzcode UUU“. „Der "Ersatzcode" UUU ist kein amtlicher Bestandteil der vom DIMDI veröffentlichten ICD-10-GM, sondern von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absprache mit dem DIMDI im Sinne eines "Ersatzwertes" festgelegt worden. Im Rahmen von Auftragsleistungen besteht z.B. für Radiologen, Zytologen, Histologen, Pathologen, Nuklearmediziner und Labormediziner die Möglichkeit, mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Befreiung von der Kodierpflicht zu vereinbaren. Ist dies der Fall, ist die Angabe eines ICD-10-Kodes entbehrlich. Statt dessen erfolgt die Kodierung über den "Ersatzcode" UUU.“¹⁰ Im Klassifikationsmodell KM87a_2012 wird der "Ersatzcode" UUU nicht in eine Risikokategorie übergeleitet.

Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ befinden sich in der Datengrundlage in allen Quartalen und bei allen Versorgungsbereichen. Im Vergleich zu den in Tabelle 3 im Abschnitt 3.4.4 dargestellten Häufigkeiten der Diagnoseeinträge nach

¹⁰ Quelle: „Wesentliche Regeln der ICD-10: ICD-10-GM – Befreiung von der Kodierpflicht“ (<http://www.kbv.de/kodieren/40747.html>, Download am 26.10.2012)

erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit liegt der Anteil der „UUU“-Ausprägungen bei den Hausärzten zwischen 0,09% und 0,12%, bei den Fachärzten zwischen 6% und 13%, im Bereich der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung zwischen 10% und 18%.

Im zeitlichen Verlauf vom ersten Quartal 2007 bis zum vierten Quartal 2010 sind diese Prozentwerte in der folgenden Abbildung dargestellt.

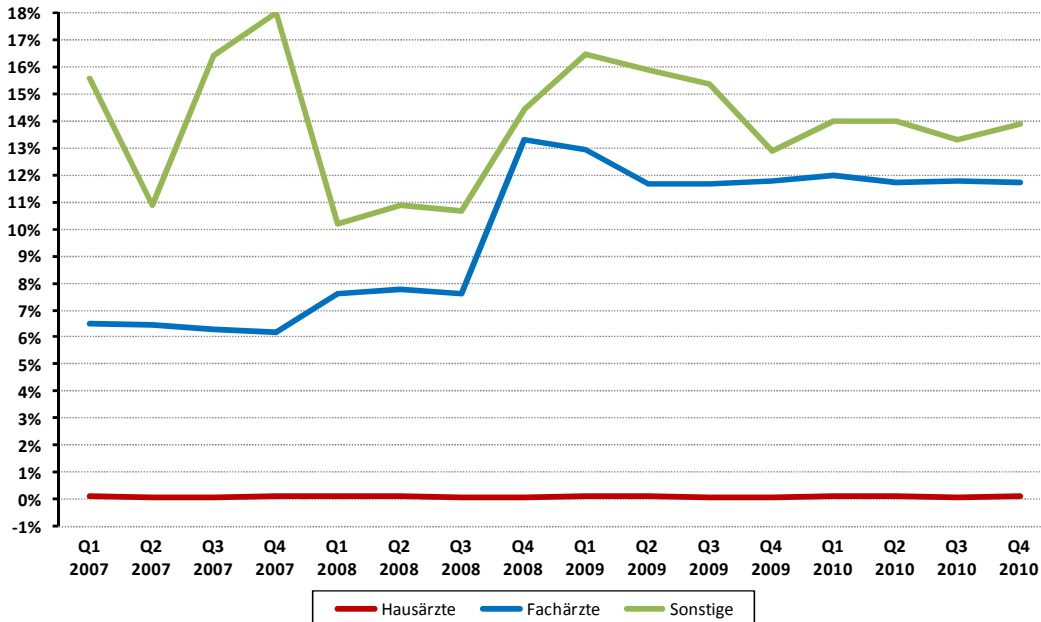


Abbildung 2: Anteile der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ an allen Diagnoseeinträgen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit (Tabelle 3) im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

Bis auf einen Anstieg zwischen dem dritten und dem vierten Quartal 2008, der vermutlich durch die sogenannte Laborreform verursacht wurde, zeigt sich der Anteil der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ an allen Diagnoseeinträgen in der im Abschnitt 3.4.4 beschriebenen Abgrenzung im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 relativ konstant.

Detaillierte Darstellungen aller absoluten und relativen Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ befinden sich im Anhang 3.

3.4.6 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit ohne die Einträge mit der Ausprägung „UUU“

Als Basis für die weiteren Analysen der Diagnoseeinträge in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten wurden aus der Tabelle 3 (siehe Abschnitt 3.4.4) alle Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ entfernt. Das Ergebnis ist für die Jahre 2007 bis 2010 wieder gesamt sowie differenziert nach Versorgungsbereichen und nach Quartalen dargestellt.

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	I	32.616.117	28.903.991	1.273.366	62.793.474
	II	31.351.817	28.144.056	1.190.692	60.686.565
	III	31.088.845	27.911.371	1.147.674	60.147.890
	IV	33.459.026	29.534.291	1.259.959	64.253.276
	Alle	128.515.805	114.493.709	4.871.691	247.881.205
2008	I	37.958.236	25.741.437	1.099.778	64.799.451
	II	37.419.563	26.612.400	1.131.961	65.163.924
	III	36.783.065	25.174.208	1.055.057	63.012.330
	IV	39.103.128	26.495.982	1.107.095	66.706.205
	Alle	151.263.992	104.024.027	4.393.891	259.681.910
2009	I	39.657.428	28.227.985	1.068.513	68.953.926
	II	36.000.774	27.818.623	1.056.261	64.875.658
	III	36.216.532	27.419.387	1.045.973	64.681.892
	IV	39.264.103	28.377.956	1.101.533	68.743.592
	Alle	151.138.837	111.843.951	4.272.280	267.255.068
2010	I	37.823.235	29.041.300	1.152.490	68.017.025
	II	37.290.739	29.100.103	1.168.185	67.559.027
	III	36.849.513	27.881.895	1.161.784	65.893.192
	IV	38.323.332	28.384.260	1.211.997	67.919.589
	Alle	150.286.819	114.407.558	4.694.456	269.388.833

Tabelle 4: Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind, ohne die Einträge mit der Ausprägung „UUU“

3.4.7 Häufigkeiten der kodierten Diagnosen nach Prüfung auf Gültigkeit gemäß ICD-10-GM und zweiter Bearbeitung

Die ICD-10-GM wird jährlich überarbeitet und nach In-Kraft-Treten durch das DIMDI in der jeweils gültigen Form herausgegeben. Die im vorhergehenden Abschnitt 3.4.6 dargestellten Diagnoseeinträge entsprechen zwar alle der Kode-Norm der ICD-10-GM (ein Buchstabe und zwei bis vier Ziffern), allerdings ist damit noch nicht gesichert, dass alle Einträge auch gültige Schlüsselnummern der jeweiligen Jahresversion der ICD-10-GM sind (klassifikatorische Gültigkeit). Im einfachsten Fall betrifft dies nicht vergebene Schlüsselnummern, siehe z.B. den Bereich von A10 bis A14 in der ICD-10-GM 2010. Bei der Prüfung muss die Anzahl der benutzten Stellen jedoch differenziert betrachtet werden.

Zum Beispiel entspricht der Diagnoseeintrag „S6363“ zweifelsfrei der Kode-Norm. In der ICD-10-GM 2010 gibt es aber nur die in der folgenden Tabelle aufgeführten „ähnlichen“ Schlüsselnummern. „S6363“ ist somit keine gültige Schlüsselnummer der ICD-10-GM 2010.

ICD-10-GM 2010	
Kode	Text
S636	Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger
S6360	Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger: Teil nicht näher bezeichnet
S6361	Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger: Metakarpophalangeal (-Gelenk)
S6362	Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger: Interphalangeal (-Gelenk)
S6368	Verstauchung und Zerrung eines oder mehrerer Finger: Sonstige Teile

Tabelle 5: Auswahl gültiger Schlüsselnummern der ICD-10-GM, hier beispielsweise der Jahresversion 2010

Neben den nicht im ICD-Katalog vorhandenen Diagnoseeinträgen sind auch alle dreistelligen Schlüsselnummern für die Verwendung nach § 295 SGB V ungültig, wenn sie im Katalog weitere Untergliederungen auf der vierten Stelle aufweisen (nichtendständige (nichtterminale) dreistellige Schlüsselnummern). Gültige Codes der jeweiligen Jahresversion der ICD-10-GM sind im Kontext dieser Analysen somit alle endständigen (terminalen) dreistelligen sowie alle vier- und fünfstelligen Schlüsselnummern.

Als Referenz für die beschriebene Prüfung der Diagnoseeinträge auf klassifikatorische Gültigkeit wurden die Metadaten des DIMDI genutzt. Ein Diagnoseeintrag ist klassifikatorisch gültig, wenn er identisch ist mit einem ICD-Kode in den Metadaten der jeweiligen Jahresversion der ICD-10-GM und wenn dieser in den Metadaten in der Spalte „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 295“ nicht den Wert „V“ (V = nicht zur Verschlüsselung zugelassen) aufweist.

Diagnoseeinträge, die bei der beschriebenen Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit als ungültig erkannt werden, werden nicht in jedem Fall aus der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten entfernt, sondern werden zunächst einer zweiten Bearbeitung unterzogen. Dabei werden so viele rechte Stellen des Diagnoseeintrags entfernt, bis der Eintrag klassifikatorisch gültig oder nur noch dreistellig ist.

An dem bereits verwendeten Beispiel des Diagnoseeintrags „S6363“ soll dies erläutert werden. Es war festgestellt worden, dass „S6363“ klassifikatorisch ungültig ist. Deshalb wird die am weitesten rechte Stelle entfernt. Der Diagnoseeintrag lautet nun nur noch „S636“ und wird erneut auf seine klassifikatorische Gültigkeit geprüft. „S636“ ist identisch mit dem ICD-Kode „S636“ in den Metadaten der ICD-Jahresversion 2010 (siehe auch Tabelle 5) und „S636“ in den Metadaten weist in der Spalte „Verwendung der Schlüsselnummer nach Paragraph 295“ keinen Ungültigkeitsvermerk (Wert „V“) auf. Damit ist der Diagnoseeintrag „S636“ eine gültige Schlüsselnummer der ICD-10-GM 2010 und würde in diesem Beispiel – analog dem Vorgehen bei der Bearbeitung der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten – den ehemaligen fünfstelligen, ungültigen Diagnoseeintrag „S6363“ ersetzen.

Diagnoseeinträge, die trotz der beschriebenen Prüfung nicht durch einen gültigen Diagnosekode ersetzt werden können, werden aus der Datengrundlage für die

weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Häufigkeiten von ursprünglich ungültigen Diagnoseeinträgen, die durch die beschriebene Bearbeitung klassifikatorisch gültig wurden sind extrem gering, z.B. bei den Diagnoseeinträgen des Jahres 2010 betraf dies weniger als vier Diagnosen pro einer Million. Auf ihre Darstellung im Rahmen dieses Berichts wurde deshalb verzichtet.

In der folgenden Tabelle werden die nicht distinkten Häufigkeiten der in der Datengrundlage für die Jahre 2007 bis 2010 verbliebenen Diagnoseeinträge gesamt sowie differenziert nach Versorgungsbereichen und nach Quartalen dargestellt.

Jahr	Quartal	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	I	32.615.604	28.903.525	1.273.335	62.792.464
	II	31.351.394	28.143.791	1.190.654	60.685.839
	III	31.087.363	27.910.428	1.147.600	60.145.391
	IV	33.457.360	29.533.522	1.259.861	64.250.743
	Alle	128.511.721	114.491.266	4.871.450	247.874.437
2008	I	37.957.891	25.741.263	1.099.759	64.798.913
	II	37.419.164	26.612.227	1.131.939	65.163.330
	III	36.782.964	25.173.944	1.055.025	63.011.933
	IV	39.102.982	26.495.856	1.107.086	66.705.924
	Alle	151.263.001	104.023.290	4.393.809	259.680.100
2009	I	39.657.393	28.227.846	1.068.509	68.953.748
	II	36.000.743	27.818.488	1.056.260	64.875.491
	III	36.216.494	27.419.288	1.045.973	64.681.755
	IV	39.264.051	28.377.846	1.101.532	68.743.429
	Alle	151.138.681	111.843.468	4.272.274	267.254.423
2010	I	37.823.001	29.040.900	1.152.456	68.016.357
	II	37.290.633	29.100.006	1.168.183	67.558.822
	III	36.849.426	27.881.765	1.161.780	65.892.971
	IV	38.323.258	28.384.151	1.211.996	67.919.405
	Alle	150.286.318	114.406.822	4.694.415	269.387.555

Tabelle 6: Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit in der Datengrundlage verblieben sind

Die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit in Tabelle 6 verbliebenen Diagnosen entsprechen den Diagnosen, die zur Zuordnung der Versicherten zu diagnosebezogenen Risikokategorien verwendet werden.

Die detaillierte Darstellung aller absoluten und relativen Häufigkeiten der aus der Datengrundlage entfernten Diagnoseeinträge im Vergleich zu den im Abschnitt 3.4.6 dargestellten Häufigkeiten der formal gültigen Diagnoseeinträge ohne „UUU“, für die Jahre 2007 bis 2010 gesamt sowie differenziert nach Versorgungsbereichen und nach Quartalen, befindet sich im Anhang 4.

Im Anhang 5 werden die absoluten und relativen Häufigkeiten aller Diagnoseeinträge, die die Ausprägung „UUU“ haben oder formal oder klassifikatorisch ungültig sind, im Vergleich zu den im Abschnitt 3.4.3 dargestellten Häufigkeiten der ungeprüften und nicht differenziert nach Versorgungsbereichen und nach Quartalen, dargestellt.

Insgesamt wurden nur wenige Diagnoseeinträge mit der zweiten Bearbeitung aus der Datengrundlage entfernt. Im dritten Quartal 2009 und im Bereich der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung musste kein einziger Diagnoseeintrag entfernt werden. Die meisten Diagnoseeinträge absolut (1.666) wurden im vierten Quartal 2007 und bei den Hausärzten entfernt, was aber nur 0,005% der formal gültigen Diagnoseeinträge ohne „UUU“ ausmacht. Der höchste relative Anteil entfernter Diagnoseeinträge (0,008%) wurde ebenfalls im vierten Quartal 2007, aber im Bereich der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung gemessen. Absolut sind dies jedoch nur 98 entfernte Diagnoseeinträge.

3.4.8 Häufigkeiten der Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

Bei der Diagnosekodierung in der vertragsärztlichen Versorgung ist jede ICD-Schlüsselnummer obligatorisch durch ein Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) zu qualifizieren. Laut ICD-10-GM sind die vier dafür anzuwendenden Zusatzkennzeichen:

- A = ausgeschlossene Diagnose
- G = gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)
- V = Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
- Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

Im Folgenden wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten der Angabe der vier Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit unter allen formal und klassifikatorisch gültigen, nicht distinkten Diagnoseeinträgen (ohne „UUU“, Tabelle 6 im Abschnitt 3.4.7) ermittelt und für die Jahre 2007 bis 2010 dargestellt.

		A	G	V	Z
2007	absolut	8.441.354	218.956.964	10.126.552	10.349.567
	relativ	3,41%	88,33%	4,09%	4,18%
2008	absolut	8.427.175	229.866.810	10.297.044	11.089.071
	relativ	3,25%	88,52%	3,97%	4,27%
2009	absolut	8.344.956	236.934.947	10.570.386	11.404.134
	relativ	3,12%	88,66%	3,96%	4,27%
2010	absolut	7.807.169	240.818.562	9.194.099	11.567.725
	relativ	2,90%	89,39%	3,41%	4,29%

Tabelle 7: Absolute und relative Häufigkeiten der Angabe der ZK-DS in den Jahren 2007 bis 2010

Von allen in der Abgrenzung nach 3.4.7 gültigen Diagnosen (ohne „UUU“) wurden ca. 3% gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „A“ (ausgeschlossene Diagnose), ca. 89% gemeinsam mit „G“ (gesicherte Diagnose) und jeweils ca. 4% gemeinsam mit „V“ (Verdachtsdiagnose) oder „Z“ (Zustand nach der betreffenden Diagnose) kodiert.

Untersucht wurde auch, ob eventuell Diagnosekodierungen ohne Angabe eines Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit oder mit Angabe eines ungültigen Zeichens vorliegen. Dies konnte unter den in der Abgrenzung nach 3.4.7 gültigen Diagnosen (ohne „UUU“) nicht festgestellt werden.

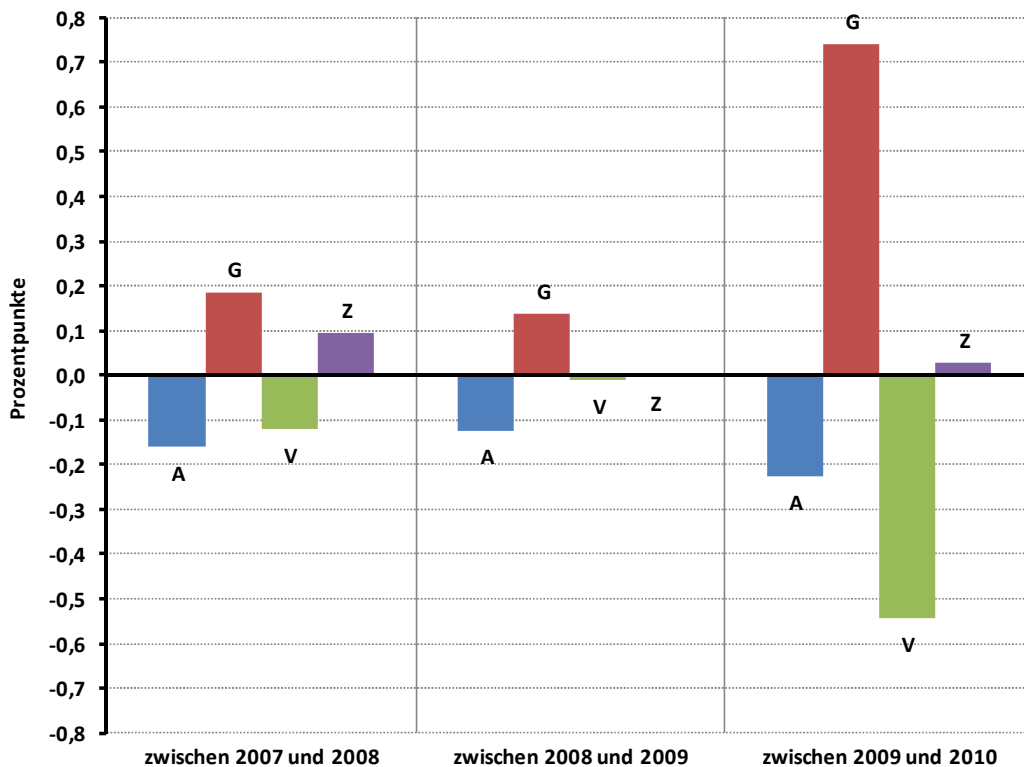


Abbildung 3: Veränderung der Anteile der Angabe der einzelnen ZK-DS zwischen den Jahren 2007 bis 2010

Im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 stieg der Anteil der Diagnosekodierungen mit Angabe des Zusatzkennzeichens „G“ von 88,33% auf 89,39% und der mit Angabe von „Z“ von 4,18% auf 4,29%. Gesunken sind die Anteile mit Angabe der Zusatzkennzeichen „A“ (von 3,41% auf 2,90%) und „V“ (von 4,09% auf 3,41%).

Neben den hier analysierten Anteilsverschiebungen der Angabe der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit unter allen formal und klassifikatorisch gültigen, nicht distinkten Diagnoseeinträgen, werden im Abschnitt 5.5.2 (Tabelle 85) die Diagnosen je Versichertenjahr getrennt nach ihren Zusatzkennzeichen dargestellt. Die Auswertungen im Abschnitt 5.5.2 sind beschränkt auf die Diagnosen derjenigen Versicherten, die zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten herangezogen wurden.

3.4.9 Diagnosen pro Behandlungsfall

Über eine weitere Auswertung wurde die durchschnittliche Anzahl der Diagnoseeinträge pro Fall in der Datengrundlage ermittelt. Der Fallbegriff folgt der Datenanforderung (Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 25 Abs. 1 Ersatzkassenvertrag (EKV))¹¹ Gemessen wurden nur die formal und klassifikatorisch gültigen Diagnoseeinträge (ohne „UUU“, Tabelle 6 im Abschnitt 3.4.7). Alle Dopplungen von Diagnoseeinträgen (ICD-Kode + ZK-DS) in einem Fall wurden entfernt.

In der folgenden Tabelle und den Abbildungen wird für die Jahre 2007 bis 2010 die Anzahl der Diagnoseeinträge pro Fall, getrennt für die Diagnoseeinträge mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und für die Diagnoseeinträge mit einem der drei anderen Zusatzkennzeichen, sowie gesamt und differenziert nach Versorgungsbereichen und nach Quartalen dargestellt.

Jahr	Quartal	Hausärzte		Fachärzte		Sonstige		Alle	
		G	A, V, Z	G	A, V, Z	G	A, V, Z	G	A, V, Z
2007	I	4,52	0,55	2,46	0,36	3,06	0,62	3,19	0,43
	II	4,48	0,55	2,44	0,36	3,43	0,71	3,16	0,43
	III	4,52	0,54	2,47	0,36	2,89	0,60	3,19	0,43
	IV	4,70	0,55	2,52	0,36	2,84	0,58	3,28	0,43
2008	I	4,62	0,54	2,31	0,35	4,23	0,73	3,26	0,43
	II	4,66	0,56	2,29	0,35	4,15	0,76	3,22	0,43
	III	4,67	0,55	2,31	0,35	4,12	0,72	3,27	0,43
	IV	4,85	0,54	2,03	0,31	3,84	0,66	3,09	0,39
2009	I	4,87	0,56	2,07	0,31	3,78	0,63	3,08	0,40
	II	4,79	0,56	2,10	0,31	3,72	0,63	3,04	0,40
	III	4,81	0,55	2,10	0,32	3,69	0,61	3,06	0,40
	IV	4,91	0,54	2,13	0,32	4,14	0,65	3,14	0,40
2010	I	4,97	0,57	2,10	0,32	3,90	0,62	3,08	0,40
	II	4,97	0,57	2,11	0,31	3,83	0,62	3,08	0,40
	III	4,98	0,50	2,13	0,28	3,93	0,57	3,13	0,36
	IV	5,12	0,49	2,16	0,28	3,73	0,52	3,19	0,35

Tabelle 8: Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) pro Fall in den Quartalen der Jahre 2007 bis 2010

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurden pro Fall durchschnittlich ca. 4,8 formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) kodiert. Im fachärztlichen Versorgungsbereich lagen durchschnittlich ca. 2,2, in den sonsti-

¹¹ In anderen Untersuchungen werden z.T. andere Fallbegriffe verwendet. Die hier angegebenen Kennzahlen je Behandlungsfall können nicht unbedingt verglichen werden mit Untersuchungsergebnissen, bei denen „Fälle“ anders abgegrenzt sind.

gen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 3,7 und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 3,2 gesicherte Diagnosen pro Fall vor.

Von den Diagnosen mit einem der drei anderen Zusatzkennzeichen, „A“ (ausgeschlossene Diagnose), „V“ (Verdachtsdiagnose) oder „Z“ (Zustand nach der betreffenden Diagnose), wurden im hausärztlichen Versorgungsbereich durchschnittlich ca. 0,5 pro Fall, im fachärztlichen Versorgungsbereich durchschnittlich ca. 0,3 pro Fall, in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 0,6 pro Fall und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 0,4 pro Fall kodiert.

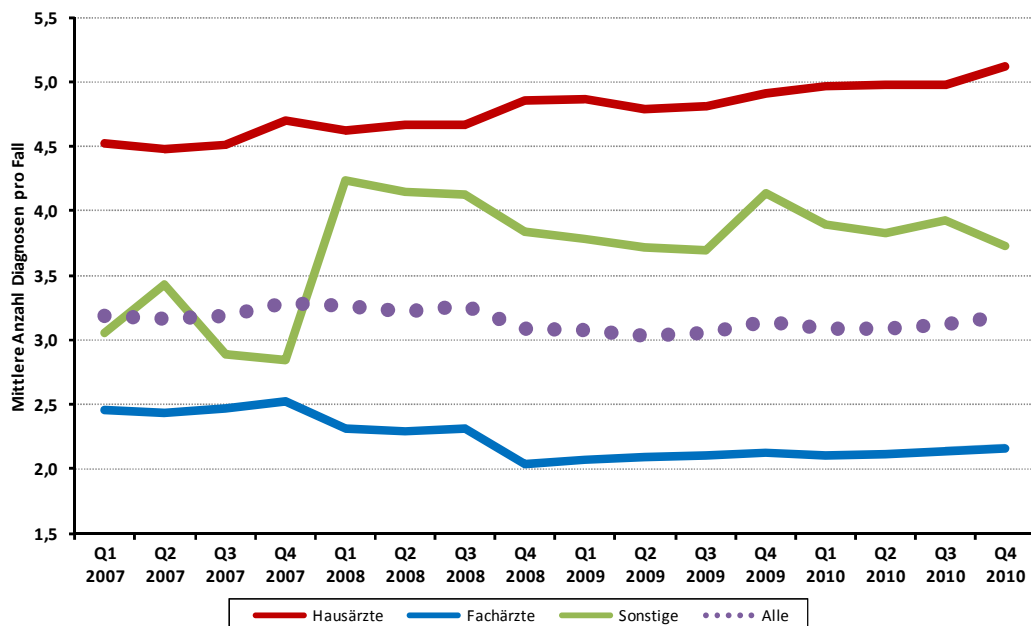


Abbildung 4: Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) mit dem ZK-DS „G“ pro Fall im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

Über alle Versorgungsbereiche betrachtet, blieb die Anzahl pro Fall kodierter formal und klassifikatorisch gültiger Diagnosen (ohne „UUU“) gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 nahezu konstant. Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche in diesem Zeitraum sind geringe Veränderungen zu verzeichnen: im hausärztlichen Versorgungsbereich ist ein Anstieg der Diagnosen pro Fall (von 4,5 auf 5,1) und in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen (von 3,1 auf 3,7) zu verzeichnen. Dagegen wurden im fachärztlichen Versorgungsbereich 2010 weniger gesicherte Diagnosen pro Fall kodiert als 2007 (von 2,5 auf 2,2).

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass im 4. Quartal 2008 im Zuge der Laborreform insbesondere bei den Fachärzten eine abrechnungstechnisch bedingte Erhöhung der Fallzahlen und damit ein Rückgang der Diagnosen pro Fall zu erwarten war und auch festzustellen ist. Für den Zeitraum danach, d.h. vom 1. Quartal 2009

bis zum 4. Quartal 2010 ist für Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ bei den Fachärzten ein Anstieg von 0,09 Diagnosen pro Fall zu beobachten

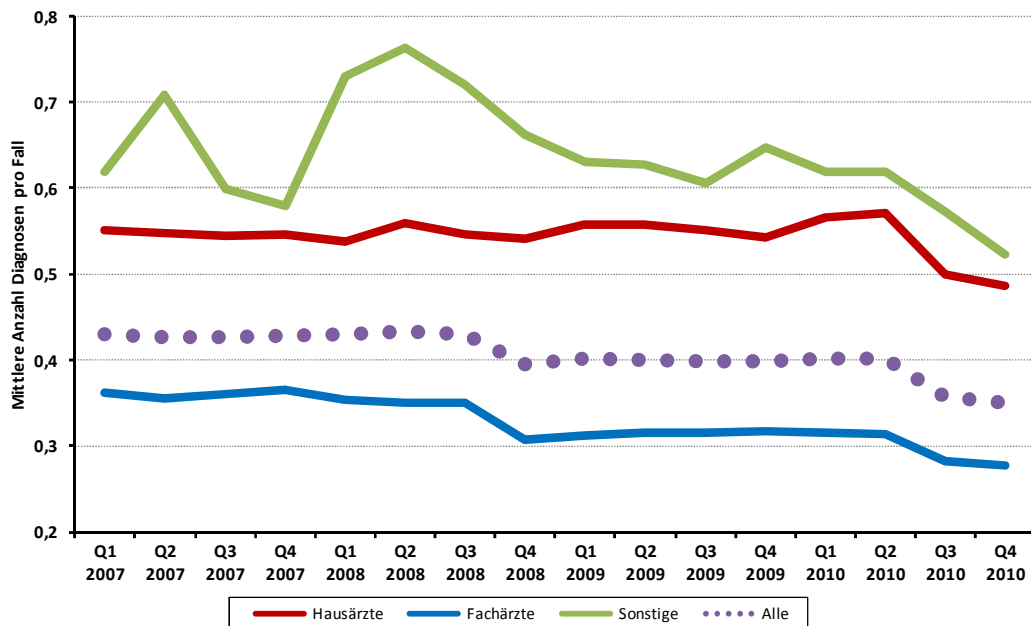


Abbildung 5: Formal und klassifikatorisch gültige Diagnosen (ohne „UUU“) mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ pro Fall im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

Die Anzahl pro Fall kodierter formal und klassifikatorisch gültiger Diagnosen (ohne „UUU“) gemeinsam mit einem der drei anderen Zusatzkennzeichen, „A“ (ausgeschlossene Diagnose), „V“ (Verdachtsdiagnose) oder „Z“ (Zustand nach der betreffenden Diagnose) ging im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 in allen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen zurück. Gemeinsam für alle Versorgungsbereiche betrachtet, wurden 2007 0,43 Diagnosen mit einem anderen Zusatzkennzeichen als „G“ pro Fall kodiert und 2010 0,35.

3.4.10 Endständige und nichtendständige ICD-Schlüsselnummern

Die ICD-10-GM stellt für die Diagnosekodierung drei-, vier- und fünfstellige Schlüsselnummern zur Verfügung. Die drei- und vierstelligen Schlüsselnummern können endständig (terminal) oder nichtendständig (nichtterminal) sein. Fünfsteller sind immer endständig. Nichtendständig bedeutet, dass die entsprechende Schlüsselnummer auf der nächsttieferen Ebene zum Zwecke der Abbildung zusätzlicher Informationen weiter unterteilt ist. Eine nichtendständige dreistellige Schlüsselnummer ist also auf der Ebene der Viersteller weiter unterteilt (wobei diese Viersteller wiederum endständig oder nichtendständig sein können) und eine nichtendständige vierstellige Schlüsselnummer ist auf Fünfsteller-Ebene weiter unterteilt.

Die Verwendung endständiger Schlüsselnummern bei der Diagnosekodierung nutzt somit den maximalen von der ICD-Klassifikation zur Verfügung gestellten Informationsgehalt. Bei der Kodierung im vertragsärztlichen Bereich ist dies jedoch

weder immer möglich noch immer notwendig. Der Gesetzgeber sieht deshalb im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 295 SGB V folgende Regelung vor: In der hausärztlichen Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes ist die Angabe der vierstelligen Schlüsselnummer ausreichend. Deshalb können auch nichtendständige vierstellige Schlüsselnummern für die Diagnosekodierung genutzt werden (siehe ICD-10-Bekanntmachung des BMG, Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß §§ 295 und 301 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuch zur Anwendung des Diagnoseschlüssels im Bundesanzeiger im Zusammenhang mit dem In-Kraft-Treten der jeweiligen Jahresversion der ICD-10-GM.)

Nicht für die Verwendung zugelassen sind die nichtendständigen Dreisteller, weshalb sie in der Abgrenzung nach 3.4.7 als ungültige Diagnosen eingestuft wurden.

Im Folgenden werden die absoluten und relativen Häufigkeiten der bei der Diagnosekodierung für die Jahre 2007 bis 2010 genutzten endständigen und nichtendständigen Schlüsselnummern der ICD-10-GM gesamt sowie differenziert nach Versorgungsbereichen dargestellt. Datenbasis zur Ermittlung der Häufigkeiten waren die formal und klassifikatorisch gültigen Diagnoseeinträge (ohne „UUU“, Tabelle 6 im Abschnitt 3.4.7).

3.4.10.1 Häufigkeiten für endständige und nichtendständige ICD-Schlüsselnummern ohne Beachtung des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit

Jahr	Endständigkeit	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	endständig	absolut	124.627.903	111.701.094	4.775.800	241.104.797
		relativ	96,98%	97,56%	98,04%	97,27%
	nicht-endständig	absolut	3.883.818	2.790.172	95.650	6.769.640
		relativ	3,02%	2,44%	1,96%	2,73%
2008	endständig	absolut	146.322.019	101.521.442	4.310.369	252.153.830
		relativ	96,73%	97,59%	98,10%	97,10%
	nicht-endständig	absolut	4.940.982	2.501.848	83.440	7.526.270
		relativ	3,27%	2,41%	1,90%	2,90%
2009	endständig	absolut	146.501.857	109.167.970	4.192.769	259.862.596
		relativ	96,93%	97,61%	98,14%	97,23%
	nicht-endständig	absolut	4.636.824	2.675.498	79.505	7.391.827
		relativ	3,07%	2,39%	1,86%	2,77%
2010	endständig	absolut	145.988.756	111.743.323	4.611.129	262.343.208
		relativ	97,14%	97,67%	98,23%	97,39%
	nicht-endständig	absolut	4.297.562	2.663.499	83.286	7.044.347
		relativ	2,86%	2,33%	1,77%	2,61%

Tabelle 9: Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen (ohne Beachtung des ZK-DS) in den Jahren 2007 bis 2010

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurden durchschnittlich ca. 3,1% der in der Abgrenzung nach 3.4.7 gültigen Diagnosen (ohne „UUU“) nichtendständig kodiert. Im fachärztlichen Versorgungsbereich waren es durchschnittlich ca. 2,4%, in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 1,9% und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 2,8%.

Im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 zeigte sich in allen Versorgungsbereichen ein geringfügiger Anstieg des Anteils endständiger Diagnosekodierungen und dementsprechend eine Verminderung des Anteils nichtendständiger Diagnosen. Über alle Versorgungsbereiche gesehen, stieg der Anteil endständiger Diagnosekodierungen von 97,3% auf 97,4% und reduzierte sich der Anteil nichtendständiger Diagnosen von 2,7% auf 2,6%.

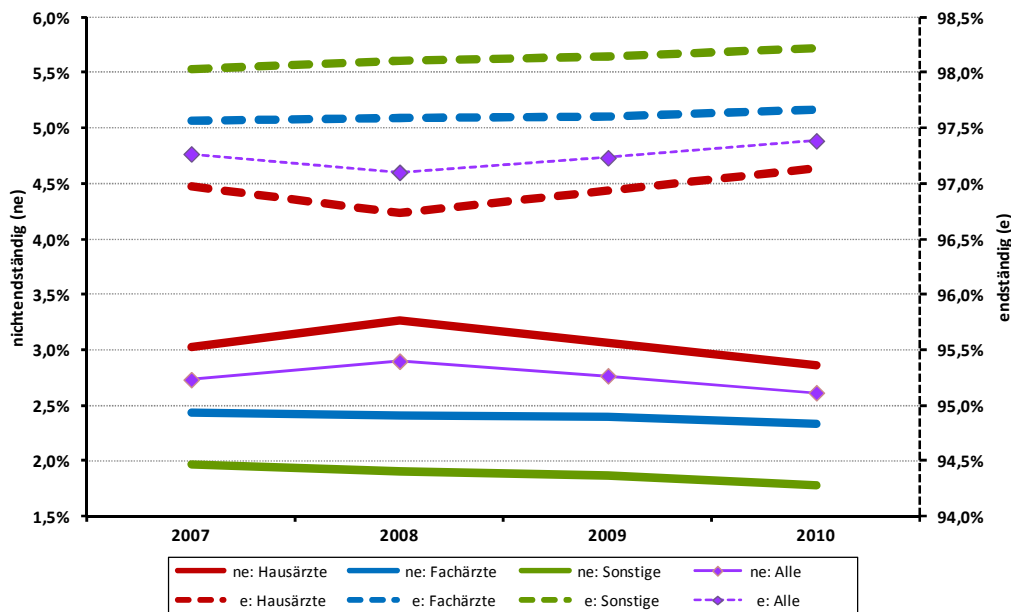


Abbildung 6: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen (ohne Beachtung des ZK-DS) im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

3.4.10.2 Häufigkeiten für endständige und nichtendständige ICD-Schlüsselnummern mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“

Jahr	Endständigkeit	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	endständig	absolut	111.322.581	97.479.188	3.971.120	212.772.889
		relativ	96,89%	97,48%	97,92%	97,18%
	nicht-endständig	absolut	3.576.232	2.523.444	84.399	6.184.075
		relativ	3,11%	2,52%	2,08%	2,82%
2008	endständig	absolut	131.179.676	88.098.259	3.650.486	222.928.421
		relativ	96,61%	97,49%	97,98%	96,98%
	nicht-endständig	absolut	4.597.551	2.265.492	75.346	6.938.389
		relativ	3,39%	2,51%	2,02%	3,02%

Jahr	Endständigkeit	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	endständig	absolut	131.635.502	94.902.294	3.577.102	230.114.898
		relativ	96,82%	97,50%	98,05%	97,12%
	nicht-endständig	absolut	4.320.079	2.428.666	71.304	6.820.049
		relativ	3,18%	2,50%	1,95%	2,88%
2010	endständig	absolut	132.209.443	98.084.188	3.984.557	234.278.188
		relativ	97,04%	97,57%	98,15%	97,28%
	nicht-endständig	absolut	4.027.063	2.438.081	75.230	6.540.374
		relativ	2,96%	2,43%	1,85%	2,72%

Tabelle 10: Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen mit dem ZK-DS „G“ in den Jahren 2007 bis 2010

Von den in der Abgrenzung nach 3.4.7 gültigen Diagnosen (ohne „UUU“), die gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) kodiert wurden, waren im hausärztlichen Versorgungsbereich durchschnittlich ca. 3,2% nichtendständig. Im fachärztlichen Versorgungsbereich waren es durchschnittlich ca. 2,5%, in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 2,0% und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 2,9%.

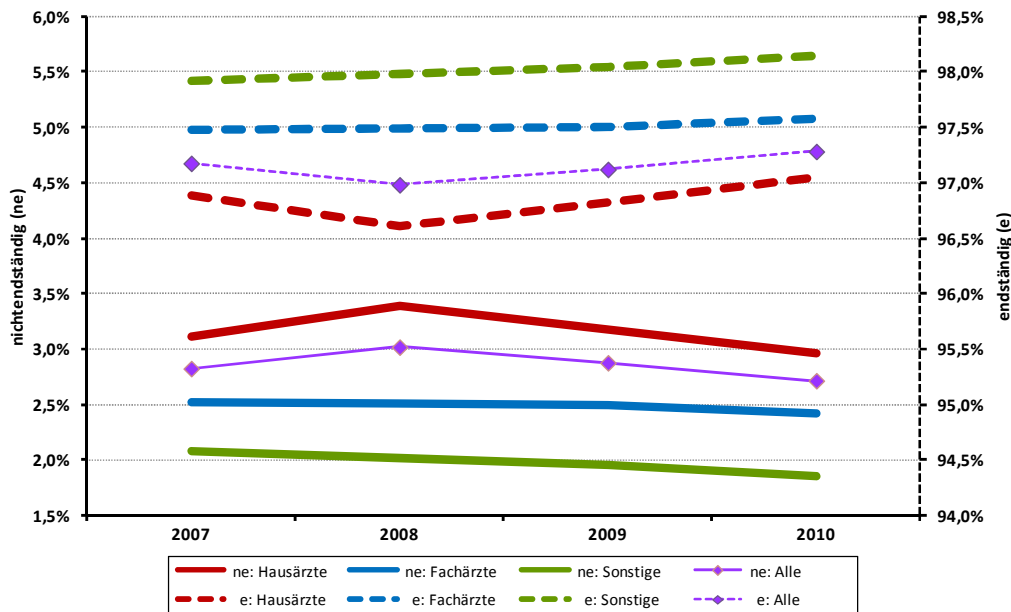


Abbildung 7: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen mit dem ZK-DS „G“ im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

Auch nur unter den gesicherten Diagnosen (Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit „G“) zeigte sich im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 in allen Versorgungsbereichen ein Anstieg des Anteils endständiger Diagnosekodierungen und dementsprechend eine Verminderung des Anteils nichtendständiger Diagnosen jeweils um rund 0,1%.

3.4.10.3 Häufigkeiten für endständige und nichtendständige ICD-Schlüsselnummern mit den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „A“, „V“ oder „Z“

Jahr	Endständigkeit	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2007	endständig	absolut	13.305.322	14.221.906	804.680	28.331.908
		relativ	97,74%	98,16%	98,62%	97,98%
	nicht-endständig	absolut	307.586	266.728	11.251	585.565
		relativ	2,26%	1,84%	1,38%	2,02%
2008	endständig	absolut	15.142.343	13.423.183	659.883	29.225.409
		relativ	97,78%	98,27%	98,79%	98,03%
	nicht-endständig	absolut	343.431	236.356	8.094	587.881
		relativ	2,22%	1,73%	1,21%	1,97%
2009	endständig	absolut	14.866.355	14.265.676	615.667	29.747.698
		relativ	97,91%	98,30%	98,69%	98,11%
	nicht-endständig	absolut	316.745	246.832	8.201	571.778
		relativ	2,09%	1,70%	1,31%	1,89%
2010	endständig	absolut	13.779.313	13.659.135	626.572	28.065.020
		relativ	98,07%	98,38%	98,73%	98,24%
	nicht-endständig	absolut	270.499	225.418	8.056	503.973
		relativ	1,93%	1,62%	1,27%	1,76%

Tabelle 11: Absolute und relative Häufigkeiten endständig und nichtendständig kodierter Diagnosen mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ in den Jahren 2007 bis 2010

Von den in der Abgrenzung nach 3.4.7 gültigen Diagnosen (ohne „UUU“), die gemeinsam mit einem der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „A“ (ausgeschlossene Diagnose), „V“ (Verdachtsdiagnose) oder „Z“ (Zustand nach der betreffenden Diagnose) kodiert wurden, waren im hausärztlichen Versorgungsbereich durchschnittlich ca. 2,1% nichtendständig. Im fachärztlichen Versorgungsbereich waren es durchschnittlich ca. 1,7%, in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 1,3% und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 1,9%.

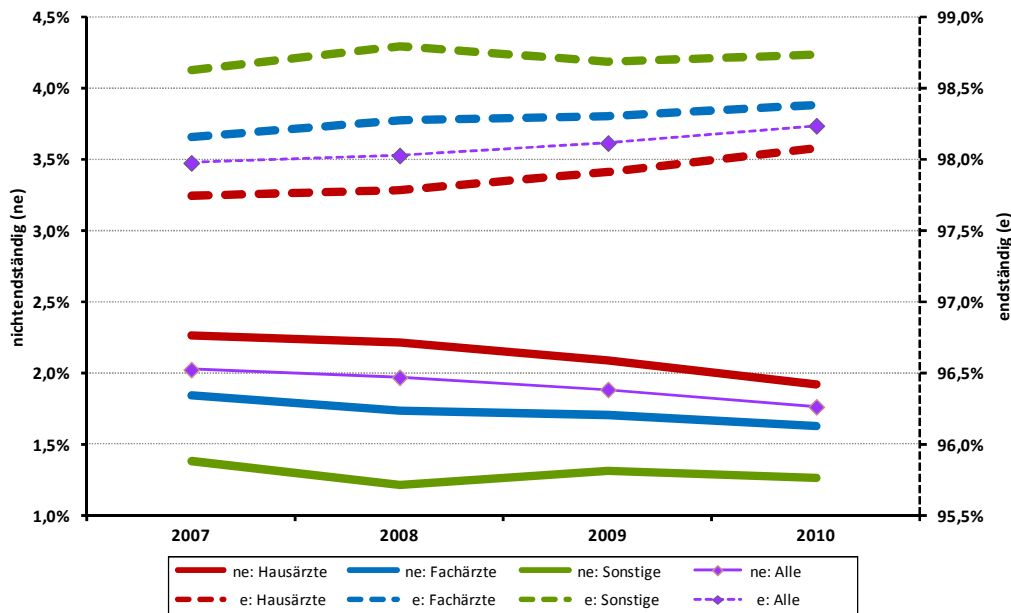


Abbildung 8: Anteile der endständig (e) und nichtendständig (ne) kodierten Diagnosen mit den ZK-DS „A“, „V“ oder „Z“ im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010

Auch unter den Diagnosen, die gemeinsam mit einem der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „A“, „V“ oder „Z“ kodiert wurden, zeigte sich im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 in allen Versorgungsbereichen ein Anstieg des Anteils endständiger Diagnosekodierungen und dementsprechend eine Verminderung des Anteils nichtendständiger Diagnosen. Die Veränderung betrug hier jeweils rund 0,2%.

3.4.11 Datenabgrenzung für die Analysen der Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten

Da die folgenden Analysen zur Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten kontextsensitive Auswertungen sind, können nicht mehr sämtliche Stichprobenfälle herangezogen werden, sondern nur diejenigen, die einem (anonymen) Versicherten zugeordnet werden konnten. Prüfungen auf Alters- oder Geschlechtskompatibilität ärztlicher Diagnosen sollten möglichst frei sein von irrtümlichen Angaben der Kasse zu Geburtsjahr oder Geschlecht des Patienten und sollten auch möglichst nicht beeinflusst werden durch Fehlzugeordnungen zwischen Fällen und Diagnosen einerseits und Versicherten andererseits. Aus diesen Gründen werden die folgenden Auswertungen beschränkt auf Diagnosen, die dem Pseudonym einer Person zugeordnet werden konnten, wobei das Personenpseudonym nicht aufgrund fehlerhafter und unplausibler Angaben von den versichertenbezogenen Auswertungen ausgeschlossen ist.

Dies wurde realisiert, indem ausschließlich Diagnoseeinträge gezählt wurden,

- die kein Auffälligkeitskennzeichen („Flag“) tragen und
- die einer pseudonymisierten Person ohne Auffälligkeitskennzeichen („Flag“) zugeordnet sind, die im Jahr der Diagnosedokumentation mindestens einen Versichertentag aufwies.

Die einzelnen Kombinationen aus ICD-10-Kodes und Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, die zu einem Versicherten im Laufe des Jahres dokumentiert wurden, werden für jeden Versorgungsbereich jeweils nur einmal gezählt.

(Die in den folgenden Tabellen aufgeführte Zusammenfassung der Versorgungsbe-
reiche (Spalte „Alle“) ist die Summe der Häufigkeiten über die Versorgungsberei-
che und enthält damit möglicherweise Mehrfachzählungen der Kombinationen aus
ICD-10-Kodes und Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit.)

Außerdem wurden Teilnehmer an bereinigungsrelevanten Selektivverträgen und ihre (verbleibenden) Diagnosen aus dem Kollektivvertrag von den Auswertungen ausgeschlossen. Damit werden die Analysen zur Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten auf derselben Datengrundlage durchgeführt, die für die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsrate genutzt wurde. Sie umfassen demzufolge auch nicht mehr alle Jahre von 2007 bis 2010, sondern nur noch die Jahre 2009 und 2010.

Die folgende Tabelle enthält für die Jahre 2009 und 2010 die absoluten Häufigkeiten der für die Analysen zur Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten untersuchten Diagnosen und den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, gesamt sowie getrennt nach Versorgungsbereichen.

Jahr	ZK-DS	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	Alle	62.521.203	60.059.198	2.497.895	125.078.296
	G	54.374.225	51.052.133	2.067.771	107.494.129
	A, V, Z	8.146.978	9.007.065	430.124	17.584.167
2010	Alle	61.891.453	60.412.856	2.636.850	124.941.159
	G	54.065.636	51.701.359	2.204.729	107.971.724
	A, V, Z	7.825.817	8.711.497	432.121	16.969.435

Tabelle 12: Häufigkeiten der Diagnoseeinträge in der Datenabgrenzung für die Analysen der Kodierung geschlechts- und altersspezifischer Krankheiten

3.4.12 Kodierung geschlechtsspezifischer Krankheiten

Durchschnittlich ca. 7% der klassifikatorisch gültigen Schlüsselnummern (siehe Abschnitt 3.4.7) der ICD-10-GM der Jahresversionen 2009 und 2010 weisen in den Metadaten des DIMDI den Vermerk einer Geschlechtsspezifität auf. Diese Prüfungen sind ebenfalls bei der DV-technischen Umsetzung des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate implementiert. Nur wenn die Diagnosen diese Prüfungen bestehen, werden sie bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate berücksichtigt.

Beispielsweise können Erkrankungen und Zustände im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (z.B. ICD-Kapitel XV, Schlüsselnummern O00.- bis O99.-) nur bei Frauen und Krankheiten der Prostata (z.B. Schlüsselnummern N40.- bis N42.-) nur bei Männern kodiert werden.

Für die beiden Jahresversionen 2009 und 2010 wurden alle klassifikatorisch gültigen Schlüsselnummern der ICD-10-GM mit Geschlechtsspezifität extrahiert. Getrennt nach Schlüsselnummern mit „männlicher“ und „weiblicher“ Geschlechtsspezifität wurde ermittelt, welches Geschlecht für die Versicherten im Zusammenhang mit einer dieser geschlechtsspezifischen ICD-Schlüsselnummern dokumentiert wurde. In den folgenden Tabellen sind für die Jahre 2009 und 2010 die absoluten und relativen Mengen der geschlechtskonform und der nicht geschlechtskonform kodierten Diagnosen differenziert nach „männlicher“ oder „weiblicher“ Geschlechtsspezifität und gesamt sowie getrennt nach Versorgungsbereichen dargestellt.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	geschlechtskonform	absolut	438.374	652.078	21.849	1.112.301
		relativ	99,81%	99,89%	99,64%	99,85%
	nicht geschlechtskonform	absolut	829	710	79	1.618
		relativ	0,19%	0,11%	0,36%	0,15%
2010	geschlechtskonform	absolut	452.447	667.905	23.465	1.143.817
		relativ	99,82%	99,91%	99,64%	99,87%
	nicht geschlechtskonform	absolut	800	616	84	1.500
		relativ	0,18%	0,09%	0,36%	0,13%

Tabelle 13: Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „männlicher“ Geschlechtsspezifität

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	geschlechtskonform	absolut	758.620	7.313.173	155.057	8.226.850
		relativ	99,69%	99,95%	99,82%	99,92%
	nicht geschlechtskonform	absolut	2.374	3.969	280	6.623
		relativ	0,31%	0,05%	0,18%	0,08%
2010	geschlechtskonform	absolut	753.403	7.199.896	158.957	8.112.256
		relativ	99,69%	99,94%	99,80%	99,91%
	nicht geschlechtskonform	absolut	2.367	4.250	313	6.930
		relativ	0,31%	0,06%	0,20%	0,09%

Tabelle 14: Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „weiblicher“ Geschlechtsspezifität

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	geschlechtskonform	absolut	1.196.994	7.965.251	176.906	9.339.151
		relativ	99,73%	99,94%	99,80%	99,91%
	nicht geschlechtskonform	absolut	3.203	4.679	359	8.241
		relativ	0,27%	0,06%	0,20%	0,09%
2010	geschlechtskonform	absolut	1.205.850	7.867.801	182.422	9.256.073
		relativ	99,74%	99,94%	99,78%	99,91%
	nicht geschlechtskonform	absolut	3.167	4.866	397	8.430
		relativ	0,26%	0,06%	0,22%	0,09%

Tabelle 15: Absolute und relative Häufigkeiten geschlechtskonform und nicht geschlechtskonform kodierter Diagnosen mit „männlicher“ oder „weiblicher“ Geschlechtsspezifität

Von allen klassifikatorisch gültigen Schlüsselnummern der ICD-10-GM mit Geschlechtsspezifität wurden im hausärztlichen Versorgungsbereich durchschnittlich ca. 99,7% geschlechtskonform kodiert. Im fachärztlichen Versorgungsbereich waren es durchschnittlich ca. 99,9%, in den sonstigen vertragsärztlichen Versorgungsbereichen durchschnittlich ca. 99,8% und gemeinsam für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 99,9%.

3.4.13 Kodierung altersspezifischer Krankheiten

Durchschnittlich ca. 14% der klassifikatorisch gültigen Schlüsselnummern (siehe Abschnitt 3.4.7) der ICD-10-GM der Jahresversionen 2009 und 2010 weisen in den Metadaten des DIMDI den Vermerk einer Altersspezifität auf. Es gibt Schlüsselnummern, die nur ab einer bestimmten Altersgrenze (untere Altersgrenze) und Schlüsselnummern, die nur bis zu einer bestimmten Altersgrenze (obere Altersgrenze) kodiert werden können. Für einige Schlüsselnummern gibt es sowohl eine untere wie auch eine obere Altersgrenze. Diese Prüfungen sind ebenfalls bei der DV-technischen Umsetzung des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate implementiert. Nur wenn die Diagnosen diese Prüfungen bestehen, werden sie bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate berücksichtigt.

Beispielsweise kann die Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn (G30.1) erst bei Patienten ab einem Alter von 30 Jahren, kann eine vorzeitige Pubertät [Pubertas praecox] (E30.1) nur bei Patienten bis zu einem Alter von 10 Jahren und können Erkrankungen und Zustände im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (z.B. ICD-Kapitel XV, Schlüsselnummern O00.- bis O99.-) nur bei Patientinnen in der Altersspanne von 12 bis 55 Jahren kodiert werden.

Vom Institut des Bewertungsausschusses wurden getrennt für die beiden Jahresversionen 2009 und 2010 alle klassifikatorisch gültigen Schlüsselnummern der ICD-10-GM mit Altersspezifität extrahiert und nach den jeweiligen Altersgrenzen gruppiert. Schlüsselnummern, die sowohl eine untere wie auch eine obere Altersgrenze aufweisen, wurden in je eine Gruppe für die untere und für die obere Alters-

grenze eingeordnet. Insgesamt ergaben sich sechs Gruppen von ICD-Schlüsselnummern mit einer unteren Altersgrenze und ebenfalls sechs Gruppen mit einer oberen Altersgrenze. Die Anzahl der ICD-Schlüsselnummern für jede dieser Gruppen ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

	untere Altersgrenzen (in Jahren)							obere Altersgrenzen (in Jahren)						
	1	8	12	15	18	30	Alle	0	1	2	10	19	55	Alle
2009	190	4	538	723	16	64	1.535	1	351	2	3	52	534	943
2010	190	4	547	723	16	65	1.545	1	351	2	3	52	543	952

Tabelle 16: Anzahl der Schlüsselnummern je unterer und oberer Altersgrenze in den Metadaten der ICD-10-GM 2009 und 2010

Die obere Altersgrenze „0 Jahre“ betrifft nur eine einzige ICD-Schlüsselnummer: „P95 Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache“. Da nur lebend Geborene und nicht bereits Feten gesetzlich krankenversichert sein können, dürfte diese Schlüsselnummer in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk gar nicht dokumentiert sein. Für diese Altersgrenze erfolgte daher auch keine Analyse zur altersspezifischen Kodierung.

Die obere Altersgrenze „2 Jahre“ betrifft nur die zwei ICD-Schlüsselnummern: „Q89.4 Siamesische Zwillinge“ und „Z76.1 Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes“. In der im Abschnitt 3.4.11 beschriebenen Datengrundlage wurden beide Diagnosen gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) insgesamt nur 36 mal kodiert. Auch für diese Altersgrenze erfolgte daher keine Analyse zur altersspezifischen Kodierung. Untersucht wurden somit alle sechs Gruppen von ICD-Schlüsselnummern mit einer unteren Altersgrenze und vier Gruppen mit einer oberen Altersgrenze.

Für die Analyse der Kodierung altersspezifischer Krankheiten wurden, bezogen auf die im Abschnitt 3.4.11 beschriebene Datengrundlage, nur Diagnoseeinträge einbezogen, die gemeinsam mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesicherte Diagnose) kodiert wurden.

Getrennt für jede Altersgrenze wurde ermittelt, welches Alter für die Versicherten dokumentiert wurde, für die eine der ICD-Schlüsselnummern aus der Gruppe der jeweiligen Altersgrenze kodiert wurde. Gemessen wurden die absoluten und relativen Mengen der alterskonform und der nicht alterskonform (mit Unterteilung nach Abweichung ein Jahr und Abweichung mehr als ein Jahr) kodierten Diagnosen unter den ICD-Kodes der jeweiligen Altersgrenze und unter allen ICD-Kodes mit Altersspezifität. Die Darstellung erfolgte gesamt sowie getrennt nach Versorgungsbereichen und getrennt für die Jahre 2009 und 2010.

Die Ergebnisse der Analysen für jede einzelne Altersgrenze sind im Anhang 6 dargestellt. Die folgende Tabelle enthält die Summenwerte aller Einzelanalysen.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alters- konform	absolut	5.442.303	8.224.331	319.270	13.985.904
		relativ	99,63%	99,80%	99,47%	99,73%
	Abweichung ein Jahr	absolut	4.450	3.387	372	8.209
		relativ	0,08%	0,04%	0,12%	0,06%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	15.953	12.698	1.341	29.992
		relativ	0,29%	0,15%	0,42%	0,21%
2010	alters- konform	absolut	5.629.869	8.336.791	345.691	14.312.351
		relativ	99,64%	99,82%	99,52%	99,74%
	Abweichung ein Jahr	absolut	4.768	3.173	382	8.323
		relativ	0,08%	0,04%	0,11%	0,06%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	15.693	11.967	1.276	28.936
		relativ	0,28%	0,14%	0,37%	0,20%

Tabelle 17: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter, gesicherter (ZK-DS „G“) und altersspezifischer Diagnosen

Von allen Diagnoseeinträgen, die laut ICD-10-GM nur altersspezifisch kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich ca. 99,7% alterskonform kodiert. Dies spiegelt sowohl die hohe Validität der Alters- und Geschlechtsangaben in den geprüften und mit den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführten Versichertenstammdaten wider, als auch die nahezu vollständig alters- und geschlechtskonforme Kodierung solcherart differenzierter Diagnosen.

3.4.14 Zusammenfassung

Die vom Institut des Bewertungsausschusses durchgeführte Analyse der Diagnoseeinträge in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate ergab keine formalen Auffälligkeiten, die die Verwendbarkeit der Diagnosen-Datensätze für den genannten Zweck einschränken. Nahezu alle geprüften Parameter zeigten sich im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2010 bezüglich der Datenqualität stabil. Weitergehende Analysen zur inhaltlichen Plausibilität der Kodierung wurden nicht durchgeführt.

4 Weiterentwicklungen der Zuordnung von Diagnosen zu den diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems von Version 0.2.3 bis zur aktuellen Version p06b

4.1 Einleitung

4.1.1 2009

2009 wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) in seiner 15. Sitzung das Verfahren der Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V für das Jahr 2010 beschlossen. Bestandteil dieses Beschlusses war auch das zu verwendende Klassifikationsmodell, hier H15EBA.

Ein Bestandteil des Klassifikationsmodells war und ist zum einen die Einordnung von Versicherten nach ihrem Alter und Geschlecht (demografisch bedingte Risikokategorien) und zum anderen die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien. Diese Systematik, ohne Kompressionsalgorithmus, wird abweichend von der Begriffsverwendung im Beschluss des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems in seiner 269. Sitzung in dem vorliegenden Berichtskapitel als Klassifikationssystem bezeichnet, hier KS87a (Klassifikationssystem gemäß § 87a SGB V).

Das zum Klassifikationsmodell H15EBA gehörende Klassifikationssystem war KS87a Version 0.2.3, Variante H (zur Variante H: siehe 4.2.3).

4.1.2 2012

2012 legte der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demographischen Veränderungsdaten für das Jahr 2013 zu verwendende Klassifikationsmodell des Jahres 2012 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V fest (KM87a_2012).

Das zum Klassifikationsmodell KM87a_2012 gehörende Klassifikationssystem ist KS87a Version p06b.

In den folgenden Abschnitten des vorliegenden Berichtskapitels werden detailliert alle Weiterentwicklungen der Zuordnung von Diagnosen zu den diagnosebezogenen Risikokategorien für einen zweijährig prospektiven Zeithorizont der Anwendung des Klassifikationssystems von der Version 0.2.3 bis zur aktuellen Version p06b dargestellt. Auf die Weiterentwicklungen zur Anwendung des Klassifikationssystems mit zeitgleichem Horizont wird nicht eingegangen. (Zu den Zeithorizonten siehe auch 4.3.1.)

4.2 Allgemeines

4.2.1 Überleitung von Schlüsselnummern der ICD-10-GM in Risikokategorien des Klassifikationssystems

Die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien wird in den folgenden Ausführungen überwiegend als Überleitung von Schlüsselnummern der ICD-10-GM in Risikokategorien bzw. in der Kurzform als ICD-CC-Überleitungen bezeichnet. Als Risikokategorien sind hier immer die diagnosebezogenen Risikokategorien Condition Category (CC) und Hierarchical Condition Category (HCC) gemeint. Ebenso gilt die Angabe der Kurzform „ICD-CC-Überleitung(en)“ immer auch für „ICD-HCC-Überleitung(en)“.

4.2.2 Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

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. Ausführlicheres hierzu ist unter 4.2.3 beschrieben. 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).

4.2.3 Variante H und ihre „Weiterentwicklung“

Bis zur Version 0.2.3 hatte jede Version des Klassifikationssystems verschiedene Varianten. Diese unterschieden sich bei der Klassifizierung der Diagnosen hauptsächlich in der Verwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, teilweise auch der Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung.

Bei Variante H werden alle ICD-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesichert) und eine Auswahl von ICD-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ (Zustand nach) in Risikokategorien übergeleitet. ICD-Kodes mit den Zusatzkennzeichen „A“ (ausgeschlossen) oder „V“ (Verdacht auf) werden nicht in Risikokategorien übergeleitet. Die Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung werden bei Variante H nicht zur Klassifizierung verwendet.

Alle Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems bis zur aktuellen Version p06b erfolgten ausschließlich für die in Variante H festgelegte Verwendung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung. Damit entfiel die Notwendigkeit der Angabe einer Variante des Klassifikationssystems.

4.2.4 Einfache und bedingte ICD-CC-Überleitungen

Weitere Kriterien für ICD-CC-Überleitungen sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Einerseits ist es möglich, dass ICD-Schlüsselnummern überhaupt nur bei einem bestimmten Alter (einer bestimmten Altersspanne) und/oder einem bestimmten Geschlecht in eine Risikokategorie übergeleitet werden. Andererseits kann es sein, dass eine ICD-Schlüsselnummer in Abhängigkeit von Alter und/oder Geschlecht mehrere ICD-CC-Überleitungen hat.

In den folgenden Ausführungen wird von einfachen ICD-CC-Überleitungen gesprochen, wenn eine ICD-Schlüsselnummer nur eine Überleitung hat, die entweder nur für ein bestimmtes Alter und/oder ein bestimmtes Geschlecht oder für jedes Alter und jedes Geschlecht gilt. Von bedingten ICD-CC-Überleitungen wird gesprochen, wenn eine ICD-Schlüsselnummer in Abhängigkeit von Alter und/oder Geschlecht zwei verschiedene Überleitungen hat.

4.2.5 Doppelte ICD-CC-Überleitungen

Nach den bisher beschriebenen Regeln kann eine ICD-Schlüsselnummer in Verbindung mit den Kriterien „Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit“, „Alter“ und/oder „Geschlecht“ zwar verschiedene Überleitungen in Risikokategorien haben, letztendlich wird sie aber entsprechend diesen Kriterien immer nur in eine Risikokategorie übergeleitet. In wenigen Einzelfällen wird eine ICD-Schlüsselnummer jedoch unabhängig von den genannten Kriterien immer gleichzeitig in zwei Risikokategorien übergeleitet. Zum Beispiel (KS87a-Version p06b) wird „E10.20 Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet“ immer gleichzeitig übergeleitet in „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ und in „CC020 Typ-1-Diabetes mellitus“. In den folgenden Ausführungen wird in diesen Fällen die Begrifflichkeit „doppelte ICD-CC-Überleitung“ verwendet.

4.2.6 Jahresversionen der ICD-10-GM

Das Klassifikationssystem 0.2.3 ermöglichte die Überleitung in Risikokategorien für die Schlüsselnummern der ICD-Versionen 2006, 2007 und 2008. Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen zwischen den Klassifikationssystem-Versionen 0.2.3 und p06b werden deshalb im Folgenden für diese drei Jahresversionen der ICD-10-GM beschrieben.

Das Klassifikationssystem p06b ermöglicht auch die Überleitung in Risikokategorien für die Schlüsselnummern der ICD-Versionen 2009, 2010 und 2011. Unter 4.16 bis 4.19 werden alle neuen und gestrichenen ICD-CC-Überleitungen dargestellt, die sich aufgrund der in das Klassifikationssystem aufgenommenen ICD-Jahresversionen 2009, 2010 und 2011 ergaben.

4.3 Überblick über die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems KS87a von der Version 0.2.3 zur Version p06b

4.3.1 KS87a-Versionierung

Im Verlauf der drei Jahre zwischen den Versionen 0.2.3 und p06b gab es zwei Änderungen der KS87a-Versionierung. Die erste betraf die Kennzeichnung des Zeithorizontes, für den die jeweilige Version eines Klassifikationssystems erstellt wurde, und die zweite betraf die Abbildung der fortlaufenden Nummerierung.

Entsprechend dem vom 15. EBA beschlossenen Modell erfolgte die Anwendung des Klassifikationssystems 0.2.3 für einen zweijährig prospektiven Zeithorizont (zweijährig prospektives Modell). Zweijährig prospektiv heißt, dass bei der Regressionsrechnung zur Bestimmung der Kostengewichte der Risikokategorien jeweils von denselben Versicherten die Diagnosen des Jahres X und die Leistungsbedarfe des Jahres X+2 benutzt werden. Der 269. BA hat für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems beschlossen, dass der zweijährig prospektive Zeithorizont beibehalten wird.

Bei der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems gab es in der Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien keine Unterschiede im Bezug auf den anzuwendenden Zeithorizont. Im Rahmen der folgenden Weiterentwicklungen entstanden im Bezug auf den anzuwendenden Zeithorizont unterschiedliche Klassifikationssysteme. Seitdem wird der Zeithorizont in der Versionierung durch einen führenden Kleinbuchstaben gekennzeichnet. Das führende kleine „p“ in p06b kennzeichnet somit ein zweijährig prospektives Klassifikationssystem. Für das zeitgleiche Modell wird anstelle des „p“ entsprechend ein kleines „z“ verwendet.

Die Änderung der fortlaufenden Nummerierung der Klassifikationssystem-Versionen erfolgte zur Verbesserung der Übersichtlichkeit und EDV-technischen Handhabbarkeit. Die bis zur Version 0.4.0 gültige dreistufige Versionierung, obere/mittlere/untere Versionsebene als jeweils einstellige Zahl, getrennt durch einen Punkt, wurde ersetzt durch eine zweistufige Versionierung. Zum Beispiel bei „p06b“ steht direkt (ohne Trennzeichen) hinter dem führenden kleinen „p“ (s.o.) „06“ als Hauptversionsnummer (fortlaufende zweistellige Zahl). Wieder ohne Trennzeichen folgt der „06“ der Kleinbuchstaben „b“. Dieser benennt die jeweilige Unterversion (fortlaufende Kleinbuchstaben des Alphabets).

4.3.2 Parameter der Version 0.2.3, Variante H

32 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)

196 diagnosebezogene Risikokategorien (CC, Condition Categories)

Mit Hierarchisierung der diagnosebezogenen Risikokategorien (HCC, Hierarchical Condition Categories)

30 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien (ACC, Aggregated Condition Categories)

Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2008 klassifizierbar

Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) „G“ (gesichert), ausgewählte mit „Z“ (Zustand nach) und keine mit „A“ (ausgeschlossen) oder „V“ (Verdacht auf)

Kein Unterschied zwischen zeitgleichem und prospektivem Zeithorizont

Versand bzw. Bereitstellung des Datenträgers mit dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des BA am 10. März 2010

4.3.3 Parameter der Version 0.3.0 (Variante H)

Entfernung aller Überleitungen von nicht endständigen (ungültigen) dreistelligen ICD-Kodes in Risikokategorien (siehe 4.4)

Weitere Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Kodes in Risikokategorien (siehe 4.12)

Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2009 klassifizierbar (siehe 4.17)

Unverändert gegenüber Version 0.2.3:

- 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- 196 diagnosebezogene Risikokategorien
- Mit Hierarchisierung
- 30 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien
- Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“, ausgewählte mit „Z“ und keine mit „A“ oder „V“
- Kein Unterschied zwischen zeitgleichem und prospektivem Zeithorizont

Versand bzw. Bereitstellung des Datenträgers mit dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des BA am 18. April 2010

4.3.4 Parameter der Version 0.4.0

Zwei neue (spezielle) diagnosebezogene Risikokategorien:

- CC201 NonCW-CC (sogenannte Null-CC) (siehe 4.6)
- CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC (siehe 4.7)

Entfernung aller Überleitungen in Risikokategorien „für die Mutter“ bei ICD-Kodes, die Krankheiten von Neugeborenen und Säuglingen verschlüsseln (siehe 4.5)

Weitere Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Kodes in Risikokategorien (siehe 4.12)

Ohne Hierarchisierung

31 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien

Unverändert gegenüber Version 0.3.0:

- 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- 196 diagnosebezogene Risikokategorien
- Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2009 klassifizierbar
- Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“, ausgewählte mit „Z“ und keine mit „A“ oder „V“
- Kein Unterschied zwischen zeitgleichem und prospektivem Zeithorizont

Versand bzw. Bereitstellung des Datenträgers mit dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des BA am 1. Juli 2010

4.3.5 Parameter der Version p05a

Überarbeitung der Hierarchisierung der diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 4.13)

Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Kodes in Risikokategorien (siehe 4.12)

195 diagnosebezogene Risikokategorien

Mit Hierarchisierung

2-Jahres prospektiver Zeithorizont

Unverändert gegenüber Version 0.4.0:

- 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- 31 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien
- Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2009 klassifizierbar
- Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“, ausgewählte mit „Z“ und keine mit „A“ oder „V“

Versand bzw. Bereitstellung des Datenträgers mit dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des BA am 29. November 2010

4.3.6 Parameter der Version p06a

Umfassende Änderungen der Überleitungen von ICD-Kodes in Risikokategorien

- ACC004 Diabetes mellitus (siehe 4.9)
- ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (siehe 4.11)
- ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (siehe 4.10)
- CC166 Schwere Symptome, abnorme Befunde (siehe 4.8)
- CC167 Schwindel, Unwohlsein und andere Allgemeinsymptome (siehe 4.8)
- CC183 Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratung zur Kontrazeption (siehe 4.8)
- CC201 NonCW-CC (sogenannte Null-CC) (siehe 4.6)
- CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC (siehe 4.7)
- Weitere Änderungen einzelner ICD-CC-Überleitungen (siehe 4.12)
- Änderung von Alters- und/oder Geschlechtsgrenzen (siehe 4.15)

Überarbeitung der Hierarchisierung der diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 4.13)

192 diagnosebezogene Risikokategorien

Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2011 klassifizierbar (siehe 4.18 und 4.19)

Unverändert gegenüber Version p05a:

- 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- Mit Hierarchisierung
- 31 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien
- Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“, ausgewählte mit „Z“ und keine mit „A“ oder „V“
- 2-Jahres prospektiver Zeithorizont

Versand bzw. Bereitstellung des Datenträgers mit dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des BA am 22. März 2012

4.3.7 Parameter der Version p06b

Überarbeitung der Hierarchisierung der diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 4.13)

Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Kodes in Risikokategorien (siehe 4.12)

190 diagnosebezogene Risikokategorien

32 aggregierte diagnosebezogene Risikokategorien

Unverändert gegenüber Version p06a:

- 32 Alters- und Geschlechtsgruppen
- Mit Hierarchisierung
- Diagnosen der ICD-Versionen 2006 bis 2011 klassifizierbar
- Klassifiziert werden alle ICD-Kodes mit dem ZK-DS „G“, ausgewählte mit „Z“ und keine mit „A“ oder „V“
- 2-Jahres prospektiver Zeithorizont

Online-Bereitstellung dieser Version des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses für die Trägerorganisationen des BA am 8. August 2012

4.4 Entfernung aller ICD-CC-Überleitungen für nichtendständige (nichtterminale) dreistellige Schlüsselnummern der ICD-10-GM

Die Version 0.2.3 des Klassifikationssystems enthielt mehr als 1.600 Überleitungen von nichtendständigen dreistelligen ICD-Schlüsselnummern. Die Verwendung der nichtendständigen Dreisteller ist jedoch laut § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) nicht gestattet. Außerdem ist es grundsätzlich schwierig, einen nichtendständigen Dreisteller sachgerecht in Risikokategorien überzuleiten, wenn die Vier- und gegebenenfalls Fünfsteller unter diesem Dreisteller nicht in die gleiche(n), sondern in unterschiedliche Risikokategorien übergeleitet werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems bis zur aktuellen Version p06b wurden deshalb alle ICD-CC-Überleitungen für nichtendständige (nichtterminale) dreistellige Schlüsselnummern der ICD-10-GM aus dem Klassifikationssystem entfernt. Für die einzelnen Jahresversionen der ICD-10-GM betraf dies die folgenden Anzahlen an ICD-CC-Überleitungen bzw. ICD-Schlüsselnummern.

4.4.1 ICD-10-GM Version 2006

Insgesamt wurden 1.624 Überleitungen von 1.433 nichtendständigen dreistelligen Schlüsselnummern der Version 2006 der ICD-10-GM auf Risikokategorien aus dem Klassifikationssystem entfernt. Dies waren:

- 1.508 Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) „G“ (gesichert), darunter 1.358 einfache Überleitungen und 150 bedingte Überleitungen und
- 116 Überleitungen mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach), darunter nur einfache Überleitungen.

4.4.2 ICD-10-GM Version 2007

Insgesamt wurden 1.626 Überleitungen von 1.435 nichtendständigen dreistelligen Schlüsselnummern der Version 2007 der ICD-10-GM auf Risikokategorien aus dem Klassifikationssystem entfernt. Dies waren:

- 1.510 Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) „G“ (gesichert), darunter 1.360 einfache Überleitungen und 150 bedingte Überleitungen und
- 116 Überleitungen mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach), darunter nur einfache Überleitungen.

4.4.3 ICD-10-GM Version 2008

Insgesamt wurden 1.627 Überleitungen von 1.436 nichtendständigen dreistelligen Schlüsselnummern der Version 2008 der ICD-10-GM auf Risikokategorien aus dem Klassifikationssystem entfernt. Dies waren:

- 1.511 Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) „G“ (gesichert), darunter 1.361 einfache Überleitungen und 150 bedingte Überleitungen und
- 116 Überleitungen mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach), darunter nur einfache Überleitungen.

4.5 Entfernung aller ICD-CC-Überleitungen für „Neugeborenen-Schlüsselnummern“ der ICD-10-GM auf „CC für die Mutter“

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems gab es 467 bedingte ICD-CC-Überleitungen, weil ICD-Schlüsselnummern für Krankheiten und Zustände bei Neugeborenen und Säuglingen (überwiegend aus dem ICD-Kapitel „XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)“)

1. unabhängig vom Geschlecht und bei dem Alter „0 bis 1 Jahr“ in die Risikokategorien für Krankheiten und Zustände bei Neugeborenen und Säuglingen und
2. bei dem Geschlecht „weiblich“ und dem Alter „8 bis 59 Jahre“ in die „CC145 Vollständiger Schwangerschaftsverlauf, angeborene und erworbene Schädigung des Feten“

übergeleitet wurden.

Der Hintergrund für die unter 2. genannten Überleitungen findet sich im amerikanischen Ursprung des Klassifikationssystems. In den USA haben Neugeborene und Säuglinge häufig noch keine eigene Versichertennummer. Die ICD-Schlüsselnummern für ihre Krankheiten und Zustände werden deshalb mit im Datensatz der Mutter (unter der Versichertennummer der Mutter) dokumentiert. Da dieser Aspekt für die Anwendung des Klassifikationssystems in Deutschland (gemäß § 87a SGB V) keine Rolle spielt, wurden die 467 ICD-CC-Überleitungen von „Neugeborenen-Schlüsselnummern“ auf eine „Risikokategorie für die Mutter“ (CC145) im Rahmen der Weiterentwicklung von der Version 0.2.3 zur aktuellen Version p06b aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Die 467 Überleitungen (467 ICD-Schlüsselnummern) waren in den drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008) identisch. Unter den 467 Schlüsselnummern waren jeweils 57 nichtendständige Dreisteller, die auch unter 4.4 genannt werden.

4.6 Neue Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ (sogenannte „Null-CC“)

Bei der Anwendung des Klassifikationssystems gemäß § 87a SGB V werden die Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk ermittelt, die gemäß § 87a Abs. 5 SGB V als Empfehlung des Bewertungsausschusses für die Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen sind. Einige Schlüsselnummern der ICD-10-GM besitzen – aufgrund der Leistungsabgrenzung in der Gesamtvergütung – jedoch keinen unmittelbaren Bezug zu den Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, zum Beispiel

- weil sie grundsätzlich keinen Leistungsbedarf abbilden (z.B. Y36.9! Verletzungen durch Kriegshandlungen),

- weil sie sich auf Leistungen außerhalb der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beziehen (z.B. Z24.0 Notwendigkeit der Impfung gegen Poliomyelitis),
- weil sie sich auf Leistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs bzw. des EBM beziehen (z.B. Z41.1 Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen) oder
- weil der Leistungsbedarf der Krankheit durch mindestens einen anderen ICD-Kode spezifischer abgebildet wird (z.B. Z92.2 Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese).

Der mit Beschluss der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses festgelegten grundlegenden Zielsetzung, dass das Klassifikationssystem alle Diagnosen berücksichtigen soll, die für die MGV-relevante Veränderung der Morbiditätsstruktur maßgeblich sind, entspricht das Vorgehen, dass für derartig eingestufte Schlüsselnummern die bestehenden Überleitungen in Risikokategorien aus dem Klassifikationssystem entfernt und durch die Überleitung in die eigens dafür geschaffene „CC201 NonCW-CC“ ersetzt. Das Kostengewicht der CC201 ist normativ auf 0 (null) gesetzt wurden. Dadurch wird erreicht, dass solche ICD-Schlüsselnummern, die wie oben beschrieben, keinen Bezug zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit keinen Bezug zur MGV-relevanten Veränderung der Morbiditätsstruktur besitzen, bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht berücksichtigt werden. Die Festlegung des Kostengewichtes der CC201 auf den Wert 0 erklärt auch die Namensgebung „NonCW-CC“ bzw. „Null-CC“. Die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ wurde erstmals mit der Version 0.4.0 am 1. Juli 2010 ausgeliefert (siehe 4.3.4).

Die „CC201 NonCW-CC“ unterliegt keiner Hierarchisierung. Sie wurde der ebenfalls neu geschaffenen aggregierten Risikokategorie (ACC, Aggregated Condition Category) „ACC000 NonCW-ACC“ zugeordnet. Die ACC000 enthält nur die CC201.

Für die Jahresversion 2006 der ICD-10-GM wurde bei 390 Schlüsselnummern die bestehende ICD-CC-Überleitung in eine Überleitung in die „CC201 NonCW-CC“ geändert. Für die Jahresversion 2007 betraf dies 397 ICD-Schlüsselnummern und für 2008 416 Schlüsselnummern. Alle ICD-CC-Überleitungen waren einfache Überleitungen. Die Tabelle mit allen Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die in die neue „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet werden, befindet sich im Anhang 7.

Da die ICD-10-GM unterschiedlichen Anwendungszwecken dient, enthält sie Codes, die wie oben beschrieben nicht geeignet sind, um den „MGV-relevanten Leistungsbedarf“ abzubilden. Oder sie beschreiben unklare Symptome bzw. Befunde, die im weiteren Krankheitsverlauf durch spezifischere Diagnosenkodex ersetzt werden. Bei der Überarbeitung wurde jeder Codebereich jeweils kritisch daraufhin geprüft inwieweit eine Regelung über das Klassifikationssystem notwendig und möglich ist, um die entsprechenden Behandlungsanlässe und Krankheitsverläufe möglichst sachgerecht abzubilden.

4.7 Neue Risikokategorie „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“

Einige Schlüsselnummern der ICD-10-GM beschreiben bestimmte Symptome, Befunde oder Zustände, die typischerweise bei Krankheiten auftreten, für die es eigene spezifische ICD-Schlüsselnummern gibt. Einige Beispiele für solche ICD-Schlüsselnummern enthält die folgende Tabelle.

ICD-10-GM	
Kode	Text
E87.2	Azidose
H57.1	Augenschmerzen
R05	Husten
R11	Übelkeit und Erbrechen
R23.1	Blässe
R42	Schwindel und Taumel
R51	Kopfschmerz
R82.3	Hämoglobinurie
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl

Tabelle 18: Beispiele für Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die bestimmte Symptome, Befunde oder Zustände beschreiben, die typischerweise bei Krankheiten auftreten, für die es eigene spezifische ICD-Schlüsselnummern gibt

Bei der Ermittlung von Veränderungsraten der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sollten solche ICD-Schlüsselnummern nur berücksichtigt werden, wenn sich im Datensatz des Versicherten kein einziger spezifischerer ICD-Kode befindet. Die bereits zuvor begonnene Umsetzung dieser, zu den Vorgaben der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems aus der 269. Sitzung des Bewertungsausschusses passenden Zielstellung, führte zu zwei strukturellen Änderungen im Klassifikationssystem.

1. Für alle Schlüsselnummern der ICD-10-GM, für die der beschriebene Aspekt zutrifft, wurden die bestehenden Überleitungen in Risikokategorien aus dem Klassifikationssystem entfernt und durch die Überleitung in die neu geschaffene „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ ersetzt.
2. In den Klassifikations-Algorithmus wurde der neue Schritt „Symptom-Unterordnung“ eingefügt. Es handelt sich hierbei um eine Hierarchie-Tabelle, die die neue CC202 allen anderen CC (außer der „CC201 NonCW-CC“) unterordnet. Die „Symptom-Unterordnung“ ist völlig unabhängig von der sonstigen Hierarchisierung im Klassifikationssystem (CC→HCC) und darf nicht mit dieser verwechselt werden.

Die „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ unterliegt ansonsten keiner Hierarchisierung. Sie wurde der ebenfalls neu geschaffenen aggregierten Risikokategorie „ACC031 Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der ACC031“ zugeordnet. Die ACC031 enthält nur die CC202.

Für die Jahresversion 2006 der ICD-10-GM wurden bei 390 Schlüsselnummern die bestehenden ICD-CC-Überleitungen in Überleitungen in die „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ geändert. Für die Jahresversionen 2007 und 2008 betraf dies 391 ICD-Schlüsselnummern. 381 (2006) bzw. 382 (2007 und 2008) ICD-CC-Überleitungen waren einfache Überleitungen. Neun in allen drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008) identische Schlüsselnummern wiesen bedingte Überleitungen auf. Von diesen bedingten Überleitungen hatte immer nur jeweils eine für die hier beschriebene Weiterentwicklung des Klassifikationssystems Relevanz. Die jeweils zweite Überleitung dieser neun ICD-Kodes in eine Risikokategorie wurde durch die unter 4.5 beschriebenen Bearbeitungen aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Die Tabelle mit allen Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die in die neue „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet werden, befindet sich im Anhang 8.

Im Rahmen der Entfernung bestehender ICD-CC-Überleitungen und deren Ersatz durch die Überleitung in die neu geschaffene CC202 entfielen die „CC172 Normale Geburt eines Einlings“ und „CC182 Rehabilitation“ aus dem Klassifikationssystem. Insgesamt drei Hierarchien, an denen die Risikokategorie CC172 beteiligt war, wurden aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Auch diese zusätzliche „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ verhindert, dass unspezifische Symptome, für die es erklärende spezifische Diagnosen gibt, zusätzliche Risikoklassen auslösen. Bei der Überarbeitung wurde jeder Codebereich jeweils kritisch daraufhin geprüft inwieweit eine Regelung über das Klassifikationssystem notwendig und möglich ist, um die entsprechenden Behandlungsanlässe und Krankheitsverläufe möglichst sachgerecht abzubilden. Solche Regelungen haben den Vorteil, dass sie das Klassifikationssystem robust gegenüber Fehlern und Ungenauigkeiten beim ICD-Kodieren machen und somit dazu beitragen, das System kodierstabiler zu gestalten. Die Risikokategorie „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ wurde erstmals mit der Version 0.4.0 am 1. Juli 2010 ausgeliefert (siehe 4.3.4).

4.8 Überarbeitung der drei Risikokategorien CC166, CC167 und CC183

In die drei Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 werden überwiegend ICD-Schlüsselnummern übergeleitet, die Symptome, Befunde, Zustände oder Behandlungsanlässe kodieren. Für alle ICD-Schlüsselnummern, die in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems in diese drei Risikokategorien übergeleitet werden, wurden alle ICD-CC-Überleitungen im Sinne ihrer medizinischen Korrektheit überprüft und gegebenenfalls geändert.

Im Ergebnis dieser Bearbeitung wurden alle drei Risikokategorien umbenannt. Die Tabelle 19 enthält sowohl ihre alten (Version 0.2.3) als auch ihre neuen (Version

p06b) Textbezeichnungen. Änderungen der Hierarchien der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 erfolgten nicht.

	CC-Kode	CC-Text
Version 0.2.3	CC166	Schwere Symptome, abnorme Befunde
	CC167	Schwindel, Unwohlsein und andere Allgemeinsymptome
	CC183	Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratung zur Kontrazeption
Version p06b	CC166	Schwere Symptome
	CC167	Allgemeinsymptome und Missbrauch von Personen
	CC183	Antikoagulation als Dauertherapie

Tabelle 19: Textbezeichnungen der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183

Die Tabellen im Anhang 9 enthalten alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden.

Die Änderungen sind der Tatsache geschuldet, dass gerade aus diesen drei Risikokategorien viele Codes in die „CC201 NonCW-CC“ oder in die „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ verschoben wurden. Die Zuordnungen der verbleibenden Codes wurden in diesem Kontext ebenfalls überarbeitet.

Die Überleitungsänderung der ICD-Schlüsselnummer „R15 Stuhlinkontinenz“ wird auch unter 4.10 und die von „Z41.2 Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen“ auch unter 4.6 und 4.15.4 genannt. Außerdem wurden im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183

- 84 ICD-CC-Überleitungen, die auch unter 4.4 genannt werden, von nicht-endständigen Dreistellern aus dem Klassifikationssystem entfernt,
- 311 ICD-CC-Überleitungen, die auch unter 4.6 genannt werden, durch die Überleitung in die neu geschaffene „CC201 NonCW-CC“ ersetzt und
- 178 ICD-CC-Überleitungen, die auch unter 4.7 genannt werden, durch die Überleitung in die neu geschaffene „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ ersetzt.

4.9 Überarbeitung der ACC004 Diabetes mellitus

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems sind der „ACC004 Diabetes mellitus“ die folgenden sechs diagnosebezogenen Risikokategorien zugeordnet.

ACC004 Diabetes mellitus (KS87a 0.2.3)	
CC-Kode	CC-Text
CC015	Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen
CC016	Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären oder neurologischen Komplikationen
CC017	Diabetes mellitus mit akuten oder sonstigen Komplikationen
CC018	Diabetes mellitus mit ophthalmologischen Komplikationen
CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
CC020	Typ 1 Diabetes mellitus

Tabelle 20: Alle Risikokategorien der „ACC004 Diabetes mellitus“ in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems

Für alle ICD-Schlüsselnummern, die in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems in diese sechs Risikokategorien übergeleitet werden, wurden alle ICD-CC-Überleitungen im Sinne ihrer medizinischen Korrektheit überprüft und gegebenenfalls geändert. Die wichtigsten Aspekte der Bearbeitung waren:

- Differenzierung nach den verschiedenen Diabetes-Typen und -Ätiologien, insbesondere zwischen dem Typ-1-Diabetes und den anderen Formen
- Differenzierung zwischen Diabetes mit und ohne Komplikation sowie zwischen Diabetes mit einer und mit mehreren Komplikationen
- Differenzierung zwischen Diabetes mit akuten und mit chronischen Komplikationen sowie zwischen den einzelnen spezifischen Diabetes-Komplikationen
- Differenzierung zwischen Diabetes mit und ohne Stoffwechsellentgleisung
- Vereinheitlichung der Überleitung der Sekundärkodes (*-Kodes) für Diabetes-Komplikationen
- Überleitung der Schlüsselnummern für den Schwangerschafts-Diabetes

Im Ergebnis dieser Bearbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ konnte die Anzahl der Risikokategorien um zwei CC reduziert werden und wurden von den verbliebenen vier Risikokategorien drei umbenannt. Eine leichte redaktionelle Anpassung erfolgte am Titel der CC020.

ACC004 Diabetes mellitus (KS87a p06b)	
CC-Kode	CC-Text
CC015	Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen
CC016	Diabetes mellitus mit sonstigen oder n.n.bez. Komplikationen
CC019	Diabetes mellitus ohne Komplikationen
CC020	Typ-1-Diabetes mellitus

Tabelle 21: Alle Risikokategorien der „ACC004 Diabetes mellitus“ in der Version p06b des Klassifikationssystems

Die CC020 unterliegt keiner Hierarchisierung. Die anderen Risikokategorien der „ACC004 Diabetes mellitus“ sind in der Version p06b des Klassifikationssystems wie folgt hierarchisiert: CC015 über CC016 über CC019. Insgesamt sieben Hierar-

chien, an denen die beiden entfallenen Risikokategorien CC017 und CC018 beteiligt waren, wurden aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Sämtliche Überarbeitungen der „ACC004 Diabetes mellitus“ erfolgten identisch für alle drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008). Die Tabellen im Anhang 10 enthalten alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der ACC004 durchgeführt wurden.

Die folgenden ICD-CC-Überleitungen der Version 0.2.3 wurden aus dem Klassifikationssystem entfernt, um nicht erforderliche doppelte Überleitungen zu vermeiden.

ICD-10-GM 2006, 2007, 2008		KS87a 0.2.3	
Kode	Text	Kode	Text
G59.0*	Diabetische Mononeuropathie	CC016	Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären oder neurologischen Komplikationen
G63.2*	Diabetische Polyneuropathie	CC016	Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären oder neurologischen Komplikationen
H36.0*	Retinopathia diabetica	CC018	Diabetes mellitus mit ophthalmologischen Komplikationen
O24.0	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
O24.1	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht primär insulinabhängig [Typ-2-Diabetes]	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
O24.2	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
O24.3	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft: Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
O24.9	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes

Tabelle 22: ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ aus dem Klassifikationssystem entfernt wurden

Außerdem wurden weitere sieben ICD-CC-Überleitungen von nichtendständigen Dreistellern entfernt, die unter 4.4 genannt werden und deshalb hier nicht noch einmal aufgeführt sind.

Zur Überarbeitung dieses sehr komplexen Krankheitsbildes, welches in der ICD-10-GM über das sogenannte Kreuz-Stern-System einer Doppelkodierung mit Angabe der Ätiologie und Manifestation unterliegt und darüber hinaus weitere Codes zur

Differenzierung in der Schwangerschaft aufweist, wurden verschiedene Konzepte beraten und ihre Auswirkungen jeweils berechnet. Neben den statistischen Effekten wurden medizinisch inhaltliche Sachverhalte und die umfangreichen Änderungen, die das Bundesversicherungsamt (BVA) in den Festlegungen zum Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Jahr 2010 durchgeführt hatte, mit einbezogen.

4.10 Überarbeitung der ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation

Im Klassifikationssystem sind der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ die folgenden neun diagnosebezogenen Risikokategorien zugeordnet.

ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation	
CC-Kode	CC-Text
CC128	Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats
CC129	Terminale Niereninsuffizienz
CC130	Abhängigkeit von Dialyse
CC131	Niereninsuffizienz, Nierenversagen
CC132	Nephritis
CC133	Stenosen der ableitenden Harnwege, Blasenfunktionsstörungen
CC134	Inkontinenz
CC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege
CC136	Andere Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege

Tabelle 23: Alle Risikokategorien der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“

Bis auf die ICD-Kodes der „CC128 Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats“, wurden für alle ICD-Schlüsselnummern, die in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems in die restlichen acht Risikokategorien übergeleitet werden, alle ICD-CC-Überleitungen im Sinne ihrer medizinischen Korrektheit überprüft und gegebenenfalls geändert. Die wichtigsten Aspekte der Bearbeitung waren:

- Differenzierung der Niereninsuffizienz entsprechend der Stadieneinteilung der ICD-10-GM
- Differenzierung der Niereninsuffizienz nach dem Aspekt der Dialysepflichtigkeit
- Differenzierung zwischen Nephritiden und Entzündungen der ableitenden Harnwege
- Differenzierung der Inkontinenzen entsprechend der Zuordnung zum Urogenital- oder Verdauungssystem

Eine Entfernung, Hinzufügung oder Umbenennung von Risikokategorien der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ fand nicht statt. Bis auf die Aufnahme der neuen Hierar-

chie „CC130 über CC129“, erfolgte auch keine Änderung der Hierarchisierung in der ACC022.

Sämtliche Überarbeitungen der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ erfolgten identisch für alle drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008). Die Tabellen im Anhang 11 enthalten alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der ACC022 durchgeführt wurden. Die Überleitungsänderungen der ICD-Schlüsselnummern „R31 Nicht näher bezeichnete Hämaturie“, „R36 Ausfluss aus der Harnröhre“, „Z90.5 Verlust der Niere(n)“ und „Z90.6 Verlust anderer Teile des Harntraktes“ werden auch unter 4.7 genannt.

Außerdem wurden im Rahmen der Überarbeitung der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ 36 ICD-CC-Überleitungen von nichtendständigen Dreistellern aus dem Klassifikationssystem entfernt, die unter 4.4 genannt werden und deshalb hier nicht noch einmal aufgeführt sind.

Von besonderer Bedeutung im Klassifikationssystem ist die „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ vor allem durch das Krankheitsbild der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz, da diese eine hohe ökonomische Relevanz besitzt und bei der Diagnosenverschlüsselung mit der ICD-10-GM einer Doppelkodierung mit Angabe der Niereninsuffizienz und der Dialyse unterliegt. Bei der Bearbeitung der ACC022 wurden verschiedene Konzepte entworfen und ihre Auswirkungen berechnet. Neben den statistischen Effekten wurden die medizinisch inhaltlichen Sachverhalte und die Änderungen, die das Bundesversicherungsamt (BVA) in den Festlegungen zum Klassifikationssystem für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Jahr 2010 durchgeführt hatte, mit einbezogen.

4.11 Teilbearbeitung der ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems sind der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ 16 diagnosebezogene Risikokategorien zugeordnet. Eine Überprüfung auf medizinische Korrektheit und gegebenenfalls Korrektur der ICD-CC-Überleitungen erfolgte nur für die fünf folgenden Risikokategorien.

Ausschnitt aus „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ (KS87a 0.2.3)	
CC-Kode	CC-Text
CC087	Schwere angeborene Herzfehler
CC088	Andere angeborene Herzfehler
CC089	Hypertensive Enzephalopathie
CC091	Essentielle Hypertonie
CC093	Andere Arrhythmien und Störungen des Reizleitungssystems
CC094	Extrasystolien
CC098*	Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen*

Tabelle 24: Die bearbeiteten Risikokategorien der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems
(*... Die CC098 gehört nicht zur ACC016 sondern zur „ACC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten“)

Ein Aspekt der Teilbearbeitung der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ war die Zusammenfassung der CC087 und der CC088 zur gemeinsamen, auch umbenannten „CC088 Angeborene Herz- und Gefäßkrankheiten“. Anlass waren die ermittelten statistischen Parameter und der Sachverhalt, dass die ICD-Schlüsselnummern für angeborene Herz- und Gefäßkrankheiten in der ambulanten Versorgung eine deutlich geringere Differenzierung im medizinischen Aufwand haben als bei Einbeziehung der stationären Versorgung. In der Tabelle 25 und dem der Tabelle folgenden Text sind die mit dieser Zusammenfassung von zwei Risikokategorien verbundenen Änderungen der ICD-CC-Überleitungen für die einzelnen Schlüsselnummern der ICD-10-GM dargestellt.

Ebenfalls zu einer gemeinsamen Risikokategorie zusammengefasst wurden die CC089 und die CC098. Die zusammengefasste, auch wieder entsprechend umbenannte Risikokategorie ist die „CC098 Hypertensive Enzephalopathie, zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen“. Hauptaspekt dieser Bearbeitung war die Beseitigung einer Hierarchieverletzung (zu Hierarchieverletzung siehe 4.13) zwischen der CC089 und der CC091 (CC089 über CC091). In der Tabelle 26 und der Tabelle 27 ist die mit dieser Zusammenfassung von zwei Risikokategorien verbundene Änderungen der ICD-CC-Überleitung des Codes „I67.4 Hypertensive Enzephalopathie“ dargestellt.

Durch die beiden beschriebenen Zusammenfassungen entfielen die beiden Risikokategorien CC087 und CC089. Die insgesamt fünf Hierarchien, an denen diese beiden Risikokategorien beteiligt waren, wurden aus dem Klassifikationssystem entfernt. Im Rahmen der Teilbearbeitung der ACC016 wurden auch zwei Hierarchien zwischen Risikokategorien verändert. In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems galt „CC080 über CC090“ und „CC083 über CC094“. Bei p06b gilt „CC090 über

CC080“ und zwischen CC083 und CC094 gibt es keine Hierarchisierung mehr. Alle anderen Hierarchien zwischen den Risikokategorien der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ blieben unverändert.

Sämtliche Überarbeitungen der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ erfolgten identisch für alle drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008). 24 geänderte ICD-CC-Überleitungen waren bedingte Überleitungen, betrafen also nur 12 Schlüsselnummern der ICD-10-GM. Diese werden im Klassifikationssystem einerseits mit der unteren Altersgrenze 0 Jahre und der oberen Altersgrenze 17 Jahre und andererseits mit der unteren Altersgrenze 18 Jahre und der oberen Altersgrenze 124 Jahre übergeleitet. Jede Überleitung erfolgt aber immer in dieselbe Risikokategorie. In der folgenden Tabelle sind diese 12 ICD-Schlüsselnummern aufgeführt.

ICD-10-GM (2006 bis 2008)	
Kode	Text
Q24.0	Dextrokardie
Q24.1	Lävokardie
Q24.2	Cor triatriatum
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen
Q26.9	Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet

Tabelle 25: Alle Schlüsselnummern mit bedingten ICD-CC-Überleitungen, deren Überleitungen im Rahmen der Bearbeitung der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ geändert wurden

Alle 12 Schlüsselnummern der ICD-10-GM wurden in der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems in die „CC087 Schwere angeborene Herzfehler“ und werden jetzt in der Version p06b in die „CC088 Angeborene Herz- und Gefäßkrankheiten“ übergeleitet.

Alle bei der Teilbearbeitung der „ACC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ geänderten einfachen Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern in Risikokategorien sind in den folgenden beiden Tabellen dargestellt.

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
I51.7	Kardiomegalie	CC094	CC202
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	CC089	CC098
Q27.0	Angeborenes Fehlen oder Hypoplasie der A. umbilicalis	CC088	CC171
R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	CC093	CC202
R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet	CC093	CC202

Tabelle 26: Alle Änderungen von einfachen ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der ACC016 durchgeführt wurden (*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 27)

	CC-Kode	CC-Text
Version 0.2.3	CC088	Andere angeborene Herzfehler
	CC089	Hypertensive Enzephalopathie
	CC093	Andere Arrhythmien und Störungen des Reizleitungssystems
	CC094	Extrasystolien
Version p06b	CC098	Hypertensive Enzephalopathie, zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen
	CC171	Andere Probleme des Neugeborenen während der Perinatalperiode
	CC202	Hierarchisch niedrigste Symptom-CC

Tabelle 27: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 26

Die Überleitungsänderungen der ICD-Schlüsselnummern „I51.7 Kardiomegalie“, „R00.0 Tachykardie, nicht näher bezeichnet“ und „R00.1 Bradykardie, nicht näher bezeichnet“ werden auch unter 4.7 genannt.

4.12 Weitere Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien

Bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version 0.2.3 zur aktuellen Version p06b wurden zur Verbesserung der medizinischen Zuordnungsgenauigkeit und zur weiteren Anpassung des Klassifikationssystems an die Verwendungen gemäß § 87a SGB V weitere 28 Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien geändert. Diese 28 geänderten ICD-CC-Überleitungen sind für alle drei Jahresversionen der ICD-10-GM (2006, 2007 und 2008) identisch und in den Tabellen im Anhang 12 aufgeführt.

Ein Aspekt dieser Bearbeitung war die Zusammenfassung der „CC168 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000g“ und der „CC169 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g“ zur gemeinsamen, entsprechend umbenannten „CC168 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g“. Anlass waren die ermittelten statistischen Parameter und der Sachverhalt, dass die ICD-Schlüsselnummern für Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g in der ambulanten Versorgung eine deutlich geringere Differenzierung im medizinischen Aufwand haben als bei Einbeziehung der stationären Versorgung.

Aufgrund der ermittelten statistischen Parameter und ihrem medizinisch inhaltlichen Zusammenhang wurden auch die „CC053 Schädlicher Gebrauch von Tabak, Alkohol, Drogen, Arzneimittel“ und die „CC197 Alkoholabhängigkeit“ zur gemeinsamen, entsprechend umbenannten „CC053 Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Tabak, Alkohol, Drogen, Arzneimittel“ zusammengefasst.

Durch die beiden beschriebenen Zusammenfassungen entfielen die beiden Risikokategorien CC169 und CC197. Die insgesamt fünf Hierarchien, an denen diese bei-

den Risikokategorien beteiligt waren, wurden aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Zwei andere beispielhafte Aspekte für die weiteren Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien waren:

- Vereinheitlichung der ICD-CC-Überleitungen für die Gefäßerkrankungen am Magen-Darm-Trakt: In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems erfolgten diese Überleitungen teilweise in Risikokategorien für Krankheiten des Magen-Darm-Traktes und teilweise in Risikokategorien für Blutgefäßerkrankungen. In der Version p06b werden die Gefäßerkrankungen am Magen-Darm-Trakt einheitlich in Risikokategorien für Krankheiten des Magen-Darm-Traktes übergeleitet.
- Verbesserung der medizinischen Zuordnung anamnestisch erhobener Tumorerkrankungen: In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems wurden alle ICD-Schlüsselnummern aus „Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese“ in die „CC184 Erkrankungen in der Eigen- oder Familienanamnese“ übergeleitet. In der Version p06b erfolgt die Überleitung in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

4.13 Weitere Änderungen von Hierarchien zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien

Alle im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems durchgeführten Änderungen von Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien wurden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die bestehenden Hierarchien geprüft. Hierarchieverletzungen wurden im Regelfall durch eine der drei unter 4.13.1 bis 4.13.3 beschriebenen Anpassungen behoben: Entfernung der Hierarchie, Änderung (Umkehrung) der Hierarchie oder Neuaufnahme einer/mehrerer Hierarchie/n. Eine Hierarchieverletzung lag dann vor, wenn das Kostengewicht einer untergeordneten hierarchisierten Risikokategorie größer war als das Kostengewicht der übergeordneten hierarchisierten Risikokategorie.

Einige Hierarchieverletzungen wurden bewusst belassen. Die Gründe dafür waren zum einen, dass die bestehende Hierarchie zwischen zwei Risikokategorien medizinisch sinnvoll war und zum anderen, dass die Bewertungen der beiden Risikokategorien sehr nah beieinander lagen. Ein typisches Beispiel für das Vorliegen beider Gründe war das Belassen der Hierarchieverletzung zwischen der „CC123 Katarakt“ und der „CC124 Andere Erkrankungen des Auges“ (CC123 über CC124).

Einzelne Änderungen von Hierarchien wurden bereits in den vorhergehenden Abschnitten dieses Berichtskapitels beschrieben. Alle weiteren Hierarchie-Anpassungen werden im Folgenden dargestellt.

4.13.1 Aus dem Klassifikationssystem entfernte Hierarchien

<u>CC 1</u>	<u>ÜBER</u>	<u>CC 2</u>
CC002 Sepsis/Schock		CC005 Opportunistische Infektionen
CC002 Sepsis/Schock		CC006 Andere Infektionskrankheiten
CC002 Sepsis/Schock		CC112 Pneumokokkenpneumonie, Emyem, Lungenabszess
CC003 Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems		CC006 Andere Infektionskrankheiten
CC012 Gutartige Neubildungen, Karzinoma in situ Verdauungssystem, Niere, ableitende Harnwege		CC200 Zustand nach Malignom
CC054 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		CC056 Reaktive und nicht näher spezifizierte Psychosen*
CC054 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		CC198 Essstörung
CC055 Bipolare Störungen, depressive Episoden		CC056 Reaktive und nicht näher spezifizierte Psychosen*
CC055 Bipolare Störungen, depressive Episoden		CC198 Essstörung
CC061 Schwerste Intelligenzstörungen, mit/ohne Verhaltensstörungen		CC066 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*
CC062 Schwere Intelligenzstörungen, mit/ohne Verhaltensstörungen		CC066 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*
CC063 Mittelgradige Intelligenzstörungen, mit/ohne Verhaltensstörungen		CC066 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*
CC064 Leichte Intelligenzstörungen, mit/ohne Verhaltensstörungen		CC066 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*
CC065 Verhaltens- und emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens		CC066 Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*
CC104 Arterielle Embolien, Thrombosen		CC195 Ausschluss Gefäßerkrankung*
CC118 Netzhautablösung		CC121 Maculadegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut
CC118 Netzhautablösung		CC124 Andere Erkrankungen des Auges
CC155 Frakturen des Gesichtsschädels, sonstige Gehirnverletzungen		CC156 Gehirnerschütterung oder sonstige Kopfverletzung
CC198 Essstörung		CC059 Somatoforme Störungen
CC198 Essstörung		CC060 Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen

Tabelle 28: Alle weiteren Hierarchien, die aus dem Klassifikationssystem entfernt wurden (... Diese Risikokategorien waren bereits in einer früheren Version des Klassifikationssystems (vor Version 0.2.3) entfallen oder waren Bestandteil einer anderen Variante der KS87a-Version 0.2.3, also nicht Variante H. Die Hierarchien, an denen sie beteiligt waren, wurden aber erst im Rahmen der Weiterentwicklung zwischen den KS87a-Versionen 0.2.3 und p06b aus dem Klassifikationssystem entfernt.)*

4.13.2 Geänderte (umgekehrte) Hierarchien

In der folgenden Tabelle sind die Hierarchien zwischen diagnosebezogenen Risikokategorien (CC1 über CC2) der Version p06b des Klassifikationssystems aufgeführt, die in der KS87a-Version 0.2.3 eine umgekehrte hierarchische Beziehung (CC2 über CC1) hatten.

CC 1	ÜBER	CC 2
CC024 Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen		CC021 Mangelernährung
CC024 Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen		CC023 Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC055 Bipolare Störungen, depressive Episoden		CC054 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
CC097 Verschluss extrakranieller hirnvorsorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken		CC096 Zerebrale Ischämie
CC098 Hypertensive Enzephalopathie, zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen*		CC096 Zerebrale Ischämie
CC121 Maculadegeneration, periphere Degeneration der Netzhaut		CC120 Diabetische und andere vaskuläre Retinopathien
CC173 Organtransplantation		CC175 Z.n. Gewebetransplantation, Versagen, Abstoßung nach Organtransplantation
CC188 Gutartige Neubildungen des Gehirns, der Hirnhäute		CC011 Gutartige Neubildungen, Karzinoma in situ der Atemwege, Pleura, Herz
CC188 Gutartige Neubildungen des Gehirns, der Hirnhäute		CC012 Gutartige Neubildungen, Karzinoma in situ Verdauungssystem, Niere, ableitende Harnwege

Tabelle 29: Alle weiteren Hierarchien der KS87a-Version p06b, deren hierarchische Beziehung geändert (umgekehrt) wurde
 (*...Diese Risikokategorie wurde im Rahmen der Weiterentwicklung zwischen den Versionen 0.2.3 und p06b auch umbenannt (siehe 4.11).)

4.13.3 Neu in das Klassifikationssystem aufgenommene Hierarchien

CC 1	ÜBER	CC 2
CC021 Mangelernährung		CC023 Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
CC022 Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen		CC021 Mangelernährung
CC022 Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen		CC023 Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
CC037 Entzündliche Erkrankungen der Knochen und Gelenke, Osteomyelitis, Faszitis, Knochennekrosen		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC038 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes

<u>CC 1</u>	ÜBER	<u>CC 2</u>
CC039 Deformitäten des Achsen skeletts		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC040 Cox- oder Gonarthrose		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC041 Erkrankungen des Knochens und des Knorpels		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC067 Tetraparese, Tetraplegie		CC039 Deformitäten des Achsen skeletts
CC067 Tetraparese, Tetraplegie		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC067 Tetraparese, Tetraplegie		CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
CC068 Paraparese, Paraplegie		CC039 Deformitäten des Achsen skeletts
CC068 Paraparese, Paraplegie		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC068 Paraparese, Paraplegie		CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
CC069 Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks		CC039 Deformitäten des Achsen skeletts
CC069 Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC069 Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks		CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
CC070 Muskeldystrophie		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes
CC070 Muskeldystrophie		CC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
CC095 Zerebrale Blutung		CC096 Zerebrale Ischämie
CC095 Zerebrale Blutung		CC099 Nicht näher bezeichnete zerebrovaskuläre Erkrankungen
CC097 Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken		CC095 Zerebrale Blutung
CC098 Hypertensive Enzephalopathie, zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen		CC095 Zerebrale Blutung
CC190 Knöchernen Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia		CC042 Angeborene Störungen und Entwicklungsstörungen des Skeletts und des Bindegewebes

Tabelle 30: Alle weiteren Hierarchien, die neu in das Klassifikationssystem aufgenommen wurden

4.14 Weitere Umbenennungen von diagnosebezogenen Risikokategorien

Neben den in den vorhergehenden Abschnitten bereits beschriebenen Umbenennungen von diagnosebezogenen Risikokategorien fanden noch die in der folgenden Tabelle dargestellten, redaktionellen Anpassungen der Titel einzelner Risikokategorien statt.

CC-Kode	CC-Text der Version 0.2.3	CC-Text der Version p06b
CC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatoiden Formenkreises	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises
CC114	Pleuraerguß/Pneumothorax	Pleuraerguss/Pneumothorax
CC159	Frakturen der Extremitäten inklusive pathologischer Frakturen	Extremitäten-Frakturen (inkl. pathologische Frakturen)
CC194	Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen
CC200	Zustand nach Malignom	Zustand nach Neubildung

Tabelle 31: Alle weiteren Umbenennungen von Risikokategorien

4.15 Änderung der Alters- und Geschlechts-Abgrenzungen in den Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien

Die Wirkung und Funktion von Alters- und Geschlechts-Abgrenzungen als Kriterien für die ICD-CC-Überleitungen des Klassifikationssystems werden unter 4.2.4 ausführlich beschrieben. Hier werden jetzt alle Änderungen dieser Alters- und Geschlechts-Abgrenzungen, die im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version 0.2.3 zur Version p06b durchgeführt wurden, dokumentiert und erläutert.

Es soll betont werden, dass hier nur über die Alters- und Geschlechts-Abgrenzungen in den Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien (CC, HCC) berichtet wird. Zwischen diesen und den Grenzwerten zur Ermittlung der demografisch bedingten Risikokategorien der Versicherten nach ihrem Alter und Geschlecht (AGG) gibt es keinerlei Zusammenhang.

4.15.1 Änderung der unteren Altersgrenze bei Adipositas mit BMI-Unterteilung

Ab der Jahresversion 2008 der ICD-10-GM erhielten die Schlüsselnummern unter „E66.- Adipositas“ eine Unterteilung nach dem Body-Mass-Index (BMI). Die zugrunde liegende Formel zur Berechnung des BMI gilt jedoch nur für Menschen ab dem 18. Lebensjahr. Die untere Altersgrenze für die Überleitung dieser Schlüsselnummern in Risikokategorien wurde deshalb von „0 Jahre“ in der KS87a-Version 0.2.3 auf „18 Jahre“ in der Version p06b geändert.

Die folgende Tabelle enthält alle ICD-Schlüsselnummern mit der beschriebenen Änderung der unteren Altersgrenze, die im Klassifikationssystem in die Risikokate-

gorie „CC024 Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen“ übergeleitet werden.

ICD-10-GM (2008)	
Kode	Text
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.11	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.21	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.81	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.91	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

Tabelle 32: Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „0 Jahre“ auf „18 Jahre“, die in die CC024 übergeleitet werden

Die folgende Tabelle enthält alle ICD-Schlüsselnummern mit der beschriebenen Änderung der unteren Altersgrenze, bei denen im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version 0.2.3 zur aktuellen Version p06b auch die Risikokategorie, in die sie übergeleitet werden, geändert wurde. In der KS87a-Version 0.2.3 erfolgte ihre Überleitung in die Risikokategorie „CC024 Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen“. In der Version p06b werden sie in die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet. Daher werden sie auch unter 4.6 genannt.

ICD-10-GM (2008)	
Kode	Text
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.10	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.20	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.80	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
E66.90	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

Tabelle 33: Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „0 Jahre“ auf „18 Jahre“, deren Überleitung außerdem von der CC024 in die CC201 geändert wurde

4.15.2 Korrektur einer unplausiblen Alters-Abgrenzung bei der ICD-CC-Überleitung der Codes unter „C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems werden alle ICD-Schlüsselnummern unter „C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ unabhängig vom Alter in die Risikokategorie „CC010 Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus,

Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome“ übergeleitet. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ erfolgt die Überleitung in die Risikokategorie „CC200 Zustand nach Malignom“. Dies aber nur bei einem Alter ab 45 Jahre.

In der KS87a-Version p06b erfolgt die ICD-CC-Überleitung der Codes unter C50.- nun auch in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ unabhängig vom Alter. Diese ICD-Kodes werden weiter in die CC200 übergeleitet, die aber umbenannt wurde in „CC200 Zustand nach Neubildung“ (siehe 4.12). Sie sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

ICD-10-GM (2006 bis 2008)	
Kode	Text
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

Tabelle 34: Alle Schlüsselnummern mit Änderung der unteren Altersgrenze von „45 Jahre“ auf „0 Jahre“ bei ihrer ICD-CC-Überleitung in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“

4.15.3 Korrektur unplausibler Alters-Abgrenzungen bei der ICD-CC-Überleitung einzelner Schlüsselnummern für Krankheiten und Zustände bei Neugeborenen und Säuglingen

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems werden die ICD-Schlüsselnummern in der folgenden Tabelle unabhängig vom Alter in ihre Risikokategorien übergeleitet und hat die ICD-CC-Überleitung des Codes „R95 Plötzlicher Kindstod“ als obere Altersgrenze „17 Jahre“.

ICD-10-GM (2006 bis 2008)	
Kode	Text
Q00.0	Anenzephalie
Q00.1	Kraniorhachischisis
Q00.2	Inienzephalie
Q01.0	Frontale Enzephalozele
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
Q06.0	Amyelie

Tabelle 35: Alle Schlüsselnummern mit Änderung der obere Altersgrenze von „124 Jahre“ auf „1 Jahr“ in ihren ICD-CC-Überleitungen

In der KS87a-Version p06b erfolgt die ICD-CC-Überleitung der Codes in Tabelle 35 und von R95 nur noch bis zum Alter von 1 Jahr. Ein versehentliches Kodieren die-

ser Krankheiten bei Versicherten, die diese Altersgrenze überschreiten, führt somit nicht mehr zur Auslösung der betroffenen Risikoklassen.

4.15.4 Korrektur einer unplausiblen Geschlechts-Abgrenzung bei der ICD-CC-Überleitung der Schlüsselnummer „Z41.2 Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen“

In der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems wird die ICD-Schlüsselnummer „Z41.2 Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen“ unabhängig vom Geschlecht in ihre Risikokategorie übergeleitet. In der KS87a-Version p06b erfolgt die ICD-CC-Überleitung dieses Kodes nur noch in Verbindung mit dem Geschlecht „männlich“.

Weitere Änderungen der ICD-CC-Überleitung von Z41.2 werden unter 4.6 und 4.8 genannt.

4.16 Grundlagen der 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 Schritte dieser Anpassungen dargestellt. Alle drei Anpassungsschritte des Klassifikationssystems an neue Jahresversionen der ICD-10-GM erfolgten für alle endständigen (terminalen) und die nichtendständigen (nichtterminalen) vierstelligen Kodes. Nichtendständige dreistellige ICD-Schlüsselnummern wurden nicht mit einbezogen, da sie zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich nicht zugelassen sind (siehe 4.4).

4.16.1 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 Diagnosenkodes 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 – festge-

legt. 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 Arzt¹² ausgewählt hätte, wenn er die gleiche Diagnose mit der ICD-Vorjahresversion kodiert hätte. Am Beispiel des Codes „G21.4 Vaskuläres Parkinson-Syndrom“, der 2010 neu in die ICD-10-GM aufgenommen wurde, soll dieser Grundsatz veranschaulicht werden.

Die ICD-Version 2009 ermöglicht die Kodierung sekundärer Parkinson-Syndrome nur mit den folgenden Schlüsselnummern:

- G21.0 Malignes Neuroleptika-Syndrom
- G21.1 Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
- G21.2 Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
- G21.3 Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
- G21.8 Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
- G21.9 Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Wollte ein Arzt in 2009 ein vaskuläres Parkinson-Syndrom verschlüsseln, hat er korrekterweise den ICD-Kode „G21.8 Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom“ angegeben. G21.8 wird im Klassifikationssystem in die Risikokategorie „CC073 Morbus Parkinson und Chorea Huntington“ übergeleitet. Ab 2010 gibt es für das vaskuläre Parkinson-Syndrom den spezifischen ICD-Kode „G21.4 Vaskuläres Parkinson-Syndrom“. Will ein Arzt jetzt diese Krankheit verschlüsseln, gibt er korrekterweise den neuen, genaueren Code an. Die Integration der neuen Schlüsselnummer G21.4 in das Klassifikationssystem erfolgte entsprechend dem oben genannten Grundsatz so, dass sie – genau wie G21.8 – in die Risikokategorie „CC073 Morbus Parkinson und Chorea Huntington“ 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 Vorjahresversion. 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.

Bei neuen Jahresversionen der ICD-10-GM werden bis dahin endständige (terminale) drei- oder vierstellige Schlüsselnummern häufig stärker differenziert, indem neue Informationen über weitere vier- oder fünfstellige Unterteilungen dieser Codes eingefügt werden. Dadurch werden die übergeordneten Codes zu nicht-endständigen (nichtterminalen) Schlüsselnummern. Am Beispiel des Codes „I87.0

¹² 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.

Postthrombotisches Syndrom“ soll dieser Wechsel des Endständigkeitsstatus‘ veranschaulicht werden.

In der ICD-10-GM 2010 war I87.0 eine endständige vierstellige Schlüsselnummer. In der Version 2011 wurde sie vom DIMDI stärker differenziert, indem die Information „mit/ohne Ulzeration“ über weitere fünfstellige Unterteilungen eingefügt wurde:

I87.0- Postthrombotisches Syndrom

I87.00 Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration

I87.01 Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration

Ab 2011 ist I87.0- somit nicht mehr endständig, als nichtendständige vierstellige Schlüsselnummer aber trotzdem weiter zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich zugelassen. Deshalb werden nicht nur die neuen fünfstelligen Unterteilungen von I87.0-, sondern auch die nichtendständige vierstellige Schlüsselnummer I87.0- in Risikoklassen übergeleitet.

4.16.2 Ungültige ICD-CC-Überleitungen durch Streichung von Schlüsselnummern in neuen Versionen der ICD-10-GM

Mit neuen Jahresversionen der ICD-10-GM werden 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 In-Kraft-Tretens der neuen Version als ungültig markiert. Wie bereits beschrieben, betrifft dies auch ICD-Kodes, bei denen sich zwischen zwei Jahresversionen der Endständigkeitsstatus ändert.

4.16.3 Prüfung der ICD-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.

4.17 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2009 der ICD-10-GM

4.17.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2009

Gegenüber der 2008er Version hat die Version 2009 der ICD-10-GM insgesamt 51 neue Schlüsselnummern, die insbesondere die folgenden Krankheiten betreffen:

- Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels an Rippen, Sternum und Klavikula
- Diabetes mellitus : Differenzierung zur Abgrenzung des Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom vom Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen
- Tumorlyse-Syndrom
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Periodische Beinbewegungen im Schlaf und Syndrom der unruhigen Beine
- Thromboembolie während der Gestationsperiode
- Abgrenzung der Lungenembolie während der Gestationsperiode von der sonstigen Thromboembolie

Für die 51 neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 63 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien in das Klassifikationssystem aufgenommen.

Alle ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2009 werden im Folgenden detailliert dargestellt. Zusammengefasst unterteilen sich die 63 neuen Überleitungen in:

- 41 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“,
- 8 doppelte Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“ und
- 14 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC009 Bösartige Neubildungen Kopf-Hals-Region, ZNS, peripheres Nervensystem, Mediastinum, Lunge, Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Uterus, Adnexe“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
C41.3-	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula

Tabelle 36: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC009 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC013 Andere Neubildungen“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
D16.7-	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
D16.70	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
D16.71	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
D16.72	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula

Tabelle 37: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC013 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorien „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ und „CC020 Typ-1-Diabetes mellitus“ übergeleitet (doppelte ICD-CC-Überleitung).

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
E10.72	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E10.73	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.74	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Tabelle 38: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC015 und CC020 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
E11.72	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E12.72	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E12.73	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E12.74	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E12.75	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet

Tabelle 39: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC015 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC060 Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Tabelle 40: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC060 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unab-

hängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC076 Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
G25.8-	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G25.80	Periodische Beinbewegungen im Schlaf
G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen

Tabelle 41: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC076 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 8 Jahren, nur bis zu einem Alter von 59 Jahren und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC146 Schwangerschaftsdiabetes, Mehrlingsschwangerschaft, präpartale Blutung“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
O88.2-	Thromboembolie während der Gestationsperiode
O88.20	Lungenembolie während der Gestationsperiode
O88.28	Sonstige Thromboembolie während der Gestationsperiode

Tabelle 42: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC146 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
Z43.8-	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen
Z43.88	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen
Z75.2	Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung
Z75.67	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Leber
Z75.77	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Leber

Tabelle 43: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC201 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
Z93.8-	Vorhandensein von sonstigen künstlichen Körperöffnungen
Z93.80	Vorhandensein eines Thorakostomas
Z93.88	Vorhandensein sonstiger künstlicher Körperöffnungen

Tabelle 44: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die CC202 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die jeweils angegebenen Risikokategorien übergeleitet.

ICD-10-GM (2009)		CC-Kode*
Kode	Text	
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	CC046
E88.3	Tumorlyse-Syndrom	CC024
G97.81	Postoperativer (zerebellärer) Mutismus	CC165
Z43.80	Versorgung eines Thorakostomas	CC176

Tabelle 45: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2009, die in die angegebenen Risikokategorien übergeleitet werden
(*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 46)

CC-Kode	CC-Text
CC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen
CC046	Gerinnungsstörungen und andere spezifizierte hämatologische Erkrankungen
CC165	Andere Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen
CC176	Vorhandensein, Versorgung von künstlichen Körperöffnungen

Tabelle 46: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 45

Die ICD-Schlüsselnummer „I72.5 Aneurysma und Dissektion sonstiger präzerebraler Arterien“ wird in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 15 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC105 Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz“ übergeleitet.

4.17.2 Ab 2009 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2008

Gegenüber der 2008er Version wurden in der Version 2009 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten 26 Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2008)	
Kode	Text
C41.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
D16.7	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
D69.3-	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.30	Idiopathische thrombozytopenische Purpura: Als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.31	Idiopathische thrombozytopenische Purpura: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

ICD-10-GM (2008)	
Kode	Text
E10.70	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.71	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.70	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.71	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E12.70	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E12.71	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.70	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.71	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E14.70	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E14.71	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
G25.8	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
O88.2	Thromboembolie während der Gestationsperiode
Z43.8	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen
Z75.2-	Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung
Z75.21	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T1
Z75.22	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T2
Z75.23	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T3
Z75.24	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T4
Z75.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung
Z93.8	Vorhandensein von sonstigen künstlichen Körperöffnungen

Tabelle 47: In der Version 2009 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion

Die vom DIMDI ab 2009 gestrichenen 26 Schlüsselnummern der Version 2008 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt 30 Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien. Alle 30 Überleitungen wurden ab dem Diagnosenjahr 2009 als ungültig markiert. Diese 30 Überleitungen waren:

- 24 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- 2 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“ und
- 4 doppelte Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen „G“.

4.17.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2008 und 2009

Bei insgesamt 324 Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2008er Version Änderungen der Textbezeichnungen. Bei 312 Schlüs-

selnummern wurden diese Textänderungen als redaktionell eingestuft. Die 12 ICD-Kodes der Version 2009 mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen sind im Anhang 13 im Vergleich zu ihrer 2008er Fassung aufgeführt. Alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern wurden im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft. In keinem Fall ergab sich die Notwendigkeit einer Anpassung des Klassifikationssystems.

4.18 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2010 der ICD-10-GM

4.18.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2010

Gegenüber der 2009er Version hat die Version 2010 der ICD-10-GM insgesamt 82 neue Schlüsselnummern, die insbesondere die folgenden Krankheiten betreffen:

- Verschlüsselung für die Neue Grippe ("Schweinegrippe") festgelegt
- Schlüsselnummern für Blindheit und Sehbeeinträchtigung überarbeitet und neu geordnet, Tabelle der Sehschärfe ergänzt
- Neue Zuordnung für Gastritiden
- Neue Zuordnung für die Prostatahyperplasie
- Neue Schlüsselnummer für HIV-Krankheit bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Für die 82 neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 98 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien in das Klassifikationssystem aufgenommen.

Alle neuen ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2010 werden im Folgenden detailliert dargestellt. Zusammengefasst unterteilen sich die 98 neuen Überleitungen in:

- 69 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“,
- 26 bedingte Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- 3 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC006 Andere Infektionskrankheiten“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs
A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs
B96.8!	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B98.0!	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B98.1!	Vibrio vulnificus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
U69.2-!	Sekundäre Schlüsselnummern für besondere epidemiologische Zwecke
U69.20!	Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 [Schweinegrippe]
U69.21!	Influenza A/H5N1 Epidemie [Vogelgrippe]

Tabelle 48: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC006 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummer „C79.9 Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation“ wird wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC007 Sekundäre bösartige Neubildungen“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

Die ICD-Schlüsselnummern „C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet“ und „C80.9 Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet“ werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC010 Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC046 Gerinnungsstörungen und andere spezifizierte hämatologische Erkrankungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
D68.3-	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
D68.5	Primäre Thrombophilie
D68.6	Sonstige Thrombophilien

Tabelle 49: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC046 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC045 Angeborene und erworbene Erkrankungen des Immunsystems“ übergeleitet. In Abhängigkeit vom Alter gibt es zwei unterschiedliche Überleitungen (bedingte Überleitung):

1. Ohne eine untere Altersgrenze aber nur bis zu einem Alter von 17 Jahren.
2. Nur ab einem Alter von 18 Jahren und ohne eine obere Altersgrenze.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
D70.13	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage
D70.14	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage
D89.3	Immunrekonstitutionssyndrom

Tabelle 50: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC045 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC115 Akute Bronchitis, Grippe“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
J21.1	Akute Bronchiolitis durch humanes Metapneumovirus
J98.5-	Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert
J98.50	Mediastinitis
J98.58	Sonstige Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert

Tabelle 51: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC115 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC035 Entzündliche und andere gutartige Erkrankungen der Appendix“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis
K35.3-	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur
K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur
K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess
K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet

Tabelle 52: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC035 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig vom Geschlecht in die Risikokategorie „CC033 Entzündliche Darmerkrankungen“ übergeleitet. In Abhängigkeit vom Alter gibt es zwei unterschiedliche Überleitungen (bedingte Überleitung):

1. Ohne eine untere Altersgrenze aber nur bis zu einem Alter von 17 Jahren.
2. Nur ab einem Alter von 18 Jahren und ohne eine obere Altersgrenze.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
K50.8-	Sonstige Crohn-Krankheit
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit
K52.3-	Colitis indeterminata
K52.30	Pancolitis indeterminata
K52.31	Linksseitige Colitis indeterminata
K52.32	Colitis indeterminata des Rektosigmoids
K52.38	Sonstige Colitis indeterminata

Tabelle 53: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC045 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC034 Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
K55.8-	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.81	Angiodysplasie des Dünndarmes ohne Angabe einer Blutung
K55.82	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung
K55.88	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes

Tabelle 54: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC034 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC148 Dekubitalgeschwüre“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
L89.0-	Dekubitus 1. Grades
L89.00	Dekubitus 1. Grades: Kopf
L89.01	Dekubitus 1. Grades: Obere Extremität
L89.02	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze
L89.03	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm
L89.04	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein
L89.05	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein
L89.06	Dekubitus 1. Grades: Trochanter
L89.07	Dekubitus 1. Grades: Ferse
L89.08	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.09	Dekubitus 1. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Tabelle 55: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC148 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC131 Niereninsuffizienz, Nierenversagen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4

Tabelle 56: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC131 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, 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 (2010)	
Kode	Text
O14.2	HELLP-Syndrom
O96.0	Tod infolge direkt gestationsbedingter Ursachen
O96.1	Tod infolge indirekt gestationsbedingter Ursachen
O96.2	Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
O97.0	Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen
O97.1	Tod an den Folgen indirekt gestationsbedingter Ursachen
O97.2	Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen

Tabelle 57: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC143 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 8 Jahren, nur bis zu einem Alter von 59 Jahren und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC144 Vollständiger Schwangerschaftsverlauf mit Komplikationen“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
O43.2-	Krankhaft anhaftende Plazenta
O43.20	Placenta accreta
O43.21	Placenta increta oder percreta

Tabelle 58: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die CC144 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die jeweils angegebenen Risikokategorien übergeleitet.

ICD-10-GM (2010)		CC-Kode*
Kode	Text	
B17.9	Akute Virushepatitis, nicht näher bezeichnet	CC029
G14	Postpolio-Syndrom	CC069
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom	CC073
H54.9	Nicht näher bezeichnete Sehbeeinträchtigung (binokular)	CC124
I98.2*	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	CC025
I98.3*	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	CC025
J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus	CC113
K12.3	Orale Mukositis	CC127
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	CC129
N39.47!	Rezidivinkontinenz	CC134
R26.3	Immobilität	CC202
R57.2	Septischer Schock	CC002
R63.6	Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit infolge Vernachlässigung der eigenen Person	CC167

Tabelle 59: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2010, die in die angegebenen Risikokategorien übergeleitet werden
 (*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 60)

CC-Kode	CC-Text
CC002	Sepsis/Schock
CC025	Terminale Lebererkrankung
CC029	Akute Virushepatitis
CC069	Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks
CC073	Morbus Parkinson und Chorea Huntington
CC113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
CC124	Andere Erkrankungen des Auges
CC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich
CC129	Terminale Niereninsuffizienz
CC134	Inkontinenz
CC167	Allgemeinsymptome und Missbrauch von Personen
CC202	Hierarchisch niedrigste Symptom-CC

Tabelle 60: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 59

Die ICD-Schlüsselnummer „N42.3 Prostatadysplasie“ wird in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 15 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze und nur bei männlichem Geschlecht in die

Risikokategorie „CC140 Erkrankungen des männlichen Genitalapparates“ übergeleitet.

Die ICD-Schlüsselnummer „O98.7 HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert“ wird in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 8 Jahren, nur bis zu einem Alter von 59 Jahren und nur bei weiblichem Geschlecht in die Risikokategorie „CC147 Überwachung, Betreuung bei Risikoschwangerschaften“ übergeleitet.

4.18.2 Ab 2010 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2009

Gegenüber der 2009er Version wurden in der Version 2010 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten 35 Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
B96.8-!	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B96.81!	Helicobacter pylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B96.88!	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper
H54.7	Nicht näher bezeichneter Visusverlust
I98.2-*	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I98.20*	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Ohne Angabe einer Blutung
I98.21*	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mit Blutung
J98.5	Krankheiten des Mediastinums, anderenorts nicht klassifiziert
K35.0	Akute Appendizitis mit diffuser Peritonitis
K35.1	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess
K35.9	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet
K50.8	Sonstige Crohn-Krankheit
K51.1	Ulzeröse (chronische) Ileokolitis
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes
L89.4-	Dekubitus 4. Grades
L89.40	Dekubitus 4. Grades: Kopf
L89.41	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
L89.42	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
L89.43	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
L89.44	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
L89.45	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
L89.46	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
L89.47	Dekubitus 4. Grades: Ferse
L89.48	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.49	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz
N18.81	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium I

ICD-10-GM (2009)	
Kode	Text
N18.82	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium II
N18.83	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III
N18.84	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV
O96	Tod infolge jeder gestationsbedingten Ursache nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung
O97	Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen

Tabelle 61: In der Version 2010 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion

Die vom DIMDI ab 2010 gestrichenen 35 Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt 38 Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien. Alle 38 Überleitungen wurden ab dem Diagnosenjahr 2010 als ungültig markiert.

Diese 38 Überleitungen waren:

- 33 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“,
- 4 bedingte Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- 1 einfache Überleitung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“.

4.18.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2009 und 2010

Bei insgesamt 83 Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2009er Version Änderungen der Textbezeichnungen. Bei 28 Schlüsselnummern wurden diese Textänderungen als redaktionell eingestuft. Die 55 ICD-Kodes der Version 2010 mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen sind im Anhang 14 im Vergleich zu ihrer 2009er Fassung aufgeführt. Alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern wurden im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft. In keinem Fall ergab sich die Notwendigkeit einer Anpassung des Klassifikationssystems.

4.19 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2011 der ICD-10-GM

4.19.1 Neue ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2011

Gegenüber der 2010er Version hat die Version 2011 der ICD-10-GM insgesamt 72 neue Schlüsselnummern, die insbesondere die folgenden Krankheiten betreffen:

- Leukämien und Lymphome in umfassender Weise
- Postthrombotisches Syndrom

- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, um nach dem vorliegenden Typ (hypoxisch, hyperkapnisch und nicht näher bezeichnet) unterscheiden zu können
- Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- Sonstige prophylaktische Chemotherapie, um unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei lokaler bzw. systemischer Verabreichung darstellen zu können

Für die 72 neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 121 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien in das Klassifikationssystem aufgenommen.

Alle neuen ICD-CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2011 werden im Folgenden detailliert dargestellt. Zusammengefasst unterteilen sich die 121 neuen Überleitungen in:

- 72 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- 49 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC187 Non Hodgkin Lymphom, CLL“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C81.4	Lymphozytenreiches klassisches Hodgkin-Lymphom
C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Folikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C86.0	Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
C86.1	Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
C86.3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
C86.4	Blastisches NK-Zell-Lymphom
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
C86.6	Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
C88.4-	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C91.6-	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.8-	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.8	Histiozytisches Sarkom

Tabelle 62: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC187 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC186 Multiples Myelom/Plasmozytom und andere chronische Leukämien“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C90.3-	Solitäres Plasmozytom
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission
C93.3-	Juvenile myelomonozytäre Leukämie
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C94.8!	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]

Tabelle 63: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC186 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC185 Akute Leukämien“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C92.6-	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission
C92.8-	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission

Tabelle 64: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC185 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC013 Andere Neubildungen“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
C94.6-	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
D47.4	Osteomyelofibrose

Tabelle 65: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC013 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden wie folgt in Risikokategorien übergeleitet:

1. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC012 Gutartige Neubildungen, Karzinoma in situ Verdauungssystem, Niere, ableitende Harnwege“.
2. In Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ und ebenfalls unabhängig von Alter oder Geschlecht in die „CC200 Zustand nach Neubildung“.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
D37.7-	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane
D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane

Tabelle 66: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC012 und CC200 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC106 Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
I87.0-	Postthrombotisches Syndrom
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration

Tabelle 67: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC106 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
J96.0-	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
J96.9-	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]
J96.91	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]
J96.99	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet

Tabelle 68: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC079 übergeleitet werden

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet.

ICD-10-GM (2011)	
Kode	Text
Z29.2-	Sonstige prophylaktische Chemotherapie
Z29.20	Lokale prophylaktische Chemotherapie
Z29.21	Systemische prophylaktische Chemotherapie
Z29.28	Sonstige prophylaktische Chemotherapie

Tabelle 69: Neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2011, die in die CC202 übergeleitet werden

Die ICD-Schlüsselnummern „C96.5 Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose“ und „C96.6 Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose“ werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC022 Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen“ übergeleitet.

Die ICD-Schlüsselnummern „D46.5 Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie“ und „D46.6 Myelodysplastisches Syndrom mit isolierter del(5q)-Chromosomenanomalie“ werden in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter oder Geschlecht in die Risikokategorie „CC044 Aplastische, hämolytische Anämien, Hämophilie“ übergeleitet.

4.19.2 Ab 2011 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2010

Gegenüber der 2010er Version wurden in der Version 2011 der ICD-10-GM die in der folgenden Tabelle aufgeführten 38 Schlüsselnummern gestrichen.

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
C83.2	Non-Hodgkin-Lymphom: Gemischt klein- und großzellig (diffus)
C83.4	Non-Hodgkin-Lymphom: Immunoblastisch (diffus)
C83.6	Non-Hodgkin-Lymphom: Undifferenziert (diffus)
C84.2	T-Zonen-Lymphom
C84.3	Lymphoepitheloides Lymphom
C85.0	Lymphosarkom
C88.1-	Alpha-Schwerkettenkrankheit
C88.10	Alpha-Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.11	Alpha-Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
C91.2-	Subakute lymphatische Leukämie
C91.20	Subakute lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.21	Subakute lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C93.2-	Subakute Monozytenleukämie
C93.20	Subakute Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.21	Subakute Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C94.1-	Chronische Erythämie
C94.10	Chronische Erythämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.11	Chronische Erythämie: In kompletter Remission
C94.5-	Akute Myelofibrose
C94.50	Akute Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.51	Akute Myelofibrose: In kompletter Remission
C95.2-	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.20	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.21	Subakute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C96.1	Bösartige Histiozytose
C96.3	Echtes histiozytäres Lymphom
D37.7	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane
D46.3	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss in Transformation
D75.2	Essentielle Thrombozytose
D76.0-	Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert
D76.00	Multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
D76.01	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
D76.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Langerhans-Zell-Histiozytose, anderenorts nicht klassifiziert
I87.0	Postthrombotisches Syndrom
J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

ICD-10-GM (2010)	
Kode	Text
J96.1	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.9	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie

Tabelle 70: In der Version 2011 der ICD-10-GM gestrichene Schlüsselnummern der Vorversion

Die vom DIMDI ab 2011 gestrichenen 38 Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM hatten im Klassifikationssystem insgesamt 62 Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien. Alle 62 Überleitungen wurden ab dem Diagnosenjahr 2010 als ungültig markiert.

Diese 62 Überleitungen waren:

- 38 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und
- 24 einfache Überleitungen mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“.

4.19.3 Inhaltliche Textänderungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2010 und 2011

Bei insgesamt 73 Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM gab es gegenüber der 2010er Version Änderungen der Textbezeichnungen. Bei 23 Schlüsselnummern wurden diese Textänderungen als redaktionell eingestuft. Die 50 ICD-Kodes der Version 2011 mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen sind im Anhang 15 im Vergleich zu ihrer 2010er Fassung aufgeführt. Alle ICD-CC-Überleitungen dieser Schlüsselnummern wurden im Sinne ihrer weiteren medizinischen Korrektheit überprüft. In keinem Fall ergab sich die Notwendigkeit einer Anpassung des Klassifikationssystems.

5 Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate. Das SGB V definiert die Vorgehensweise des 15. EBA zur Berechnung der Veränderungsrate als geltendes Modell. Die damalige Vorgehensweise hatte eine Zuordnung von Diagnosen zu Risikokategorien als Ausgangspunkt. In einem zweiten Schritt erfolgte dann die Anwendung eines Kompressionsalgorithmus inklusive der Hierarchisierung, an dessen Ende ein festgelegtes Set an Risikoklassen mit den dazugehörigen Relativgewichten steht. Auf Grundlage dieser Risikoklassen und den fixierten Relativgewichten wurde dann die Veränderungsrate berechnet.

Ausgehend von dem geltenden Modell basiert auch das diesjährige Modell auf der Klassifikation der kodierten ICD-Kodes in Risikokategorien (Weiterentwicklungen in diesem Bereich werden im Kapitel 4 erläutert). Bei der Klassifikation wird jeder ICD-Kode mindestens einer Risikokategorie (CC) zugeordnet. Die Zuordnung unterscheidet hierbei einerseits nach medizinischen Gesichtspunkten und andererseits nach dem Aufwand der Diagnose. Anschließend wird eine Hierarchisierung der Risikokategorien (HCC) durchgeführt (Weiterentwicklungen in diesem Bereich werden im Kapitel 4 erläutert). Dieses bedeutet, dass wenn einem Versicherten zwei Risikokategorien zugeordnet wurden, die niedriger hierarchisierten Risikokategorien für diesen Versicherten gleich Null gesetzt werden. In Abbildung 9 werden die Klassifikation und die Hierarchisierung grafisch dargestellt. Hat ein Versicherter z.B. die CC1 und die CC3 vor Hierarchisierung, so hat er nach Hierarchisierung nur noch die HCC1.

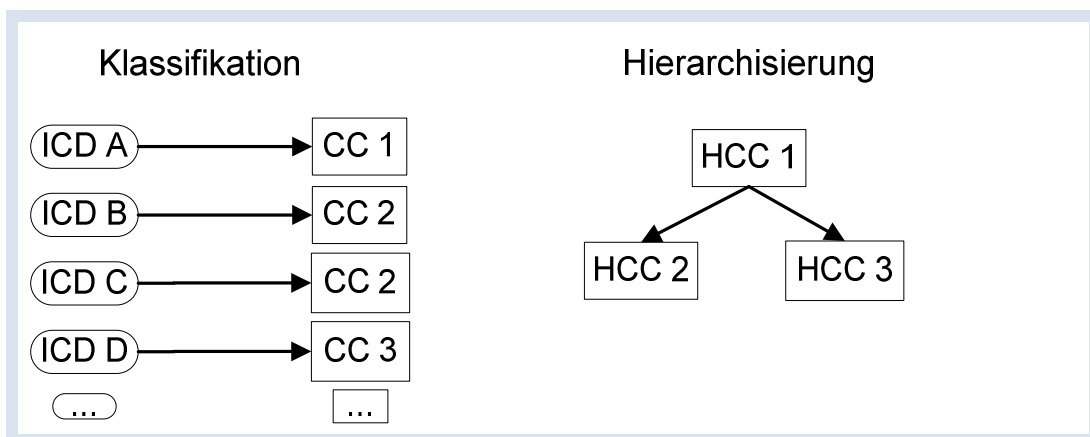


Abbildung 9: Grafisches Beispiel für Klassifikation und Hierarchisierung

Von den hierarchisierten Risikokategorien (HCC) ausgehend, werden die Risikokategorien dann komprimiert (Weiterentwicklungen in diesem Bereich werden im Abschnitt 5.1.5 erläutert). Im Kompressionsalgorithmus werden nach vorgegeben Kriterien bestimmte HCC ausgewählt und als THCC definiert. Die weiteren HCC werden aufgrund ihrer Organzugehörigkeit zusammengefasst. Diese zusammenge-

fassten Risikokategorien werden als RHCC bezeichnet. Der Schritt der Komprimierung wird in Abbildung 10 grafisch dargestellt.

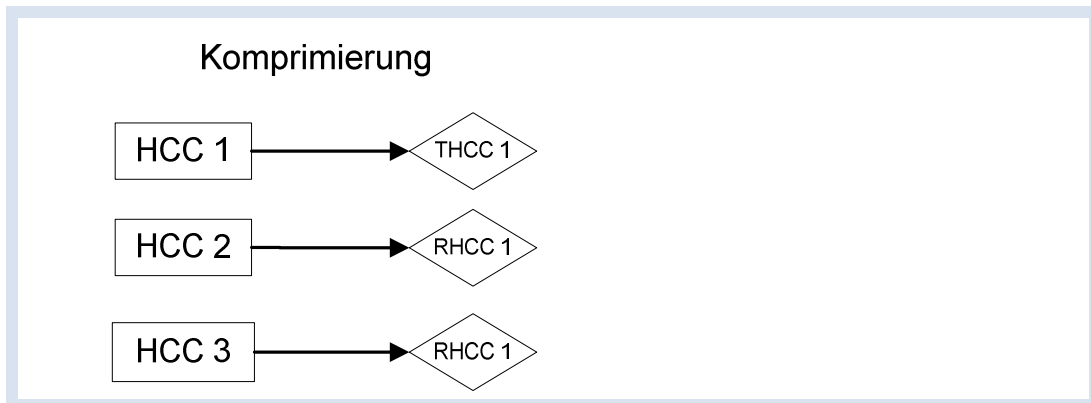


Abbildung 10: Grafisches Beispiel für die Komprimierung

Am Ende des Kompressionsalgorithmus steht die Berechnung von Kosten- und Relativgewichten für die nachfolgende Berechnung von Veränderungsdaten. Die Durchführung des Kompressionsalgorithmus und die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte erfolgen auf bundesweiten Daten. Eine Unterteilung der Daten nach Zugehörigkeit des Wohnorts der Versicherten zu einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt erst im letzten Schritt der Berechnung der Veränderungsdaten.

5.1 Abgrenzung von Versicherten und Merkmalen für die Modellierung

Die Berechnung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V erfolgte auf der Geburtstagsstichprobe der Jahre 2008 bis 2010, wie sie in Abschnitt 3.1 und 3.2 vorgestellt wurde. Es wurden in die Berechnungen grundsätzlich alle Versicherten und alle Abrechnungsdaten eingeschlossen, die im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten nicht wegen Mängeln markiert wurden.

Diese Vorgehensweise ist analog zur Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung (15. EBA).

5.1.1 Allgemeine Abgrenzungen

Bei allen Berechnungen wurden nur Versicherte berücksichtigt, deren Geburtstage in allen Erhebungsjahren von 2008 bis 2010 ausgewählt waren.

Darüber hinaus wurden aus allen Berechnungen alle Versicherten ausgeschlossen, die als Teilnehmer an Selektivverträgen (Definition siehe Abschnitt 3.2) gekennzeichnet wurden. Da bei Selektivvertragsteilnehmern ein Teil ihrer Leistungen nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet wird, sind die in der Geburtstagsstichprobe übermittelten Angaben zu Diagnosen und Leistungsbedarf unvollständig. Ein Einbezug dieser unvollständigen Angaben könnte zu Verzerrun-

gen sowohl in den Kostengewichten als auch in den Veränderungsdaten führen. Da in den Berechnungen entsprechend des Beschlusses des 15. EBA in den Regionen der Datengrundlage (4-KV-Stichprobe) keine nennenswerten Selektivverträge mit Bereinigung bestanden, wurde zum Thema Selektivvertragsteilnahme vom 15. EBA nichts beschlossen.

Bei den Berechnungen entsprechend des Beschlusses des 15. EBA wurden Diagnosen von Ärzten, die einer nicht zur Diagnosekodierung verpflichteten Arztgruppe angehören, ausgeschlossen. Bei den Berechnungen entsprechend der aktuellen Beschlusslage wurden diese Diagnosen mit berücksichtigt, da für einen Ausschluss kein stichhaltiger Grund mehr gesehen wurde.

5.1.2 Abgrenzung für die Berechnung von Kosten- und Relativgewichten

Für die Berechnung von Kosten- und Relativgewichten gelten die allgemeinen Festlegungen des Abschnitts 5.1.1. Darüber hinaus wurden weitere Festlegungen wie folgt getroffen.

Für die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte wurden nur diejenigen Versicherten verwendet, die als versichertenzeitvollständig (Definition siehe Abschnitt 3.2.7) gekennzeichnet sind. Neben Geburt und Tod, welche bei dieser Prüfung außen vor gelassen werden, können der Wechsel in die oder aus der privaten Krankenversicherung, Umzüge aus dem oder in das Ausland oder auch Fehler in der Datenübermittlung Gründe sein, warum für einen Versicherten nicht für alle Quartale Stammdaten vorliegen. Da bei fehlenden Versichertenzeiten die sogenannte Annualisierung (siehe Abschnitt 5.2.1) nicht sachgerecht durchgeführt werden kann (sondern Ausreißerwerte erzeugen kann) und Verzerrungen der Kosten- und Relativgewichte entstehen können, werden versichertenzeitunvollständige Stichprobenversicherte hierfür ausgeschlossen.

Die Berechnungen der Kosten- und Relativgewichte nach Beschluss des 15. EBA wurden nicht auf versichertenzeitvollständige Personen beschränkt.

Die Berechnung der bundeseinheitlichen Kosten- und Relativgewichte des vom Bewertungsausschuss beschlossenen zweijährig prospektiven Modells erfolgt mit dem abgerechneten MGV-Leistungsbedarf aus dem Jahr 2010, den Diagnosen aus dem Jahr 2008 und dem zum Jahresende 2008 bestimmten Lebensalter der Versicherten. Deswegen können in die Kostengewichtsberechnung nur Versicherte einbezogen werden, die – nach Umsetzung aller sonstigen Ausschlüsse – in beiden Jahren in der auswertbaren Stichprobe enthalten sind.

Die so abgegrenzte Teilmenge der Versichertenstichprobe wird im Folgenden als „Kalibrierungsmenge“ bezeichnet.

Die Vorgehensweise zur Berechnung der Kosten- und Relativgewichte ist damit analog dem Vorgehen für die Berechnungen entsprechend des Beschlusses des 15. EBA, die zur Berechnung der Veränderungsdaten für den 15. EBA erfolgte nicht regionsspezifisch.

Allerdings betrug der zeitliche Abstand zwischen der Erhebung der Diagnosen des zweiten Jahres für die Berechnung der Veränderungsrate einerseits und dem Jahr, für das die Gesamtvergütungen zu vereinbaren waren andererseits, im Jahr 2009 zwei Jahre, während es bei der aktuellen Berechnung drei Jahre sind. Die Verwendung von aktuelleren Daten war aus zeitlichen und organisatorischen Gründen für die aktuellen Berechnungen nicht möglich.

5.1.3 Abgrenzung für die Ermittlung diagnosebezogener Veränderungsraten

Für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten gelten die allgemeinen Festlegungen des Abschnitts 5.1.1. Darüber hinaus wurden weitere Festlegungen wie folgt getroffen.

Versicherte, die aufgrund von Lieferlücken im Jahre 2009 markiert waren, sowie Stichprobenversicherte mit den neuen Auswahlgeburtstagen des Jahres 2010 (beides in Abschnitt 3.2.1 detaillierter dargestellt) wurden ausgeschlossen.

Bei der Berechnung der Veränderungsraten werden auch Personen, welche nicht als versichertenzeitvollständig gekennzeichnet sind, berücksichtigt. Sie werden allerdings mit der Zahl der Quartale gewichtet (siehe Abschnitt 5.3).

Die so abgegrenzte Teilmenge der Versichertenstichprobe wird im Folgenden als „Anwendungsmenge“ bezeichnet.

Einen Überblick über Unterschiede dieser Abgrenzung zur Abgrenzung der Kalibrierungsmenge gibt der folgende Abschnitt 5.1.4, Unterschiede in den Abgrenzungen gegenüber dem Beschluss des 15. EBA im darauf folgenden Abschnitt 5.1.5.

5.1.4 Synopse der Festlegungen

In Tabelle 71 wird ein Überblick über die Abgrenzung der Datengrundlage aufgrund von Merkmalen von Versicherten, Fällen oder Diagnosen bei der Berechnung der Kosten- und Relativgewichte einerseits und der Berechnung der Veränderungsraten andererseits gegeben.

Merkmal	Kosten-/Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)	Veränderungsraten (Anwendungsmenge)
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	
Lieferlücken in 2009 bei Versicherten mit atypischer Inanspruchnahme	Kein Ausschluss	Ausschluss
Selektivvertragsteilnehmer	Ausschluss	
Versichertenzeitvollständig	Nur versichertenzeitvollständige Versicherte	Alle Versicherten
Leistungsbedarf	Nur MGV-Leistungsbedarf	-/-
Regionale Abgrenzung	Bundesweit	KV-spezifisch
Jahresbezüge	2008 und 2010	2009 und 2010

Tabelle 71: Überblick über die Merkmale der Versicherten für die Berechnungen der Kosten-/Relativgewichte bzw. Veränderungsraten

5.1.5 Weiterentwicklung der Festlegungen für die Modellierung (Vergleich H15EBA vs. aktuelles Modell)

In Tabelle 72 wird die Abgrenzung der Datengrundlage im aktuellen Modell „KM87a_2012“ derjenigen für den 15. EBA gegenübergestellt.

Merkmal	Modell	
	H15EBA	KM87a_2012
Datengrundlage	4-KVen-Stichprobe	GSP 4.0
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	
Auftragsfälle und Fälle ohne Leistungsbedarf	Kein Ausschluss	Ausschluss
Selektivvertragsteilnehmer	Kein Ausschluss	Ausschluss
Versichertenzeitvollständig	Keine Einschränkung	Markierung und Ausschluss für Berechnung von Kosten- und Relativgewichten
Annualisierung des Leistungsbedarfs für Berechnung von Kosten- und Relativgewichten	Ja, mit Anzahl an versicherten Tagen im Berichtsjahr	Ja, mit Anzahl an versicherten Quartalen im Berichtsjahr
Gewichtung bei unterjährig Versicherten	Ja, mit Anzahl an versicherten Tagen im Berichtsjahr	Ja, mit Anzahl an versicherten Quartalen im Berichtsjahr
MGV-Leistungsbedarf	Inklusive Abschnitt 35.2 des EBM und der GOP 35150	Exklusive Abschnitt 35.2 des EBM und der GOP 35150
Sonstige Anpassungen des MGV-Leistungsbedarfs	diverse	keine
Regionale Abgrenzung	Bundesweit	Kosten- und Relativgewichte bundesweit; Veränderungsrate KV-spezifisch
Hochrechnung der Stichprobe	keine	Veränderungsraten mit Hochrechnungsfaktoren je Region und Jahr, demografisch differenziert
Jahresbezüge des prospektiven Modells	2006 und 2008	2008 und 2010
Jahresbezüge für Berechnung von Veränderungsrate	2007 und 2008	2009 und 2010

Tabelle 72: Überblick über die Abgrenzung von Versicherten und Merkmalen für die Modellierung des aktuellen beschlossenen Modells im Vergleich mit dem Modell H15EBA

5.2 Weiterentwicklungen am Kompressionsalgorithmus

5.2.1 Berechnung von Kosten- und Relativgewichten

Nach Anwendung der Klassifikation (siehe Kapitel 4) erfolgt die Berechnung auf Grundlage des Kompressionsalgorithmus. Innerhalb des Kompressionsalgorithmus werden mehrere vorläufige und eine endgültige Regressionsrechnung zur Bestimmung der Kostengewichte durchgeführt. Es handelt sich dabei jeweils um gewichtete, multiple, lineare Regressionsrechnungen ohne Interzept.

Die Gewichtung der Versicherten findet mit der Anzahl der Versichertenquartale in dem jeweiligen Jahr statt. Als Versichertenquartal wird dabei jedes Quartal gezählt, in dem der Versicherte mindestens einen Tag versichert war. Abhängige Variable in der Regression ist der innerhalb der MGV abgerechnete Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr 2010 (weitere Informationen zum Leistungsbedarf unter Abschnitt 3.2).

Der Leistungsbedarf jedes Versicherten wird auf Basis der Versichertenquartale eines Versicherten im Jahr 2010 auf ein ganzes Jahr hochgerechnet (annualisiert). Da ausschließlich versichertenzeitvollständige Personen in die Berechnung der Kostengewichte eingehen, verändert die Annualisierung des Leistungsbedarfs die Jahresbeträge lediglich bei im Jahre 2010 Verstorbenen.

Als unabhängige Variable wurden die Risikoklassen mit den Werten der Versicherten des Jahres 2008 definiert. Es handelt sich daher um ein zweijährig prospektives Modell. Dieses bedeutet, dass mithilfe der kodierten Diagnosen und der Alters- und Geschlechtsgruppe eines bestimmten Jahres der Leistungsbedarf einer Person zwei Jahre später geschätzt wird. Da hierfür nur Stichprobenversicherte herangezogen werden können, die in beiden Jahren beobachtbar sind, beruhen die Schätzungen der Kostengewichte auf etwas anderen Versichertenzahlen als die für die Ermittlung diagnosebezogener Veränderungsdaten herangezogenen.

5.2.2 Darstellung des aktuellen Kompressionsalgorithmus und der Modellierung

Der Kompressionsalgorithmus, der vom 29. EBA beschlossen wurde, unterteilt sich in die Komprimierung der Risikokategorien und in die anschließende Kalibrierung des Modells. Die Komprimierung setzt auf den hierarchisierten Risikokategorien (HCC) des Klassifikationssystems p06b (siehe Kapitel 4) auf. Auf Basis der diagnosebezogenen Risikokategorien und der Alters- und Geschlechtsgruppen wird eine gewichtete, multiple, lineare Regression ohne Interzept (Methode der kleinsten Quadrate) gerechnet. Die sich ergebenden Koeffizienten werden im Folgenden als Kostengewichte bezeichnet. Aus den Kostengewichten ergeben sich die Relativgewichte, indem die Kostengewichte geteilt werden durch den gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten der Stichprobe, die zur Berechnung der Kostengewichte verwendet wurde (Kalibrierungsmenge). Die so entstandenen vorläufigen Kosten- und Relativgewichte je Risikokategorie bilden

die Grundlage für den nachfolgend beschriebenen Auswahlprozess der THCC aus den diagnosebezogenen Risikokategorien sowie für den Umgang mit negativen und insignifikanten RHCC. Die HCC201 (sogenannte NonCW-CC, vgl. Abschnitt 4.6) erhält dabei vereinbarungsgemäß ein Kostengewicht von Null.

Zur Auswahl der THCC wird im ersten Schritt die ökonomische Relevanz der diagnosebezogenen Risikokategorien berechnet. Hierfür wird das vorläufige Kostengewicht mit der Prävalenz der Risikokategorie multipliziert. Die Risikokategorien werden dann absteigend nach diesem Leistungsbedarf, als Ausdruck ihrer ökonomischen Relevanz sortiert. Anschließend werden diejenigen Risikokategorien als THCC in das Modell aufgenommen, die zusammen erstmals mindestens 70% der ökonomischen Relevanz der diagnosebezogenen Risikokategorien abdecken.

Im zweiten Schritt werden auch diejenigen Risikokategorien als THCC in das Modell aufgenommen, die ein Relativgewicht von 1,5 und größer haben, unabhängig davon, ob sie in der Liste der ökonomisch relevantesten Risikokategorien enthalten sind oder nicht.

Im dritten Schritt werden alle diagnosebezogenen Risikokategorien (inklusive der Risikokategorien aus den beiden Schritten davor) absteigend nach ihrem maximalen Beitrag zur erklärten Varianz sortiert¹³. Entsprechend der Anzahl der Risikokategorien die aufgrund der ökonomischen Relevanz als THCC in das Modell aufgenommen wurden, werden genauso viele Risikokategorien aufgrund ihres Beitrags zur erklärten Varianz abgezählt und als THCC in das Modell aufgenommen, unabhängig davon, ob diese Risikokategorien dabei schon in den beiden vorherigen Schritten in das Modell als THCC aufgenommen wurden. Bei den beiden gleich langen Rangplatzlisten drücken Überschneidungen von Risikokategorien damit aus, dass die Aufnahme als THCC in das Modell aus mehreren Gründen erfolgen kann.

Die Auswahl der THCC aufgrund der ökonomischen Relevanz und aufgrund des Beitrags zur erklärten Varianz wird in Tabelle 73 beispielhaft dargestellt. Die HCC1 bis HCC4 werden als THCC in das Modell aufgenommen, da mit der HCC4 erstmals mehr als 70 % der ökonomischen Relevanz der diagnosebezogenen Risikokategorien abgedeckt sind. Anschließend werden die HCC aufgrund ihres Beitrags zur Varianzreduktion in eine Rangfolge gebracht (Spalte „Rang des Beitrags zur Varianzreduktion“). Da vier HCC über die ökonomische Relevanz in das Modell als THCC aufgenommen wurden, werden auch vier HCC mit dem höchsten Beitrag zur Varianzreduktion als THCC in das Modell aufgenommen. In dem Beispiel wären dieses die HCC6, HCC3, HCC1 und HCC2. Da die HCC1 bis HCC3 schon als THCC in das Modell aufgenommen wurden, wird ausschließlich die HCC6 neu als THCC aufgenommen.

¹³ Der maximale Beitrag zur erklärten Varianz wird mit Hilfe der Prozedur „proc reg“ und der Modell-Auswahlmethode „maxR“ der Statistik Software SAS Version 9.2 bestimmt.

HCC (fiktiv)	ökonomische Relevanz	kumulierter Anteil der ökonom. Relevanz	Beitrag zur erklärten Varianz	Rang des Beitrags zur Varianzreduktion
1	123.055	0,31	1,30%	3
2	76.910	0,51	0,80%	4
3	46.146	0,63	1,70%	2
4	39.993	0,73	0,50%	7
5	36.917	0,82	0,30%	8
6	27.687	0,89	1,90%	1
7	16.407	0,94	0,25%	9
8	12.306	0,97	0,60%	6
9	8.204	0,99	0,70%	5
10	4.922	1,00	0,02%	10

Tabelle 73: Fiktives Beispiel zur Auswahl von THCC aufgrund der ökonomischen Relevanz und des Beitrags zur erklärten Varianz. Aufzunehmende THCC sind fett gedruckt.

Alle HCC, die bisher nicht als THCC in das Modell aufgenommen wurden, werden nun zu RHCC zusammengefasst. Die Zusammenfassung erfolgt hierbei auf Grundlage der Einteilung nach ACC (aggregated condition category). Die ACC fassen Risikokategorien überwiegend aufgrund ihrer Organzugehörigkeit zusammen.

In den folgenden Modellierungsschritten wird das Modell zur Berechnung der Kosten- und Relativgewichte kalibriert.

Es erfolgt eine weitere Regression mit den zuvor bestimmten Risikoklassen (THCC, RHCC und Alters- und Geschlechtsgruppen) des Modells. Sollte das Kostengewicht einer RHCC negativ sein, wird innerhalb der betroffenen RHCC die HCC mit dem größten negativen Kostengewicht (wobei das Kostengewicht aus der ursprünglichen Regression vor Kompression verwendet wird) auf null gesetzt. Anschließend wird die Regression auf allen Risikoklassen erneut gerechnet und der Schritt des Nullsetzens von HCC so lange wiederholt, bis das Kostengewicht der RHCC nicht mehr negativ ist oder die RHCC keine Risikokategorien mehr enthält. Analog zu dem Vorgehen bei RHCC mit negativem Kostengewicht wird mit RHCC mit insignifikantem Kostengewicht ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) verfahren. Ist das Kostengewicht einer RHCC insignifikant, so wird innerhalb der RHCC die HCC mit dem höchsten $p\text{-Wert}$ gleich Null gesetzt und der Schritt wiederholt, bis das Kostengewicht der RHCC nicht mehr insignifikant ist oder die RHCC keine Risikokategorien mehr enthält.

Sollte in der anschließenden Regression eine Alters- und Geschlechtsgruppe ein negatives und/oder insignifikantes Kostengewicht haben, so wird die Alters- und Geschlechtsgruppe mit der nächstjüngeren Alters- und Geschlechtsgruppe (nächstälteren bei der jüngsten Alters- und Geschlechtsgruppe) zusammengefasst. Das Zusammenfassen erfolgt dabei für beide Geschlechter symmetrisch (unabhängig davon, ob das Kostengewicht der anderen Geschlechtsgruppe positiv und signifikant ist). Der Zusammenschluss von Alters- und Geschlechtsgruppen erfolgt

jeweils schrittweise, beginnend mit der Alters- und Geschlechtsgruppe mit dem höchsten Alter. Nach jedem Zusammenschluss wird eine neue Regressionsrechnung durchgeführt.

Nach der Kalibrierung werden in einer abschließenden Regression die Kosten- und Relativgewichte für die abschließend festgelegten Risikoklassen berechnet. Als Risikoklassen werden im Folgenden diejenigen THCC, RHCC und Alters- und Geschlechtsgruppen bezeichnet, die nach dem Kompressionsalgorithmus Bestandteil des Modells sind.

5.2.3 Darstellung der Weiterentwicklungen des Algorithmus zur Kompression der Risikokategorien und der Kalibrierung des Klassifikationsmodells

Dieser Abschnitt beschreibt die Weiterentwicklung gegenüber dem Kompressionsalgorithmus des bisher geltenden Modells, das vom 15. EBA am 2. September 2009 beschlossen wurde.

Die Auswahl der ökonomisch relevantesten Risikokategorien erfolgte gemäß des Beschlusses des 15. EBA auf Basis von nicht hierarchisierten Risikokategorien, im Beschluss des 29. EBA erfolgt die Auswahl auf Basis der hierarchisierten Risikokategorien. Der damalige Beschluss sah vor, die dreißig ökonomisch relevantesten Risikokategorien auszuwählen. In dem diesjährigen Beschluss wurde auf eine statische Festlegung der Anzahl an Risikokategorien, die aufgrund der ökonomischen Relevanz ausgewählt werden verzichtet. Stattdessen wurde der prozentuale Anteil der ökonomischen Relevanz festgelegt, der durch die ausgewählten Risikokategorien mindestens abzudecken ist. Zusätzlich wurde festgelegt, dass auch Risikokategorien, die einen hohen Beitrag zur erklärten Varianz haben, in das Modell aufgenommen werden. Grund dafür ist sicherzustellen, dass neben den ökonomisch relevanten auch solche Risikokategorien in das Modell aufgenommen werden, die sich durch ihren Beitrag zur Varianzaufklärung auszeichnen. Darüber hinaus wurde der Umgang mit negativen und/oder insignifikanten Kostengewichten von RHCC geändert zu einem iterativen Vorgehen des Nullsetzens der in einer RHCC enthaltenen HCC, beginnend mit dem jeweils höchsten negativen Koeffizienten bzw. dem Koeffizienten mit dem größten p-Wert.

5.3 Weiterentwicklungen bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Der Beschluss des 29. EBA legt neben der Klassifikation und dem Kompressionsalgorithmus weitere Ausgestaltungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten fest. Im folgenden Abschnitt wird ein Überblick über alle beschlossenen Festlegungen gegeben. Bei Festlegungen, die schon in anderen Zusammenhängen des Berichts erörtert wurden, wird auf den jeweiligen Abschnitt im Bericht verwiesen.

5.3.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate ist die sogenannte Geburtstagsstichprobe der Jahre 2008 bis 2010. Die Geburtstagsstichprobe umfasst dabei Versicherte aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Versicherten werden jährlich aufgrund ihres letzten bekannten Wohnortes einer Region zugeordnet. In die Berechnung gehen grundsätzlich alle Versicherten ein, deren Daten in der Qualitätssicherung nicht wegen Auffälligkeiten markiert worden sind und die nicht zwischen 2008 und 2010 an einem Selektivvertrag teilgenommen haben. Weitere Erläuterungen zu der Datengrundlage stehen in den Abschnitten 3.1, 3.2 und 5.1.

5.3.2 Berechnung der Relativgewichte

Ausgehend von den in der Regression geschätzten Kostengewichten werden die Relativgewichte durch eine Division der Werte der Kostengewichte durch den gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der bei der Regression verwendeten Stichprobe berechnet.

Die so berechneten bundeseinheitlichen Relativgewichte werden für den folgenden Schritt, die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate, fixiert.

5.3.3 Berechnung der Veränderungsrate

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgt jeweils spezifisch für jede Kassenärztliche Vereinigung.

Für jeden Versicherten einer Kassenärztlichen Vereinigung wird auf Basis der Diagnosen des Jahres 2009 und der des Jahres 2010 jeweils ein relativer Risikowert berechnet. Die jahresspezifische Zuordnung eines Versicherten zu einer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt aufgrund seines letzten in der Datengrundlage enthaltenen Wohnortes des betreffenden Jahres (weitere Informationen zur Zuordnung des Wohnortes unter Abschnitt 3.2.3). Dabei kann es vorkommen, dass ein Versicherter in 2009 und 2010 unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen zugeordnet wird.

Zur Berechnung des relativen Risikowertes (\hat{y}_{it} in der Formel in Abbildung 11) werden für einen Versicherten jeweils die bundeseinheitlichen Relativgewichte (β_j in der Formel in Abbildung 11) mit der versichertenindividuellen jahresspezifischen Ausprägung (x_{ijt} in der Formel in Abbildung 11) der jeweiligen Risikoklasse multipliziert und über alle Risikoklassen summiert.

$$\hat{y}_{it} = \sum_{j=1}^m \hat{\beta}_j x_{ijt}$$

mit

\hat{y}_{it} : relativer Risikowert des i-ten Versicherten (i=1,...,n) des Jahres t

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse j (j=1,...,m)

x_{ijt} : Ausprägung der Risikoklasse j beim i-ten Versicherten im Jahr t

Abbildung 11: Formel zur Berechnung des relativen Risikowertes je Versicherten

Aus den relativen Risikowerten aller Versicherten mit Wohnort im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung wird dann ein jahresdurchschnittlicher Morbiditätsindex für die Kassenärztliche Vereinigung berechnet. Hierzu werden die relativen Risikowerte der Versicherten (\hat{y}_{it} in Abbildung 12) mit der Anzahl der Versichertenquartale der jeweiligen Versicherten (AVQ_{it} in Abbildung 12) und den entsprechenden demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtet (DHF_{it} in Abbildung 12). Eine Erläuterung der demografischen Hochrechnungsfaktoren findet sich im Abschnitt 3.2). Der Morbiditätsindex einer Kassenärztlichen Vereinigung (\bar{y}_k in Abbildung 12) ist der Quotient aus der Summe aller gewichteten Risikowerte der Versicherten mit Wohnort in der Kassenärztlichen Vereinigung und der Summe der Anzahl der Versichertenquartale multipliziert mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren.

$$\bar{y}_{kt} = \frac{\sum_{i=1}^{n_k} \hat{y}_{it} * AVQ_{it} * DHF_{it}}{\sum_{i=1}^{n_k} AVQ_{it} * DHF_{it}}$$

mit

\bar{y}_{kt} : Morbiditätsindex je KV k mit k=1,...,17 im Jahr t

\hat{y}_{it} : relativer Risikowert des i-ten Versicherten (i=1,...,n_k) , bezogen auf das Jahr t

AVQ_{it} : Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t

DHF_{it} : Demografischer Hochrechnungsfaktor des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t

t=2009, 2010

Abbildung 12: Formel zur Berechnung des Morbiditätsindex je Kassenärztlicher Vereinigung

Die diagnosebezogene Veränderungsrate einer Kassenärztlichen Vereinigung wird durch Division ihres Morbiditätsindex für 2010 durch den des Jahres 2009 abzüglich eins berechnet. In Abbildung 13 wird die Formel dargestellt.

$$VR_k = \frac{\bar{y}_{k,t+1}}{\bar{y}_{k,t}} - 1$$

mit

VR_k : Veränderungsrate je KV k mit $k=1,\dots,17$
 $t=2009$

Abbildung 13: Formel zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung

Die Gewichtung wurde in den Berechnungen für den 15. EBA auf Basis der Versichertentage eines Versicherten vorgenommen, nun wird sie auf Basis der Versichertenquartale durchgeführt. Diese Umstellung wurde durchgeführt aufgrund des Quartalsbezuges der Abrechnungsdaten und der sich auf das Quartal beziehenden Versichertenpauschale, so dass diese angemessener bewertet werden. Die Umstellung von Tagesgenauigkeit auf Quartalsgenauigkeit betrifft die Regressionsrechnung, die Berechnung von Relativgewichten und die Gewichtung bei der Berechnung von Veränderungsraten.

5.4 Empirische Ergebnisse zur Ermittlung der Kosten- und Relativgewichte

Im folgenden Abschnitt findet die Anpassung der Datengrundlage gemäß dem Beschluss des 283. BA (siehe Abschnitt 3.2.1) keine Berücksichtigung, da sie nur für die Berechnung der Veränderungsdaten, nicht jedoch für die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte, beschlossen wurde.

Alle im folgenden Abschnitt dargestellten Ergebnisse und Auswertungen wurden auf der sogenannten Kalibrierungsmenge durchgeführt (siehe Abschnitt 2.1. des Beschlusses des 29. EBA bzw. Abschnitt 3.1.1 seiner Anlage – diese Anlage ist hier separat als Teil von Anhang 18 angefügt).

Die demografischen Horchrechnungsfaktoren (DHF, siehe Abschnitt 3.2.12) wurden gemäß der Festlegungen durch den 29. Erweiterten Bewertungsausschuss in diesem Abschnitt nicht angewendet. Die DHF wurden zeitraumspezifisch bestimmt (je Kalenderjahr), für zeitraumübergreifende Berechnungen (hier: Risikoklassen aus 2008 und Leistungsbedarf aus 2010) wären sie nicht geeignet.

5.4.1 Kompressions-Algorithmus: Auswahl THCC und Bildung von RHCC sowie anschließende Kalibrierung

Entsprechend des Kompressionsalgorithmus in Abschnitt 3.1.4 der Anlage des Beschlusses des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA wurden 43 Risikokategorien als THCC ausgewählt (zur Erläuterung des Kompressionsalgorithmus siehe Abschnitt 5.2; zu den Beschlüssen sie-

he Abschnitt 2.3 sowie den Anhang 18). In der folgenden Tabelle ist dargestellt, bei welchem Schritt des Kompressionsalgorithmus die THCC jeweils ins Modell aufgenommen wurden: in Schritt 2.1 aufgrund ihrer ökonomischen Relevanz (Ökonom. Relevanz), in Schritt 2.2 aufgrund ihres Relativgewichts ($RG \geq 1,5$) oder in Schritt 2.3 aufgrund ihres Beitrags zur erklärten Varianz (R^2). Sofern eine THCC über mehrere Aufnahmegründe in das Modell gelangt ist, sind alle Aufnahmegründe angegeben.

THCC im Modell		Aufnahmegrund
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
THCC014	Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges	Ökonom. Relevanz
THCC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	Ökonom. Relevanz
THCC020	Typ 1 Diabetes mellitus	R^2
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, R^2
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	R^2
THCC054	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	R^2
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

THCC im Modell		Aufnahmegrund
THCC084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	Ökonom. Relevanz, R ²
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	R ²
THCC091	Essentielle Hypertonie / Hypertensive Enzephalopathie	Ökonom. Relevanz
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
THCC128	Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats	RG \geq 1,5
THCC129	Terminale Niereninsuffizienz	R ² , RG \geq 1,5
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	Ökonom. Relevanz, R ² , RG \geq 1,5
THCC131	Niereninsuffizienz, Nierenversagen	R ²
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	Ökonom. Relevanz, R ²
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
THCC190	Knöcherne Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	Ökonom. Relevanz, R ²
THCC194	Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	Ökonom. Relevanz

Tabelle 74: Auswahl der THCC im Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA

Von den zu RHCC zusammengefassten Risikokategorien trägt eine (die RHCC000) vereinbarungsgemäß ein Kosten- und Relativgewicht von null, sie umfasst ausschließlich die NonCW-CC (HCC201). In den folgenden Darstellungen wird diese Kategorie bei der Anzahl RHCC usw. **nicht** mitgezählt.

Die RHCC024 „Krankheiten und Zustände bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ wurde in Schritt 5.1 des Kompressionsalgorithmus aufgrund von Negativität ausgeschlossen. Diese RHCC wird bei der Anzahl RHCC ebenfalls **nicht** mitgezählt. Ansonsten kamen die Schritte 5.1 und 5.2 zum Umgang mit negativen oder insignifikanten Kostengewichten von RHCC nicht zum Tragen.

Es wurden keine Alters- und Geschlechtsgruppen aufgrund von negativen oder insignifikanten Kostengewichten zusammengefasst (Schritt 6).

5.4.2 Kennzahlen und Gütemaße

Im Folgenden werden Kennzahlen und Gütemaße sowie entsprechende Grafiken für das Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA (Modell „KM87a_2012“) präsentiert.

In Tabelle 76 und Tabelle 78 werden der relative Prognosefehler und das adjustierte R^2 zur Beurteilung der Modelle angegeben.

Der „relative Prognosefehler“ wird berechnet, indem der mit den Versichertenquartalen gewichtete „mean absolute prediction error“ (MAPE) durch den gewichteten mittleren Leistungsbedarf der Stichprobe geteilt wird. Die Formel für die Berechnung des gewichteten MAPE wird in Abbildung 14 dargestellt. Der gewichtete MAPE wird berechnet als Betrag der Differenz des tatsächlichen Leistungsbedarfs je Versicherten (y_i) zum geschätzten Leistungsbedarf je Versicherten (\hat{y}_i) multipliziert mit den Versichertenquartalen je Versicherten (AVQ_i). Dieses wird über alle Versicherten $i=1, \dots, n$ der Stichprobe summiert und durch die Summe der Versichertenquartale (AVQ_i) in der Stichprobe dividiert. Der gewichtete MAPE gibt somit an, wie groß eine Verschätzung im Mittel ausfällt. Der relative Prognosefehler setzt diese mittlere Verschätzung ins Verhältnis zum mittleren Leistungsbedarf. Beim relativen Prognosefehler, so wie er hier verwendet wird, ist zu beachten, dass dieser keine Aussage dazu trifft, wie die relativen Prognosefehler je Versicherten im Mittel ausfallen.

$$MAPE = \frac{\sum_i AVQ_i |y_i - \hat{y}_i|}{\sum_i AVQ_i}$$

mit

y_i : Leistungsbedarf des i-ten Versicherten für das Jahr 2010

\hat{y}_i : geschätzter Leistungsbedarf des i-ten Versicherten für das Jahr 2010

AVQ_i : Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten im Jahr 2010

Abbildung 14: Formel zur Berechnung des mittleren absoluten Prognosefehlers

Der gewichtete mittlere Leistungsbedarf berechnet sich gemäß der Formel in Abbildung 15.

$$\bar{y}_{\text{gewichtet}} = \frac{\sum_i AVQ_i y_i}{\sum_i AVQ_i}$$

mit

y_i : Leistungsbedarf des i-ten Versicherten für das Jahr 2010

AVQ_i : Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten im Jahr 2010

Abbildung 15: Formel zur Berechnung des gewichteten mittleren Leistungsbedarfs

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 ist in Abbildung 16 angegeben, wobei p die Anzahl der Variablen im Modell darstellt.

$$R_{adj}^2 = 1 - \frac{\frac{1}{n-p-1} \sum_i (y_i - \hat{y}_i)^2}{\frac{1}{n-1} \sum_i (y_i - \bar{y})^2}$$

Abbildung 16: Formel zur Berechnung des adjustierten R^2

5.4.2.1 Vergleich des Modells „KM87a_2012“ mit „H15EBA“

Zunächst sind zentrale Kennzahlen und Gütemaße für das Modell „KM87a_2012“ im Vergleich zum Modell gemäß Beschluss des 15. EBA (Modell „H15EBA“) tabellarisch zusammengestellt. Zu beachten sind folgende Unterschiede zwischen den beiden Modellen:

1. Die Datengrundlage für das Modell „KM87a_2012“ ist die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2008 bis 2010, die Datengrundlage für das Modell „H15EBA“ war die 4-KVen-Stichprobe der Jahre 2006 bis 2008.
2. Die Datengrundlage für das Modell „KM87a_2012“ enthält nur versichertenzeitvollständige Versicherte (Versicherte, die mind. 45 Tage in jedem Quartal versichert waren; vgl. die Anlage des Beschlusses des 29. EBA). Für das Modell „H15EBA“ wurde eine solche Einschränkung nicht vorgenommen.
3. Die Berechnung des Modells „KM87a_2012“ erfolgte für die Jahre 2008 und 2010, die Berechnung des Modells „H15EBA“ erfolgte für die Jahre 2006 und 2008. Zur Klassifikation wurden jeweils die jahresspezifischen ICD-10-GM-Versionen verwendet
4. Bei der Berechnung des Modells „KM87a_2012“ wurden Versicherte ausgeschlossen, die als sogenannte SV-Teilnehmer in einem bereinigungsrelevanten

Vertrag nach §§73 b oder c, 140ff. SGB V eingeschrieben waren. Bei der Berechnung des Modells „H15EBA“ konnten SV-Teilnehmer enthalten sein.

5. In der MGV-Abgrenzung für das Modell „KM87a_2012“ sind die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) sowie die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) ausgeschlossen, während diese in der MGV-Abgrenzung für das Modell „H15EBA“ enthalten sind.
6. Darüber hinaus erfolgte für das Modell „KM87a_2012“ keine Anpassung des abgerechneten Leistungsbedarfs an die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses, wohingegen für das Modell H15EBA eine Anpassung des abgerechneten Leistungsbedarfs an die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses durchgeführt wurde.
7. Die Bildung der HCC erfolgte bei dem Modell „KM87a_2012“ anhand der Version p06b des Klassifikationssystems und die Bildung der CC erfolgte bei Modell „H15EBA“ anhand der Version 0.2.3 des Klassifikationssystems.
8. Im Klassifikationsmodell „KM87a_2012“ erfolgte die Hierarchisierung vor der Komprimierung in THCC und RHCC, während bei der Ausgestaltung des Klassifikationsmodells „H15EBA“ die Hierarchisierung zwischen TCC und RCC erfolgte.
9. Der Algorithmus zur Auswahl der Risikokategorien und Berechnung der Kosten- und Relativgewichte ist unterschiedlich (für einen detaillierten Vergleich siehe Abschnitt 5.2.2).
10. Die Gewichtung der Regression und die Annualisierung des Leistungsbedarfs erfolgte für das Modell „KM87a_2012“ mit Versichertenquartalen, für das Modell „H15EBA“ wurden für die Gewichtung und Annualisierung Versichertentage verwendet.

Modell	N (Kalibrierungsstichprobe)	Zahl der Risikoklassen			Gesamt	Anteil der Alters- und Geschlechtsgruppen an der ökon. Relevanz
		Alters- und Geschlechtsgruppen	THCC (bzw. TCC)	RHCC (bzw. RCC)		
KM87a_2012	7.553.361	32	43	30	105	34,99%
H15EBA	2.668.118	32	32	27	91	35,05%

Tabelle 75: Kennzahlen des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 15. EBA

Modell	Relativer Prognosefehler (MAPE/ $\bar{y}_{gewichtet}$)	Adjustiertes R ²
KM87a_2012	54,03%	35,7%
H15EBA	58,13%	27,0%

Tabelle 76: Gütemaße zum Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 15. EBA

5.4.2.2 Vergleich des Modells „KM87a_2012“ mit einem Modell mit anderer Leistungsbedarfsabgrenzung

In Tabelle 77 und in Tabelle 78 erfolgt zusätzlich ein Vergleich des Modells „KM87a_2012“ mit einem Modell, welches sich vom Modell „KM87a_2012“ nur dadurch unterscheidet, dass die MGV-Abgrenzung die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) sowie die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) enthält (Modell „KM87a_2012 ohne Anpassung der MGV gemäß Beschluss des 288. BA“).

Modell	N (Kalibrierungsstichprobe)	Zahl der Risikoklassen			Anteil der Alters- und Geschlechtsgruppen an der ökon. Relevanz	
		Alters- und Geschlechtsgruppen	THCC (bzw. TCC)	RHCC (bzw. RCC)		Gesamt
KM87a_2012	7.553.361	32	43	30	105	34,99%
KM87a_2012 ohne Anpassung der MGV gemäß Beschluss des 288. BA	7.553.361	32	41	30	103	34,11%

Tabelle 77: Kennzahlen des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA

Modell	Relativer Prognosefehler (MAPE/ $\bar{y}_{gewichtet}$)	Adjustiertes R ²
KM87a_2012	54,03%	35,7%
KM87a_2012 ohne Anpassung der MGV gemäß Beschluss des 288. BA	58,26%	27,3%

Tabelle 78: Gütemaße zum Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA im Vergleich mit dem Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit angepasster Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA

Hieraus ist zu ersehen, dass die R^2 -Verbesserung und auch die Verringerung des relativen Prognosefehlers ganz wesentlich auf der Änderung der MGV-Abgrenzung beruht.

5.4.2.3 Verteilung der Residuen

Abbildung 18, Abbildung 19 und Abbildung 20 zeigen die Verteilung der Residuen (Formel in Abbildung 17). In Abbildung 18 ist die gesamte Verteilung dargestellt, wohingegen in Abbildung 19 und in Abbildung 20 Versicherte mit Extremwerten an den Verteilungsenden ausgeschlossen wurden. Der Ausschluss erfolgte in Abbildung 19 für alle Beobachtungen, welche jeweils 0,1% der Versichertenjahre¹⁴ am oberen Ende der Verteilung und am unteren Ende der Verteilung beinhalten. Für Abbildung 20 erfolgte der Ausschluss für alle Beobachtungen, die außerhalb des Bereichs [unteres Quartil – 1,5*Interquartilsabstand; oberes Quartil + 1,5*Interquartilsabstand] liegen. Die Quartile und der Interquartilsabstand wurden dabei jeweils gewichtet mit den Versichertenjahren berechnet.

$$r_i = y_i - \hat{y}_i \quad (\text{Jahr 2010})$$

Abbildung 17: Formel zur Berechnung der Residuen

In allen drei Grafiken ist, zusätzlich zum Histogramm, jeweils eine Normalverteilungskurve mit $\mu=0$ und der Standardabweichung der Residuen eingezeichnet.

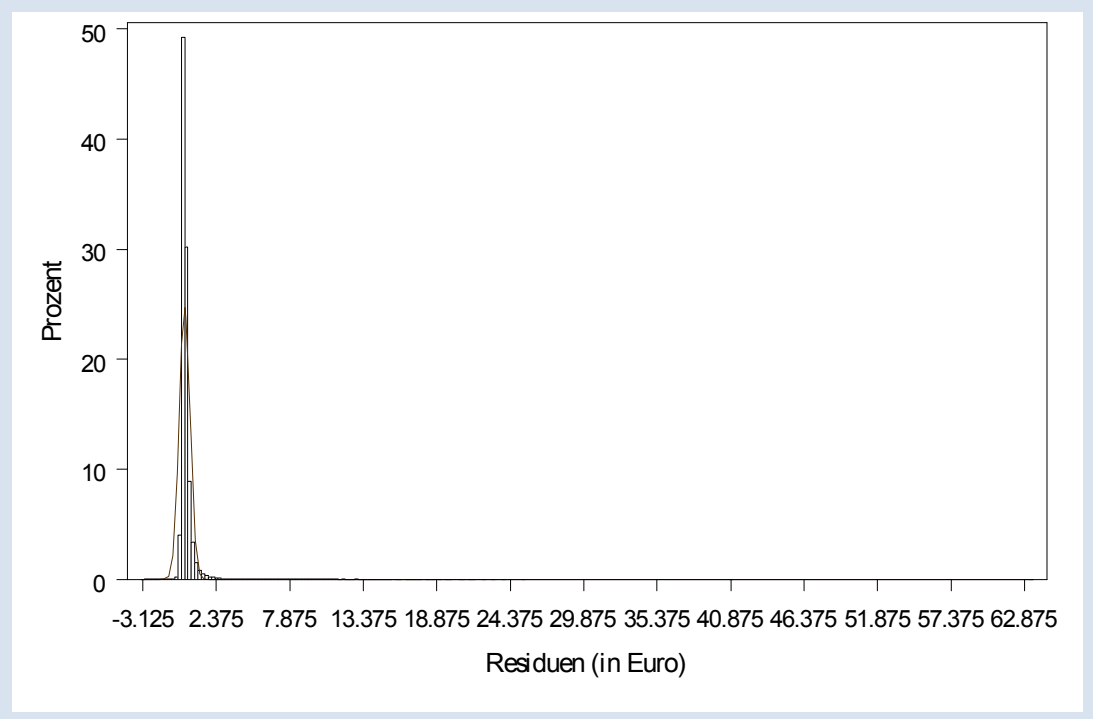


Abbildung 18: Histogramm der Residuen (gesamte Verteilung)

¹⁴ Das Versichertenjahr ist folgendermaßen definiert: Anzahl Versichertenquartale/4.

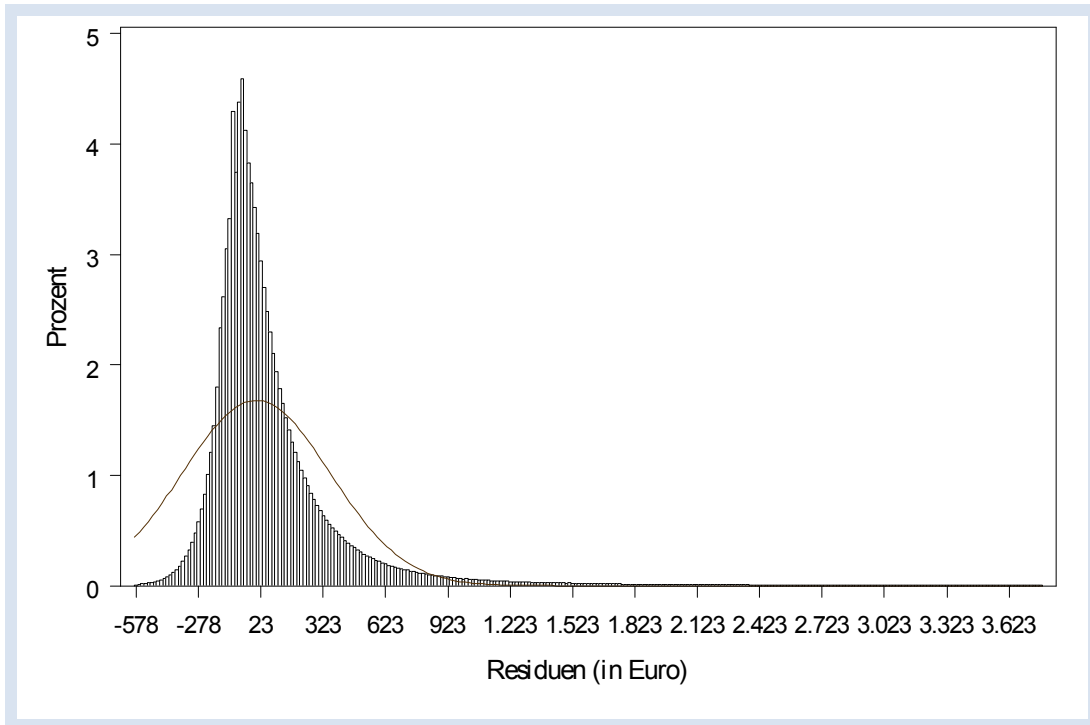


Abbildung 19: Histogramm der Residuen (Verteilungsausschnitt; Ausschluss von Extremwerten an den Verteilungsenden)

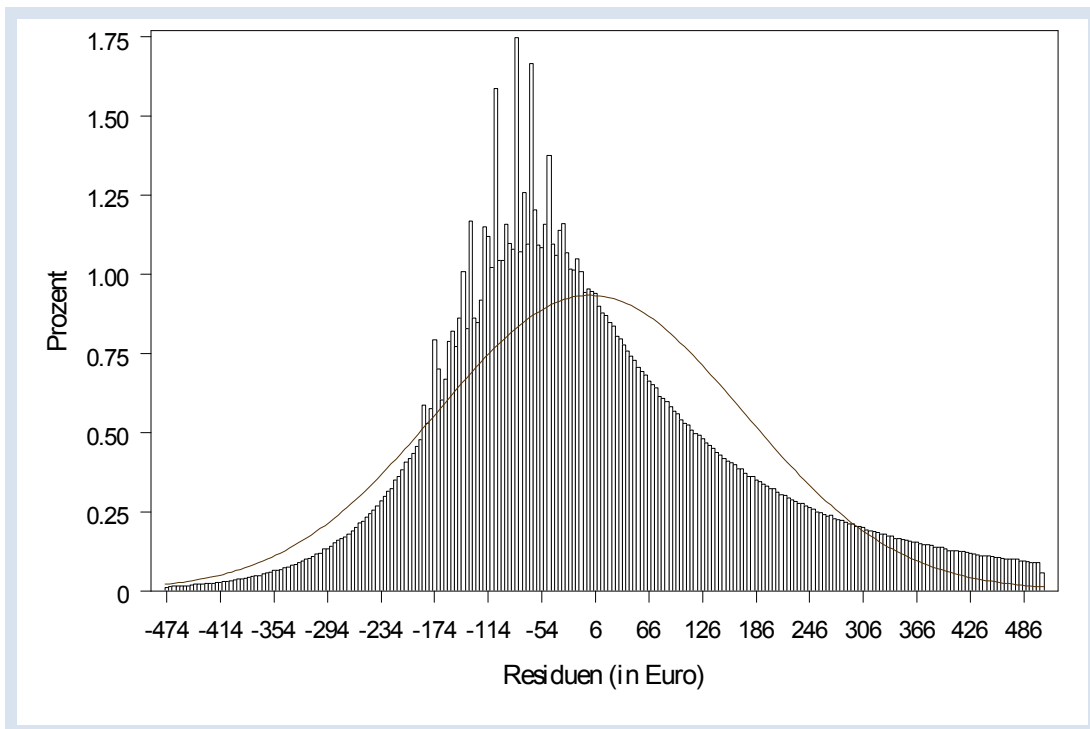


Abbildung 20: Histogramm der Residuen (Verteilungsausschnitt; Ausschluss von Extremwerten an den Verteilungsenden)

5.4.2.4 Vergleich des erwarteten mit dem tatsächlichen Leistungsbedarf

In Tabelle 79 werden die Versicherten anhand ihres erwarteten Leistungsbedarfs in vierundzwanzig Gruppen unterteilt. Die Gruppenbildung erfolgte dabei mit Hilfe von Perzentilen, anhand derer die Versicherten in jeweils gleich große Gruppen unterteilt wurden. Als Gruppengrenzen wurden nur gerundete Werte verwendet.

Klassen des geschätzten Leistungsbedarfs	N	Ø geschätzter LB	Ø tatsächlicher LB	Predictive Ratio
<= 10.000	483.304	7.664,93	8.864,92	0,86464
> 10.000 - 12.500	452.881	11.277,09	11.667,08	0,96657
> 12.500 - 14.500	361.085	13.611,44	13.647,78	0,99734
> 14.500 - 15.500	307.582	15.254,59	14.988,79	1,01773
> 15.500 - 18.500	489.360	17.245,74	16.947,04	1,01763
> 18.500 - 21.000	465.482	19.704,85	19.396,04	1,01592
> 21.000 - 23.000	355.421	21.988,52	21.741,30	1,01137
> 23.000 - 25.500	422.513	24.239,36	23.823,07	1,01747
> 25.500 - 28.000	395.809	26.734,78	26.243,66	1,01871
> 28.000 - 30.000	295.378	28.985,63	28.620,04	1,01277
> 30.000 - 33.000	406.448	31.472,38	30.990,94	1,01554
> 33.000 - 36.000	366.118	34.472,92	34.125,12	1,01019
> 36.000 - 40.000	428.357	37.950,42	37.712,71	1,00630
> 40.000 - 43.000	283.054	41.474,35	41.423,74	1,00122
> 43.000 - 48.000	409.988	45.422,52	45.578,38	0,99658
> 48.000 - 53.000	340.893	50.422,23	50.728,97	0,99395
> 53.000 - 59.000	333.040	55.879,79	56.510,18	0,98884
> 59.000 - 66.000	296.251	62.319,97	62.890,70	0,99093
> 66.000 - 80.000	368.740	72.194,20	72.558,34	0,99498
> 80.000 - 95.000	179.415	86.400,47	86.516,00	0,99866
> 95.000 - 105.000	52.864	99.435,91	98.768,10	1,00676
> 105.000 - 115.000	26.343	109.404,39	108.863,02	1,00497
> 115.000 - 185.000	25.219	128.735,28	127.140,98	1,01254
>= 185.000	7.816	292.283,17	291.815,50	1,00160

Tabelle 79: Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs

In Abbildung 21 wird der Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs dargestellt.

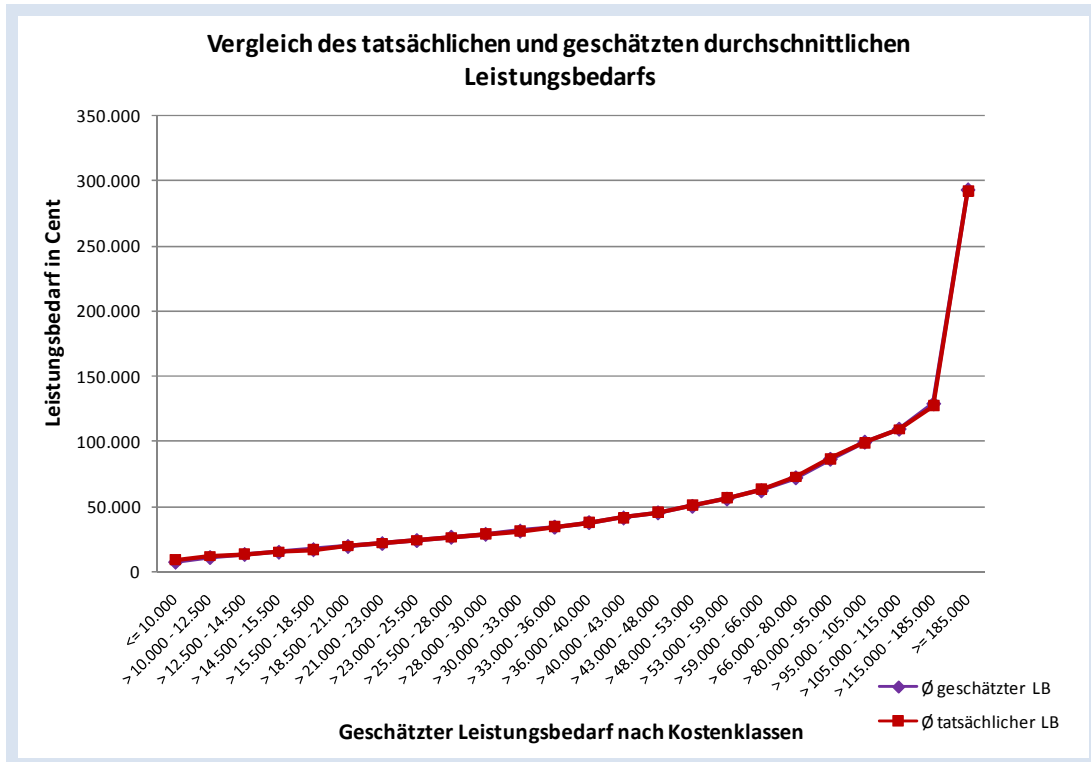


Abbildung 21: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs

Ausgangspunkt der Darstellungsweise zu Abbildung 21 ist der geschätzte Leistungsbedarf der Versicherten¹⁵. Die diagnosebezogenen Risikoklassen und Alter und Geschlecht führen zur Prognose des individuellen Leistungsbedarfs (bzw. der -klasse) und diese wird verglichen mit dem tatsächlichen Leistungsbedarf je erwarteter Leistungsbedarfsklasse. Bei einer äquivalenten Abgrenzung der Kostenklassen des geschätzten und tatsächlichen Leistungsbedarfs zeigt sich eine Übereinstimmung zwischen dem durchschnittlichen geschätzten und durchschnittlichen tatsächlichen Leistungsbedarf innerhalb der Klassen des geschätzten Leistungsbedarfs daran, dass beide Graphen aufeinander liegen.

¹⁵ Vgl. dazu: Ash A, Byrne-Logan S. How Well do Models Work? Predicting Health Care Costs. In: Proceedings of the Section on Statistics in Epidemiology, American Statistical Association 1998: 42 - 49.

In Abbildung 22 ist derselbe Vergleich nur für die unteren fünf Kostenklassen abgebildet.

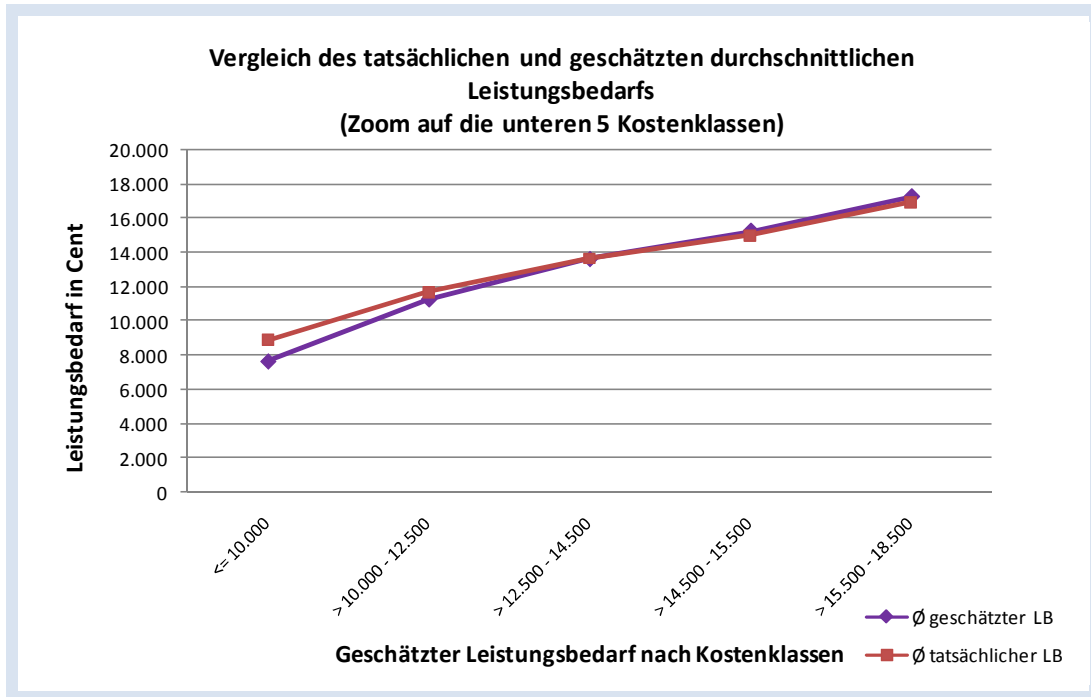


Abbildung 22: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des geschätzten Leistungsbedarfs mit Zoom auf die fünf unteren Kostenklassen

In der folgenden Tabelle 80 werden die Versicherten anhand ihres tatsächlichen Leistungsbedarfs in vierundzwanzig Gruppen unterteilt.

Klassen des tatsächlichen Leistungsbedarfs	N	Ø geschätzter LB	Ø tatsächlicher LB	Predictive Ratio
<= 0	639.989	15.967	0	
> 0 - 2.500	101.079	18.210	1.633	11,15197
> 2.500 - 4.500	357.656	17.303	3.463	4,99709
> 4.500 - 7.000	363.094	19.305	5.873	3,28728
> 7.000 - 10.000	440.432	20.812	8.508	2,44616
> 10.000 - 12.500	360.593	22.590	11.235	2,01066
> 12.500 - 15.500	424.282	24.153	13.983	1,72727
> 15.500 - 18.500	406.126	26.065	16.989	1,53421
> 18.500 - 21.000	317.419	27.728	19.754	1,40370
> 21.000 - 24.000	375.661	30.000	22.491	1,33382
> 24.000 - 27.000	345.500	32.193	25.476	1,26367
> 27.000 - 30.500	363.945	34.216	28.715	1,19155
> 30.500 - 35.000	411.872	36.500	32.699	1,11624
> 35.000 - 40.000	393.535	39.187	37.436	1,04678
> 40.000 - 45.000	333.444	41.728	42.432	0,98341
> 45.000 - 52.000	381.543	44.479	48.364	0,91967

Klassen des tatsächlichen Leistungsbedarfs	N	Ø geschätzter LB	Ø tatsächlicher LB	Predictive Ratio
> 52.000 - 60.000	339.183	47.697	55.824	0,85441
> 60.000 - 75.000	437.830	51.571	66.887	0,77102
> 75.000 - 100.000	388.581	56.942	85.853	0,66325
> 100.000 - 135.000	219.693	62.700	114.448	0,54784
> 135.000 - 170.000	79.466	67.921	149.691	0,45374
> 170.000 - 200.000	28.463	70.805	183.107	0,38668
> 200.000 - 300.000	28.851	78.232	236.440	0,33088
>= 300.000	15.124	141.292	407.313	0,34689

Tabelle 80: Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbedarfs

In Abbildung 23 wird der Vergleich des durchschnittlichen tatsächlichen und geschätzten Leistungsbedarfs nun in Abhängigkeit von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbedarfs grafisch dargestellt.

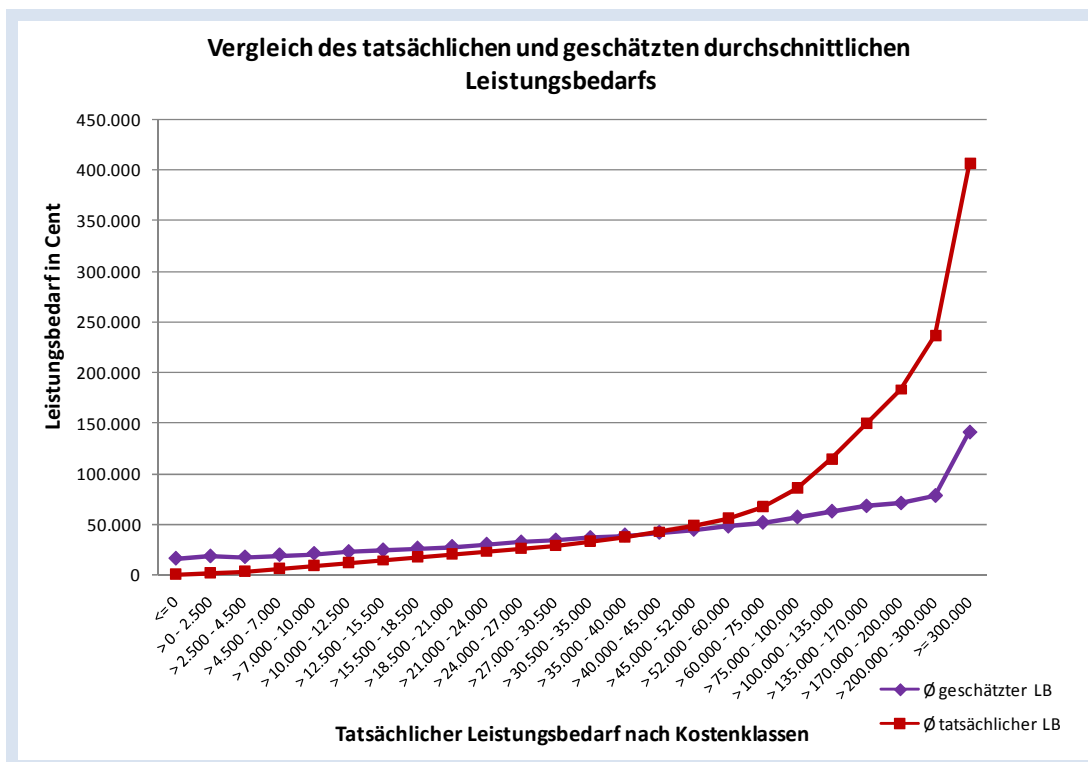


Abbildung 23: Vergleich des tatsächlichen und geschätzten durchschnittlichen Leistungsbedarfs in Abhängigkeit von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbedarfs

Wie in Abbildung 23 ersichtlich, liegt in den Klassen niedriger tatsächlicher Leistungsbedarfe der Durchschnitt der geschätzten Leistungsbedarfe etwas über dem Durchschnitt der tatsächlichen Leistungsbedarfe. Dagegen liegt in den Klassen hoher tatsächlicher Leistungsbedarfe der Durchschnitt der geschätzten Leistungsbedarfe deutlich unter dem Durchschnitt der tatsächlichen Leistungsbedarfe. Anhand der Besetzungszahlen in Tabelle 80 lässt sich allerdings ableiten, dass die Summe

der Überschätzungen in den unteren Leistungsbedarfsklassen der Summe der Unterschätzungen in den oberen Leistungsbedarfsklassen entspricht.

5.4.3 Relativgewichte

In der folgenden Tabelle werden zu den Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ die Relativgewichte sowie die Anzahl der Versichertenjahre 2009 und 2010 berichtet.

Die Relativgewichte für das Modell „KM87a_2012“ ergeben sich, indem die Kostengewichte nach Kompression gemäß dem Algorithmus im Beschluss des 29. EBA durch den gewichteten Mittelwert des Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsstichprobe geteilt werden. Dieser beträgt 33.678,5895 Cent. Die Abgrenzung der Kalibrierungsstichprobe erfolgte gemäß Abschnitt „3.1.1 Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- und Relativgewichte“ im Anhang des Beschlusses des 29. EBA mit der Anpassung gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA.

Die Abgrenzung der Stichproben 2009 und 2010 zur Ermittlung der Anzahl der Versichertenjahre 2009 und 2010 erfolgte gemäß Abschnitt „4.1.1 Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsdaten“ in der Anlage des Beschlusses des 29. EBA mit den Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und gemäß Beschluss des 283. BA. Die Anzahl der Versichertenjahre wurde mit den DHF (eine Erläuterung der demografischen Hochrechnungsfaktoren befindet sich im Abschnitt 3.2.12) hochgerechnet.

Risikoklassen		Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
AG001	Weiblich, 0 bis 5 Jahre	0,3022	1.622.679	1.592.158
AG002	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	0,1980	2.265.567	2.201.263
AG003	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	0,3673	1.740.941	1.723.151
AG004	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	0,2845	2.926.976	2.895.003
AG005	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	0,3401	4.235.297	4.255.916
AG006	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	0,3507	5.208.798	4.971.626
AG007	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	0,3922	5.729.526	5.837.425
AG008	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	0,4343	2.425.757	2.434.743
AG009	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	0,4710	1.957.250	2.106.672
AG010	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	0,5092	2.314.416	2.067.639
AG011	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	0,5175	2.392.106	2.463.016
AG012	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	0,4502	1.687.547	1.748.887
AG013	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	0,3885	1.400.729	1.402.289
AG014	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	0,4183	950.842	951.274
AG015	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	0,5438	264.744	314.680
AG016	Weiblich, 95 bis 124 Jahre	0,6344	120.840	117.423
AG017	Männlich, 0 bis 5 Jahre	0,3413	1.701.624	1.674.521

Risikoklassen		Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
AG018	Männlich, 6 bis 12 Jahre	0,2225	2.376.615	2.308.101
AG019	Männlich, 13 bis 17 Jahre	0,1811	1.835.918	1.815.608
AG020	Männlich, 18 bis 24 Jahre	0,1394	2.963.511	2.938.016
AG021	Männlich, 25 bis 34 Jahre	0,1933	4.032.019	4.073.522
AG022	Männlich, 35 bis 44 Jahre	0,2457	4.752.835	4.532.048
AG023	Männlich, 45 bis 54 Jahre	0,3177	5.237.520	5.336.991
AG024	Männlich, 55 bis 59 Jahre	0,4273	2.138.826	2.154.258
AG025	Männlich, 60 bis 64 Jahre	0,4603	1.702.477	1.831.342
AG026	Männlich, 65 bis 69 Jahre	0,5124	1.968.958	1.747.439
AG027	Männlich, 70 bis 74 Jahre	0,5503	1.931.859	1.991.961
AG028	Männlich, 75 bis 79 Jahre	0,5234	1.212.830	1.274.557
AG029	Männlich, 80 bis 84 Jahre	0,4617	764.906	807.915
AG030	Männlich, 85 bis 89 Jahre	0,4401	324.053	338.869
AG031	Männlich, 90 bis 94 Jahre	0,5292	68.583	84.769
AG032	Männlich, 95 bis 124 Jahre	0,6264	22.168	20.991
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	0,0634	16.309.681	15.819.888
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	1,5489	278.528	311.321
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	0,4195	2.106.457	2.159.433
THCC014	Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges	0,0747	5.835.709	5.657.905
THCC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	0,1387	3.967.873	4.005.123
THCC020	Typ 1 Diabetes mellitus	0,1817	983.997	966.424
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	0,2875	868.412	968.648
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	0,1006	21.313.402	21.548.306
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	0,1085	16.336.984	15.813.357

Risikoklassen	Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
THCC038 Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	0,3816	2.374.593	2.463.819
THCC040 Cox- oder Gonarthrose	0,1575	5.987.080	6.106.964
THCC041 Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	0,1467	6.232.847	6.381.260
THCC043 Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	0,0944	15.532.541	15.460.438
THCC050 Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	0,2357	1.684.476	1.791.891
THCC054 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,5040	455.727	455.302
THCC055 Bipolare Störungen, depressive Episoden	0,4942	2.288.170	2.441.185
THCC057 Persönlichkeitsstörungen	0,3470	1.840.771	2.005.893
THCC058 Depressive Episode, Angst, Dysthymia	0,2515	4.737.395	4.879.805
THCC060 Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen	0,1044	6.303.150	6.402.552
THCC071 Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	0,2483	1.618.930	1.741.729
THCC074 Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	0,3619	767.736	795.702
THCC076 Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	0,1457	10.620.810	10.815.518
THCC084 Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	0,1460	3.977.367	4.061.412
THCC086 Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	0,1838	2.260.411	2.372.662
THCC091 Essentielle Hypertonie / Hypertensive Enzephalopathie	0,1257	14.970.774	15.201.094
THCC110 Asthma bronchiale	0,2302	4.339.644	4.469.418
THCC115 Akute Bronchitis, Grippe	0,0588	10.229.885	8.764.328
THCC122 Glaukom	0,1698	2.797.815	2.847.511
THCC123 Katarakt	0,0972	5.475.905	5.529.281

Risikoklassen		Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	0,0915	11.693.802	11.476.868
THCC126	Hörverlust	0,1568	3.938.616	4.011.663
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	0,0826	26.045.268	24.440.655
THCC128	Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats	2,2193	13.983	16.768
THCC129	Terminale Niereninsuffizienz	2,1911	33.548	18.173
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	6,7898	98.120	103.317
THCC131	Niereninsuffizienz, Nierenversagen	0,2116	1.644.617	1.754.607
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	0,1128	4.397.715	4.454.420
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	0,1281	13.867.263	13.709.505
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	0,1205	4.388.533	4.470.459
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	0,0846	16.106.465	16.018.501
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	0,0763	11.837.760	11.758.256
THCC190	Knöcherner Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	0,2236	6.708.237	6.933.990
THCC194	Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	0,1337	3.511.426	3.540.830
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung) ¹⁶	0,3222	382.820	367.513
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	0,6376	705.607	725.284

¹⁶ Den Zusatz „(nach Komprimierung)“ erhält die Bezeichnung einer RHCC immer dann, wenn ihre Zusammensetzung von der zugrundeliegenden ACC abweicht. Entspricht die RHCC in ihrer Zusammensetzung der zugrundeliegenden ACC, so erhält die RHCC die gleiche Bezeichnung wie die ACC.

Risikoklassen	Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
RHCC003 Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (nach Komprimierung)	0,0988	5.409.108	5.586.874
RHCC004 Diabetes mellitus (nach Komprimierung)	0,2196	2.539.324	2.698.706
RHCC005 Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	0,1030	220.398	216.612
RHCC006 Krankheiten der Leber	0,0345	4.591.837	4.684.571
RHCC007 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	0,1776	2.685.271	2.741.695
RHCC008 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	0,0915	2.886.434	2.898.978
RHCC009 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1169	4.496.987	4.448.315
RHCC010 Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	0,1572	1.542.831	1.555.914
RHCC011 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	0,0612	3.369.574	3.549.813
RHCC012 Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1579	867.191	862.795
RHCC013 Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzminderung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs-Syndrome	0,1229	3.017.005	3.103.025
RHCC014 Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,4034	1.043.934	1.083.794
RHCC015 Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	0,1709	452.958	461.154

Risikoklassen	Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
RHCC016 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	0,1632	8.192.847	8.337.269
RHCC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten	0,1177	3.270.425	3.370.768
RHCC018 Sonstige Blutgefäß-Krankheiten	0,0734	11.672.801	11.716.954
RHCC019 Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	0,1165	4.693.592	4.498.432
RHCC020 Augen-Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1045	4.294.042	4.421.988
RHCC021 HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1148	1.874.928	1.908.636
RHCC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (nach Komprimierung)	0,1185	6.230.367	6.370.535
RHCC023 Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	0,1685	2.762.132	2.727.291
RHCC025 Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	0,1197	3.358.743	3.327.609
RHCC026 Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (nach Komprimierung)	0,0927	10.045.078	10.192.724
RHCC027 Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakthanlässe	0,0705	2.242.158	2.278.473
RHCC028 Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	0,1195	134.675	122.234
RHCC029 Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	0,3357	219.400	226.013

Risikoklassen	Relativgewicht	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
RHCC030 Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestiche Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen	0,1557	4.012.599	4.228.505
RHCC031 Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktauflösse ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der RHCC031	0,1079	279.589	298.555

Tabelle 81: Relativgewichte des Modells gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA und Anzahl der Versichertenjahre (Anzahl Versicherten-Quartale/4) 2009 und 2010 gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 283. BA

	Anzahl Versichertenjahre 2009	Anzahl Versichertenjahre 2010
GKV insgesamt	70.278.717	70.014.070

Tabelle 82: Anzahl der mit den DHF hochgerechneten Versichertenjahre 2009 und 2010 in der GKV insgesamt

5.5 Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungs-raten

Die Berechnung der Veränderungs-raten sowie aller weiteren Auswertungen zu Veränderungs-raten erfolgte auf der Datengrundlage gemäß Abschnitt „4.1.1 Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungs-raten“ im Anhang des Beschlusses des 29. EBA mit der Anpassung gemäß Beschluss des 30. EBA, gemäß Beschluss des 283. BA und gemäß Änderungsbeschluss des 29. EBA in der Sitzung des 288. BA. Die DHF wurden angewendet.

5.5.1 Diagnosebezogene Veränderungsrate je KV

KV	Diagnosebezogene Veränderungsrate 2009/2010
Schleswig-Holstein	1,4941%
Hamburg	1,5318%
Bremen	0,6423%
Niedersachsen	1,6673%
Westfalen-Lippe	0,6544%
Nordrhein	1,1924%
Hessen	0,7976%
Rheinland-Pfalz	0,6870%
Baden-Württemberg	1,0503%
Bayern	0,1061%
Berlin	0,5805%
Saarland	0,6601%
Mecklenburg-Vorpommern	1,6361%
Brandenburg	1,8024%
Sachsen-Anhalt	2,6931%
Thüringen	1,8135%
Sachsen	1,7522%

Tabelle 83: Diagnosebezogene Veränderungsrate je KV zwischen den Jahren 2009 und 2010

5.5.2 Treiber der Veränderungsrate

Positive Veränderungsrate entstehen aufgrund von höheren Prävalenzen innerhalb der Risikoklassen von 2009 auf 2010. Die Risikoklassen sind Ergebnis der Anwendung des Kompressionsalgorithmus auf Risikokategorien (HCC), die sich wiederum aus den kodierten Diagnosen ergeben (vgl. Kapitel 4).

Tabelle 84 zeigt die Entwicklung der mittleren Anzahl Diagnosen¹⁷, Risikokategorien und Risikoklassen je Versichertenjahr (VJ) für die Jahre 2009 und 2010. Als klassifizierbare Diagnosen werden diejenigen Diagnosen bezeichnet, die (ggf. nach Abschneiden und im Zusammenspiel mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, Alter und/oder Geschlecht) zur Bildung einer CC führen.

¹⁷ Als Diagnose wird hier die Kombination eines ICD-Kodes mit einem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit verstanden.

	2009	2010	Veränderung in Prozent
Mittlere Anzahl Diagnosendatensätze je VJ	28,30	28,69	1,38%
Mittlere Anzahl distinkte Diagnosen je VJ ¹⁸	14,71	14,73	0,15%
Mittlere Anzahl distinkte klassifizierbare Diagnosen je VJ	12,17	12,26	0,73%
Mittlere Anzahl HCC je VJ (ohne HCC201)	5,45	5,47	0,40%
Mittlere Anzahl Risikoklassen (THCC/RHCC) je VJ	5,33	5,34	0,29%

Tabelle 84: Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen je Versichertenjahr in 2009 und 2010

In Tabelle 85 werden die mittleren Anzahlen an Diagnosen je Versichertenjahr zusätzlich differenziert nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) dargestellt.

ZK-DS		2009	2010	Veränderung in Prozent
Mittlere Anzahl Diagnosendatensätze je VJ	A	0,86	0,81	-6,26%
	G	25,19	25,73	2,17%
	V	1,09	0,96	-12,11%
	Z	1,16	1,19	2,55%
Mittlere Anzahl distinkte Diagnosen je VJ	A	0,71	0,69	-3,54%
	G	12,65	12,73	0,68%
	V	0,81	0,77	-5,75%
	Z	0,53	0,54	1,67%
Mittlere Anzahl distinkte klassifizierbare Diagnosen je VJ	A	0	0	.-
	G	12,11	12,20	0,73%
	V	0	0	.-
	Z	0,06	0,06	2,09%

Tabelle 85: Diagnosen je Versichertenjahr getrennt nach Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit in 2009 und 2010

Anmerkung: Unterschiede zwischen den Jahren 2009 und 2010, die sich erst in den hier nicht mehr dargestellten Nachkommastellen niederschlagen, sind in der Bestimmung der relativen Veränderung (in Prozent) berücksichtigt.

¹⁸ Distinkte Diagnosen im Versichertenjahr verstehen sich – etwas anders als in Abschnitt 3.4.9 – als unterschiedliche Diagnosen eines Versicherten in der Jahresbetrachtung. Wiederholte Nennungen einer Diagnose durch weitere Ärzte oder in weiteren Quartalen werden nur einmal je Versicherten und Jahr gezählt.

In Tabelle 86 sind die 20 Risikoklassen mit dem größten absoluten Einzelbeitrag zur Veränderungsrate insgesamt aufgelistet. Die Formeln zur Berechnung sind in Anhang 16 aufgeführt. Anhang 17 enthält darüber hinaus die gesamte Liste der Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ mit ihrem jeweiligen Einzelbeitrag zur Veränderungsrate.

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	-0,1726%
AG010	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	-0,1683%
AG026	Männlich, 65 bis 69 Jahre	-0,1523%
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	-0,1164%
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	0,1109%
AG006	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	-0,1059%
AG009	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	0,1025%
AG025	Männlich, 60 bis 64 Jahre	0,0864%
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	0,0829%
THCC190	Knöchernen Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	0,0779%
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	0,0728%
AG007	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	0,0705%
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	-0,0696%
AG022	Männlich, 35 bis 44 Jahre	-0,0692%
AG011	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	0,0574%
THCC058	Depressive Episode, Angst, Dysthymia	0,0559%
AG023	Männlich, 45 bis 54 Jahre	0,0526%
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	0,0525%
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatoïden Formenkreises	0,0520%
RHCC004	Diabetes mellitus (nach Komprimierung)	0,0515%

Tabelle 86: 20 Risikoklassen mit dem größten absoluten Anteil an der Veränderungsrate

6 Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

§ 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V sieht vor, dass die morbiditätsbedingte Veränderungsrate einer Kassenärztlichen Vereinigung sich aus einer diagnosebezogenen (siehe Kapitel 5) und einer demografischen Veränderungsrate zusammensetzt. Dieser Abschnitt beschreibt das Modell zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate und dessen Weiterentwicklung seit dem Beschluss des 15. Erweiterten Bewertungsausschusses.

6.1 Modell zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

6.1.1 Datengrundlage

Während die diagnosebezogenen Veränderungsrate, mit Ausnahme der demografischen Hochrechnungsfaktoren, ausschließlich auf den Daten der Geburtstagsstichprobe berechnet werden, werden bei der Berechnung der demografischen Veränderungsrate zwei unterschiedliche Datengrundlagen verwendet: Die Geburtstagsstichprobe und die KM6-Statistik. Die Geburtstagsstichprobe wird dabei zur Berechnung der Kosten- und Relativgewichte verwendet, sie wird nach den gleichen Merkmalen abgegrenzt wie bei der Berechnung der Kosten- und Relativgewichte für die diagnosebezogenen Veränderungsrate. Dieses wurde im Kapitel 5 beschrieben. Die Berechnung der demografischen Veränderungsrate erfolgt auf den bundesweiten Daten der amtlichen KM6-Statistik der Jahre 2009 und 2010.

6.1.2 Berechnung der demografischen Kosten- und Relativgewichte

Die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte erfolgt auf der Kalibrierungsmenge der Geburtstagsstichprobe (vgl. Abschnitt 5.1.2). Zur Berechnung werden die Versicherten analog der Gliederung der KM6-Statistik Alters- und Geschlechtsgruppen zugeordnet. Das Alter wird hierbei für das Jahr 2008 bestimmt. Der verwendete Leistungsbedarf stammt aus dem Jahr 2010, so dass auch die demografischen Veränderungsrate mit einem zweijährig-prospektiven Modell berechnet werden.

Kostengewichte berechnen sich als der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs je Alters- und Geschlechtsgruppe. Die Gewichtung erfolgt auf Basis der Anzahl der Versichertenquartale einer Person im Leistungsjahr. Relativgewichte werden berechnet, indem die Kostengewichte durch den gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten der Stichprobe, die zur Berechnung der Kostengewichte verwendet wurde, geteilt werden. Die Kosten- und Relativgewichte werden bundeseinheitlich berechnet und für die Berechnung der Veränderungsrate fixiert.

6.1.3 Berechnung der demografischen Veränderungsrate

Die Berechnung der Kosten- und Relativgewichte erfolgte auf der Geburtstagsstichprobe. Für die Berechnung der Veränderungsrate werden diese auf die Daten der KM6-Statistik aus dem Jahr 2009 und 2010 angewendet. Zu Details der Nutzung der KM6-Statistik siehe Anlage zum Beschluss des 29. Erweiterten Bewertungsausschusses, hier als erste Anlage in Anhang 18 beigefügt.

Je Kassenärztlicher Vereinigung wird ein Demografieindex für das Jahr 2009 und einer für das Jahr 2010 berechnet. In Abbildung 24 wird die Berechnung des Demografieindex (\bar{y}_{kt}) formal dargestellt. Die Anzahl der Versicherten je Alters- und Geschlechtsgruppe mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung (n_{jkt}) wird mit dem Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe ($\hat{\beta}_j$) multipliziert und die Werte über alle Alters- und Geschlechtsgruppen in der Region summiert. Diese Summe wird dann durch die Versichertenzahl mit Wohnort in der Kassenärztlichen Vereinigung dividiert.

$$\bar{y}_{kt} = \frac{\sum_{j=1}^{34} (\hat{\beta}_j * n_{jkt})}{\sum_{j=1}^{34} n_{jkt}}$$

mit

- \bar{y}_{kt} : Demografieindex je KV k mit $k=1, \dots, 17$ bezogen auf das Jahr t, wobei $t=2009, 2010$
- $\hat{\beta}_j$: Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe $j=1, \dots, 34$
- n_{jkt} : Zahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe j im Jahr t

Abbildung 24: Berechnung des Demografieindex je Kassenärztlicher Vereinigung

Um die demografische Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung zu berechnen, wird der Demografieindex des Jahres 2010 ($\bar{y}_{k,t+1}$ in Abbildung 25) durch den Demografieindex des Jahres 2009 ($\bar{y}_{k,t}$ in Abbildung 25) geteilt und davon der Wert eins abgezogen. Abbildung 25 stellt die Formel dar.

$$VR_k = \frac{\bar{y}_{k,t+1}}{\bar{y}_{k,t}} - 1$$

mit

- VR_k : Veränderungsrate je KV k mit $k=1, \dots, 17$
- t: Kalenderjahr 2009

Abbildung 25: Berechnung der demografischen Veränderungsrate je Kassenärztlicher Vereinigung

6.2 Weiterentwicklung des Modells zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

Der Beschluss des 15. Erweiterten Bewertungsausschusses sah ausschließlich die Berechnung einer bundesweiten demografischen Veränderungsrate vor, während bei der jetzigen Beschlussfassung regionspezifische Veränderungsrate berechnet wurden. An der Methodik zur Berechnung der Veränderungsrate wurden darüber hinausgehend keine Weiterentwicklungen vorgenommen.

Sachlich besteht der größte Unterschied in der durch den 288. BA neu gefassten Abgrenzung der MGV-Leistungen, vergleiche Abschnitt 3.2.10.

6.3 Empirische Ergebnisse

6.3.1 Kosten- und Relativgewichte

In Tabelle 87 werden die Kosten- und Relativgewichte berichtet, welche zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate verwendet wurden. Der durchschnittliche Leistungsbedarf der Stichprobe zur Berechnung der Kosten- und Relativgewichte beträgt (wie in Abschnitt 5.4.3) 33.678,5895 Cent.

	Frauen		Männer	
	Kostengewicht (in Cent)	Relativgewicht	Kostengewicht (in Cent)	Relativgewicht
bis unter 15 Jahre	20233,86	0,6008	21462,96	0,6373
15 bis unter 20 Jahre	26420,92	0,7845	15450,89	0,4588
20 bis unter 25 Jahre	26124,11	0,7757	14163,84	0,4206
25 bis unter 30 Jahre	28251,40	0,8389	15290,30	0,4540
30 bis unter 35 Jahre	29879,11	0,8872	17447,85	0,5181
35 bis unter 40 Jahre	30864,75	0,9165	19562,23	0,5809
40 bis unter 45 Jahre	32357,20	0,9608	21800,08	0,6473
45 bis unter 50 Jahre	35712,35	1,0604	25008,35	0,7426
50 bis unter 55 Jahre	39258,22	1,1657	29963,32	0,8897
55 bis unter 60 Jahre	43990,13	1,3062	37038,75	1,0998
60 bis unter 65 Jahre	48230,49	1,4321	42906,26	1,2740
65 bis unter 70 Jahre	52688,93	1,5645	48882,56	1,4514
70 bis unter 75 Jahre	56966,00	1,6915	55574,22	1,6501
75 bis unter 80 Jahre	57592,39	1,7101	59800,65	1,7756
80 bis unter 85 Jahre	56345,88	1,6730	60374,26	1,7927
85 bis unter 90 Jahre	57153,97	1,6970	60717,47	1,8029
90 und mehr Jahre	59726,86	1,7734	62430,79	1,8537

Tabelle 87: Kosten- und Relativgewichte der demografischen Veränderungsrate

6.3.2 Ergebnisse der demografischen Veränderungsdaten

In Tabelle 88 werden die demografischen Veränderungsdaten 2009 auf 2010 jeweils für die Versicherten mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung berichtet.

KV	demografische Veränderungsrate 2009/2010
Schleswig-Holstein	0,4343%
Hamburg	0,1411%
Bremen	0,1840%
Niedersachsen	0,4738%
Westfalen-Lippe	0,4388%
Nordrhein	0,3896%
Hessen	0,4169%
Rheinland-Pfalz	0,5288%
Baden-Württemberg	0,4880%
Bayern	0,4233%
Berlin	0,2119%
Saarland	0,5564%
Mecklenburg-Vorpommern	0,8315%
Brandenburg	0,7783%
Sachsen-Anhalt	0,7247%
Thüringen	0,6922%
Sachsen	0,5677%

Tabelle 88: Demografische Veränderungsdaten je KV zwischen den Jahren 2009 und 2010

6.3.3 Gütemaße zum aktuellen Modell und zu einem Modell mit anderer Leistungsbedarfsabgrenzung

Wie auch zum diagnosebezogenen Modell werden für das demografische Modell ausgewählte Gütemaße berichtet. Definitionen zu den Gütemaßen „Relativer Prognosefehler“ und „adjustiertes R²“ finden sich in Abschnitt 5.4.2.

Zusätzlich zum aktuellen Modell für die Berechnung der demografischen Kosten- und Relativgewichte (Abhängige Variable ist der Leistungsbedarf MGV gemäß Beschluss des 288. BA) berichtet Tabelle 89 über ein analoges Modell mit anderer Abgrenzung des Leistungsbedarfs (Abhängige Variable ist der Leistungsbedarf MGV gemäß Beschluss des 29. EBA). Ein entsprechender Vergleich war in Abschnitt 5.4.2.2 für die diagnosebezogene Modellierung berichtet.

Modell	Relativer Prognosefehler ($\text{MAPE} / \bar{y}_{\text{gewichtet}}$)	Adjustiertes R^2
Abhängige Variable ist der Leistungsbedarf MGV gemäß Beschluss des 288. BA	65,12%	13,50%
Abhängige Variable ist der Leistungsbedarf MGV gemäß Beschluss des 29. EBA	68,96%	8,92%

Tabelle 89: Vergleich der Gütemaße des Modells zur Berechnung der demografischen Kosten- und Relativgewichte mit den Gütemaßen, die sich ergeben, wenn als abhängige Variable die MGV-Abgrenzung gemäß Beschluss des 29. EBA verwendet wird

Anhänge

Anhang 1 Abkürzungsverzeichnis

ACC	Aggregated Condition Category(ies)
AGG	AG-Gruppe(n), Alters-Geschlechts-Gruppe(n)
BA	Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
BMI	Body-Mass-Index
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
CC	Condition Category(ies)
DHF	Demografische Hochrechnungsfaktoren
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V
EKV	Ersatzkassenvertrag
GKV-VStG	GKV Versorgungsstrukturgesetz
GOP	Gebührenordnungsposition
H15EBA	Kürzel für das Modell gemäß Beschluss des 15. EBA
HCC	Hierarchical Condition Category(ies)
KM87a_2012	Kürzel für das Modell gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LB	Leistungsbedarf
MAPE	Mean Absolute Prediction Error
MGV	morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
NonCW-CC	Non-CostWeight-CC (Condition Category mit einem normativ gesetzten Kostengewicht von 0)
PersonenID	pseudonymisierte Personenkennung
RG	Relativgewicht
RHCC	„Rest“ Hierarchical Condition Category, zusammengefasste hierarchisierte Risikokategorie
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SV-Teilnehmer	Selektivvertragsteilnehmer
THCC	„Top“ Hierarchical Condition Category, ausgewählte hierarchisierte Risikokategorie
usw.	und so weiter
VJ	Versichertenjahr
z.B.	zum Beispiel
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit
ZK-SL	Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung

Anhang 2 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle	
2007	I	absolut	0	0	0	0	
		relativ	0,000000%	0,000000%	0,000000%	0,000000%	
	II	absolut	0	0	0	0	
		relativ	0,000000%	0,000000%	0,000000%	0,000000%	
	III	absolut	2	1	0	3	
		relativ	0,000006%	0,000003%	0,000000%	0,000005%	
	IV	absolut	0	0	0	0	
		relativ	0,000000%	0,000000%	0,000000%	0,000000%	
	Alle	absolut	2	1	0	3	
		relativ	0,000002%	0,000001%	0,000000%	0,000001%	
	2008	I	absolut	0	0	0	0
			relativ	0,000000%	0,000000%	0,000000%	0,000000%
II		absolut	12	13	0	25	
		relativ	0,000032%	0,000045%	0,000000%	0,000037%	
III		absolut	51	245	16	312	
		relativ	0,000139%	0,000899%	0,001355%	0,000478%	
IV		absolut	33	167	4	204	
		relativ	0,000084%	0,000547%	0,000309%	0,000287%	
Alle		absolut	96	425	20	541	
		relativ	0,000063%	0,000371%	0,000402%	0,000200%	
2009		I	absolut	25	143	0	168
			relativ	0,000063%	0,000441%	0,000000%	0,000229%
	II	absolut	33	45	0	78	
		relativ	0,000092%	0,000143%	0,000000%	0,000113%	
	III	absolut	29	227	0	256	
		relativ	0,000080%	0,000731%	0,000000%	0,000374%	
	IV	absolut	100	49	2	151	
		relativ	0,000254%	0,000152%	0,000158%	0,000208%	
	Alle	absolut	187	464	2	653	
		relativ	0,000124%	0,000365%	0,000040%	0,000230%	

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	absolut	25	414	23	462
		relativ	0,000066%	0,001255%	0,001717%	0,000640%
	II	absolut	17	68	15	100
		relativ	0,000046%	0,000206%	0,001104%	0,000140%
	III	absolut	6	13	0	19
		relativ	0,000016%	0,000041%	0,000000%	0,000027%
	IV	absolut	1	4	0	5
		relativ	0,000003%	0,000012%	0,000000%	0,000007%
	Alle	absolut	49	499	38	586
		relativ	0,000033%	0,000385%	0,000698%	0,000205%

Tabelle 90: Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach erster Bearbeitung und Prüfung auf formale Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden

Anhang 3 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“ in der unter 3.4.4 beschriebenen Abgrenzung

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle	
2007	I	absolut	40.175	2.007.126	234.379	2.281.680	
		relativ	0,12%	6,49%	15,55%	3,51%	
	II	absolut	27.132	1.939.845	145.076	2.112.053	
		relativ	0,09%	6,45%	10,86%	3,36%	
	III	absolut	28.696	1.878.601	225.103	2.132.400	
		relativ	0,09%	6,31%	16,40%	3,42%	
	IV	absolut	32.761	1.941.695	276.375	2.250.831	
		relativ	0,10%	6,17%	17,99%	3,38%	
	Alle	absolut	128.764	7.767.267	880.933	8.776.964	
		relativ	0,10%	6,35%	15,31%	3,42%	
	2008	I	absolut	37.242	2.120.794	125.057	2.283.093
			relativ	0,10%	7,61%	10,21%	3,40%
II		absolut	35.842	2.237.988	138.172	2.412.002	
		relativ	0,10%	7,76%	10,88%	3,57%	
III		absolut	34.852	2.066.279	125.786	2.226.917	
		relativ	0,09%	7,59%	10,65%	3,41%	
IV		absolut	36.476	4.060.492	186.507	4.283.475	
		relativ	0,09%	13,29%	14,42%	6,03%	
Alle		absolut	144.412	10.485.553	575.522	11.205.487	
		relativ	0,10%	9,16%	11,58%	4,14%	
2009		I	absolut	39.608	4.182.977	210.255	4.432.840
			relativ	0,10%	12,91%	16,44%	6,04%
	II	absolut	36.488	3.667.006	199.264	3.902.758	
		relativ	0,10%	11,65%	15,87%	5,67%	
	III	absolut	32.045	3.624.544	190.040	3.846.629	
		relativ	0,09%	11,68%	15,38%	5,61%	
	IV	absolut	34.165	3.794.898	163.148	3.992.211	
		relativ	0,09%	11,80%	12,90%	5,49%	
	Alle	absolut	142.306	15.269.425	762.707	16.174.438	
		relativ	0,09%	12,01%	15,15%	5,71%	

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	absolut	36.656	3.955.902	187.082	4.179.640
		relativ	0,10%	11,99%	13,97%	5,79%
	II	absolut	36.548	3.858.759	190.053	4.085.360
		relativ	0,10%	11,71%	13,99%	5,70%
	III	absolut	34.973	3.717.565	178.214	3.930.752
		relativ	0,09%	11,76%	13,30%	5,63%
	IV	absolut	36.705	3.772.174	195.110	4.003.989
		relativ	0,10%	11,73%	13,87%	5,57%
	Alle	absolut	144.882	15.304.400	750.459	16.199.741
		relativ	0,10%	11,80%	13,78%	5,67%

Tabelle 91: Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle	
2007	I	absolut	40.175	2.007.126	234.379	2.281.680	
		relativ	0,12%	6,49%	15,55%	3,51%	
	II	absolut	27.132	1.939.845	145.076	2.112.053	
		relativ	0,09%	6,45%	10,86%	3,36%	
	III	absolut	28.694	1.878.600	225.103	2.132.397	
		relativ	0,09%	6,31%	16,40%	3,42%	
	IV	absolut	32.761	1.941.695	276.375	2.250.831	
		relativ	0,10%	6,17%	17,99%	3,38%	
	Alle	absolut	128.762	7.767.266	880.933	8.776.961	
		relativ	0,10%	6,35%	15,31%	3,42%	
	2008	I	absolut	37.242	2.120.794	125.057	2.283.093
			relativ	0,10%	7,61%	10,21%	3,40%
II		absolut	35.830	2.237.975	138.172	2.411.977	
		relativ	0,10%	7,76%	10,88%	3,57%	
III		absolut	34.801	2.066.034	125.770	2.226.605	
		relativ	0,09%	7,58%	10,65%	3,41%	
IV		absolut	36.443	4.060.325	186.503	4.283.271	
		relativ	0,09%	13,29%	14,42%	6,03%	
Alle		absolut	144.316	10.485.128	575.502	11.204.946	
		relativ	0,10%	9,16%	11,58%	4,14%	
2009		I	absolut	39.583	4.182.834	210.255	4.432.672
			relativ	0,10%	12,91%	16,44%	6,04%
	II	absolut	36.455	3.666.961	199.264	3.902.680	
		relativ	0,10%	11,65%	15,87%	5,67%	
	III	absolut	32.016	3.624.317	190.040	3.846.373	
		relativ	0,09%	11,67%	15,38%	5,61%	
	IV	absolut	34.065	3.794.849	163.146	3.992.060	
		relativ	0,09%	11,80%	12,90%	5,49%	
	Alle	absolut	142.119	15.268.961	762.705	16.173.785	
		relativ	0,09%	12,01%	15,15%	5,71%	

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	absolut	36.631	3.955.488	187.059	4.179.178
		relativ	0,10%	11,99%	13,96%	5,79%
	II	absolut	36.531	3.858.691	190.038	4.085.260
		relativ	0,10%	11,71%	13,99%	5,70%
	III	absolut	34.967	3.717.552	178.214	3.930.733
		relativ	0,09%	11,76%	13,30%	5,63%
	IV	absolut	36.704	3.772.170	195.110	4.003.984
		relativ	0,10%	11,73%	13,87%	5,57%
	Alle	absolut	144.833	15.303.901	750.421	16.199.155
		relativ	0,10%	11,80%	13,78%	5,67%

Tabelle 92: Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 3 unter 3.4.4) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge mit der Ausprägung „UUU“

Anhang 4 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle	
2007	I	absolut	513	466	31	1.010	
		relativ	0,00157%	0,00161%	0,00243%	0,00161%	
	II	absolut	423	265	38	726	
		relativ	0,00135%	0,00094%	0,00319%	0,00120%	
	III	absolut	1.482	943	74	2.499	
		relativ	0,00477%	0,00338%	0,00645%	0,00415%	
	IV	absolut	1.666	769	98	2.533	
		relativ	0,00498%	0,00260%	0,00778%	0,00394%	
	Alle	absolut	4.084	2.443	241	6.768	
		relativ	0,00318%	0,00213%	0,00495%	0,00273%	
	2008	I	absolut	345	174	19	538
			relativ	0,00091%	0,00068%	0,00173%	0,00083%
II		absolut	399	173	22	594	
		relativ	0,00107%	0,00065%	0,00194%	0,00091%	
III		absolut	101	264	32	397	
		relativ	0,00027%	0,00105%	0,00303%	0,00063%	
IV		absolut	146	126	9	281	
		relativ	0,00037%	0,00048%	0,00081%	0,00042%	
Alle		absolut	991	737	82	1.810	
		relativ	0,00066%	0,00071%	0,00187%	0,00070%	
2009		I	absolut	35	139	4	178
			relativ	0,00009%	0,00049%	0,00037%	0,00026%
	II	absolut	31	135	1	167	
		relativ	0,00009%	0,00049%	0,00009%	0,00026%	
	III	absolut	38	99	0	137	
		relativ	0,00010%	0,00036%	0,00000%	0,00021%	
	IV	absolut	52	110	1	163	
		relativ	0,00013%	0,00039%	0,00009%	0,00024%	
	Alle	absolut	156	483	6	645	
		relativ	0,00010%	0,00043%	0,00014%	0,00024%	

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	absolut	234	400	34	668
		relativ	0,00062%	0,00138%	0,00295%	0,00098%
	II	absolut	106	97	2	205
		relativ	0,00028%	0,00033%	0,00017%	0,00030%
	III	absolut	87	130	4	221
		relativ	0,00024%	0,00047%	0,00034%	0,00034%
	IV	absolut	74	109	1	184
		relativ	0,00019%	0,00038%	0,00008%	0,00027%
	Alle	absolut	501	736	41	1.278
		relativ	0,00033%	0,00064%	0,00087%	0,00047%

Tabelle 93: Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 4 unter 3.4.6) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die nach zweiter Bearbeitung und Prüfung auf klassifikatorische Gültigkeit aus der Datengrundlage entfernt wurden

Anhang 5 Häufigkeiten der Diagnoseeinträge in der Datengrundlage, die die Ausprägung „UUU“ haben oder formal oder klassifikatorisch ungültig sind

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle	
2007	I	absolut	40.688	2.007.592	234.410	2.282.690	
		relativ	0,12%	6,49%	15,55%	3,51%	
	II	absolut	27.555	1.940.110	145.114	2.112.779	
		relativ	0,09%	6,45%	10,86%	3,36%	
	III	absolut	30.178	1.879.544	225.177	2.134.899	
		relativ	0,10%	6,31%	16,40%	3,43%	
	IV	absolut	34.427	1.942.464	276.473	2.253.364	
		relativ	0,10%	6,17%	18,00%	3,39%	
	Alle	absolut	132.848	7.769.710	881.174	8.783.732	
		relativ	0,10%	6,36%	15,32%	3,42%	
	2008	I	absolut	37.587	2.120.968	125.076	2.283.631
			relativ	0,10%	7,61%	10,21%	3,40%
II		absolut	36.241	2.238.161	138.194	2.412.596	
		relativ	0,10%	7,76%	10,88%	3,57%	
III		absolut	34.953	2.066.543	125.818	2.227.314	
		relativ	0,09%	7,59%	10,65%	3,41%	
IV		absolut	36.622	4.060.618	186.516	4.283.756	
		relativ	0,09%	13,29%	14,42%	6,03%	
Alle		absolut	145.403	10.486.290	575.604	11.207.297	
		relativ	0,10%	9,16%	11,58%	4,14%	
2009		I	absolut	39.643	4.183.116	210.259	4.433.018
			relativ	0,10%	12,91%	16,44%	6,04%
	II	absolut	36.519	3.667.141	199.265	3.902.925	
		relativ	0,10%	11,65%	15,87%	5,67%	
	III	absolut	32.083	3.624.643	190.040	3.846.766	
		relativ	0,09%	11,68%	15,38%	5,61%	
	IV	absolut	34.217	3.795.008	163.149	3.992.374	
		relativ	0,09%	11,80%	12,90%	5,49%	
	Alle	absolut	142.462	15.269.908	762.713	16.175.083	
		relativ	0,09%	12,01%	15,15%	5,71%	

Jahr	Quartal	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2010	I	absolut	36.890	3.956.302	187.116	4.180.308
		relativ	0,10%	11,99%	13,97%	5,79%
	II	absolut	36.654	3.858.856	190.055	4.085.565
		relativ	0,10%	11,71%	13,99%	5,70%
	III	absolut	35.060	3.717.695	178.218	3.930.973
		relativ	0,10%	11,77%	13,30%	5,63%
	IV	absolut	36.779	3.772.283	195.111	4.004.173
		relativ	0,10%	11,73%	13,87%	5,57%
	Alle	absolut	145.383	15.305.136	750.500	16.201.019
		relativ	0,10%	11,80%	13,78%	5,67%

Tabelle 94: Absolute und relative (im Vergleich zu den Häufigkeiten in Tabelle 2 unter 3.4.3) Häufigkeiten der Diagnoseeinträge, die die Ausprägung „UUU“ haben oder formal oder klassifikatorisch ungültig sind

Anhang 6 Einzelanalysen zur Kodierung altersspezifischer Krankheiten

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 1 Jahr kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 1 Jahr kodiert werden kann, ist „J44.02 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	1.274.950	899.924	39.632	2.214.506
		relativ	99,93%	99,98%	99,88%	99,95%
	Abweichung ein Jahr	absolut	852	136	48	1.036
		relativ	0,07%	0,02%	0,12%	0,05%
2010	alterskonform	absolut	1.319.348	930.947	43.579	2.293.874
		relativ	99,93%	99,99%	99,85%	99,95%
	Abweichung ein Jahr	absolut	915	139	65	1.119
		relativ	0,07%	0,01%	0,15%	0,05%

Tabelle 95: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 1 Jahr“

Bei der unteren Altersgrenze von 1 Jahr sind diese Diagnosen nur dann nicht alterskonform kodiert, wenn das Versichertenalter 0 (null) Jahre beträgt. Nicht alterskonforme Kodierungen mit einer Abweichung von mehr als einem Jahr können hier nicht vorkommen. Im Vergleich zu den folgenden Tabellen fehlen die entsprechenden Zeilen deshalb in der vorstehenden Tabelle. Auch eine grafische Darstellung erübrigt sich in diesem Fall.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 1 Jahr kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,9% alterskonform kodiert.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 8 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 8 Jahren kodiert werden kann, ist „N92.2 Zu starke Menstruation im Pubertätsalter“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	2.916	1.021	175	4.112
		relativ	94,98%	97,98%	78,13%	94,83%
	Abweichung ein Jahr	absolut	21	4	4	29
		relativ	0,68%	0,38%	1,79%	0,67%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	133	17	45	195
		relativ	4,33%	1,63%	20,09%	4,50%
2010	alterskonform	absolut	3.013	1.007	139	4.159
		relativ	94,72%	97,77%	72,02%	94,44%
	Abweichung ein Jahr	absolut	17	2	7	26
		relativ	0,53%	0,19%	3,63%	0,59%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	151	21	47	219
		relativ	4,75%	2,04%	24,35%	4,97%

Tabelle 96: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 8 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 94,6% alterskonform kodiert. Ebenfalls bei Betrachtung aller Versorgungsbereiche zeigt sich zwischen 2009 und 2010 eine Zunahme der nicht alterskonformen Kodierung von 5,2% auf 5,7%.

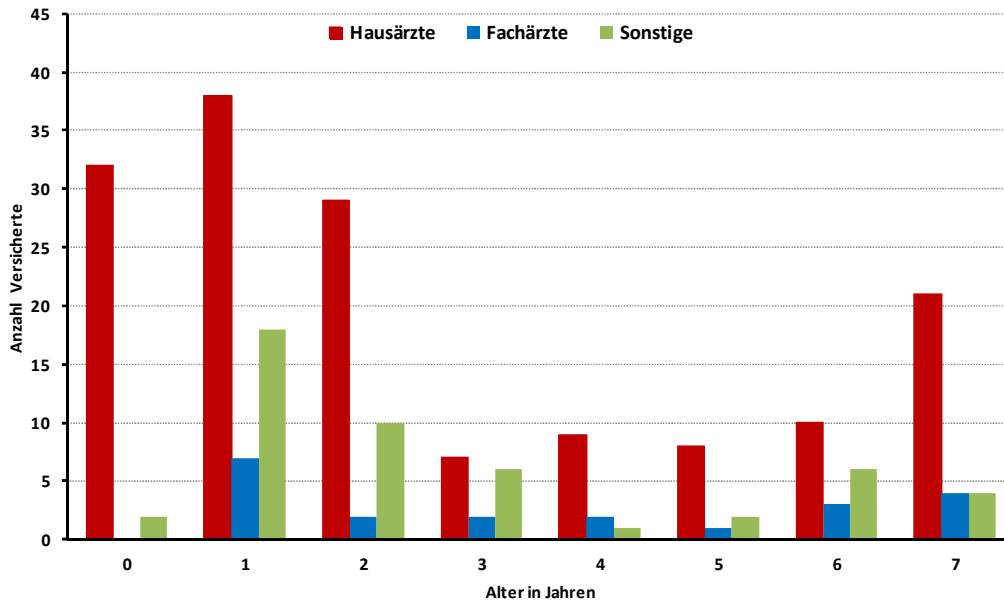


Abbildung 26: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“ pro Versichertenalter

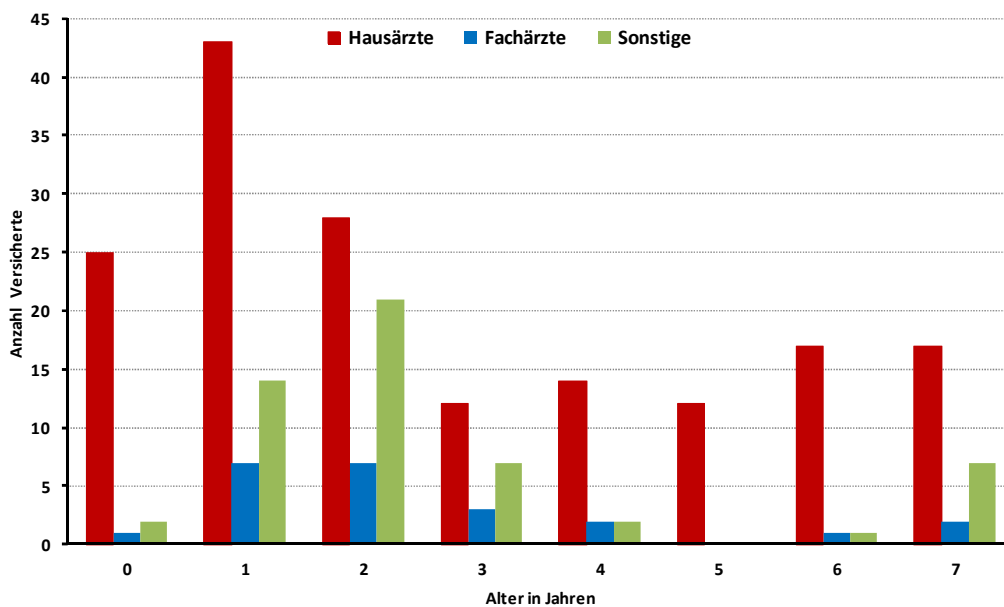


Abbildung 27: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 8 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung verdeutlicht die sehr geringen Fallzahlen der laut ICD-10-GM nicht alterskonform kodierten Diagnosen. Ein Trend im Bezug auf die Häufigkeiten pro Versichertenalter lässt sich nicht ableiten.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 12 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 12 Jahren kodiert werden kann, ist „O13 Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	114.878	1.673.680	46.565	1.835.123
		relativ	99,49%	99,98%	99,91%	99,95%
	Abweichung ein Jahr	absolut	114	165	6	285
		relativ	0,10%	0,01%	0,01%	0,02%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	471	137	36	644
		relativ	0,41%	0,01%	0,08%	0,04%
2010	alterskonform	absolut	113.163	1.675.616	50.167	1.838.946
		relativ	99,54%	99,98%	99,91%	99,95%
	Abweichung ein Jahr	absolut	121	167	12	300
		relativ	0,11%	0,01%	0,02%	0,02%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	398	103	33	534
		relativ	0,35%	0,01%	0,07%	0,03%

Tabelle 97: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 12 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,95% alterskonform kodiert. Zwischen 2009 und 2010 zeigt sich besonders im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Zunahme der alterskonformen Kodierung von 99,49% auf 99,54%.

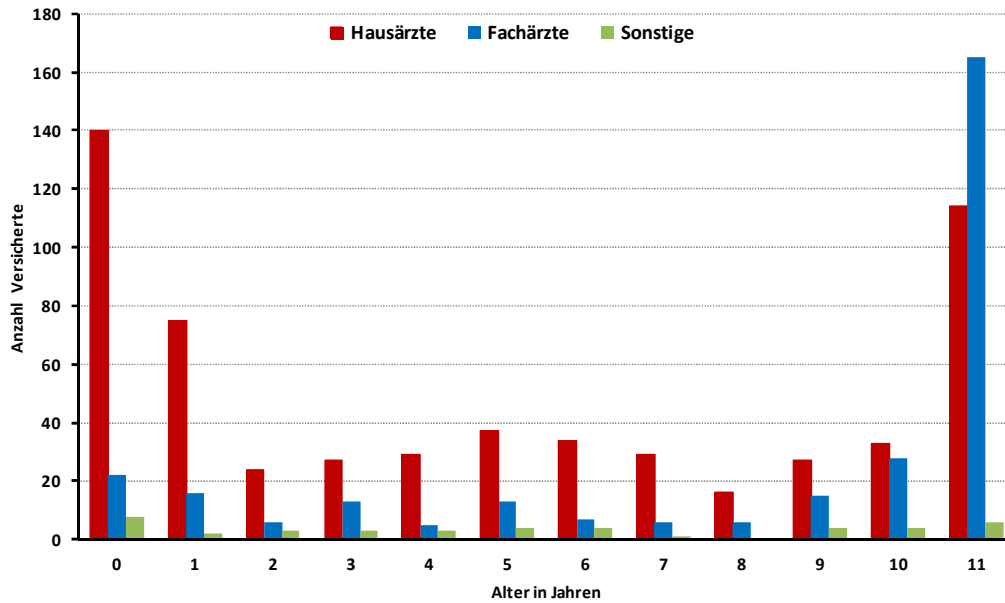


Abbildung 28: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“ pro Versichertenalter

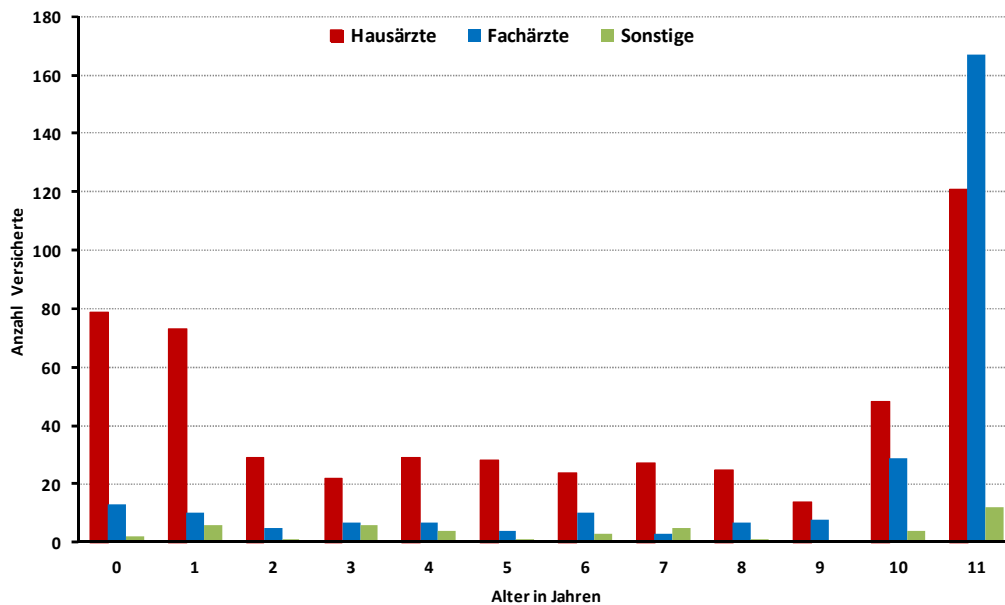


Abbildung 29: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 12 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt die medizinisch plausible Häufung nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Die zweite Häufung, bei den Versichertenaltern null und ein Jahr, könnte daran liegen, dass „Schwangerschaftsdiagnosen“ und „mütterliche Geburtsdiagnosen“ fälschlicherweise für Neugeborene und Säuglinge kodiert wurden.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 15 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 15 Jahren kodiert werden kann, ist „I20.0 Instabile Angina pectoris“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alters- konform	absolut	3.048.760	2.494.981	145.314	5.689.055
		relativ	99,91%	99,95%	99,81%	99,93%
	Abweichung ein Jahr	absolut	317	320	27	664
		relativ	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	2.384	953	244	3.581
		relativ	0,08%	0,04%	0,17%	0,06%
2010	alters- konform	absolut	3.168.344	2.561.021	159.432	5.888.797
		relativ	99,93%	99,96%	99,85%	99,94%
	Abweichung ein Jahr	absolut	296	252	25	573
		relativ	0,01%	0,01%	0,02%	0,01%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	2.024	817	221	3.062
		relativ	0,06%	0,03%	0,14%	0,05%

Tabelle 98: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 15 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,9% alterskonform kodiert. Zwischen 2009 und 2010 zeigt sich eine Zunahme der alterskonformen Kodierung von 99,93% auf 99,94%.

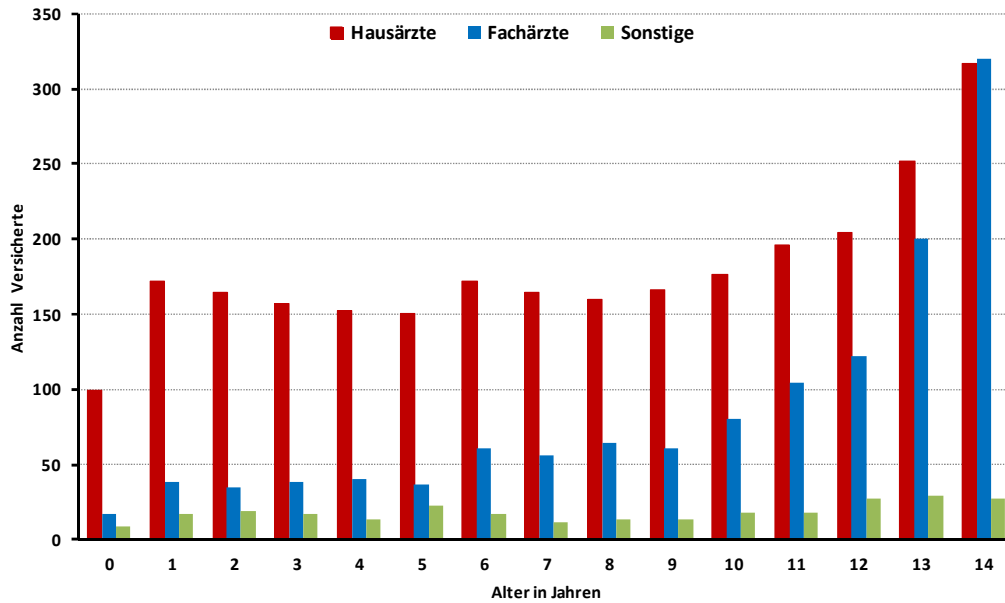


Abbildung 30: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“ pro Versichertenalter

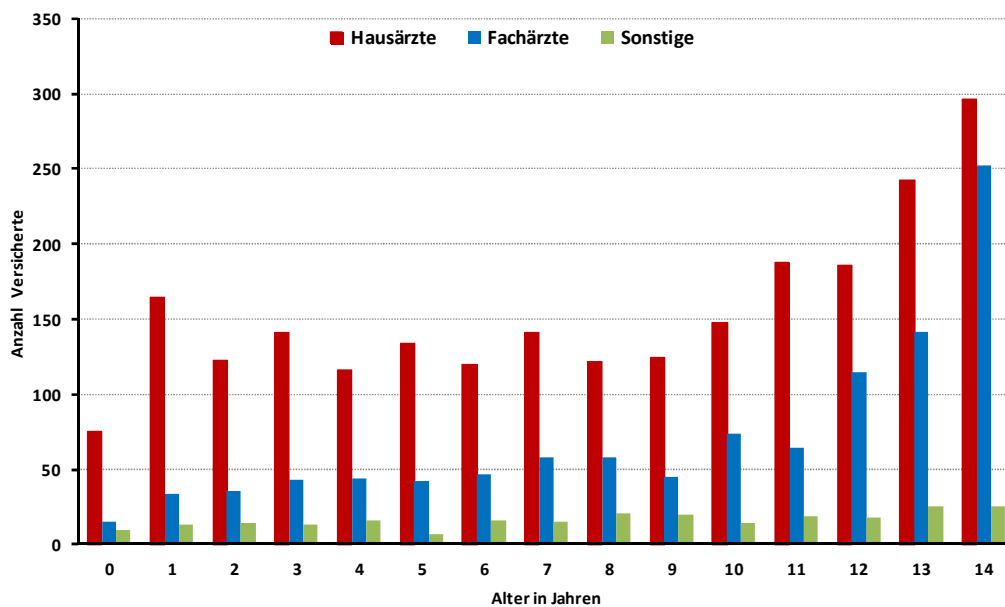


Abbildung 31: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 15 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Weitere Besonderheiten in Bezug auf die Häufigkeiten pro Versichertenalter lassen sich nicht ableiten.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 18 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 18 Jahren kodiert werden kann, ist „E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	65.465	52.520	2.724	120.709
		relativ	99,63%	99,89%	98,70%	99,72%
	Abweichung ein Jahr	absolut	31	15	4	50
		relativ	0,05%	0,03%	0,14%	0,04%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	209	44	32	285
		relativ	0,32%	0,08%	1,16%	0,24%
2010	alterskonform	absolut	77.585	59.775	3.128	140.488
		relativ	99,78%	99,94%	99,11%	99,83%
	Abweichung ein Jahr	absolut	24	10	3	37
		relativ	0,03%	0,02%	0,10%	0,03%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	144	27	25	196
		relativ	0,19%	0,05%	0,79%	0,14%

Tabelle 99: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 18 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,8% alterskonform kodiert. Wie auch in den folgenden Abbildungen ersichtlich, zeigt sich zwischen 2009 und 2010 eine Zunahme der alterskonformen Kodierung von 99,72% auf 99,83%.

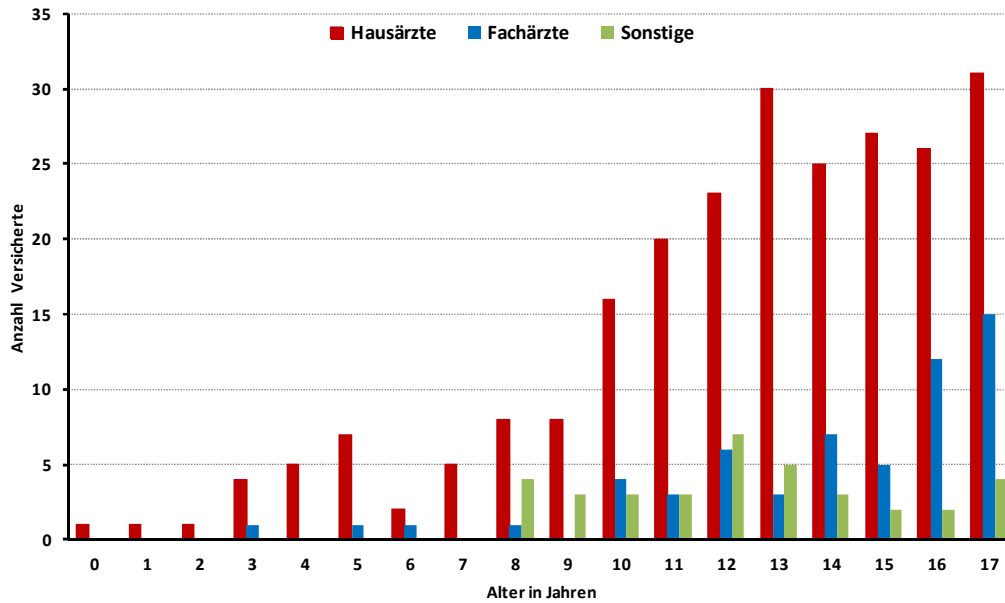


Abbildung 32: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“ pro Versichertenalter

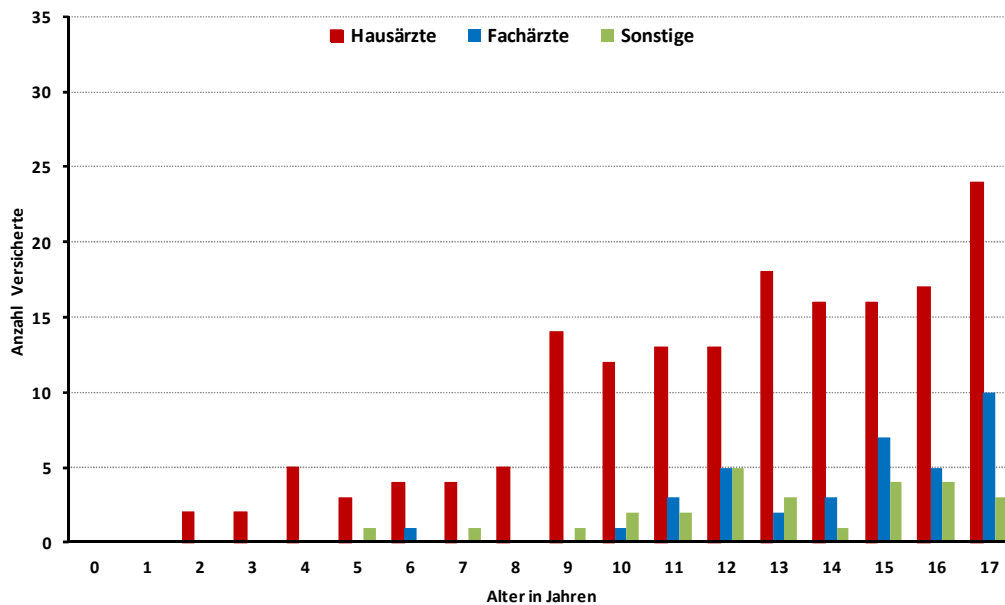


Abbildung 33: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 18 Jahren“ pro Versichertenalter

Alle nicht alterskonform gemessenen Diagnoseeinträge, von Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 18 Jahren kodiert werden können, sind nicht plausibel, da dieser Grenzwert nicht medizinisch bedingt ist, sondern normativ festgesetzt wurde (Näheres siehe ICD-10-GM). Auch aufgrund der sehr geringen Fallzahlen erübrigt sich hier eine Analyse der Häufigkeiten pro Versichertenalter.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 30 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 30 Jahren kodiert werden kann, ist „H25.0 Cataracta senilis incipiens“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	448.447	1.442.984	22.991	1.914.422
		relativ	99,90%	99,89%	99,87%	99,89%
	Abweichung ein Jahr	absolut	50	204	3	257
		relativ	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	383	1.442	26	1.851
		relativ	0,09%	0,10%	0,11%	0,10%
2010	alterskonform	absolut	453.871	1.444.986	26.015	1.924.872
		relativ	99,91%	99,91%	99,85%	99,91%
	Abweichung ein Jahr	absolut	33	167	2	202
		relativ	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	360	1.184	36	1.580
		relativ	0,08%	0,08%	0,14%	0,08%

Tabelle 100: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM erst bei Patienten mit einem Alter von mindestens 30 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,9% alterskonform kodiert. Zwischen 2009 und 2010 zeigt sich eine Zunahme der alterskonformen Kodierung von 99,89% auf 99,91%.

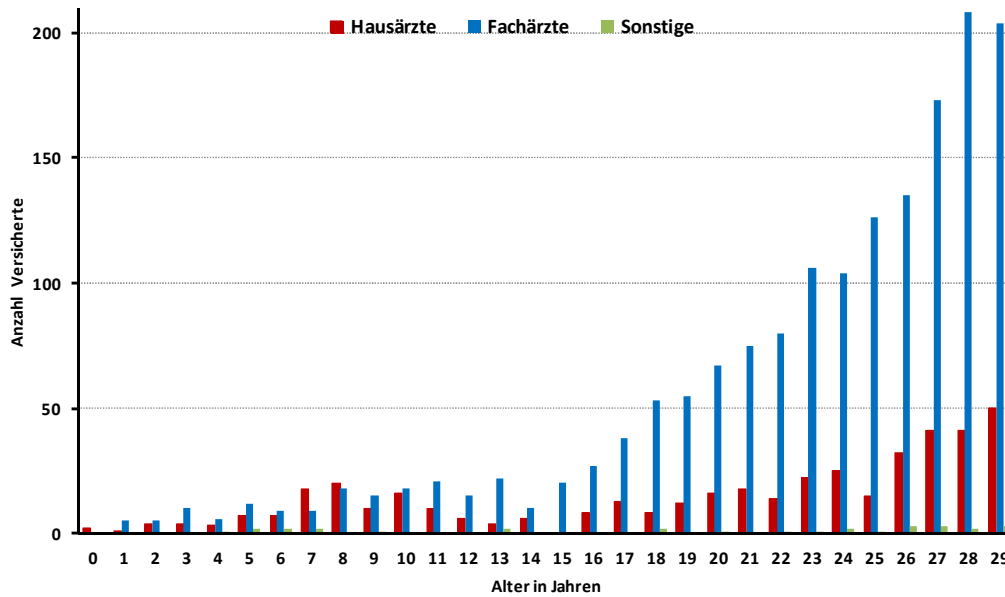


Abbildung 34: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“ pro Versichertenalter

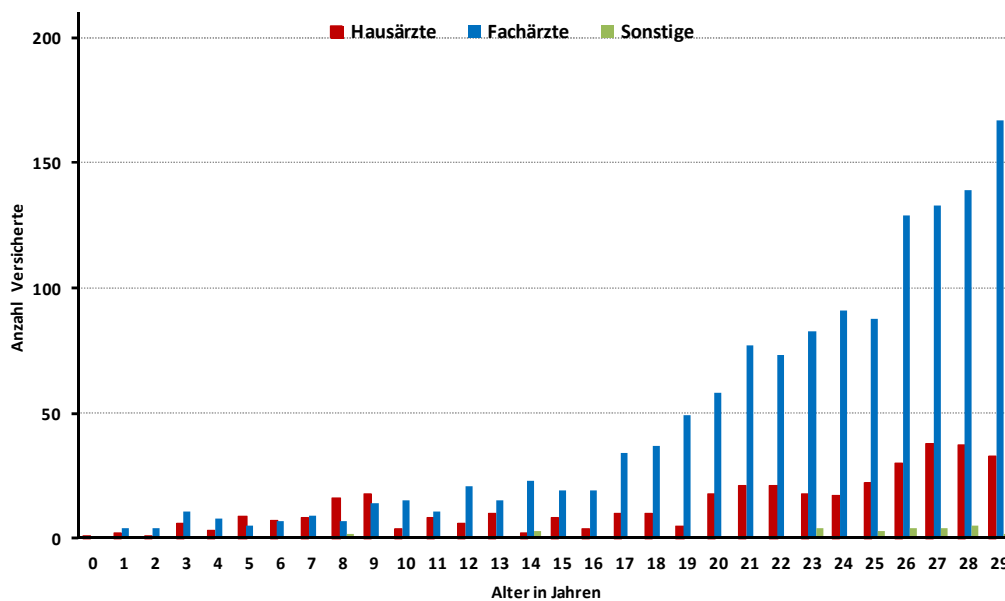


Abbildung 35: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „ab einem Alter von 30 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Weitere Besonderheiten in Bezug auf die Häufigkeiten pro Versichertenalter lassen sich nicht ableiten.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 1 Jahr kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 1 Jahr kodiert werden kann, ist „P13.4 Klavikularfraktur durch Geburtsverletzung“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	26.358	3.454	1.668	31.480
		relativ	70,58%	39,17%	66,14%	64,66%
	Abweichung ein Jahr	absolut	2.200	433	196	2.829
		relativ	5,89%	4,91%	7,77%	5,81%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	8.789	4.930	658	14.377
		relativ	23,53%	55,91%	26,09%	29,53%
2010	alterskonform	absolut	23.708	3.098	1.387	28.193
		relativ	67,74%	36,83%	63,54%	61,83%
	Abweichung ein Jahr	absolut	2.444	454	193	3.091
		relativ	6,98%	5,40%	8,84%	6,78%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	8.848	4.860	603	14.311
		relativ	25,28%	57,77%	27,62%	31,39%

Tabelle 101: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 1 Jahr kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 63% alterskonform kodiert. Wobei ca. 30% der nicht alterskonformen Kodierungen eine Abweichung von mehr als einem Jahr vom Altersgrenzwert haben.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgte die Kodierung nur in durchschnittlich ca. 38% alterskonform. Zwischen 2009 und 2010 zeigt sich durchschnittlich für alle Versorgungsbereiche eine Zunahme der nicht alterskonformen Kodierung um 3%.

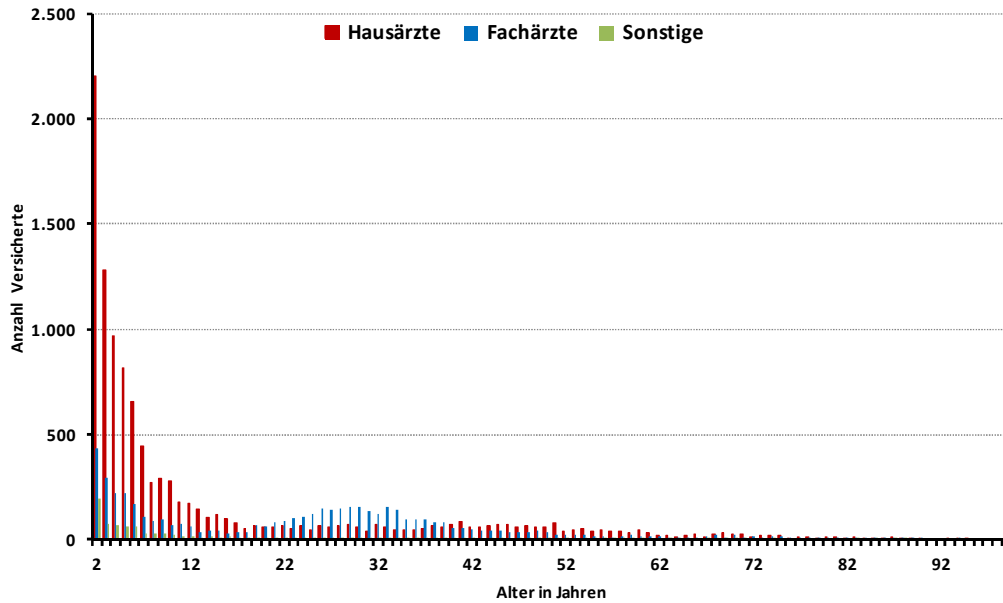


Abbildung 36: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“ pro Versichertenalter

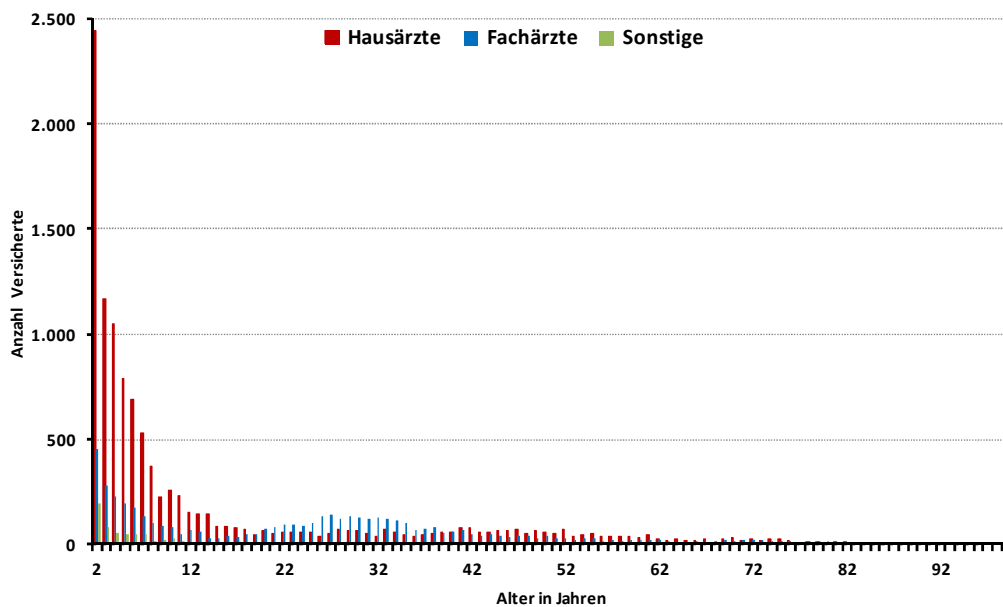


Abbildung 37: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 1 Jahr“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch teilweise plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert.

Außerdem lässt sich vermuten, dass der hohe Anteil nicht alterskonform kodierter Diagnosen im fachärztlichen Versorgungsbereich durch einen zweiten Häufigkeitsgipfel verursacht wird, der ungefähr bei Versicherten im Alter zwischen 20 und 45 Jahren liegt. Da in diese Alterspanne die meisten Schwangerschaften und Geburten liegen und die Schlüsselnummern die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit

einem Alter von höchstens 1 Jahr kodiert werden können, Krankheiten und Zustände bei Neugeborenen und Säuglingen beschreiben, könnte die Ursache der nicht alterskonformen Kodierung in der Dokumentation von „Neugeborenen- und Säuglingsdiagnosen“ in den Daten der Mutter begründet sein. Eine weitergehende Ursachenanalyse erfolgte durch das Institut des Bewertungsausschusses bisher nicht.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 10 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 10 Jahren kodiert werden kann, ist „E30.1 Vorzeitige Pubertät [Pubertas praecox]“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	7.609	1.104	524	9.237
		relativ	96,86%	93,01%	86,90%	95,76%
	Abweichung ein Jahr	absolut	97	35	30	162
		relativ	1,23%	2,95%	4,98%	1,68%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	150	48	49	247
		relativ	1,91%	4,04%	8,13%	2,56%
2010	alterskonform	absolut	7.180	1.016	384	8.580
		relativ	96,08%	92,36%	85,52%	95,10%
	Abweichung ein Jahr	absolut	104	28	22	154
		relativ	1,39%	2,55%	4,90%	1,71%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	189	56	43	288
		relativ	2,53%	5,09%	9,58%	3,19%

Tabelle 102: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 10 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 95% alterskonform kodiert. Zwischen 2009 und 2010 zeigt sich jedoch eine Zunahme der nicht alterskonformen Kodierung von 4,2% auf 4,9%.

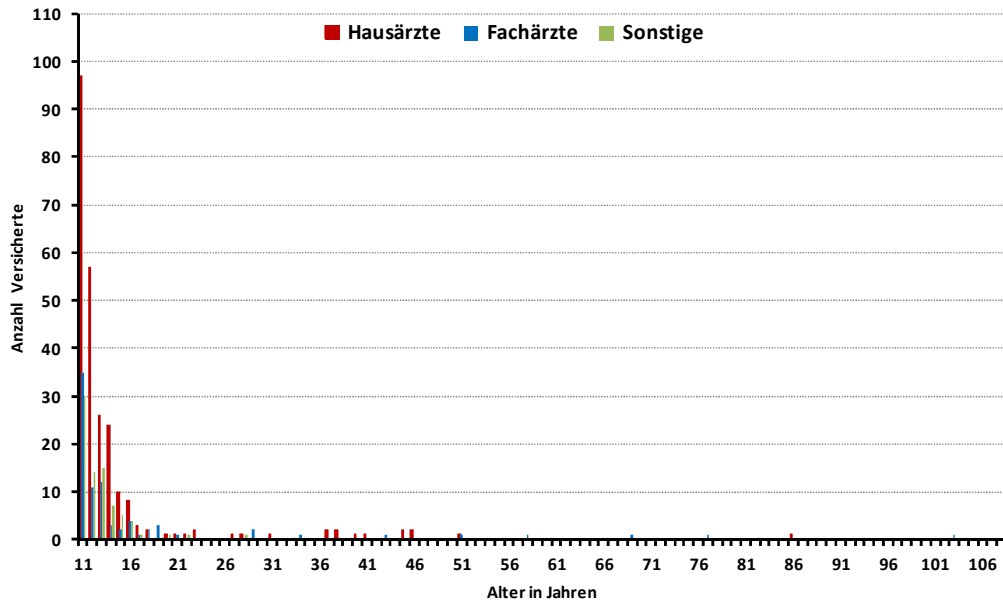


Abbildung 38: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“ pro Versichertenalter

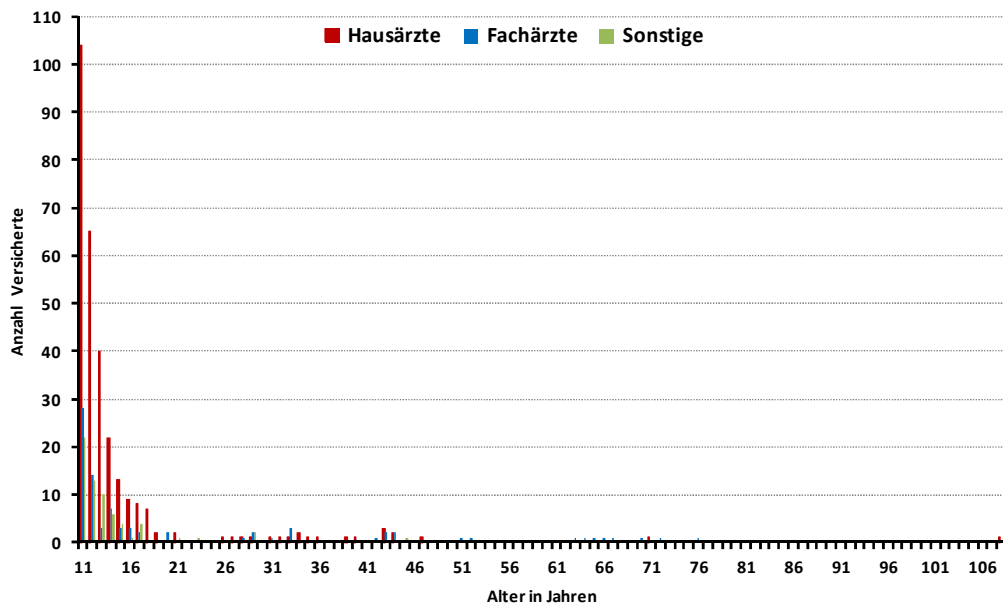


Abbildung 39: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 10 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Weitere Besonderheiten in Bezug auf die Häufigkeiten pro Versichertenalter lassen sich nicht ableiten.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 19 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 19 Jahren kodiert werden kann, ist „L21.1 Seborrhoisches Ekzem der Kinder“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	339.712	31.696	13.567	384.975
		relativ	99,29%	93,97%	98,53%	98,80%
	Abweichung ein Jahr	absolut	273	169	21	463
		relativ	0,08%	0,50%	0,15%	0,12%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	2.165	1.864	181	4.210
		relativ	0,63%	5,53%	1,31%	1,08%
2010	alterskonform	absolut	352.295	33.521	11.796	397.612
		relativ	99,29%	94,34%	98,32%	98,82%
	Abweichung ein Jahr	absolut	316	166	19	501
		relativ	0,09%	0,47%	0,16%	0,12%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	2.210	1.845	182	4.237
		relativ	0,62%	5,19%	1,52%	1,05%

Tabelle 103: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 19 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99% alterskonform kodiert. Eine nennenswerte Entwicklung zwischen 2009 und 2010 lässt sich nicht feststellen.

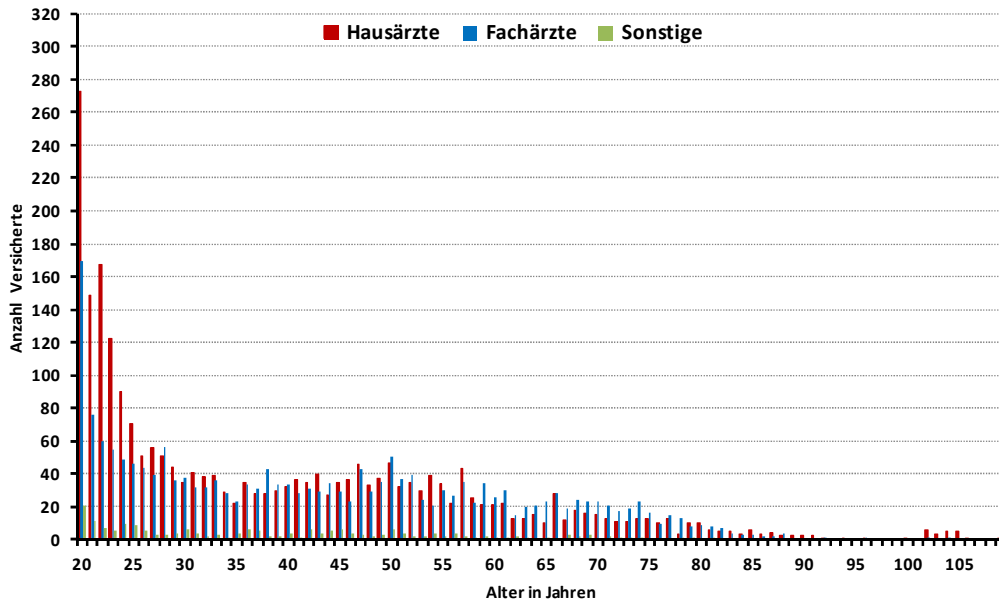


Abbildung 40: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“ pro Versichertenalter

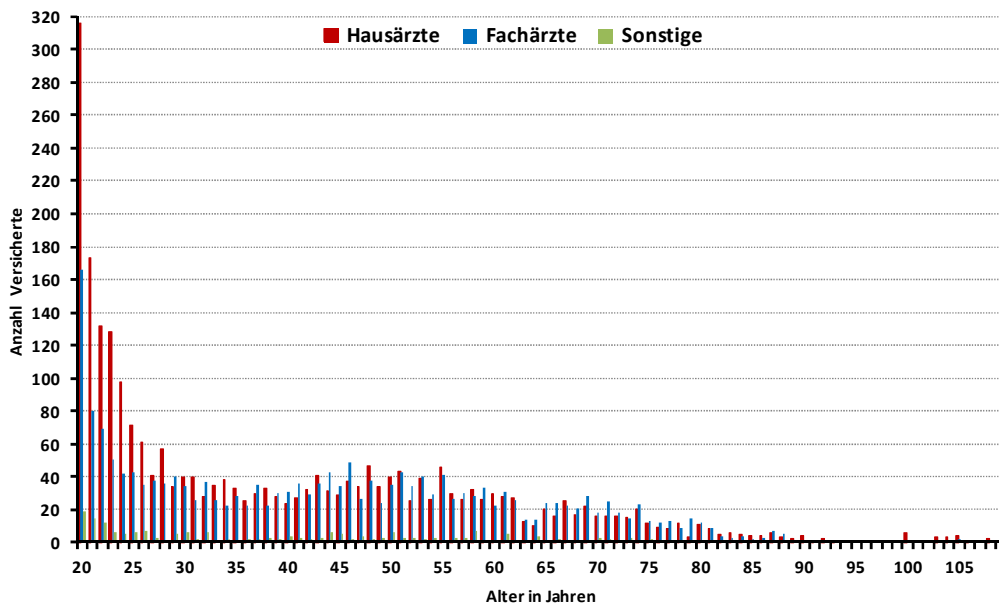


Abbildung 41: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 19 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Auffällig ist ein zweiter Häufigkeitsgipfel im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, der ungefähr bei Versicherten im Alter zwischen 40 und 60 Jahren liegt. Eine Ursachenanalyse hierzu erfolgte durch das Institut des Bewertungsausschusses bisher nicht.

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 55 Jahren kodiert werden können

Ein Beispiel für eine ICD-Schlüsselnummer, die nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 55 Jahren kodiert werden kann, ist „O64.1 Geburtshindernis durch Beckenendlage“.

Jahr	Kodierung	abs./rel.	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Alle
2009	alterskonform	absolut	113.208	1.622.967	46.110	1.782.285
		relativ	98,47%	99,68%	99,78%	99,61%
	Abweichung ein Jahr	absolut	495	1.906	33	2.434
		relativ	0,43%	0,12%	0,07%	0,14%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	1.269	3.263	70	4.602
		relativ	1,10%	0,20%	0,15%	0,26%
2010	alterskonform	absolut	111.362	1.625.804	49.664	1.786.830
		relativ	98,35%	99,70%	99,76%	99,62%
	Abweichung ein Jahr	absolut	498	1.788	34	2.320
		relativ	0,44%	0,11%	0,07%	0,13%
	Abweichung mehr als ein Jahr	absolut	1.369	3.054	86	4.509
		relativ	1,21%	0,19%	0,17%	0,25%

Tabelle 104: Absolute und relative Häufigkeiten alterskonform und nicht alterskonform kodierter und gesicherter (ZK-DS „G“) Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“

Diagnoseinträge, die laut ICD-10-GM nur bei Patienten mit einem Alter von höchstens 55 Jahren kodiert werden können, wurden in der Datengrundlage für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten insgesamt für alle Versorgungsbereiche durchschnittlich in ca. 99,6% alterskonform kodiert. Eine nennenswerte Entwicklung zwischen 2009 und 2010 lässt sich nicht feststellen.

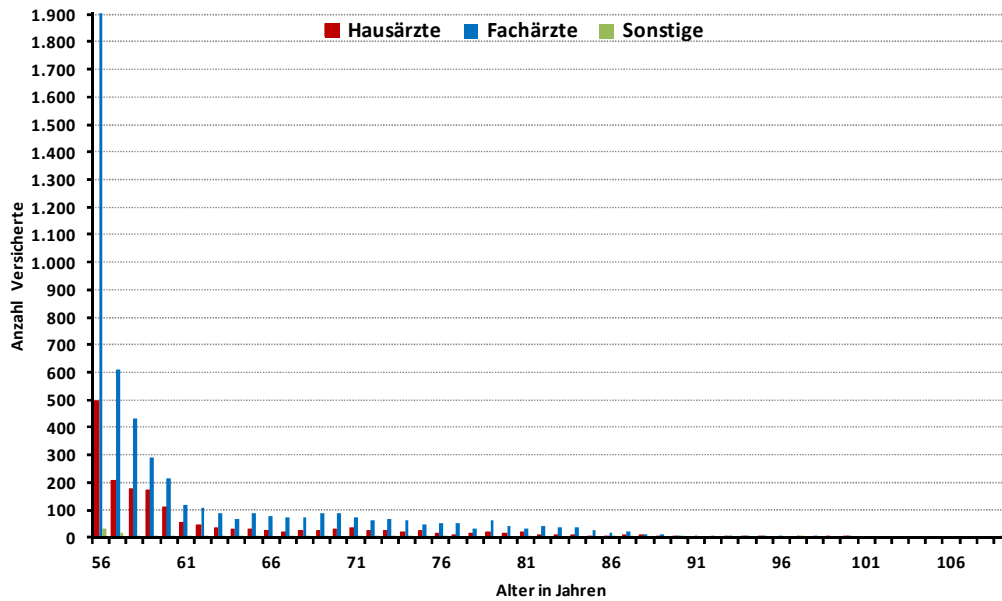


Abbildung 42: Häufigkeiten der 2009 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“ pro Versichertenalter

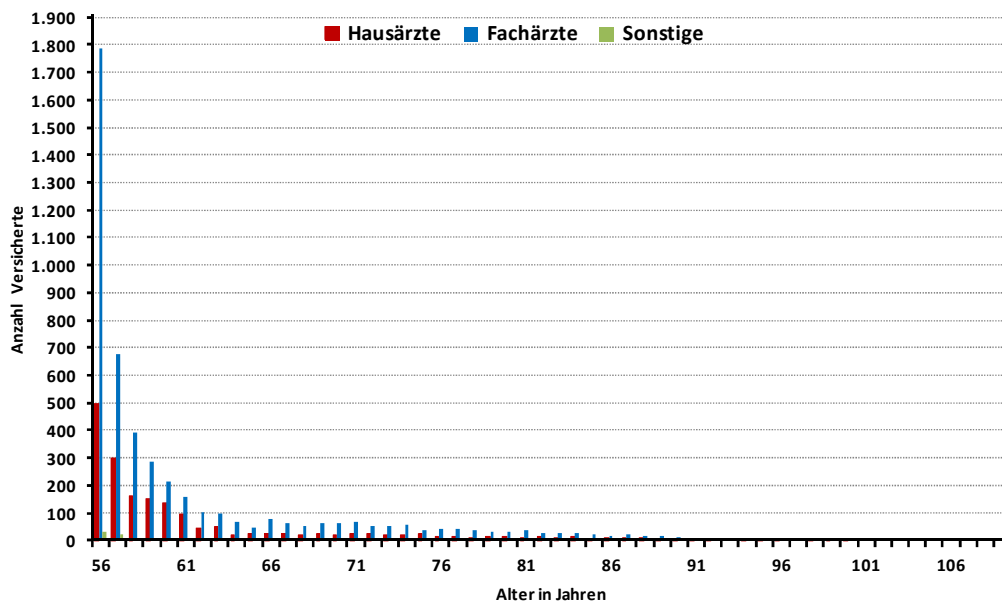


Abbildung 43: Häufigkeiten der 2010 nicht alterskonform kodierten Diagnosen mit der Grenze „bis zu einem Alter von 55 Jahren“ pro Versichertenalter

Die graphische Darstellung zeigt, medizinisch sehr plausibel, die höchsten Werte nicht alterskonform kodierter Diagnosen (laut ICD-10-GM) direkt an der Grenze zum Altersgrenzwert. Weitere Besonderheiten in Bezug auf die Häufigkeiten pro Versichertenalter lassen sich nicht ableiten.

Anhang 7 ICD-Kodes, die in die „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet werden

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
E65	Lokalisierte Adipositas	ja	ja	ja
E66.0-	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	nein	nein	ja
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	nein	nein	ja
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
E66.1-	Arzneimittelinduzierte Adipositas	nein	nein	ja
E66.10	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	nein	nein	ja
E66.19	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
E66.2-	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation	nein	nein	ja
E66.20	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	nein	nein	ja
E66.29	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
E66.8-	Sonstige Adipositas	nein	nein	ja
E66.80	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	nein	nein	ja
E66.89	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
E66.9-	Adipositas, nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
E66.90	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	nein	nein	ja
E66.99	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	nein	nein	ja
K08.1	Zahnverlust durch Unfall, Extraktion oder lokalisierte parodontale Krankheit	ja	ja	ja
O26.9	Mit der Schwangerschaft verbundener Zustand, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Q89.9	Angeborene Fehlbildung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
R14	Flatulenz und verwandte Zustände	ja	ja	ja
R19.2	Sichtbare Peristaltik	ja	ja	ja
R19.4	Veränderungen der Stuhlgewohnheiten	ja	ja	ja
R19.5	Sonstige Stuhlveränderungen	ja	ja	ja
R23.0	Zyanose	ja	ja	ja
R23.4	Veränderungen des Hautreliefs	ja	ja	ja
R46.0	Stark vernachlässigte Körperpflege	ja	ja	ja
R46.1	Besonders auffälliges äußeres Erscheinungsbild	ja	ja	ja
R46.2	Seltsames und unerklärliches Verhalten	ja	ja	ja
R54	Senilität	ja	ja	ja
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
R68.8	Sonstige näher bezeichnete Allgemeinsymptome	ja	ja	ja
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	ja	ja	ja
R70.0	Beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion	ja	ja	ja
R70.1	Veränderte Plasmaviskosität	ja	ja	ja
R71	Veränderung der Erythrozyten	ja	ja	ja
R72	Veränderung der Leukozyten, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
R73.9	Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
R74.0	Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
R74.8	Sonstige abnorme Serumenzymwerte	ja	ja	ja
R74.9	Abnormer Wert nicht näher bezeichneter Serumenzyme	ja	ja	ja
R76.0	Erhöhter Antikörpertiter	ja	ja	ja
R76.2	Falsch-positiver serologischer Syphilitest	ja	ja	ja
R76.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme immunologische Serum-befunde	ja	ja	ja
R76.9	Abnormer immunologischer Serumbefund, nicht näher be- zeichnet	ja	ja	ja
R77.0	Veränderungen der Albumine	ja	ja	ja
R77.1	Veränderungen der Globuline	ja	ja	ja
R77.2	Veränderungen des Alpha-Fetoproteins	ja	ja	ja
R77.8	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaprotei- ne	ja	ja	ja
R77.9	Veränderung eines Plasmaproteins, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
R78.7	Nachweis eines abnormen Schwermetall-Blutwertes	ja	ja	ja
R78.8	Nachweis sonstiger näher bezeichneter Substanzen, die norma- lerweise nicht im Blut vorhanden sind	ja	ja	ja
R78.9	Nachweis einer nicht näher bezeichneten Substanz, die norma- lerweise nicht im Blut vorhanden ist	ja	ja	ja
R79.0	Abnormer Mineral-Blutwert	ja	ja	ja
R79.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutchemie	ja	ja	ja
R79.9	Abnormer Befund der Blutchemie, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
R80	Isolierte Proteinurie	ja	ja	ja
R81	Glukosurie	ja	ja	ja
R82.0	Chylurie	ja	ja	ja
R82.1	Myoglobinurie	ja	ja	ja
R82.2	Bilirubinurie	ja	ja	ja
R82.6	Abnorme Urinwerte für Substanzen vorwiegend nichtmedizini- scher Herkunft	ja	ja	ja
R82.7	Abnorme Befunde bei der mikrobiologischen Urinuntersuchung	ja	ja	ja
R82.8	Abnorme Befunde bei der zytologischen und histologischen Urinuntersuchung	ja	ja	ja
R82.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete abnorme Urinbefunde	ja	ja	ja
R83.0	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R83.1	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R83.2	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
R83.3	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Wert für Substanzen vor- wiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R83.4	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja
R83.5	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja
R83.6	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R83.7	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R83.8	Abnorme Liquorbefunde: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R83.9	Abnorme Liquorbefunde: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R84.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwe- gen und Thorax: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R84.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwe- gen und Thorax: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R84.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwe- gen und Thorax: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arznei- mittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
R84.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R84.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja
R84.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja
R84.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R84.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R84.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R84.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R85.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R85.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R85.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
R85.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R85.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja
R85.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja
R85.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R85.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R85.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R85.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R86.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R86.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R86.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
R86.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R86.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
R86.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja
R86.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R86.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R86.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R86.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R87.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R87.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R87.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
R87.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R87.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja
R87.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja
R87.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R87.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R87.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R87.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R89.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Enzymwert	ja	ja	ja
R89.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Hormonwert	ja	ja	ja
R89.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
R89.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	ja	ja	ja
R89.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme immunologische Befunde	ja	ja	ja
R89.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme mikrobiologische Befunde	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
R89.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme zytologische Befunde	ja	ja	ja
R89.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme histologische Befunde	ja	ja	ja
R89.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Sonstige abnorme Befunde	ja	ja	ja
R89.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	ja	ja	ja
R90.0	Intrakranielle Raumforderung	ja	ja	ja
R90.8	Sonstige abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems	ja	ja	ja
R91	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge	ja	ja	ja
R92	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Mamma [Brustdrüse]	ja	ja	ja
R93.0	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Schädels und des Kopfes, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
R93.1	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes	ja	ja	ja
R93.2	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Leber und der Gallenwege	ja	ja	ja
R93.3	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Teile des Verdauungstraktes	ja	ja	ja
R93.4	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Harnorgane	ja	ja	ja
R93.5	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Abdominalregionen, einschließlich des Retroperitoneums	ja	ja	ja
R93.6	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Extremitäten	ja	ja	ja
R93.7	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Abschnitte des Muskel-Skelett-Systems	ja	ja	ja
R93.8	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik an sonstigen näher bezeichneten Körperstrukturen	ja	ja	ja
R94.0	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des Zentralnervensystems	ja	ja	ja
R94.1	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des peripheren Nervensystems und bestimmter Sinnesorgane	ja	ja	ja
R94.2	Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.3	Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.4	Abnorme Ergebnisse von Nierenfunktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.5	Abnorme Ergebnisse von Leberfunktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.6	Abnorme Ergebnisse von Schilddrüsenfunktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.7	Abnorme Ergebnisse von sonstigen endokrinen Funktionsprüfungen	ja	ja	ja
R94.8	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen sonstiger Organe und Organsysteme	ja	ja	ja
R96.0	Plötzlich eingetretener Tod	ja	ja	ja
R96.1	Todeseintritt innerhalb von weniger als 24 Stunden nach Beginn der Symptome, ohne anderweitige Angabe	ja	ja	ja
R98	Tod ohne Anwesenheit anderer Personen	ja	ja	ja
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
T69.8	Sonstige näher bezeichnete Schäden durch niedrige Temperatur	ja	ja	ja
T69.9	Schaden durch niedrige Temperatur, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
T70.4	Schäden durch Hochdruckflüssigkeiten	ja	ja	ja
T70.8	Sonstige Schäden durch Luft- und Wasserdruck	ja	ja	ja
T70.9	Schaden durch Luft- und Wasserdruck, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
T73.2	Erschöpfung durch Ausgesetztsein (gegenüber Witterungsunbilden)	ja	ja	ja
T73.3	Erschöpfung durch übermäßige Anstrengung	ja	ja	ja
T73.8	Sonstige Schäden durch Mangel	ja	ja	ja
T73.9	Schaden durch Mangel, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
T75.2	Schäden durch Vibration	ja	ja	ja
T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	ja	ja	ja
T75.8	Sonstige näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	ja	ja	ja
T81.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	ja	ja	ja
U04.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.0	ja	nein	nein
U04.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.1	ja	nein	nein
U04.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.2	ja	nein	nein
U04.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.3	ja	nein	nein
U04.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.4	ja	nein	nein
U04.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.5	ja	nein	nein
U04.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.6	ja	nein	nein
U04.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.7	ja	nein	nein
U04.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.8	ja	nein	nein
U05.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.0	nein	ja	ja
U05.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.1	nein	ja	ja
U05.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.2	nein	ja	ja
U05.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.3	nein	ja	ja
U05.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.4	nein	ja	ja
U05.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.5	nein	ja	ja
U05.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.6	nein	ja	ja
U05.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.7	nein	ja	ja
U05.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.8	nein	ja	ja
U05.9!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.9	nein	ja	ja
U55.1-	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation	nein	ja	ja
U55.10	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U55.11	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	nein	ja	ja
U55.12	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U55.2-	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation	nein	ja	ja
U55.20	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U55.21	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	nein	ja	ja
U55.22	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U55.3-	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation	nein	ja	ja
U55.30	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U55.31	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	nein	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
U55.3Z	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	nein	ja	ja
U69.0-!	Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung	nein	nein	ja
U69.00!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter	nein	nein	ja
U69.1-!	Sekundäre Schlüsselnummern für besondere administrative Zwecke	nein	nein	ja
U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist	nein	nein	ja
U99.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.0	ja	ja	ja
U99.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.1	ja	ja	ja
U99.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.2	ja	ja	ja
U99.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.3	ja	ja	ja
U99.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.4	ja	ja	ja
U99.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.5	ja	ja	ja
U99.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.6	ja	ja	ja
U99.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.7	ja	ja	ja
U99.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.8	ja	ja	ja
U99.9!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.9	ja	ja	ja
V99!	Transportmittelunfall	ja	ja	ja
W49.9!	Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften unbelebter Objekte	ja	ja	ja
W64.9!	Unfall durch Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte	ja	ja	ja
W87.9!	Unfall durch elektrischen Strom	ja	ja	ja
W91.9!	Strahlenunfall	ja	ja	ja
W92.9!	Unfall durch künstliche Hitze	ja	ja	ja
W93.9!	Unfall durch künstliche Kälte	ja	ja	ja
W94.9!	Unfall durch Luftdruckwechsel	ja	ja	ja
X19.9!	Verbrennung oder Verbrühung durch Hitze oder heiße Substanzen	ja	ja	ja
X29.9!	Unfall durch Kontakt mit giftigen Pflanzen oder Tieren	ja	ja	ja
X49.9!	Akzidentelle Vergiftung	ja	ja	ja
X59.9!	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall	ja	ja	ja
X84.9!	Absichtliche Selbstbeschädigung	ja	ja	ja
Y09.9!	Tätlicher Angriff	ja	ja	ja
Y34.9!	Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt	ja	ja	ja
Y35.7!	Verletzung bei gesetzlichen Maßnahmen	ja	ja	ja
Y36.9!	Verletzungen durch Kriegshandlungen	ja	ja	ja
Y57.9!	Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen	ja	ja	ja
Y59.9!	Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen	ja	ja	ja
Y69!	Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung	ja	ja	ja
Y82.8!	Zwischenfälle durch medizintechnische Geräte und Produkte	ja	ja	ja
Y84.9!	Zwischenfälle durch medizinische Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z00.5	Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders	ja	ja	ja
Z01.2	Untersuchung der Zähne	ja	ja	ja
Z01.6	Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
Z01.7	Laboruntersuchung	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z01.9	Spezielle Untersuchung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z02	Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen	ja	ja	ja
Z03.1	Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung	ja	ja	ja
Z03.2	Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen	ja	ja	ja
Z03.3	Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit	ja	ja	ja
Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt	ja	ja	ja
Z03.5	Beobachtung bei Verdacht auf sonstige kardiovaskuläre Krankheiten	ja	ja	ja
Z03.6	Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen	ja	ja	ja
Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	ja	ja	ja
Z03.9	Beobachtung bei Verdachtsfall, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z04.1	Untersuchung und Beobachtung nach Transportmittelunfall	ja	ja	ja
Z04.2	Untersuchung und Beobachtung nach Arbeitsunfall	ja	ja	ja
Z04.3	Untersuchung und Beobachtung nach anderem Unfall	ja	ja	ja
Z04.5	Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung	ja	ja	ja
Z04.8	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen	ja	ja	ja
Z04.9	Untersuchung und Beobachtung aus nicht näher bezeichnetem Grund	ja	ja	ja
Z09.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.7	Nachuntersuchung nach Kombinationsbehandlung wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.8-	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.80	Nachuntersuchung nach Organtransplantation	ja	ja	ja
Z09.88	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z09.9	Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	ja	ja	ja
Z10	Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen	ja	ja	ja
Z12.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Magens	ja	ja	ja
Z12.1	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes	ja	ja	ja
Z12.2	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Atmungsorgane	ja	ja	ja
Z12.3	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Mamma [Brustdrüse]	ja	ja	ja
Z12.4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Cervix uteri	ja	ja	ja
Z12.5	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Prostata	ja	ja	ja
Z12.6	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Harnblase	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z12.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen sonstiger Lokalisationen	ja	ja	ja
Z12.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z13.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe und bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	ja	ja	ja
Z13.1	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus	ja	ja	ja
Z13.2	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Ernährungsstörungen	ja	ja	ja
Z13.4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf bestimmte Entwicklungsstörungen in der Kindheit	ja	ja	ja
Z13.5	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Augen- oder Ohrenkrankheiten	ja	ja	ja
Z13.6	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf kardiovaskuläre Krankheiten	ja	ja	ja
Z13.7	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	ja	ja	ja
Z13.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen	ja	ja	ja
Z13.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z23.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Cholera, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z23.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Typhus-Paratyphus [TAB], nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z23.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Tuberkulose [BCG]	ja	ja	ja
Z23.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Pest	ja	ja	ja
Z23.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Tularämie	ja	ja	ja
Z23.5	Notwendigkeit der Impfung gegen Tetanus, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z23.6	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z23.7	Notwendigkeit der Impfung gegen Keuchhusten [Pertussis], nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z23.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige einzelne bakterielle Krankheiten	ja	ja	ja
Z24.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Poliomyelitis	ja	ja	ja
Z24.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Virusenzephalitis, durch Arthropoden übertragen	ja	ja	ja
Z24.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Tollwut	ja	ja	ja
Z24.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Gelbfieber	ja	ja	ja
Z24.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Masern, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z24.5	Notwendigkeit der Impfung gegen Röteln, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z24.6	Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis	ja	ja	ja
Z25.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Mumps, nicht kombiniert	ja	ja	ja
Z25.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza]	ja	ja	ja
Z25.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten	ja	ja	ja
Z26.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Leishmaniose	ja	ja	ja
Z26.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Infektionskrankheiten	ja	ja	ja
Z26.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	ja	ja	ja
Z27.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Cholera mit Typhus-Paratyphus [Cholera+TAB]	ja	ja	ja
Z27.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus [DPT]	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z27.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Typhus-Paratyphus [DPT+TAB]	ja	ja	ja
Z27.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Poliomyelitis [DPT+Polio]	ja	ja	ja
Z27.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln [MMR]	ja	ja	ja
Z27.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige Kombinationen von Infektionskrankheiten	ja	ja	ja
Z27.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Kombinationen von Infektionskrankheiten	ja	ja	ja
Z28	Nicht durchgeführte Impfung [Immunsierung]	ja	ja	ja
Z30.1	Einsetzen eines Pessars (intrauterin) zur Kontrazeption	ja	ja	ja
Z30.2	Sterilisierung	ja	ja	ja
Z30.3	Auslösung der Menstruation	ja	ja	ja
Z30.4	Überwachung bei medikamentöser Kontrazeption	ja	ja	ja
Z30.5	Überwachung von Patientinnen mit Pessar (intrauterin) zur Kontrazeption	ja	ja	ja
Z30.8	Sonstige kontrazeptive Maßnahmen	ja	ja	ja
Z30.9	Kontrazeptive Maßnahme, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z31.0	Tuben- oder Vasoplastik nach früherer Sterilisierung	ja	ja	ja
Z31.1	Künstliche Insemination	ja	ja	ja
Z31.2	In-vitro-Fertilisation	ja	ja	ja
Z31.3	Andere Methoden, die die Fertilisation unterstützen	ja	ja	ja
Z31.4	Untersuchung und Test im Zusammenhang mit Fertilisation	ja	ja	ja
Z31.6	Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation	ja	ja	ja
Z31.8	Sonstige fertilisationsfördernde Maßnahmen	ja	ja	ja
Z31.9	Fertilisationsfördernde Maßnahme, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z32	Untersuchung und Test zur Feststellung einer Schwangerschaft	ja	ja	ja
Z37.0!	Lebendgeborener Einling	ja	ja	ja
Z37.1!	Totgeborener Einling	ja	ja	ja
Z37.2!	Zwillinge, beide lebendgeboren	ja	ja	ja
Z37.3!	Zwillinge, ein Zwilling lebend-, der andere totgeboren	ja	ja	ja
Z37.4!	Zwillinge, beide totgeboren	ja	ja	ja
Z37.5!	Andere Mehrlinge, alle lebendgeboren	ja	ja	ja
Z37.6!	Andere Mehrlinge, einige lebendgeboren	ja	ja	ja
Z37.7!	Andere Mehrlinge, alle totgeboren	ja	ja	ja
Z37.9!	Resultat der Entbindung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z40.9	Prophylaktische Operation, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z41.1	Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen	ja	ja	ja
Z41.2	Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen	ja	ja	ja
Z41.8	Sonstige Maßnahmen aus anderen Gründen als der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes	ja	ja	ja
Z41.9	Maßnahme aus anderen Gründen als der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z42.9	Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z43.8	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen	ja	ja	ja
Z43.9	Versorgung einer nicht näher bezeichneten künstlichen Körperöffnung	ja	ja	ja
Z46.0	Versorgen mit und Anpassen von Brillen oder Kontaktlinsen	ja	ja	ja
Z46.1	Versorgen mit und Anpassen eines Hörgerätes	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z46.2	Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln für das Nervensystem oder für spezielle Sinnesorgane	ja	ja	ja
Z46.3	Versorgen mit und Anpassen einer Zahnprothese	ja	ja	ja
Z46.4	Versorgen mit und Anpassen von kieferorthopädischen Geräten	ja	ja	ja
Z46.7	Versorgen mit und Anpassen eines orthopädischen Hilfsmittels	ja	ja	ja
Z46.8	Versorgen mit und Anpassen von sonstigen näher bezeichneten medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	ja	ja	ja
Z46.9	Versorgen mit und Anpassen eines nicht näher bezeichneten medizinischen Gerätes oder Hilfsmittels	ja	ja	ja
Z51.3	Bluttransfusion ohne angegebene Diagnose	ja	ja	ja
Z51.4	Vorbereitung auf eine nachfolgende Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
Z51.5	Palliativbehandlung	ja	ja	ja
Z51.8-	Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung	ja	ja	ja
Z51.81	Apherese	ja	ja	ja
Z51.83	Opiatsubstitution	ja	ja	ja
Z51.88	Sonstige näher bezeichnete medizinische Behandlung	ja	ja	ja
Z51.9	Medizinische Behandlung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z52.0-	Blutspender	ja	ja	ja
Z52.00	Vollblutspender	ja	ja	ja
Z52.01	Stammzellenspender	ja	ja	ja
Z52.08	Spender sonstiger Blutbestandteile	ja	ja	ja
Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	ja	ja	ja
Z54.0!	Rekonvaleszenz nach chirurgischem Eingriff	ja	ja	ja
Z54.1!	Rekonvaleszenz nach Strahlentherapie	ja	ja	ja
Z54.2!	Rekonvaleszenz nach Chemotherapie	ja	ja	ja
Z54.3!	Rekonvaleszenz nach Psychotherapie	ja	ja	ja
Z54.4!	Rekonvaleszenz nach Frakturbehandlung	ja	ja	ja
Z54.7!	Rekonvaleszenz nach kombinierter Behandlung	ja	ja	ja
Z54.8!	Rekonvaleszenz nach sonstiger Behandlung	ja	ja	ja
Z54.9!	Rekonvaleszenz nach nicht näher bezeichneter Behandlung	ja	ja	ja
Z55	Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung	ja	ja	ja
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	ja	ja	ja
Z58	Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt	ja	ja	ja
Z59	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage	ja	ja	ja
Z61	Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse	ja	ja	ja
Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	ja	ja	ja
Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	ja	ja	ja
Z64.1	Kontaktanlässe mit Bezug auf Multiparität	ja	ja	ja
Z70	Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung	ja	ja	ja
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
Z72.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung	ja	ja	ja
Z72.9	Problem mit Bezug auf die Lebensführung, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität	ja	ja	ja
Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	ja	ja	ja
Z74.2	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfeleistung im Haushalt, wenn kein anderer Haushaltsangehöriger die Betreuung übernehmen kann	ja	ja	ja
Z74.3	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der ständigen Beaufsichtigung	ja	ja	ja
Z74.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	ja	ja	ja
Z74.9	Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet	ja	ja	ja
Z75.2-	Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung	ja	ja	ja
Z75.21	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T1	ja	ja	ja
Z75.22	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T2	ja	ja	ja
Z75.23	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T3	ja	ja	ja
Z75.24	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T4	ja	ja	ja
Z75.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung	ja	ja	ja
Z75.6-	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)	ja	ja	ja
Z75.60	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere	ja	ja	ja
Z75.61	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz	ja	nein	nein
Z75.62	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Lunge	ja	nein	nein
Z75.63	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz-Lunge	ja	nein	nein
Z75.64	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas	ja	ja	ja
Z75.65	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas	ja	ja	ja
Z75.66	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm	ja	ja	ja
Z75.68	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Sonstige Organe	ja	ja	ja
Z75.69	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Nicht näher bezeichnetes Organ	ja	ja	ja
Z75.7-	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)	ja	ja	ja
Z75.70	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere	ja	ja	ja
Z75.71	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz	ja	nein	nein
Z75.72	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Lunge	ja	nein	nein
Z75.73	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz-Lunge	ja	nein	nein

ICD-10-GM		ICD-Jahresversion		
Kode	Text	2006	2007	2008
Z75.74	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas	ja	ja	ja
Z75.75	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas	ja	ja	ja
Z75.76	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm	ja	ja	ja
Z75.78	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Sonstige Organe	ja	ja	ja
Z75.79	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Nicht näher bezeichnetes Organ	ja	ja	ja
Z75.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	ja	ja	ja
Z75.9	Nicht näher bezeichnetes Problem mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	ja	ja	ja
Z76.0	Ausstellung wiederholter Verordnung	ja	ja	ja
Z76.1	Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes	ja	ja	ja
Z76.2	Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines anderen gesunden Säuglings und Kindes	ja	ja	ja
Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	ja	ja	ja
Z76.4	Andere in eine Gesundheitsbetreuungseinrichtung aufgenommene Person	ja	ja	ja
Z76.8	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen	ja	ja	ja
Z76.9	Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt	ja	ja	ja
Z91.1	Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen [Non-compliance] in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z91.8	Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z92.3	Bestrahlung in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z92.4	Größerer operativer Eingriff in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert	ja	ja	ja
Z92.6	Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z92.8	Sonstige medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z92.9	Medizinische Behandlung, nicht näher bezeichnet, in der Eigenanamnese	ja	ja	ja
Z96.5	Vorhandensein von Zahnwurzel- oder Unterkieferimplantaten	ja	ja	ja

Tabelle 105: Alle Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die in die neue „CC201 NonCW-CC“ übergeleitet werden, mit Kennzeichnung ihrer Gültigkeit für die jeweiligen ICD-Versionen 2006 bis 2008

Anhang 8 ICD-Kodes, die in die „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet werden

ICD-10-GM	
Kode	Text
E16.1	Sonstige Hypoglykämie
E16.2	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
E34.3	Kleinwuchs, anderenorts nicht klassifiziert
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
E87.2	Azidose
E87.3	Alkalose
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts
E87.5	Hyperkaliämie
E87.6	Hypokaliämie
E87.7	Flüssigkeitsüberschuss
E87.8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G25.3	Myoklonus
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen
G47.8	Sonstige Schlafstörungen
G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
G54.7	Phantomglied ohne Schmerzen
H57.1	Augenschmerzen
H92.0	Otalgie
I51.7	Kardiomegalie
K91.0	Erbrechen nach gastrointestinalem chirurgischem Eingriff
L60.4	Beau-Reil-Querfurchen
L67.1	Veränderungen der Haarfarbe
M25.0-	Hämarthros
M25.4-	Gelenkerguss
M25.5-	Gelenkschmerz
M25.6-	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert
M25.69	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M25.7-	Osteophyt
M25.70	Osteophyt: Mehrere Lokalisationen
M25.71	Osteophyt: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M25.72	Osteophyt: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M25.73	Osteophyt: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M25.74	Osteophyt: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M25.76	Osteophyt: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M25.77	Osteophyt: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M25.78	Osteophyt: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M25.79	Osteophyt: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M79.6-	Schmerzen in den Extremitäten
N39.1	Persistierende Proteinurie, nicht näher bezeichnet
O09.0!	Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen
O09.1!	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen

ICD-10-GM	
Kode	Text
O09.2!	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.3!	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.4!	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
O09.5!	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
O09.6!	Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
O09.7!	Schwangerschaftsdauer: Mehr als 41 vollendete Wochen
O09.9!	Schwangerschaftsdauer: Nicht näher bezeichnet
O75.2	Fieber unter der Geburt, anderenorts nicht klassifiziert
O86.4	Fieber unbekanntes Ursprungs nach Entbindung
R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R00.2	Palpitationen
R00.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages
R01.0	Benigne und akzidentelle Herzgeräusche
R01.1	Herzgeräusch, nicht näher bezeichnet
R01.2	Sonstige Herz-Schallphänomene
R03.0	Erhöhter Blutdruckwert ohne Diagnose eines Bluthochdrucks
R03.1	Unspezifischer niedriger Blutdruckwert
R04.1	Blutung aus dem Rachen
R04.2	Hämoptye
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet
R05	Husten
R06.0	Dyspnoe
R06.1	Stridor
R06.2	Ziehende Atmung
R06.3	Periodische Atmung
R06.4	Hyperventilation
R06.5	Mundatmung
R06.6	Singultus
R06.7	Niesen
R06.8-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung
R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung
R07.0	Halsschmerzen
R07.1	Brustschmerzen bei der Atmung
R07.2	Präkordiale Schmerzen
R07.3	Sonstige Brustschmerzen
R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet
R09.3	Abnormes Sputum
R09.8	Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10.0	Akutes Abdomen
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches
R10.2	Schmerzen im Becken und am Damm
R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen
R11	Übelkeit und Erbrechen
R12	Sodbrennen
R16.0	Hepatomegalie, anderenorts nicht klassifiziert
R16.1	Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert
R16.2	Hepatomegalie verbunden mit Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert
R17	Gelbsucht, nicht näher bezeichnet
R19.0	Schwellung, Raumforderung und Knoten im Abdomen und Becken

ICD-10-GM	
Kode	Text
R19.1	Abnorme Darmgeräusche
R19.3	Bauchdeckenspannung
R19.6	Mundgeruch
R19.8	Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20.0	Anästhesie der Haut
R20.1	Hypästhesie der Haut
R20.2	Parästhesie der Haut
R20.3	Hyperästhesie der Haut
R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen
R22.0	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Kopf
R22.1	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Hals
R22.2	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Rumpf
R22.3	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an den oberen Extremitäten
R22.4	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an den unteren Extremitäten
R22.7	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an mehreren Lokalisationen
R22.9	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet
R23.1	Blässe
R23.2	Gesichtsrötung [Flush]
R23.3	Spontane Ekchymosen
R23.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hautveränderungen
R25.0	Abnorme Kopfbewegungen
R25.3	Faszikulation
R25.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete abnorme unwillkürliche Bewegungen
R26.0	Ataktischer Gang
R26.1	Paretischer Gang
R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert
R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität
R27.0	Ataxie, nicht näher bezeichnet
R27.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Koordinationsstörungen
R29.0	Tetanie
R29.1	Meningismus
R29.2	Abnorme Reflexe
R29.3	Abnorme Körperhaltung
R29.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30.0	Dysurie
R30.1	Tenesmus vesicae
R30.9	Schmerzen beim Wasserlassen, nicht näher bezeichnet
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
R35	Polyurie
R36	Ausfluss aus der Harnröhre
R39.1	Sonstige Miktionsstörungen
R39.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Harnsystem betreffen
R42	Schwindel und Taumel

ICD-10-GM	
Kode	Text
R45.0	Nervosität
R45.1	Ruhelosigkeit und Erregung
R45.2	Unglücklichsein
R45.3	Demoralisierung und Apathie
R45.4	Reizbarkeit und Wut
R45.5	Feindseligkeit
R45.6	Körperliche Gewalt
R45.7	Emotioneller Schock oder Stress, nicht näher bezeichnet
R45.8	Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen
R46.3	Hyperaktivität
R46.4	Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen
R46.5	Misstrauen oder ausweichendes Verhalten
R46.6	Unangemessene Betroffenheit und Beschäftigung mit Stressereignissen
R46.7	Wortschwall oder umständliche Detailschilderung, die die Gründe für eine Konsultation oder Inanspruchnahme verschleiern
R46.8	Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen
R49.0	Dysphonie
R49.1	Aphonie
R49.2	Rhinophonia (aperta) (clausa)
R49.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Stimme
R50.8-	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
R50.80	Fieber unbekannter Ursache
R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
R50.9	Fieber, nicht näher bezeichnet
R51	Kopfschmerz
R52.0	Akuter Schmerz
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet
R53	Unwohlsein und Ermüdung
R55	Synkope und Kollaps
R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
R59.0	Lymphknotenvergrößerung, umschrieben
R59.1	Lymphknotenvergrößerung, generalisiert
R59.9	Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet
R60.0	Umschriebenes Ödem
R60.1	Generalisiertes Ödem
R60.9	Ödem, nicht näher bezeichnet
R61.9	Hyperhidrose, nicht näher bezeichnet
R62.9	Ausbleiben der erwarteten physiologischen Entwicklung, nicht näher bezeichnet
R63.0	Anorexie
R63.1	Polydipsie
R63.2	Polyphagie
R63.5	Abnorme Gewichtszunahme
R63.8	Sonstige Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen
R68.0	Hypothermie, nicht in Verbindung mit niedriger Umgebungstemperatur
R68.1	Unspezifische Symptome im Kleinkindalter
R68.3	Trommelschlegelfinger
R73.0	Abnormer Glukosetoleranztest
R75	Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV]
R76.1	Abnorme Reaktion auf Tuberkulintest
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
R78.1	Nachweis von Opiaten im Blut

ICD-10-GM	
Kode	Text
R78.2	Nachweis von Kokain im Blut
R78.3	Nachweis von Halluzinogenen im Blut
R78.4	Nachweis sonstiger Drogen mit Abhängigkeitspotential im Blut
R78.5	Nachweis psychotroper Drogen im Blut
R78.6	Nachweis von Steroiden im Blut
R82.3	Hämoglobinurie
R82.4	Azetonurie
R82.5	Erhöhte Urinwerte für Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen
U50.0-	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung
U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
U50.01	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 85-91 Punkte
U50.1-	Leichte motorische Funktionseinschränkung
U50.10	Leichte motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 80-95 Punkte
U50.11	Leichte motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 69-84 Punkte
U51.0-	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
U51.00	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte
U51.01	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 30-35 Punkte
U51.02	Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 24-30 Punkte
U52.0	Frührehabilitations-Barthel-Index: 31 und mehr Punkte
U52.1	Frührehabilitations-Barthel-Index: -75 bis 30 Punkte
U52.2	Frührehabilitations-Barthel-Index: -200 bis -76 Punkte
U52.3	Frührehabilitations-Barthel-Index: weniger als -200 Punkte
Z00.0	Ärztliche Allgemeinuntersuchung
Z00.1	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes
Z00.2	Untersuchung aufgrund eines Wachstumsschubes in der Kindheit
Z00.3	Untersuchung aufgrund des Entwicklungsstandes während der Adoleszenz
Z00.4	Allgemeine psychiatrische Untersuchung, anderenorts nicht klassifiziert
Z00.6	Untersuchung von Personen zu Vergleichs- und Kontrollzwecken im Rahmen klinischer Forschungsprogramme
Z00.8	Sonstige Allgemeinuntersuchungen
Z01.0	Visusprüfung und Untersuchung der Augen
Z01.1	Hörprüfung und Untersuchung der Ohren
Z01.3	Messung des Blutdrucks
Z01.4	Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung
Z01.8-	Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen
Z01.80	Abklärung einer Disposition für maligne Herzrhythmusstörungen
Z01.81	Abklärung einer Disposition für Kardiomyopathien
Z01.88	Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen
Z03.0	Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose
Z09.3	Nachuntersuchung nach Psychotherapie
Z09.4	Nachuntersuchung nach Frakturbehandlung
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
Z20.0	Kontakt mit und Exposition gegenüber infektiösen Darmkrankheiten
Z20.1	Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose
Z20.2	Kontakt mit und Exposition gegenüber Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
Z20.3	Kontakt mit und Exposition gegenüber Tollwut
Z20.4	Kontakt mit und Exposition gegenüber Röteln
Z20.5	Kontakt mit und Exposition gegenüber Virushepatitis
Z20.6	Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV [Humanes Immundefizienz-Virus]

ICD-10-GM	
Kode	Text
Z20.7	Kontakt mit und Exposition gegenüber Pedikulose [Läusebefall], Akarinose [Milbenbefall] oder anderem Parasitenbefall
Z20.8	Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten
Z20.9	Kontakt mit und Exposition gegenüber nicht näher bezeichneter übertragbarer Krankheit
Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme
Z29.1	Immunprophylaxe
Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie
Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen
Z29.9	Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet
Z30.0	Allgemeine Beratung zu Fragen der Kontrazeption
Z33!	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z35.0	Überwachung einer Schwangerschaft bei Infertilitätsanamnese
Z35.1	Überwachung einer Schwangerschaft bei Abortanamnese
Z35.2	Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese
Z35.3	Überwachung einer Schwangerschaft mit ungenügender pränataler Betreuung in der Anamnese
Z35.4	Überwachung einer Schwangerschaft bei ausgeprägter Multiparität
Z35.5	Überwachung einer älteren Erstschwangeren
Z35.6	Überwachung einer sehr jungen Erstschwangeren
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften
Z35.9	Überwachung einer Risikoschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
Z36.0	Pränatales Screening auf Chromosomenanomalien
Z36.1	Pränatales Screening auf erhöhten Alpha-Fetoproteinspiegel
Z36.2	Anderes pränatales Screening mittels Amniozentese
Z36.3	Pränatales Screening auf Fehlbildungen mittels Ultraschall oder anderer physikalischer Verfahren
Z36.4	Pränatales Screening auf fetale Wachstumsretardierung mittels Ultraschall oder anderer physikalischer Verfahren
Z36.5	Pränatales Screening auf Isoimmunisierung
Z36.8	Sonstiges pränatales Screening
Z36.9	Pränatales Screening, nicht näher bezeichnet
Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
Z38.1	Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses
Z38.2	Einling, Geburtsort nicht näher bezeichnet
Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus
Z38.4	Zwilling, Geburt außerhalb des Krankenhauses
Z38.5	Zwilling, Geburtsort nicht näher bezeichnet
Z38.6	Anderer Mehrling, Geburt im Krankenhaus
Z38.7	Anderer Mehrling, Geburt außerhalb des Krankenhauses
Z38.8	Anderer Mehrling, Geburtsort nicht näher bezeichnet
Z40.0-	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen
Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Brustdrüse [Mamma]
Z40.01	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Ovar
Z40.08	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Sonstige
Z40.8	Sonstige prophylaktische Operation
Z42.8	Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie an sonstigen Körperteilen

ICD-10-GM	
Kode	Text
Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung
Z47.8	Sonstige näher bezeichnete orthopädische Nachbehandlung
Z47.9	Orthopädische Nachbehandlung, nicht näher bezeichnet
Z48.0	Kontrolle von Verbänden und Nähten
Z48.8	Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff
Z48.9	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, nicht näher bezeichnet
Z50.0!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Herzkrankheit
Z50.1!	Sonstige Physiotherapie
Z50.2!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Alkoholismus
Z50.3!	Rehabilitationsmaßnahmen bei Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit
Z50.4!	Psychotherapie, anderenorts nicht klassifiziert
Z50.5!	Logopädische Behandlung [Therapie von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen]
Z50.6!	Orthoptische Übungen [Sehschule]
Z50.7!	Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
Z50.8!	Sonstige Rehabilitationsmaßnahmen
Z50.9!	Rehabilitationsmaßnahme, nicht näher bezeichnet
Z57	Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren
Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung
Z64.0	Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft
Z64.8	Sonstige Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände
Z65	Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände
Z80.0	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese
Z80.1	Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Familienanamnese
Z80.2	Bösartige Neubildung anderer Atmungs- und intrathorakaler Organe in der Familienanamnese
Z80.3	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese
Z80.4	Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Familienanamnese
Z80.5	Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Familienanamnese
Z80.6	Leukämie in der Familienanamnese
Z80.7	Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden oder verwandten Gewebes in der Familienanamnese
Z80.8	Bösartige Neubildung sonstiger Organe und Systeme in der Familienanamnese
Z80.9	Bösartige Neubildung in der Familienanamnese, nicht näher bezeichnet
Z81	Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese
Z82	Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen
Z83.1	Infektiöse oder parasitäre Krankheiten in der Familienanamnese
Z83.2	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems in der Familienanamnese
Z83.3	Diabetes mellitus in der Familienanamnese
Z83.4	Andere endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familienanamnese
Z83.5	Augen- oder Ohrenkrankheiten in der Familienanamnese
Z83.6	Krankheiten der Atemwege in der Familienanamnese
Z83.7	Krankheiten des Verdauungssystems in der Familienanamnese
Z84.0	Krankheiten der Haut und der Unterhaut in der Familienanamnese
Z84.1	Krankheiten der Niere oder des Ureters in der Familienanamnese
Z84.2	Andere Krankheiten des Urogenitalsystems in der Familienanamnese
Z84.3	Konsanguinität in der Familienanamnese
Z84.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Zustände in der Familienanamnese
Z88.0	Allergie gegenüber Penizillin in der Eigenanamnese

ICD-10-GM	
Kode	Text
Z88.1	Allergie gegenüber anderen Antibiotika in der Eigenanamnese
Z88.2	Allergie gegenüber Sulfonamiden in der Eigenanamnese
Z88.3	Allergie gegenüber anderen Antiinfektiva in der Eigenanamnese
Z88.4	Allergie gegenüber Anästhetikum in der Eigenanamnese
Z88.5	Allergie gegenüber Betäubungsmittel in der Eigenanamnese
Z88.6	Allergie gegenüber Analgetikum in der Eigenanamnese
Z88.7	Allergie gegenüber Serum oder Impfstoff in der Eigenanamnese
Z88.8	Allergie gegenüber sonstigen Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese
Z88.9	Allergie gegenüber nicht näher bezeichneten Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese
Z90.0	Verlust von Teilen des Kopfes oder des Halses
Z90.1	Verlust der Mamma(e) [Brustdrüse]
Z90.2	Verlust der Lunge [Teile der Lunge]
Z90.3	Verlust von Teilen des Magens
Z90.4	Verlust anderer Teile des Verdauungstraktes
Z90.5	Verlust der Niere(n)
Z90.6	Verlust anderer Teile des Harntraktes
Z90.7	Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane
Z90.8	Verlust sonstiger Organe
Z91.0	Allergie, ausgenommen Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen, in der Eigenanamnese
Z93.0	Vorhandensein eines Tracheostomas
Z93.1	Vorhandensein eines Gastrostomas
Z93.2	Vorhandensein eines Ileostomas
Z93.3	Vorhandensein eines Kolostomas
Z93.4	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen des Magen-Darmtraktes
Z93.5	Vorhandensein eines Zystostomas
Z93.6	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege
Z93.8	Vorhandensein von sonstigen künstlichen Körperöffnungen
Z93.9	Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung, nicht näher bezeichnet
Z95.0	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators
Z95.1	Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses
Z95.2	Vorhandensein einer künstlichen Herzklappe
Z95.3	Vorhandensein einer xenogenen Herzklappe
Z95.4	Vorhandensein eines anderen Herzklappenersatzes
Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik
Z95.8-	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z95.80	Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems
Z95.81	Vorhandensein eines operativ implantierten vaskulären Katheterverweilsystems
Z95.88	Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
Z95.9	Vorhandensein von kardialem oder vaskulärem Implantat oder Transplantat, nicht näher bezeichnet
Z96.0	Vorhandensein von urogenitalen Implantaten
Z96.1	Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates
Z96.2	Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan
Z96.3	Vorhandensein eines künstlichen Larynx
Z96.4	Vorhandensein von endokrinen Implantaten
Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
Z96.7	Vorhandensein von anderen Knochen- und Sehnenimplantaten

ICD-10-GM	
Kode	Text
Z96.8-	Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten
Z96.80	Vorhandensein eines Bronchialstents
Z96.81	Vorhandensein eines Trachealstents (nur für die Jahresversionen 2007 und 2008 der ICD-10-GM gültig)
Z96.88	Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten
Z96.9	Vorhandensein eines funktionellen Implantates, nicht näher bezeichnet
Z97.1	Vorhandensein einer künstlichen Extremität (komplett) (partiell)
Z97.8	Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel
Z98.0	Zustand nach intestinalem Bypass oder intestinaler Anastomose
Z98.1	Zustand nach Arthrodeese
Z98.2	Vorhandensein einer Drainage des Liquor cerebrospinalis
Z98.8	Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl
Z99.8	Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln
Z99.9	Langzeitige Abhängigkeit von einem nicht näher bezeichneten unterstützenden Apparat, medizinischen Gerät oder Hilfsmittel

Tabelle 106: Alle Schlüsselnummern der ICD-10-GM (Jahresversionen 2006 bis 2008), die in die neue „CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-CC“ übergeleitet werden

Anhang 9 Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
E34.3	Kleinwuchs, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC202
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen	CC167	CC202
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	CC167	CC050
G47.8	Sonstige Schlafstörungen	CC167	CC202
G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	CC166	CC036
M99.0-	Segmentale und somatische Funktionsstörungen	CC167	CC043
M99.00	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal]	CC167	CC043
M99.01	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal]	CC167	CC043
M99.02	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal]	CC167	CC043
M99.03	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral]	CC167	CC043
M99.04	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	CC167	CC043
M99.05	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	CC167	CC043
M99.06	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Untere Extremität	CC167	CC043
M99.07	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Obere Extremität [akromioklavikular, sternoklavikular]	CC167	CC043
M99.08	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral]	CC167	CC043
M99.09	Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Abdomen und sonstige Lokalisationen	CC167	CC043
M99.1-	Subluxation (der Wirbelsäule)	CC167	CC043
M99.10	Subluxation (der Wirbelsäule): Kopfbereich [okzipitozervikal]	CC167	CC043
M99.11	Subluxation (der Wirbelsäule): Zervikalbereich [zervikothorakal]	CC167	CC043
M99.12	Subluxation (der Wirbelsäule): Thorakalbereich [thorakolumbal]	CC167	CC043
M99.13	Subluxation (der Wirbelsäule): Lumbalbereich [lumbosakral]	CC167	CC043
M99.14	Subluxation (der Wirbelsäule): Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	CC167	CC043
M99.19	Subluxation (der Wirbelsäule): Abdomen und sonstige Lokalisationen	CC167	CC043
M99.8-	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen	CC167	CC043
M99.80	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal]	CC167	CC043
M99.81	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal]	CC167	CC043
M99.82	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal]	CC167	CC043
M99.83	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral]	CC167	CC043
M99.84	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	CC167	CC043
M99.85	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	CC167	CC043
M99.86	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Untere Extremität	CC167	CC043

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
M99.87	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Obere Extremität [akromioklavikular, sternoklavikular]	CC167	CC043
M99.88	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral]	CC167	CC043
M99.89	Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Abdomen und sonstige Lokalisationen	CC167	CC043
M99.9-	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet	CC167	CC043
M99.90	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Kopfbereich [okzipitozervikal]	CC167	CC043
M99.91	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich [zervikothorakal]	CC167	CC043
M99.92	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich [thorakolumbal]	CC167	CC043
M99.93	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich [lumbosakral]	CC167	CC043
M99.94	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]	CC167	CC043
M99.95	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion]	CC167	CC043
M99.96	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Untere Extremität	CC167	CC043
M99.97	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Obere Extremität [akromioklavikular, sternoklavikular]	CC167	CC043
M99.98	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral]	CC167	CC043
M99.99	Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Abdomen und sonstige Lokalisationen	CC167	CC043
N39.1	Persistierende Proteinurie, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
Q89.9	Angeborene Fehlbildung, nicht näher bezeichnet	CC166	CC201
R00.2	Palpitationen	CC167	CC202
R00.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Herzschlages	CC167	CC202
R01.0	Benigne und akzidentelle Herzgeräusche	CC167	CC202
R01.1	Herzgeräusch, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R01.2	Sonstige Herz-Schallphänomene	CC167	CC202
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	CC104	CC166
R03.0	Erhöhter Blutdruckwert ohne Diagnose eines Bluthochdrucks	CC167	CC202
R03.1	Unspezifischer niedriger Blutdruckwert	CC167	CC202
R04.0	Epistaxis	CC166	CC167
R04.1	Blutung aus dem Rachen	CC166	CC202
R04.2	Hämoptye	CC166	CC202
R04.8	Blutung aus sonstigen Lokalisationen in den Atemwegen	CC166	CC202
R04.9	Blutung aus den Atemwegen, nicht näher bezeichnet	CC166	CC202
R05	Husten	CC167	CC202
R06.0	Dyspnoe	CC166	CC202
R06.1	Stridor	CC166	CC202
R06.2	Ziehende Atmung	CC166	CC202
R06.3	Periodische Atmung	CC166	CC202
R06.4	Hyperventilation	CC166	CC202
R06.5	Mundatmung	CC166	CC202
R06.6	Singultus	CC166	CC202
R06.7	Niesen	CC166	CC202
R06.8-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung	CC166	CC202
R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung	CC166	CC202

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R07.0	Halsschmerzen	CC166	CC202
R07.1	Brustschmerzen bei der Atmung	CC166	CC202
R07.2	Präkordiale Schmerzen	CC166	CC202
R07.3	Sonstige Brustschmerzen	CC166	CC202
R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	CC166	CC202
R09.3	Abnormes Sputum	CC166	CC202
R09.8	Sonstige näher bezeichnete Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	CC166	CC202
R10.0	Akutes Abdomen	CC166	CC202
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	CC166	CC202
R10.2	Schmerzen im Becken und am Damm	CC166	CC202
R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	CC166	CC202
R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	CC166	CC202
R15	Stuhlinkontinenz	CC134	CC166
R16.0	Hepatomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC202
R16.1	Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC202
R16.2	Hepatomegalie verbunden mit Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC202
R17	Gelbsucht, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R19.0	Schwellung, Raumforderung und Knoten im Abdomen und Becken	CC166	CC202
R19.3	Bauchdeckenspannung	CC166	CC202
R19.6	Mundgeruch	CC166	CC202
R20.0	Anästhesie der Haut	CC167	CC202
R20.1	Hypästhesie der Haut	CC167	CC202
R20.2	Parästhesie der Haut	CC167	CC202
R20.3	Hyperästhesie der Haut	CC167	CC202
R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut	CC167	CC202
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	CC167	CC202
R22.0	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Kopf	CC167	CC202
R22.1	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Hals	CC167	CC202
R22.2	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut am Rumpf	CC167	CC202
R22.3	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an den oberen Extremitäten	CC167	CC202
R22.4	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an den unteren Extremitäten	CC167	CC202
R22.7	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut an mehreren Lokalisationen	CC167	CC202
R22.9	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R23.0	Zyanose	CC167	CC201
R23.1	Blässe	CC167	CC202
R23.2	Gesichtsrötung [Flush]	CC167	CC202
R23.3	Spontane Ekchymosen	CC167	CC202
R23.4	Veränderungen des Hautreliefs	CC167	CC201
R23.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hautveränderungen	CC167	CC202
R26.0	Ataktischer Gang	CC166	CC202
R26.1	Paretischer Gang	CC166	CC202
R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC202

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	CC166	CC202
R27.0	Ataxie, nicht näher bezeichnet	CC166	CC202
R27.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Koordinationsstörungen	CC166	CC202
R29.3	Abnorme Körperhaltung	CC166	CC202
R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	CC166	CC167
R29.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	CC166	CC202
R30.0	Dysurie	CC167	CC202
R30.1	Tenesmus vesicae	CC167	CC202
R30.9	Schmerzen beim Wasserlassen, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R34	Anurie und Oligurie	CC167	CC166
R35	Polyurie	CC167	CC202
R39.0	Urin-Extravasation	CC167	CC166
R39.1	Sonstige Miktionsstörungen	CC167	CC202
R39.2	Extrarenale Urämie	CC167	CC166
R39.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Harnsystem betreffen	CC167	CC202
R42	Schwindel und Taumel	CC167	CC202
R45.2	Unglücklichsein	CC167	CC202
R45.3	Demoralisierung und Apathie	CC167	CC202
R45.4	Reizbarkeit und Wut	CC167	CC202
R45.5	Feindseligkeit	CC167	CC202
R45.6	Körperliche Gewalt	CC167	CC202
R45.8	Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen	CC167	CC202
R46.0	Stark vernachlässigte Körperpflege	CC167	CC201
R46.1	Besonders auffälliges äußeres Erscheinungsbild	CC167	CC201
R46.2	Seltsames und unerklärliches Verhalten	CC167	CC201
R46.3	Hyperaktivität	CC167	CC202
R46.4	Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen	CC167	CC202
R46.5	Misstrauen oder ausweichendes Verhalten	CC167	CC202
R46.6	Unangemessene Betroffenheit und Beschäftigung mit Stressereignissen	CC167	CC202
R46.7	Wortschwall oder umständliche Detailschilderung, die die Gründe für eine Konsultation oder Inanspruchnahme verschleiern	CC167	CC202
R46.8	Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen	CC167	CC202
R47.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen	CC166	CC167
R49.0	Dysphonie	CC166	CC202
R49.1	Aphonie	CC166	CC202
R49.2	Rhinophonia (aperta) (clausa)	CC166	CC202
R49.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Stimme	CC166	CC202
R50.8-	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber	CC166	CC202
R50.80	Fieber unbekannter Ursache	CC166	CC202
R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber	CC166	CC202
R50.9	Fieber, nicht näher bezeichnet	CC166	CC202
R52.0	Akuter Schmerz	CC167	CC202
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	CC167	CC202
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	CC167	CC202
R52.9	Schmerz, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R53	Unwohlsein und Ermüdung	CC167	CC202
R55	Synkope und Kollaps	CC166	CC202
R59.0	Lymphknotenvergrößerung, umschrieben	CC167	CC202

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R59.1	Lymphknotenvergrößerung, generalisiert	CC167	CC202
R59.9	Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R60.0	Umschriebenes Ödem	CC167	CC202
R60.1	Generalisiertes Ödem	CC167	CC202
R60.9	Ödem, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R61.9	Hyperhidrose, nicht näher bezeichnet	CC167	CC202
R62.0	Verzögertes Erreichen von Entwicklungsstufen	CC166	CC199
R62.8	Sonstiges Ausbleiben der erwarteten physiologischen Entwicklung	CC166	CC199
R62.9	Ausbleiben der erwarteten physiologischen Entwicklung, nicht näher bezeichnet	CC166	CC202
R63.0	Anorexie	CC166	CC202
R63.1	Polydipsie	CC167	CC202
R63.2	Polyphagie	CC167	CC202
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	CC166	CC167
R63.5	Abnorme Gewichtszunahme	CC167	CC202
R63.8	Sonstige Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	CC167	CC202
R68.0	Hypothermie, nicht in Verbindung mit niedriger Umgebungstemperatur	CC167	CC202
R68.1	Unspezifische Symptome im Kleinkindalter	CC167	CC202
R68.3	Trommelschlegelfinger	CC167	CC202
R68.8	Sonstige näher bezeichnete Allgemeinsymptome	CC167	CC201
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	CC167	CC201
R70.0	Beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion	CC167	CC201
R70.1	Veränderte Plasmaviskosität	CC167	CC201
R73.0	Abnormer Glukosetoleranztest	CC167	CC202
R73.9	Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet	CC167	CC201
R74.0	Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]	CC167	CC201
R74.8	Sonstige abnorme Serumenzymwerte	CC167	CC201
R74.9	Abnormer Wert nicht näher bezeichneter Serumenzyme	CC167	CC201
R76.0	Erhöhter Antikörpertiter	CC167	CC201
R76.1	Abnorme Reaktion auf Tuberkulintest	CC167	CC202
R76.2	Falsch-positiver serologischer Syphillistest	CC167	CC201
R76.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme immunologische Serumbefunde	CC167	CC201
R76.9	Abnormer immunologischer Serumbefund, nicht näher bezeichnet	CC167	CC201
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut	CC167	CC202
R78.1	Nachweis von Opiaten im Blut	CC167	CC202
R78.2	Nachweis von Kokain im Blut	CC167	CC202
R78.3	Nachweis von Halluzinogenen im Blut	CC167	CC202
R78.4	Nachweis sonstiger Drogen mit Abhängigkeitspotential im Blut	CC167	CC202
R78.5	Nachweis psychotroper Drogen im Blut	CC167	CC202
R78.6	Nachweis von Steroiden im Blut	CC167	CC202
R78.7	Nachweis eines abnormen Schwermetall-Blutwertes	CC167	CC201
R78.8	Nachweis sonstiger näher bezeichneter Substanzen, die normalerweise nicht im Blut vorhanden sind	CC167	CC201
R78.9	Nachweis einer nicht näher bezeichneten Substanz, die normalerweise nicht im Blut vorhanden ist	CC167	CC201
R79.0	Abnormer Mineral-Blutwert	CC167	CC201
R79.8	Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutchemie	CC167	CC201
R79.9	Abnormer Befund der Blutchemie, nicht näher bezeichnet	CC167	CC201
R80	Isolierte Proteinurie	CC167	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R81	Glukosurie	CC167	CC201
R82.0	Chylurie	CC167	CC201
R82.1	Myoglobinurie	CC167	CC201
R82.2	Bilirubinurie	CC167	CC201
R82.3	Hämoglobinurie	CC167	CC202
R82.4	Azetonurie	CC167	CC202
R82.5	Erhöhte Urinwerte für Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC202
R82.6	Abnorme Urinwerte für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R82.7	Abnorme Befunde bei der mikrobiologischen Urinuntersuchung	CC167	CC201
R82.8	Abnorme Befunde bei der zytologischen und histologischen Urinuntersuchung	CC167	CC201
R82.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete abnorme Urinbefunde	CC167	CC201
R83.0	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R83.1	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201
R83.2	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R83.3	Abnorme Liquorbefunde: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R83.4	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R83.5	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201
R83.6	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R83.7	Abnorme Liquorbefunde: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R83.8	Abnorme Liquorbefunde: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R83.9	Abnorme Liquorbefunde: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R84.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R84.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201
R84.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R84.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R84.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R84.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201
R84.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R84.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R84.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R84.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R85.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R85.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R85.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R85.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R85.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R85.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201
R85.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R85.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R85.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R85.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R86.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R86.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201
R86.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R86.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R86.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R86.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201
R86.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R86.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R86.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R86.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den männlichen Genitalorganen: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R87.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R87.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201
R87.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R87.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R87.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R87.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R87.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R87.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R87.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R87.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R89.0	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Enzymwert	CC167	CC201
R89.1	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Hormonwert	CC167	CC201
R89.2	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Wert für sonstige Drogen, Arzneimittel und biologisch aktive Substanzen	CC167	CC201
R89.3	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnormer Wert für Substanzen vorwiegend nichtmedizinischer Herkunft	CC167	CC201
R89.4	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme immunologische Befunde	CC167	CC201
R89.5	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme mikrobiologische Befunde	CC167	CC201
R89.6	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme zytologische Befunde	CC167	CC201
R89.7	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Abnorme histologische Befunde	CC167	CC201
R89.8	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Sonstige abnorme Befunde	CC167	CC201
R89.9	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus anderen Körperorganen, -systemen und -geweben: Nicht näher bezeichneter abnormer Befund	CC167	CC201
R91	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge	CC167	CC201
R92	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Mamma [Brustdrüse]	CC167	CC201
R93.0	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Schädels und des Kopfes, anderenorts nicht klassifiziert	CC167	CC201
R93.1	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Herzens und des Koronarkreislaufes	CC167	CC201
R93.2	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Leber und der Gallenwege	CC167	CC201
R93.3	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Teile des Verdauungstraktes	CC167	CC201
R93.4	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Harnorgane	CC167	CC201
R93.5	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Abdominalregionen, einschließlich des Retroperitoneums	CC167	CC201
R93.6	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Extremitäten	CC167	CC201
R93.7	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Abschnitte des Muskel-Skelett-Systems	CC167	CC201
R93.8	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik an sonstigen näher bezeichneten Körperstrukturen	CC167	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
R94.0	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des Zentralnervensystems	CC167	CC201
R94.1	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen des peripheren Nervensystems und bestimmter Sinnesorgane	CC167	CC201
R94.2	Abnorme Ergebnisse von Lungenfunktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.3	Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.4	Abnorme Ergebnisse von Nierenfunktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.5	Abnorme Ergebnisse von Leberfunktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.6	Abnorme Ergebnisse von Schilddrüsenfunktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.7	Abnorme Ergebnisse von sonstigen endokrinen Funktionsprüfungen	CC167	CC201
R94.8	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen sonstiger Organe und Organsysteme	CC167	CC201
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	CC167	CC201
T67.1	Hitzesynkope	CC166	CC167
U99.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.0	CC183	CC201
U99.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.1	CC183	CC201
U99.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.2	CC183	CC201
U99.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.3	CC183	CC201
U99.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.4	CC183	CC201
U99.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.5	CC183	CC201
U99.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.6	CC183	CC201
U99.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.7	CC183	CC201
U99.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.8	CC183	CC201
U99.9!	Nicht belegte Schlüsselnummer U99.9	CC183	CC201
Z00.0	Ärztliche Allgemeinuntersuchung	CC183	CC202
Z00.1	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes	CC183	CC202
Z00.2	Untersuchung aufgrund eines Wachstumsschubes in der Kindheit	CC183	CC202
Z00.3	Untersuchung aufgrund des Entwicklungsstandes während der Adoleszenz	CC183	CC202
Z00.4	Allgemeine psychiatrische Untersuchung, anderenorts nicht klassifiziert	CC183	CC202
Z00.5	Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders	CC183	CC201
Z00.6	Untersuchung von Personen zu Vergleichs- und Kontrollzwecken im Rahmen klinischer Forschungsprogramme	CC183	CC202
Z00.8	Sonstige Allgemeinuntersuchungen	CC183	CC202
Z01.0	Visusprüfung und Untersuchung der Augen	CC183	CC202
Z01.1	Hörprüfung und Untersuchung der Ohren	CC183	CC202
Z01.2	Untersuchung der Zähne	CC183	CC201
Z01.3	Messung des Blutdrucks	CC183	CC202
Z01.4	Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)	CC183	CC202
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	CC183	CC202
Z01.6	Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert	CC183	CC201
Z01.7	Laboruntersuchung	CC183	CC201
Z01.8-	Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen	CC183	CC202
Z01.80	Abklärung einer Disposition für maligne Herzrhythmusstörungen	CC183	CC202
Z01.81	Abklärung einer Disposition für Kardiomyopathien	CC183	CC202
Z01.88	Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen	CC183	CC202
Z01.9	Spezielle Untersuchung, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z02	Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen	CC183	CC201
Z03.0	Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose	CC183	CC202
Z03.1	Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung	CC183	CC201
Z03.2	Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen	CC183	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z03.3	Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit	CC183	CC201
Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt	CC183	CC201
Z03.5	Beobachtung bei Verdacht auf sonstige kardiovaskuläre Krankheiten	CC183	CC201
Z03.6	Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen	CC183	CC201
Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	CC183	CC201
Z03.9	Beobachtung bei Verdachtsfall, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z04.1	Untersuchung und Beobachtung nach Transportmittelunfall	CC183	CC201
Z04.2	Untersuchung und Beobachtung nach Arbeitsunfall	CC183	CC201
Z04.3	Untersuchung und Beobachtung nach anderem Unfall	CC183	CC201
Z04.5	Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung	CC183	CC201
Z04.8	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen	CC183	CC201
Z04.9	Untersuchung und Beobachtung aus nicht näher bezeichnetem Grund	CC183	CC201
Z08.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z08.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z08.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z08.7	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z08.8	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z08.9	Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung	CC183	CC200
Z09.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.1	Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.2	Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.3	Nachuntersuchung nach Psychotherapie	CC183	CC202
Z09.4	Nachuntersuchung nach Frakturbehandlung	CC183	CC202
Z09.7	Nachuntersuchung nach Kombinationsbehandlung wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.8-	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.80	Nachuntersuchung nach Organtransplantation	CC183	CC201
Z09.88	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z09.9	Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände	CC183	CC201
Z10	Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen	CC183	CC201
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	CC183	CC202
Z12.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Magens	CC183	CC201
Z12.1	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes	CC183	CC201
Z12.2	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Atmungsorgane	CC183	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z12.3	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Mamma [Brustdrüse]	CC183	CC201
Z12.4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Cervix uteri	CC183	CC201
Z12.5	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Prostata	CC183	CC201
Z12.6	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung der Harnblase	CC183	CC201
Z12.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen sonstiger Lokalisationen	CC183	CC201
Z12.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z13.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe und bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	CC183	CC201
Z13.1	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus	CC183	CC201
Z13.2	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Ernährungsstörungen	CC183	CC201
Z13.4	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf bestimmte Entwicklungsstörungen in der Kindheit	CC183	CC201
Z13.5	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Augen- oder Ohrenkrankheiten	CC183	CC201
Z13.6	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf kardiovaskuläre Krankheiten	CC183	CC201
Z13.7	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	CC183	CC201
Z13.8	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Störungen	CC183	CC201
Z13.9	Spezielle Verfahren zur Untersuchung, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z20.0	Kontakt mit und Exposition gegenüber infektiösen Darmkrankheiten	CC167	CC202
Z20.1	Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose	CC167	CC202
Z20.2	Kontakt mit und Exposition gegenüber Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden	CC167	CC202
Z20.3	Kontakt mit und Exposition gegenüber Tollwut	CC167	CC202
Z20.4	Kontakt mit und Exposition gegenüber Röteln	CC167	CC202
Z20.5	Kontakt mit und Exposition gegenüber Virushepatitis	CC167	CC202
Z20.6	Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV [Humanes Immundefizienz-Virus]	CC167	CC202
Z20.7	Kontakt mit und Exposition gegenüber Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] oder anderem Parasitenbefall	CC167	CC202
Z20.8	Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten	CC167	CC202
Z20.9	Kontakt mit und Exposition gegenüber nicht näher bezeichneter übertragbarer Krankheit	CC167	CC202
Z22.0	Keimträger von Typhus abdominalis	CC167	CC006
Z22.1	Keimträger anderer infektiöser Darmkrankheiten	CC167	CC006
Z22.2	Keimträger der Diphtherie	CC167	CC006
Z22.3	Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten	CC167	CC006
Z22.4	Keimträger von Infektionskrankheiten, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden	CC167	CC006
Z22.5	Keimträger der Virushepatitis	CC167	CC006
Z22.6	Keimträger von humaner T-Zell-lymphotroper-Viruskrankheit, Typ I [HTLV-1]	CC167	CC006
Z22.8	Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten	CC167	CC006
Z22.9	Keimträger von Infektionskrankheit, nicht näher bezeichnet	CC167	CC006
Z23.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Cholera, nicht kombiniert	CC183	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z23.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Typhus-Paratyphus [TAB], nicht kombiniert	CC183	CC201
Z23.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Tuberkulose [BCG]	CC183	CC201
Z23.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Pest	CC183	CC201
Z23.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Tularämie	CC183	CC201
Z23.5	Notwendigkeit der Impfung gegen Tetanus, nicht kombiniert	CC183	CC201
Z23.6	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie, nicht kombiniert	CC183	CC201
Z23.7	Notwendigkeit der Impfung gegen Keuchhusten [Pertussis], nicht kombiniert	CC183	CC201
Z23.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige einzelne bakterielle Krankheiten	CC183	CC201
Z24.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Poliomyelitis	CC183	CC201
Z24.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Virusenzephalitis, durch Arthropoden übertragen	CC183	CC201
Z24.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Tollwut	CC183	CC201
Z24.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Gelbfieber	CC183	CC201
Z24.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Masern, nicht kombiniert	CC183	CC201
Z24.5	Notwendigkeit der Impfung gegen Röteln, nicht kombiniert	CC183	CC201
Z24.6	Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis	CC183	CC201
Z25.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Mumps, nicht kombiniert	CC183	CC201
Z25.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza]	CC183	CC201
Z25.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten	CC183	CC201
Z26.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Leishmaniose	CC183	CC201
Z26.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Infektionskrankheiten	CC183	CC201
Z26.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	CC183	CC201
Z27.0	Notwendigkeit der Impfung gegen Cholera mit Typhus-Paratyphus [Cholera+TAB]	CC183	CC201
Z27.1	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus [DPT]	CC183	CC201
Z27.2	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Typhus-Paratyphus [DPT+TAB]	CC183	CC201
Z27.3	Notwendigkeit der Impfung gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus mit Poliomyelitis [DPT+Polio]	CC183	CC201
Z27.4	Notwendigkeit der Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln [MMR]	CC183	CC201
Z27.8	Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige Kombinationen von Infektionskrankheiten	CC183	CC201
Z27.9	Notwendigkeit der Impfung gegen nicht näher bezeichnete Kombinationen von Infektionskrankheiten	CC183	CC201
Z28	Nicht durchgeführte Impfung [Immunisierung]	CC167	CC201
Z29.0	Isolierung als prophylaktische Maßnahme	CC183	CC202
Z29.1	Immunprophylaxe	CC183	CC202
Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie	CC183	CC202
Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen	CC183	CC202
Z29.9	Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet	CC183	CC202
Z30.0	Allgemeine Beratung zu Fragen der Kontrazeption	CC183	CC202
Z30.1	Einsetzen eines Pessars (intrauterin) zur Kontrazeption	CC183	CC201
Z30.2	Sterilisierung	CC183	CC201
Z30.3	Auslösung der Menstruation	CC183	CC201
Z30.4	Überwachung bei medikamentöser Kontrazeption	CC183	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z30.5	Überwachung von Patientinnen mit Pessar (intrauterin) zur Kontrazeption	CC183	CC201
Z30.8	Sonstige kontrazeptive Maßnahmen	CC183	CC201
Z30.9	Kontrazeptive Maßnahme, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z31.0	Tuben- oder Vasoplastik nach früherer Sterilisierung	CC183	CC201
Z31.1	Künstliche Insemination	CC183	CC201
Z31.2	In-vitro-Fertilisation	CC183	CC201
Z31.3	Anderere Methoden, die die Fertilisation unterstützen	CC183	CC201
Z31.4	Untersuchung und Test im Zusammenhang mit Fertilisation	CC183	CC201
Z31.5	Genetische Beratung	CC183	CC184
Z31.6	Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation	CC183	CC201
Z31.8	Sonstige fertilisationsfördernde Maßnahmen	CC183	CC201
Z31.9	Fertilisationsfördernde Maßnahme, nicht näher bezeichnet	CC183	CC201
Z32	Untersuchung und Test zur Feststellung einer Schwangerschaft	CC183	CC201
Z41.1	Plastische Chirurgie aus kosmetischen Gründen	CC183	CC201
Z41.2	Zirkumzision als Routinemaßnahme oder aus rituellen Gründen	CC183	CC201
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	CC183	CC184
Z52.0-	Blutspender	CC183	CC201
Z52.00	Vollblutspender	CC183	CC201
Z52.01	Stammzellenspender	CC183	CC201
Z52.08	Spender sonstiger Blutbestandteile	CC183	CC201
Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	CC167	CC201
Z55	Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung	CC167	CC201
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	CC167	CC201
Z57	Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren	CC167	CC202
Z58	Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt	CC183	CC201
Z59	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage	CC167	CC201
Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	CC167	CC202
Z61	Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse	CC167	CC201
Z62	Anderere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	CC167	CC201
Z63	Anderere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	CC167	CC201
Z64.0	Kontaktanlässe mit Bezug auf eine unerwünschte Schwangerschaft	CC167	CC202
Z64.1	Kontaktanlässe mit Bezug auf Multiparität	CC167	CC201
Z64.8	Sonstige Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände	CC167	CC202
Z65	Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände	CC167	CC202
Z70	Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung	CC183	CC201
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	CC183	CC201
Z72.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung	CC167	CC201
Z72.9	Problem mit Bezug auf die Lebensführung, nicht näher bezeichnet	CC167	CC201
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	CC167	CC060
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Eingeschränkte Mobilität	CC166	CC201
Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	CC166	CC201
Z74.2	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfeleistung im Haushalt, wenn kein anderer Haushaltsangehöriger die Betreuung übernehmen kann	CC166	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z74.3	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der ständigen Beaufsichtigung	CC166	CC201
Z74.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	CC166	CC201
Z74.9	Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet	CC166	CC201
Z75.2-	Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung	CC167	CC201
Z75.21	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T1	CC167	CC201
Z75.22	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T2	CC167	CC201
Z75.23	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T3	CC167	CC201
Z75.24	Erfolgte Registrierung zur Lebertransplantation mit Dringlichkeitsstufe T4	CC167	CC201
Z75.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung	CC167	CC201
Z75.6-	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)	CC183	CC201
Z75.60	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere	CC183	CC201
Z75.64	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas	CC183	CC201
Z75.65	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas	CC183	CC201
Z75.66	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm	CC183	CC201
Z75.68	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Sonstige Organe	CC183	CC201
Z75.69	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Nicht näher bezeichnetes Organ	CC183	CC201
Z75.7-	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency)	CC183	CC201
Z75.70	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere	CC183	CC201
Z75.74	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Niere-Pankreas	CC183	CC201
Z75.75	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Pankreas	CC183	CC201
Z75.76	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Dünndarm	CC183	CC201
Z75.78	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Sonstige Organe	CC183	CC201
Z75.79	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Nicht näher bezeichnetes Organ	CC183	CC201
Z75.8	Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	CC167	CC201
Z75.9	Nicht näher bezeichnetes Problem mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	CC167	CC201
Z76.0	Ausstellung wiederholter Verordnung	CC183	CC201
Z76.1	Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes	CC183	CC201
Z76.2	Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines anderen gesunden Säuglings und Kindes	CC183	CC201
Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	CC183	CC201
Z76.4	Andere in eine Gesundheitsbetreuungseinrichtung aufgenommene Person	CC183	CC201

ICD-10-GM Versionen 2006, 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
Z76.8	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen	CC183	CC201
Z76.9	Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt	CC183	CC201
Z90.7	Verlust eines oder mehrerer Genitalorgane	CC167	CC202
Z90.8	Verlust sonstiger Organe	CC167	CC202
Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese	CC184	CC183
Z97.8	Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	CC167	CC202
Z99.8	Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	CC166	CC202
Z99.9	Langzeitige Abhängigkeit von einem nicht näher bezeichneten unterstützenden Apparat, medizinischen Gerät oder Hilfsmittel	CC166	CC202

*Tabelle 107: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden und identisch sind für die drei Jahresversionen der ICD-10-GM 2006, 2007 und 2008
(*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der Tabelle 111)*

ICD-10-GM Version 2006		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
G47.3	Schlafapnoe	CC167	CC050
U04.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.0	CC183	CC201
U04.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.1	CC183	CC201
U04.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.2	CC183	CC201
U04.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.3	CC183	CC201
U04.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.4	CC183	CC201
U04.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.5	CC183	CC201
U04.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.6	CC183	CC201
U04.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.7	CC183	CC201
U04.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U04.8	CC183	CC201
Z75.61	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz	CC183	CC201
Z75.62	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Lunge	CC183	CC201
Z75.63	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation ohne Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz-Lunge	CC183	CC201
Z75.71	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz	CC183	CC201
Z75.72	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Lunge	CC183	CC201
Z75.73	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation mit Dringlichkeitsstufe HU (High Urgency): Herz-Lunge	CC183	CC201

*Tabelle 108: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversion 2006 der ICD-10-GM gültig sind
(*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der Tabelle 111)*

ICD-10-GM Versionen 2007 und 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
G47.3-	Schlafapnoe	CC167	CC050
G47.30	Zentrales Schlafapnoe-Syndrom	CC167	CC050
G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	CC167	CC050
G47.32	Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom	CC167	CC050
G47.38	Sonstige Schlafapnoe	CC167	CC050
G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet	CC167	CC050
U05.0!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.0	CC183	CC201
U05.1!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.1	CC183	CC201
U05.2!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.2	CC183	CC201
U05.3!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.3	CC183	CC201
U05.4!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.4	CC183	CC201
U05.5!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.5	CC183	CC201
U05.6!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.6	CC183	CC201
U05.7!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.7	CC183	CC201
U05.8!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.8	CC183	CC201
U05.9!	Nicht belegte Schlüsselnummer U05.9	CC183	CC201
U55.1-	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation	CC183	CC201
U55.10	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	CC183	CC201
U55.11	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	CC183	CC201
U55.12	Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	CC183	CC201
U55.2-	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation	CC183	CC201
U55.20	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	CC183	CC201
U55.21	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	CC183	CC201
U55.22	Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	CC183	CC201
U55.3-	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation	CC183	CC201
U55.30	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]	CC183	CC201
U55.31	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]	CC183	CC201
U55.32	Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation: Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]	CC183	CC201

Tabelle 109: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversionen 2007 und 2008 der ICD-10-GM gültig sind (... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der Tabelle 111)*

ICD-10-GM Version 2008		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
U69.0-!	Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung	CC183	CC201
U69.00!	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter	CC183	CC201
U69.1-!	Sekundäre Schlüsselnummern für besondere administrative Zwecke	CC183	CC201
U69.10!	Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist	CC183	CC201

Tabelle 110: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der Risikokategorien CC166, CC167 und CC183 durchgeführt wurden, aber nur für die Schlüsselnummern der Jahresversion 2008 der ICD-10-GM gültig sind (*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 111)

	CC-Kode	CC-Text
Version 0.2.3	CC104	Arterielle Embolien, Thrombosen
	CC134	Inkontinenz
	CC166	Schwere Symptome, abnorme Befunde
	CC167	Schwindel, Unwohlsein und andere Allgemeinsymptome
	CC183	Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratung zur Kontrazeption
	CC184	Erkrankungen in der Eigen- oder Familienanamnese
Version p06b	CC006	Andere Infektionskrankheiten
	CC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen
	CC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
	CC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände
	CC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen
	CC166	Schwere Symptome
	CC167	Allgemeinsymptome und Missbrauch von Personen
	CC183	Antikoagulation als Dauertherapie
	CC184	Erkrankungen in der Eigen- oder Familienanamnese
	CC199	Umschriebene Entwicklungsstörung
	CC200	Zustand nach Neubildung
	CC201	NonCW-CC
CC202	Hierarchisch niedrigste Symptom-CC	

Tabelle 111: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 107, Tabelle 108, Tabelle 109 und Tabelle 110

Anhang 10 Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ durchgeführt wurden

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
E10.0-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma	CC017	CC016
E10.01	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Koma: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E10.1-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose	CC017	CC016
E10.11	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E10.3-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen	CC018	CC016
E10.30	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E10.31	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E10.6-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	CC017	CC016
E10.60	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E10.61	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E10.7-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen	CC017	CC015
E10.70	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E10.71	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E10.8-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	CC019	CC016
E10.80	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E10.81	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E11.0-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Koma	CC017	CC016
E11.01	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Koma: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E11.1-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Ketoazidose	CC017	CC016
E11.11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E11.3-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen	CC018	CC016
E11.30	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E11.31	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E11.6-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	CC017	CC016

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
E11.60	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E11.61	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E11.7-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen	CC017	CC015
E11.70	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E11.71	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E11.8-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	CC019	CC016
E11.80	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E11.81	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E12.0-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Koma	CC017	CC016
E12.01	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Koma: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E12.1-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Ketoazidose	CC017	CC016
E12.11	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E12.3-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen	CC018	CC016
E12.30	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E12.31	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E12.6-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	CC017	CC016
E12.60	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E12.61	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E12.7-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen	CC017	CC015
E12.70	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E12.71	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E12.8-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	CC019	CC016
E12.80	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
E12.81	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E13.0-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma	CC017	CC016
E13.01	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Koma: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E13.1-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose	CC017	CC016
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E13.3-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen	CC018	CC016
E13.30	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E13.31	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E13.6-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	CC017	CC016
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E13.7-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen	CC017	CC015
E13.70	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E13.71	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E13.8-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	CC019	CC016
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E14.0-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma	CC017	CC016
E14.01	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Koma: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E14.1-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose	CC017	CC016
E14.11	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E14.3-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen	CC018	CC016
E14.30	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E14.31	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC018	CC016
E14.6-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	CC017	CC016
E14.60	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E14.61	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC016
E14.7-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen	CC017	CC015

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
E14.70	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E14.71	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC017	CC015
E14.8-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	CC019	CC016
E14.80	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E14.81	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	CC019	CC016
E89.1	Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen	CC019	CC202
G59.0*	Diabetische Mononeuropathie	CC071	CC076

Tabelle 112: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC004 Diabetes mellitus“ durchgeführt wurden
(*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 113)

	CC-Kode	CC-Text
Version 0.2.3	CC017	Diabetes mellitus mit akuten oder sonstigen Komplikationen
	CC018	Diabetes mellitus mit ophthalmologischen Komplikationen
	CC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes
	CC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie
Version p06b	CC015	Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen
	CC016	Diabetes mellitus mit sonstigen oder n.n.bez. Komplikationen
	CC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems
	CC202	Hierarchisch niedrigste Symptom-CC

Tabelle 113: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 112

Anhang 11 Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ durchgeführt wurden

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
N02.2	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse membranöse Glomerulonephritis	CC136	CC132
N02.3	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangioproliferative Glomerulonephritis	CC136	CC132
N02.4	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse endokapillärproliferative Glomerulonephritis	CC136	CC132
N02.5	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Diffuse mesangiokapilläre Glomerulonephritis	CC136	CC132
N02.6	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Dense-deposit-Krankheit	CC136	CC132
N02.7	Rezidivierende und persistierende Hämaturie: Glomerulonephritis mit diffuser Halbmondbildung	CC136	CC132
N06.6	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen: Dense-deposit-Krankheit	CC136	CC132
N08.0*	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	CC135	CC132
N16.0*	Tubulointerstitielle Nierenerkrankheiten bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	CC135	CC132
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	CC131	CC136
N18.84	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV	CC129	CC131
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet	CC131	CC136
N27.0	Kleine Niere unbekannter Ursache, einseitig	CC131	CC136
N27.9	Kleine Niere unbekannter Ursache, nicht näher bezeichnet	CC131	CC136
Q60.1	Nierenagenesie, beidseitig	CC136	CC131
Q60.4	Nierenhypoplasie, beidseitig	CC136	CC131
Q60.6	Potter-Syndrom	CC136	CC131
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv	CC131	CC136
Q62.1	Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters	CC136	CC133
Q62.7	Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux	CC136	CC133
Q64.2	Angeborene Urethralklappen im hinteren Teil der Harnröhre	CC136	CC133
Q64.3	Sonstige Atresie und (angeborene) Stenose der Urethra und des Harnblasenhalses	CC136	CC133
R15	Stuhlinkontinenz	CC134	CC166
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	CC136	CC202
R36	Ausfluss aus der Harnröhre	CC134	CC202
T19.2	Fremdkörper in der Vulva und in der Vagina	CC136	CC139
T19.3	Fremdkörper im Uterus [jeder Teil]	CC136	CC138
Z90.5	Verlust der Niere(n)	CC136	CC202
Z90.6	Verlust anderer Teile des Harntraktes	CC136	CC202

Tabelle 114: Alle Änderungen von ICD-CC-Überleitungen, die im Rahmen der Überarbeitung der „ACC022 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation“ durchgeführt wurden (... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 115)*

CC-Kode	CC-Text
CC129	Terminale Niereninsuffizienz
CC131	Niereninsuffizienz, Nierenversagen
CC132	Nephritis
CC133	Stenosen der ableitenden Harnwege, Blasenfunktionsstörungen
CC134	Inkontinenz
CC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege
CC136	Andere Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege
CC138	Entzündliche Beckenerkrankungen (PID) und andere näher bezeichnete Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates
CC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane
CC166	Schwere Symptome
CC202	Hierarchisch niedrigste Symptom-CC

Tabelle 115: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 114

Anhang 12 Alle weiteren Änderungen einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien

ICD-10-GM		Risikokategorie*	
Kode	Text	0.2.3	p06b
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	CC007	CC010
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	CC197	CC053
F64.0	Transsexualismus	CC060	CC057
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen	CC060	CC057
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters	CC060	CC057
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität	CC060	CC057
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet	CC060	CC057
K31.81	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung	CC036	CC034
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	CC104	CC034
K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	CC105	CC034
K55.8	Sonstige Gefäßkrankheiten des Darmes	CC105	CC034
K55.9	Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet	CC105	CC034
P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm	CC169	CC168
P07.11	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm	CC169	CC168
Z46.5	Versorgen mit und Anpassen eines Ileostomas oder von sonstigen Vorrichtungen im Magen-Darmtrakt	CC179	CC176
Z46.6	Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt	CC179	CC176
Z51.82	Kombinierte Strahlen- und Chemotherapiesitzung wegen bösartiger Neubildung	CC179	CC180
Z85.0	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.1	Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien oder der Lunge in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.2	Bösartige Neubildung anderer Atmungs- und intrathorakaler Organe in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.3	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.4	Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.5	Bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.6	Leukämie in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.7	Andere bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden oder verwandten Gewebes in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.8	Bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese	CC184	CC200
Z85.9	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet	CC184	CC200
Z89.0	Verlust eines oder mehrerer Finger [einschließlich Daumen], einseitig	CC043	CC178

Tabelle 116: Änderungen 28 einzelner Überleitungen von ICD-Schlüsselnummern zu diagnosebezogenen Risikokategorien
(*... Die Textbezeichnungen der Risikokategorien befinden sich in der folgenden Tabelle 117)

CC-Kode	CC-Text
CC007	Sekundäre bösartige Neubildungen
CC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome
CC034	Ulkuskrankheit, gastrointestinale Blutung, andere spezifizierte gastrointestinale Erkrankungen
CC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen
CC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes
CC053	Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Tabak, Alkohol, Drogen, Arzneimittel
CC057	Persönlichkeitsstörungen
CC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen
CC104	Arterielle Embolien, Thrombosen
CC105	Aneurysmen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, venöse Insuffizienz
CC168	Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g
CC169	Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500g
CC176	Vorhandensein, Versorgung von künstlichen Körperöffnungen
CC178	Verlust der oder Teile der oberen Extremität
CC179	Verschiedene Eingriffe, Status nach operativen Eingriffen, Nachbehandlung, elektive Chirurgie
CC180	Strahlentherapie
CC184	Erkrankungen in der Eigen- oder Familienanamnese
CC197	Alkoholabhängigkeit
CC200	Zustand nach Neubildung

Tabelle 117: Alle Textbezeichnungen der Risikokategorien in Tabelle 116

Anhang 13 Alle Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2008

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2009	Text der Jahresversion 2008
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber
I72.0	Aneurysma und Dissektion der A. carotis	Aneurysma der A. carotis
I72.1	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität	Aneurysma einer Arterie der oberen Extremität
I72.2	Aneurysma und Dissektion der Nierenarterie	Aneurysma der Nierenarterie
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	Aneurysma der A. iliaca
I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	Aneurysma einer Arterie der unteren Extremität
I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	Aneurysma sonstiger näher bezeichneter Arterien
I72.9	Aneurysma und Dissektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	Aneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation
L91.0	Hypertrophe Narbe	Keloid
M21.75	Unterschiedliche Extremitätenlänge (erworben): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Unterschiedliche Extremitätenlänge (erworben): Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
P75*	Mekoniumileus bei zystischer Fibrose	Mekoniumileus
T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

Tabelle 118: Alle Schlüsselnummern der Version 2009 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2008er Fassung

Anhang 14 Alle Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2009

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2010	Text der Jahresversion 2009
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit hepatischem Koma	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit Koma
B19.9	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne hepatisches Koma	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis ohne Koma
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 10 Tage
E83.3-	Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase	Störungen des Phosphorstoffwechsels
E83.38	Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase	Sonstige Störungen des Phosphorstoffwechsels
E83.39	Störungen des Phosphorstoffwechsels und der Phosphatase, nicht näher bezeichnet	Störungen des Phosphorstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
H54.0	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, binokular	Blindheit beider Augen
H54.1	Schwere Sehbeeinträchtigung, binokular	Blindheit eines Auges, Sehschwäche des anderen Auges
H54.2	Mittelschwere Sehbeeinträchtigung, binokular	Sehschwäche beider Augen
H54.3	Leichte Sehbeeinträchtigung, binokular	Nicht näher bestimmter Visusverlust beider Augen
H54.4	Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, monokular	Blindheit eines Auges
H54.5	Schwere Sehbeeinträchtigung, monokular	Sehschwäche eines Auges
H54.6	Mittelschwere Sehbeeinträchtigung, monokular	Nicht näher bestimmter Visusverlust eines Auges
J09	Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren	Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippe-Viren
K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	Ulzeröse (chronische) Enterokolitis
K51.4	Inflammatorische Polypen des Kolons	Pseudopolyposis des Kolons
K51.5	Linksseitige Kolitis	Proktokolitis der Schleimhaut
L89.1-	Dekubitus 2. Grades	Dekubitus 1. Grades
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf	Dekubitus 1. Grades: Kopf
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität	Dekubitus 1. Grades: Obere Extremität
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter	Dekubitus 1. Grades: Trochanter
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse	Dekubitus 1. Grades: Ferse
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Dekubitus 1. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.2-	Dekubitus 3. Grades	Dekubitus 2. Grades
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf	Dekubitus 2. Grades: Kopf
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2010	Text der Jahresversion 2009
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter	Dekubitus 2. Grades: Trochanter
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse	Dekubitus 2. Grades: Ferse
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.3-	Dekubitus 4. Grades	Dekubitus 3. Grades
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf	Dekubitus 3. Grades: Kopf
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	Dekubitus 3. Grades: Trochanter
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	Dekubitus 3. Grades: Ferse
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	Vorzeitige Wehen mit vorzeitiger Entbindung
O60.3	Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen	Vorzeitige Entbindung ohne Wehen
O69.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurverschlingung, mit Kompression	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurverschlingung
S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	Verletzung einer Sehne der Rotatorenmanschette
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität	Probleme mit Bezug auf: Eingeschränkte Mobilität

Tabelle 119: Alle Schlüsselnummern der Version 2010 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2009er Fassung

Anhang 15 Alle Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen gegenüber der ICD-Version 2010

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2011	Text der Jahresversion 2010
C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig, gekerbt, follikulär
C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II	Non-Hodgkin-Lymphom: Gemischt klein- und großzellig, gekerbt, follikulär
C82.2	Folikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet	Non-Hodgkin-Lymphom: Großzellig, follikulär
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig (diffus)
C83.1	Mantelzell-Lymphom	Non-Hodgkin-Lymphom: Kleinzellig, gekerbt (diffus)
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Non-Hodgkin-Lymphom: Großzellig (diffus)
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom	Non-Hodgkin-Lymphom: Lymphoblastisch (diffus)
C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome	Sonstige und nicht näher bezeichnete T-Zell-Lymphome
C88.2-	Sonstige Schwerekettenkrankheit	Gamma-Schwerekettenkrankheit
C88.20	Sonstige Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Gamma-Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerekettenkrankheit: In kompletter Remission	Gamma-Schwerekettenkrankheit: In kompletter Remission
C91.0-	Akute lymphatische Leukämie [ALL]	Akute lymphoblastische Leukämie
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Akute lymphoblastische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission	Akute lymphoblastische Leukämie: In kompletter Remission
C91.1-	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	Chronische lymphatische Leukämie
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Chronische lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission	Chronische lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.3-	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ	Prolymphozytäre Leukämie
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Prolymphozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission	Prolymphozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C91.5-	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert)	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission	T-Zellen-Leukämie beim Erwachsenen: In kompletter Remission
C92.0-	Akute myeloblastische Leukämie [AML]	Akute myeloische Leukämie

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2011	Text der Jahresversion 2010
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Akute myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission	Akute myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.1-	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv	Chronische myeloische Leukämie
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Chronische myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission	Chronische myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.2-	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ	Subakute myeloische Leukämie
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Subakute myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission	Subakute myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C93.0-	Akute Monoblasten/Monozytenleukämie	Akute Monozytenleukämie
C93.00	Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Akute Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.01	Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: In kompletter Remission	Akute Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.1-	Chronische myelomonozytäre Leukämie	Chronische Monozytenleukämie
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Chronische Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission	Chronische Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C94.0-	Akute Erythroleukämie	Akute Erythämie und Erythroleukämie
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Akute Erythämie und Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission	Akute Erythämie und Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.4-	Akute Panmyelose mit Myelofibrose	Akute Panmyelose
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission	Akute Panmyelose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission	Akute Panmyelose: In kompletter Remission
D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	Monoklonale Gammopathie
K12.3	Orale Mukositis (ulzerativ)	Orale Mukositis
O11	Vorher bestehende chronische Hypertonie mit aufgepfropfter Präeklampsie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	Vorher bestehende Hypertonie mit aufgepfropfter Proteinurie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

ICD-10-GM		
Kode	Text der Jahresversion 2011	Text der Jahresversion 2010
O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduziert] ohne bedeutsame Proteinurie
O14.0	Leichte bis mäßige Präeklampsie	Mäßige Präeklampsie
O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	Hoher Scheidenriss unter der Geburt ohne Dammriss

Tabelle 120: Alle Schlüsselnummern der Version 2011 der ICD-10-GM mit medizinisch inhaltlichen Textänderungen im Vergleich zu ihrer 2010er Fassung

Anhang 16 Formeln zur Treiberanalyse

Morbi-Index und Partialindizes

$$\begin{aligned} \bar{y}_t &= \frac{\sum_{i=1}^n \hat{y}_{it} * w_{it}}{\sum_{i=1}^n w_{it}} = \frac{\sum_{i=1}^n (\hat{\beta}_1 x_{1it} + \hat{\beta}_2 x_{2it} + \dots + \hat{\beta}_k x_{kit}) * w_{it}}{\sum_{i=1}^n w_{it}} \\ &= \frac{\sum_{i=1}^n w_{it} \hat{\beta}_1 x_{1it}}{\sum_{i=1}^n w_{it}} + \frac{\sum_{i=1}^n w_{it} \hat{\beta}_2 x_{2it}}{\sum_{i=1}^n w_{it}} + \dots + \frac{\sum_{i=1}^n w_{it} \hat{\beta}_k x_{kit}}{\sum_{i=1}^n w_{it}} \\ &\quad \underbrace{\hspace{10em}}_{\text{Partialindex}_1} \quad \underbrace{\hspace{10em}}_{\text{Partialindex}_2} \quad \underbrace{\hspace{10em}}_{\text{Partialindex}_k} \end{aligned}$$

mit

\bar{y}_t : Morbi-Index für das Jahr t

w_{it} : Gewichtungvariable $AVQ_{it} * DHF_{it}$

mit

AVQ_{it} : Anzahl der Versicherten quartale des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t

DHF_{it} : Demografischer Hochrechnungsfaktor des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t

$\hat{\beta}_j$: Relativgewicht der j-ten Risikoklasse mit $j=1,2,\dots,k$

x_{jit} : Ausprägung der j-ten Risikoklasse (0 oder 1) beim i-ten Versicherten in Jahr t

Zerlegung der Veränderungsrate

$$VR = \frac{\bar{y}_t}{\bar{y}_{t-1}} - 1 = \frac{\bar{y}_t - \bar{y}_{t-1}}{\bar{y}_{t-1}} = \sum_j \left(\frac{\text{Partialindex}_{jt} - \text{Partialindex}_{jt-1}}{\bar{y}_{t-1}} \right)$$

mit

VR : Veränderungsrate

Anhang 17 Einzelbeiträge der Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ zur Veränderungsrate insgesamt

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	-0,1726%
AG010	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	-0,1683%
AG026	Männlich, 65 bis 69 Jahre	-0,1523%
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	-0,1164%
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	0,1109%
AG006	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	-0,1059%
AG009	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	0,1025%
AG025	Männlich, 60 bis 64 Jahre	0,0864%
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	0,0829%
THCC190	Knöcherner Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	0,0779%
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	0,0728%
AG007	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	0,0705%
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	-0,0696%
AG022	Männlich, 35 bis 44 Jahre	-0,0692%
AG011	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	0,0574%
THCC058	Depressive Episode, Angst, Dysthymia	0,0559%
AG023	Männlich, 45 bis 54 Jahre	0,0526%
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	0,0525%
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	0,0520%
RHCC004	Diabetes mellitus (nach Komprimierung)	0,0515%
AG027	Männlich, 70 bis 74 Jahre	0,0515%
THCC091	Essentielle Hypertonie / Hypertensive Enzephalopathie	0,0500%
RHCC030	Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestische Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen	0,0499%
AG028	Männlich, 75 bis 79 Jahre	0,0482%

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	0,0475%
THCC110	Asthma bronchiale	0,0467%
THCC129	Terminale Niereninsuffizienz	-0,0464%
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	0,0444%
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	0,0440%
AG012	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	0,0423%
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	0,0413%
RHCC016	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	0,0397%
AG015	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	0,0384%
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	-0,0377%
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	0,0372%
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	0,0355%
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	0,0350%
THCC131	Niereninsuffizienz, Nierenversagen	0,0341%
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	0,0311%
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	0,0308%
AG029	Männlich, 80 bis 84 Jahre	0,0294%
RHCC019	Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	-0,0287%
RHCC003	Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (nach Komprimierung)	0,0272%
RHCC022	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (nach Komprimierung)	0,0269%
RHCC014	Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,0245%

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
RHCC026	Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (nach Komprimierung)	0,0239%
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	-0,0220%
RHCC020	Augen-Krankheiten (nach Komprimierung)	0,0209%
THCC084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	0,0201%
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	0,0198%
THCC126	Hörverlust	0,0191%
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	-0,0188%
RHCC017	Zerebrovaskuläre Krankheiten	0,0184%
AG018	Männlich, 6 bis 12 Jahre	-0,0184%
THCC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen	0,0178%
AG005	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	0,0173%
RHCC013	Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzmin- derung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs- Syndrome	0,0166%
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	0,0165%
RHCC007	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	0,0164%
RHCC011	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alko- hol-, Drogen und sonstige Substanzen	0,0164%
THCC014	Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges	-0,0162%
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	0,0155%
AG002	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	-0,0153%
AG021	Männlich, 25 bis 34 Jahre	0,0152%
THCC122	Glaukom	0,0142%
AG024	Männlich, 55 bis 59 Jahre	0,0139%
AG031	Männlich, 90 bis 94 Jahre	0,0121%
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	0,0115%
AG008	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	0,0109%

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
AG001	Weiblich, 0 bis 5 Jahre	-0,0102%
THCC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	0,0100%
THCC123	Katarakt	0,0100%
AG017	Männlich, 0 bis 5 Jahre	-0,0098%
AG030	Männlich, 85 bis 89 Jahre	0,0098%
RHCC018	Sonstige Blutgefäß-Krankheiten	0,0090%
THCC128	Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats	0,0087%
AG004	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	-0,0083%
THCC194	Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	0,0079%
RHCC021	HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,0065%
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung)	-0,0062%
AG003	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	-0,0057%
RHCC023	Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	-0,0057%
RHCC006	Krankheiten der Leber	0,0053%
RHCC009	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-0,0052%
RHCC027	Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktnlässe	0,0044%
RHCC010	Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	0,0041%
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	-0,0037%
AG013	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	0,0037%
THCC020	Typ 1 Diabetes mellitus	-0,0035%
RHCC029	Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	0,0035%
AG019	Männlich, 13 bis 17 Jahre	-0,0034%
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	-0,0032%

Risikoklassen		Einzelbeitrag zur Veränderungsrate 2009/2010 insgesamt in Prozentpunkten
RHCC025	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	-0,0031%
RHCC031	Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakthanlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der RHCC031	0,0030%
RHCC008	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	0,0030%
AG020	Männlich, 18 bis 24 Jahre	-0,0028%
AG016	Weiblich, 95 bis 124 Jahre	-0,0026%
RHCC015	Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	0,0023%
AG014	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	0,0023%
RHCC028	Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	-0,0020%
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	-0,0018%
AG032	Männlich, 95 bis 124 Jahre	-0,0010%
THCC054	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,0009%
RHCC005	Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	-0,0004%
RHCC012	Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	-0,0002%

Tabelle 121: Einzelbeiträge der Risikoklassen des Modells „KM87a_2012“ zur Veränderungsrate insgesamt (absteigend sortiert nach ihrem absoluten Beitrag)

Anhang 18 Zwei Anlagen mit separater Seitennummerierung:

Erstens:

Lesefassung zuzüglich technischer Klarstellungen durch das Institut des Bewertungsausschusses „Anlage zum Beschluss 29. EBA (geändert 30. EBA, 283. BA, 288. BA) – Technische Einzelheiten zu den Festlegungen zur Berechnung von Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V im Jahr 2012“

Zweitens:

Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner

Anlage

**zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses
in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012,**

**geändert durch Beschluss des EBA
in seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012,**

**geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses
in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012,**

**zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsaus-
schusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012**

**Technische Einzelheiten zu den Festlegungen zur
Berechnung von Veränderungsdaten
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V im Jahr 2012**

**Lesefassung
zuzüglich technischer Klarstellungen durch das
Institut des Bewertungsausschusses**

Änderungshistorie und Art der Darstellung

Die Grundlage dieser Lesefassung ist die Anlage zum Beschluss des EBA in seiner 29. Sitzung, die die seinerzeit erforderlichen Festlegungen erschöpfend wiedergab.

Änderungen und Ergänzungen durch Beschlüsse aus dem 30. EBA, 283. und 288. BA sind hier einheitlich als unterstrichener Text dargestellt, Tabelleneinträge im Abschnitt 3.1.3.7, die durch Beschluss in 288. Sitzung geändert wurden, zusätzlich in Fettdruck.

Insofern einer der Änderungsbeschlüsse eine Textpassage durch neuen Text ersetzt hat, ist die gestrichene Passage hier nicht mehr kenntlich.

Zusätzlich zum eigentlichen Text der beschlossenen Anlage werden in einigen Fußnoten technische Hinweise des Instituts gegeben.

Berlin, den 20. Dezember 2012

Inhalt

1.	Aufbau und Ziel der Anlage	5
2.	Allgemeine Festlegungen für die Datengrundlagen	5
2.1	Geburtstagsstichprobe.....	5
2.1.1	Version	5
2.1.2	Umgang mit im Rahmen der Qualitätssicherung auffälligen Datensätzen	5
2.1.3	KV-Abgrenzung	6
2.1.4	Umgang mit Versicherten mit unbekannter KV-Zuordnung und Wohnausländern	7
2.1.5	Kappung der Versichertentage	7
2.1.6	Definition von Versichertenzeitvollständigkeit	7
2.1.7	Zählung der Anzahl der Versicherten quartale	7
2.1.8	Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern.....	7
2.1.9	Einfügen von demografischen Hochrechnungsfaktoren	8
2.2	KM6-Daten	9
2.2.1	Version der KM6-Daten	9
2.2.2	Anpassungen an den KM6-Daten zum Umgang mit Wohnausländern.....	9
2.3	ANZVER87c4-Daten.....	9
3.	Berechnung von Kosten- bzw. Relativgewichten	9
3.1	Kosten- bzw. Relativgewichte für diagnosebezogene Veränderungsdaten	9
3.1.1	Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)	9
3.1.1.1	Allgemein.....	9
3.1.1.2	Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern	9
3.1.1.3	Beschränkung auf versichertenzeitvollständige Versicherte.....	10
3.1.2	Klassifikation.....	10
3.1.3	Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte	10
3.1.3.1	Berechnung von Kostengewichten	10
3.1.3.2	Berechnung von Relativgewichten.....	10
3.1.3.3	Gewichtung in der Regression.....	10
3.1.3.4	Zeithorizont	10
3.1.3.5	Diagnosenjahr	10
3.1.3.6	Leistungsjahr	10
3.1.3.7	Leistungsbedarf	11
3.1.3.8	Annualisierung des Leistungsbedarf.....	14
3.1.3.9	Regionale Abgrenzung der Relativgewichte	14
3.1.4	Kompressionsalgorithmus	15
3.2	Kosten- bzw. Relativgewichte für demografische Veränderungsdaten.....	16
3.2.1	Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte	16
3.2.2	Abgrenzung der Alters- und Geschlechtsgruppen	17
3.2.3	Kosten- bzw. Relativgewichte für demografische Veränderungsdaten.....	17
3.2.3.1	Berechnung von Kostengewichten	17
3.2.3.2	Berechnung von Relativgewichten.....	17
3.2.3.3	Gewichtung bei der Bildung der Mittelwerte	17
3.2.3.4	Zeithorizont	17
3.2.3.5	Jahr der Altersbestimmung	17
3.2.3.6	Leistungsjahr	17
3.2.3.7	Leistungsbedarf	17
3.2.3.8	Regionale Abgrenzung der Relativgewichte	17
4.	Berechnung von Veränderungsdaten.....	18
4.1	Diagnosebezogene Veränderungsdaten	18
4.1.1	Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsdaten	18

4.1.1.1	Allgemein.....	18
4.1.1.2	Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern	18
4.1.2	Berechnung des relativen Risikowertes je Versicherten	18
4.1.2.1	Formel zur Berechnung des relativen Risikowertes.....	18
4.1.2.2	Diagnosenjahr	18
4.1.3	Berechnung des Morbiditätsindex je KV	19
4.1.3.1	Berücksichtigung der Versicherungszeit.....	19
4.1.3.2	Demografische Hochrechnungsfaktoren.....	19
4.1.3.3	Formel	19
4.1.4	Berechnung der Veränderungsraten.....	19
4.2	Demografische Veränderungsraten.....	20
4.2.1	Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsraten	20
4.2.2	Berechnung des Demografieindex je KV	20
4.2.3	Berechnung der Veränderungsraten.....	20

1. Aufbau und Ziel der Anlage

Diese Anlage beschreibt die technischen Einzelheiten zu den Festlegungen zur Berechnung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Im zweiten Abschnitt werden die allgemeinen Festlegungen für die Datengrundlagen dargestellt. Der dritte Abschnitt führt die Festlegungen zur Berechnung von Kosten- bzw. Relativgewichten für die Berechnung von diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten auf. Der vierte Abschnitt führt die Festlegungen zur Berechnung von diagnosebezogenen Veränderungsdaten und demografischen Veränderungsdaten auf.

2. Allgemeine Festlegungen für die Datengrundlagen

Die allgemeinen Festlegungen sind überwiegend technischer Art. Insbesondere werden für Versicherte die Aspekte ihrer späteren Verwendbarkeit (für die Kosten- und Relativgewichtsberechnung oder die Berechnung von Veränderungsdaten) definiert.

2.1 Geburtstagsstichprobe

2.1.1 Version

Grundlage der Berechnungen ist die Geburtstagsstichprobe in der Version 4.0 für die Jahre 2008 bis 2010. In die Berechnungen gehen alle Versicherten mit Geburtstag an den Kalendertagen 3, 10, 17, 24 ein.

2.1.2 Umgang mit im Rahmen der Qualitätssicherung auffälligen Datensätzen

[Anm.: I. Teil, 29. EBA]

Die aufgrund von Auffälligkeiten im Rahmen der Qualitätssicherung mit Ausschlusskennzeichnung versehenen Datensätze werden von den Berechnungen ausgeschlossen.

Darüber hinaus werden auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, für die keinerlei Leistungsbedarf dokumentiert ist.

Schließlich werden von den Berechnungen auch Abrechnungsfälle aus Auftragsgeschäften von Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich ihrer Diagnose- und Leistungsangaben ausgeschlossen. Hierzu übermittelt die Datenstelle eine nach Wohnort-Prinzip abgegrenzte Surrogatschlüsselliste gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, Teil A, Abschnitt II. festgelegten Datenlieferweg.

[Anm.: II. Teil, 283. BA]

Zusätzlich werden bei einer Krankenkasse die „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2009 und die „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2010 ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse die unten aufgeführten Bedingungen erfüllt. Als „neu gemeldeter Versicherter“ werden dabei die Versicherten definiert, deren lebenslange Versichertennummer im jeweiligen Vorjahr in der Geburtstagsstichprobe nicht vorhanden ist. Die Neugeborenen des laufenden Jahres werden bei dieser Prüfung nicht mit einbezogen.

Von einer Krankenkasse sind die jeweils „neu gemeldeten Versicherten“ der Jahre 2009 und 2010 auszuschließen, wenn

- das Verhältnis der distinkten lebenslangen Versichertennummern von „neu gemeldeten Versicherten“ zur Zahl der distinkten lebenslangen Versichertennummern aller Versicherter einer Krankenkasse im Jahr 2010 kleiner als 0,5 v.H. oder größer als 2,5 v.H. und
- die Inanspruchnahmegquote der „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2010 (Zahl der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall im Jahr 2010 zur Gesamtzahl der Versicherten) kleiner als 55 v.H. oder größer als 85 v.H. ist und
- die Zahl der „neu gemeldeten Versicherten“ im Jahr 2010 größer als 1.000 ist.

2.1.3 KV-Abgrenzung

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

1. Die Zuordnung erfolgt jeweils aufgrund der Postleitzahl im letzten Quartal, in dem eine Person in einem Jahr vorkommt.
2. Kann die Person in dem letzten Quartal mehreren Regionen zugeordnet werden und ist nur eine dieser Regionen nicht im Vorquartal zuordenbar, so wird sie der im Vorquartal nicht zuordenbaren Region zugeordnet.
3. In den Fällen, in denen durch 1. und 2. keine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, erfolgt eine zufällige Zuordnung, zu einer der KV-Regionen aus 2.

2.1.4 Umgang mit Versicherten mit unbekannter KV-Zuordnung und Wohnausländern

Personen, denen keine oder eine unbekannt Postleitzahl zugeordnet ist, werden der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 13.02.2012) verwendet¹.

Für Personen mit Wohnsitz im Ausland wird das gleiche Vorgehen gewählt.

2.1.5 Kappung der Versichertentage

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

2.1.6 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

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

2.1.7 Zählung der Anzahl der Versichertenquartale

Es wird jahresweise ausgewiesen, wie viele Quartale eine Person versichert war. Ein Quartal wird hierbei gezählt, sobald eine Person in diesem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

2.1.8 Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern

Eine Person wird in den Jahren 2008 bis 2010 von den Berechnungen ausgeschlossen, wenn diese Person mindestens einen Datensatz in der Satzart 201 aufweist, der in Feld 12 einen selektivvertraglichen Abrechnungsweg außerhalb der KV dokumentiert hat oder der in Feld 12 einen nicht feststellbaren selektivvertraglichen Abrechnungsweg und gleichzeitig in Feld 14 als Wohnort-KV die Angabe Bayern oder Baden-Württemberg dokumentiert hat.

Außerdem werden alle Versicherte einer Krankenkasse mit mindestens einer Dokumentation eines selektivvertraglichen Abrechnungsweges über die KV bei gleichzeitiger Angabe von Bayern als Wohnort-KV von den Berechnungen in den Jahren 2008 bis 2010 ausgeschlossen, wenn die Summe der Leistungsbedarfe nach regionaler Eurogebührenordnung in Feld 10 der Satzart 202 über alle Ver-

¹ Hinweis: Auch bei nicht fusionierten Kassen wird der Kassensitz mit Stand 13. 02. 2012 verwendet.

sicherten der jeweiligen Krankenkasse, die diese Bedingung im dritten oder vierten Quartal 2010 erfüllen, für Betriebsstättenpseudonyme, die gemäß dem Betriebsstättenverzeichnis in Satzart 211 das Versorgungsbereichskennzeichen Hausarzt tragen, weniger als die Hälfte der entsprechenden Leistungsbedarfs-summe für Betriebsstättenpseudonyme, die das Versorgungsbereichskennzeichen Facharzt tragen, beträgt und die Anzahl solcher Versicherten der jeweiligen Krankenkasse im vierten Quartal 2010 mindestens 100 ist. Analog werden Personen mit Angabe von Baden-Württemberg als Wohnort-KV bei Erfüllung dieser Bedingungen ausgeschlossen.

Schließlich wird eine Person in den Jahren 2008 bis 2010 von den Berechnungen auch aus-geschlossen, wenn mindestens ein Datensatz mit ihrer PersonenID in der Satzart 004 der Datenlieferung aus Selektivverträgen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung, Teil B, vorliegt.

2.1.9 Einfügen von demografischen Hochrechnungsfaktoren

In Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und Wohnort einer Person werden den Daten der Jahre 2009 und 2010 jahresspezifische demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) hinzugefügt. 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

$$n_{AG,KV,Jahr} = \frac{1}{4} \sum_{IDNO \in \{AG,KV,Jahr\}} ANZAHL_VERS_QUARTALE_{IDNO}$$

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Jahr}$ werden bestimmt nach Durchführung aller in Nr. 2.1 festgelegten Ausschlüsse.

Die Versichertenanzahlen gemäß ANZVER87c4 für die Berechnung von $Anzahl_Vers_ANZVER_{KV,Jahr}$ werden für jeden KV-Bezirk für das jeweilige Jahr als durchschnittliche Anzahl der vier quartalsbezogenen Summen der Versicherten und Wohnausländer bestimmt.

2.2 KM6-Daten

2.2.1 Version der KM6-Daten

Grundlage der Berechnungen sind die Daten der amtlichen KM6-Statistik für die Jahre 2009 und 2010, wie sie dem Institut des Bewertungsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt wurden.

2.2.2 Anpassungen an den KM6-Daten zum Umgang mit Wohnausländern

Personen mit Wohnsitz im Ausland werden der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird jeweils der letzte bekannte Sitz der Kasse (Stand: 13.02.2012) verwendet.

2.3 ANZVER87c4-Daten

Zur Berechnung der demografischen Hochrechnungsfaktoren werden die Daten der ANZVER87c4 2009 und ANZVER87c4 2010 verwendet, so wie sie der GKV-Spitzenverband quartalsweise in der bis zum 1. Juli 2012 aktuellsten Fassung an das Institut des Bewertungsausschusses und die Kassenärztliche Bundesvereinigung geliefert hat.

3. Berechnung von Kosten- bzw. Relativgewichten

3.1 Kosten- bzw. Relativgewichte für diagnosebezogene Veränderungs- raten

3.1.1 Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte (Kalibrierungsmenge)

3.1.1.1 Allgemein

Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte ist die Geburtstagsstichprobe in der unter Nr. 2.1 definierten Form, inklusive des unter 2.1.2 [I. Teil] definierten Ausschlusses, jedoch ohne die unter 2.1.2 [II. Teil] definierten Ausschlüsse (vgl. *Beschluss 283. BA, Nr. 2*).

3.1.1.2 Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern

Personen, die nach der unter Nr. 2.1.8 definierten Regel wegen Selektivvertrags-
teilnahme ausgeschlossen wurden, bleiben bei der Berechnung der Relativgewichte unberücksichtigt.

3.1.1.3 Beschränkung auf versichertenzeitvollständige Versicherte

Nur Personen, die nach der unter Nr. 2.1.6 definierten Regel als versichertenzeitvollständig im Diagnose- und Leistungsjahr gekennzeichnet sind, werden in die Berechnung der Relativgewichte einbezogen.

3.1.2 Klassifikation

Die Klassifikation erfolgt auf Basis der Version p06b des Klassifikationssystems mit den dazugehörigen Hierarchietabellen auf der Ebene der unkomprimierten HCCs und der Zuordnung zur jeweiligen ACC.

3.1.3 Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte

Diese Festlegungen gelten sowohl für Kosten- bzw. Relativgewichte auf HCC-Ebene als auch auf THCC/RHCC-Ebene.

3.1.3.1 Berechnung von Kostengewichten

Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt auf Basis einer gewichteten, multiplen, linearen Regression.

3.1.3.2 Berechnung von Relativgewichten

Die mithilfe der Regression in Nr. 3.1.3.1 geschätzten Kostengewichte werden durch eine Division der Werte mit dem gewichteten Mittelwert² des annualisierten Leistungsbedarfs im Leistungsjahr der zur Kostengewichtsberechnung verwendeten Stichprobe (Nr. 3.1.1) in Relativgewichte umgerechnet.

3.1.3.3 Gewichtung in der Regression

Die Gewichtung der Regression erfolgt auf Basis der Anzahl der Versichertenquartale einer Person im Leistungsjahr.

3.1.3.4 Zeithorizont

Es wird ein zweijährig prospektives Modell gerechnet.

3.1.3.5 Diagnosenjahr

Als Diagnosenjahr wird das Jahr 2008 festgelegt.

3.1.3.6 Leistungsjahr

Als Leistungsjahr wird das Jahr 2010 festgelegt.

² Hinweis: Die Gewichtung in der Mittelwertbildung erfolgt dabei ausschließlich mit den Gewichtungsfaktoren gemäß 3.1.3.3.

3.1.3.7 Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte wird aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung berechnet. Der Leistungsbedarf wird auf die empfohlene inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2012 gemäß Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012, mit Ausnahme der für das Jahr 2011 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen sowie der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen und der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen, beschränkt. Hierzu wird jeder abgerechneten Gebührenordnungsposition das zugehörige Leistungssegment gemäß nachfolgender Zuordnungsliste zugeordnet. Die Leistungssegmente sind den Bereichen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Für die Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte werden nur die Leistungsbedarfe von Gebührenordnungspositionen der der MGV zugeordneten Leistungssegmente berücksichtigt, wobei - abweichend zur Definition der Zuordnung zum Leistungssegment PROB - die GOP 35150 aller Arztgruppen bei der Bestimmung der Kosten- und Relativgewichte unberücksichtigt bleibt.

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
RA	Leistungen ohne LSK	MGV
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2)	MGV
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)	MGV
2	Regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36, GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	EGV
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706), Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Abschnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)	EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 40850 und 40852)	EGV
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)	EGV
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)	EGV
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)	EGV

Code	Bezeichnung¹⁾	MGV/EGV
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32577X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 32783X**, 32850X**, 32851X**, 32852X**, 32855X**, 32856X**, 32857X**, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)	EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)	MGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)	<u>EGV</u>
<u>PROB</u>	<u>Probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen</u>	<u>EGV</u>
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13622)	EGV

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860 und 40862)	EGV
PAH ^{**}	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865 bis 40868)	EGV
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872)	EGV
H1N1 ^{**}	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740 und 88741)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV

*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A und 12, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.

***) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen; Nachtragsfälle sind möglich.

3.1.3.8 Annualisierung des Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf wird auf Basis der Versicherten quartale einer Person annualisiert.

3.1.3.9 Regionale Abgrenzung der Relativgewichte

Es werden bundeseinheitliche Kosten- und Relativgewichte berechnet.

3.1.4 Kompressionsalgorithmus

Die Kompression findet nach dem folgenden Algorithmus statt:

1. Regression ohne Interzept mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen und allen HCC gemäß p06b
2. Auswahl der THCC

Folgende HCC werden als THCC bezeichnet und in das Klassifikationsmodell aufgenommen:

- 2.1. Zunächst werden HCCs gemäß ihrer ökonomischen Relevanz in das Klassifikationsmodell aufgenommen. Die ökonomische Relevanz jeder HCC wird ermittelt durch das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Kostengewicht und ihrer Prävalenz im Jahr 2008 in der Kalibrierungsmenge. 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 zusammen mindestens 70 % des Leistungsbedarfs der HCCs der Kalibrierungsmenge abgedeckt werden.
 - 2.2. HCCs mit einem Relativgewicht gemäß Nr. 3.1.3.2 mit Wert $\geq 1,5$ werden als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommen.
 - 2.3. Darüber hinaus werden die erklärenden Variablen ggf. um jene HCCs ergänzt, deren maximaler Beitrag zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells größer ist, als bei den HCCs, die nach absteigend sortierter ökonomischer Relevanz gemäß Ziffer 2.1 ausgewählt wurden und als THCC bereits in das Klassifikationsmodell aufgenommen sind. Dazu wird eine absteigend sortierte Rangliste der HCCs nach ihrem maximalen Beitrag zur erklärten Varianz erstellt, wobei diese Liste auf die gleiche Anzahl von Rangplätzen beschränkt wird, wie THCCs nach Ziffer 2.1 ausgewählt wurden. Sofern eine HCC aus dieser absteigend sortierten Rangliste noch nicht als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommen worden ist, wird diese als THCC aufgenommen. Das Verfahren mit der maximalen R^2 -Verbesserung bestimmt bzgl. einer gegebenen Menge von unabhängigen Variablen das Regressionsmodell mit dem größten R^2 . Bei dieser Methode wird jeweils bei fixierten Alters- und Geschlechtsgruppen eine Variable nach der anderen (HCCs) in das Modell eingefügt, die die höchste R^2 -Steigerung liefert. Die Aufnahme aus der Rangliste mit dem Beitrag zur erklärten Varianz in das Klassifikationsmodell erfolgt nur für solche HCCs, die noch nicht als THCCs ausgewählt wurden.
3. Kompression der verbliebenen Risikoklassen

Die nicht als THCC ausgewählten HCCs werden entsprechend ihrer zugehörigen ACC-Gruppen zu RHCCs zusammengefasst (eine RHCC entspricht in ihrer Zusammensetzung einer ACC abzüglich der bis dahin als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs).

4. Regression mit den Risikoklassen des komprimierten Modells (AGGs, THCCs, RHCCs)
5. Umgang mit negativen bzw. insignifikanten Kostengewichten von RHCCs:
 - 5.1. Bei negativen Kostengewichten von RHCCs:
 - a. Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) innerhalb der RHCC gleich Null setzen (dazu Kostengewichte aus Ziffer 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)
 - 5.2. Bei insignifikanten Kostengewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:
 - a. Die HCC mit dem größten p -Wert innerhalb der RHCC gleich Null setzen (dazu p -Werte aus Ziffer 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)
6. AG-Gruppen mit negativen und / oder nicht signifikanten Kostengewichten (p -Wert $\geq 0,05$) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AG-Gruppen mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AG-Gruppe (nächstältere AG-Gruppe, falls die jüngste AG-Gruppe betroffen ist) zusammengefasst und nach jedem Ausschluss eine erneute Regression durchgeführt.
7. Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGGs, THCCs und RHCCs. Diese sind die abschließend festgelegten Risikoklassen.

Es ergibt sich ein fixes Set an Kosten- bzw. Relativgewichten.

3.2 Kosten- bzw. Relativgewichte für demografische Veränderungsdaten

3.2.1 Datengrundlage zur Berechnung der Kosten- bzw. Relativgewichte

Die Kosten- bzw. Relativgewichte werden auf dem Teildatenbestand gemäß Nr. 3.1.1 bestimmt.

3.2.2 Abgrenzung der Alters- und Geschlechtsgruppen

Die Abgrenzung der Alters- und Geschlechtsgruppen erfolgt analog zur KM6.

3.2.3 Kosten- bzw. Relativgewichte für demografische Veränderungsdaten

3.2.3.1 Berechnung von Kostengewichten

Die Berechnung der Kostengewichte erfolgt als gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs je Alters- und Geschlechtsgruppe.

3.2.3.2 Berechnung von Relativgewichten

Zur Berechnung von Relativgewichten werden die unter Nr. 3.2.3.1 berechneten Kostengewichte durch den gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Leistungsjahr der zur Mittelwertberechnung verwendeten Stichprobe (Nr. 3.2.1) dividiert. Es ergibt sich ein fixes Set von Relativgewichten.

3.2.3.3 Gewichtung bei der Bildung der Mittelwerte

Die Gewichtung bei der Mittelwertbildung erfolgt auf Basis der Anzahl der Versichertenquartale einer Person im Leistungsjahr.

3.2.3.4 Zeithorizont

Es wird ein zweijährig prospektives Modell gerechnet.

3.2.3.5 Jahr der Altersbestimmung

Das Alter wird für das Jahr 2008 bestimmt.

3.2.3.6 Leistungsjahr

Als Leistungsjahr wird das Jahr 2010 festgelegt.

3.2.3.7 Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf wird gemäß Nr. 3.1.3.7 bestimmt.

3.2.3.8 Regionale Abgrenzung der Relativgewichte

Es werden bundeseinheitliche Kosten- und Relativgewichte berechnet.

4. Berechnung von Veränderungsraten

4.1 Diagnosebezogene Veränderungsraten

4.1.1 Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsraten

4.1.1.1 Allgemein

Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsraten ist die Geburtstagsstichprobe in der unter Nr. 2.1 definierten Form, inklusive des unter 2.1.2 definierten Ausschlusses.

4.1.1.2 Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern

Datensätze zu Personen, die nach der unter Nr. 2.1.8 definierten Regel wegen Selektivvertragsteilnahme ausgeschlossen wurden, werden nicht in die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten einbezogen, sondern über die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.1.9 rechnerisch jeweils durch den Durchschnitt der in der Datengrundlage verbliebenen Versicherten ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe ersetzt.

4.1.2 Berechnung des relativen Risikowertes je Versicherten

4.1.2.1 Formel zur Berechnung des relativen Risikowertes

Der für ein gesamtes Jahr t relative Risikowert eines Versicherten wird nach der folgenden Formel bestimmt:

$$\hat{y}_i = \sum_{j=1}^m \hat{\beta}_j x_{ij}$$

mit

\hat{y}_i : relativer Risikowert des i -ten Versicherten ($i=1, \dots, n$) des Jahres t

$\hat{\beta}_j$: bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikokategorie j ($j=1, \dots, m$)

x_{ij} : Ausprägung der Risikokategorie j beim i -ten Versicherten im Jahr t

4.1.2.2 Diagnosenjahr

Der relative Risikowert wird auf Basis der Diagnosenjahre 2009 und 2010 berechnet.

4.1.3 Berechnung des Morbiditätsindex je KV

4.1.3.1 Berücksichtigung der Versicherungszeit

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV erfolgt eine Gewichtung der Personen mit der Zahl der Versichertenquartale im jeweiligen Diagnosenjahr.

4.1.3.2 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Bei der Berechnung des Morbiditätsindex je KV erfolgt eine Gewichtung der Personen mit den ihnen im jeweiligen Diagnosenjahr zugeordneten demografischen Hochrechnungsfaktoren.

4.1.3.3 Formel

Die Berechnung des Morbiditätsindex je Jahr t je KV erfolgt mit der Formel:

$$\bar{y}_k = \frac{\sum_{i=1}^{n_k} \hat{y}_i * AVQ_i * DHF_i}{\sum_{i=1}^{n_k} AVQ_i * DHF_i}$$

mit

\bar{y}_k : Morbiditätsindex je KV k mit $k=1, \dots, 17$ im Jahr t

\hat{y}_i : relativer Risikowert des i-ten Versicherten ($i=1, \dots, n_k$), bezogen auf das Jahr t, wobei $t=2009, 2010$

AVQ_i : Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t, wobei $t=2009, 2010$

DHF_i : Demografischer Hochrechnungsfaktor des i-ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t, wobei $t=2009, 2010$

4.1.4 Berechnung der Veränderungsrate

Die Berechnung der Veränderungsrate VR_k je KV erfolgt mit der Formel:

$$VR_k = \frac{\bar{y}_{k,t+1}}{\bar{y}_{k,t}} - 1$$

mit

VR_k : Veränderungsrate je KV k mit $k=1, \dots, 17$

t: Kalenderjahr 2009

4.2 Demografische Veränderungsdaten

4.2.1 Datengrundlage zur Berechnung der Veränderungsdaten

Die Berechnung erfolgt auf den bundesweiten Daten der amtlichen KM6-Statistik der Jahre 2009 und 2010 gemäß Nr. 2.2.

4.2.2 Berechnung des Demografieindex je KV

Die Berechnung des Demografieindex je KV erfolgt mit der Formel:

$$\bar{y}_k = \frac{\sum_{AG=1}^{34} (RG_{AG} * n_{AG,t})}{\sum_{AG=1}^{34} n_{AG,t}}$$

mit

\bar{y}_k : Demografieindex je KV k mit k=1,...,17 bezogen auf das Jahr t, wobei t=2009, 2010

RG_{AG} : Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe AG

$n_{AG,t}$: Zahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe AG im Jahr t

4.2.3 Berechnung der Veränderungsdaten

Die Berechnung der Veränderungsrate je KV erfolgt mit der Formel:

$$VR_k = \frac{\bar{y}_{k,t+1}}{\bar{y}_{k,t}} - 1$$

mit

VR_k : Veränderungsrate je KV k mit k=1,...,17

t: Kalenderjahr 2009

Dokumentation zur Bereitstellung der Geburtstagsstichprobe 2008–2010 für die Gesamtvertragspartner

Version 2.0 A
Stand 20.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Version 2.0 A	1
Stand 20.12.2012	1
Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
1 Vorbemerkung	6
1.1 Zur Version 2.0 A der Dokumentation.....	6
1.2 Beschlusslage des Bewertungsausschusses	6
1.3 Aufbau dieses Dokuments.....	7
1.4 Änderungen im Vergleich zur GSPR 2007–2009.....	8
1.5 Ansprechpartner.....	9
2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010)	10
2.1 Datenmodell.....	10
2.2 Attribute der einzelnen Satzarten	11
2.3 Auffälligkeitskennzeichnung von Datensätzen einzelner Satzarten – „Flagging“	18
2.3.1 Einführung	18
2.3.2 Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten	19
2.3.3 Flag der Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	26
2.3.4 Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	28
2.3.5 Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie.....	28
2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung	30
3 Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2010	39
3.1 Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten.....	39
3.2 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche	41
3.3 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung.....	41
3.4 Demographische Hochrechnungsfaktoren.....	42
4 Hinweise zur Nutzung der GSPR 2010	43
4.1 Allgemeine Nutzungshinweise	43
4.2 Nutzungshinweise zum Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern	47
4.3 Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern	48
5 Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2010	50
5.1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten	51
5.2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall).....	58
5.3 Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)	63
5.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	66
5.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis.....	69
5.6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei	72
5.7 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei.....	73

5.8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	76
5.9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	78
5.10	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner	82
5.10.1	Arztseitig.....	82
5.10.2	Kassenseitig	83
5.11	Surrogat-Schlüsselliste zum nachträglichen Ausschluss von Datensätzen der Satzart DS202, DS203 und DS210	84
5.11.1	Datensatzbeschreibung für Surrogat-Schlüsselliste DSDEL	84
5.11.2	Dateinamenskonventionen für Surrogat-Schlüsselliste DSDEL	86
5.12	PersonenID-Ausschlussliste gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung	87
5.12.1	Datensatzbeschreibung für PersonenID-Ausschlussliste DS283BA	87
5.12.2	Dateinamenskonventionen für PersonenID-Ausschlussliste DS283BA	88
5.13	PersonenID-Ausschlussliste gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung	89
5.13.1	Datensatzbeschreibung für PersonenID-Ausschlussliste DSSVT	89
5.13.2	Dateinamenskonventionen für PersonenID-Ausschlussliste DSSVT.....	90
6	Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP).....	91
6.1	Überblick	91
6.2	Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses	91
6.3	Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA	92
6.3.1	Datenlieferung.....	92
6.3.2	Pseudonymisierungsverfahren	92
6.3.3	Satzarten der GSP	93
6.4	Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP in der Datenstelle – Matching	93
6.4.1	Definition	93
6.4.2	Aufgabenstellung.....	94
6.4.3	Ziel des Matchingprozesses.....	95
6.4.4	Stufen des Matchingprozesses	95
	Stufe IV: Matching über Fusionen	98
6.4.5	Matching-Quoten	99
	Abbildung 2: Matching-Quoten der einzelnen KV-Bereiche, Quartale 2008/1 – 20104	101
	Abbildung 3: Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten, Quartale 2008/1–20104.....	102
6.5	Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten	103
6.5.1	Überblick	103
6.5.2	Reparatur falscher Pseudonyme	103
6.5.3	Ermittlung und Schließung von Quartalslücken in der Satzart 201	104
6.5.4	Auffälligkeitskennzeichnung von Datensätzen – „Flagging“	107
6.6	Auslieferung der regionalen Geburtstagsstichprobe 2010 an die Gesamtvertragspartner	107
7	ANHANG	108
7.1	Definition von Begrifflichkeiten des vorliegenden Dokuments.....	108
	Ausschöpfungsgrad	108
	Falschmatcherquote.....	108
	Fusionskassen	108
	Inanspruchnahmequote	109
	Lieferquote	109

Matching-Quote	109
Non-User	109
Teilkasse	110
Ursprüngliche Lieferquote	110
7.2 Ausführliche Beschreibung des Matchings über Fusionen.....	111
7.3 Beschreibung der Ermittlung und Schließung von Quartalslücken	113
7.4 Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle.....	115
7.5 Fachgruppenzuordnung der Betriebsstätte	117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Überblick über die Satzarten der GSPR 2010	12
Abbildung 2:	Matching-Quoten der einzelnen KV-Bereiche, Quartale 2008/1 – 2010/4	101
Abbildung 3:	Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten, Quartale 2008/1–2010/4	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Teilkassen bzw. Fusionskassen mit falschen Personen-IDs	22
Tabelle 2:	Teilkasse mit Problem „Versicherte einer Teilkassen matchen nicht“	24
Tabelle 3:	Teilkassen mit Problem „von Fusion betroffene Teilkassen liefern nicht“	25
Tabelle 4:	Fusionskassen mit zu niedriger Matching-Quote	26
Tabelle 5:	Anzahl markierter Abrechnungsfälle wegen Falschmatcherquote größer als 5%, nach Kassenart	27
Tabelle 6:	Teilkassen mit Flag in der Satzart DS219	28
Tabelle 7:	Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220.....	29
Tabelle 8:	Teilkassen mit Flag in der Satzart DS220	30
Tabelle 9:	Lieferquote nach KV-Bereichen (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.	33
Tabelle 10:	Lieferquote der Fusionskassen (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.	34
Tabelle 11:	ursprüngliche Lieferquote der Fusionskassen (inklusive der als auffällig markierte Versicherte, aber ohne aufgefüllte Versicherten-Stammdaten), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.	35
Tabelle 12:	Inanspruchnahmequote nach KV-Bereichen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer	36
Tabelle 13:	Ausschöpfungsgrad nach KV-Bereichen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer	37
Tabelle 14:	Ausschöpfungsgrad der Fusionskassen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer	38
Tabelle 15:	KV-übergreifende Matching-Quoten der einzelnen Stufen je Quartal.....	99
Tabelle 16:	Matching-Quoten der einzelnen KV-Bereiche, Quartale 2008/1–2010/4.....	100
Tabelle 17:	Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten, Quartale 2008/1–2010/4.....	100
Tabelle 18:	Auflistung der Fusions- und Teilkassen, für die Versicherten-Stammdaten hinzugefügt wurden	106
Tabelle 19:	Anzahl hinzugefügter Versicherten-Stammdaten pro Quartal.....	106
Tabelle 20:	Auswahl geschlechtsspezifischer Diagnosen zur Bestimmung der Falschmatcherquote	115
Tabelle 21:	Auswahl geschlechtsspezifischer GOPs zur Bestimmung der Falschmatcherquote.....	116
Tabelle 22:	Fachgruppenzuordnung gemäß WBO, Anlage 4	121

1 Vorbemerkung

1.1 Zur Version 2.0 A der Dokumentation

Diese Dokumentation beruht auf einer nichtöffentlichen Fassung, die den Gesamtvertragspartnern (Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden von Kassen) vom Institut zur Verfügung gestellt wurde. Anders als in der nichtöffentlichen Fassung sind hier keine betriebsbezogene Informationen enthalten. So sind in dieser Dokumentation Angaben zu einzelnen gesetzlichen Krankenkassen nur gegeben, ohne die Kasse zu nennen; angegeben wird ggfs. die Größenklasse des Betriebs, hier klassifiziert nach der Anzahl der Versicherten.

1.2 Beschlusslage des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der so genannten Geburtstagsstichprobe (GSP) bereitzustellen, die diese den Vertragspartnern nach §87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Verfügung stellen. Die Vertragspartner sollen durch die Weiterleitung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe Kenntnis von der Datengrundlage zur Ermittlung der morbiditätsbezogenen Veränderungsraten nehmen können. Die Vertragspartner sollen die Datengrundlage insbesondere hinsichtlich der Kodierqualität und der Plausibilität prüfen können. Eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsraten auf der Landesebene 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, die in der Datenstelle gemäß der Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses und unter Mitwirkung des Instituts des Bewertungsausschusses zusammengeführt und qualitätsgesichert wurden. Abweichend von Teil A, Abschnitt II. Satz 1 des Beschlusses des BA in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011 werden gemäß Beschluss aus der 274. Sitzung bis zum 31. Mai 2012 anstelle der Daten des Berichtsjahres 2010 die Daten der Berichtsjahre 2008 bis 2010 zusammenhängend entsprechend der Datensatzbeschreibung einschließlich Festlegungen zur Datenübermittlung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses 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 angepasst (für die Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5). Der so entstandene Datenkörper wird im Weiteren als regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010) bezeichnet und wurde für den Berichtszeitraum 2008/1–2010/4 im Mai 2012 von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

ausgeliefert. Die Trägerorganisationen leiten diese Daten regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt an die jeweiligen Gesamtvertragspartner weiter. In den Daten, die der GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt, ist der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen in einzelnen Satzarten entfernt und ggf. leer oder durch einen Ersatzwert übermittelt worden.

1.3 Aufbau dieses Dokuments

Die vorliegende Dokumentation stellt den Empfängern der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 die zur Nutzung des Datenkörpers notwendigen Informationen zur Verfügung. Es ist nicht Ziel dieser Dokumentation, konkrete Anwendungsmöglichkeiten aufzuzählen und zu beschreiben.

Die Ausführungen des Kapitels 2 richten sich insbesondere an Leser, die keine detaillierten Kenntnisse zur Geburtstagsstichprobe haben. Ihnen soll Inhalt und Umfang der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010) vermittelt werden. Dazu wird in Kapitel 2 zuerst das Datenmodell der GSPR 2010 dargestellt, ohne dabei zu sehr ins Detail zu gehen. Anschließend werden die einzelnen Satzarten und die in ihnen enthaltenen Attribute genauer beschrieben. Die Datenprüfung der GSPR 2010 hat einige Auffälligkeiten ergeben. Welche das sind, und wie diese Datensätze gekennzeichnet sind, wird ebenfalls in Kapitel 2 beschrieben. Das Kapitel 2 schließt mit einigen Ergebnissen der Datenprüfung, die für den Nutzer der GSPR 2010 von Interesse sind. In Kapitel 3 werden Einschränkungen der Nutzung der GSPR 2010 und die Gründe dafür ausgeführt, Kapitel 4 gibt allgemeine Hinweise zur Nutzung des Datenkörpers, hier wird nicht auf konkrete Anwendungen eingegangen. Kapitel 5 dokumentiert die vom Bewertungsausschuss am 07. November 2011 beschlossene technische Datensatzbeschreibung. In dieser sind zu ausgewählten Attributen 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 2010 zu Grunde liegenden Versichertenstichprobe des Bewertungsausschusses (auch Geburtstagsstichprobe genannt) haben möchten. Hier wird die Genese der Geburtstagsstichprobe skizziert. Insbesondere wird der Zusammenführungsprozess („Matching“) der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten beschrieben.

Im vorliegenden Dokument werden bestimmte Begriffe neu eingeführt und teilweise mit von anderen Kontexten abweichenden Begriffsdefinitionen belegt. Diese werden beim ersten Auftreten im fortlaufenden Text bzw. in den entsprechenden Fußnoten definiert. Im Anhang 7.1 werden die Definitionen von ausgewählten Begrifflichkeiten zusätzlich zusammengestellt.

1.4 Änderungen im Vergleich zur GSPR 2007–2009

Folgende Ausführungen verschaffen den Nutzern der GSPR 2007–2009 einen schnellen Überblick über die *wesentlichen* Änderungen der GSPR 2010:

- **Berichtszeitraum:** Der im Folgenden beschriebene Datenkörper umfasst nunmehr die Berichtsjahre 2008–2010 (ehemals 2007–2009) und wird als GSPR 2010 bezeichnet (ehemals GSPR).
- **Geburtstagskalendertage:** Für das Berichtsjahr 2010 sind die Daten von zwei zusätzlichen Geburtstagskalendertagen erhoben worden. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 werden diese beiden zusätzlichen Geburtstagskalendertage in die Berechnung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V nicht einbezogen (siehe Kapitel 4.1).
- **Fusionsstand:** Der Fusionsstand ist der 13. Februar 2012, d.h. es wird von 148 Fusionskassen ausgegangen (ehemals Fusionsstand 1. November 2011, 154 Fusionskassen).
- **Flagging der Satzart DS201:** Die Datenprüfung der zu Grunde liegenden Geburtstagsstichprobe konnte verbessert werden. Die Gründe, warum ein Datensatz der Satzart DS201 als auffällig markiert wird, haben sich entsprechend geändert (siehe Kapitel 2.3.2).
- **Ausschlussliste für Abrechnungsfälle der Satzart DS202 sowie der davon betroffenen Datensätze der Satzarten DS203 und DS210:** Für die GSPR 2010 wird nachträglich eine Surrogat-Schlüsselliste je KV-Bezirk (Satzart DSDEL, s. Kapitel 5.11) zur Identifikation aller Abrechnungsfälle mit ihren Leistungen und Diagnosen von Direktabrechnern aus Auftragsgeschäften der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellt. Diese Surrogat-Schlüsselnummern sind aus den Satzarten DS202, DS203 und DS210 auszuschließen. Für die damit verknüpften Betriebsstättenpseudonyme in der Satzart DS211 existieren in der GSPR 2010 keine weiteren Abrechnungsfälle (sowie keine Leistungen und Diagnosen) so dass diese Betriebsstättenpseudonyme ebenfalls ausgeschlossen werden sollen.
- **Umgang mit falschen Pseudonymen:** In der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009 waren Versicherten-Stammdaten mit falschen Personen-IDs nicht Bestandteil des Datenkörpers. In der vorliegenden GSPR 2010 werden diese repariert (siehe Kapitel 6.5.2) bzw. als auffällig markiert (siehe Kapitel 2.3.2).
- **Matching-Verfahren:** Dem Matching-Verfahren liegen Daten der Berichtsjahre 2007–2010 zu Grunde, d.h. die Matching-Quoten auch der Jahre 2008 und 2009 können von den hier berichteten abweichen. Das Matching-Verfahren wurde in der Stufe IV dahingehend angepasst, dass auch eine quartalsübergreifende Zuordnung von Abrechnungsfällen zu Personen-IDs möglich ist (siehe Kapitel 6.4).
- **Schließen von Quartalslücken:** Das Verfahren zur Ermittlung und Schließung von Quartalslücken wurde nicht für die Daten des Berichtsjahres 2010 wiederholt, d.h. die „aufgefüllten“ Datensätze beschränken sich auf die Quartale 2008/1–2009/4 (siehe Kapitel 6.5.3).

- **Beschreibung der demographischen Hochrechnungsfaktoren:** Da der Bewertungsausschuss bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten demographische Hochrechnungsfaktoren verwendet, ist die Berechnung dieser Hochrechnungsfaktoren in Kapitel 3.4 kurz beschrieben.
- **Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern:** Die Beschreibung zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern ist gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in der 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012, zuletzt geändert durch den Beschluss des EBA in der 30. Sitzung am 15./30. August 2012, angepasst worden (siehe Kapitel 0).
- **Ausschluss von Abrechnungsfällen mit Leistungsbedarf gleich Null:** Darüber hinaus werden gemäß Beschluss des EBA in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 bei der Berechnung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V auch sämtliche Abrechnungsfälle mit ihren Leistungen und Diagnosen von den Berechnungen ausgeschlossen, für die der Leistungsbedarf in der Satzart DS202 des Abrechnungsfalles gleich Null ist (s. Kapitel 4.1)
- **Nutzungshinweis zum Umgang mit neu gemeldeten Versicherten:** Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 werden neu gemeldete Versicherte einer Krankenkasse aus der Berechnung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V ausgeschlossen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Die Definition neu gemeldeter Versicherter sowie die Bedingungen unter welchen diese Versicherten aus der Berechnung ausgeschlossen werden, sind in Kapitel 4.1 beschrieben.
- **Ausschlussliste für PersonenIDs der Satzart DS201:** Für die GSPR 2010 werden nachträglich zwei PersonenID Ausschlusslisten je KV-Bezirk bereitgestellt (siehe Satzart DS283BA in Kapitel 5.12 sowie Satzart DSSVT in Kapitel 5.13). In diesen Ausschlusslisten werden die PersonenIDs erfasst, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 bzw. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 30. Sitzung am 15./30. August 2012 nicht in die Berechnungen der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V einbezogen werden.

1.5 Ansprechpartner

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

2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010)

2.1 Datenmodell

Mit der GSPR 2010 liegt ein Datenkörper vor, in dem kassen- und kassenartübergreifend arzt- und kassenseitig gelieferte Daten miteinander nach Wohnortprinzip und aktuellem Kassenfusionsstand verknüpft vorliegen und nach KV-Bereichen sowie nach Kassenarten regionalisiert abgrenzbar sind bzw. abgegrenzt werden. Die GSPR 2010 enthält somit nicht nur relevante Angaben zu Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch differenzierte Angaben zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen dieser Personen über einen Berichtszeitraum von drei Jahren (Quartale 2008/1 bis 2010/4). Für die regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010) werden im genannten Zeitraum Versicherte ausgewählt, die am 3., 10., 17. oder 24. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben (Stichprobenversicherte), im Berichtszeitraum 2010/1 – 2010/4 **zusätzlich** diejenigen Versicherte, die am 4. oder 11. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 werden diese beiden zusätzlichen Geburtstagskalendertage allerdings nicht in die Berechnung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V einbezogen (siehe Kapitel 4.1).

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 sind Informationen über die Betriebsstätte (Arztpraxis), z.B. der Praxistyp und die Fachgruppe, zugeordnet. Die ebenfalls beigefügte ICD-10-Stammdatei und die Gebührenordnungspositions-Stammdatei erlauben die Zuordnung von Schlüsselnummern zur Bezeichnung bzw. geben Aufschluss über die Bewertung der abgerechneten GOPs. Jedem der in der GSPR 2010 gelieferten Abrechnungsfälle ist eine Person eindeutig zugeordnet. Diese Informationen sind mit den kassenseitig gelieferten Angaben zur Person verknüpft.

Die kassenseitig gelieferten Angaben zu gesetzlich versicherten Personen in der GSPR 2010 umfassen unter anderem Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenzeiten, Wohnort und die Information über die Teilnahme an Selektivverträgen. Jede Person ist dabei zeitraumunabhängig eindeutig über eine Personen-ID zu identifizieren.

Durch das in der GSPR 2010 enthaltene Kostenträgerverzeichnis und die Kostenträgerhistorie ist außerdem die historische Kassenzugehörigkeit jeder Person abzuleiten, d.h. es ist nachzuvollziehen, wie zurückliegende Versichertenverhältnissen einer Person (also z.B. im

ersten Quartal 2008) zu den am 13. Februar 2012 existierenden Krankenkassen¹ (im Folgenden Fusionskassen genannt) im Verhältnis stehen. Es könnten also kassenbezogene Auswertungen durchgeführt werden, die dem Fusionsstand 13. Februar 2012 entsprechen², auch wenn die Versicherten-Stammdaten sich auf weiter zurückliegende Quartale beziehen, in denen Kostenträger angegeben sind, die am 13. Februar 2012 autonom nicht mehr existierten.

Einschränkend ist hinzuzufügen, dass den Gesamtvertragspartnern jeweils nicht der gesamte Datenkörper der GSPR 2010 zur Verfügung gestellt wird. Den arztseitigen Empfängern wird eine regional aufgeteilte GSPR 2010 zur Verfügung gestellt, d.h. den Empfängern werden entsprechend nur die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bereich 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 Fusionskassen³ der eigenen Kassenart durchgeführt werden.

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

Mit der GSPR 2010 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 Attribute der einzelnen Satzarten

Die gelieferten Attribute der GSPR 2010 verteilen sich auf folgende neun Satzarten:

- 1) Versicherten-Stammdatei (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),

¹ Am 13. Februar 2012 existierten faktisch 146 Krankenkassen. In dem vorliegenden Dokument werden die zum 01.07.2011 geschlossene City-BKK und die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe mitgezählt, d.h. im Folgenden wird von 148 Krankenkassen am 13. Februar 2012 ausgegangen.

² Bei zu diesem Zeitpunkt geschlossenen Krankenkassen der letzte Fusionsstand (betroffen ist die City BKK und die BKK für Heilberufe).

³ In dem vorliegenden Dokument werden die 148 Krankenkassen zum Fusionsstand 13. Februar 2012 als **Fusionskassen** bezeichnet.

- 8) Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) (Satzart DS219) und
- 9) Kostenträgerhistorie (Satzart DS220).

Für die technische Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5.

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

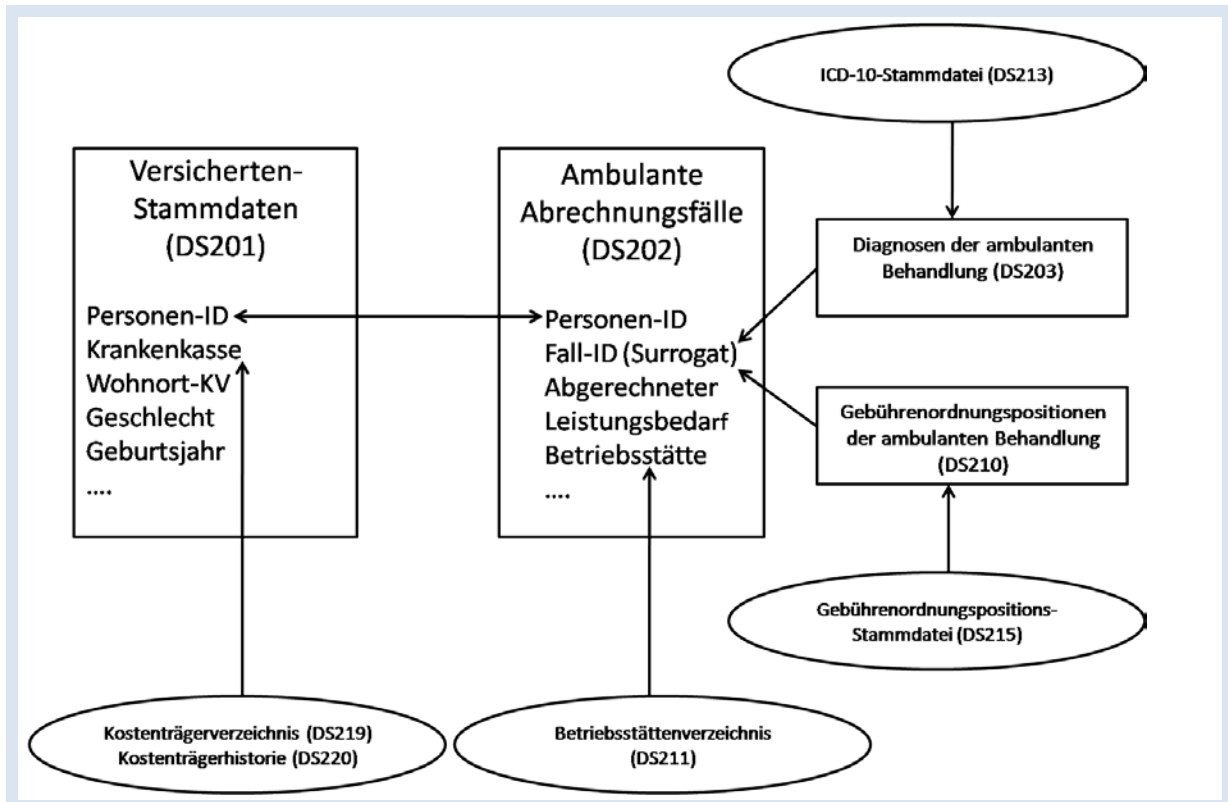


Abbildung 1 Überblick über die Satzarten der GSPR 2010

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 Rechtsnachfolger⁴ (Stand 13. Februar 2012) zur Kassenart gehört, für die der kassenseitige Empfänger benannt ist. Die einer Kasse zugehörige Kassenart wird dabei der Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 (Feld 7 - Rechtsnachfolgerkassenart) entnommen.

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

⁴ Wie bereits ausgeführt, ist es mit dem vorliegenden Datenkörper möglich, die Fusionshistorie der am 13. Februar 2012 existierenden 148 Krankenkassen (hier **Fusionskassen** genannt) nachzuvollziehen. Als Rechtsnachfolger mit Stand 13. Februar 2012 kommt damit eine dieser Fusionskassen in Frage.

Im Folgenden werden die in den einzelnen Satzarten erfassten Attribute aufgezählt und ggf. erläutert.

DS201 – Versicherten-Stammdatei

Die Satzart DS201 enthält die mit der Versichertenstichprobe erhobenen Versicherten-Stammdaten. Jeder Stichprobenversicherte ist für den gesamten Berichtszeitraum eindeutig durch eine Personen-ID gekennzeichnet. Zu einer Personen-ID können auch in einem Quartal mehrere Datensätze vorliegen. Für jede Personen-ID liegt je geliefertem Quartal, Institutionskennzeichen und pseudonymisierter Versichertennummer ein Datensatz vor. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V („betreute Versicherte“) sind für den Berichtszeitraum 2008 – 2009 in den vorliegenden Datenkörper einbezogen, sofern sie von den Krankenkassen in den ursprünglichen Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss enthalten waren. Ab dem Berichtszeitraum 2010 sind „betreute Versicherte“ von den Krankenkassen verpflichtend zu liefern, für diesen Zeitraum sind sie damit in den vorliegenden Datenkörper einbezogen.

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, die Angabe ob er in diesem Quartal an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c oder 140a SGB V teilgenommen hat, die Angabe über welchen Weg die selektivvertragliche Abrechnung erfolgt sowie die Wohnort-KV vor. Jeder Versicherte bekommt für alle Quartale dieselbe Wohnort-KV zugeordnet, unabhängig von möglichen Wohnortwechseln. Als Wohnort-KV des Versicherten ist dabei die Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort⁵ im letzten Versicherungsquartal ermittelt worden. Haben Versicherte innerhalb eines Quartals die Krankenkasse gewechselt, so liegen für diese Versicherten in diesen Quartalen mehrere Datensätze (für verschiedene Krankenkassen) vor.

Die Satzart DS201 umfasst zwei weitere Felder. Neben den bisher genannten Attributen wird außerdem das Institutionskennzeichen des so genannten Rechtsnachfolgers angegeben. Jedem Datensatz sind damit zwei Angaben zum Kostenträger zugeordnet (Feld Nr. 02 und Feld Nr. 15, 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 Karten-IK, ein Geschäftsstellen-IK oder ein anderes IK der entsprechenden Krankenkasse handeln (im Folgenden als Teilkasse⁶ bezeichnet). Bei dieser Krankenkasse muss es sich nicht zwangsläufig um

⁵ Diese Information wurde in der Datenstelle des Bewertungsausschusses anhand der kassenseitig gelieferten Postleitzahlen des Wohnorts der Versicherten ermittelt.

⁶ 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“).

eine Fusionskasse (also um eine der am 13. Februar 2012 existierenden 148 Krankenkassen) handeln. Außerdem ist zu beachten, dass es im Berichtszeitraum der GSPR 2010 (2008/1–2010/4) zu Fusionen zwischen Krankenkassen gekommen ist, die ursprünglich gemeldete Krankenkasse (ggf. Teilkasse) muss also heute nicht mehr eigenständig existieren. Aus diesem Grund ist der Satzart DS201 das Rechtsnachfolger-Institutionskennzeichen angefügt worden (Feld Nr. 15). Anhand dieses Kennzeichens kann über die Satzart DS220 dem jeweilig durch die Krankenkasse gemeldeten Kostenträger in Feld Nr. 02 der Name einer der am 13. Februar 2012 existierenden Fusionskassen als Rechtsnachfolger zugeordnet werden.

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

DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Die vertragsärztlichen Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS202 enthalten. Bestandteil der GSPR 2010 sind alle Behandlungsfälle von Versicherten der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgreich eine Personen-ID der Versicherten-Stammdatei zugeordnet werden konnte (für den Prozess der Zuordnung siehe Kapitel 6.4). Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2010. 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 geschehen. Nicht für jeden Abrechnungsfall ist zwangsläufig ein quartalsgleicher Datensatz in der Satzart DS201 zugeordnet.

Pro Datensatz, also pro Abrechnungsfall, liegen in der Satzart DS202 folgende Attribute vor. Angegeben werden das Leistungsquartal, das Rechtsnachfolger-IK, also das Institutionskennzeichen der Fusionskasse des Abrechnungsfalles zum Stand 13. Februar 2012 und die pseudonymisierte Versichertennummer. Zusätzlich wird ein künstlicher Schlüssel zur Identifikation des Abrechnungsfalles, das so genannte Surrogat, angegeben. Dieser künstliche Schlüssel dient dazu, die Diagnosen der Satzart DS203 und die Gebührenordnungspositionen der Satzart DS210 einem Abrechnungsfall zuzuordnen. Jedem Abrechnungsfall sind darüber hinaus die Wohnort-KV und die Personen-ID zugeordnet.

Weiterhin ist zu jedem Abrechnungsfall der KV-Bereich der Betriebsstätte (Arztpraxis) enthalten. Nimmt der Versicherte Leistungen außerhalb seines Wohnort-KV-Bereiches in Anspruch („Fremdfall“), so wird die KV-Nummer der Betriebsstätte durch „00“ gekennzeichnet und das Betriebsstättenpseudonym ist in diesen Fällen durch den Wert „F...Fxxx“ (37-mal „F“) maskiert, wobei „xxx“ die dreistellige Fachgruppenzuordnung der Betriebsstätte bezeichnet (vgl. Anhang 7.5).

In vier Feldern der Satzart DS202 wird der pro Abrechnungsfall abgerechnete Leistungsbedarf laut EBM, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung berichtet. Es wird unterschieden nach Abrechnung für ambulante und für stationäre Leistungen

von Vertragsärzten (jeweils in Zehntelpunkten und in Cent). In zwei weiteren Feldern ist der abgerechnete Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung in Cent angegeben. Unterschieden wird hier wiederum nach Abrechnung von ambulanten und stationären Leistungen von Vertragsärzten⁷. Weiterhin ist die Anzahl der Leistungstage mit Abrechnung von Gebührenordnungspositionen angegeben.

Besondere Beachtung sollte dem Feld „Flag“ geschenkt werden. Mit diesem Flag werden Auffälligkeiten des Datensatzes gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Resultat einer Qualitätsprüfung. **Es wird empfohlen, Datensätze mit der Flagausprägung „1“ nicht in möglichen Auswertungen zu verwenden.** Es ist sichergestellt, dass alle betroffenen Versicherten bereits in der Satzart DS201 markiert sind. Einzige Ausnahme zu dieser Vorgehensweise entsteht durch die Surrogat-Schlüsselliste der Satzart DSDEL, die Abrechnungsfälle der Satzart DS202 mit ihren Diagnosen der Satzart DS203 und Leistungen der Satzart DS210 markiert, die gesondert und ohne Bezug zur Satzart DS201 aus der GSPR 2010 auszuschließen sind. Der Grund, der zur Kennzeichnung der Datensätze in der Satzart DS202 geführt hat, wird in Kapitel 2.3.3 ausgeführt.

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 Leistungsquartal, der Versichertennummer und dem Rechtsnachfolger-IK alle gemeldeten Diagnosen⁸ 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 entgegen der Feldbeschreibung in der Datensatzbeschreibung (Kapitel 5) nicht die Anzahl der distinkten Diagnosen abgelesen werden, sondern die insgesamt gemeldeten Diagnosen pro Abrechnungsfall.

Die abrechnungsfallspezifischen Diagnosen der Satzart DS203 sind über den künstlichen Schlüssel „Surrogat“ 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 Leistungsquartal, der Versichertennummer und dem Rechtsnachfolger-IK alle abgerechneten GOPs aufgezählt. Zur Beschreibung der GOPs wird neben der EBM-Ziffer⁹ die pro Abrechnungsfall abgerechnete Anzahl der einzelnen GOP, der für diese GOPs abgerechnete Leistungsbedarf (inklusive Angabe des Kennzeichens der Einheit: Zehntelpunkte, Cent oder sonstige), die Behandlungsart (ambulant/stationär) sowie die Art der Inanspruch-

⁷ Stationäre Leistungen beziehen sich auf die Abrechnung eines belegärztlichen Abrechnungsfalles.

⁸ Für die Datenbereitstellung erfolgt keine Prüfung der übermittelten Diagnosen.

⁹ Die angegebene Gebührenordnungsposition kann auch eine regional vergebene Ziffer sein (siehe Ausführungen zur Satzart DS215).

nahme des Leistungsscheins angegeben. Zusätzlich wird für Abrechnungsfälle ab dem Quartal 2009/1 der Leistungsbedarf der abgerechneten GOPs nach Euro-Gebührenordnung angeführt.

Die abrechnungsfallspezifischen Gebührenordnungspositionen der Satzart DS210 sind über den künstlichen Schlüssel „Surrogat“ den Abrechnungsfällen der Satzart DS202 zugeordnet.

DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Wie 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 (2008/1–2010/4) 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. Eine Ausnahme gilt für Betriebsstätten, deren gesamte Abrechnungsfälle gemäß der Satzart DSDEL vollständig aus der Satzart DS202 ausgeschlossen wurden, und die deshalb ohne jeden Bezug zu Abrechnungsfällen und Leistungen enthalten sind. Deshalb wird empfohlen, diese Betriebsstätten aus möglichen Auswertungen auszuschließen.

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

Über das Betriebsstättenpseudonym sind die aufgezählten Attribute des Betriebsstättenverzeichnis 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-Diagnosen 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 abrechnungsfallspezifischen Diagnosen der Satzart DS203 einen Klartext zuzuordnen.

DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

In der Gebührenordnungspositions-Stammdatei werden alle GOPs, die in den einzelnen Quartalen in den jeweiligen KV-Bereichen gültig sind (inklusive regional vergebene GOPs), aufgeführt. Neben dem Quartal und der KV-Nummer werden für die einzelnen Gebühre-

nordnungspositionen der Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent, unterschieden in ambulant und stationär, angegeben. Für die Quartale ab 2009/1 wird außerdem der Wert der GOP nach 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, die Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO sind inzwischen äußerst gering.

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 übergeordnetem Kassensitz-IK, das die Krankenkasse in der GSPR 2010 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 IK des gültigen Rechtsnachfolgers mit Stand 13. Februar 2012 an, d.h. es werden hier insgesamt 148 verschiedene IKs ausgewiesen. 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 13. Februar 2012) zugeordnet, während jedem Rechtsnachfolger-IK mehrere verschiedene Kassensitz-IKs zugeordnet sein können.

Darüber hinaus wird in der Satzart DS219 das Hauptkassen-IK angegeben, welches in der gegenwärtigen Lieferung im Weiteren keine eigenständige Bedeutung hat, sondern für spätere Verwendung reserviert ist.

Auch in der Satzart DS219 ist ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“ zu finden. Diese Kennzeichnung dient Dokumentationszwecken: Hier werden diejenigen Kostenträger durch die Kennzeichnung „1“ markiert, deren Versicherte aufgrund bestimmter Auffälligkeiten in der Satzart DS201 gekennzeichnet wurden. Für eine genauere Beschreibung des Flags siehe Kapitel 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 mehrere Rechtsnachfolger, so lässt sich die gesamte Fusionshistorie in den einzelnen Fusionsstufen nachvollziehen. Für alle Kassensitz-IKs lassen sich für jede Fusionsstufe der Name des jeweiligen Rechtsnachfolgers, die Gültigkeitsdauer sowie die Kassenart des Rechtsnachfolgers ablesen. In der Fusionsstufe 1 ist der Kostenträger (noch) nicht fusioniert, d.h. der Name

des Kostenträgers und der Name des Rechtsnachfolgers entsprechen sich. Die Anzahl der Fusionsstufen der einzelnen Kassensitz-IKs unterscheiden sich voneinander. Der Datensatz, der für jedes Kassensitz-IK den zum 13. Februar 2012 letzten Rechtsnachfolger anzeigt, ist daran zu erkennen, dass er von allen Datensätzen für dieses Kassensitz-IK die höchste Fusionsstufe aufweist. Trägt dieser Datensatz ein „Gueltig_bis“ Datum, das über den 13. Februar 2012 hinausgeht, war dieser Rechtsnachfolger am 13. Februar 2012 noch existent.

Ein einfaches Beispiel soll den Aufbau der Satzart DS220 erläutern: Man stelle sich einen Kostenträger vor, dem das Kassensitz-IK „1234“ zugeordnet wurde. Der Name zu diesem Kassensitz-IK laute z.B. „Kasse A“. Diese „Kasse A“ existierte als BKK autonom bis Ende 1995, fusionierte dann mit einer anderen BKK, der Name der neu entstandenen Kasse sei „Kasse A+B“. Ende 2010 fusionierte die „Kasse A+B“ mit einer weiteren Kasse. Der Name dieser neuen Kasse sei „Kasse A+B+C“. Bis zum 13. Februar 2012 hat diese Kasse nicht weiter fusioniert.

In der Satzart DS220 würde sich diese Fusionshistorie für das Kassensitz-IK „1234“ anhand der drei für das Kassensitz-IK identifizierbaren Datensätze nachvollziehen lassen:

Kassensitz-IK	Kostenträger-Name	Gültig von	Gültig bis	Rechtsnachfolger-IK	Rechtsnachfolger-Name	Rechtsnachfolger Kassenart	Fusionsstufe
1234	Kasse A	19000101	19951232	1234	Kasse A	BKK	1
1234	Kasse A	19960101	20101231	2345	Kasse A+B	BKK	2
1234	Kasse A	20110101	99991231	3456	Kasse A+B+C	EK	3

Die Satzart DS220 enthält neben den genannten Informationen außerdem die Information über den KV-Bereich des Kassensitz-IKs. Diese Angabe bezieht sich ausschließlich auf die Kassensitz-IKs der aktuellen Rechtsnachfolger zum 13. Februar 2012, d.h. das entsprechende Feld ist nur für diejenigen 148 Kassensitz-IKs ausgefüllt, die einem zum 13. Februar 2012 aktuellen Rechtsnachfolger-IK entsprechen. Für diese 148 Kassensitz-IKs findet sich jeweils genau ein Eintrag in der Satzart DS220 zum KV-Bereich, sonst bleibt das Feld zum KV-Bereich leer.

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

2.3 Auffälligkeitskennzeichnung von Datensätzen einzelner Satzarten – „Flagging“

2.3.1 Einführung

Wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, ist in vier Satzarten (DS201, DS202, DS219 und DS220) ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“ enthalten. Hiermit werden Auffälligkeiten in den Daten markiert. Diese Auffälligkeiten wurden im Rahmen einer sorgfältigen Datenprüfung der Geburtstags-

stichprobe identifiziert und haben verschiedene Ursachen. Diese Ursachen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Die Flags der Satzarten DS201 und DS202 unterscheiden sich dabei von den Flags der Satzarten DS219 und DS220. Die beiden erstgenannten Flags markieren Versicherten-Stammdatensätze bzw. Abrechnungsfälle. Das Flag in den Satzarten DS201 und DS202 kennzeichnet bestehende Auffälligkeiten eines Datensatzes. Immer wenn das Flag in den Satzarten DS201 und DS202 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.**

Die Flags der Satzarten DS219 und DS220 dienen hingegen Dokumentationszwecken. In diesen beiden Satzarten werden Teilkassen¹⁰ bzw. Fusionskassen¹¹ markiert, bei denen Versicherte in der Satzart DS201 gekennzeichnet wurden.

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

2.3.2 Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdatensätze

Das Flag eines Datensatzes der Satzart DS201 wird über das Feld Nr. 13 angegeben. Gekennzeichnet ist damit ein Versicherter bzw. eine Personen-ID oder ein Versicherten-Stammdatensatz. Für jeden Datensatz der Satzart DS201 wird das Feld Nr. 13 mit der Ausprägung 0, 1 oder 2 wiedergegeben. Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern dient der Kennzeichnung eines Datensatzes ohne Auffälligkeiten. Bei der Feldausprägung „2“ fehlt der Datensatz in der ursprünglichen kassenseitigen Datenlieferung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses, wurde aber in der Datenstelle ergänzt (siehe Kapitel 6.5.3). Datensätze mit der Markierung „2“ können und sollten verwendet werden.

Die Feldausprägung „1“ kennzeichnet einen Datensatz der Satzart DS201 mit einer oder mehreren Auffälligkeiten. **Es wird empfohlen, Datensätze mit Auffälligkeiten (Flagausprägung „1“) für Auswertungen nicht zu verwenden.** Die Feldausprägung „1“ hat dabei immer Priorität über die Feldausprägung „2“.

¹⁰ 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“).

¹¹ In dem vorliegenden Dokument werden die 148 Krankenkassen zum Fusionsstand 13. Februar 2012 als **Fusionskassen** bezeichnet.

Zu den Problemen, die zu einer Kennzeichnung „1“ führen, gehören:

- 1) Nicht eindeutige Personen-ID,
- 2) falsche Personen-ID,
- 3) Dummy Personen-ID,
- 4) kollidierende Personen-ID,
- 5) künstliche Absenkung der Inanspruchnahme,
- 6) Versicherte einer Teilkasse matchen nicht¹²,
- 7) von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion übermittelt,
- 8) Schwachmatcher.

Bemerkung für die Nutzer der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009: Die Benutzer der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009 werden feststellen, dass für die Berichtsjahre 2007–2009 andere Gründe zu einer Auffälligkeitsmarkierung in der Satzart DS201 geführt haben. Die Datenprüfung der zu Grunde liegenden Geburtstagsstichprobe konnte verbessert werden, so dass vorliegend eine gezieltere Markierung vorgenommen werden konnte. Es ist somit nicht auszuschließen, dass in der 2007–2009 markierte Personen-IDs in der GSPR 2010 keine Markierung aufweisen und umgekehrt.

Im Folgenden werden die Probleme näher erläutert, die für die **GSPR 2010** zu einer Markierung geführt haben.

Nicht eindeutige Personen-ID

In den von den Krankenkassen gelieferten Daten kann es vorkommen, dass einem Versicherungsverhältnis (eindeutig identifiziert anhand des gemeldeten Institutionskennzeichen und der Versichertennummer) mehrere Personen-IDs zugeordnet sind. In diesem Fall wird eine Personen-ID ausgewählt. Alle Personen-IDs, die solchen Versicherungsverhältnissen zugeordnet sind (denen also in den Rohdaten beim GKV-Spitzenverband mehrere Personen-IDs zugeordnet sind), werden in der Satzart DS201 markiert. Dazu stellt der GKV-Spitzenverband eine Liste der betroffenen Personen-IDs des Jahres 2010 zur Verfügung. Diese Personen-IDs werden *über den gesamten Berichtszeitraum markiert*. Diese Markierung ist unabhängig vom jeweiligen Versicherungsverhältnis. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versicherungsverhältnis gekennzeichnet. Hat ein

¹² Der **Matching-Prozess** der Geburtstagsstichprobe wird in Kapitel 6.1 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 Matchingprozesses 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 2010. Die Matching-Quote gibt den Anteil der Abrechnungsfälle, denen eine Personen-ID zugeordnet werden kann an allen arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen an.

Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 673.111 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 68.594 distinkte Personen-IDs.

Falsche Personen-ID

Es kommt vor, dass Krankenkassen falsche Versichertennummern und Personen-IDs liefern. Teilweise betrifft dies alle Versicherten einer Fusionskasse oder einer Teilkasse, teilweise nur einzelne Versicherte (z.B. diejenigen mit einem bestimmten Geburtstagskalendertag). Alle Personen-IDs der mit Fehlern behafteten Geburtstagskalendertage der betroffenen Fusionskassen (bzw. Teilkassen) werden in allen ihren Versichertenverhältnissen *für das entsprechende Jahr* gekennzeichnet. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis gekennzeichnet. Hat ein Versicherter in diesem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Die betroffenen Fusionskassen bzw. Teilkassen werden mit dem entsprechenden Institutionenkennzeichen und dem Jahr, in dem die Personen-IDs von Versicherten markiert werden, in der folgenden Tabelle 1 aufgeführt. Spalte 4 gibt darüber hinaus die Anzahl der insgesamt betroffenen Geburtstagskalendertage an. Insgesamt sind aus dem genannten Grund 492.882 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 154.495 distinkte Personen-IDs.

Name der Fusionskasse Name der Teilkasse	KVK-IK der Satzart DS219 ODER Rechts- nachfolger-IK der Satzart DS220	Jahr	Anzahl Geburts- tagskale- ndertage	Falls Teilkasse: Name der Fusionskasse
groß	xxxxxxxxx	2010	2	
klein	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2010	2	
mittel	xxxxxxxxx	2010	2	
mittel	xxxxxxxxx	2009	4	
mittel	xxxxxxxxx	2010	2	
mittel	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
groß	xxxxxxxxx	2009	4	
mittel	xxxxxxxxx	2010	2	
groß	xxxxxxxxx	2010	4	

Tabelle 1: Teilkassen bzw. Fusionskassen mit falschen Personen-IDs

(Kassen-IDs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

Die Markierung wird an die Satzarten DS219 bzw. DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in den Satzarten DS219 und DS220 wird in den Kapiteln 2.3.4 und 2.3.5 beschrieben.

Bemerkung für die Nutzer der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009: In der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009 waren Versicherten-Stammdaten mit falschen Personen-IDs nicht Bestandteil des Datenkörpers. In der vorliegenden GSPR 2010 werden diese wie beschrieben in der Satzart DS201 als auffällig markiert.

Dummy Personen-ID

Aufgrund von Informationslücken werden von den Krankenkassen für fehlende Personen-IDs und Versichertennummern möglicherweise sogenannte Dummy-Werte verwendet. Diese (Dummy-)Personen-IDs weisen dann auffällig viele Versichertenverhältnisse sowie Abrech-

nungsfälle auf. Aus diesem Grund werden Personen-IDs mit mehr als sechs Versichertenverhältnissen pro Quartal und Personen-IDs mit mehr als 250 Abrechnungsfällen pro Quartal markiert. Wird eine solche Personen-ID identifiziert, so wird diese *für den gesamten Berichtszeitraum* und in all ihren Versichertenverhältnissen markiert.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 12.454 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 694 distinkte Personen-IDs.

Kollidierende Personen-ID

Bei der Zuordnung der arztseitig gelieferten Abrechnungsfälle zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten kann es für einzelne Abrechnungsfälle vorkommen, dass ihnen mehrere Personen-IDs aus den Versicherten-Stammdaten zugeordnet werden. Diese Fälle gelten dann als nicht matchbar und werden nicht mit der GSPR 2010 ausgeliefert. Alle diesen Fällen zugeordneten 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 gekennzeichnet. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 184.341 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 21.809 distinkte Personen-IDs.

Künstliche Absenkung der Inanspruchnahme

In Kapitel 2.3.3 wird beschrieben unter welchen Umständen ein Abrechnungsfall der Satzart DS202 als Falschmatcher bezeichnet und entsprechend markiert wird. Wenn nun – wie empfohlen – diese Abrechnungsfälle in möglichen Auswertungen ausgeschlossen werden, dann wird die Inanspruchnahme der betroffenen Personen-ID künstlich abgesenkt. Aus diesem Grund werden die Personen-IDs zu den in der Satzart DS202 markierten Fällen ermittelt und werden *in dem entsprechenden Jahr* und in allen Versichertenverhältnissen dieses Jahres gekennzeichnet. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis gekennzeichnet. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 79.340 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 17.614 distinkte Personen-IDs bzw. 60.108 Datensätze der Satzart DS202.

Versicherte einer Teilkasse matchen nicht

Aus unerklärten Gründen konnten den Versicherten einer großen Kasse im gesamten Berichtszeitraum keine Abrechnungsfälle der Satzart DS202 zugeordnet werden. Daher sind die Personen-IDs dieser Teilkasse über den gesamten Berichtszeitraum und in allen ihren Versichertenverhältnissen gekennzeichnet. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis gekennzeichnet. Hat

ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Die betroffene Teilkasse wird mit dem entsprechenden Institutionskennzeichen und dem Jahr, in dem die Personen-IDs von Versicherten dieser Teilkasse markiert werden, in der folgenden Tabelle 2 aufgeführt. Insgesamt sind aus dem genannten Grund 247.706 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2010 gekennzeichnet. Dies betrifft 21.113 distinkte Personen-IDs. Die Markierung wird an die Satzarten DS219 bzw. DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in den Satzarten DS219 und DS220 wird in den Kapiteln 2.3.4 und 2.3.5 beschrieben.

Name der Teilkasse ¹³	Institutionskennzeichen: KVK-IK der Satzart DS219	Jahr
groß	xxxxxxxxx	2008,2009,2010

Tabelle 2: Teilkasse mit Problem „Versicherte einer Teilkassen matchen nicht“

(Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

Von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert

Durch Fusion zweier Kassen kann es zu Problemen in der ursprünglichen kassenseitigen Datenlieferung kommen. Ein bestimmter Anteil der Versicherten von fusionierten Kassen lässt sich z.B. nicht einer der ehemals autonomen und heutigen Teilkassen zuordnen, weil diese keine Daten geliefert hat. Somit sind diese Versicherten dieser Fusionskasse nicht für den gesamten Berichtszeitraum (2008/1–2010/4) verfügbar. Die Personen-IDs dieser Versicherten werden deshalb für das entsprechende Jahr sowie in allen ihren Versichertenverhältnissen gekennzeichnet. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis gekennzeichnet. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Die betroffenen Teilkassen werden mit dem entsprechenden Institutionskennzeichen und dem Jahr, in dem die Personen-IDs von Versicherten dieser Teilkassen markiert werden, in der folgenden Tabelle 3 aufgeführt. Insgesamt sind aus dem genannten Grund 1.407 Datensätze der Satzart DS201 gekennzeichnet. Dies betrifft 809 distinkte Personen-IDs dieser Satzart.

Die Markierung wird in die Satzarten DS219 und DS220 weitergegeben, dort sind die entsprechenden Teilkassen markiert.

¹³ Auffindbare Bezeichnung in der Kostenträgerstammdatei des deutschen Ärzteverlages für das KVK-IK der Spalte 2. Wenn kein Name vorliegt, wird auf den verfügbaren Namen einer größeren Einheit dieser Teilkasse zurückgegriffen.

Name der Teilkasse ¹⁴	Institutionskennzeichen: KVK-IK der Satzart DS219	Jahr
groß	xxxxxxxxxx	2008
groß	xxxxxxxxxx	2008

Tabelle 3: Teilkassen mit Problem „von Fusion betroffene Teilkassen liefern nicht“

(Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

Insgesamt ist für eine Anzahl von Versicherten feststellbar, dass sie nicht für den gesamten Berichtszeitraum geliefert worden sind. Nicht für alle diese Versicherten ist davon auszugehen, dass sie erst ab dem Quartal für das sie erstmalig geliefert werden, in der GKV versichert sind. Für die Versicherten der oben angegebenen Teilkasse konnte der Grund für das Fehlen in einzelnen Quartalen identifiziert werden und so die Datensätze dieser Versicherten im Zeitraum, in dem sie geliefert wurden, markiert werden. Dies ist leider nicht für alle eigentlich betroffenen Versicherten möglich.

Schwachmatcher

Die Matching-Quote gibt den Anteil der Abrechnungsfälle, denen eine Personen-ID zugeordnet werden konnte, an der ursprünglich artzseitig gelieferten Anzahl von Abrechnungsfällen an (zu Gründen, warum nicht allen artzseitig gelieferten Abrechnungsfälle eine Personen-ID zugeordnet werden kann siehe Kapitel 6.4). Bei Teilkassen mit geringer Matching-Quote ist nicht auszuschließen, dass die Versicherten z.B. mit bestimmten Geburtstagskalendertagen beim Matching nicht alle ihre Fälle zugeordnet bekommen. Dies kann neben anderen Problemen zu einer falschen Inanspruchnahmequote¹⁵ der Teilkassen führen. Alle Personen-IDs von Versicherten dieser Teilkassen und der entsprechenden Geburtstagskalendertage werden deshalb *im betroffenen Jahr* in allen ihre Versichertenverhältnissen gekennzeichnet.

Die betroffenen Fusionskassen werden in der folgenden Tabelle 4 aufgeführt. Für jede Fusionskasse sind zusätzlich die Anzahl der betroffenen Teilkassen, die Größenklasse der Fusionskasse sowie der Anteil der markierten Personen-IDs angegeben. Da das beschriebene Problem zu einer jahresbezogenen Markierung führt, ist der Anteil der markierten Personen_IDs ebenfalls jahresspezifisch angegeben.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 1.882.541 Datensätze der Satzart DS201 gekennzeichnet. Dies betrifft 439.297 distinkte Personen-IDs dieser Satzart. Die Markierung wird an die Satzarten DS219 bzw. DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in den Satzarten DS219 und DS220 wird in den Kapiteln 2.3.4 und 2.3.5 beschrieben.

¹⁴ Auffindbare Bezeichnung in der Kostenträgerstammdatei des deutschen Ärzteverlages für das KVK-IK der Spalte 2. Wenn kein Name vorliegt, wird auf den verfügbaren Namen einer größeren Einheit dieser Teilkasse zurückgegriffen.

¹⁵ Die Inanspruchnahmequoten geben pro KV und Quartal den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten der GSPR 2010 an.

Name der Fusionskasse	Institutionskennzeichen: Rechtsnachfolger-IK der Satzart DS220	Anzahl betroffener Teilkassen (ermittelt anhand IK der Satzart DS219)	Markierte Personen-IDs im Berichtsjahr 2008 in %	Markierte Personen-IDs im Berichtsjahr 2009 in %	Markierte Personen-IDs im Berichtsjahr 2010 in %	Größenklasse der Fusionskasse ¹⁶
mittel	XXXXXXXXXX	41	1,6%	1,3%	32,8%	mittel
klein	XXXXXXXXXX	17	0,0%	0,0%	100,0%	klein
klein	XXXXXXXXXX	4	0,2%	0,2%	32,8%	klein
groß	XXXXXXXXXX	1	2,0%	3,0%	0,5%	groß
groß	XXXXXXXXXX	151	0,7%	0,7%	33,0%	groß
mittel	XXXXXXXXXX	5	0,2%	0,2%	33,2%	mittel
groß	XXXXXXXXXX	9	0,2%	0,1%	33,2%	groß
groß	XXXXXXXXXX	64	0,0%	0,1%	32,9%	groß
mittel	XXXXXXXXXX	5	0,3%	0,3%	100,0%	mittel
sehr klein	XXXXXXXXXX	2	0,0%	0,0%	32,4%	sehr klein
klein	XXXXXXXXXX	7	0,2%	0,2%	32,9%	klein

Tabelle 4: Fusionskassen mit zu niedriger Matching-Quote

(Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

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

Ein Datensatz der Satzart DS202 ist über das Feld Nr. 16 (Flag) ggf. besonders markiert bzgl. einer im Zuge der Qualitätssicherung festgestellten Auffälligkeit. Das Flag kann die Ausprägung „0“ oder „1“ annehmen. Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Kennzeichnung im Sinne einer Auffälligkeit. Ein Feldwert mit der Ausprägung „1“ weist auf eine im Rahmen der Qualitätssicherung festgestellte Auffälligkeit hin. **Es wird empfohlen, Datensätze mit der Flagausprägung „1“ nicht in möglichen Auswertungen zu verwenden, sowie alle Datensätze gemäß Satzart DSDDEL aus dem Datenkörper der GSPR 2010 auszuschließen (vgl. Kapitel 5.11).** Diese Surrogat-Schlüsselliste bezieht sich auf Abrechnungsfälle mit deren Diagnosen und Leistungen von Direktabrechnern aus Auftragsgeschäften der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Darüber hinaus werden gemäß Beschluss des EBA in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 bei der Berechnung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, für die der Leistungsbedarf in der Satzart DS202 des Abrechnungsfalles gleich Null ist (für 2008 gilt: Ausprägung von Feld 07 = Feld 08 = Feld 09 = Feld 10 = „0“, für 2009 und 2010 gilt: Ausprägung von Feld 12 = Feld 13 = „0“).

¹⁶ Größenklassen werden anhand der „ANZVER87c4“ jeweils im vierten Quartal des angegebenen Jahres ermittelt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: 500.000 Versicherte und mehr. Die Angabe „Versicherte“ bezieht sich hier auf die Versichertenanzahl der Fusionskasse insgesamt, nicht auf die Anzahl der Stichprobenversicherten.

Im Rahmen der Datenzusammenführung (Matching) kann es zu so genannten Falschmatchern kommen. Bei einem Falschmatcher besteht der Verdacht einer irrtümlichen Zuordnung des Abrechnungsfalls zu einer Person. Anhand von spezifischen GOPs und / oder bestimmten Diagnosen kann auf das vermeintliche Geschlecht des Versichertenpseudonyms geschlossen werden. Stimmt nun das tatsächliche Geschlecht des Versichertenpseudonyms nicht mit dem vermuteten Geschlecht des Versichertenpseudonyms im Abrechnungsfall überein, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte falsch dem Abrechnungsfall zugeordnet wurde. Widersprechen sich die Angaben, so wird der Abrechnungsfall als Falschmatcher bezeichnet. Die Identifikation solcher Abrechnungsfälle wird in Anhang 7.4 ausführlich dokumentiert.

Für jede Teilkasse wird auf jeder Matchingstufe (siehe Kapitel 6.4.4) und für jeden Geburtstagskalendertag nun die Falschmatcherquote bestimmt. Die Quote ist pro Quartal definiert als Quotient aus falsch zugeordneten Abrechnungsfällen und den geschlechtsspezifischen Fällen einer Teilkasse (auf der jeweiligen Matchingstufe und dem Geburtstagskalendertag). Beträgt die Falschmatcherquote einer Teilkasse in mindestens einem der Quartale mehr als 5%, so werden alle Abrechnungsfälle der Kombination Teilkasse, Matchingstufe und für das entsprechende Jahr markiert.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 60.108 Abrechnungsfälle der Satzart DS202 gekennzeichnet, dies entspricht 0,02% aller in der GPSR 2010 berichteten Abrechnungsfälle. Die Kennzeichnung wirkt sich auch auf die Satzart DS201 aus. Dort sind alle Personen-IDs von Versicherten der genannten Teilkassen und Geburtstagskalendertagen im entsprechenden Jahr und für ihre gesamten Versichertenverhältnisse dieses Jahres gekennzeichnet. Aus diesem Grund sind 79.340 Datensätze der Satzart DS201 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung betrifft 17.614 verschiedene Personen-IDs dieser Satzart.

In der folgenden Tabelle 5 werden je Kassenart die Anzahl der markierten Abrechnungsfälle, der Anteil der markierten Abrechnungsfällen an allen Abrechnungsfällen der Kassenart, die Anzahl der betroffenen Teilkassen (ermittelt anhand der Institutionskennzeichen der Satzart DS219), die Anzahl der betroffenen Fusionskassen sowie die distinkten Personen-IDs der Satzart DS201 berichtet.

Kassenart	Anzahl markierte Abrechnungsfälle	Anteil markierte Abrechnungsfälle	Anzahl betroffener Teilkassen (ermittelt anhand IK der Satzart DS219)	Anzahl betroffener Fusionskassen	Anzahl distinkte Personen-IDs der Satzart DS201
AOK	1.093	0,0013%	4	4	643
BKK	11.245	0,0277%	78	37	5.123
EK	28.490	0,0306%	34	5	7.360
IKK	19.136	0,1206%	25	4	4.996
KN	9	0,0001%	1	1	89
LKK	135	0,0051%	1	1	137
Gesamt	60.108	0,0248%	143	52	--

Tabelle 5: Anzahl markierter Abrechnungsfälle wegen Falschmatcherquote größer als 5%, nach Kassenart

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 das Feld Nr. 04 gekennzeichnet ist, dient Dokumentationszwecken.

Einer Teilkasse wird im Feld Nr. 04 die Ausprägung „1“ zugewiesen, wenn Versicherte dieser Teilkasse aufgrund folgender Probleme gekennzeichnet werden: „Falsche Personen-ID“, „Schwachmatcher“ sowie „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“. Bei den beiden erst genannten Problemen („Falsche Personen-ID“, „Schwachmatcher“) werden auch diejenigen Teilkassen markiert, die gleiche Kassensitz-IKs wie betroffene Teilkassen aufweisen, auch wenn sie nicht direkt betroffen sind.

Wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben, werden aufgrund von „Falsche Personen-ID“ und „Schwachmatcher“ teilweise auch die Versicherten ganzer Fusionskassen markiert. In diesem Fall bekommen alle Teilkassen dieser Fusionskassen in der Satzart DS219 eine Auffälligkeitsmarkierung. Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Kennzeichnung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt an, dass für diese Teilkasse weder die Gefahr von „Falsche Personen-ID“, „Schwachmatcher“ noch „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“ besteht. Es ist **keinesfalls** der Rückschluss zu ziehen, dass die Personen der mit der Feldausprägung „0“ gekennzeichneten Teilkassen in der Satzart DS201 nicht markiert wären. Für die Personen von in der Satzart DS219 nicht geflaggt Teilkassen besteht die Möglichkeit, dass sie aus anderen Gründen in der Satzart DS201 markiert sind.

Tabelle 6 weist für die einzelnen Gründe, die in der Satzart DS219 zu einer Markierung 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 ist nicht auszuschließen, dass einzelne Teilkassen aus mehreren Gründen markiert sind. Die Anzahl dieser Teilkassen und der betroffenen Fusionskassen sind in der letzten Zeile der Tabelle ausgewiesen.

Anlass der Markierung	Anzahl markierter Teilkassen	Anzahl markierter Fusionskassen
Ausschließlich „falsche Personen-IDs“	197	4
Ausschließlich „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“	2	keine
Ausschließlich „Schwachmatcher“	289	7
Mehrere Gründe	18	5

Tabelle 6: 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 Institutions-

kennzeichnen einer Fusionskasse und ihrer Rechtsvorgänger werden im Feld Nr. 09 mit der Ausprägung „1“ gekennzeichnet, wenn die Fusionskasse in einem beliebigen Jahr die Probleme „Falsche Personen-ID“ oder „Schwachmatcher“ aufweist (siehe Kapitel 2.3.2).

Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Kennzeichnung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt an, dass für diese Fusionskasse und ihre Rechtsvorgänger weder die Probleme „Falsche Personen-ID“ noch „Schwachmatcher“ bestehen. Es ist **keinesfalls** der Rückschluss zu ziehen, dass die Versicherten der mit der Feldausprägung „0“ gekennzeichneten Fusionskassen in der Satzart DS201 nicht markiert wären. Es lassen sich Fusionskassen finden, deren Versicherten aufgrund anderer Probleme in der Satzart DS201 gekennzeichnet 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 7 aufgeführt.

Name der Fusionskasse	Institutionskennzeichen: Rechtsnachfolger-IK der Satzart DS220	Anlass
mittel	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher; falsche Personen-IDs
klein	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher; falsche Personen-IDs
klein	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
groß	XXXXXXXXXX	falsche Personen-ID
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
mittel	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher; falsche Personen-IDs
mittel	XXXXXXXXXX	falsche Personen-ID
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher; falsche Personen-IDs
groß	XXXXXXXXXX	falsche Personen-ID
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
mittel	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher; falsche Personen-IDs
sehr klein	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
groß	XXXXXXXXXX	Schwachmatcher
klein	XXXXXXXXXX	falsche Personen-ID

Tabelle 7: Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220

(Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

Zusätzlich ist die in der folgenden Tabelle 8 genannte Teilkasse in der Satzart DS220 gekennzeichnet, da von ihr das Problem „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“ ausgeht.

Name der Teilkasse ¹⁷	Institutionskennzeichen: Kassensitz-IK Satzart DS220	Anlass
groß	XXXXXXXXXX	von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert
groß	XXXXXXXXXX	von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert

Tabelle 8: Teilkassen mit Flag in der Satzart DS220

(Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung der GSPR 2010 dargestellt. Es werden Ergebnisse zu den Kennzahlen Lieferquote, Inanspruchnahmequote sowie Ausschöpfungsgrad berichtet.

Lieferquote: Um die Lieferquote zu berechnen werden pro Quartal die in der Satzart DS201 enthaltenen Personen-IDs der jeweiligen Wohnort-KV gezählt, die in diesem Quartal nicht durch Auffälligkeiten gekennzeichnet sind (d.h. nicht die Flagausprägung „1“ aufweisen). Fehlt bei einem Versicherten die Angabe zur Wohnort-KV (z.B. bei Wohnausländern), so wird die Kassenärztliche Vereinigung des Kassensitzes zur Zuordnung zu einem KV-Bereich verwendet. Die so ermittelte Anzahl von Versicherten wird durch die in der „ANZVER87c4“¹⁸ berichtete Anzahl der Versicherten für die betrachtete KV geteilt. Der Zielwert dieser Lieferquote liegt ungefähr zwischen 13,1 bis 13,2 % für die Berichtsjahre 2008 und 2009 bzw. zwischen 19,7 bis 19,8 % für das Berichtsjahr 2010 (zur Erinnerung: es werden für die GSPR 2010 in den Berichtsjahren 2008 und 2009 Versicherte ausgewählt, die an vier verschiedenen Kalendertagen eines jeden Monats Geburtstag haben, für das Berichtsjahr 2010 sind es sechs verschiedene Kalendertage). Werte kleiner als 13,1 % (bzw. 19,7%) ergeben sich, wenn entweder Lieferlücken einzelner Krankenkassen oder eine häufige Kennzeichnung von Auffälligkeiten an den Versicherten-Stammdaten zu verzeichnen sind. Die Lieferquoten¹⁹ geben damit den Stichprobenumfang an der Grundgesamtheit an, wenn – wie empfohlen – auf die Verwendung der mit „1“ (Auffälligkeiten) markierten Datensätze verzichtet wird.

Tabelle 9 gibt die Lieferquoten der einzelnen KV Bereiche in den Quartalen 2008/1 bis 2010/4 an. In Tabelle 10 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

¹⁷ Auffindbare Bezeichnung in der Kostenträgerstammdatei des deutschen Ärzteverlages für das KVK-IK der Spalte 2. Wenn kein Name vorliegt, wird auf den verfügbaren Namen einer größeren Einheit dieser Teilkasse zurückgegriffen.

¹⁸ Zahl der Versicherten, die anhand der Datenlieferungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009 ermittelt werden.

¹⁹ Wenn man zur Ermittlung der Quoten die aufgefüllten Datensätze (Flag=2) wertet, nicht aber die auffälligen (Flag=1), ist der Begriff einer „Lieferquote“ nicht ganz passend; korrekter wäre „Ausschöpfungsquote netto“.

Lieferquote aufweisen, sowie der Anteil der Versicherten, die diese Fusionskassen aufweisen, abgebildet.

Die beschriebenen Lieferquoten, die die Anzahl nur der gelieferten Versicherten ohne Auffälligkeitsmarkierung zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse ins Verhältnis setzen, können auch als Netto-Ausschöpfungsquote interpretiert werden. In Ergänzung dazu werden in Tabelle 11 auch diejenigen Lieferquoten 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. Tabelle 11 berichtet die ursprünglichen Lieferquoten der Fusionskassen. Wiederum sind die Fusionskassen in vier Gruppen eingeteilt.

Inanspruchnahmequote: Weiterhin wird die so genannte Inanspruchnahmequote berichtet. Zwar werden allen in der GSPR 2010 berichteten Fällen eine Personen-ID zugeordnet, aber natürlich weist nicht jeder der in den Versicherten-Stammdaten berichteten Versicherten in jedem Quartal auch mindestens einen Abrechnungsfall auf.

Die Inanspruchnahmequoten der Tabelle 12 geben pro KV und Quartal den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten der GSPR 2010 an. Wiederum werden zur Berechnung der Quote nur Versicherte und Abrechnungsfälle einbezogen, die keine Markierung „1“ (Auffälligkeiten) in der Satzart DS201 bzw. DS202 aufweisen. Wohnausländer sind in dieser Auswertung nicht berücksichtigt.

Ausschöpfungsgrad: Der Ausschöpfungsgrad setzt den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten der GSPR 2010 (also einer Stichprobe) ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten. Datengrundlage für den kollektivvertraglichen Leistungsbedarf aller Versicherten im Jahr 2008 sind die sogenannten „ARZTRG87c4“ Daten (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung bzw. in seiner 185. Sitzung) und die sogenannten „ARZTRG87aKA“ Daten (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung bzw. in seiner 263. Sitzung) für den kollektivvertraglichen Leistungsbedarf des Berichtszeitraums 2009–2010. Die „ANZVER87c4“ wird wiederum für die Anzahl der Versicherten verwendet. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als Eins zeigt damit an, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der GSPR 2010 kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten. Der Leistungsbedarf wird unter Berücksichtigung des Orientierungswertes in Euro umgerechnet (der Leistungsbedarf im Kalenderjahr 2008 wird unter Berücksichtigung eines Orientierungswertes in Höhe von 3,5001 Cent umgerechnet). Zur Berechnung des Ausschöpfungsgrades werden nur Versicherte einbezogen, die keine Markierung „1“ (Auffälligkeiten) in der Satzart DS201 aufweisen. Wohnausländer sind in dieser Auswertung nicht berücksichtigt.

Tabelle 13 gibt die Ausschöpfungsgrade der einzelnen KV Bereiche in den Quartalen 2008/1 bis 2010/4 an. In Tabelle 14 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 Fusi-

onskassen, die einen solchen Ausschöpfungsgrad aufweisen, sowie der Anteil der Versicherten, die diese Fusionskassen aufweisen, abgebildet.

Wohnort-KV/ Quartal	20081	20082	20083	20084	20091	20092	20093	20094	20101	20102	20103	20104
Baden-Württemberg	12,39%	12,41%	12,43%	12,37%	12,45%	12,44%	12,46%	12,41%	18,66%	18,81%	18,69%	18,64%
Bayern	12,81%	12,80%	12,85%	12,80%	12,98%	12,96%	12,96%	12,90%	19,41%	19,49%	19,39%	19,30%
Berlin	12,92%	12,91%	12,97%	12,93%	13,18%	13,15%	13,16%	13,14%	19,67%	19,82%	19,62%	19,53%
Brandenburg	12,90%	12,90%	12,90%	12,89%	13,04%	13,01%	13,01%	13,09%	19,47%	19,77%	19,35%	19,25%
Bremen	12,76%	12,77%	12,83%	12,79%	12,85%	12,81%	12,85%	12,96%	18,97%	19,05%	19,09%	19,08%
Hamburg	13,32%	13,30%	13,42%	13,36%	13,61%	13,60%	13,61%	13,58%	19,54%	19,64%	19,55%	19,45%
Hessen	12,92%	12,94%	12,98%	12,96%	13,14%	13,11%	13,13%	13,10%	19,25%	19,47%	19,28%	19,18%
Mecklenburg-Vorpommern	12,80%	12,79%	12,78%	12,75%	12,86%	12,84%	12,84%	12,96%	18,71%	19,00%	18,58%	18,53%
Niedersachsen	12,81%	12,84%	12,90%	12,88%	12,99%	12,97%	12,99%	13,09%	19,14%	19,57%	19,38%	19,27%
Nordrhein	12,89%	12,88%	12,91%	12,88%	13,16%	13,13%	13,15%	13,12%	18,95%	19,06%	18,96%	18,87%
Rheinland-Pfalz	12,41%	12,41%	12,44%	12,40%	12,59%	12,54%	12,57%	12,55%	18,12%	18,21%	18,12%	18,02%
Saarland	13,09%	13,08%	13,12%	13,08%	13,03%	12,97%	12,96%	12,96%	18,34%	18,53%	18,42%	18,33%
Sachsen	13,11%	13,11%	13,14%	13,10%	13,09%	13,07%	13,08%	13,12%	18,55%	18,70%	18,48%	18,43%
Sachsen-Anhalt	12,95%	12,94%	12,95%	12,90%	12,95%	12,92%	12,92%	13,01%	18,25%	18,55%	18,17%	18,11%
Schleswig-Holstein	12,75%	12,74%	12,82%	12,77%	12,48%	12,46%	12,48%	12,43%	19,10%	19,19%	19,06%	18,95%
Thüringen	13,12%	13,13%	13,12%	13,07%	13,06%	13,05%	13,07%	13,13%	18,48%	18,76%	18,41%	18,33%
Westfalen-Lippe	12,98%	12,98%	13,01%	12,98%	13,14%	13,13%	13,15%	13,10%	18,94%	19,02%	18,91%	18,83%

Tabelle 9: Lieferquote nach KV-Bereichen (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Farbskala: Werte kleiner als 13,1% (19,7% im Berichtsjahr 2010) sind in rot eingefärbt. Die Rotschattierung wird stärker, je kleiner die berichtete Lieferquote ist. Werte größer als 13,1% (19,7%) sind blau eingefärbt. Die Blauschattierung wird stärker, je größer die Lieferquote ist. Lieferquoten, die sich im erwarteten Bereich um 13,1% bzw. 19,7% im Berichtsjahr 2010 befinden, sind nicht eingefärbt.

	Soll um mehr als relative 10 vH unterschritten	Soll geringfügig unterschritten	im Sollbereich	Soll überschritten	Soll um mehr als relative 10 vH unterschritten	Soll geringfügig unterschritten	im Sollbereich	Soll überschritten
Quartal	Anzahl Fusionskassen				Anteil Versicherte			
		11,9%	12,9%			11,9%	12,9%	
Lieferquote:	<11,9%	-12,9%	-13,3%	>13,3%	<11,9%	-12,9%	-13,3%	>13,3%
20081	5	56	71	16	2%	45%	48%	4%
20082	4	55	75	14	11%	39%	46%	4%
20083	3	54	72	19	11%	38%	35%	17%
20084	3	58	75	12	11%	38%	47%	4%
20091	6	35	81	26	1%	33%	36%	29%
20092	6	37	80	25	1%	33%	48%	17%
20093	6	34	75	33	1%	36%	32%	31%
20094	6	36	82	24	1%	32%	52%	14%
		17,7%	19,3%			7,7%	19,3%	
Lieferquote:	<17,7%	-19,3%	-19,9%	>19,9%	<17,7%	-19,3%	-19,9%	>19,9%
20101	14	26	68	40	9%	20%	55%	16%
20102	14	18	58	58	10%	15%	41%	35%
20103	14	20	66	48	10%	27%	34%	29%
20104	13	25	72	38	10%	28%	33%	29%

Tabelle 10: Lieferquote der Fusionskassen (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

	Soll um mehr als relative 10 vH unterschritten	Soll geringfügig unterschritten	im Sollbereich	Soll überschritten	Soll um mehr als relative 10 vH unterschritten	Soll geringfügig unterschritten	im Sollbereich	Soll überschritten
Quartal	Anzahl Fusionskassen				Anteil Versicherte			
Ursprüngliche Lieferquote:	<11,9%	11,9% -12,9%	12,9% -13,3%	>13,3%	<11,9%	11,9% -12,9%	12,9% -13,3%	>13,3%
20081	5	40	79	24	2%	34%	54%	10%
20082	4	41	84	19	21%	15%	54%	10%
20083	3	37	75	33	10%	25%	39%	26%
20084	3	45	81	19	10%	25%	59%	5%
20091	4	31	75	38	0%	32%	33%	35%
20092	6	30	79	33	2%	32%	35%	31%
20093	4	30	71	43	0%	34%	26%	40%
20094	4	31	81	32	0%	31%	34%	36%
Lieferquote:	<17,7%	17,7% -19,3%	19,3% -19,9%	>19,9%	<17,7%	17,7% -19,3%	19,3% -19,9%	>19,9%
20101	3	9	46	90	0%	11%	48%	41%
20102	3	7	33	105	0%	8%	42%	50%
20103	3	8	34	103	0%	20%	30%	50%
20104	2	10	43	93	0%	20%	34%	46%

Tabelle 11: ursprüngliche Lieferquote der Fusionskassen (inklusive der als auffällig markierte Versicherte, aber ohne aufgefüllte Versicherten-Stammdaten), Quartal 2008/1–2010/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Wohnort-KV/Quartal	20081	20082	20083	20084	20091	20092	20093	20094	20101	20102	20103	20104
Baden-Württemberg	73,16%	72,27%	69,98%	72,29%	74,13%	70,68%	69,32%	73,37%	69,69%	68,98%	67,87%	69,86%
Bayern	74,66%	74,10%	72,19%	74,22%	76,10%	69,63%	68,51%	72,15%	67,47%	67,01%	65,74%	66,75%
Berlin	71,04%	70,88%	69,01%	71,54%	73,09%	70,76%	70,26%	73,97%	71,87%	71,21%	70,40%	72,66%
Brandenburg	73,34%	72,78%	71,35%	74,19%	75,45%	72,68%	72,45%	76,59%	74,19%	73,27%	72,96%	75,29%
Bremen	72,71%	72,80%	70,77%	73,00%	74,72%	71,74%	71,35%	74,87%	73,19%	72,49%	71,97%	73,56%
Hamburg	70,42%	69,97%	68,28%	70,66%	71,94%	70,14%	69,27%	72,67%	71,91%	71,68%	70,75%	72,50%
Hessen	73,81%	73,14%	71,37%	73,25%	75,11%	72,51%	72,03%	75,61%	73,50%	73,01%	72,23%	73,96%
Mecklenburg-Vorpommern	74,01%	73,75%	71,88%	74,78%	76,27%	73,53%	72,98%	77,21%	74,25%	73,74%	73,16%	75,63%
Niedersachsen	73,45%	73,03%	71,19%	73,44%	75,18%	72,04%	71,94%	75,45%	72,60%	72,98%	72,50%	74,11%
Nordrhein	72,52%	72,08%	69,95%	72,79%	73,60%	71,49%	71,07%	74,34%	72,85%	72,26%	71,33%	72,97%
Rheinland-Pfalz	74,05%	73,36%	71,77%	73,48%	75,74%	72,55%	72,44%	75,57%	74,01%	73,17%	72,69%	74,03%
Saarland	74,04%	73,50%	71,97%	73,79%	75,43%	73,11%	73,42%	75,80%	74,69%	73,96%	73,75%	74,72%
Sachsen	74,14%	74,13%	72,34%	75,04%	75,81%	73,69%	73,21%	77,78%	74,60%	74,22%	73,79%	76,08%
Sachsen-Anhalt	74,19%	74,03%	72,66%	75,42%	75,87%	73,68%	73,87%	77,69%	74,96%	74,51%	74,55%	76,85%
Schleswig-Holstein	72,54%	71,54%	70,33%	72,57%	74,48%	71,59%	71,38%	75,11%	72,81%	71,55%	71,50%	72,75%
Thüringen	74,53%	74,28%	72,35%	74,73%	76,13%	73,55%	73,28%	77,46%	74,94%	74,15%	74,01%	76,14%
Westfalen-Lippe	73,26%	72,59%	70,58%	73,58%	74,72%	72,28%	72,00%	75,37%	73,42%	72,69%	72,15%	73,88%

Tabelle 12: Inanspruchnahmequote nach KV-Bereichen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer

Wohnort-KV/Quartal	20081	20082	20083	20084	20091	20092	20093	20094	20101	20102	20103	20104
Baden-Württemberg	0,9759	0,9779	0,9781	0,9799	0,9866	0,9856	0,9837	0,9857	0,9796	0,9801	0,9821	0,9800
Bayern	0,9906	0,9932	0,9948	0,9983	1,0064	1,0129	1,0116	1,0104	0,9947	0,9970	1,0052	1,0086
Berlin	0,9731	0,9769	0,9761	0,9746	0,9731	0,9740	0,9741	0,9755	0,9786	0,9840	0,9841	0,9835
Brandenburg	1,0147	1,0080	1,0127	1,0154	0,9895	0,9877	0,9885	0,9859	0,9951	0,9952	0,9988	0,9989
Bremen	0,9855	0,9862	0,9856	0,9917	0,9787	0,9840	0,9838	0,9858	0,9837	0,9939	0,9922	0,9958
Hamburg	0,9376	0,9357	0,9385	0,9405	0,9342	0,9433	0,9452	0,9426	0,9658	0,9695	0,9654	0,9665
Hessen	0,9744	0,9739	0,9765	0,9763	0,9731	0,9758	0,9751	0,9749	0,9810	0,9825	0,9816	0,9833
Mecklenburg-Vorpommern	0,9996	1,0053	1,0085	1,0185	0,9906	0,9977	0,9921	0,9887	0,9880	0,9858	0,9869	0,9857
Niedersachsen	0,9813	0,9813	0,9806	0,9840	0,9801	0,9806	0,9801	0,9813	0,9684	0,9833	0,9822	0,9845
Nordrhein	0,9712	0,9708	0,9679	0,9730	0,9680	0,9715	0,9730	0,9765	0,9777	0,9789	0,9773	0,9781
Rheinland-Pfalz	0,9873	0,9890	0,9883	0,9873	0,9896	0,9897	0,9900	0,9939	0,9982	0,9979	0,9967	0,9980
Saarland	0,9784	0,9839	0,9817	0,9787	0,9869	0,9853	0,9812	0,9787	0,9938	0,9962	0,9981	0,9991
Sachsen	0,9901	0,9909	0,9933	0,9920	0,9919	0,9918	0,9947	0,9918	1,0016	1,0050	1,0055	1,0056
Sachsen-Anhalt	1,0035	1,0046	1,0081	1,0041	0,9799	0,9898	0,9917	0,9922	1,0078	1,0069	1,0054	1,0016
Schleswig-Holstein	0,9792	0,9832	0,9853	0,9854	0,9927	0,9912	0,9852	0,9899	0,9831	0,9827	0,9832	0,9812
Thüringen	0,9846	0,9891	0,9946	0,9997	0,9952	0,9990	0,9916	0,9879	0,9956	1,0020	1,0024	1,0063
Westfalen-Lippe	0,9929	0,9918	0,9909	0,9940	0,9943	0,9964	0,9974	0,9978	0,9999	1,0016	1,0013	1,0026

Tabelle 13: Ausschöpfungsgrad nach KV-Bereichen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer

Quartal/ Ausschöpfungsgrad:	Anzahl Fusionskassen ²⁰				Anteil Versicherte			
	<0,94	0,94-0,98	0,98-1,02	>1,02	<0,94	0,94-0,98	0,98-1,02	>1,02
20081	28	55	50	15	2%	30%	66%	2%
20082	35	53	46	14	2%	28%	68%	2%
20083	25	57	48	18	1%	30%	66%	2%
20084	31	51	45	21	2%	14%	76%	8%
20091	26	41	61	20	2%	23%	68%	8%
20092	22	40	59	27	2%	23%	67%	8%
20093	23	36	69	20	2%	21%	70%	7%
20094	29	24	67	28	2%	13%	77%	7%
20101	23	47	58	17	2%	17%	80%	1%
20102	17	30	75	23	1%	5%	91%	4%
20103	20	51	58	16	2%	14%	77%	7%
20104	20	40	68	18	2%	17%	74%	7%

Tabelle 14: Ausschöpfungsgrad der Fusionskassen, Quartal 2008/1–2010/4. Auswertung ohne Wohnausländer

²⁰ Im Berichtsjahr 2010 liegen der Auswertung durch den Ausschluss der markierten Versicherten bzw. durch nicht gelieferte Daten Informationen von weniger als 148 Fusionskassen zu Grunde.

3 Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2010

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 (siehe Kapitel 6.5) oder – wenn die Probleme zwar identifizierbar, aber nicht lösbar waren – die problembehafteten Datensätze gekennzeichnet worden (siehe Kapitel 2.3). **Es wird empfohlen, die gekennzeichneten Datensätze (Flagausprägung „1“) nicht in Auswertungen einzubeziehen.**

Im Folgenden werden die vier genannten Probleme ausgeführt. In Kapitel 3.2 und 3.3 werden dann Hinweise auf Einschränkungen bei der Auswertung ausgewählter Fragestellung gegeben.

Probleme in den ursprünglich gelieferten Daten

Alle KV-Bereiche sind von den problematischen Datenlieferungen von Teilkassen betroffen. Problematisch ist es, wenn die Versicherten einer Teilkasse vollständig fehlen, wenn die Lieferquoten für einzelne Quartale oder für den gesamten Berichtszeitraum unter den geplanten 13,15 % bzw. unter 19,72 % liegen. Besonders problematisch ist dies, wenn es sich hierbei um Teilkassen von Fusionskassen mit einem hohen Anteil von Versicherten innerhalb einzelner KV-Bereiche handelt.

Ein weiteres – wenn auch nicht so bedeutsames – Problem ist die unter Umständen falsche Pseudonymisierung der arzt- und kassenseitig gelieferten Versichertennummern. Diese falsche Pseudonymisierung wurde – sofern möglich – repariert (siehe Kapitel 6.5.2).

Probleme bei der Datenzusammenführung

Mit dem realisierten Verfahren zur Datenzusammenführung können fast alle, aber nicht alle Fälle sicher den Stichprobenversicherten zugeordnet werden (siehe Kapitel 6.4). Einschränkungen in den Nutzungsmöglichkeiten ergeben sich z.B. dann, wenn Fälle von Versicherten oder die Stammdaten von Versicherten bestimmter Teilkassen mit hohem Versicherungsanteil in einzelnen KV-Bereichen als problembehaftet gekennzeichnet werden müssen und in der Konsequenz aus der Auswertung ausgeschlossen werden sollten. Gründe für die Kennzeichnung von Personen sind „nicht eindeutige Personen-IDs“, „falsche Personen-IDs“, die Verwendung von „Dummy-Personen-IDs“, „kollidierende Personen-IDs“, eine „künstliche Absenkung der Inanspruchnahme“, die Probleme „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ und „von Fusion betroffene Versicherte werden erst Fusion übermittelt“ sowie „Schwachmatcher“ (siehe Kapitel 2.3.2). Grund für die Kennzeichnung von Abrechnungsfällen einzelner Teilkassen ist eine zu hohe Quote von Falschmatchern (d.h. die abgerechneten

Leistungen und/oder Diagnosen eines Falles lassen sich nicht mit dem Geschlecht des Versicherten in Einklang bringen, siehe Kapitel 2.3.3).

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 bereit gestellten 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 §§ 73b, 73c oder §140a SGB V sind nur Angaben aus KV-Abrechnungen eingeschlossen. Dadurch können bei bestimmten Versicherten größere Daten- bzw. Informationslücken vorhanden sein.

Kapitel 0 gibt Nutzungshinweise zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern.

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-Bereiche nicht repräsentativ ist. Lücken entstehen z.B. aufgrund nicht-liefernder Krankenkassen bzw. durch Daten, die zwar geliefert wurden, fachlich aber nicht korrekt sind. Diese wurden entsprechend gekennzeichnet, d.h. bei Nicht-Verwendung dieser Datensätze wird weiteres Stichprobenmaterial aus einer möglichen Auswertung ausgeschlossen.

Da der Auswahlsatz der Stichprobe lediglich gut 13% für die Berichtsjahre 2008 und 2009 bzw. knapp 20 % für das Berichtsjahr 2010 beträgt und dieser in der GSPR 2010 auch nicht vollständig erreicht wird²¹, ist zu beachten, dass für alle Betriebsstätten (Praxen) die große Mehrzahl der Abrechnungsfälle in der GSPR 2010 nicht enthalten ist. Betriebsstättenbezogene Auswertungen weisen somit nennenswerte Stichprobenfehler auf; Praxen mit nennenswerten Anteilen von Fremdfällen (Patienten aus anderen KV-Bereichen) können in der nach Wohnort von Versicherten regional aufgeteilten GSPR 2010 grob unvollständig repräsentiert sein, eventuell sogar in ihrer Patientenstruktur verzerrt.

Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe, in der es aufgrund der durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlichen Ausschlusskennzeichnungen von Versicherten zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe gekommen ist, im Vergleich zur KM6-Statistik sicherzustellen, verwendet der Bewertungsausschuss gemäß Be-

²¹ Die arztseitigen Datenlieferungen weisen zwar eine sehr hohe Vollständigkeit auf, in der GSPR 2010 sind sie allerdings aus drei Gründen nicht mehr unbedingt vollständig wiedergegeben: Nicht gematchte Fälle sind in der GSPR 2010 nicht enthalten; gematchte Fälle, denen ausschließlich eine Personen-ID aus dem Jahr 2007 zugeordnet werden kann sind nicht enthalten; „Fremdfälle“ sind in der GSPR 2010 der Wohnort-KV des Patienten enthalten, aber nicht in der GSPR 2010 der Arztsitz-KV.

schluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten demografische Hochrechnungsfaktoren. Eine genauere Beschreibung der demografischen Hochrechnungsfaktoren findet sich in Kapitel 3.4.

3.2 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche

In allen KV-Bereichen fehlen Teilkassen mit ihren entsprechenden Versicherten bzw. sind diese als problembehaftet gekennzeichnet; das Versorgungsgeschehen ist daher 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 gekennzeichneten Versicherten die Repräsentativität der Stichprobe beeinflussen. Jegliche Schlussfolgerungen aus Kassen- oder Kassenart-übergreifenden 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-Bereichen) bedarf einer vorsichtigen Interpretation. Wenn gerade die Versicherten einer Fusionskasse, die in einem KV-Bereich einen höheren Anteil an Versicherten als in anderen KV-Bereichen aufweist, aus der Auswertung ausgeschlossen werden müssen, kann der Vergleich von Kennzahlen zwischen KV-Bereichen zu falschen Schlussfolgerungen führen. Auch ist zu beachten, dass Selektivvertragsteilnehmer, deren Abrechnungsdaten nicht vollständig vorliegen, sich nicht über alle KV-Bereiche gleichermaßen verteilen.

3.3 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung

Der vorliegende Datenkörper umfasst Informationen aus den Jahren 2008 bis 2010. Es ist damit also theoretisch möglich, Veränderungsdaten von Kennzahlen für diesen Zeitraum zu berechnen. Wie bereits ausgeführt, sind aufgrund von Problemen diverse Datensätze gekennzeichnet worden, die in Auswertungen nicht verwendet werden sollten. Die Kennzeichnung 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 gekennzeichnet 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 Demographische Hochrechnungsfaktoren

Im vorliegenden Kapitel werden ausschließlich die vom Bewertungsausschuss zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendeten demographischen Hochrechnungsfaktoren kurz beschrieben. Nicht näher eingegangen wird auf die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate. Wie in Kapitel 1.2 ausgeführt, ist eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate auf der Landesebene anhand der GSPR 2010 nicht vorgesehen. Die Hochrechnungsfaktoren sind nicht Bestandteil der GSPR 2010.

Bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate je KV erfolgen gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 eine Gewichtung der relativen Risikowerte der Personen mit der Anzahl der Versichertenquartale und eine Gewichtung mit den der Person im jeweiligen Diagnosejahr zugeordneten demografischen Hochrechnungsfaktoren. Die Hochrechnungsfaktoren stehen dabei in Abhängigkeit zum Alter und Geschlecht (AG) und zum Wohnort (KV) 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

$$n_{AG,KV,Jahr} = \frac{1}{4} \sum_{IDNO \in \{AG,KV,Jahr\}} ANZAHL_VERS_QUARTALE_{IDNO}$$

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Jahr}$ werden bestimmt nach Durchführung aller beschlossenen Ausschlüsse. Die Anzahl der Versicherten gemäß ANZVER87c4 werden für das jeweilige Jahr als durchschnittliche Anzahl seiner vier Quartale bestimmt. Grundlage der Berechnungen sind die Daten der KM6 für die Jahre 2009 und 2010, wie sie dem Institut des Bewertungsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt wurden und die Daten der jeweils aktuellsten Fassung der ANZVER87c4 2009 und ANZVER87c4 2010, sowie sie der GKV-Spitzenverband an das Institut geliefert hat.

4 Hinweise zur Nutzung der GSPR 2010

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 Fall-Datensätzen der Satzart DS202 ein. Schließlich wird der Umgang mit neu gemeldeten Versicherten sowie der vom Bewertungsausschuss in seiner 283. Sitzung beschlossene Ausschluss von Geburtstagskalendertagen aus der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate beschrieben.

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

Versichertenorientierte Auswertungen unter Einbezug von Kassenwechslern

Das Datenmodell der GSPR 2010 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 Selektivvertragsteilnehmer, siehe Kapitel 0).

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 dieser Periode 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 Leistungsquartals).
- Auswahl der Diagnosen (Satzart DS203) und Gebührenordnungspositionen (Satzart DS210) zu den ausgewählten Abrechnungsfällen der Satzart DS202 (und damit zu den ausgewählten Versicherten) verknüpft durch das Surrogat (künstlicher Schlüssel zur

Identifikation des Abrechnungsfalls) 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 Kapitel 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 einer Periode eine Auffälligkeitsmarkierung aufweisen (DS201-Feld „Flag“ = 1) sollten für Auswertungen nicht herangezogen werden (siehe Kapitel 2.3.2);** Abrechnungsfälle aus dieser Periode mit Auffälligkeitsmarkierungen (DS202-Feld „Flag“ = 1) sollten für Auswertungen ebenfalls nicht herangezogen werden, wobei sämtliche Versicherte mit entsprechend gekennzeichneten Fällen bereits auch selbst gekennzeichnet wurden (siehe Kapitel 2.3.3).
- Flags in den Satzarten DS219 oder DS220 sollten nicht automatisch zum Ausschluss führen (siehe Kapitel 2.3.4 und 2.3.5).
- Der Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern ist in Kapitel 0 beschrieben.

Versicherte, die innerhalb eines Quartals ihre Kasse wechseln, weisen für dieses Quartal in der Satzart DS201 üblicherweise zwei Datensätze 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 DS202²²) 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, Gebührenordnungspositionen zum Versicherten durch die gewählte Abfragetechnik keine Vervielfachung erzeugt.

²² Dies ist allerdings je nach Auswertungszeitraum aufgrund des quartalsübergreifenden Matchings nicht immer vollständig möglich.

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

Nutzungshinweise zu Diagnosen-Datensätze der Satzart DS203:

- Diagnose-Datensätze wurden aus der ursprünglichen Lieferung der Ärzteseite ohne Änderungen für die GSPR 2010 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 ICD10-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.
- Die Ausschlussliste für Abrechnungsfälle der Satzart DSDEL verweist auf Diagnosedatensätze der Satzart DS203, die auszuschließen sind.
- Abrechnungsfälle der Satzart DS202 mit Leistungsbedarf gleich Null verweisen auf Diagnosedatensätze der Satzart DS203, die auszuschließen sind.

GOP-Datensätze 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 sind und dass die Verknüpfung in Einzelfällen mehrdeutig ist (Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO bei derselben GOP).
- Abrechnungsfälle von Versicherten aus dem betreffenden KV-Bereich, die bei Ärzten anderer KV-Bereiche anfielen („Fremdfälle“) können regionale GOPs anderer KV-Bereiche beinhalten; diese GOPs sind in der GOP-Stammdatei DS215 des KV-Wohnortbereichs ggf. nicht enthalten.
- Die Ausschlussliste für Abrechnungsfälle der Satzart DSDEL verweist auf GOP-Datensätze der Satzart DS210, die auszuschließen sind.
- Abrechnungsfälle der Satzart DS202 mit Leistungsbedarf gleich Null verweisen auf GOP-Datensätze der Satzart DS210, die auszuschließen sind.

Nutzungshinweise zu den Leistungsbedarfsangaben in der Satzart DS202:

Für das Kalenderjahr 2008 berechnen sich die Beträge in den Feldern Punktzahlsumme ambulant (Feld 07), Punktzahlsumme stationär (Feld 08), Kosten ambulant (Feld 09), Kosten stationär (Feld 10) der Satzart DS202 als Summe der Wertangaben der EBM-Leistungen bzw. regional vereinbarter Leistungen des jeweiligen Behandlungsfalles (als Kombination der Ausprägungen der Einträge in den Feldern Behandlungsart und KzWert für jede Leistung des Behandlungsfalles in der Satzart DS210).

Im Unterschied dazu weisen die Beträge der Felder Punktzahlsumme ambulant, Punktzahlsumme stationär, Kosten ambulant, Kosten stationär in der Satzart DS202 ab Kalenderjahr 2009 nur noch die Summen der EBM-Leistungen des jeweiligen Behandlungsfalles aus. Die Summe der Leistungsbedarfe von EBM-Leistungen und regional vereinbarten Leistungen sind ab dem Kalenderjahr 2009 in den Feldern LB_EURO_GO_ambulant (Feld 12) sowie LB_EURO_GO_stationär (Feld 13) hinterlegt.

Zur Ermittlung des Leistungsbedarfes eines Versicherten im Kalenderjahr 2007 und 2008 sind die Einträge in den Feldern Punktzahlsumme ambulant (Feld 07), Punktzahlsumme stationär (Feld 08), Kosten ambulant (Feld 09), Kosten stationär (Feld 10) in der Satzart DS202 unter Berücksichtigung eines Umrechnungspunktwertes (bspw. Orientierungswert) als Summe zu bilden.

Zur Ermittlung des Leistungsbedarfes eines Versicherten ab Kalenderjahr 2009 sind die Einträge in den Feldern LB_EURO_GO_ambulant (Feld 12) und LB_EURO_GO_stationär (Feld 13) in der Satzart DS202 unter Berücksichtigung eines Umrechnungspunktwertes (bspw. Orientierungswert) als Summe zu bilden.

Nutzungshinweise zu den Abrechnungsfällen der Satzart DS202:

Vor der Ermittlung des Leistungsbedarfes eines Versicherten sind die Abrechnungsfälle gemäß der Satzart DSDEL in der Satzart DS202 und die damit verknüpften Einträge der Satzart DS210 auszuschließen (vgl. Kapitel 2.3.3 und Kapitel 5.11). Darüber hinaus werden gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 bei der Berechnung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, für die der Leistungsbedarf in der Satzart DS202 des Abrechnungsfalles gleich Null dokumentiert ist (für 2008 gilt: Ausprägung von Feld 07 = Feld 08 = Feld 09 = Feld 10 = „0“, für 2009 und 2010 gilt: Ausprägung von Feld 12 = Feld 13 = „0“).

Nutzungshinweise zum Ausschluss neu gemeldeter Versicherter:

Als neu gemeldete Versicherte werden Versicherte definiert, deren lebenslange Versichertennummer im jeweiligen Vorjahr in der Geburtstagsstichprobe nicht vorhanden ist. Neugeborene des laufenden Jahres werden bei dieser Prüfung nicht mit einbezogen.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 werden bei einer Krankenkasse die neu gemeldeten Versicherten des Jahres 2009 und des Jahres 2010 aus den Berechnungen zur Ermittlung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V ausgeschlossen, wenn für die Krankenkasse folgende drei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

1. Das Verhältnis der distinkten lebenslangen Versichertennummern von neu gemeldeten Versicherten zur Zahl der distinkten lebenslangen Versichertennummern aller Versicherten einer Krankenkasse im Jahr 2010 ist kleiner als 0,5% oder größer als 2,5%.

UND

2. Die Inanspruchnahmequote²³ der neu gemeldeten Versicherten des Jahres 2010 ist kleiner als 55% oder größer als 85%.

UND

3. Die Zahl der neu gemeldeten Versicherten im Jahr 2010 ist größer als 1.000.

Nach Korrektur der Datengrundlage bzgl. des Ausschlusses neu gemeldeter Versicherter wird für diese Versicherten den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bzw. den Gesamtvertragspartnern eine PersonenID-Ausschlussliste (Satzart DS283BA) gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, Teil A, Abschnitt II. festgelegten Datenlieferweg übermittelt.

Nutzungshinweis zum Ausschluss von Geburtstagskalendertagen:

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 gehen in die Berechnungen zur Ermittlung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V alle Versicherten mit Geburtstag an den Kalendertagen 3, 10, 17, 24 ein. Die Versicherten mit Geburtstag an den Kalendertagen 4 und 11 (also die für 2010 neu hinzu gekommenen Kalendertage) werden nicht verwendet.

Die oben erwähnte PersonenID-Ausschlussliste (Satzart DS283BA) umfasst auch die Pseudonyme der Versicherten mit den für 2010 erstmals erhobenen Geburtstagen 4 und 11.

4.2 Nutzungshinweise zum Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern

Beginnend mit der zweiten Jahreshälfte 2008 sind Selektivverträge gemäß §§ 73b, 73c oder §140a SGB V abgeschlossen worden, die nicht über die regionale Kassenärztliche Vereini-

²³ Zur Definition der Inanspruchnahmequote siehe Anhang 7.1.

gung abgerechnet werden. Für Versicherte, die an derartigen Selektivverträgen (SV) teilnehmen, sind weder Abrechnungsfälle aus selektivvertraglicher Behandlung noch Diagnosen, die erst während dieser Behandlung gestellt werden, in der GSPR 2010 enthalten.

Aus diesen Gründen empfiehlt sich bei vielen Auswertungen der Ausschluss von SV-Teilnehmern, insbesondere hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung vom 19./25. Juni 2012 sowie in seiner 30. Sitzung vom 15./30. August 2012 beschlossen, dass Selektivvertragsteilnehmer in einer spezifischen Abgrenzung aus den Berechnungen zur Ermittlung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V ausgeschlossen werden.

Die gemäß der Anlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung vom 19./25. Juni 2012 abgegrenzte Menge der Selektivvertragsversicherten wird wie folgt identifiziert:

Eine Person gilt als Selektivvertragsteilnehmer, wenn diese mindestens einen Datensatz in der Satzart DS201 aufweist, der in Feld 12 den Wert „2“ dokumentiert hat oder der in Feld 12 den Wert „3“ und gleichzeitig in Feld 14 einen der Werte „52“ oder „71“ dokumentiert hat.

Darüber hinaus werden im Beschluss der 30. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 15./30. August 2012 weitere Identifikationsmerkmale für Selektivvertragsteilnehmer festgelegt, so dass ggf. weitere Versicherte von den Berechnungen zur Ermittlung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V ausgeschlossen werden. Nach Korrektur der Datengrundlage bzgl. des Ausschlusses der Selektivvertragsteilnehmer wird für die durch *diese weiteren Identifikationsmerkmale* zusätzlich ausgeschlossenen Selektivvertragsteilnehmer den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bzw. den Gesamtvertragspartnern eine PersonenID-Ausschlussliste (Satzart DSSVT) gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, Teil A, Abschnitt II. festgelegten Datenlieferweg übermittelt.

4.3 Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern

Verknüpfung über Versicherte oder Betriebsstätten

Die Identifikationsmerkmale für Versicherte und Betriebsstätten (Praxen) sind durch eine mehrfache Pseudonymisierung anonymisiert worden (siehe Kapitel 6.3.2). Dieses Verfahren ist spezifisch für die GSPR 2010. Verknüpfungen von Personen (Versicherte) oder Betriebsstätten zu anderen Datenkörpern sind somit nicht möglich, auch nicht zur GSPR 2007–2009.

Verknüpfung über Institutionskennzeichen der Krankenkassen

Verknüpfungen der Institutionskennzeichen der Krankenkassen (z.B. Rechtsnachfolge-IK in den Satzarten DS201 und DS202) sind grundsätzlich auch zu anderen Datenkörpern möglich (z.B. mit den IKs der Versichertenstatistik ANZVER87c4). Voraussetzung ist dafür in der Regel, dass die IKs in externen Datenkörpern auf denselben Fusionsstand gebracht werden wie die Institutionskennzeichen in der GSPR 2010 (13. Februar 2012); inwieweit die bereit gestellten

Satzarten DS219 und DS220 hierzu ausreichend sind, wäre für jeden externen Datenkörper vorab zu prüfen.

Nutzungshinweis für Vergleiche mit der ANZVER87c4-Statistik: Sowohl die Zählungen der Versicherten als auch die Abgrenzung der Versicherten sind in der GSPR 2010 und der ANZVER87c4 nicht exakt gleich. Bei Vergleichen ist auch der Auswahlatz der Geburtstagsstichprobe zu beachten (Faustregel: 13,15 % Jahrgang 2008–2009; 19,72 % Jahrgang 2010).

Leistungssegmentierung (MGV / EGV)

Um Leistungsbedarfe aus der Satzart DS210 zu gliedern, beispielsweise nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetärer Vergütung (EGV), sind externe Listen heranzuziehen. Eine bundeseinheitliche Zuordnungsliste zwischen Gebührenordnungspositionen und Leistungssegmenten ist zuletzt durch den Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 beschlossen worden (Beschluss zur Änderung²⁴ des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V). Die in diesem Beschluss aufgeführte Zuordnungsliste ist grundsätzlich auch auf die Abrechnungsdaten der GSPR 2010 (Satzart DS210) anwendbar. Zu beachten ist dabei, dass bei der Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten die Zuordnung MGV/EGV in einem Punkt von der Zuordnungsliste im genannten Beschluss abweicht: Im gleichen Beschluss wird festgelegt, dass bei der Berechnung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) *aller* Arztgruppen als extrabudgetäre Leistungen behandelt werden, nicht nur die probatorischen Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen.

Die vom Bewertungsausschuss beschlossene Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu Leistungssegmenten trifft allerdings keine Aussage über die Vergütung dieser Leistungen als Teil der MGV oder EGV im Jahr der Abrechnung. Abgrenzungen zwischen MGV und EGV, die für die durch die GSPR 2010 bereit gestellten Berichtszeiträume zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbart wurden oder die für aktuelle Vereinbarungszeiträume in Verhandlung sind, sind dem Institut nicht bekannt.

²⁴ Der Änderungsbedarf am Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25.06.2012 zur Abgrenzung der MGV/EGV für die Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten ist dadurch entstanden, dass der Bewertungsausschuss in einem Beschluss vom 22. Oktober 2012 zusätzlich empfiehlt, die Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2) aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen der Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V in die extrabudgetäre Vergütung zu überführen. Aus diesem Grund war die Zuordnung des Leistungssegments „A5“ anzupassen (neue Zuordnung: EGV) sowie das Leistungssegment PROB (Zuordnung EGV) einzuführen.

5 Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2010

Kommentierte Anlage zu Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 265. Sitzung am 07. November 2011

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der nach Wohnortprinzip aufbereiteten Geburtstagsstichprobe für die Jahrgänge 2008–2010 von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses und die Gesamtvertragspartner.

5.1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jeden Versicherten wird je Quartal, in dem er versichert war, je Krankenkasse, Versichertennummer und PersonenID 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 ab 2010 einbezogen.

Versichertennummern sind nach dem „Verfahren zur Pseudonymisierung von Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert und werden durch die Datenstelle vor der Übermittlung mittels RIPEMD-160 (mind. 12-stelliges Kennwort) nochmals anonymisiert.

Zuordnung nach KV-Bereichen: Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten wird die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes verwendet. Sollten die Angaben im letzten Quartal mehrdeutig sein, wird die Person der KV mit den meisten Versichertentagen zugewiesen, bei noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuweisung behelfsweise über die aufsteigende Rangfolge des Versichertennummernpseudonyms und ggf. des Institutionskennzeichens.

Primärschlüssel: Die Felder 01, 02, 03 und 05 identifizieren einen Datensatz eindeutig (Primärschlüsseleigenschaft).

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	KVK-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen	IK wie in der an die Datenstelle des Bewertungsaus-schusses gelieferten Satzart 201 angegeben. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten die kassenseitigen Empfänger die Daten-sätze 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, so dass der Primärschlüssel nicht verletzt ist (siehe Kapitel 2.2).
03	Pseudonymisierte Versicherten-nummer	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätz-liche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der kassenspezifischen Versichertennummer.	
04	2. Pseudonymi-sierte Versicher-ten-nummer	K	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätz-liche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der alternativen kassenspezifischen Versicher-tennummer.	Das Feld ist immer leer.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	PersonenID	M	40	alphanum	<p>Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der PersonenID.</p> <p>Für jede natürliche Person ist die PersonenID eindeutig und über den gesamten Zeitraum aller Datenlieferungen hinweg konstant.</p>	<p>Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 werden für die Berechnungen zur Ermittlung der Veränderungs-raten gemäß § 87a Abs. 5 SGB V alle neu gemeldete Versicherten der Jahre 2009 und 2010 ausgeschlossen, d.h. auch Versicherte mit Geburtstag an den Kalendertagen 4 und 11 (= die für 2010 neu hinzu gekommenen Kalendertage), wobei diese Vorgabe nicht für Neugeborene des jeweiligen Jahres gilt.</p> <p>Nach Korrektur der Datengrundlage bzgl. des Ausschlusses neu gemeldeter Versicherte wird für diese Versicherten den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bzw. den Gesamtvertragspartnern eine PersonenID-Ausschlussliste (Satzart DS283BA) gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, Teil A, Abschnitt II. festgelegten Datenlieferweg übermittelt.</p>
06	Anzahl Versichertentage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal	
07	Geschlecht	M	1	alphanum.	<p>f = female (weiblich)</p> <p>m = male (männlich)</p>	
08	Geburtsjahr	M	4	numerisch	<p>Geburtsjahr im Format JJJJ;</p> <p>Versicherte, die im Kalenderjahr 2007 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1912.</p> <p>Versicherte, die im Kalenderjahr 2008 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1913.</p> <p>Versicherte, die im Kalenderjahr 2009 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1914.</p> <p>Versicherte, die im Kalenderjahr 2010 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1915.</p>	<p>Grund ist die Anonymisierung der >95jährigen, die insbesondere in kleinen KV-Bereichen möglicherweise identifizierbar sein könnten. Das Alter wird dafür folgendermaßen ermittelt: Kalenderjahr des Versicherungsquartals minus Kalenderjahr des Geburtsquartals.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
09	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	
10	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst	
11	Kennzeichen Selektivvertrags-teilnehmer	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c oder §140a SGB V teilgenommen hat, dessen Versorgungsauftrag (vollständig oder teilweise) durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen erbracht wurde und der nicht ausschließlich Add-On-Leistungen umfasst: 1 = ja 0 = nein	Bei Verwendung der Information dieses Feldes sollten die Anmerkungen zu Feld Nr. 12 zur Kenntnis genommen werden.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
12	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	<p>Für den Fall, dass in Feld 12 der Wert „1“ übermittelt wird, ist anzugeben, ob die selektivvertragliche Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung oder im Wege der Direktabrechnung außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.</p> <p>1 = Abrechnung über die KV 2 = Abrechnung außerhalb der KV 3 = Abrechnungsweg nicht feststellbar</p> <p>Anmerkung: Das Kennzeichen „1“ wurde gesetzt, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig über die KV erfolgt und somit vollständiger Bestandteil der Satzarten DS202, DS203 und DS210 ist.</p> <p>Das Kennzeichen „2“ wurde gesetzt, wenn die Abrechnung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen erbrachten selektivvertraglichen Leistungen vollständig oder teilweise außerhalb der KV im Wege der Direktabrechnung erfolgt und somit nicht vollständiger Bestandteil der Satzarten DS202, DS203 und DS210 ist.</p>	<p>Redaktionelle Korrektur des Inhalts: Richtig muss es heißen: Für den Fall, dass in Feld 11 der Wert „1“ übermittelt wird.</p> <p>Eine Person wird in den Jahren 2008 bis 2010 von den Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungs-raten ausgeschlossen, wenn diese Person mindestens einen Datensatz in dieser Satzart aufweist, der in Feld 12 einen selektivvertraglichen Abrechnungsweg außerhalb der KV dokumentiert hat oder der in Feld 12 einen nicht feststellbaren selektivvertraglichen Abrechnungsweg und gleichzeitig in Feld 14 als Wohnort-KV die Angabe Bayern oder Baden-Württemberg dokumentiert hat.</p> <p>Darüber hinaus wurden im Beschluss der 30. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 15./30. August 2012 weitere Identifikationsmerkmale für Selektivvertragsteilnehmer festgelegt. Für die durch diese weiteren Identifikationsmerkmale ausgeschlossenen Selektivvertragsteilnehmer wird eine PersonenID-Ausschlussliste (Satzart DSSVT) übermittelt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
13	Flag	M	1	numerisch	<p>falls im Rahmen der QS für diesen Versicherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde</p> <p>2 = Datensatz aus Fehlwertersatz</p> <p>1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten)</p> <p>0 = keine Kennzeichnung</p>	<p>1 : Datensatz sollte nicht verwendet werden (Empfehlung)</p> <p>2: Datensatz fehlte in der Lieferung der Kasse, wurde jedoch von Datenstelle des BAs ergänzt. Siehe dazu Kapitel 6.5.3.</p> <p>Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund einer oder mehrerer der folgenden Auffälligkeiten (siehe dazu Kapitel 2.3.2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht eindeutige Personen-ID • falsche Personen-ID • Dummy Personen-ID • kollidierende Personen-ID • künstliche Absenkung der Inanspruchnahme • Versicherte einer Teilkasse matchen nicht • von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion übermittelt • Schwachmatcher

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
14	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten ist die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes anzugeben:</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p>	<p>Jeder Datensatz bekommt die Wohnort-KV nach der Postleitzahl des letzten verfügbaren Datensatzes der Person zugeordnet.</p> <p>Liegt die Postleitzahl nicht vor, so wird die Kassensitz-KV aus ANZVER des letzten in der DS220 angegeben Fusionsstandes verwendet. Dies gilt auch für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, sofern entsprechende Daten geliefert wurden.</p> <p>Sollten die Angaben im letzten Quartal mehrdeutig sein, wird die Person der KV mit den meisten Versichertentagen zugewiesen, bei noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuweisung behelfsweise über die aufsteigende Rangfolge des Versichertennummernpseudonyms und ggf. des Institutionskennzeichens.</p> <p>Diese WOP-KV wird im Feld 14 für alle Datensätze der PersonenID eingetragen.</p>
15	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	<p>IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe.</p>	<p>Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten die kassenseitigen Empfänger 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 (siehe dazu Kapitel 2.2).</p>

5.2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä bzw. § 25 EKV von Versicherten bzw. betreuten Personen (§ 264 SGB V) der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgreich ein Datensatz aus SA DS201 zugeordnet werden konnte.

Primärschlüssel: Das Feld 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig und verknüpft die Satzart DS202 (KV-Fall) mit der Satzart DS203 (Diagnosen) und der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen). Die Felder 01, 05 und 06 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 07 bis 13 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	Leistungsquartal	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.	IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten die kassenseitigen Empfänger 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 (siehe dazu Kapitel 2.2).
03	pseudonymisierte Versicherten- nummer	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der kassenspezifischen Versichertennummer.	
04	Surrogat	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation	Hinweis: Surrogat-Schlüsselliste DSDEL (s. Kapitel 5.11) zur Identifikation von nachträglich auszuschließenden Abrechnungsfällen.
05	Betriebsstätten- pseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR). Bei Fällen, denen im Feld 06 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird das Betriebsstättenpseudonym durch den Wert „F...FFxxx“ (37 mal F) ersetzt, dabei bezeichnet „xxx“ die dreistellige Fachgruppenzuordnung der Betriebsstätte.	Die für den Zeitraum 1/2008 bis 2/2008 existierende Abrechnungsnummer einer Praxis wurde auf die jeweils entsprechende Betriebsstättennummer (BSNR) gültig ab 2/2008 übergeleitet. Die Längsschnitteigenschaft der BSNR erstreckt sich damit auf den Zeitraum 2008–2010.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
06	KV-Nummer	M	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte:</p> <p>00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschiedenen sind</p> <p>01 = Schleswig-Holstein</p> <p>02 = Hamburg</p> <p>03 = Bremen</p> <p>17 = Niedersachsen</p> <p>20 = Westfalen-Lippe</p> <p>38 = Nordrhein</p> <p>46 = Hessen</p> <p>51 = Rheinland-Pfalz</p> <p>52 = Baden-Württemberg</p> <p>71 = Bayern</p> <p>72 = Berlin</p> <p>73 = Saarland</p> <p>78 = Mecklenburg-Vorpommern</p> <p>83 = Brandenburg</p> <p>88 = Sachsen-Anhalt</p> <p>93 = Thüringen</p> <p>98 = Sachsen</p>	
07	Punktzahlsumme ambulant	M	≤ 13	numerisch	<p>Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut EBM; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für ambulante Leistungen in Zehntelpunkten</p>	<p>Leistungsjahr 2008: EBM-Leistungen und regional vereinbarte Leistungen, die in Punkten vereinbart sind.</p> <p>Ab Leistungsjahr 2009: Originäre EBM-Leistungen, die im Druckwerk zum EBM in Punkten angegeben sind (d.h. grundsätzlich alle Kapitel des EBM außer Euro-Leistungen des Kap. 32 und außer Kap. 40)</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
08	Punktzahlsumme stationär	M	≤ 13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut EBM; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für stationäre Leistungen von Vertragsärzten in Zehntelpunkten	Leistungsjahr 2008: EBM-Leistungen und regional vereinbarte Leistungen, die in Punkten vereinbart sind. Ab Leistungsjahr 2009: Originäre EBM-Leistungen, die im Druckwerk zum EBM in Punkten angegeben sind (d.h. grundsätzlich alle Kapitel des EBM außer Euro-Leistungen des Kap. 32 und außer Kap. 40)
09	Kosten ambulant	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut EBM; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für ambulante Leistungen in Cent	Leistungsjahr 2008: EBM-Leistungen und regional vereinbarte Leistungen, die in Euro / Cent vereinbart sind. Ab Leistungsjahr 2009: Originäre EBM-Leistungen, die im Druckwerk zum EBM in Euro / Cent angegeben sind (d. h. grundsätzlich Euro-Leistungen des Kap. 32 und Kap. 40)
10	Kosten stationär	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut EBM; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für stationäre Leistungen von Vertragsärzten in Cent	Leistungsjahr 2008: EBM-Leistungen und regional vereinbarte Leistungen, die in Euro / Cent vereinbart sind. Ab Leistungsjahr 2009: Originäre EBM-Leistungen, die im Druckwerk zum EBM in Euro / Cent angegeben sind (d.h. grundsätzlich Euro-Leistungen des Kap. 32 und Kap. 40)
11	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen	
12	LB_EURO_GO ambulant	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für ambulante Leistungen in Cent 0, wenn Quartal < 2009/1	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
13	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung; nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor RLV-Anwendung für stationäre Leistungen von Vertragsärzten in Cent 0, wenn Quartal < 2009/1	
14	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym, aus Satzart DS201 Feld 05 übernommen.	
15	Wohnort-KV	M	2	alphanum	Wohnort_KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 14 übernommen.	Der Verweis auf die DS201 in der Erläuterung bezieht sich auf den Datensatz des gematchten Versicherten, wobei dessen Versicherungsquartal nicht notwendig mit dem Leistungsquartal übereinstimmen muss.
16	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund von Falschmatchern, d.h. die Zuordnung zu den Geschlechtsklassen ist bei vielen Fällen widersprüchlich (Verdacht auf irrtümliche Zuordnungen). Siehe dazu Kapitel 2.3.3.

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

Dateiinhalt:

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

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 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	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS203"	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Diagnosen von Nachtragsfällen aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.	IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten die kassenseitigen Empfänger 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 (siehe dazu Kapitel 2.2).
03	pseudonymisierte Versicherten- nummer	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der kassenspezifischen Versichertennummer.	
04	Surrogat	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Surrogat" in KV-Fall	Hinweis: Surrogat-Schlüsselliste DSDEL (s. Kapitel 5.11) zur Identifikation von nachträglich auszu-schließenden Abrechnungsfällen.
05	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die distinkten Diagnosen, beginnend mit „1“	Redaktionelle Korrektur des Inhalts: Die Angabe, dass sich der Diagnosezähler auf distinkte Diagnosen bezieht, ist falsch. Richtig muss es heißen: „Zähler für die dokumentierten Diagnosen, beginnend mit „1“.
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe des Diagnose-Codes	Ist der durch den Vertragsarzt kodierte Diagnose-Code. 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 nach DS213.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
07	Diagnosesicherheit	M	1	alphanum.	A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Krankheit	
08	Seitenlokalisierung	M	1	alphanum.	B = beides L = links R = rechts O = ohne Angabe	Für die vertragsärztliche Versorgung ist die Angabe der Seitenlokalisierung eines ICD-Codes optional. Der Feldwert „O“ entspricht keiner offiziellen Kennzeichnung lt. ICD-10-GM, sondern dient der technischen Überleitung einer leeren Feldausprägung im Feld 8.

5.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:

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

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 04 und 05 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft). Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 04 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 08 und 12 sind ganzzahlig zu übermitteln.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant "DS210"	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Gebührenordnungspositionen von Nachtragsfällen aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.	IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten die kassenseitigen Empfänger 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 (siehe dazu Kapitel 2.2).
03	pseudonymisierte Versicherten- nummer	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der kassenspezifischen Versichertennummer.	
04	Surrogat	M	≤ 16	alphanum.	aus Feld "Surrogat" in KV-Fall	Hinweis: Surrogat-Schlüsselliste DSDEL (s. Kapitel 5.11) zur Identifikation von nachträglich auszu-schließenden Abrechnungsfällen.
05	GOP-Zähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Leistungen des Falles beginnend mit „1“	
06	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig	
07	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, so oft wurde obige Gebührenordnungsposition in dem Behandlungsfall abgerechnet.	
08	Leistungsbedarf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07 an.	
09	KzWert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 08: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = sonst	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Behandlungsart	M	1	numerisch	Gibt die Art der Abrechnung der GOP an: 1 = ambulant 2 = stationär	Stationär bedeutet, dass die GOP einem belegärztlichen Abrechnungsfall zugeordnet ist.
11	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall	
12	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 07 0, wenn Quartal < 2009/1	

5.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Leistungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Leistungsquartal 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.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02, und 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).

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 "DS211"	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	Betriebsstätten-pseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR).	Die für den Zeitraum 1/2008 bis 2/2008 existierende Abrechnungsnummer einer Praxis wurde auf die jeweils entsprechende Betriebsstättennummer (BSNR) gültig ab 2/2008 übergeleitet. Die Längsschnitteigenschaft der BSNR erstreckt sich damit auf den Zeitraum 2008–2010.
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
04	Fachgruppe	M	3	alphanum.	Fachgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeitsschwerpunkt; Bezeichnung gem. WBO (Bundesarztregister Anlage 4)	Siehe dazu Anhang 7.5.
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend 9 = Ermächtigt	
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 (Primärschlüssel-Eigenschaft).</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	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	numerisch	Konstant "DS213"	Redaktionelle Korrektur der Feldeigenschaft: Richtig ist alphanumerisch.
01	Gültigkeits-zeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Codes	
02	ICD-10-Code	M	≥ 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	≤ 200	alphanum.	Klartext des ICD-10-Codes	
04	Notationskenn-zeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !	

5.7 Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

Dateiinhalt:

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, 02, 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).

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	numerisch	konstant "DS215"	Redaktionelle Korrektur der Feldeigenschaft: Richtig ist alphanumerisch.
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung: 1 = BMÄ 2 = E-GO	
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	GOP-Wert ambulant	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 Euro-Gebührenordnung in Cent 0, falls Quartal < 20091	
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent 0, falls Quartal < 20091	

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, mit ggf. mehreren Hauptkassen-IKs. Dabei existiert zu jedem KVK-IK genau ein Hauptkassen-IK und zu jedem Hauptkassen-IK genau ein 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 Insitutitonskennzeichen	
02	Hauptkassen-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Hauptkassen-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)	Das Hauptkassen-IK hat in der gegenwärtigen Lieferung keine eigenständige Bedeutung, sondern bezieht sich auf die Schnittstellenbeschreibung der ursprünglichen Datenlieferung.
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)	
04	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund der Gefahr von „Falsche Personen-ID“, „Schwachmatcher“ sowie „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“. 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 Kapitel 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 den Feldern 01 und 08 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 JJJMMTT	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagesgenau	
04	Gültig bis	M	8	numerisch JJJMMTT	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge, „99991231“ falls aktuell gültig	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	Rechtsnachfolger-IK	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des Rechtsnachfolgers ggfs. das Kassensitz-IK aus Feld 01	
06	Rechtsnachfolger-Name	M	< 101	alphanum.	Name des Kostenträgers aus Feld 05	
07	Rechtsnachfolger-Kassenart	M	≤ 4	alphanum.	AOK = Ortskrankenkassen BKK = Betriebskrankenkassen IKK = Innungskrankenkassen LKK = Landwirtschaftliche Krankenkassen KBS = Knappschaft / Seekasse EK = Ersatzkassen	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
08	Fusionsstufe	M	≤ 2	numerisch	<p>1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 05-07 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt.</p> <p>2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger.</p> <p>3: Die Kasse ist fusioniert, der direkte Rechtsnachfolger auch. Es gibt eine Fusionskette mit zwei Rechtsnachfolgern. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger.</p> <p>4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.</p>	
09	Flag	M	1	numerisch	<p>Falls im Rahmen der QS für dieses Kassensitz-IK mind. 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 der folgenden Auffälligkeiten: „Falsche Personen-ID“, „Schwachmatcher“ sowie „von Fusion betroffene Versicherte werden erst ab Fusion geliefert“.</p> <p>Flag-Ziel sind Versichertenverhältnisse (Satzart DS201), welche sich jeweils über die Satzart DS219 diesem Kassensitz-IK zuordnen lassen. Siehe dazu Kapitel 2.3.5.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes, nur angegeben für den aktuellen Rechtsnachfolger zum Lieferzeitpunkt:</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p>	

5.10 Festlegungen zur Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner

5.10.1 Arztseitig

Je Quartal, KV und Satzart wird eine separate Datei mit der Dateinamenskennung Satzart_Quartal_KV_Lieferdatum.Endung übermittelt, wobei folgende Formate eingehalten sind:

- Satzart fünfstellig alphanumerisch (DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219; DS220),
- KV zweistellig alphanumerisch (01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)
- Quartal fünfstellig numerisch (20081, 20082, ..., 20104),
- Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJJMMTT) und
- Endung entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskennung 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

5.10.2 Kassenseitig

Wegen der großen Datenmengen werden die Daten soweit möglich nach Quartal, KV, Kassenart und Satzart aufgeteilt in separaten Dateien geliefert. Dabei wird folgende Dateinamenskonvention angewendet: Satzart_Quartal_KV_Kassenartkürzel_Lieferdatum.Endung

Folgende Formate werden eingehalten:

- Satzart - fünfstellig alphanumerisch (DS201, DS202, DS203, DS210, DS211, DS213, DS215, DS219, DS220)
- KV - zweistellig alphanumerisch (01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)
- Quartal - fünfstellig numerisch (20081, 20082, ..., 20104)
- Kassenartkürzel - zwei- oder dreistellig (AOK, BKK, IKK, LKK, KBS, EK)
- Lieferdatum - achtstellig numerisch (JJJJMMTT)
- Endung - entweder .zip (vor Entschlüsselung) oder .csv (nach Entschlüsselung).

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskonvention lautet DS213_JJJJ_00_Lieferdatum.Endung (mit JJJJ=20080,20090 oder 20100)

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.

5.11 Surrogat-Schlüsselliste zum nachträglichen Ausschluss von Datensätzen der Satzart DS202, DS203 und DS210

5.11.1 Datensatzbeschreibung für Surrogat-Schlüsselliste DSDEL

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Surrogat-Schlüsselliste zur Identifikation aller Abrechnungsfälle mit ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von Direktabrechnern aus Auftragsgeschäften der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die aus ausgelieferten Datensätzen der Satzarten DS202, DS203 und DS210 der GSPR 2010 nachträglich auszuschließen sind.</p> <p>Zuordnung nach KV-Bereichen: Für jeden KV-Bereich wird eine Surrogat-Schlüsselliste geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</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 „DSDEL“	Satzart zur Kennzeichnung von Datensätzen, die aus der GSPR 2010 nachträglich auszuschließen sind.
01	Surrogat	M	≤ 16	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation	Schlüssel zur Identifikation von Datensätzen in den Satzarten DS202, DS203 und DS210
02	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
03	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten ist die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes anzugeben:</p> <p>01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen</p>	Wohnort_KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 14 übernommen.

5.11.2 Dateinamenskonventionen für Surrogat-Schlüsselliste DSDEL

Je KV wird eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention Satzart_KV_Lieferdatum.Endung übermittelt, wobei folgende Formate eingehalten werden:

- Satzart - fünfstellig alphanumerisch (DSDEL),
- KV - zweistellig alphanumerisch (01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)
- Lieferdatum - achtstellig numerisch (JJJMMTT) und
- Endung - entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

5.12 PersonenID-Ausschlussliste gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung

5.12.1 Datensatzbeschreibung für PersonenID-Ausschlussliste DS283BA

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Jahresspezifische Schlüsselliste zur Identifikation von PersonenIDs, die aufgrund von Lieferlücken einzelner Krankenkassen bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Zuordnung nach KV-Bereichen: Für jeden KV-Bereich wird eine Liste mit PersonenIDs geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Die Felder 01 und 02 identifizieren einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).</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	7	alphanum.	konstant „DS283BA“	Satzart zur Kennzeichnung von pseudonymisierten Versichertennummer, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung auszuschließen sind..
01	Jahr	M	4	numerisch	Jahr, in dem der Versicherte für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht berücksichtigt wird.	
02	PersonenID	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung 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.	Schlüssel zur Identifikation von Datensätzen in der Satzart DS201

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
03	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten ist die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes anzugeben: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	Wohnort_KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 14 übernommen.

5.12.2 Dateinamenskonventionen für PersonenID-Ausschlussliste DS283BA

Je Wohnort-KV wird eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention Satzart_KV_Lieferdatum. Endung übermittelt, wobei folgende Formate eingehalten werden:

- Satzart - siebenstellig alphanumerisch (DS283BA),
- Wohnort-KV - zweistellig alphanumerisch (01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)
- Lieferdatum - achtstellig numerisch (JJJJMMTT) und
- Endung - entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

5.13 PersonenID-Ausschlussliste gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung

5.13.1 Datensatzbeschreibung für PersonenID-Ausschlussliste DSSVT

Dateiinhalte:
Abgrenzung: Schlüsselliste zur Identifikation von PersonenIDs bei denen eine Selektivvertragsteilnahme vermutet wird.
Zuordnung nach KV-Bereichen: Für jeden KV-Bereich wird eine Liste mit PersonenIDs geliefert.
Primärschlüssel: Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).
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 „DSSVT“	Satzart zur Kennzeichnung von pseudonymisierten Versichertennummer bei denen eine Selektivvertragsteilnahme vermutet wird.
01	PersonenID	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung 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.	Schlüssel zur Identifikation von Datensätzen in der Satzart DS201

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
02	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Wohnort-KV des Versicherten ist die Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung des Kassensitzes anzugeben: 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	Wohnort_KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 14 übernommen.

5.13.2 Dateinamenskonventionen für PersonenID-Ausschlussliste DSSVT

Je Wohnort-KV wird eine separate Datei mit der Dateinamenskonvention Satzart_KV_Lieferdatum. Endung übermittelt, wobei folgende Formate eingehalten werden:

- Satzart - fünfstellig alphanumerisch (DSSVT),
- Wohnort-KV - zweistellig alphanumerisch (01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, 51, 52, 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98)
- Lieferdatum - achtstellig numerisch (JJJJMMTT) und

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 2010 zu Grunde liegende Versichertenstichprobe (auch Geburtstagsstichprobe (GSP) genannt) vorgestellt. Dazu wird kurz auf die Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur bundesweiten Geburtstagsstichprobe eingegangen (Kapitel 6.2). Anschließend wird die Übermittlung der Daten der GSP an die Datenstelle des Bewertungsausschusses skizziert, insbesondere wird auf das Pseudonymisierungsverfahren eingegangen. Bestandteil dieses Kapitels ist außerdem eine Aufzählung der Satzarten der GSP (Kapitel 6.3). Das Kapitel 6.4 beschreibt detailliert den Zusammenführungsprozess der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten („Matching“). In Kapitel 6.5 wird schließlich kurz auf verbleibende Mängel in der GSP hingewiesen und erläutert, wie mit Ihnen umgegangen wird. Das Kapitel 6.6 schlägt den Bogen zur GSPR 2010.

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 werden pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten, Kostenträgerstammdaten sowie vertragsärztliche Abrechnungsdaten übermittelt. Die Übermittlung bezieht sich dabei auf eine Versichertenstichprobe von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bereichen für den Zeitraum 1. Quartal 2007 bis 4. Quartal 2008. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2007–2008 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats des Geburtsdatums des Versicherten/Patienten zu Grunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2007 sind nicht mehr Bestandteil der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010. Die GSPR 2010 umfasst die Daten der Geburtstagsstichproben 2008–2010.

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 1/2009 bis 4/2009. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2009 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats des Geburtsdatums des Versicherten/Patienten zu Grunde.

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 1/2010 bis 4/2010. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2010 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen

der 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats des Geburtsdatums des Versicherten/Patienten zu Grunde.

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 ihre Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. deren Rechtsnachfolger oder deren 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. Diese schlüsselt jeder Betriebsstätte die Fachgruppe nach Tätigkeitsschwerpunkt (Bezeichnung gemäß WBO - Bundesarztregister Anlage 4) zu. 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 Jahrgänge 2007 bis 2010. Für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgt erstmals eine turnusmäßige Erweiterung der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einer Schlüssel-erweiterung.

Für weitergehende Informationen zum verwendeten Pseudonymisierungsverfahren siehe Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

6.3.3 Satzarten der GSP

Alle Informationen, die in der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 (GSPR 2010), die den Gesamtvertragspartner zur Verfügung gestellt wird, enthalten sind, basieren auf den Daten der GSP. In der GSP erfolgt weder eine Trennung nach Wohnort-Prinzip noch eine Maskierung von kassenartfremden Institutionskennzeichen bzw. KV-fremden Betriebsstättennummern vorgenommen, außerdem gibt es hier einen pseudonymisierten Arztbezug der Abrechnungsdaten (enthalten in den Satzarten 210 und 212 ab Quartal 3/2008).

Die Geburtstagsstichproben 2007/2008/2009/2010 enthalten jeweils folgende Satzarten²⁵:

- Satzart 201: Versicherten-Stammdaten
- Satzart 202: Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)
- Satzart 203: Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)
- Satzart 204: Operationen/Prozeduren der vertragsärztlichen Behandlung
- Satzart 210: Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung
- Satzart 211: Betriebsstättenverzeichnis
- Satzart 212: Arztverzeichnis
- 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 Personen. Eine Person steht dabei für eine natürliche – im Berichtszeitraum 2007–2010²⁶ in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte – Person, deren pseudonymisierten Versicherten-Stammdaten und ggf. vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in der Geburtstagsstichprobe vorhanden sind. Ziel des Matchingprozesses ist es dabei, allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 eine eindeutige Personen-ID der Satzart 201 („Versicherten-Stammdaten“) zuzuordnen.

²⁵ Die GSP 2007–2008 enthält darüber hinaus eine Satzart 221: Zuordnung der Abrechnungspseudonyme zu Betriebsstättenpseudonymen für das 3. Quartal 2009.

²⁶ Zwar enthält die GSPR 2010 nur Daten des Berichtszeitraums 2008–2010, das im Folgenden beschriebene Matching-Verfahren bezieht aber alle Daten der GSP der Jahre 2007–2010 ein. Dies kann aufgrund eines mehrstufigen Matchingverfahrens, bei dem einem Abrechnungsfall eine Personen-ID auch quartalsübergreifend zugeordnet werden, ggf. relevant sein.

Diejenigen Abrechnungsfälle der Satzart 202, denen keine Personen-ID der Satzart 201 zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil des ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2010. Da die GSPR 2010 die Berichtsjahre 2008–2010 umfasst, werden keine Abrechnungsfälle des Jahres 2007 ausgeliefert. Auch die Abrechnungsfälle der Satzart 202 aus den Berichtsjahren 2008–2010, denen eine Personen-ID der Satzart 201 zugeordnet wurde, die in den Versicherten-Stammdaten ausschließlich im Berichtsjahr 2007 ermittelt werden kann, werden nicht mit der GSPR 2010 ausgeliefert.²⁷ In der GSPR 2010 werden Daten zu GKV-Versicherten mit gematchten Abrechnungsfällen sowie Daten zu GKV-Versicherten ohne Abrechnungsfälle (Non-User) ausgeliefert.

Idealerweise lassen sich für jeden Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID und damit die Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 quartalsbezogen zuordnen. In den folgenden Abschnitten werden Gründe genannt, warum dies nicht immer der Fall ist (Kapitel 6.4.2) und wie durch einen wohldefinierten Matchingprozess versucht wird, die vorhandenen Zuordnungs-Probleme zu lösen (Kapitel 6.4.4).

Wie in Kapitel 6.4.4 ausgeführt wird, erfolgt die Zuordnung der Personen-ID zum Abrechnungsfall ggf. quartalsübergreifend. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass für einen 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. Der Matchingprozess stellt lediglich sicher, dass sich für die einem Abrechnungsfall zugeordnete Personen-ID in mindestens einem²⁸ Quartal die Versicherten-Stammdaten finden lassen.

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 Versichertennummer und Kostenträger also ausreichen, um jedem Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Person der Satzart 201 zuzuordnen.

Die Abrechnungsfälle der Satzart 202 entstammen der ärztlichen Rechnungslegung. In der ärztlichen Rechnungslegung liegen über den Patienten die auf der vom jeweiligen Patienten vorgelegten Krankenversichertenkarte enthaltenen Informationen zum Krankenversicherungskarten-Institutionskennzeichen (KVK-IK) sowie die auf der Karte verzeichneten Versichertennummer vor.

²⁷ Bemerkung: Abrechnungsfälle, bei denen die zugeordnete Personen-ID in den Versicherten-Stammdaten des Berichtszeitraums ab 2008 ermittelt werden kann, die zugehörige Versichertennummer des Abrechnungsfalles allerdings nur in den Versicherten-Stammdaten des Berichtszeitraums 2007, werden ausgeliefert und sind damit Bestandteil der GSPR 2010. Es ist also möglich, dass für einen ausgelieferten Abrechnungsfall der Satzart DS202 zwar Versicherten-Stammdaten der Satzart DS201 zu ermitteln sind, diese aber alle eine vom Abrechnungsfall differierende Versichertennummer aufweisen.

²⁸ Aus diesem Grund, sind diejenigen Abrechnungsfälle, deren zugeordnete Personen-ID sich ausschließlich im Berichtsjahr 2007 finden lässt, nicht Bestandteil der GSPR 2010. Insgesamt werden aus diesem Grund 0,03% der gematchten Abrechnungsfälle der Berichtsjahre 2008–2010 nicht mit der GSPR 2010 ausgeliefert.

Die Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 hingegen entstammen kassenseitiger 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 gültige pseudonymisierte Versichertennummer 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 Krankenversichertenkarte 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 Matchingprozesses

Ziel des Matchingprozesses ist es, möglichst allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 die für den Berichtszeitraum versichertenbezogen eindeutige Personen-ID richtig zuzuordnen. Die Abrechnungsfälle, zu denen keine Personen-ID gefunden wird, sind nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgelieferten und an die Gesamtvertragspartner weitergeleiteten Datenkörpers GSPR 2010.

Bei einem erfolgreichen Matching können den Abrechnungsfällen über die Satzart 201 personenbezogene Attribute zugeordnet werden.

6.4.4 Stufen des Matchingprozesses

Der Matchingprozess erfolgt in vier aufeinander folgenden Stufen. Die jeweils folgende Stufe wird nur dann angewendet, wenn die vorhergehende Stufe kein Ergebnis (kein Matching) erbracht hat. Als Ergebnis wird dabei auch die Erkenntnis bezeichnet, dass sich zu einem Abrechnungsfall keine Versicherten-Stammdaten zuordnen lassen (Non-Match).

Die nicht gematchten Abrechnungsfälle werden nicht an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner übermittelt. Demzufolge sind die in den übermittelten Daten enthaltenen Fallzahlen, Diagnoseangaben, Gebührenordnungspositionshäufigkeiten und Leistungsbedarfe stets kleiner als in den Daten der Geburtstagsstichprobe vollständig enthaltenen Abrechnungsdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

Stufe I: Direktes Matching

Wenn es zu der Kombination aus KVK-IK und pseudonymisierter Versichertennummer eines Abrechnungsfalles aus der Satzart 202 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz aus der Satzart 201 gibt, bei dem das KVK-IK aus Satzart 202 mit dem Melde-IK aus Satzart 201 und die (pseudonymisierte) Versichertennummern aus den beiden Satzarten übereinstimmen, dann wird diesem Abrechnungsfall die Personen-ID dieser Stammdatensätze zugeordnet. Ein Quartalsbezug muss hierbei nicht hergestellt werden, da der GKV-Spitzenverband als Lieferant der Satzart 201 sichergestellt hat, dass alle Datensätze mit gleichem Melde-IK und (pseudonymisierter) Versichertennummer durchgängig für alle berichteten Quartale die gleiche Personen-ID tragen.

Kann keine Personen-ID zugeordnet werden, so wird Stufe II des Matchingprozesses durchgeführt. Auf dieser Stufe I werden also noch keine Datensätze als nicht zuordenbar identifiziert. Ein Non-Match ist auf dieser Stufe damit noch nicht möglich.

Insgesamt sind für alle betrachteten Quartale durch die Matching-Stufe I 58,1 % der Abrechnungsfälle der Satzart 202 Personen-IDs zugeordnet worden (Angabe bezieht sich auf die Abrechnungsfälle der Berichtsjahre 2008–2010).

Stufe II: Indirektes Matching mit Quartalsbezug

Stufe II kommt nur für diejenigen Datensätze zur Anwendung, bei denen Stufe I kein Ergebnis geliefert hat. Die Stufe II wird für einen Abrechnungsfall erfolgreich abgeschlossen, wenn folgende zwei Bedingungen erfüllt sind:

- 1) Für den Abrechnungsfall wird mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz der Satzart 201 gefunden, für den folgende drei Eigenschaften gelten:
 - a) Das Versichertenquartal der Satzart 201 stimmt mit dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles überein.
UND
 - b) Die (pseudonymisierte) Versichertennummer stimmt mit der des Abrechnungsfalles überein.
UND
 - c) 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) – 1c) erfüllenden Versicherten-Stammdatensätze der Satzart 201 weisen dieselbe Personen-ID auf.

Werden keine Versicherten-Stammdatensätze der Satzart 201 gefunden, die die Eigenschaften 1a) – 1c) erfüllen, so kommen weitere Matching-Stufen zum Einsatz.

Werden hingegen mehrere Versicherten-Stammdatensätze der Satzart 201 gefunden, die zwar alle die Eigenschaften 1a) – 1c) erfüllen, allerdings unterschiedliche Personen-IDs aufweisen,

so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (Non-Match) und weitere Matching-Stufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2010.

Insgesamt sind für alle betrachteten Quartale durch die Matching-Stufe II weitere 28,2% der Abrechnungsfälle der Satzart 202 Personen-IDs zugeordnet worden (Angabe bezieht sich auf die Abrechnungsfälle der Berichtsjahre 2008–2010).

Stufe III: Indirektes Matching ohne Quartalsbezug

Stufe III kommt für diejenigen Datensätze zur Anwendung, bei denen die Stufen I und II kein Ergebnis geliefert haben. Die Stufe III entspricht dabei der Stufe II, betrachtet allerdings Versicherten-Stammdatensätze, die zeitlich vor dem Leistungsquartal liegen. 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 gefunden, für den folgende drei Eigenschaften gelten:
 - a) Das Versichertenquartal der Satzart 201 liegt zeitlich vor dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalls.
UND
 - b) Die (pseudonymisierte) Versichertennummer stimmt mit der des Abrechnungsfalls überein.
UND
 - c) 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) – 1c) erfüllenden Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 weisen dieselbe Personen-ID aus.

Werden keine Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 gefunden, die die Eigenschaften 1a) – 1c) erfüllen, so kommt die letzte Matching-Stufe zum Einsatz.

Werden hingegen mehrere Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 gefunden, die zwar alle die Eigenschaften 1a) – 1c) erfüllen, allerdings unterschiedliche Personen-IDs aufweisen, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (Non-Match) und weitere Matching-Stufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2010.

Insgesamt sind für alle betrachteten Quartale durch die Matching-Stufe III weitere 1,7 % der Abrechnungsfälle der Satzart 202 Personen-IDs zugeordnet worden (Angabe bezieht sich auf die Abrechnungsfälle der Berichtsjahre 2008–2010).

Stufe IV: Matching über Fusionen

Die Matching-Stufe IV kommt nur zur Anwendung, wenn die Stufen I, II und III keine Ergebnisse geliefert haben. Durch diese Matching-Stufe 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 eines von den fusionieren Kostenträgern bereits vor der Fusion verwendetes Institutionskennzeichen als auch eines dem neu entstehenden 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. Aus diesem Grund ist diese Stufe des Matching-Prozesses sehr komplex definiert. Im Folgenden wird ein Überblick über die Festlegungen der Stufe IV gegeben, alle Details sind im Anhang unter 7.2 nachzulesen.

Die Stufe IV wird für einen Abrechnungsfall erfolgreich abgeschlossen, wenn folgende zwei Bedingungen erfüllt sind:

- 1) für den Abrechnungsfall wird mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz der Satzart 201 gefunden, für den folgende drei Eigenschaften gelten:
 - a) Das Versichertenquartal der Satzart 201 stimmt mit dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles überein oder liegt zeitlich vor dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles.
UND
 - b) Die (pseudonymisierte) Versichertennummer stimmt mit der des Abrechnungsfalles überein.
UND
 - c) Das Kassensitz-IK, das dem Melde-IK der Satzart 201 (Feld Nr. 02) über die Satzart 219 zugeordnet wurde und das Kassensitz-IK, das dem KVK-IK der Satzart 202 über Satzart 219 zugeordnet wurde, haben einen gemeinsamen Rechtsnachfolger der Satzart 220.
- 2) Alle die Eigenschaften 1a) – 1c) erfüllenden Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 weisen dieselbe Personen-ID aus.

Werden keine Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 gefunden, die die Eigenschaften 1a) – 1c) und 2) erfüllen, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (Non-Match). Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2010.

Insgesamt sind für alle betrachteten Quartale durch die Matching-Stufe IV weitere 9,5 % der Abrechnungsfälle der Satzart 202 Personen-IDs zugeordnet worden (Angabe bezieht sich auf die Abrechnungsfälle der Berichtsjahre 2008–2010).

6.4.5 Matching-Quoten

Die Matching-Quote gibt an, bei welchem Prozentsatz der Abrechnungsfälle der Satzart 202 der Matchingprozess zu einem Matching, also zu einer Zuordnung der Personen-ID, geführt hat. Im Folgenden werden die Matching-Quoten, getrennt nach Quartal und Matching-Stufen (Tabelle 15) bzw. getrennt nach KV-Bereich Tabelle 16 für den vorliegenden Datenkörper berichtet.²⁹ In Tabelle 17 werden die Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten angegeben.

Quartal	Matching-Quote Stufe I	Matching-Quote Stufen I bis II	Matching-Quote Stufen I bis III	Matching-Quote Stufen I bis IV
20081	56,94%	86,28%	87,24%	97,01%
20082	56,86%	86,29%	87,25%	96,92%
20083	57,19%	86,78%	87,78%	97,22%
20084	57,39%	86,63%	87,64%	97,37%
20091	58,47%	87,20%	88,72%	98,24%
20092	58,38%	87,53%	89,08%	98,31%
20093	58,63%	88,01%	89,21%	98,26%
20094	58,50%	88,11%	89,28%	98,29%
20101	57,96%	84,99%	87,33%	96,93%
20102	58,18%	85,21%	87,43%	97,07%
20103	58,49%	85,11%	87,33%	97,01%
20104	58,94%	85,14%	87,35%	96,98%

Tabelle 15: KV-übergreifende Matching-Quoten der einzelnen Stufen je Quartal

Der Rückgang der Matching-Quoten 2010 gegenüber dem Vorjahr 2009 ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass mit den Abrechnungsfällen aus dem Jahr 2010 auch nicht matchfähige Fälle übermittelt wurden, für die keine gültige Versichertennummer, sondern lediglich ein Ersatzwert-Pseudonym vorliegt.

²⁹ Ein Vergleich der hier vorliegenden Matching-Quoten mit denen in der Dokumentation zur GSPR 2009 berichteten ist nicht möglich: Das Matching für die GSPR 2010 wurde mit den Daten der GSP 2007–2010 neu durchgeführt und die Matching-Stufe IV wurde leicht modifiziert. Die Matching-Quoten der beiden regionalen Geburtstagsstichproben unterscheiden sich somit ggf. auch in denjenigen Quartalen, die in beiden Datenkörpern berichtet werden.

KV-Bereich	Matching-Quote	Matching-Quote	Matching-Quote
	quartalsgleich	quartalsübergreifend	total
Baden-Württemberg	96,56%	0,96%	97,51%
Bayern	96,83%	1,05%	97,88%
Berlin	96,48%	1,25%	97,73%
Brandenburg	96,83%	1,15%	97,97%
Bremen	94,98%	1,49%	96,48%
Hamburg	95,36%	1,27%	96,63%
Hessen	95,99%	1,08%	97,08%
Mecklenburg-Vorpommern	94,79%	1,46%	96,24%
Niedersachsen	95,76%	1,34%	97,11%
Nordrhein	95,49%	1,05%	96,54%
Rheinland-Pfalz	94,10%	0,85%	94,95%
Saarland	97,11%	0,76%	97,87%
Sachsen	98,28%	0,64%	98,92%
Sachsen-Anhalt	96,82%	0,97%	97,79%
Schleswig-Holstein	94,39%	2,01%	96,40%
Thüringen	97,75%	0,75%	98,50%
Westfalen-Lippe	96,91%	0,88%	97,79%

Tabelle 16: Matching-Quoten der einzelnen KV-Bereiche, Quartale 2008/1–2010/4

Kassenart	Matching-Quote	Matching-Quote	Matching-Quote
	quartalsgleich	quartalsübergreifend	total
AOK	97,21%	1,33%	98,54%
BKK	95,38%	2,10%	97,48%
EK	96,54%	0,45%	96,99%
IKK	92,00%	1,12%	93,12%
KN	98,09%	0,15%	98,24%
LKK	98,25%	0,22%	98,47%

Tabelle 17: Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten, Quartale 2008/1–2010/4

Bemerkung für die Nutzer der GSPR der Berichtsjahre 2007–2009: Die hier berechneten Matching-Quoten können von denen in der Dokumentation der GSPR 2009 berichteten abweichen. Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen ist das Matching-Verfahren in der Stufe IV etwas modifiziert worden. Zum anderen liegt den Matching-Quoten ein Matching mit den Daten der Jahre 2007–2010 und nicht nur der Jahre 2007–2009 zu Grunde. Da Personen-IDs auch quartalsübergreifend zugeordnet werden können, kann die Hinzunahme des Jahres 2010 zu anderen Matching-Quoten in den Jahren 2008 und 2009 führen.

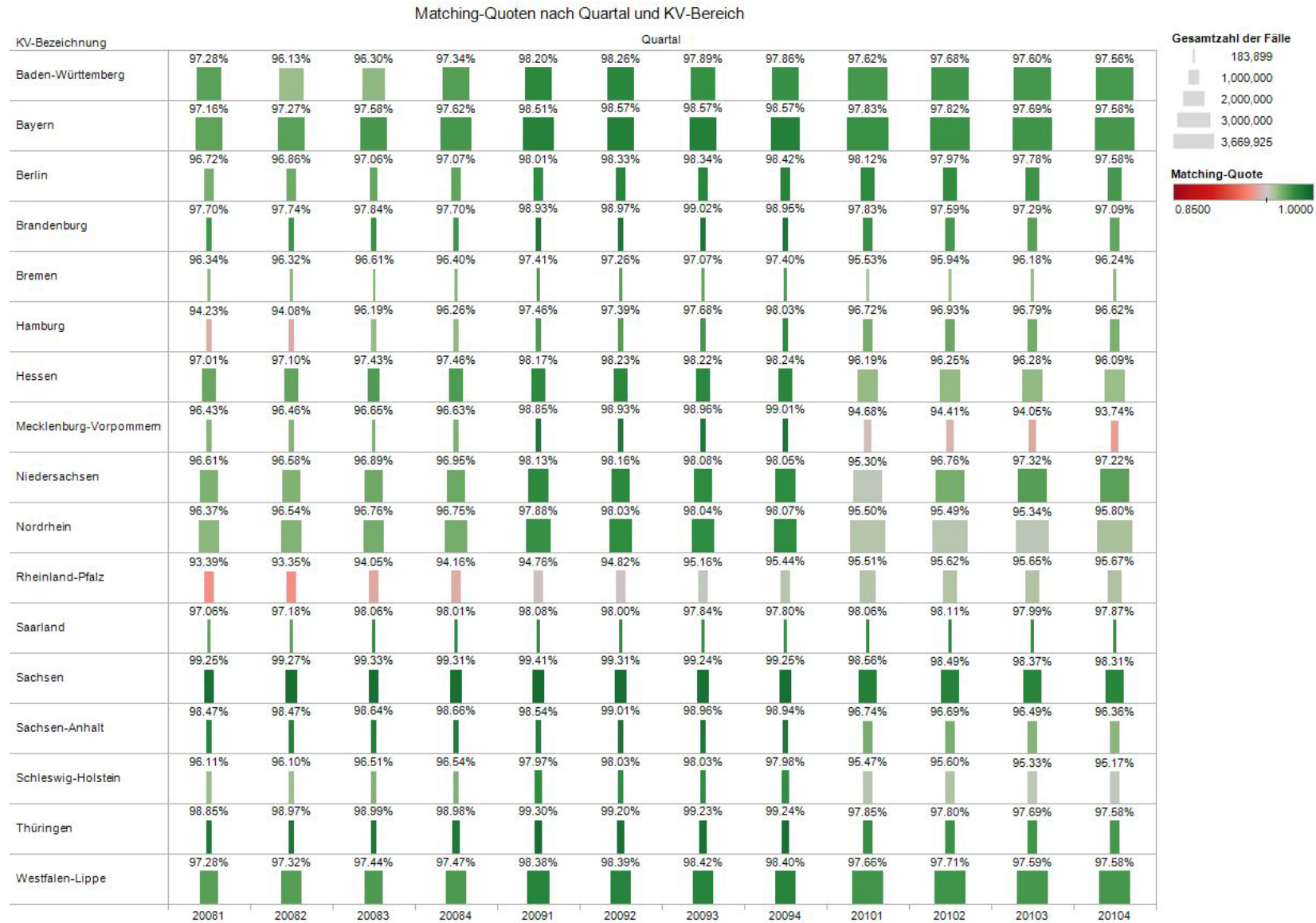


Abbildung 2: Matching-Quoten der einzelnen KV-Bereiche, Quartale 2008/1 – 2010/4

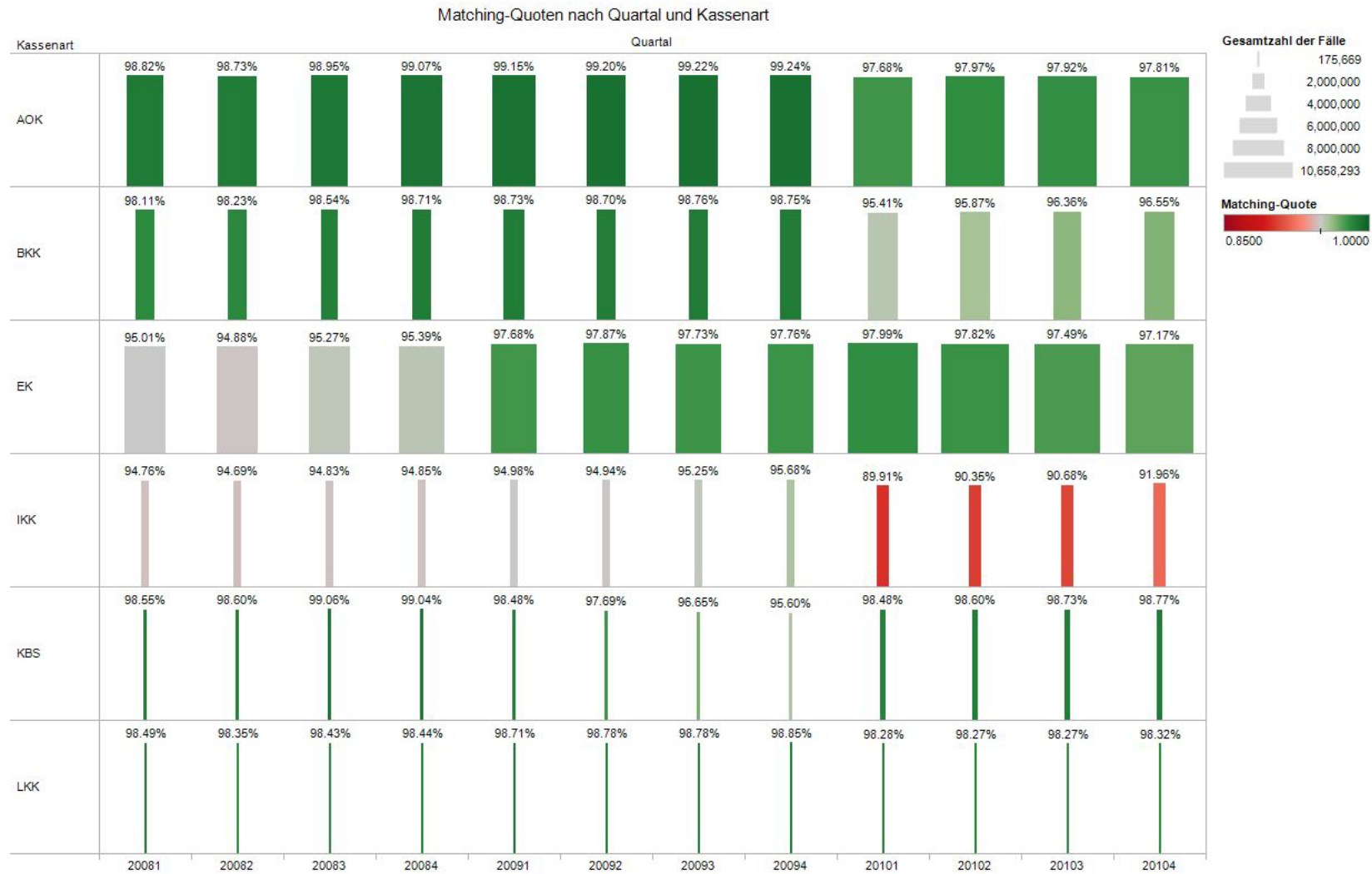


Abbildung 3: Matching-Quoten der einzelnen Kassenarten, Quartale 2008/1–2010/4

6.5 Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten

6.5.1 Überblick

Nachdem die kassen- und arztseitigen Datenlieferungen zusammengeführt worden sind (siehe Kapitel 6.4), wird der entstandene Datenkörper geprüft und weitere, abgestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) durchgeführt.

Im Vordergrund der QS-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, dabei soll die Plausibilität der Daten gewährleistet sein. Ursächlich für eine eingeschränkte Repräsentativität sind Probleme in den gelieferten Daten sowie Probleme bei der Datenzusammenführung (Falschmatcher).

Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen zur Erhöhung der Qualität des Datenkörpers können in zwei Kategorien eingeteilt werden:

- 1) Lieferlücken von Versicherten-Stammdaten werden soweit möglich geschlossen. Welche Bedingungen dafür erfüllt sein müssen und wie der Auffüllalgorithmus definiert ist, wird in Kapitel 6.5.3 erläutert.
- 2) Es werden Markierungen an einzelnen Datensätzen („Flags“) gesetzt, wenn sich diese Datensätze aus verschiedenen Gründen als problematisch erweisen. Die in der GSP gesetzten Markierungen werden in die GSPR 2010 übernommen. Da die Gründe für Markierungen im Kapitel 2.3 ausführlich beschrieben werden, erläutert Kapitel 6.5.4 nur kurz die Unterschiede der GSPR 2010 und der GSP bezüglich der Markierungen.

6.5.2 Reparatur falscher Pseudonyme

Für eine große Kasse ist festzustellen, dass für ca. 10% der Versicherten ein falsches Pseudonym für die Personen-IDs des Berichtsjahres 2009 vorliegt. Die Versichertennummern, die - gemeinsam mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse - dem Matchingverfahren von Abrechnungsfällen zu Grunde liegen, sind hingegen richtig pseudonymisiert. Darüber hinaus hat die große Kasse ihre Versicherten bis zum Jahr 2009 mit einem einheitlichen Institutionskennzeichen geliefert. Dieser Sachverhalt hat zur Folge, dass im Matching-Prozess zur GSP der Jahre 2007–2009 den Abrechnungsfällen, prinzipiell zwar eine Personen-ID zugeordnet werden kann (die Versichertennummern sind ja richtig), diese aber eigentlich falsch ist³⁰. Diese Zuordnung der Personen-ID geschah aufgrund des einheitlichen Institutionskennzeichens seitens der Versicherten-Stammdaten häufig erst auf der Matchingstufe II oder höher (indirektes Matching). Dieser Pseudonymisierungsfehler war in der GSPR 2007–2009 nicht erkennbar.

³⁰ Die 10% der Versicherten mit falschen Pseudonymen fehlten vermutlich in den Lieferungen der Jahre 2007 und 2008, so dass alle Abrechnungsfälle quartalsübergreifend mit den falschen Personen-IDs gematcht wurden.

Im vorliegenden Matching-Prozess werden nun aber die Daten der Berichtsjahre 2007–2010 verwendet. Im Jahr 2010 waren die Personen-IDs der großen Kasse vollständig richtig pseudonymisiert und mit unterschiedlichen KVK-IDs geliefert. Die Abrechnungsfälle des Berichtszeitraums 2007–2009, die bisher erst auf Matching-Stufe II oder höher gematcht wurden, matchen nun unter Umständen bereits auf der Matching-Stufe I (quartalsübergreifend) mit den Versicherten-Stammdaten des Berichtsjahres 2010. Auch für die Abrechnungsfälle aus 2010 führt die Matching-Stufe I zum Erfolg. In der Konsequenz werden den falschen Personen-IDs aus dem Jahr 2009 keine Abrechnungsfälle mehr zugeordnet, diese 10% der Versicherten werden damit für diesen Zeitraum künstlich zu Non-Usern gemacht.

Aus diesem Grund wird folgende Reparatur vorgenommen: Werden für die betroffene Krankenkasse zu einer Versichertennummer in der Satzart 201 zwei verschiedene Personen-IDs gefunden (eine aus dem Zeitraum 2007–2009 und eine aus dem Jahr 2010), so wird die Personen-ID zu den Datensätzen mit dieser Versichertennummer aus dem Zeitraum 2007–2009 mit der Personen-ID aus dem Jahr 2010 überschrieben. Es werden allerdings keine Personen-IDs des Berichtszeitraums 2007–2009 überschrieben, wenn ihnen auf einer niedrigeren Matching-Stufe bereits ein Fall zugeordnet wurde. Auch dann nicht, wenn sie die genannte Bedingung erfüllen.

Insgesamt wurden für den Zeitraum 2007/1–2009/4 111.590 distinkte pseudonymisierte Personen-IDs überschrieben. 9.051 Personen-IDs wurden nicht überschrieben, da ihnen bereits ein Abrechnungsfall zugeordnet wurde.

6.5.3 Ermittlung und Schließung von Quartalslücken in der Satzart 201

Hinweis: Das im Folgenden beschriebene Verfahren zur Ermittlung und Schließung von Quartalslücken wurde einmalig für die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2007–2009 durchgeführt. Der beschriebene Algorithmus bezieht sich damit ausschließlich auf die Jahre 2007–2009. Das Verfahren wird für die GSP 2010 nicht wiederholt.

In der kassenseitigen Datenlieferung der Satzart 201 („Versicherten-Stammdaten“) sind für diverse Teilkassen Lieferlücken in einzelnen Quartalen feststellbar, d.h. für die Teilkasse liegen im Allgemeinen Versicherten-Stammdaten vor, für einzelne Quartale ist aber festzustellen, dass entweder keine Versicherten-Stammdaten geliefert wurden oder signifikant viele Versicherte fehlen³¹. Wenn sich diese Lieferlücken auf maximal zwei aufeinander folgende Quartale beschränken, so werden für diese Teilkassen die Lücken in den Versicherten-Stammdaten geschlossen. Das Schließen von Lieferlücken bedeutet in diesem Zusammenhang, dass für die betroffenen Quartale und für ausgewählte Personen die Versicherten-Stammdaten des Vor- bzw. Folgequartals übernommen werden (für eine ausführliche Beschreibung des Auffüllalgorithmus siehe Anhang 7.3). Versicherten-Stammdatensätze werden dabei für Personen übernommen, die folgende vier Eigenschaften erfüllen:

³¹ Bemerkung: Auch ein Ausschluss der Versicherten-Stammdaten der SA 201 einer Teilkasse aufgrund falsch pseudonymisierter Versicherten kann für Lieferlücken verantwortlich sein.

- 1) Die Person ist im Vor- oder Folgequartal Versicherter der aufzufüllenden (Teil-)Kasse
- 2) Die Person wird in diesem Quartal in der Satzart 201 nicht geliefert (d.h. ist nicht in einer anderen Kasse versichert).
- 3) Die Person ist nicht im Vorquartal verstorben.
- 4) Die Person ist nicht im Folgequartal geboren.

Wie ausgeführt, werden die Daten der Nachbarquartale zum Schließen der Lieferlücken verwendet. Sollten für einen Versicherten die zu erzeugenden Versicherten-Stammdatensätze nicht eindeutig sein, so wird kein Stammdatensatz erzeugt.

Die durch dieses „Auffüllen“ erzeugten Stammdatensätze werden in der GSP und in der GSPR 2010 gekennzeichnet (siehe Kapitel 2.3.2 bzw. Datensatzbeschreibung unter 5.1). Wird ein solcher Datensatz im Rahmen der Datenprüfung zusätzlich als auffällig markiert, so hat diese Markierung Priorität.

In Tabelle 18 werden diejenigen Teil- und Fusionskassen aufgelistet, für die in der Datenstelle des Bewertungsausschusses gemäß genannter Vorgaben Versicherten-Stammdatensätze erzeugt wurden. Der Tabelle ist neben dem Namen und Institutionskennzeichen der Teil- oder Fusionskasse außerdem die Anzahl der Quartale zu entnehmen, in denen Versicherten-Stammdatensätze erzeugt wurden.

Tabelle 19 gibt pro Quartal die Anzahl der hinzugefügten Versicherten-Stammdatensätze an.

Name ³² (Institutionskennzeichen der Satzart DS219 für Teilkassen oder der Satzart DS220 für Fusionskassen)	Anzahl aufgefüllte Quartale	Fusionskasse/Teilkasse
groß ³³	1	Fusionskasse
klein	1	Fusionskasse
klein	1	Fusionskasse
klein	1	Fusionskasse
groß	2	Fusionskasse
groß	2	Fusionskasse
klein	1	Teilkasse
mittel	1	Teilkasse
klein	1	Teilkasse
groß	1	Teilkasse
groß	1	Teilkasse
mittel	1	Teilkasse

Tabelle 18: Auflistung der Fusions- und Teilkassen, für die Versicherten-Stammdaten hinzugefügt wurden (Kassen-IKs werden anhand der Größe der Fusionskasse im 4. Quartal 2010 in Gruppen eingeteilt: sehr klein: 1 – 9.999 Versicherte, klein: 10.000 – 99.999 Versicherte, mittel: 100.000 – 499.999 Versicherte, groß: mehr als 500.000 Versicherte)

Quartal	Anzahl der hinzugefügten Versicherten-Stammdatensätze
2008/1	4.444
2008/2	115.046
2008/3	4.855
2008/4	1.874
2009/1	9.452
2009/2	228.642
2009/3	83.388

Tabelle 19: Anzahl hinzugefügter Versicherten-Stammdaten pro Quartal

Bei größeren Quartalslücken (ab drei Quartalen) werden die Lieferlücken nicht geschlossen. Wie bereits ausgeführt, werden Quartalslücken nur für die Jahre 2008 und 2009 ermittelt und geschlossen. Das Verfahren wird nicht auf die GSP 2010 übertragen. Die im Rahmen des Verfahrens aufgefüllten Daten der Berichtsjahre 2008 und 2009 werden allerdings in die GSPR 2010 übernommen und dort entsprechend gekennzeichnet.

³²Für die Namen der Teilkassen gilt, dass hier eine auffindbare Bezeichnung in der Kostenträgerstammdatei des deutschen Ärzteverlages für das Institutionskennzeichen der Satzart DS219 verwendet wurde. Wenn kein Name vorliegt, wird auf den verfügbaren Namen einer größeren Einheit dieser Teilkasse zurückgegriffen.

³³Bemerkung: Die große Kasse ist gemäß Fusionsstand vom 13. Februar 2012 keine Fusionskasse mehr. Der beschriebene Algorithmus wurde für die GSPR der Berichtsjahre 2007–2009 verwendet, sodass hier der alte Stand dokumentiert wird.

6.5.4 Auffälligkeitskennzeichnung von Datensätzen – „Flagging“

Im Rahmen der Datenoptimierung der GSP werden neben der Ermittlung und dem Ausschluss falsch pseudonymisierter Versicherten und dem Schließen von Lieferlücken auffällige Datensätze markiert. Diese Flagging ist notwendig, da die Daten zu Personen/Versicherten unter Umständen Auswertungsergebnisse verzerren können.

In den Kapiteln 2.3.2 und 2.3.3 wurden Gründe genannt, warum Datensätze der Satzarten DS201 und DS202 Auffälligkeitsmarkierungen erhalten können. Wie dort beschrieben, wurden diese Gründe im Rahmen einer sorgfältigen Datenprüfung der Geburtstagsstichprobe identifiziert, d. h. die Auffälligkeitskennzeichnung der Satzarten 201 und 202 der Geburtstagsstichprobe haben die gleichen Ursachen wie die Kennzeichnungen der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 in den entsprechenden Satzarten. **Abweichend von der GSPR 2010 können in der GSP die Gründe für die Markierung der einzelnen Datensätze unterschieden werden.**

Für eine genaue Beschreibung der Gründe für Auffälligkeitsmarkierungen von Datensätzen der Satzarten DS201 und DS202 der GSPR 2010 und damit auch die Gründe für das Markieren von Datensätzen der Satzarten 201 und 202 der GSP sei auf die Kapitel 2.3.2 und 2.3.3 verwiesen.

Im Datenkörper der GSPR 2010 werden darüber hinaus noch Teil- und Fusionskassen in den Satzarten DS219 und DS220 markiert (siehe Kapitel 2.3.4 und 2.3.5). Diese Markierungen dienen Dokumentationszwecken und sind nicht Bestandteil der GSP.

6.6 Auslieferung der regionalen Geburtstagsstichprobe 2010 an die Gesamtvertragspartner

Die Geburtstagsstichprobe wurde gemäß der Vorgabe des Bewertungsausschusses durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses im Umfang reduziert (für die Datensatzbeschreibung der GSPR 2010 siehe Kapitel 5). Der so entstandene Datenkörper wurde für den Berichtszeitraum 2008/1–2010/4 im Mai 2012 von der Datenstelle an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgeliefert, die diese Daten in einem sicheren Verfahren an die jeweilige Seite der Gesamtvertragspartner weiterleiten.

Die Trägerorganisationen stellen dabei sicher, dass diese Daten regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt an die Gesamtvertragspartner weitergeleitet werden. In den Daten, die der GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt, ist der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen in einzelnen Satzarten entfernt und ggf. leer oder durch einen Ersatzwert übermittelt.

7 ANHANG

7.1 Definition von Begrifflichkeiten des vorliegenden Dokuments

Die folgenden Begriffe werden im vorliegenden Dokument verwendet und an den entsprechenden Stellen im Text definiert. Diese Definitionen werden an dieser Stelle zusammengefasst.

Ausschöpfungsgrad

Als Ausschöpfungsgrad wird der Quotient aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten der GSPR 2010 und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten bezeichnet. Der Ausschöpfungsgrad setzt damit den Leistungsbedarf pro Kopf der Geburtsstichprobe ins Verhältnis zum Leistungsbedarf je Kopf aller GKV-Versicherten. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als Eins zeigt damit an, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der GSPR 2010 kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten. Der Leistungsbedarf im Kalenderjahr 2008 wird unter Berücksichtigung eines Orientierungswertes in Höhe von 3,5001 Cent berechnet. Zur Berechnung des Ausschöpfungsgrades werden nur Versicherte einbezogen, die keine Markierung „1“ (Auffälligkeiten) in der Satzart DS201 aufweisen. ([Zurück zum Text](#))

Falschmatcherquote

Anhand von spezifischen GOPs und/oder bestimmten Diagnosen kann auf das vermeintliche Geschlecht des Versichertenpseudonyms geschlossen werden. Stimmt nun das tatsächliche Geschlecht des Versichertenpseudonyms nicht mit dem vermuteten Geschlecht des Versichertenpseudonyms im Abrechnungsfall überein, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte falsch dem Abrechnungsfall zugeordnet wurde (Falschmatcher). Als Falschmatcherquote wird der Anteil der Fälle mit falscher Zuordnung einer Personen-ID an allen Abrechnungsfällen, denen anhand der GOPs und/oder Diagnosen ein Geschlecht zugeordnet werden kann, bezeichnet. ([Zurück zum Text](#))

Fusionskassen

Am 13. Februar 2012 existierten faktisch 146 Krankenkassen. In dem vorliegenden Dokument werden die zum 01.07.2011 geschlossene City-BKK und die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe mitgezählt, d.h. es wird von 148 Krankenkassen am 13. Februar 2012 ausgegangen. In dem vorliegenden Dokument werden alle diese 148 Krankenkassen als Fusionskassen bezeichnet. ([Zurück zum Text](#))

Inanspruchnahmequote

Zwar werden allen in der GSPR 2010 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 2010 an. In die Berechnung der Quote werden nur Versicherte und Abrechnungsfälle einbezogen, die keine Markierung „1“ (Auffälligkeiten) in der Satzart DS201 bzw. DS202 aufweisen. ([Zurück zum Text](#))

Lieferquote

Als Lieferquote wird der Anteil der durch die jeweilige Krankenkasse gelieferten – und für mögliche Auswertungen zu verwendende – Stichprobenversicherten an den insgesamt in dieser Krankenkasse Versicherten bezeichnet. Um die Lieferquote zu berechnen wird folgendermaßen vorgegangen. Es werden pro Quartal die in der Satzart DS201 enthaltenen Personen-IDs der jeweiligen Wohnort-KV gezählt, die in diesem Quartal nicht durch Auffälligkeiten gekennzeichnet sind (d.h. nicht die Flagausprägung „1“ aufweisen). Diese Anzahl wird durch die in der „ANZVER87c4“ berichtete Anzahl der Versicherten für die betrachtete KV geteilt. Der Zielwert dieser Lieferquote liegt für die Berichtsjahre 2008 und 2009 ungefähr zwischen 13,1 bis 13,2 % (in die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2008–2009 sind 48 Geburtstage pro Jahr (vier pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $48/365 \approx 13,15\%$). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2010 liegt zwischen 19,7 bis 19,8 % (in die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2010 sind 72 Geburtstage pro Jahr (sechs pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $72/365 \approx 19,72\%$). ([Zurück zum Text](#))

Matching-Quote

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 Matchingprozesses 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 2010. 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 Daten der Berichtsjahre 2007–2010 zu Grunde. ([Zurück zum Text](#))

Non-User

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Non-User bezeichnet, wenn für ihn in diesem Quartal kein Abrechnungsfall vorliegt. ([Zurück zum Text](#))

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“). ([Zurück zum Text](#))

Ursprüngliche Lieferquote

Als ursprüngliche Lieferquote wird der Anteil der durch die jeweilige Krankenkasse gelieferten Stichprobenversicherten an den insgesamt in dieser Krankenkasse Versicherten bezeichnet. Um die ursprüngliche Lieferquote zu berechnen wird folgendermaßen vorgegangen. Es werden pro Quartal die in der Satzart DS201 enthaltenen Personen-IDs der jeweiligen Wohnort-KV gezählt, die für dieses Quartal von den Krankenkassen geliefert wurden (d.h. nicht die Flagausprägung „2“ aufweisen). Diese Anzahl wird durch die in der „ANZVER87c4“ berichtete Anzahl der Versicherten für die betrachtete KV geteilt. Der Zielwert dieser ursprünglichen Lieferquote liegt für die Berichtsjahre 2008 und 2009 ungefähr zwischen 13,1 bis 13,2 % (in die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2008–2009 sind 48 Geburtstage pro Jahr (vier pro Monat) einbezogen. Die ursprüngliche Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $48/365 \approx 13,15\%$). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2010 liegt zwischen 19,7 bis 19,8 % (in die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2010 sind 72 Geburtstage pro Jahr (sechs pro Monat) einbezogen. Die ursprüngliche Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $72/365 \approx 19,72\%$). ([Zurück zum Text](#))

7.2 Ausführliche Beschreibung des Matchings über Fusionen

Stufe IV: Matching über Fusionen

Diese Matching-Stufe berücksichtigt den Zusammenschluss (Fusion) von Kostenträgern. 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 eines der den fusionierenden Kostenträgern bereits vor der Fusion zugewiesenes Institutionskennzeichen als auch eines dem neu entstehenden Kostenträger zugewiesenes Institutionskennzeichen sein.

Da die Schemata zur Bildung der Versichertennummern vor dem Zusammenschluss zwischen den beteiligten Kostenträgern nicht abgestimmt waren, ergibt sich bei dieser Stufe eine höhere Gefahr, dass Versichertennummern miteinander kollidieren.

Diese Matching-Stufe kommt nur zur Anwendung, wenn dies durch vorherige Stufen nicht ausgeschlossen wird.

Festlegung:

1. Existiert zu einem Abrechnungsfall (Satzart 202) mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz (Satzart 201), für den gilt:
 - a. das Versichertenquartal entspricht dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles, oder liegt zeitlich vor dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles,
 - b. und die pseudonymisierte Versichertennummer stimmt mit der aus dem Abrechnungsfall überein,
 - c. und das dem Melde-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK, im Folgenden mit 201-Träger bezeichnet, und das dem KVK-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK, im Folgenden mit 202-Träger bezeichnet, erfüllen folgende Bedingungen:
 - i. 201-Träger und 202-Träger haben einen gemeinsamen Rechtsnachfolger nach Satzart 220
 - ii. und der Beginn der Rechtsnachfolge zum 202-Träger liegt vor dem Ende des Leistungsquartals³⁴
 - iii. und der Beginn der Rechtsnachfolge zum 201-Träger liegt vor dem Ende des Versichertenquartals³⁵

³⁴ Das bedeutet, der Abrechnungsfall darf nicht zeitlich vor der Fusionierung stattgefunden haben.

³⁵ Das bedeutet, die Meldung des Versicherten (Satzart 201) darf nicht zeitlich vor der Fusionierung stattgefunden haben. Streng genommen müsste die Regel sogar dahingehend verschärft werden, dass die erstmalige Meldung dieses Versicherten nicht vor der Fusionierung datiert sein darf. Es scheinen jedoch Fälle vorzuliegen, in denen der fusionierte Träger die Versicherten eine gewisse Zeit rückwirkend, etwa bis zum Beginn des Kalenderjahres der Fusionierung, mit der neuen Melde-IK meldet.

und weisen zudem alle Versicherten-Stammdatensätze (201), die obige Bedingungen³⁶ 1.b und 1.c mit 1.c.i aber ohne die Bedingungen 1.c.ii und 1.c.iii erfüllen, dieselbe Personen-ID aus, dann wird der KV-Fall dieser Personen-ID zugeordnet. Die Matching-Stufe und die Fusionsstufen werden am KV-Fall vermerkt. Falls mehrere Versicherten-Stammdatensätze die Bedingungen 1.a - 1.c erfüllen sollten, wird die entsprechende Kombination von Fusionsstufen ausgewiesen, die in der Rangfolge primär über den 201-Träger und sekundär über den 202-Träger den kleinsten Wert besitzt. Die weiteren Matching-Stufen kommen nicht zur Anwendung.

2. Weisen im Gegensatz dazu mehrere Versicherten-Stammdatensätze, auf die obige Bedingungen 1.b und 1.c mit 1.c.i aber ohne die Bedingungen 1.c.ii bis 1.c.iii zutreffen, unterschiedliche Personen-ID aus, und gibt es mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1.a - 1.c erfüllt, so gilt der KV-Fall als nicht zuordenbar (No-Match). Der KV-Fall wird dann mit dieser Matching-Stufe und den Fusionsstufen markiert und die weiteren Matching-Stufen kommen nicht zur Anwendung.
3. Existiert kein Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1.a - 1.c erfüllt, so gilt der KV-Fall als nicht zuordenbar (No-Match). Der KV-Fall wird dann mit der Matching-Stufe 0 markiert und es kommen keine weiteren Matching-Stufen zur Anwendung³⁷.

³⁶ 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 eines Falsch-Matching weiter reduziert. Es kann festgestellt werden, dass wenn ein Versicherten-Stammdatensatz für die „richtige“ Person zur KVK des Falles einmal für ein beliebiges Quartal für einen Kostenträger bis zur höchsten Fusionsstufe vorliegt, ein Falsch-Matching in der Stufe 5 ausgeschlossen ist.

³⁷ Dies ist die zurzeit letzte Matching-Stufe, sollten weitere Matching-Stufen definiert werden, so werden die KV-Fälle aus dieser letzten Fallunterscheidung den folgenden Matching-Stufen vorgelegt.

7.3 Beschreibung der Ermittlung und Schließung von Quartalslücken

Hinweis: Das im Folgenden beschriebene Verfahren zur Ermittlung und Schließung von Quartalslücken wurde einmalig für die Geburtstagsstichprobe der Jahre 2007–2009 durchgeführt. Der beschriebene Algorithmus bezieht sich damit ausschließlich auf die Jahre 2007–2009. Wenn im Weiteren von Randquartalen die Rede ist, dann bezieht sich dies auf die Quartale 2007/1 bzw. 2009/4. Das Verfahren wird für die GSP 2010 nicht wiederholt. Die im Rahmen des Verfahrens aufgefüllten Daten der Satzart 201 der Berichtsjahre 2008 und 2009 werden allerdings in die Satzart DS201 der GSPR 2010 übernommen und dort entsprechend gekennzeichnet.

In der kassenseitigen Datenlieferung der Satzart 201 („Versicherten-Stammdaten“) sind für diverse Teilkassen Lieferlücken in einzelnen Quartalen feststellbar. Anders ausgedrückt: Für die Teilkasse liegen im Allgemeinen Versicherten-Stammdaten vor, für einzelne Quartale ist aber festzustellen, dass entweder keine Versicherten-Stammdaten geliefert werden oder signifikant viele Versicherte fehlen³⁸. Wenn sich diese Lieferlücken auf maximal zwei aufeinander folgende Quartale beschränken, so werden für diese Teilkassen die Lücken in den Versicherten-Stammdaten geschlossen. Das Schließen von Lieferlücken bedeutet in diesem Zusammenhang, dass für die betroffenen Quartale und für ausgewählte Personen die Versicherten-Stammdaten des Vor- bzw. Folgequartals übernommen werden. Nachdem die Teilkassen und Quartale festgelegt worden sind, in denen die Lieferlücken geschlossen werden, erfolgt eine Auswahl der Personen, für die Versicherten-Stammdatensätze erzeugt werden. Versicherten-Stammdatensätze werden dabei für Personen erzeugt, die folgende vier Eigenschaften erfüllen:

- 1) Die Person ist im Vor- oder Folgequartal Versicherter der aufzufüllenden (Teil-)Kasse
- 2) Die Person wird in diesem Quartal in der Satzart 201 nicht geliefert (d.h. ist nicht in einer anderen Kasse versichert).
- 3) Die Person ist im Vorquartal nicht verstorben oder ist in einem zukünftigen Quartal in der Satzart 201 geliefert.
- 4) Die Person ist nicht im Folgequartal geboren.

Festlegungen zu den zu erzeugenden Datensätzen in der Satzart 201

Es werden ausschließlich die Daten der Nachbarquartale zum Auffüllen benutzt. Sollten sich für einen Versicherten die im Folgenden aufgezählten Stammdaten der Nachbarquartale unterscheiden, so wird kein Datensatz für diese Versicherten erzeugt:

- Kasse (Teilkasse oder Fusionskasse je nach Vorgabe wo aufgefüllt werden soll),
- Versichertenstatus,

³⁸ Bemerkung: Auch ein Ausschluss der Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 einer Teilkasse aufgrund falsch pseudonymisierter Versicherten kann für Lieferlücken verantwortlich sein.

- Postleitzahl des Wohnorts,
- Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer,
- Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg).

Bei nicht eindeutigem Melde-IK wird das numerisch kleinste benutzt, bei nicht eindeutiger pseudonymisierter Versichertennummer (zu dem gewählten Melde-IK) wird die numerisch kleinste benutzt.

Folgende Fälle müssen unterschieden werden:

- Fall 1: Der Versicherte ist nur im Vor- oder im Folgequartal in der GSP vorhanden. In diesem Fall wird ein Datensatz mit den Stammdaten entsprechend dem existierenden Nachbarquartal erzeugt.

Die Anzahl der Versichertentage entspricht für die Randquartale (20071 und 20094) und beim Auffüllen von Zwei-Quartals-Lücken der Quartalslänge und für die restlichen Quartale (20072-20093) der abgerundeten halben Quartalslänge.

- Fall 2: Der Versicherte ist in beiden Nachbarquartalen mit denselben Stammdaten inkl. Melde-IK (Versichertenstatus, Postleitzahl des Wohnorts, Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer, Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg, Melde-IK) gemeldet. In diesem Fall werden diese Stammdaten übernommen. Die Anzahl der Versichertentage entspricht der Quartalslänge. Sollte der Versicherte noch weitere Datensätze in den Nachbarquartalen haben, so werden diese ignoriert.
- Fall 3: Der Versicherte ist sowohl im Vorquartal, als auch im Folgequartal in der GSP und mindestens ein Stammdatenummer (Versichertenstatus, Postleitzahl des Wohnorts, Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer, Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg) außer der Kassenzugehörigkeit unterscheidet sich in den Nachbarquartalen. In diesem Fall werden diese Stammdaten des Folgequartals übernommen. Die Anzahl der Versichertentage entspricht der Quartalslänge.
- Fall 4: Der Versicherte ist sowohl im Vorquartal als auch im Folgequartal in der GSP gemeldet, allerdings mit unterschiedlichen Melde-IKs und beide Melde-IKs gehören zu Kassen, bei denen in diesem Quartal Versicherte aufgefüllt werden sollen. In diesem Fall werden zwei Datensätze angelegt mit jeweils Gesamtanzahl der Quartalstage als Versichertentage und den Stammdaten einmal nach Vorquartal und einmal nach Folgequartal.
- Fall 5: Der Versicherte ist sowohl im Vorquartal, als auch im Folgequartal in der GSP gemeldet, allerdings mit unterschiedlichen Melde-IKs und nur eines der beiden Melde-IK gehört zu einer Kasse, bei der in diesem Quartal Versicherte aufgefüllt werden. In diesem Fall wird ein Datensatz für die aufzufüllende Kasse mit der Gesamtanzahl der Quartalstage als Versichertentage erzeugt und deren Stammdaten übernommen.

Bei allen hinzugefügten Datensätzen wird das Feld „Verstorben“ auf 0 gesetzt und der Datensatz gekennzeichnet. Der durch das Auffüllen eventuell erzeugte Fehler (zu viele Versichertentage) kann daher bei Auswertungen berücksichtigt bzw. beseitigt werden.

7.4 Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle

Im Rahmen der Datenprüfung und QS-Maßnahmen wird die quartalsbezogene Falschmatcherquote der Teilkassen bezogen auf Matchingstufe und Geburtstagskalendertag bestimmt und die Einheiten mit Falschmatcherquote größer als 5% markiert. Die Falschmatcherquote ist dabei definiert als Anteil der falsch zugeordneten Fälle an allen geschlechtsspezifischen Fällen dieser Einheit. Ein Fall gilt dann als falsch zugeordnet, wenn sich die GOP- bzw. Diagnosen-spezifische Geschlechtsangabe des Falles (Fallgeschlecht) und das Versicherten-Geschlecht widersprechen.

Werden einem Fall mindestens eine der sich über Tabelle 20 ableitbaren Diagnosen und/oder einer der folgenden Gebührenordnungspositionen (Tabelle 21) zugeordnet, so gilt dieser Fall als geschlechtsspezifisch.

Erste Stellen des ICD-Kodes	Geschlecht
C61	männlich
D291	männlich
E28	weiblich
M810	weiblich
N4	männlich
N8	weiblich
N9	weiblich
O	weiblich
Q53	männlich
Z014	weiblich
Z125	männlich
Z34	weiblich

Tabelle 20: Auswahl geschlechtsspezifischer Diagnosen zur Bestimmung der Falschmatcherquote

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01730	weiblich	01812	weiblich	08345	weiblich
01731	männlich	01815	weiblich	08410	weiblich
01733	weiblich	01816	weiblich	08411	weiblich
01735	weiblich	01817	weiblich	08412	weiblich
01750	weiblich	01818	weiblich	08413	weiblich
01752	weiblich	01822	weiblich	08414	weiblich
01753	weiblich	01825	weiblich	08415	weiblich
01754	weiblich	01826	weiblich	08416	weiblich
01755	weiblich	01827	weiblich	08530	weiblich
01756	weiblich	01828	weiblich	08531	weiblich
01757	weiblich	01829	weiblich	08541	weiblich
01758	weiblich	01830	weiblich	08542	weiblich
01759	weiblich	01831	weiblich	08550	weiblich
01770	weiblich	01832	weiblich	08551	weiblich
01772	weiblich	01835	weiblich	08552	weiblich
01773	weiblich	01836	weiblich	08560	weiblich
01774	weiblich	01837	weiblich	08561	weiblich
01775	weiblich	01838	weiblich	31111	weiblich
01780	weiblich	01839	weiblich	31112	weiblich
01781	weiblich	01840	weiblich	31113	weiblich
01782	weiblich	01854	männlich	31114	weiblich
01783	weiblich	01855	weiblich	31115	weiblich
01784	weiblich	01912	weiblich	31116	weiblich
01785	weiblich	01913	weiblich	31117	weiblich
01786	weiblich	01915	weiblich	31118	weiblich
01787	weiblich	01917	weiblich	31301	weiblich
01793	weiblich	01918	weiblich	31302	weiblich
01800	weiblich	08230	weiblich	31303	weiblich
01801	weiblich	08231	weiblich	31304	weiblich
01802	weiblich	08310	weiblich	31305	weiblich
01803	weiblich	08311	weiblich	31306	weiblich
01804	weiblich	08320	weiblich	31307	weiblich
01805	weiblich	08330	weiblich	31696	weiblich
01806	weiblich	08331	weiblich	31697	weiblich
01807	weiblich	08332	weiblich	31698	weiblich
01808	weiblich	08333	weiblich	31699	weiblich
01809	weiblich	08334	weiblich	31700	weiblich
01810	weiblich	08340	weiblich	31701	weiblich
01811	weiblich	08341	weiblich	31702	weiblich

Tabelle 21: Auswahl geschlechtsspezifischer GOPs zur Bestimmung der Falschmatcherquote

7.5 Fachgruppenzuordnung der Betriebsstätte

Fachgruppen-Codes nach Weiterbildungsordnung Bundesarztregister, Anlage 4.

Quelle

http://www.kbv.de/keytabs/ita/schluesstabelle.asp?page=S_BAR2_WBO_V1.07.htm,

Stand 19.03.2008

Es wird darauf hingewiesen, dass die in der GSPR 2010 enthaltenen Fachgruppen der Betriebsstätten sich auf diese Schlüsseltabelle beziehen, aber faktisch nur eine Teilmenge dieser Fachgruppen-Codes in der GSPR 2010 auftreten. Wenn für eine Praxis keine eindeutige Fachgruppenzuordnung nach Tätigkeitsschwerpunkt möglich ist (z.B. bei fachgruppenübergreifender Tätigkeit der Praxis), wird als Ersatzwert der Fachgruppen-Code „000“ verwendet. Dieser ist nicht in der oben genannten Schlüsseltabelle enthalten.

Abkürzungen:

FA Facharztkompetenz

SP Schwerpunktkompetenz

TG Teilgebiet, obsolet

Facharzt- und Schwerpunktkompetenz	Arztregister-Code
Praktischer Arzt; obsolet	001
Arzt obsolet	002
FA Allgemeinmedizin	010
FA Anästhesiologie	020
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; obsolet	022
FA Augenheilkunde	030
FA Chirurgie; obsolet	040
TG Kinderchirurgie; obsolet	041
SP Unfallchirurgie; obsolet	042
SP Gefäßchirurgie; obsolet	043
TG Plastische Chirurgie; obsolet	044
TG Thorax- und Kardiovaskularchirurgie; obsolet	045
SP Thoraxchirurgie; obsolet	046
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer; obsolet	047
SP Visceralchirurgie; obsolet	048
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	050
FA Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	060
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	061
TG Audiologie; neue Bundesländer; obsolet	062
TG Phoniatrie; neue Bundesländer; obsolet	063

Facharzt- und Schwerpunktkompetenz	Arztregister-Code
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	070
FA Innere Medizin	080
SP Gastroenterologie; obsolet	081
SP Kardiologie; obsolet	082
SP Pneumologie; obsolet	083
SP Endokrinologie; obsolet	084
TG Hämatologie; obsolet	085
SP Nephrologie; obsolet	086
SP Rheumatologie; obsolet	087
TG Diabetologie; neue Bundesländer; obsolet	088
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer; obsolet	089
FA Kinderheilkunde; obsolet	090
SP Kinderkardiologie	091
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer; obsolet	092
SP Neonatologie	093
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer; obsolet	094
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer; obsolet	095
TG Kinderneurologie; neue Bundesländer; obsolet	096
TG Kinder-Lungen- u. Bronchialheilkunde; neue Bundesländer; obsolet	097
TG Kinderreumatologie; neue Bundesländer; obsolet	098
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer; obsolet	099
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	100
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	102
FA Laboratoriumsmedizin	110
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	111
TG Mikrobiologie; obsolet	112
FA Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	120
FA Magenarzt; obsolet	125
FA Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	130
FA Kieferchirurgie; obsolet	131
FA Nervenheilkunde; obsolet	140
FA Psychiatrie; obsolet	141
FA Neurologie	142
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (obs.)	143
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	144
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	145
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer; obsolet	146
FA Psychiatrie und Psychotherapie	147
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	148
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell; obsolet	149

Facharzt- und Schwerpunktkompetenz	Arztregister-Code
FA Neurochirurgie	150
FA Orthopädie; obsolet	160
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	161
FA Pathologie	170
TG Neuropathologie; obsolet	171
FA Pharmakologie und Toxikologie	180
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	181
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	190
TG Strahlentherapie; obsolet	191
TG Neuroradiologie; obsolet	192
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	194
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	195
SP Kinderradiologie	196
SP Neuroradiologie	197
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	199
FA Urologie	200
FA Arbeitsmedizin	210
FA Nuklearmedizin	220
FA Öffentliches Gesundheitswesen	230
FA Rechtsmedizin	240
FA Hygiene und Umweltmedizin	250
FA Neuropathologie	271
FA Klinische Pharmakologie	281
FA Strahlentherapie	291
FA Anatomie	301
FA Biochemie	302
FA Transfusionsmedizin	303
FA Kinderchirurgie	304
Medizinische Genetik	305
Medizinische Informatik	306
Pathologische Physiologie	307
FA Physiologie	308
FA Physiotherapie; neue Bundesländer; obsolet	309
FA Psychotherapie; neue Bundesländer; obsolet	310
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer; obsolet	311
FA Sportmedizin; neue Bundesländer; obsolet	312
FA Herzchirurgie	313
FA Humangenetik	314
FA Immunologie; neue Bundesländer; obsolet	315
Physiologische Chemie	317

Facharzt- und Schwerpunktkompetenz	Arztregister-Code
SP Thoraxchirurgie; obsolet	320
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	321
FA Plastische Chirurgie	322
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	324
SP Angiologie; obsolet	326
SP Hämatologie und internistische Onkologie obsolet	327
SP Geriatrie, obsolet	328
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	330
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell; obsolet	340
FA Kinder-und Jugendmedizin	341
FA Kinder-und Jugendmedizin; kammerindividuell; obsolet	342
FA Kinder-und Jugendarzt; kammerindividuell; obsolet	343
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell; obsolet	344
Biomathematik	350
Biophysik	351
Geschichte der Medizin	352
Industrietoxikologie	353
Klinische Strahlenphysik	354
Medizinische Wissenschaftsinformation	355
Medizinische Physik und Biophysik	356
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer; obsolet	357
Fachbiologie der Medizin	358
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	359
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	360
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin	361
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	371
Fachwissenschaftler Genetik	372
Fachwissenschaftler Immunologie	373
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	374
Psychologischer Psychotherapeut	470
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	471
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer; obsolet	500
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell; obsolet	501
FA Hygiene; kammerindividuell; obsolet	502
SP Infektiologie; kammerindividuell; obsolet	503
TG Lungen- u. Bronchialheilkunde; obsolet	504
SP Infektiologie; kammerindividuell; obsolet	505
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell; obsolet	506
FA Allgemeine Chirurgie	510

Facharzt- und Schwerpunktkompetenz	Arztregister-Code
FA Gefäßchirurgie	511
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	512
FA Thoraxchirurgie	513
FA Visceralchirurgie	514
SP Gynäkologische Onkologie	515
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	516
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	517
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	518
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	520
FA Innere Medizin und (SP) Angiologie	521
FA Innere Medizin und (SP) Endokrinologie und Diabetologie	522
FA Innere Medizin und (SP) Gastroenterologie	523
FA Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	524
FA Innere Medizin und (SP) Kardiologie	525
FA Innere Medizin und (SP) Nephrologie	526
FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie	527
FA Innere Medizin und (SP) Rheumatologie	528
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell; obsolet	529
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	530
SP Neuropädiatrie	531
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	532
SP Forensische Psychiatrie	533
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	534
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	535
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, kammerindividuell	536
SP Kinder-Gastroenterologie, kammerindividuell	537
SP Kinder-Nephrologie, kammerindividuell	538
SP Kinder-Pneumologie, kammerindividuell	539
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin	540
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	541
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	542
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	543

Tabelle 22: Fachgruppenzuordnung gemäß WBO, Anlage 4