

**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses
zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems
sowie
zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das
Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des
Bewertungsausschusses in der Sitzung der Arbeitsgruppe
Grouper-Anpassung am 15. Juni 2016

Autorenliste

Herr Dr. Ingolf Berger

Herr Dr. Andreas Hinz

Frau Bella Naftalieva

Herr Mike Schwan

Herr Dr. Andreas Spillner

Das Institut dankt den Teilnehmern der Arbeitsgruppe Grouper-Anpassung für die vielen wertvollen Hinweise und Anregungen, den Mitgliedern der Arbeitsgruppe IT für die Ausarbeitung der Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 – 2012 für die Gesamtvertragspartner sowie den Mitarbeitern der Datenstelle des Bewertungsausschusses für die Unterstützung bei den empirischen Vorarbeiten.

Adresse und Kontakt

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

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	9
2	Rechtliche Grundlagen	10
3	Datengrundlagen.....	12
3.1	Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2010 bis 2012	13
3.1.1	Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe	13
3.1.2	Inhalt des Datenkörpers.....	14
3.1.3	Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse.....	14
3.1.4	Erweiterung um abgeleitete Merkmale	15
3.2	KM6-Daten	19
3.3	SV-Daten.....	19
3.4	ANZVER-Daten.....	20
3.5	Weiterentwicklung der Datengrundlage.....	20
	Teil A: Demografische Veränderungsraten	21
4	Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	21
4.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	21
4.1.1	Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografische Veränderungsraten	21
4.1.2	Ermittlung bundesweiter Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	22
4.2	Berechnung der demografischen Veränderungsraten	24
4.2.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	24
4.2.2	Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	24
5	Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	25
6	Ergebnisse: demografische Veränderungsraten je KV-Bezirk	25
7	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten	26
7.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	26
7.1.1	Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	26
7.1.2	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	27
7.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten	29
7.2.1	Entwicklung der Altersstruktur von 2011 auf 2012.....	29
7.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen demografischen Veränderungsrate	34

Teil B: Diagnosebezogene Veränderungsdaten	37
8 Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	37
8.1 Klassifikation zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	37
8.2 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	38
8.2.1 Einleitung	38
8.2.2 Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	39
8.2.3 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	41
8.2.4 Ermittlung bundesweiter Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	43
8.3 Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	43
8.3.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	43
8.3.2 Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	44
8.3.3 Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	45
9 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ...	51
9.1 Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	52
9.2 Medizinische Weiterentwicklung des Klassifikationssystems.....	55
9.2.1 Einleitung	55
9.2.2 Grundlagen zum Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V (KS87a)	57
9.2.3 Änderung von Alters- und Geschlechtsgrenzen bei der Zuordnung von ICD-Kodes zu diagnosebezogenen Risikokategorien.....	58
9.2.4 Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien	60
9.2.5 Bearbeitung der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	61
9.3 Weiterentwicklung der Berechnung von Relativgewichten zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	62
9.4 Weiterentwicklung der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	63
10 Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten je KV.....	66
11 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	68
11.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	68
11.1.1 Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	68
11.1.2 Kalibrierung des Regressionsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	70

11.1.3	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate	74
11.2	Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate	75
11.2.1	Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2011 auf 2012	75
11.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate	81
Anhang		85
Anhang 1	Abkürzungsverzeichnis	86
Anhang 2	Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2010 – 2012 für die Gesamtvertragspartner	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formel zur Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten Leistungsbedarfs	22
Abbildung 2: Formel zur Berechnung des relativen Leistungsbedarfs eines Versicherten	23
Abbildung 3: Regressionsgleichung zur Ermittlung der (demografischen) Relativgewichte	23
Abbildung 4: Formel zur Berechnung des Demografie-Index.....	25
Abbildung 5: Formel zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten.....	25
Abbildung 6: Berechnung des gewichteten MAPE	28
Abbildung 7: Berechnung des adjustierten R^2	29
Abbildung 8: Formeln zur Berechnung der Einzelbeiträge der Alters- und Geschlechtsgruppen zur demografischen Veränderungsrate für einen KV-Bezirk.....	35
Abbildung 9: Bildung der diagnosebezogenen Risikokategorien	37
Abbildung 10: Regressionsgleichung zur Ermittlung der (diagnosebezogenen) Relativgewichte..	39
Abbildung 11: Berechnung des relativen Risikowerts eines Versicherten	46
Abbildung 12: Berechnung von Morbiditätsindizes je KV-Bezirk	47
Abbildung 13: Berechnung der Veränderungsrate je KV-Bezirk (außer Baden-Württemberg und Bayern).....	48
Abbildung 14: Berechnung der Veränderungsrate für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern	50
Abbildung 15: Veränderung (in Prozent) der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten von 2011 auf 2012 je KV-Bezirk.....	78
Abbildung 16: Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit "G" und "Z" unter den mittleren Anzahlen distinkter und klassifizierbarer Diagnosen pro Versicherten je KV-Bezirk für die Jahre 2011 und 2012	79
Abbildung 17: Formeln zur Berechnung der Einzelbeiträge der Risikoklassen zur diagnosebezogenen Veränderungsrate für einen KV-Bezirk.....	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die Beschlüsse, welche die Festlegungen zur Lieferung der Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beinhalten.....	13
Tabelle 2:	Anzahl aller Versicherten ohne Ausschlusskennzeichnung in der Geburtstagsstichprobe und Anzahl der Betreuten unter diesen je Berichtsjahr	15
Tabelle 3:	Demografische Veränderungsraten je KV-Bezirk für das Jahr 2015.....	26
Tabelle 4:	Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	27
Tabelle 5:	Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2015 und 2014	28
Tabelle 6:	Gewichteter MAPE und adjustiertes R ² für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2015 und 2014	29
Tabelle 7:	Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen[F] und Männern[M]) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) des Jahres 2011 in Prozent.....	31
Tabelle 8:	Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen[F] und Männern[M]) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) des Jahres 2012 in Prozent.....	32
Tabelle 9:	Änderung der Anteile der Versichertenzahlen einer KM6-Gruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2012 gegenüber den entsprechenden Anteilen der Versichertenzahlen einer KM6-Gruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2011 in Prozentpunkten (je KV-Bezirk – nach Zuordnung zu KV-Bezirken analog zu Tabelle 7 und Tabelle 8) ..	33
Tabelle 10:	Vergleich des Klassifikationsmodells KM87a_2013 mit dem Klassifikationsmodell KM87a_2014	55
Tabelle 11:	Parameter der Versionen p07a und p08b des Klassifikationssystems.....	56
Tabelle 12:	ICD-Schlüsselnummern, bei denen der obere Altersgrenzwert der ICD-DxG-CC-Überleitung von 124 Jahren auf 1 Jahr geändert wurde.....	59
Tabelle 13:	ICD-Schlüsselnummern, bei denen der obere Altersgrenzwert der ICD-DxG-CC-Überleitung von 1 Jahr auf 124 Jahre geändert wurde.....	60
Tabelle 14:	Diagnosegruppen und Risikokategorien, bei denen die Textbezeichnung geändert wurde	60
Tabelle 15:	Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) der KS87a-Versionen p07a und p08b.....	62
Tabelle 16:	Komponenten für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern	66
Tabelle 17:	Gewichtungsfaktoren zum Zusammenführen der separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsraten für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern	66
Tabelle 18:	Diagnosebezogene Veränderungsraten je KV-Bezirk für das Jahr 2015	67
Tabelle 19:	Auswahl der THCC im Modell gemäß Beschluss des 332.EBA.....	69

Tabelle 20:	Weggefallene und hinzugekommene THCC im Modell KM87a_2014 im Vergleich zum Modell KM87a_2013	70
Tabelle 21:	Relativgewichte der Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2014 und Anzahl der Versicherten N in der Kalibrierungsmenge, denen die jeweilige Risikoklasse zugeordnet wurde.....	74
Tabelle 22:	Kennzahlen des Modells KM87a_2014 im Vergleich mit dem Modell KM87a_2013	74
Tabelle 23:	Gewichteter MAPE und adjustiertes R^2 des Modells KM87a_2014 im Vergleich mit dem Modell KM87a_2013	75
Tabelle 24:	Durchschnittliche Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012	78
Tabelle 25:	Durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012	80
Tabelle 26:	Durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012	81

1 Einführung

Der Bewertungsausschuss beschließt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 87a SGB V in einem jährlichen Turnus und separat für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bezirk) eine demografische und eine diagnosebezogene Veränderungsrate als Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk. Die Veränderungsrate werden den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses mitgeteilt¹.

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

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

beinhalten.

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

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

¹ Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet dazu für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate (eine diagnosebezogene Veränderungsrate und eine demografische Veränderungsrate). Die Empfehlungen der KV-spezifischen Veränderungsrate für das Jahr 2015 wurden durch den Bewertungsausschuss in seiner 334. Sitzung am 27. August 2014 sowie die ausschließlich diagnosebezogene Veränderungsrate für den KV-Bezirk Baden-Württemberg durch Bewertungsausschuss in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 beschlossen.

- am Hierarchisierungsverfahren

dokumentiert.

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

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

Der überwiegende Teil der Arbeiten im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 liegt in der Weiterentwicklung der Festlegungen zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten. Dieser bedeutende Teil steht folglich auch im Zentrum des vorliegenden Berichts.

Es bietet sich jedoch an, zunächst die Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten, bei der die demografische Struktur im Mittelpunkt steht, und daran anschließend die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten, bei der die demografische Struktur lediglich einen Teil bildet, zu dokumentieren.

Der Bericht ist wie folgt gegliedert: Abschnitt 2 benennt die für diesen Bericht relevanten rechtlichen Grundlagen und in Abschnitt 3 sind die verwendeten Datengrundlagen aufgeführt. Im weiteren Verlauf ist der Bericht aufgeteilt in Teil A (Demografische Veränderungsdaten) und Teil B (Diagnosebezogene Veränderungsdaten).

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

2 Rechtliche Grundlagen

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

Für die Berichterstattung bzw. für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und zur Berechnung der Veränderungsdaten müssen weitere rechtliche Grundlagen beachtet werden. An dieser Stelle sollen die wichtigsten rechtlichen Grundlagen, welche für die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Verände-

rungraten für das Jahr 2015 Anwendung fanden, mit ihren entsprechenden Regelungen überblicksartig aufgeführt werden:

§87a SGB V

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

Die Berechnung entsprechender Veränderungsraten erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses. Hierbei werden zwei einheitliche kassenübergreifende Veränderungsraten für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung errechnet, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert.

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

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

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

- einer diagnosebezogenen Komponente und
- einer demografischen Komponente

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

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

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells ist das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 beschlossene und durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in

seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012 sowie des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 und in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 geänderte Klassifikationsmodell. Ferner hat der Bewertungsausschuss in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013 und zusätzlich in seiner 313. Sitzung am 19. August 2013 Festlegungen für das zu verwendende Klassifikationsmodell zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2014 getroffen.

Die in diesem Bericht präsentierten Veränderungsrate wurden mit dem Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 ermittelt. Die Festlegungen für dieses zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 hat der Bewertungsausschuss in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen. Hierbei wurden

- Festlegungen zur verwendeten Datengrundlage und deren Abgrenzung,
- Festlegungen zur Ermittlung von diagnosebezogenen Relativgewichten und diagnosebezogenen Veränderungsrate und
- Festlegungen zur Ermittlung von demografischen Relativgewichten und demografischen Veränderungsrate

beschlossen.

3 Datengrundlagen

Festlegungen zur Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate werden in Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) getroffen. Insbesondere umfasst die Datengrundlage die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobene bundesweite Versicherungstichprobe (Geburtstagsstichprobe, kurz GSP).

Im Folgenden werden dementsprechend die Geburtstagsstichprobe der für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2015 relevanten Berichtsjahre 2010 bis 2012 in ihrer verwendeten Form (d.h. inklusive vorgenommener Ausschlüsse und abgeleiteter Merkmale), die amtliche KM6-Statistik, selektivvertragliche Teilnahmedaten (SV-Daten) und die ANZVER-Daten (Daten der Satzarten ANZVER87c4 und ANZVER87a) vorgestellt.

Weitere Abgrenzungen der Datengrundlage zur Berechnung der Relativgewichte und zur Berechnung der Veränderungsraten werden in den Teilen A und B beschrieben.

3.1 Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2010 bis 2012

Für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2015 wird die Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2010 bis 2012² verwendet. Dieser Datenkörper, einschließlich aller Korrekturlieferungen bis 24. Januar 2014, wurde mit dem Stand der Qualitätssicherung vom 9. April 2014 verwendet.

3.1.1 Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe

Gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bundesweite Versichertenstichproben für die Berichtsjahre 2010 bis 2012 vor. Die Auswahl der Versicherten in der Stichprobe erfolgt anhand ihres Geburtstages (daher die Bezeichnung „Geburtstagsstichprobe“), d.h. es werden jeweils die Versicherten für die Stichprobe ausgewählt, die an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben (Geburtskalendertage). Für das Jahr 2010 sind die festgelegten Kalendertage der 3., 4., 10., 11., 17. und 24., für das Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 zusätzlich der 18. Kalendertag und für das Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 zusätzlich der 25. Kalendertag.

Beschluss	Zu liefernde Berichtsjahre der GSP	Ausgewählte Geburtskalendertage
237. BA	2010	3, 4, 10, 11, 17, 24
273. BA	2011	3, 4, 10, 11, 17, 18, 24
307. BA	2012	3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25

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

² Im Rahmen der Zusammenführung der kassenseitigen und arztseitigen Datenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe (Matching) wurde zusätzlich auch auf Daten früherer Berichtsjahre der Geburtstagsstichprobe zurückgegriffen (vgl. dazu Abschnitt 6.4 von Anhang 2).

3.1.2 Inhalt des Datenkörpers

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

Die Versicherten-Stammdaten werden durch das sogenannte Matching-Verfahren mit den ärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführt und eindeutig dem Pseudonym der lebenslangen Versichertennummer (der sogenannten „Personen-ID“) zugeordnet. Durch dieses Verfahren entsteht für jeden Versicherten der Geburtstagsstichprobe ein Datensatz, der Angaben sowohl über z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort und Zahl der Versichertentage als auch über die kodierten Diagnosen und die abgerechneten Leistungen enthält.

Eine ausführliche Beschreibung der Geburtstagsstichprobe einschließlich des oben erwähnten Matching-Verfahrens findet sich in Abschnitt 6 von Anhang 2 dieses Berichts.

3.1.3 Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse

Ebenfalls in Anhang 2 des vorliegenden Berichts ist die Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe ausführlich dargestellt (s. Abschnitt 2.3 von Anhang 2). Insbesondere werden dort die Gründe aufgeführt, die dazu führen, dass ein Versicherter mit einer Kennzeichnung markiert wird, die im Rahmen der Qualitätssicherung festgestellte Auffälligkeiten anzeigt und zum Ausschluss aus der Datengrundlage führt (Ausschlusskennzeichnung). Genauer wurden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2015 folgende Festlegungen getroffen:

- Es werden nur Versicherte herangezogen, die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 9. April 2014 nicht mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind und für die gemäß Eintrag in Feld 13 der Satzart 201 keine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V vorliegt. Alle anderen Versicherten und deren Abrechnungsdaten werden aus der Datengrundlage ausgeschlossen.

- Es werden alle Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben aus der Datengrundlage ausgeschlossen, die einen Leistungsbedarf von Null aufweisen.

Wie in den entscheidungserheblichen Gründen zum oben genannten Beschluss ausgeführt, erfolgte der zusätzliche Ausschluss von Versicherten, bei denen in mindestens einem der Berichtsjahre 2010 bis 2012 eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 vorliegt (sogenannte „Betreute“), vor dem Hintergrund der Feststellung, dass insbesondere im Jahr 2011 die Versichertenstammdaten von Betreuten nicht vollständig an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

Zwar wurde die Morbiditätsstruktur der Personengruppe der Betreuten nicht untersucht, sollte sie jedoch atypisch sein oder anders dokumentiert sein als bei gesetzlich Krankenversicherten, dann könnten Unvollständigkeiten in der Datenlieferung der Betreuten im Jahr 2011 einen Einfluss auf die diagnosebezogenen Veränderungsdaten haben. Um diese Möglichkeit auszuschließen, wurden vorsorglich für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 (im Gegensatz zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2014) Betreute ausgeschlossen.

In Tabelle 2 sind die Anzahl der Versicherten ohne Ausschlusskennzeichnung in der Geburtstagsstichprobe, die Anzahl der Betreuten unter diesen sowie der sich daraus ergebende Anteil für die Berichtsjahre 2010 bis 2012 angegeben. Hierdurch wird die Feststellung des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bezüglich der Vollständigkeit der Daten gestützt.

Berichtsjahr	Anzahl Versicherte ohne Ausschlusskennzeichnung	Anzahl Betreute	Anteil Betreute in Prozent
2010	13.827.122	34.293	0,25%
2011	16.183.081	9.197	0,06%
2012	18.843.346	36.406	0,19%

Tabelle 2: Anzahl aller Versicherten ohne Ausschlusskennzeichnung in der Geburtstagsstichprobe und Anzahl der Betreuten unter diesen je Berichtsjahr

3.1.4 Erweiterung um abgeleitete Merkmale

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

- KV-Zuordnung

- Anzahl Versichertentage
- Anzahl Versichertenquartale
- Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit
- MGV-Leistungsbedarf
- Kennzeichen Selektivvertragsteilnahme

Die nachfolgenden Erläuterungen dazu entsprechen den Ausführungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Wortwörtlich aus diesem Beschluss übernommene Textpassagen sind kursiv gesetzt.

KV-Zuordnung

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

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

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

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

1. *Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet.*
2. *Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vor-*

quartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.

- 3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.*
- 4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.*

Anzahl Versichertentage

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

Anzahl Versichertenquartale

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

Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit

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

MGV-Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf, der für die Bestimmung der sogenannten Relativgewichte (siehe Abschnitte 4.1.2 und 8.2) verwendet wird, ist die für einen Versicherten im Verlauf eines Jahres abgerechnete Leistungsmenge. Er beruht auf der Abrechnung vertragsärztlicher Gebührenordnungspositionen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, ohne Berücksichtigung von Honorarverteilungsmaßstäben. Er ist eingegrenzt auf Leistungen, die der Bewertungsausschuss für seine Empfehlungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zurechnet.

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

1. Jede abgerechnete Gebührenordnungsposition wird einem zugehörigen Leistungssegment zugeordnet.
2. Anschließend wird jedes Leistungssegment der MGV oder der EGV zugewiesen.
3. Für die Berechnung der Relativgewichte werden die Leistungssegmente (bzw. die den Leistungssegmenten zugeordneten Leistungen) verwendet, welche nicht der EGV zugeordnet worden sind.

Kennzeichen Selektivvertragsteilnahme

Gemäß Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden zur Kennzeichnung der Versicherten, die an Selektivverträgen teilnehmen (SV-Teilnehmer), auch die gemäß der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten (SV-Daten, s.u.) unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen und dem Stand der Qualitätssicherung zum 17. Juli 2014 verwendet.

Ein Versicherter wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert,

1. wenn dieser Versicherte mindestens einen Datensatz in der Satzart 201 aufweist, der in Feld 12 die Kennzeichnung für einen selektivvertraglichen Abrechnungsweg außerhalb der KV oder nicht feststellbaren Abrechnungsweg dokumentiert hat oder
2. wenn mindestens ein Datensatz mit seiner Personen-ID in der Satzart 004 der selektivvertraglichen Teilnahmedaten [...] vorliegt.

In Nr. 2.2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird darüber hinaus ein längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert als SV-Teilnehmer, der zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2011 oder 2012 als SV-Teilnehmer entsprechend der obigen Definition identifiziert wurde. Als längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer sind dementsprechend diejenigen

Versicherten definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2011 oder 2012 als SV-Teilnehmer entsprechend der obigen Definition identifiziert wurden.

3.2 KM6-Daten

Die KM6-Statistik ist eine amtliche Stichtagsstatistik, welche, jeweils für den 1. Juli eines Jahres, für 17 Altersgruppen getrennt nach Geschlecht die Zahl der gesetzlich Versicherten aufführt. Sie steht dem Institut auf Ebene der Einzelkasse je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland werden derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand hier: 2. Juli 2014) verwendet. Die Übermittlung dieser Datengrundlage erfolgt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

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

3.3 SV-Daten

Gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 184. Sitzung, in seiner 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 276. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden selektivvertragliche Teilnahmedaten (SV-Daten) für Verträge, die gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V geschlossen wurden, an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt.

Die SV-Daten werden im Institut des Bewertungsausschusses einer Qualitätssicherung unterzogen. Für die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2015 wurden die SV-Daten mit dem Stand der Qualitätssicherung zum 17. Juli 2014 verwendet.

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

selbe Menge von Geburtskalendertagen verwendet wird wie für die Geburtstagsstichprobe.

3.4 ANZVER-Daten

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

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

3.5 Weiterentwicklung der Datengrundlage

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Datengrundlage festgestellt werden konnte, dass durch die stufenweise Einführung der elektronischen Gesundheitskarte seit dem 1. Oktober 2011 der Anteil der Abrechnungsfälle, die direkt über die lebenslange Versichertennummer den Versichertenstammdaten zugeordnet werden können, stark angestiegen ist. Für nähere Informationen hierzu sowie zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Datengrundlage insgesamt sei auf Anhang 2 verwiesen.

Teil A: Demografische Veränderungsdaten

4 Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

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

4.1 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

4.1.1 Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

In einem ersten Schritt wird die sogenannte Kalibrierungsmenge gebildet. Dazu werden gemäß Nr. 2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftlich Beschlussfassung) aus der in Abschnitt 3.1 dieses Berichts beschriebenen Datengrundlage diejenigen Versicherten ausgewählt, die sowohl im Jahr 2010 als auch im Jahr 2012 als versichertenzeitvollständig³ gekennzeichnet sind (als Konsequenz werden nur Versicherte mit den Geburtskalendertagen 3, 4, 10, 11, 17 und 24 berücksichtigt). Darüber hinaus werden aus der Kalibrierungsmenge diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in einem der Jahre 2010 bis 2012 als SV-Teilnehmer⁴ identifiziert wurden.

Für die Versicherten in der Kalibrierungsmenge werden für die weitere Berechnung nur das Alter und das Geschlecht im Jahr 2010 sowie deren MGW-Leistungsbedarf und deren Anzahl an Versichertenquartalen im Jahr 2012 herangezogen. Das Alter und das Geschlecht im Jahr 2010 werden verwendet, um die Versicherten in der Kalibrierungsmenge den Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik zuzuordnen. Der MGW-Leistungsbedarf wird für jeden Versicherten mit der Anzahl von Versichertenquartalen im Jahr 2012 annualisiert und im folgenden als annualisierter Leistungsbedarf des Versicherten bezeichnet. Dieser wird gemäß der Formel in Abbildung 1 berechnet.

³ Zur Definition von „versichertenzeitvollständig“ siehe Abschnitt 3.1.4.

⁴ Zur Definition eines „Selektivvertragsteilnehmers“ siehe Abschnitt 3.1.4.

$$LB_{i,2012}^a = \frac{4 \cdot LB_{i,2012}}{AVQ_{i,2012}}$$

mit

$LB_{i,2012}$	Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2012
$AVQ_{i,2012}$	Anzahl der Versicherten quartale des i -ten Versicherten im Jahr 2012

Abbildung 1: Formel zur Berechnung des annualisierten Leistungsbedarfs

4.1.2 Ermittlung bundesweiter Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

Die demografischen Veränderungsrate werden mit einem zweijährig-prospektiven Modell berechnet. Um dieses Modell zu erhalten, wird zuerst der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2012 \overline{LB}_{2012}^a anhand der Formel in Abbildung 2 ermittelt.

$$\overline{LB}_{2012}^a = \frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{4} \cdot LB_{i,2012}^a \cdot AVQ_{i,2012} \right)}{\sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{4} \cdot AVQ_{i,2012} \right)}$$

mit

$LB_{i,2012}^a$	annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2012
$AVQ_{i,2012}$	Anzahl der Versicherten quartale des i -ten Versicherten im Jahr 2012
n	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Abbildung 2: Formel zur Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten Leistungsbedarfs

Der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Kalibrierungsmenge gemäß Abschnitt 4.1.1 bzw. 8.2.1 beträgt 341,49 Euro.

Dann wird anhand der Formel in Abbildung 3 der relative Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr 2012 ($y_{i,2012}$) als Quotient aus dem annualisierten Leistungsbedarf und dem gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten im Jahr 2012 berechnet.

$$y_{i,2012} = \frac{LB_{i,2012}^a}{\overline{LB}_{2012}^a}$$

mit

$LB_{i,2012}^a$	annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2012
\overline{LB}_{2012}^a	gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2012

Abbildung 3: Formel zur Berechnung des relativen Leistungsbedarfs eines Versicherten

Schließlich geht der relative Leistungsbedarf eines Versicherten ($y_{i,2012}$) als abhängige Variable in eine multiple lineare Regression ein. Die Regressionsgleichung ist in Abbildung 4 dargestellt. Die unabhängigen Variablen dieser Regression ($x_{i,j,2010}$) sind sog. Dummy-Variablen, die die Zuordnung eines Versicherten zu genau einer Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß der Gliederung der KM6-Statistik im Jahr 2010 repräsentieren und nur die Werte 0 und 1 annehmen können. Dabei bedeutet der Wert 1, dass der Versicherte der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe zugeordnet wurde, und der Wert 0, dass der Versicherte nicht der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe zugeordnet wurde.

$$y_{i,2012} = \sum_{j=1}^{34} \beta_j \cdot x_{i,j,2010} + \epsilon_i$$

mit

$y_{i,2012}$	relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2012
β_j	Regressionskoeffizient der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe
$x_{i,j,2010}$	Ausprägung der Variablen der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe für den i -ten Versicherten im Jahr 2010
ϵ_i	Fehlerterm der Regression

Abbildung 4: Regressionsgleichung zur Ermittlung der (demografischen) Relativgewichte

Es erfolgt eine Gewichtung der Versicherten in der Regression mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2012. Die (geschätzten) Regressionskoeffizienten werden als (demografische) Relativgewichte ($\hat{\beta}_j$) bezeichnet.

4.2 Berechnung der demografischen Veränderungsraten

4.2.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten je KV-Bezirk wird in Nr. 2.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) definiert. Die folgende kursiv gesetzte Textpassage ist wortwörtlich aus diesem Beschluss entnommen.

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsraten werden die Jahre 2011 und 2012 herangezogen. Versicherte mit Wohnort im Ausland werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2 Juli 2014) verwendet.

4.2.2 Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Die Berechnung der Relativgewichte erfolgte auf der in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge. Für die Berechnung der demografischen Veränderungsraten werden diese Relativgewichte auf die Daten der KM6-Statistik für die Jahre 2011 und 2012 für jeden KV-Bezirk separat angewendet.

Genauer wird je KV-Bezirk ein Demografie-Index (DI) bezogen auf das Jahr 2011 und ein Demografie-Index bezogen das Jahr 2012 berechnet. In der Formel in Abbildung 5 wird die Berechnung dieses Demografie-Index formal dargestellt. Dazu wird die Anzahl der Versicherten je Alters- und Geschlechtsgruppe mit Wohnort in einem KV-Bezirk ($n_{j,k,t}$) mit dem Relativgewicht der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe ($\hat{\beta}_j$) multipliziert und die Werte über alle Alters- und Geschlechtsgruppen summiert. Diese Summe wird dann durch die Versichertenzahl mit Wohnort in der Kassenärztlichen Vereinigung dividiert.

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

$DI_{k,t}$	Demografie-Index für den KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr t
$\hat{\beta}_j$	Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe j , mit $j=1, \dots, 34$
$n_{j,k,t}$	Anzahl Versicherte in der Alters- und Geschlechtsgruppe j , im KV-Bezirk k , im Jahr t
k	KV-Bezirk, mit $k=1, \dots, 17$
t	Jahr, mit $t = 2011, 2012$

Abbildung 5: Formel zur Berechnung des Demografie-Index

Um die demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk zu berechnen, wird der Demografie-Index des Jahres 2012 ($DI_{k,2012}$) durch den Demografie-Index des Jahres 2011 ($DI_{k,2011}$) geteilt und davon der Wert eins abgezogen. Die Formel zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten ist in Abbildung 6 dargestellt.

$$VR_k = \frac{DI_{k,2012}}{DI_{k,2011}} - 1$$

VR_k	demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk k
$DI_{k,2011}$	Demografie-Index für den KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr 2011
$DI_{k,2012}$	Demografie-Index für den KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr 2012
k	KV-Bezirk, mit $k = 1, \dots, 17$

Abbildung 6: Formel zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

5 Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Gegenüber den Festlegungen des Vorjahres hat es keine Weiterentwicklungen gegeben.

6 Ergebnisse: demografische Veränderungsraten je KV-Bezirk

Unter Verwendung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ergeben sich die in Tabelle 3 dargestellten KV-spezifischen demografischen Veränderungsraten.

KV-Bezirk	demografische Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,3751%
Hamburg	0,0326%
Bremen	0,1404%
Niedersachsen	0,3517%
Westfalen-Lippe	0,3478%
Nordrhein	0,2757%
Hessen	0,2132%
Rheinland-Pfalz	0,3507%
Baden-Württemberg	0,2916%
Bayern	0,1909%
Berlin	0,0988%
Saarland	0,4722%
Mecklenburg-Vorpommern	0,6165%
Brandenburg	0,5661%
Sachsen-Anhalt	0,4941%
Thüringen	0,4860%
Sachsen	0,2751%

Tabelle 3: Demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2015

7 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsrate

7.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

7.1.1 Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate

In Tabelle 4 werden die Relativgewichte berichtet, welche zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate verwendet wurden.

Altersgruppe gemäß KM6-Statistik	Relativgewichte	
	Frauen	Männer
bis unter 15 Jahre	0,5998	0,6309
15 bis unter 20 Jahre	0,7972	0,4548
20 bis unter 25 Jahre	0,7853	0,4247
25 bis unter 30 Jahre	0,8532	0,4547
30 bis unter 35 Jahre	0,8979	0,5151
35 bis unter 40 Jahre	0,9274	0,5844
40 bis unter 45 Jahre	0,9710	0,6470
45 bis unter 50 Jahre	1,0584	0,7366
50 bis unter 55 Jahre	1,1598	0,8766
55 bis unter 60 Jahre	1,2930	1,0837
60 bis unter 65 Jahre	1,3994	1,2445
65 bis unter 70 Jahre	1,5537	1,4330
70 bis unter 75 Jahre	1,6840	1,6200
75 bis unter 80 Jahre	1,7432	1,7648
80 bis unter 85 Jahre	1,7092	1,7938
85 bis unter 90 Jahre	1,7492	1,8080
90 und mehr Jahre	1,8447	1,8755

Tabelle 4: Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

7.1.2 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2015 im Vergleich zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2014 dargestellt.

Tabelle 5 enthält die Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge, welche zur Berechnung der Relativgewichte verwendet wurde, sowie die Anzahl der Alters- und Geschlechtsgruppen, welche als unabhängige Variablen im Regressionsmodell verwendet wurden.

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge (n)	Zahl der Alters- und Geschlechtsgruppen
für das Jahr 2015	11.367.697	34
für das Jahr 2014	7.840.492	34

Tabelle 5: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungs-raten für die Jahre 2015 und 2014

Der „gewichtete mean absolute prediction error“ (der gewichtete MAPE) gibt an, wie groß die durchschnittliche Abweichung zwischen dem mit dem Regressionsmodell geschätzten Wert (\hat{y}_i) und dem sich aus den Daten ergebenden Wert (y_i) ist. Die Berechnung des gewichteten MAPE wird in Abbildung 7 dargestellt. Er wird berechnet als Betrag der Differenz des tatsächlichen relativen Leistungsbedarfs je Versicherten im Jahr 2012 ($y_i = y_{i,2012}$) zum mit dem Regressionsmodell geschätzten relativen Leistungsbedarf je Versicherten (\hat{y}_i) multipliziert mit den Versichertenquartalen je Versicherten (AVQ_i). Dieses wird über alle Versicherten $i=1,\dots,n$ der in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge summiert und durch die Summe der Versichertenquartale (AVQ_i) der Versicherten in der Kalibrierungsmenge dividiert.

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

mit

- y_i relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2012
- \hat{y}_i geschätzter relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2012
- AVQ_i Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2012

Abbildung 7: Berechnung des gewichteten MAPE

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

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

Abbildung 8: Berechnung des adjustierten R²

Der gewichtete MAPE⁵ und das adjustierte R² sind für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate für die Jahre 2015 und 2014 im Vergleich in Tabelle 6 aufgeführt⁶.

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate	Gewichteter MAPE	Adjustiertes R ²
für das Jahr 2015	65,08%	13,76%
für das Jahr 2014	64,64%	14,21%

Tabelle 6: Gewichteter MAPE und adjustiertes R² für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate für die Jahre 2015 und 2014

7.2 Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsrate

7.2.1 Entwicklung der Altersstruktur von 2011 auf 2012

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

In Tabelle 7 sind die Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Männern) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung wie in Abschnitt 3.1.4 beschrieben) des Jahres 2011 aufgeführt. Analog enthält Tabelle 8 die Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Män-

⁵ Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ermöglicht sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

⁶ In älteren Berichten wurde an dieser Stelle der relative Prognosefehler, als gewichteter MAPE des annualisierten Leistungsbedarfs dividiert durch den mittleren annualisierten Leistungsbedarf, ausgewiesen. Da der relative Prognosefehler und der gewichtete MAPE des relativen Leistungsbedarfs identisch sind, wird nun darauf verzichtet.

nen) an der Gesamtzahl aller GKV-Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk des Jahres 2012⁷.

Die Änderungen der Anteile einer KM6-Gruppe des Jahres 2012 gegenüber den entsprechenden Anteilen des Jahres 2011 sind in Tabelle 9 in Prozentpunkten aufgeführt⁸.

⁷ Zu beachten ist bei diesen beiden Tabellen, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland gemäß dem Sitz ihrer Krankenkasse einem KV-Bezirk zugeordnet werden.

⁸ Zu beachten ist bei Tabelle 9, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für beide Jahre derselbe, aktuelle Kassensitz verwendet wird, um Wohnausländer regional zuzuordnen. Eine Verlegung des Kassensitzes hat somit allein keine Auswirkungen auf die in Tabelle 9 berichteten Veränderungen.

	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN	BUND
F bis unter 15 Jahre	6,60	6,29	6,09	6,69	6,62	6,31	6,51	6,28	6,68	6,50	6,17	5,62	5,53	5,47	5,12	5,39	5,55	6,31
F 15 bis unter 20 Jahre	2,77	2,19	2,37	2,84	2,87	2,64	2,62	2,77	2,82	2,74	1,93	2,62	1,54	1,59	1,52	1,54	1,47	2,50
F 20 bis unter 25 Jahre	2,95	3,14	3,19	2,98	3,10	3,03	2,99	3,08	3,19	3,12	3,18	3,01	2,93	2,75	2,80	2,83	2,79	3,04
F 25 bis unter 30 Jahre	2,75	4,21	3,49	2,78	2,90	3,08	3,12	2,89	3,09	3,18	4,13	2,81	2,97	2,71	2,79	2,92	3,04	3,07
F 30 bis unter 35 Jahre	2,84	4,31	3,20	2,81	2,85	3,13	3,26	2,86	3,09	3,27	4,03	2,73	2,79	2,75	2,58	2,76	2,90	3,07
F 35 bis unter 40 Jahre	2,93	3,64	2,98	2,91	2,91	3,01	3,15	2,83	3,05	3,15	3,28	2,59	2,30	2,44	2,26	2,38	2,42	2,93
F 40 bis unter 45 Jahre	4,23	4,08	3,71	4,05	3,94	3,99	4,03	3,90	3,97	4,08	3,77	3,73	3,30	3,57	3,40	3,31	3,24	3,89
F 45 bis unter 50 Jahre	4,71	4,28	4,17	4,51	4,45	4,49	4,49	4,61	4,47	4,51	4,33	4,64	4,47	4,63	4,26	4,11	3,95	4,45
F 50 bis unter 55 Jahre	4,01	3,61	3,86	4,00	4,05	4,02	3,98	4,30	4,03	4,04	3,69	4,50	4,59	4,47	4,26	4,20	3,87	4,05
F 55 bis unter 60 Jahre	3,33	2,98	3,41	3,36	3,43	3,44	3,42	3,69	3,40	3,38	3,27	3,90	4,36	4,13	4,22	4,15	3,96	3,53
F 60 bis unter 65 Jahre	3,20	2,90	3,20	3,08	2,97	3,15	3,24	3,19	3,03	3,12	3,18	3,37	3,41	3,33	3,61	3,61	3,58	3,18
F 65 bis unter 70 Jahre	2,95	2,71	2,90	2,62	2,46	2,80	2,61	2,46	2,52	2,57	2,95	2,51	2,75	3,02	3,25	3,11	3,31	2,71
F 70 bis unter 75 Jahre	3,69	3,19	3,54	3,45	3,32	3,52	3,29	3,42	3,32	3,32	3,57	3,71	4,28	4,36	4,43	4,34	4,41	3,56
F 75 bis unter 80 Jahre	2,56	2,33	2,66	2,54	2,56	2,67	2,43	2,61	2,45	2,43	2,45	2,91	3,22	3,12	3,26	3,09	3,24	2,63
F 80 bis unter 85 Jahre	1,84	1,75	2,01	1,95	2,03	1,97	1,87	2,03	1,87	1,87	1,64	2,18	2,21	2,15	2,44	2,35	2,54	1,99
F 85 bis unter 90 Jahre	1,33	1,28	1,43	1,37	1,36	1,31	1,33	1,41	1,29	1,31	1,13	1,49	1,26	1,28	1,52	1,50	1,69	1,35
F 90 und mehr Jahre	0,73	0,72	0,79	0,69	0,65	0,64	0,67	0,66	0,66	0,64	0,72	0,64	0,59	0,64	0,72	0,68	0,88	0,68
M bis unter 15 Jahre	6,92	6,64	6,45	7,04	6,97	6,64	6,86	6,61	7,04	6,83	6,50	5,89	5,77	5,76	5,41	5,65	5,82	6,64
M 15 bis unter 20 Jahre	2,91	2,28	2,48	2,98	3,00	2,77	2,74	2,91	2,99	2,89	2,01	2,72	1,64	1,71	1,60	1,61	1,54	2,64
M 20 bis unter 25 Jahre	2,98	2,78	2,98	3,05	3,19	3,00	2,96	3,13	3,25	3,15	2,89	3,05	3,06	2,94	2,93	2,95	2,87	3,06
M 25 bis unter 30 Jahre	2,56	3,53	3,30	2,75	2,92	2,89	2,97	2,85	3,06	3,05	3,66	2,88	3,10	2,93	3,07	3,21	3,18	3,00
M 30 bis unter 35 Jahre	2,52	3,87	3,22	2,66	2,76	2,86	2,95	2,66	2,90	2,99	3,71	2,63	2,87	2,72	2,81	2,94	3,01	2,90
M 35 bis unter 40 Jahre	2,56	3,30	2,93	2,68	2,72	2,71	2,78	2,52	2,71	2,78	3,03	2,43	2,28	2,29	2,34	2,47	2,44	2,68
M 40 bis unter 45 Jahre	3,73	3,78	3,61	3,71	3,69	3,60	3,61	3,45	3,50	3,59	3,48	3,37	3,07	3,20	3,34	3,22	3,11	3,53
M 45 bis unter 50 Jahre	4,19	3,99	4,04	4,21	4,21	4,11	4,09	4,14	4,04	4,05	4,02	4,16	4,15	4,28	4,04	3,90	3,69	4,08
M 50 bis unter 55 Jahre	3,51	3,24	3,48	3,69	3,77	3,61	3,57	3,83	3,58	3,60	3,41	4,13	4,34	4,25	4,02	3,99	3,59	3,68
M 55 bis unter 60 Jahre	2,88	2,59	2,91	3,05	3,12	2,97	2,99	3,28	2,93	2,91	2,87	3,55	4,11	3,93	3,94	3,93	3,62	3,14
M 60 bis unter 65 Jahre	2,72	2,45	2,72	2,73	2,63	2,64	2,78	2,81	2,58	2,63	2,64	3,07	3,16	3,07	3,25	3,33	3,18	2,75
M 65 bis unter 70 Jahre	2,44	2,27	2,47	2,23	2,11	2,27	2,24	2,08	2,11	2,13	2,45	2,09	2,37	2,59	2,81	2,70	2,80	2,28
M 70 bis unter 75 Jahre	3,00	2,52	2,82	2,85	2,67	2,85	2,72	2,78	2,67	2,64	2,76	2,90	3,45	3,64	3,65	3,57	3,60	2,88
M 75 bis unter 80 Jahre	1,89	1,58	1,80	1,87	1,86	1,99	1,84	1,99	1,85	1,74	1,70	2,11	2,30	2,37	2,31	2,24	2,40	1,93
M 80 bis unter 85 Jahre	1,09	0,94	1,09	1,18	1,22	1,21	1,17	1,27	1,17	1,12	0,93	1,31	1,26	1,30	1,34	1,31	1,47	1,19
M 85 bis unter 90 Jahre	0,50	0,46	0,51	0,53	0,51	0,49	0,55	0,55	0,51	0,50	0,37	0,56	0,42	0,46	0,53	0,54	0,60	0,51
M 90 und mehr Jahre	0,19	0,18	0,20	0,18	0,16	0,16	0,19	0,17	0,18	0,17	0,15	0,16	0,13	0,15	0,17	0,17	0,22	0,17

Tabelle 7: Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen[F] und Männern[M]) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) des Jahres 2011 in Prozent

	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN	BUND
F bis unter 15 Jahre	6,45	6,22	6,04	6,50	6,47	6,19	6,41	6,14	6,53	6,36	6,19	5,49	5,60	5,54	5,18	5,46	5,65	6,22
F 15 bis unter 20 Jahre	2,75	2,18	2,35	2,82	2,84	2,61	2,60	2,72	2,80	2,70	1,92	2,58	1,56	1,64	1,53	1,57	1,51	2,49
F 20 bis unter 25 Jahre	2,93	3,14	3,20	2,98	3,09	3,03	2,98	3,08	3,18	3,13	3,05	2,97	2,57	2,38	2,48	2,52	2,49	2,97
F 25 bis unter 30 Jahre	2,75	4,21	3,48	2,80	2,92	3,10	3,14	2,91	3,10	3,19	4,21	2,83	3,02	2,74	2,85	2,95	3,09	3,09
F 30 bis unter 35 Jahre	2,87	4,38	3,26	2,84	2,89	3,18	3,30	2,89	3,14	3,33	4,15	2,76	2,87	2,80	2,65	2,83	2,97	3,12
F 35 bis unter 40 Jahre	2,88	3,66	2,96	2,83	2,85	2,98	3,12	2,78	3,00	3,11	3,35	2,58	2,34	2,49	2,24	2,39	2,47	2,90
F 40 bis unter 45 Jahre	3,93	3,88	3,54	3,80	3,72	3,76	3,83	3,67	3,77	3,86	3,57	3,49	3,08	3,33	3,21	3,15	3,09	3,67
F 45 bis unter 50 Jahre	4,79	4,32	4,16	4,54	4,47	4,52	4,49	4,58	4,47	4,51	4,22	4,55	4,28	4,48	4,12	3,98	3,83	4,43
F 50 bis unter 55 Jahre	4,17	3,70	3,93	4,13	4,16	4,12	4,09	4,42	4,16	4,16	3,81	4,62	4,70	4,64	4,37	4,27	3,95	4,16
F 55 bis unter 60 Jahre	3,42	3,02	3,48	3,45	3,53	3,51	3,47	3,78	3,47	3,44	3,23	4,01	4,39	4,13	4,20	4,13	3,88	3,58
F 60 bis unter 65 Jahre	3,23	2,87	3,23	3,16	3,08	3,22	3,27	3,36	3,11	3,16	3,21	3,59	3,72	3,60	3,86	3,84	3,80	3,27
F 65 bis unter 70 Jahre	2,90	2,63	2,85	2,59	2,43	2,76	2,62	2,45	2,49	2,59	2,79	2,48	2,63	2,82	3,10	3,03	3,16	2,66
F 70 bis unter 75 Jahre	3,61	3,11	3,44	3,33	3,18	3,40	3,18	3,26	3,21	3,21	3,51	3,50	4,14	4,28	4,37	4,24	4,33	3,45
F 75 bis unter 80 Jahre	2,76	2,47	2,81	2,70	2,70	2,82	2,56	2,76	2,59	2,54	2,66	3,09	3,39	3,32	3,45	3,28	3,42	2,78
F 80 bis unter 85 Jahre	1,81	1,69	1,97	1,92	2,00	1,95	1,83	2,00	1,86	1,85	1,62	2,18	2,26	2,19	2,44	2,33	2,50	1,97
F 85 bis unter 90 Jahre	1,32	1,25	1,41	1,36	1,37	1,31	1,31	1,40	1,28	1,28	1,11	1,49	1,31	1,31	1,53	1,52	1,68	1,34
F 90 und mehr Jahre	0,77	0,74	0,81	0,74	0,70	0,69	0,72	0,71	0,70	0,68	0,73	0,71	0,63	0,68	0,77	0,73	0,93	0,72
M bis unter 15 Jahre	6,77	6,56	6,38	6,87	6,81	6,51	6,77	6,47	6,88	6,70	6,52	5,78	5,85	5,82	5,49	5,72	5,94	6,55
M 15 bis unter 20 Jahre	2,91	2,29	2,47	2,97	2,98	2,74	2,73	2,88	2,97	2,86	2,00	2,68	1,67	1,75	1,62	1,65	1,58	2,62
M 20 bis unter 25 Jahre	2,98	2,80	3,03	3,08	3,19	3,03	2,97	3,14	3,27	3,17	2,78	3,01	2,65	2,56	2,62	2,60	2,57	3,01
M 25 bis unter 30 Jahre	2,62	3,58	3,32	2,82	2,97	2,95	3,00	2,89	3,12	3,12	3,73	2,91	3,14	2,94	3,09	3,21	3,22	3,05
M 30 bis unter 35 Jahre	2,57	3,94	3,27	2,72	2,81	2,93	3,03	2,74	2,98	3,09	3,86	2,70	2,94	2,82	2,90	3,05	3,10	2,98
M 35 bis unter 40 Jahre	2,52	3,36	2,91	2,64	2,69	2,70	2,77	2,49	2,70	2,79	3,12	2,41	2,36	2,34	2,36	2,47	2,51	2,68
M 40 bis unter 45 Jahre	3,47	3,57	3,43	3,50	3,49	3,40	3,42	3,26	3,32	3,41	3,31	3,14	2,92	3,04	3,19	3,14	3,01	3,35
M 45 bis unter 50 Jahre	4,26	4,03	4,06	4,23	4,23	4,12	4,09	4,10	4,02	4,06	3,91	4,11	3,95	4,11	3,94	3,78	3,59	4,06
M 50 bis unter 55 Jahre	3,67	3,36	3,59	3,83	3,88	3,72	3,69	3,94	3,70	3,72	3,54	4,24	4,42	4,38	4,13	4,07	3,68	3,80
M 55 bis unter 60 Jahre	2,95	2,65	3,00	3,12	3,24	3,07	3,05	3,36	3,03	2,99	2,88	3,65	4,14	3,96	3,91	3,92	3,55	3,20
M 60 bis unter 65 Jahre	2,74	2,41	2,73	2,82	2,73	2,68	2,80	2,96	2,63	2,64	2,64	3,27	3,44	3,32	3,49	3,54	3,40	2,83
M 65 bis unter 70 Jahre	2,38	2,20	2,39	2,19	2,08	2,23	2,24	2,06	2,08	2,13	2,29	2,09	2,28	2,43	2,69	2,65	2,67	2,23
M 70 bis unter 75 Jahre	2,92	2,45	2,74	2,76	2,56	2,74	2,62	2,65	2,57	2,54	2,75	2,74	3,35	3,55	3,59	3,49	3,52	2,79
M 75 bis unter 80 Jahre	2,06	1,73	1,95	2,01	1,97	2,11	1,95	2,10	1,96	1,83	1,85	2,23	2,44	2,54	2,48	2,40	2,56	2,06
M 80 bis unter 85 Jahre	1,10	0,93	1,07	1,18	1,22	1,23	1,17	1,27	1,19	1,13	0,95	1,34	1,35	1,37	1,38	1,35	1,50	1,21
M 85 bis unter 90 Jahre	0,52	0,46	0,53	0,57	0,55	0,53	0,57	0,58	0,55	0,53	0,40	0,61	0,46	0,51	0,57	0,58	0,64	0,54
M 90 und mehr Jahre	0,21	0,19	0,22	0,20	0,18	0,17	0,20	0,19	0,19	0,19	0,16	0,18	0,14	0,16	0,19	0,19	0,24	0,19

Tabelle 8: *Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen[F] und Männern[M]) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (nach KV-Zuordnung gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) des Jahres 2012 in Prozent*

	KV SH	KV HH	KV HB	KV NI	KV WL	KV NR	KV HE	KV RP	KV BW	KV BY	KV BE	KV SL	KV MV	KV BB	KV ST	KV TH	KV SN	BUND
F bis unter 15 Jahre	-0,15	-0,06	-0,05	-0,19	-0,15	-0,12	-0,10	-0,14	-0,15	-0,14	0,02	-0,14	0,07	0,07	0,07	0,07	0,10	-0,09
F 15 bis unter 20 Jahre	-0,01	-0,01	-0,02	-0,02	-0,02	-0,03	-0,01	-0,04	-0,02	-0,04	-0,01	-0,05	0,02	0,04	0,01	0,03	0,04	-0,02
F 20 bis unter 25 Jahre	-0,02	-0,01	0,00	0,00	-0,01	0,00	-0,01	0,00	-0,01	0,01	-0,13	-0,04	-0,36	-0,37	-0,31	-0,32	-0,29	-0,06
F 25 bis unter 30 Jahre	0,00	0,00	-0,01	0,02	0,02	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,09	0,01	0,05	0,04	0,05	0,04	0,04	0,02
F 30 bis unter 35 Jahre	0,03	0,07	0,06	0,03	0,04	0,04	0,04	0,03	0,05	0,06	0,12	0,03	0,08	0,05	0,07	0,07	0,07	0,05
F 35 bis unter 40 Jahre	-0,05	0,01	-0,03	-0,07	-0,07	-0,03	-0,02	-0,05	-0,05	-0,04	0,06	-0,01	0,05	0,05	-0,02	0,01	0,04	-0,03
F 40 bis unter 45 Jahre	-0,29	-0,20	-0,17	-0,25	-0,21	-0,23	-0,20	-0,23	-0,21	-0,22	-0,20	-0,24	-0,22	-0,24	-0,19	-0,15	-0,15	-0,21
F 45 bis unter 50 Jahre	0,08	0,04	-0,01	0,03	0,02	0,03	0,00	-0,03	-0,01	0,00	-0,11	-0,08	-0,19	-0,15	-0,13	-0,13	-0,12	-0,02
F 50 bis unter 55 Jahre	0,15	0,09	0,07	0,13	0,11	0,10	0,11	0,13	0,12	0,12	0,12	0,12	0,11	0,17	0,11	0,08	0,07	0,12
F 55 bis unter 60 Jahre	0,10	0,04	0,07	0,09	0,10	0,07	0,05	0,09	0,07	0,06	-0,04	0,12	0,02	0,00	-0,02	-0,02	-0,08	0,05
F 60 bis unter 65 Jahre	0,03	-0,03	0,03	0,08	0,11	0,07	0,03	0,17	0,08	0,04	0,03	0,22	0,31	0,27	0,24	0,23	0,21	0,10
F 65 bis unter 70 Jahre	-0,05	-0,07	-0,05	-0,03	-0,02	-0,04	0,02	-0,01	-0,03	0,02	-0,16	-0,03	-0,12	-0,19	-0,15	-0,08	-0,15	-0,05
F 70 bis unter 75 Jahre	-0,08	-0,08	-0,10	-0,12	-0,14	-0,12	-0,12	-0,15	-0,11	-0,12	-0,05	-0,21	-0,14	-0,07	-0,06	-0,10	-0,08	-0,11
F 75 bis unter 80 Jahre	0,20	0,14	0,15	0,16	0,14	0,15	0,13	0,14	0,14	0,11	0,20	0,18	0,18	0,20	0,19	0,18	0,18	0,15
F 80 bis unter 85 Jahre	-0,03	-0,07	-0,04	-0,03	-0,03	-0,02	-0,04	-0,03	-0,02	-0,02	-0,02	0,00	0,05	0,04	0,00	-0,02	-0,04	-0,02
F 85 bis unter 90 Jahre	-0,02	-0,03	-0,02	-0,01	0,01	0,00	-0,02	-0,01	-0,01	-0,03	-0,02	-0,01	0,05	0,02	0,01	0,02	0,00	-0,01
F 90 und mehr Jahre	0,04	0,03	0,02	0,05	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,01	0,07	0,04	0,04	0,06	0,06	0,05	0,04
M bis unter 15 Jahre	-0,15	-0,07	-0,07	-0,17	-0,16	-0,12	-0,09	-0,14	-0,16	-0,13	0,03	-0,10	0,07	0,06	0,08	0,07	0,11	-0,09
M 15 bis unter 20 Jahre	0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,02	-0,03	-0,01	-0,03	-0,02	-0,03	-0,02	-0,04	0,03	0,04	0,02	0,04	0,04	-0,01
M 20 bis unter 25 Jahre	0,00	0,02	0,05	0,03	0,01	0,02	0,01	0,02	0,03	0,03	-0,11	-0,03	-0,41	-0,38	-0,32	-0,35	-0,30	-0,05
M 25 bis unter 30 Jahre	0,06	0,05	0,03	0,07	0,05	0,06	0,04	0,04	0,06	0,07	0,07	0,02	0,04	0,00	0,02	0,00	0,03	0,05
M 30 bis unter 35 Jahre	0,05	0,07	0,05	0,06	0,06	0,07	0,08	0,08	0,09	0,10	0,15	0,07	0,06	0,10	0,10	0,11	0,09	0,08
M 35 bis unter 40 Jahre	-0,04	0,06	-0,02	-0,04	-0,04	-0,01	-0,01	-0,02	-0,02	0,01	0,09	-0,02	0,07	0,05	0,02	0,00	0,07	0,00
M 40 bis unter 45 Jahre	-0,26	-0,20	-0,18	-0,21	-0,21	-0,20	-0,18	-0,19	-0,18	-0,18	-0,18	-0,22	-0,15	-0,16	-0,14	-0,08	-0,10	-0,18
M 45 bis unter 50 Jahre	0,07	0,05	0,02	0,02	0,02	0,01	0,00	-0,04	-0,01	0,01	-0,10	-0,06	-0,20	-0,16	-0,10	-0,13	-0,10	-0,02
M 50 bis unter 55 Jahre	0,16	0,11	0,10	0,14	0,11	0,11	0,12	0,11	0,12	0,12	0,13	0,10	0,08	0,13	0,11	0,08	0,09	0,12
M 55 bis unter 60 Jahre	0,07	0,05	0,09	0,08	0,12	0,10	0,06	0,08	0,09	0,08	0,01	0,10	0,03	0,03	-0,03	-0,02	-0,07	0,06
M 60 bis unter 65 Jahre	0,02	-0,04	0,01	0,09	0,09	0,04	0,02	0,15	0,05	0,02	0,00	0,20	0,28	0,25	0,23	0,21	0,21	0,08
M 65 bis unter 70 Jahre	-0,05	-0,07	-0,07	-0,04	-0,03	-0,05	0,00	-0,02	-0,04	0,00	-0,16	0,00	-0,09	-0,16	-0,12	-0,05	-0,13	-0,05
M 70 bis unter 75 Jahre	-0,08	-0,07	-0,08	-0,10	-0,11	-0,11	-0,10	-0,13	-0,10	-0,09	-0,01	-0,16	-0,10	-0,09	-0,06	-0,08	-0,08	-0,10
M 75 bis unter 80 Jahre	0,18	0,15	0,15	0,14	0,11	0,12	0,11	0,11	0,11	0,09	0,14	0,12	0,14	0,17	0,17	0,16	0,16	0,12
M 80 bis unter 85 Jahre	0,01	-0,01	-0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,01	0,02	0,03	0,09	0,07	0,04	0,04	0,03	0,02
M 85 bis unter 90 Jahre	0,02	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
M 90 und mehr Jahre	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02

Tabelle 9: Änderung der Anteile der Versichertenzahlen einer KM6-Gruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2012 gegenüber den entsprechenden Anteilen der Versichertenzahlen einer KM6-Gruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2011 in Prozentpunkten (je KV-Bezirk – nach Zuordnung zu KV-Bezirken analog zu Tabelle 7 und Tabelle 8).

7.2.2 Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen demografischen Veränderungsrate

Die Einzelbeiträge der Alters- und Geschlechtsgruppen zur regionalen demografischen Veränderungsrate sind in einer Excel-Mappe getrennt nach KV-Bezirken veröffentlicht unter institut-ba.de. Die Berechnung der Einzelbeiträge erfolgt anhand der Formeln in Abbildung 9.

Demografie-Index und Partialindizes

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

mit

- $DI_{k,t}$ Demografie-Index im KV-Bezirk k , mit $k = 1, \dots, 17$, für das Jahr t
- $\hat{\beta}_i$ Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe i , mit $i = 1, \dots, 34$
- $n_{i,k,t}$ Anzahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe i im KV-Bezirk k für das Jahr t
- t Jahr, mit $t = 2011, 2012$

Zerlegung der demografischen Veränderungsrate

$$\begin{aligned}
 VR_k &= \frac{DI_{k,2012}}{DI_{k,2011}} - 1 = \frac{DI_{k,2012} - DI_{k,2011}}{DI_{k,2011}} \\
 &= \sum_{i=1}^{34} \left(\frac{\text{Partialindex}_{i,k,2012} - \text{Partialindex}_{i,k,2011}}{DI_{k,2011}} \right)
 \end{aligned}$$

mit

- VR_k demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk k

Abbildung 9: Formeln zur Berechnung der Einzelbeiträge der Alters- und Geschlechtsgruppen zur demografischen Veränderungsrate für einen KV-Bezirk

Die Zerlegung der jeweiligen Veränderungsrate erfolgt also additiv. Der Einzelbeitrag der Alters- und Geschlechtsgruppe i entspricht der Entwicklung des i -ten

Partialindex in Abbildung 9 in Relation zum Wert $DI_{k,2011}$, dem Demografie-Index für den KV-Bezirk k bezogen auf das Jahr 2011.

Teil B: Diagnosebezogene Veränderungsraten

8 Methoden / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

8.1 Klassifikation zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Zunächst werden jedem Versicherten aufgrund seines Alters und Geschlechts eine Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) sowie weiterhin aufgrund seiner Diagnosen⁹ (sofern vorhanden) eine oder mehrere sogenannte hierarchisierte Condition Categories (HCC) zugeordnet. Hierfür ergeben sich, wie in Abbildung 10 schematisch dargestellt, aus den Diagnosen des Versicherten zunächst eine oder mehrere Condition Categories (CC) und dann aus der Menge der dem Versicherten so zugeordneten CC die diesem zugeordneten HCC. Dieser gesamte Vorgang wird als Klassifikation bezeichnet (für weitere Informationen siehe auch Abschnitt 9.2.2).

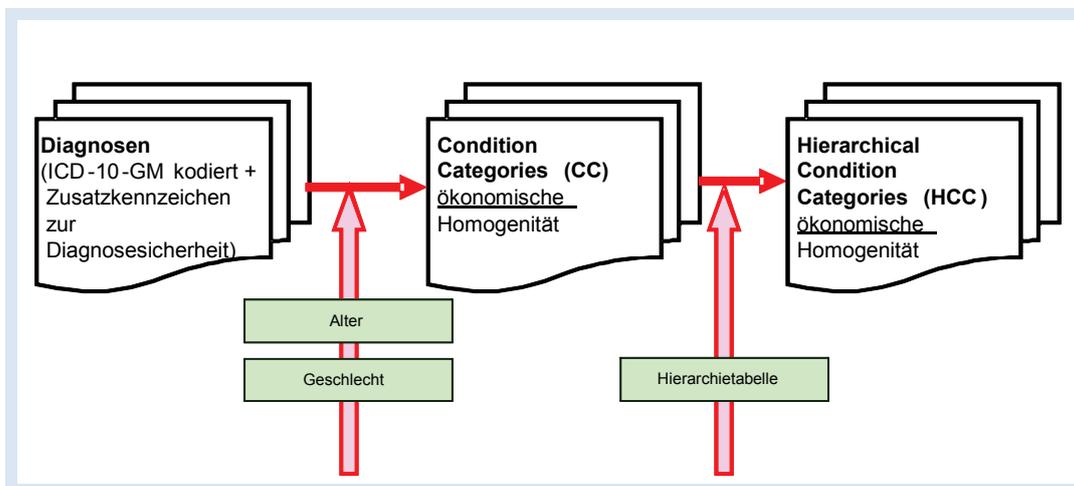


Abbildung 10: Bildung der diagnosebezogenen Risikokategorien

Die in Abbildung 10 dargestellte Zuordnung von CC aufgrund vorliegender Diagnosen erfolgt mit Hilfe sogenannter Überleitungstabellen. Dadurch werden die

⁹ Als Diagnose wird hier und im Folgenden die Kombination aus ICD-Kode und Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit bezeichnet.

ca. 15.000 existierenden Diagnosen zu ca. 200 CC verdichtet. Die Überleitungstabellen enthalten neben der Zuordnung einer Diagnose zu einer CC¹⁰ teilweise auch Zusatzbedingungen hinsichtlich des Alters und des Geschlechts der Versicherten. Einem Versicherten wird in einem solchen Fall eine CC aufgrund einer Diagnose nur dann zugewiesen, wenn das Alter und Geschlecht des Versicherten innerhalb der Vorgaben liegt, die in den Überleitungstabellen zu den einzelnen Diagnosen angegeben sind. Zur anschließenden Durchführung der Hierarchisierung liegt eine sogenannte Hierarchietabelle vor, die einzelne CC "über" andere CC einordnet/hierarchisiert (z.B. CC1 über CC2, CC2 über CC3)¹¹. Werden einem Versicherten mehrere CC (z.B. die CC1 und die CC2) zugeordnet, so werden nur die in der Hierarchie am höchsten stehenden CC weiter betrachtet (im Beispiel wird dem Versicherten nur die CC1 zugeordnet). Die nach der Hierarchisierung verbleibenden CC eines Versicherten werden als HCC des Versicherten bezeichnet und es gilt, dass die Anzahl der CC eines Versicherten immer größer oder gleich der Anzahl der HCC dieses Versicherten ist. Die vollständige formale Beschreibung der Klassifikation einschließlich der oben erwähnten Überleitungstabellen und Hierarchietabellen wird als Klassifikationssystem bezeichnet.

Die Beschreibung, welche HCC einem Versicherten zugeordnet wurden, erfolgt in den nachfolgend beschriebenen Berechnungen durch die Definition einer Dummy-Variablen für jede HCC, welche jeweils nur den Wert 1 (Versichertem wurde HCC zugeordnet) oder 0 (Versichertem wurde HCC nicht zugeordnet) annehmen kann. Ebenso wird durch solche Dummy-Variablen beschrieben, welche AGG einem Versicherten zugeordnet wurde. Das Ergebnis der Klassifikation ist somit eine Tabelle, die je Versicherten eine Zeile mit den Ausprägungen (0 oder 1) der AGG-Variablen und der HCC-Variablen¹² enthält.

8.2 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

8.2.1 Einleitung

Die diagnosebezogenen Veränderungsrate werden ebenso wie die demografischen Veränderungsrate mit einem zweijährig-prospektiven Modell berechnet,

¹⁰ In einzelnen Fällen ist auch die Zuordnung einer Diagnose zu zwei CC möglich.

¹¹ Die Hierarchisierung ist transitiv, d.h. wenn CC1 über CC2 und CC2 über CC3 gilt, dann gilt auch CC1 über CC3.

¹² Das gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu verwendende Klassifikationssystem umfasst 34 AGG und 190 CC bzw. HCC.

welches mit Hilfe einer gewichteten multiplen linearen Regression erhalten wird. Datengrundlage für diese Regression ist die wie in Abschnitt 4.1.1 abgegrenzte Kalibrierungsmenge. Die abhängige Variable der Regression ist der in Abschnitt 4.1.2 definierte relative Leistungsbedarf eines Versicherten. Die unabhängigen Variablen des Regressionsmodells sind die AGG- und HCC-Variablen (im Folgenden auch als Risikokategorien bezeichnet) bzw. daraus abgeleitete Variablen (im Folgenden als Risikoklassen bezeichnet). Die verwendete Regressionsgleichung ist in Abbildung 11 schematisch dargestellt

$$y_{i,2012} = \sum_{j=1}^m \beta_j \cdot x_{i,j,2010} + \epsilon_i$$

mit

$y_{i,2012}$	relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2012
β_j	Regressionskoeffizient der j -ten unabhängigen Variablen (Risikokategorie oder Risikoklasse)
$x_{i,j,2010}$	Ausprägung der j -ten unabhängigen Variablen beim i -ten Versicherten im Jahr 2010
m	Anzahl der unabhängigen Variablen der Regression
ϵ_i	Fehlerterm der Regression

Abbildung 11: Regressionsgleichung zur Ermittlung der (diagnosebezogenen) Relativgewichte

Es erfolgt eine Gewichtung der Versicherten in der Regression mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2012. Die (geschätzten) Regressionskoeffizienten werden als (diagnosebezogene) Relativgewichte ($\hat{\beta}_j$) bezeichnet.

8.2.2 Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

1. *Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2010 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leis-*

tungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2012, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängiger Variable werden zunächst zur Bestimmung der ökonomischen Relevanz der HCCs vorläufige Relativgewichte durch eine gewichtete multiple lineare Regression bestimmt. Die ökonomische Relevanz jeder HCC wird ermittelt als das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Relativgewicht und der Anzahl der Versicherten im Jahre 2010 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]). Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70% der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

- 2. Zusätzlich werden jene HCCs als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, deren vorläufiges Relativgewicht mindestens 1,5 beträgt.*
- 3. Darüber hinaus werden die erklärenden Variablen zusätzlich zu Schritt 1 und Schritt 2 ggf. um weitere HCCs aufgrund ihres maximalen Beitrags zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells ergänzt. Dazu wird ein Regressionsmodell mit den 34 Alters- und Geschlechtsgruppen und einer Anzahl von HCCs gebildet, wobei die Anzahl der in dieses Regressionsmodell aufzunehmenden HCCs auf die gleiche Anzahl beschränkt wird, wie THCCs nach Schritt 1 ausgewählt wurden. Die so ermittelten HCCs werden zusätzlich als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, sofern diese nicht bereits zuvor als THCC in das Klassifikationsmodell aufgenommen worden sind.*
- 4. Die nicht nach Schritt 1 bis 3 ausgewählten HCCs werden entsprechend ihrer jeweiligen organsystembezogenen Zuordnung zusammengefasst und als RHCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen.*

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

8.2.3 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

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

1. *Bei negativen Relativgewichten von RHCCs:*
 - a. *Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) innerhalb der RHCC gleich Null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte aus Nr. 3.1.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) Schritt 1 verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression*
 - b. *Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein positives Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich Null gesetzt ist)*
2. *Bei insignifikanten Relativgewichten (p -Wert $\geq 0,05$) von RHCCs:*
 - a. *Die HCC mit dem größten p -Wert innerhalb der RHCC gleich Null setzen (dazu vorläufige p -Werte aus Nr. 3.1.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) Schritt 1*

verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression

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

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

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

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

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

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

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

Nach der Kalibrierung verbleiben stets THCC, RHCC und AGG mit positiven und signifikanten Relativgewichten im Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikoklassen des Klassifikationsmodells bezeichnet.

8.2.4 Ermittlung bundesweiter Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

8.3 Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

8.3.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten wird auf der sogenannten Anwendungsmenge durchgeführt. Diese wird gemäß Nr. 2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wie folgt gebildet:

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

- 1. Es werden nur die Versicherten mit Versichertenzeit in den Jahren 2011 und/oder 2012 ausgewählt. Dabei werden jedoch jahresspezifisch Versicherte nicht ausgewählt, die im jeweiligen Jahr nicht gestorben sind und weniger als 120 Tage Versichertenzeit aufweisen und für die in keinem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.*
- 2. In die Anwendungsmenge werden alle längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) aufgenommen sowie die längsschnittlichen SV-Teilnehmer gemäß Nr. 2.2.7 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern, die gemäß Satzart 004 in Verbindung mit Satzart 001 der selektivvertraglichen Teilnahmedaten gemäß Nr. 2.1 (des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung [schriftliche Beschlussfassung]) für sämtli-*

che Quartale der Jahre 2011 und 2012 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.

8.3.2 Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

Die Ermittlung und Anwendung der DHF erfolgt jahres- und KV-spezifisch. Wohnausländer werden sowohl in der Stichprobe als auch in den Vergleichsdaten (KM6-Statistik und ANZVER-Daten) der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Juli 2014) verwendet.

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

Vereinfachtes Beispiel:

Die Gruppe der weiblichen GKV-Versicherten zwischen 20 und 25 im KV-Bezirk Berlin im Jahr 2010 besteht aus 84.000 Versicherten.

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

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

Die demografischen Hochrechnungsfaktoren, welche bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten unter Verwendung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2015 genutzt werden, wurden in Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgelegt.

Für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten werden von den SV-Teilnehmern bei der Berechnung von relativen Risikowerten gemäß der Formel in Abbildung 12 nur diejenigen Versicherten berücksichtigt, die ausschließlich an Verträgen gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben. Um alle weiteren SV-Teilnehmer ebenfalls zu berücksichtigen, wird ein Korrekturfaktor für

längsschnittliche SV-Teilnehmer aufgenommen.¹³ Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) legt in Nr. 2.7.1 die Bestimmung dieses Korrekturfaktors fest.

8.3.3 Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

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

In einem ersten Schritt werden für jeden Versicherten der Anwendungsmenge jahresspezifisch für die Jahre 2011 und 2012 relative Risikowerte ($rr_{VB,i,t}$) gemäß der Formel in Abbildung 12 berechnet¹⁴.

¹³ Dieser Korrekturfaktor wird ausschließlich bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg genutzt, da nur in diesen beiden KV-Bezirken SV-Teilnehmer, die ausschließlich an Verträgen gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben, bei der Berechnung von relativen Risikowerten berücksichtigt werden.

¹⁴ Die Darstellung in diesem Abschnitt weicht teilweise von der Darstellung in früheren Berichten ab, ohne dass sich die Festlegungen des Bewertungsausschusses zum relativen Risikowert geändert hätten. Die hier verwendete neue Notation dient der klareren Unterscheidung zwischen der Schätzung des Modells und der Verwendung des Modells.

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

mit

$rr_{VB,i,t}$	relativer Risikowert des i -ten Versicherten bezogen auf das Jahr t VB (Versorgungsbereich) = „alle Diagnosen“ (für alle Diagnosen von Nicht-SV-Teilnehmern) und VB (Versorgungsbereich) = „Nicht-HA“ (für alle Diagnosen aus dem nicht-hausärztlichen Versorgungsbereich von SV-Teilnehmern mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach § 73b SGB V in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
$x_{VB,i,j,t}$	Ausprägung der Risikoklasse j beim i -ten Versicherten im Jahr t für den Versorgungsbereich VB
$\hat{\beta}_j$	bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j
m	Anzahl der Risikoklassen
t	Jahr, mit $t = 2011, 2012$

Abbildung 12: Berechnung des relativen Risikowerts eines Versicherten

Die relativen Risikowerte $rr_{VB,i,t}$ werden entsprechend der Modellbildung (siehe Abschnitt 8.2) bestimmt. Die Formel in Abbildung 12 ähnelt daher der Modellgleichung in Abbildung 11, verwendet allerdings die Schätzungen der Regressionskoeffizienten $\hat{\beta}_j$ normativ in gleicher Höhe für die beiden Jahre 2011 und 2012.

- $\hat{\beta}_j$ ist das Ergebnis der Modellierung gemäß Abschnitt 8.2 auf Grundlage der Jahre 2010 (Alter, Geschlecht, Diagnosen) bzw. 2012 (individueller relativer Leistungsbedarf zwei Jahre später).
- Der relative Risikowert für den Versicherten i auf Grundlage des Jahres t für den Versorgungsbereich VB ergibt sich aus seinen Diagnosen des Jahres t im Versorgungsbereich VB, seinem Alter in t , seinem Geschlecht und den normativ verwendeten Relativgewichten $\hat{\beta}_j$.

Aus den relativen Risikowerten aller Versicherten mit Wohnort im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung wird im zweiten Schritt mit der Formel in Abbildung 13 ein Morbiditätsindex für die Kassenärztliche Vereinigung berechnet¹⁵.

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

mit

$MI_{VB,k,t}$	Morbiditätsindex je KV-Bezirk ($k = 1, \dots, 17$) des Jahres t mit VB (Versorgungsbereich) = „alle Diagnosen“ (für alle Diagnosen von Nicht-SV-Teilnehmern) und VB = „Nicht-HA“ (für alle Diagnosen aus dem nicht-hausärztlichen Versorgungsbereich von SV-Teilnehmern mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach § 73b SGB V in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
$rr_{VB,i,t}$	relativer Risikowert des i -ten Versicherten, bezogen auf das Jahr t für den Versorgungsbereich VB
$AVQ_{i,t}$	Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten im Jahr t
$DHF_{i,t}$	Demografischer Hochrechnungsfaktor des i -ten Versicherten für das Jahr t
$K_{i,t}$	Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des i -ten Versicherten für das Jahr t (der Korrekturfaktor nimmt für den VB = „alle Diagnosen“ [für alle Nicht-SV-Teilnehmer] den Wert 1 an)
$n_{VB,k,t}$	Anzahl der Versicherten in der Anwendungsmenge im KV-Bezirk k für das Jahr t , die für den Versorgungsbereich VB einbezogen werden
t	Jahr, mit $t = 2011, 2012$

Abbildung 13: Berechnung von Morbiditätsindizes je KV-Bezirk

Hierzu werden auf der Anwendungsmenge, bezogen auf die beiden Versichertengruppen Nicht-SV-Teilnehmer und SV-Teilnehmer mit Teilnahme an Verträgen

¹⁵Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden je zwei Morbiditätsindizes mit den in der Formel angegebenen Abgrenzungen für den Versorgungsbereich berechnet.

ausschließlich nach § 73b SGB V, KV-spezifische Morbiditätsindizes berechnet. Der Morbiditätsindex einer Kassenärztlichen Vereinigung ist der mit der Anzahl der Versicherten quartale und den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Mittelwert der relativen Risikowerte der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung.

Im dritten Schritt erfolgt die Berechnung der Veränderungsrate gemäß den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgelegten Formeln. Danach bestimmen sich die diagnosebezogenen Veränderungsrate aller KV-Bezirke, ausgenommen die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern, gemäß der Formel in Abbildung 14 als Quotient aus dem Morbiditätsindex des Folgejahres 2012 und dem Morbiditätsindex des Basisjahres 2011 abzüglich eins.

$$VR_k = \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}} - 1$$

mit

VR_k	Veränderungsrate für KV-Bezirk k
$MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2011 für KV-Bezirk k unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2011 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2012 für KV-Bezirk k unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
k	KV-Bezirk (außer Baden-Württemberg und Bayern)

Abbildung 14: Berechnung der Veränderungsrate je KV-Bezirk (außer Baden-Württemberg und Bayern)

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

- des Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 und dem Morbiditätsindex des Jahres 2011 der längsschnittlichen SV-Teilnehmer abzüglich eins und

- dem Quotienten aus dem Morbiditätsindex des Jahres 2012 und dem Morbiditätsindex des Jahres 2011 der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer abzüglich eins gemäß der Formel in Abbildung 15.

$$VR_k = G_k \cdot \left(\frac{MI_{Nicht-HA,2012,k}}{MI_{Nicht-HA,2011,k}} - 1 \right) + (1 - G_k) \cdot \left(\frac{MI_{alle Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle Diagnosen,2011,k}} - 1 \right)$$

mit

VR_k	Veränderungsrate für KV-Bezirk k
$MI_{alle Diagnosen,2011,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2011 für KV-Bezirk k unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2011 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{alle Diagnosen,2012,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2012 für KV-Bezirk k unter Verwendung aller Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für Nicht-SV-Teilnehmer verwendet)
$MI_{Nicht-HA,2011,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2011 für KV-Bezirk k unter Verwendung von ausschließlich nicht-hausärztlichen Diagnosen des Jahres 2011 (wird ausschließlich für SV-Teilnehmer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern verwendet)
$MI_{Nicht-HA,2012,k}$	Morbiditätsindex des Jahres 2012 je KV-Bezirk unter Verwendung von ausschließlich nicht-hausärztlichen Diagnosen des Jahres 2012 (wird ausschließlich für SV-Teilnehmer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern verwendet)
G_k	Gewichtungsfaktor (MGV-Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer des KV-Bezirks Baden-Württemberg bzw. Bayern am für die Berechnung der Veränderungsraten verwendeten Gesamt-MGV-Leistungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks)
k	KV-Bezirk (Baden-Württemberg oder Bayern)

Abbildung 15: Berechnung der Veränderungsraten für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

Die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer erfolgt mit dem Faktor G_k , dem Anteil des mit den DHF hochge-

rechneten tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer des Jahres 2012 an dem mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten der Anwendungsmenge mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Jahr 2012. Der komplementäre Anteil, der als Differenz zu 100 % verbleibt, bestimmt die Gewichtung der Veränderung des Morbiditätsindex der Nicht-SV-Teilnehmer.

9 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

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

Das Klassifikationsmodell H15EBA wurde weiterentwickelt zum Klassifikationsmodell KM87a_2012. Mit dem Klassifikationsmodell KM87a_2012 wurden die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten des Jahres 2013 bestimmt. Das Klassifikationsmodell KM87a_2012 sowie die Weiterentwicklungen vom Klassifikationsmodell H15EBA zum Klassifikationsmodell KM87a_2012 sind ausführlich im „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V“ dokumentiert.

Die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2014 wurden mit dem Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung bestimmt. Dieses Modell wird im Folgenden als KM87a_2013 bezeichnet. In den folgenden Abschnitten wird die Weiterent-

wicklung des Klassifikationsmodells KM87a_2013 hin zu dem mit KM87a_2014 bezeichneten Klassifikationsmodell für die Berechnung der diagnosebezogenen demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 dargestellt.

9.1 Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Weiterentwicklungen vom Klassifikationsmodell KM87a_2013 hin zum Klassifikationsmodell KM87a_2014. Der Vollständigkeit halber sind in dieser Tabelle auch Merkmale aufgelistet, deren Ausprägung sich zwischen den beiden Modellen nicht unterscheidet.

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

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

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2013	KM87a_2014
Datengrundlage		
Berichtsjahre	2009 – 2011	2010 – 2012
GSP-Daten	Stand vom 12.07.2013	Stand vom 09.04.2014
SV-Daten	Stand vom 12.07.2013	Stand vom 17.07.2014
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	
Fälle ohne Leistungsbedarf	Ausschluss	
Identifikation SV-Teilnehmer	gemäß Beschluss 309. BA	gemäß Beschluss 332. BA
Diagnosen von nicht zur Diagnose verpflichteten Ärzten	kein Ausschluss	
Personen mit Kostenübernahme nach § 264 Abs. 1 SGB V (sog. Betreute)	kein Ausschluss	Ausschluss
Version der KM6-Statistik	2010 und 2011	2011 und 2012
Klassifikation		
Version des Klassifikationssystems	p07a	p08b

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2013	KM87a_2014
Berechnung der Relativgewichte		
verwendete Geburtskalendertage	3, 10, 17, 24	3, 4, 10, 11, 17, 24
Jahresbezüge des prospektiven Modells	2009 und 2011	2010 und 2012
MGV-Leistungsbedarf	gemäß Beschluss des 309. BA	gemäß Beschluss des 332. BA
Annualisierung des Leistungsbedarfs	ja, mit Anzahl an Versichertenquartalen im jeweiligen Jahr	
Abhängige Variable im Regressionsmodell	relativer MGV-Leistungsbedarf	
Regionale Abgrenzung	bundesweit	
versichertenzeitvollständig	nur Berücksichtigung von Versicherten, die mindestens 45 Tage in jedem Quartal eines Jahres versichert waren (Ausnahme: Quartal der Geburt und die Vorquartale im Jahr der Geburt sowie Quartal des Todes und die Folgequartale im Jahr des Todes)	nur Berücksichtigung von Versicherten, die mindestens 45 Tage in jedem Quartal eines Jahres versichert waren (Ausnahme: Quartal des Todes und die Folgequartale im Jahr des Todes)
SV-Teilnehmer in der Stichprobe	Ausschluss	
Komprimierung	gemäß Beschluss des 309. BA	gemäß Beschluss des 332. BA (der Algorithmus ist inhaltlich identisch mit dem Komprimierungsalgorithmus gemäß Beschluss des 309. BA, zusätzlich Alters- und Geschlechtsgruppen für 0-Jährige)
Kalibrierung	gemäß Beschluss des 309. BA	gemäß Beschluss des 332. BA (der Algorithmus ist inhaltlich identisch mit dem Kalibrierungsalgorithmus gemäß 309. BA)
Berechnung der Veränderungsraten		
Anwendungsjahre	2010 und 2011	2011 und 2012
verwendete Geburtskalendertage	2010: 3, 4, 10, 11, 17, 24 2011: 3, 4, 10, 11, 17, 24	2011: 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24 2012: 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24, 25
Regionale Abgrenzung	KV-spezifisch	

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2013	KM87a_2014
versichertenzeitausreichend	Keine Einschränkung	Keine Berücksichtigung von Versicherten, die weniger als 120 Tage im Jahr versichert waren, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Verstorbene und Versicherte, für die in einem Quartal des Jahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
SV-Teilnehmer in der Stichprobe	Keine Berücksichtigung von Versicherten, die in einem der Jahre 2010 und 2011 als SV-Teilnehmer identifiziert wurden, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden auch für als SV-Teilnehmer identifizierte Versicherte relative Risikowerte berechnet und damit getrennte Raten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.	Keine Berücksichtigung von Versicherten, die in einem der Jahre 2011 und 2012 als SV-Teilnehmer identifiziert wurden, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden auch für SV-Teilnehmer ausschließlich nach § 73b SGB V relative Risikowerte berechnet und damit getrennte Raten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet.
Diagnosen (Nicht-SV-Teilnehmer)	Verwendung aller Diagnosen	
Diagnosen (SV-Teilnehmer)	Verwendung von ausschließlich fachärztlichen Diagnosen	Verwendung von ausschließlich nicht-hausärztlichen Diagnosen in der Abgrenzung 332. BA
SV-Diagnosen	keine Verwendung	
Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF)	Berechnung mit Hochrechnungsfaktoren je KV, Alters- und Geschlechtsgruppe und Jahr	
Korrekturfaktor der DHF für „nur-§ 73b- Versicherte“	keine Verwendung	Berechnung mit Korrekturfaktoren in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern je Alters- und Geschlechtsgruppe und Jahr

Merkmal	Klassifikationsmodell	
	KM87a_2013	KM87a_2014
Berechnung der Veränderungsrate ¹⁶	$VR_k = \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2010,k}} - 1$ <p>Ausnahme: Berechnung der Veränderungsraten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg. In diesen beiden KV-Bezirken wird ein gewichtetes Mittel aus getrennten Raten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmern berechnet:</p> $VR_k = G_k \cdot \left(\frac{MI_{FA,2011,k}}{MI_{FA,2010,k}} - 1 \right) + (1 - G_k) \cdot \left(\frac{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2010,k}} - 1 \right)$ <p>Der Index <i>FA</i> steht für die ausschließliche Verwendung von Diagnosen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich.</p>	$VR_k = \frac{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}} - 1$ <p>Ausnahme: Berechnung der Veränderungsraten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg. In diesen beiden KV-Bezirken wird ein gewichtetes Mittel aus getrennten Raten für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme an ausschließlich Verträgen nach §73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern berechnet:</p> $VR_k = G_k \cdot \left(\frac{MI_{Nicht-HA,2012,k}}{MI_{Nicht-HA,2011,k}} - 1 \right) + (1 - G_k) \cdot \left(\frac{MI_{alle\ Diagnosen,2012,k}}{MI_{alle\ Diagnosen,2011,k}} - 1 \right)$ <p>Der Index <i>Nicht-HA</i> steht für die ausschließliche Verwendung von Diagnosen aus dem nicht-hausärztlichen Versorgungsbereich.</p>

Tabelle 10: Vergleich des Klassifikationsmodells KM87a_2013 mit dem Klassifikationsmodell KM87a_2014

9.2 Medizinische Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

9.2.1 Einleitung

Im Jahr 2013 erfolgte die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V für das Jahr 2014 mit dem Klassifikationsmodell KM87a_

¹⁶Die Bezeichnung der Variablen erfolgt analog zu den Bezeichnungen in den Formeln der Abbildung 13 und der Abbildung 14.

2013. Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem (KS87a) war die Version p07a.

Unter Beachtung und Anwendung der Festlegungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V erfolgte eine Weiterentwicklung von Version p07a zur Version p08a. Die Version p08a wurde am 3. Juni 2014 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung am 15. August 2014 wurde die Version p08a im Bereich der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) noch einmal verändert, sodass das Klassifikationssystem für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2015 (als Bestandteil des Klassifikationsmodells KM87a_2014) letztendlich die Versionsbezeichnung p08b erhielt.

Die Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems von der Version p07a zur Version p08b umfassen insgesamt:

- die Änderung der Altersgrenzen bei der Zuordnung von 10 ICD-Kodes zu ihren diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe 9.2.3),
- die Änderung der Geschlechtsgrenze bei der Zuordnung eines ICD-Kodes zu seiner diagnosebezogenen Risikokategorie (siehe 9.2.3),
- die Umbenennungen von zwei Diagnosegruppen und vier Risikokategorien (siehe 9.2.4) und
- die Bearbeitung von zwei Alters- und Geschlechtsgruppen (siehe 9.2.5).

In der folgenden Tabelle sind die Parameter der KS87a-Versionen p07a und p08b gegenübergestellt.

Parameter	Version p07a	Version p08b
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	32	34
Diagnosegruppen (DxG)	814	814
Risikokategorien (CC/HCC)	190	190
Hierarchien (CC→HCC)	268	268
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	32	32
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	2008 bis 2013	2008 bis 2013

Tabelle 11: Parameter der Versionen p07a und p08b des Klassifikationssystems

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

9.2.2.1 *Überleitung der Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die Risikokategorien des Klassifikationssystems*

Die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien erfolgt bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien in zwei Gruppierungsschritten. Im ersten Schritt werden alle gültigen ICD-Kodes (ca. 14.500) in ca. 800 Diagnosegruppen (Dx-Gruppen, DxG) zusammengefasst. Im zweiten Schritt werden die Dx-Gruppen den aktuell 190 diagnosebezogenen Risikokategorien (Condition Categories, CC bzw. Hierarchical Condition Categories, HCC) zugeordnet.

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

9.2.2.1.1 *Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung*

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

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

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

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

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

Weitere Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Die meisten Überleitungen erfolgen unabhängig von Alter und Geschlecht, einige jedoch nur, wenn definierte Bedingungen für Alter

und Geschlecht erfüllt sind. Dabei ist es auch möglich, dass eine Schlüsselnummer in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht in unterschiedliche Risikokategorien übergeleitet wird.

9.2.2.1.3 Einfache und doppelte ICD-CC-Überleitungen

Anhand der in 9.2.2.1.1 und 9.2.2.1.2 genannten Kriterien (Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, Alter, Geschlecht) ergibt sich für eine ICD-Schlüsselnummer in der Regel eine eindeutige Zuordnung zu einer einzelnen Risikokategorie („einfache ICD-CC-Überleitung“).

In wenigen Einzelfällen wird eine ICD-Schlüsselnummer unabhängig von den genannten Kriterien immer gleichzeitig in zwei Risikokategorien übergeleitet. Zum Beispiel (KS87a-Version p08b) wird „E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet“ gleichzeitig der „CC015 Diabetes mellitus mit renalen oder multiplen Komplikationen“ und auch der „CC020 Typ-1-Diabetes mellitus“ zugeordnet. In den folgenden Ausführungen wird in diesen Fällen die Begrifflichkeit „doppelte ICD-CC-Überleitung“ verwendet.

9.2.2.2 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) des Klassifikationssystems

Neben den diagnosebezogenen Risikokategorien enthält das Klassifikationssystem KS87a auch Risikokategorien, die den Versicherten aufgrund ihres Alters und Geschlechts zugeordnet werden. Jedem Versicherten wird dabei genau eine Alters- und Geschlechtsgruppe zugeordnet. Diese Klassifizierung ist unabhängig davon, ob für diesen Versicherten auch Diagnosen im Datensatz vorliegen oder nicht, und hat keinerlei Bezug zur unter 9.2.2.1.2 beschriebenen Funktion von Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen.

9.2.3 Änderung von Alters- und Geschlechtsgrenzen bei der Zuordnung von ICD-Kodes zu diagnosebezogenen Risikokategorien

9.2.3.1 Bearbeitungsanlass und -methodik

Wie im Abschnitt 9.2.2.1.2 beschrieben, können das Alter und das Geschlecht der Versicherten Kriterien für ICD-DxG-CC-Überleitungen sein. Aufgrund wiederholt festgestellter bzw. vermuteter Unplausibilitäten einzelner Alters- oder Geschlechtsgrenzen im Klassifikationssystem wurden alle Alters- und Geschlechtsgrenzen der ICD-DxG-CC-Überleitungen der Schlüsselnummern der ICD-Kapitel

- XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96) und
 XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
 auf ihre medizinische Plausibilität geprüft.

Die Prüfungen sowie die Entscheidungen über Änderungen der entsprechenden Grenzwerte erfolgten anhand aktueller medizinischer Daten und Erkenntnisse. Zusätzlich wurden die Alters- und Geschlechtsgrenzen im Klassifikationssystem KS87a mit den Alters- und Geschlechtsgrenzen in den vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Metadaten¹⁷ zur ICD-10-GM und den entsprechenden Grenzwerten des G-DRG-Systems¹⁸ verglichen.

9.2.3.2 Bearbeitungsergebnisse

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern wurden in der Version p07a des Klassifikationssystems bei jedem Alter des Versicherten in diagnosebezogene Risikokategorien übergeleitet. In der Version p08b erfolgt die Überleitung nun nur noch bei einem Alter bis höchstens einem Jahr.

ICD-10-GM	
Kode	Text
P25.3	Pneumoperikard mit Ursprung in der Perinatalperiode
P29.3	Persistierender Fetalkreislauf

Tabelle 12: ICD-Schlüsselnummern, bei denen der obere Altersgrenzwert der ICD-DxG-CC-Überleitung von 124 Jahren auf 1 Jahr geändert wurde

Die ICD-Schlüsselnummer „P95 Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache“ wurde in der Version p07a des Klassifikationssystems auch bei Versicherten, die ein Jahr alt sind, in die entsprechende diagnosebezogene Risikokategorie übergeleitet. In der Version p08b erfolgt die Überleitung nun nur noch bei einem Alter von unter einem Jahr.

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten ICD-Schlüsselnummern wurden in der Version p07a des Klassifikationssystems nur dann in diagnosebezogene Risikoka-

¹⁷ 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.

¹⁸ Quelle: <http://www.g-drg.de/cms/> (InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

tegorien übergeleitet, wenn der Versicherte höchstens ein Jahr alt ist. In der Version p08b erfolgt die Überleitung nun bei jedem Alter.

ICD-10-GM	
Kode	Text
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)
Q33.3	Agenesie der Lunge
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)
Q86.1	Antiepileptika-Embryopathie
Q86.2	Warfarin-Embryopathie
Q86.80	Thalidomid-Embryopathie

Tabelle 13: ICD-Schlüsselnummern, bei denen der obere Altersgrenzwert der ICD-DxG-CC-Überleitung von 1 Jahr auf 124 Jahre geändert wurde

Die ICD-Schlüsselnummer „Q64.0 Epispadie“ wurde in der Version p07a des Klassifikationssystems nur bei männlichen Versicherten in die entsprechende diagnosebezogene Risikokategorie übergeleitet. In der Version p08b erfolgt die Überleitung nun unabhängig vom Geschlecht des Versicherten.

9.2.4 Umbenennungen von Diagnosegruppen und Risikokategorien

Für die in der folgenden Tabelle aufgeführten Diagnosegruppen und Risikokategorien erfolgte die dargestellte Präzisierung der Textbezeichnung.

Kode	Textbezeichnung	
	KS87a Version p07a	KS87a Version p08b
DXG4810	Blindheit, Definition nach WHO ("3/60 auf dem besseren Auge / Stufen 3, 4, 5 und 9 beide Augen) oder US-Definition ("20/200" auf dem besseren Auge)	Blindheit beider Augen
DXG5100	Offene Verletzung der Augenanhangsgebilde, Fremdkörper am äußeren Auge, Verbrennung und Verätzung am Auge sowie den Augenanhangsgebilden	Sonstige Verletzungen und Fremdkörper des Auges und der Augenanhangsgebilde
CC145	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf, angeborene und erworbene Schädigung des Feten	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf
HCC145	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf, angeborene und erworbene Schädigung des Feten	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf
KHCC145	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf, angeborene und erworbene Schädigung des Feten und Alter unter 18 Jahre	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf und Alter unter 18 Jahre
OHCC145	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf, angeborene und erworbene Schädigung des Feten und Alter ab 65 Jahre	Vollständiger Schwangerschaftsverlauf und Alter ab 65 Jahre

Tabelle 14: Diagnosegruppen und Risikokategorien, bei denen die Textbezeichnung geändert wurde

9.2.5 Bearbeitung der Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)

Neben den diagnosebezogenen Risikokategorien enthält das Klassifikationssystem auch Risikokategorien, die den Versicherten aufgrund ihres Alters und Geschlechts zugeordnet werden. Unter 9.2.2.2 werden diese Alters- und Geschlechtsgruppen näher beschrieben.

Die KS87a-Version p07a enthielt 32 Alters- und Geschlechtsgruppen. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung am 15. August 2014 wurden die beiden (weiblich/männlich) Altersgruppen „0 bis 5 Jahre“ aufgeteilt, in zwei (weiblich/männlich) Altersgruppen „0 Jahre“ und zwei (weiblich/männlich) Altersgruppen „1 bis 5 Jahre“. Die KS87a-Version p08b weist somit 34 Alters- und Geschlechtsgruppen auf.

Im Ergebnis der geänderten Abgrenzung der Alters- und Geschlechtsgruppen hat sich die Zuordnung aller AGG verändert. In der folgenden Tabelle sind die AGG der Versionen p07a und p08b des Klassifikationssystems aufgeführt.

AGG-Kode	AGG-Bezeichnung	
	KS87a Version p07a	KS87a Version p08b
AGG001	Weiblich, 0 bis 5 Jahre	Weiblich, 0 Jahre
AGG002	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	Weiblich, 1 bis 5 Jahre
AGG003	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	Weiblich, 6 bis 12 Jahre
AGG004	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	Weiblich, 13 bis 17 Jahre
AGG005	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	Weiblich, 18 bis 24 Jahre
AGG006	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	Weiblich, 25 bis 34 Jahre
AGG007	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	Weiblich, 35 bis 44 Jahre
AGG008	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	Weiblich, 45 bis 54 Jahre
AGG009	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	Weiblich, 55 bis 59 Jahre
AGG010	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	Weiblich, 60 bis 64 Jahre
AGG011	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	Weiblich, 65 bis 69 Jahre
AGG012	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	Weiblich, 70 bis 74 Jahre
AGG013	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	Weiblich, 75 bis 79 Jahre
AGG014	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	Weiblich, 80 bis 84 Jahre
AGG015	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	Weiblich, 85 bis 89 Jahre
AGG016	Weiblich, 95 Jahre bis 124 Jahre	Weiblich, 90 bis 94 Jahre
AGG017	Männlich, 0 bis 5 Jahre	Weiblich, 95 Jahre bis 124 Jahre
AGG018	Männlich, 6 bis 12 Jahre	Männlich, 0 Jahre
AGG019	Männlich, 13 bis 17 Jahre	Männlich, 1 bis 5 Jahre
AGG020	Männlich, 18 bis 24 Jahre	Männlich, 6 bis 12 Jahre
AGG021	Männlich, 25 bis 34 Jahre	Männlich, 13 bis 17 Jahre
AGG022	Männlich, 35 bis 44 Jahre	Männlich, 18 bis 24 Jahre
AGG023	Männlich, 45 bis 54 Jahre	Männlich, 25 bis 34 Jahre
AGG024	Männlich, 55 bis 59 Jahre	Männlich, 35 bis 44 Jahre
AGG025	Männlich, 60 bis 64 Jahre	Männlich, 45 bis 54 Jahre
AGG026	Männlich, 65 bis 69 Jahre	Männlich, 55 bis 59 Jahre
AGG027	Männlich, 70 bis 74 Jahre	Männlich, 60 bis 64 Jahre

AGG-Kode	AGG-Bezeichnung	
	KS87a Version p07a	KS87a Version p08b
AGG028	Männlich, 75 bis 79 Jahre	Männlich, 65 bis 69 Jahre
AGG029	Männlich, 80 bis 84 Jahre	Männlich, 70 bis 74 Jahre
AGG030	Männlich, 85 bis 89 Jahre	Männlich, 75 bis 79 Jahre
AGG031	Männlich, 90 bis 94 Jahre	Männlich, 80 bis 84 Jahre
AGG032	Männlich, 95 Jahre bis 124 Jahre	Männlich, 85 bis 89 Jahre
AGG033	nicht besetzt	Männlich, 90 bis 94 Jahre
AGG034	nicht besetzt	Männlich, 95 Jahre bis 124 Jahre

Tabelle 15: Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) der KS87a-Versionen p07a und p08b

9.3 Weiterentwicklung der Berechnung von Relativgewichten zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

Ausweitung der Prüfung auf Versichertenzeitvollständigkeit: Im Klassifikationsmodell KM87a_2014 wird ein Versicherter als versichertenzeitvollständig definiert, wenn er in jedem Quartal eines Jahres mindestens 45 Tage versichert war. Hiervon sind ausschließlich das Quartal des Todes eines Versicherten und ggf. die Folgequartale im Kalenderjahr des Todes ausgenommen. Im Klassifikationsmodell KM87a_2013 wurden von der Bedingung, 45 Tage versichert zu sein, außerdem auch das Quartal der Geburt eines Versicherten und ggf. die Vorquartale im Kalenderjahr der Geburt ausgenommen. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe konnte insbesondere bei Behandlungsfällen, die typischerweise bei Kindern im ersten Lebensjahr abgerechnet werden, eine unterdurchschnittliche Zuordenbarkeit der Abrechnungsfälle zu den Versichertenstammdaten verzeichnet werden.¹⁹ Aus den nicht zugeordneten Abrechnungsfällen können die entsprechenden Diagnosen nicht bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate berücksichtigt werden. Somit wird die Morbidität der Neugeborenen nicht korrekt dargestellt, was zur Beeinflussung der Veränderungsrate führen kann. Erwartungsgemäß hat die Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe jedoch auch gezeigt, dass die Zuordenbarkeit von Abrechnungsfällen zu Versichertenstammdaten für Neugeborene, die im ersten Quartal eines Jahres geboren wurden, in stärkerem Maße gegeben ist, als für Neugeborene, die in den anderen Quartalen des Jahres geboren sind. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Festlegung, das Kriterium der Versichertenzeitvollständigkeit, welches für alle anderen Versicherten Anwendung findet, auch für die Neugeborenen zu verwenden. Durch diese Festlegung für das Klassifikationsmo-

¹⁹ Ein möglicher Grund hierfür kann in einem Zeitverzug zwischen Geburt und Zuteilung einer Versichertennummer liegen. Somit ist es möglich, dass für die Abrechnung der Behandlungsfälle eines Neugeborenen noch keine Versichertennummer genutzt werden kann.

dell KM87a_2014 werden nur diejenigen Neugeborenen berücksichtigt, die in jedem Quartal mindestens 45 Versichertentage aufweisen.

Änderung der Alters- und Geschlechtsgruppen: Wie bereits im Abschnitt 9.2.5 dargestellt, wurden im Klassifikationsmodell KM87a_2014 gegenüber dem Klassifikationsmodell KM87a_2013 die beiden AGG für 0-5-Jährige jeweils in eine AGG für Nulljährige und eine AGG für 1-5-Jährige aufgeteilt. Diese Festlegung erfolgte vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe insbesondere bei Behandlungsfällen, die typischerweise bei Kindern im ersten Lebensjahr vorzufinden sind, eine unterdurchschnittliche Zuordenbarkeit der Abrechnungsfälle zu den Versichertenstammdaten verzeichnet wurde. Dieser Unterschied in der Zuordenbarkeit kann die Genauigkeit der Abbildung von Risikokategorien bzw. Risikoklassen auf den relativen Leistungsbedarf für die gesamte Alters- und Geschlechtsgruppe beeinflussen. Um dies zu vermeiden, erfolgte die Aufteilung der beiden AGG für 0-5-Jährige.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass der Umgang mit Neugeborenen im Klassifikationsmodell KM87a_2014 kein Präjudiz für den Umgang mit Neugeborenen im nächsten Jahr darstellt. Somit besteht für den Umgang mit Neugeborenen grundsätzlich Weiterentwicklungsbedarf.

9.4 Weiterentwicklung der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Berücksichtigung von SV-Teilnehmern: Für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten werden allein in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg auch SV-Teilnehmer herangezogen. In beiden genannten KV-Bezirken nimmt ein bedeutender Teil der Versicherten an Selektivverträgen und davon zum überwiegenden Teil an Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V teil. Es wurde beim Klassifikationsmodell KM87a_2013 daher davon ausgegangen, dass für SV-Teilnehmer die fachärztliche Dokumentation vollständig in der Geburtstagsstichprobe vorliegt. Im Klassifikationsmodell KM87a_2013 wurden entsprechend von allen SV-Teilnehmern in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg alle fachärztlichen Diagnosen bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten einbezogen.

Durch vertiefte Prüfungen des Datenkörpers wurde festgestellt, dass Versicherte, die Teilnehmer an Verträgen gemäß § 73b SGB V sind, zum Teil zusätzlich Teilnehmer an weiteren Selektivverträgen nach §§ 73c oder 140a ff SGB V sind. Bei

Versicherten mit HzV-Vertrag nach § 73b SGB V und mindestens einem weiterem Selektivvertrag (oder ausschließlich mindestens einem Selektivvertrag nach §§ 73c oder 140a ff SGB V) ist davon auszugehen, dass die fachärztliche Dokumentation über die KV (und damit auch in der Geburtstagsstichprobe) unvollständig ist. Somit kann die diagnosebezogene Veränderungsrate (nach den Festlegungen des Klassifikationsmodells KM87a_2013), insbesondere durch Zeitpunkt des Eintritts bzw. des Austritts eines Versicherten in einen weiteren Selektivvertrag nach §§ 73c oder 140a ff SGB V, beeinflusst werden – die Auswirkung auf die diagnosebezogene Veränderungsrate wäre in diesem Fall nicht von der Morbidität sondern beispielsweise von der Vertragskonstellation des Selektivvertrages abhängig. Um diesen möglichen Einfluss zu vermeiden, wurden im Klassifikationsmodell KM87a_2014 in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg ausschließlich SV-Teilnehmer mit Teilnahme an Verträgen nach § 73b SGB V und keinen weiteren Selektivverträgen bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten mit einbezogen. Von diesen Versicherten mit Verträgen ausschließlich nach § 73b SGB V sollte nach aktuellem Stand die Dokumentation der nicht-hausärztlichen Diagnosen vollständig in den Daten der Geburtstagsstichprobe enthalten sein.

Korrekturfaktor der DHF für „nur-§-73b-Versicherte“: Dieser Korrekturfaktor wurde in Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsraten der vergangenen Jahre nicht verwendet und wurde somit neu in das Klassifikationsmodell KM87a_2014 aufgenommen. Dieser Korrekturfaktor wird ausschließlich bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg genutzt, da in diesen beiden KV-Bezirken zusätzlich zur Morbiditätsentwicklung der Nicht-SV-Teilnehmer auch die Morbiditätsentwicklung der SV-Teilnehmer berücksichtigt wird. Die Einführung dieses Korrekturfaktors wurde notwendig, da die Morbiditätsentwicklung nicht von allen SV-Teilnehmern, sondern nur von ausgewählten SV-Teilnehmern (genauer: von SV-Teilnehmern mit Teilnahme ausschließlich an HzV-Verträgen nach § 73b SGB V) verwendet wird. Die Korrekturfaktoren berücksichtigen die SV-Teilnehmer, für die nicht sichergestellt ist, dass sie ausschließlich an HzV-Verträgen teilgenommen haben, und die daher von der Klassifikation ausgeschlossen wurden, im Rahmen der demografischen Hochrechnung. Insbesondere werden dabei die SV-Teilnehmer mit Teilnahme ausschließlich an HzV-Verträgen nach § 73b SGB V auf alle SV-Teilnehmer hochgerechnet.

Versichertenzeitausreichend: Mit diesem Kriterium wird der Ausschluss von Versicherten aus der Anwendungsmenge aufgrund der Versichertenzeit festgelegt.

Das geltende Klassifikationsmodell ist für eine möglichst vollständige Versicherungszeit und Diagnosedokumentation konzipiert und kann bei jahresunvollständiger Versicherungszeit aufgrund der dann möglicherweise auch unvollständigen Dokumentation von Diagnosen eine geringere Güte aufweisen. Im Klassifikationsmodell KM87a_2014 wurden Stichprobenversicherte ausgeschlossen, die weniger als 120 Tage in einem Kalenderjahr gesetzlich krankenversichert waren. Mit dieser Maßnahme wird einer möglichen geringeren Güte des Modells entgegengewirkt. Im Rahmen der demografischen Hochrechnung wird den ausgeschlossenen Versicherten der mittlere relative Risikowert aller anderen Versicherten derselben Alters- und Geschlechtsgruppe zugewiesen.

Sollten von Versicherten in Quartalen, in denen sie gemäß den vorliegenden Daten nicht gesetzlich krankenversichert waren, Abrechnungsfälle vorliegen, dann wird der Ausschluss aufgrund einer zu kurzen Versicherungszeit nicht wirksam. In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass dieser Versicherte (zumindest in dem entsprechenden Quartal) trotz fehlender Versichertenstammdaten krankenversichert war und somit die Dokumentation der Diagnosen gegeben war.

Durch die Anwendung dieses Kriteriums werden in den Jahren 2011 und 2012 jeweils etwa 1 Prozent der Versicherten ausgeschlossen.

Diagnosen aus versorgungsbereichsübergreifenden Einrichtungen für Teilnehmer an hausärztlichen Selektivverträgen: Die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg setzen sich aus der Morbiditätsentwicklung der Nicht-SV-Teilnehmer und aus der Morbiditätsentwicklung der SV-Teilnehmern zusammen. Für die SV-Teilnehmer wurden dabei im Klassifikationsmodell KM87a_2013 ausschließlich die Diagnosen des fachärztlichen Versorgungsbereichs genutzt. Durch dieses Vorgehen wurden die Diagnosen des hausärztlichen Versorgungsbereichs, aber auch die Diagnosen aus versorgungsbereichsübergreifenden Einrichtungen (wie beispielsweise Medizinischen Versorgungszentren), ausgeschlossen. In diesen versorgungsbereichsübergreifenden Einrichtungen werden aber auch fachärztliche Diagnosen dokumentiert, welche zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten genutzt werden können. Um diese Diagnosen bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten einbeziehen zu können, wurden im Klassifikationsmodell KM87a_2014 alle Diagnosen aus dem nicht-hausärztlichen Versorgungsbereich (d.h. dem fachärztlichen Versorgungsbereich und aus Betriebsstätten mit dem Kennzeichen „versorgungsbereichsübergreifend“) berücksichtigt.

10 Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsrate je KV

In Abschnitt 8 wird die Ermittlung der Veränderungsrate dargestellt. Für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden die diagnosebezogenen Veränderungsrate jeweils aus zwei Komponenten berechnet, welche anschließend zu einer Veränderungsrate des jeweiligen KV-Bezirks zusammengefasst werden. Die separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsrate für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden

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

ermittelt.

Diese für die Berechnung der Veränderungsrate der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg ermittelten Zwischenergebnisse sind in Tabelle 16 aufgeführt.

KV-Bezirk	Veränderungsrate	
	SV-Teilnehmer	Nicht-SV-Teilnehmer
Baden-Württemberg	0,8167%	0,2021%
Bayern	2,4060%	-0,1821%

Tabelle 16: Komponenten für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

Um die zwei separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsrate der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg zu einer finalen diagnosebezogenen Veränderungsrate zusammenführen zu können, wird als Gewichtungsfaktor der Anteil des Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im jeweiligen KV-Bezirk am gesamten Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des KV-Bezirks im Jahr 2012 herangezogen. Hierfür wurde die Formel unter Nr. 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verwendet. Die berechneten Gewichtungsfaktoren sind in Tabelle 17 aufgeführt.

KV-Bezirk	Gewichtungsfaktor G_{KV}
Baden-Württemberg	0,141548
Bayern	0,149182

Tabelle 17: Gewichtungsfaktoren zum Zusammenführen der separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsrate für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern

Unter Verwendung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ergeben sich die in Tabelle 18 dargestellten KV-spezifischen diagnosebezogenen Veränderungsrate²⁰.

KV-Bezirk	Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,8436%
Hamburg	0,0582%
Bremen	-0,1820%
Niedersachsen	0,7083%
Westfalen-Lippe	0,7092%
Nordrhein	0,5787%
Hessen	0,0044%
Rheinland-Pfalz	0,9252%
Baden-Württemberg	0,2891%
Bayern	0,2040%
Berlin	-0,1660%
Saarland	0,0197%
Mecklenburg-Vorpommern	1,5916%
Brandenburg	1,3911%
Sachsen-Anhalt	1,0339%
Thüringen	1,6034%
Sachsen	0,8719%

Tabelle 18: Diagnosebezogene Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2015

²⁰ Für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate der KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg werden die Gewichtungsfaktoren aus Tabelle 17 und die Komponenten aus Tabelle 16 verwendet.

11 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten

11.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

11.1.1 Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Auf Grundlage des im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) getroffenen und in Abschnitt 8.2.2 beschriebenen Komprimierungsalgorithmus wurden 43 Risikokategorien als THCC ausgewählt. Die Auswahl der THCC erfolgte

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

In Tabelle 19 ist dargestellt, bei welchem Schritt des Komprimierungsalgorithmus die THCC jeweils ins Modell aufgenommen wurden. Sofern eine THCC über den ersten Aufnahmegrund hinaus auch in einem folgenden Schritt ins Modell gelangt wäre, ist dieser Aufnahmegrund ebenfalls angegeben.

THCC im Modell		Aufnahmegrund
THCC001	HIV/AIDS	$RG \geq 1,5, R^2$
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	R^2
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mama, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	Ökonom. Relevanz, R^2
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 rheumatoiden	Ökonom. Relevanz, R^2

THCC im Modell		Aufnahmegrund
	Formenkreises	
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
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	Ökonom. Relevanz
THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße	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
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	R ²
THCC134	Inkontinenz	R ²
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	Ökonom. Relevanz
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	Ökonom. Relevanz
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	Ökonom. Relevanz
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	Ökonom. Relevanz, R ²
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	Ökonom. Relevanz
THCC190	Knöcherner 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 19: Auswahl der THCC im Modell gemäß Beschluss des 332.EBA

In Tabelle 20 sind diejenigen THCC aufgelistet, die im Modell KM87a_2014 gegenüber dem Modell KM87a_2013 weggefallen oder hinzugekommen sind.

THCC ist nur im Modell KM87a_2013 (weggefallene THCC)	THCC ist nur im Modell KM87a_2014 (hinzugekommene THCC)	Bezeichnung der THCC
THCC014		Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges
	THCC020	Typ 1 Diabetes mellitus
	THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen
THCC080		Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH
THCC090		Hypertensive Herzerkrankung
	THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße

Tabelle 20: Weggefallene und hinzugekommene THCC im Modell KM87a_2014 im Vergleich zum Modell KM87a_2013

11.1.2 Kalibrierung des Regressionsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Es erfolgte keine Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien anhand des in Abschnitt 8.2.3 beschriebenen Kalibrierungsalgorithmus, da keine der komprimierten Risikokategorien ein negatives oder insignifikantes Relativgewicht aufwies. Die komprimierten Risikokategorien sind damit gleichzeitig die Risikoklassen des Modells KM87a_2014.

Tabelle 21 enthält neben den Relativgewichten (geschätzte Regressionskoeffizienten $\hat{\beta}_j$ aus Abbildung 11) der Risikoklassen des Modells KM87a_2014 auch die Anzahl der Stichprobenversicherten (N) in der Kalibrierungsmenge, denen die entsprechende Risikoklasse zugeordnet wurde.

Risikoklassen		Relativgewicht	N
AG001	Weiblich, 0 Jahre	0,3003	6.739
AG002	Weiblich, 1 bis 5 Jahre	0,2641	250.577
AG003	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	0,2017	392.755
AG004	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	0,3789	283.083
AG005	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	0,2844	456.038
AG006	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	0,3454	690.308
AG007	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	0,3516	826.473
AG008	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	0,3819	971.741
AG009	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	0,4206	404.399
AG010	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	0,4381	344.831

Risikoklassen		Relativgewicht	N
AG011	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	0,4883	343.534
AG012	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	0,5032	398.795
AG013	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	0,4549	276.254
AG014	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	0,3984	213.766
AG015	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	0,4394	134.409
AG016	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	0,5540	40.150
AG017	Weiblich, 95 bis 124 Jahre	0,7110	11.650
AG018	Männlich, 0 Jahre	0,3258	7.034
AG019	Männlich, 1 bis 5 Jahre	0,3037	264.480
AG020	Männlich, 6 bis 12 Jahre	0,2204	412.868
AG021	Männlich, 13 bis 17 Jahre	0,1751	299.621
AG022	Männlich, 18 bis 24 Jahre	0,1338	440.005
AG023	Männlich, 25 bis 34 Jahre	0,1878	649.398
AG024	Männlich, 35 bis 44 Jahre	0,2403	744.841
AG025	Männlich, 45 bis 54 Jahre	0,3007	884.564
AG026	Männlich, 55 bis 59 Jahre	0,4056	356.791
AG027	Männlich, 60 bis 64 Jahre	0,4309	296.683
AG028	Männlich, 65 bis 69 Jahre	0,4887	286.283
AG029	Männlich, 70 bis 74 Jahre	0,5288	313.361
AG030	Männlich, 75 bis 79 Jahre	0,5134	192.636
AG031	Männlich, 80 bis 84 Jahre	0,4580	116.911
AG032	Männlich, 85 bis 89 Jahre	0,4400	45.108
AG033	Männlich, 90 bis 94 Jahre	0,5078	9.711
AG034	Männlich, 95 bis 124 Jahre	0,6825	1.900
THCC001	HIV/AIDS	1,7387	10.200
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	0,0710	2.576.872
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	1,4142	31.049
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	0,3907	340.237
THCC019	Diabetes mellitus ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, Schwangerschaftsdiabetes	0,1321	623.962
THCC020	Typ 1 Diabetes mellitus	0,1762	153.108
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	0,2756	153.689
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	0,1057	3.449.620
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	0,1048	2.523.906
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatoïden Formenkreises	0,3887	399.349
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	0,1546	968.791
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	0,1446	1.012.296
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	0,0929	2.511.577
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnor-	0,2332	279.770

	Risikoklassen	Relativgewicht	N
	ganische Erkrankungen/Zustände		
THCC054	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,5063	71.331
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	0,4992	384.419
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	0,3300	328.917
THCC058	Depressive Episode, Angst, Dysthymia	0,2518	765.474
THCC060	Angststörungen, sexuelle Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen	0,1150	1.039.311
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	0,2354	268.153
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	0,3695	125.844
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	0,1398	1.734.936
THCC084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	0,1329	627.763
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	0,1739	367.828
THCC091	Essentielle Hypertonie	0,1257	2.463.454
THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße	0,0543	1.239.906
THCC110	Asthma bronchiale	0,2214	734.680
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	0,0669	1.432.820
THCC122	Glaukom	0,1858	460.940
THCC123	Katarakt	0,0915	876.404
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	0,0957	1.897.443
THCC126	Hörverlust	0,1682	641.355
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	0,0863	4.020.037
THCC128	Z.n. Nierentransplantation, Funktionsstörungen des Transplantats	1,6774	2.633
THCC130	Abhängigkeit von Dialyse	1,3611	13.494
THCC134	Inkontinenz	0,1274	401.931
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	0,1070	709.893
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	0,1312	2.256.521
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	0,1155	715.027
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	0,0826	2.609.015
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	0,0803	1.893.750
THCC190	Knöchernerne Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	0,2176	1.117.792
THCC194	Migräne und Kopfschmerzen weiterer Genesen	0,1229	577.029
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1118	47.881
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	0,6257	102.600
RHCC003	Sonstige Neubildungen und Krankheiten der	0,0840	1.829.761

	Risikoklassen	Relativgewicht	N
	Mamma [Brustdrüse] (nach Komprimierung)		
RHCC004	Diabetes mellitus (nach Komprimierung)	0,1814	417.832
RHCC005	Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	0,1270	27.306
RHCC006	Krankheiten der Leber	0,0319	731.473
RHCC007	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	0,1725	438.237
RHCC008	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	0,0901	468.195
RHCC009	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1097	687.762
RHCC010	Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	0,1804	211.459
RHCC011	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	0,0510	565.015
RHCC012	Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1757	141.037
RHCC013	Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzminderung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs-Syndrome	0,1310	529.444
RHCC014	Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,4355	165.566
RHCC015	Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	0,1669	64.120
RHCC016	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	0,1627	1.287.772
RHCC017	Zerebrovaskuläre Krankheiten	0,1163	504.423
RHCC018	Sonstige Blutgefäß-Krankheiten	0,1210	610.753
RHCC019	Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	0,1163	701.123
RHCC020	Augen-Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1044	705.854
RHCC021	HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	0,1248	311.419
RHCC022	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nierentransplantation (nach Komprimierung)	0,1048	912.179
RHCC023	Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	0,1672	446.984
RHCC025	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	0,1226	515.547
RHCC026	Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funk-	0,0890	1.639.671

Risikoklassen		Relativgewicht	N
tionseinschränkungen (nach Komprimierung)			
RHCC027	Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakthanlässe	0,0800	346.822
RHCC028	Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	0,0461	13.166
RHCC029	Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	0,3383	31.161
RHCC030	Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestiche Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen	0,1539	659.619
RHCC031	Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakthanlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der RHCC031	0,0923	46.704

Tabelle 21: Relativgewichte der Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2014 und Anzahl der Versicherten N in der Kalibrierungsmenge, denen die jeweilige Risikoklasse zugeordnet wurde

11.1.3 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Modell KM87a_2014 im Vergleich zum Modell KM87a_2013 dargestellt.

Tabelle 22 weist aus, dass sich die beiden Klassifikationsmodelle KM87a_2013 und KM87a_2014 nach Komprimierung und Kalibrierung zwar in der Anzahl der insgesamt enthaltenen Risikoklassen unterscheiden, dies aber ausschließlich auf die geänderte Anzahl der Alters- und Geschlechtsgruppen zurückzuführen ist. Gleichwohl wurden, wie bereits in Tabelle 20 dargestellt, in das Klassifikationsmodell KM87a_2014 gegenüber dem Klassifikationsmodell KM87a_2013 abweichende THCC aufgenommen.

Modell	N (Kalibrierungsmenge)	Zahl der Risikoklassen			Gesamt (m)	Anteil der Alters- und Geschlechtsgruppen an der ökon. Relevanz
		Alters- und Geschlechtsgruppen	THCC	RHCC		
KM87a_2014	11.367.697	34	43	30	107	34,03%
KM87a_2013	7.840.492	32	43	30	105	34,39%

Tabelle 22: Kennzahlen des Modells KM87a_2014 im Vergleich mit dem Modell KM87a_2013

In Tabelle 23 werden der gewichtete MAPE²¹ und das adjustierte R² zur Beurteilung der Regressionsmodelle angegeben. Diese beiden Kennzahlen werden wie schon im Kontext der demografischen Veränderungsrate in Abschnitt 7.1.2 beschrieben auf der Kalibrierungsmenge berechnet²².

Modell	Gewichteter MAPE	Adjustiertes R ²
KM87a_2014	53,92%	33,12%
KM87a_2013	53,75%	34,07%

Tabelle 23: Gewichteter MAPE und adjustiertes R² des Modells KM87a_2014 im Vergleich mit dem Modell KM87a_2013

11.2 Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten

11.2.1 Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2011 auf 2012

Die Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2014 sind Ergebnis der Anwendung des Komprimierungsalgorithmus auf hierarchisierte Risikokategorien (HCC), die sich wiederum aus den kodierten Diagnosen ergeben (vgl. Abschnitt 8.1).

Da die Entwicklung der Häufigkeiten von Risikoklassen von 2011 auf 2012 auf der Entwicklung der Risikokategorien und letztlich der Diagnosen beruht, werden die mittlere Anzahl Diagnosen²³, Risikokategorien und Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 berichtet. Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden separate Auswertungen für SV-Teilnehmer (basierend auf Diagnosen aus dem nicht-hausärztlichen Versorgungsbereich) und für Nicht-SV-Teilnehmer (basierend auf allen Diagnosen) durchgeführt²⁴.

²¹ Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ermöglicht sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

²² In älteren Berichten wurde an dieser Stelle der relative Prognosefehler, als gewichteter MAPE des annualisierten Leistungsbedarfs dividiert durch den mittleren annualisierten Leistungsbedarf, ausgewiesen. Da der relative Prognosefehler und der gewichtete MAPE des relativen Leistungsbedarfs identisch sind, wird nun darauf verzichtet.

²³ Als Diagnose wird hier die Kombination eines ICD-Kodes mit einem Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit verstanden.

²⁴ Sowohl für die Bestimmung diagnosebezogener Veränderungsraten als auch in diesem Abschnitt zur Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen usw. sind SV-Teilnehmer „längsschnittlich“ definiert, d.h. dass die Teilnahme in mindestens einem Quartal der Jahre 2011 bzw. 2012 zur Zuordnung als Teilnehmer führt. Da die Teilnahme an Selektivverträgen freiwillig ist, gibt es Fluktuationen zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. In früheren oder späteren Berich-

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

Die mittleren Anzahlen an distinkten klassifizierbaren Diagnosen werden zusätzlich differenziert nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) berichtet (Tabelle 24).

KV-Bezirk	ZK-DS	2011	2012	Veränderung in Prozent
Schleswig-Holstein	G	11,55	11,61	0,55%
	Z	0,06	0,06	1,27%
	zusammen	11,61	11,67	0,55%
Hamburg	G	11,76	11,71	-0,46%
	Z	0,06	0,06	-1,51%
	zusammen	11,82	11,77	-0,47%
Bremen	G	11,92	11,86	-0,50%
	Z	0,06	0,06	-0,25%
	zusammen	11,98	11,92	-0,50%
Niedersachsen	G	12,69	12,79	0,80%
	Z	0,06	0,06	0,42%
	zusammen	12,75	12,85	0,79%
Westfalen-Lippe	G	12,42	12,53	0,85%
	Z	0,05	0,06	1,57%
	zusammen	12,47	12,58	0,85%
Nordrhein	G	12,05	12,16	0,90%
	Z	0,06	0,06	-0,74%
	zusammen	12,11	12,22	0,89%
Hessen	G	12,50	12,47	-0,22%
	Z	0,06	0,06	-2,59%

ten sind die Teilkollektive der sogenannten „längsschnittlichen“ SV-Teilnehmer nicht unbedingt gleich, da sich die „Längsschnittlichkeit“ auf unterschiedliche Zweijahreszeiträume bezieht. Bei größeren Unterschieden zwischen den Teilkollektiven kann das dazu führen, dass die hier für das Jahr 2011 oder 2012 berichteten Werte nicht übereinstimmen mit Werten, die für das gleiche Jahr in einem anderen Bericht angegeben werden.

KV-Bezirk	ZK-DS	2011	2012	Veränderung in Prozent
	zusammen	12,56	12,53	-0,23%
Rheinland-Pfalz	G	12,67	12,91	1,96%
	Z	0,07	0,06	-1,29%
	zusammen	12,73	12,98	1,95%
Baden-Württemberg (Nicht-SV-TN)	G	11,22	11,22	0,01%
	Z	0,06	0,06	0,69%
	zusammen	11,27	11,28	0,02%
Baden-Württemberg (SV-TN)	G	7,07	7,12	0,66%
	Z	0,05	0,05	4,27%
	zusammen	7,12	7,17	0,68%
Bayern (Nicht-SV-TN)	G	12,35	12,32	-0,19%
	Z	0,06	0,06	0,76%
	zusammen	12,41	12,38	-0,19%
Bayern (SV-TN)	G	7,67	7,94	3,42%
	Z	0,06	0,07	3,35%
	zusammen	7,74	8,00	3,41%
Berlin	G	13,30	13,24	-0,41%
	Z	0,06	0,06	-1,15%
	zusammen	13,36	13,30	-0,42%
Saarland	G	13,39	13,38	-0,13%
	Z	0,06	0,06	1,44%
	zusammen	13,45	13,43	-0,12%
Mecklenburg-Vorpommern	G	13,12	13,38	1,96%
	Z	0,07	0,07	2,01%
	zusammen	13,19	13,45	1,96%
Brandenburg	G	13,10	13,26	1,22%
	Z	0,06	0,05	-0,85%
	zusammen	13,15	13,31	1,21%
Sachsen-Anhalt	G	13,79	13,73	-0,46%
	Z	0,06	0,06	-7,40%
	zusammen	13,85	13,78	-0,49%
Thüringen	G	13,46	13,77	2,31%
	Z	0,06	0,06	-0,39%

KV-Bezirk	ZK-DS	2011	2012	Veränderung in Prozent
	zusammen	13,52	13,83	2,29%
Sachsen	G	12,59	12,69	0,82%
	Z	0,06	0,06	-1,10%
	zusammen	12,65	12,75	0,81%

Tabelle 24: Durchschnittliche Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012

Die Veränderung (in Prozent) der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten ist in Abbildung 16 dargestellt.

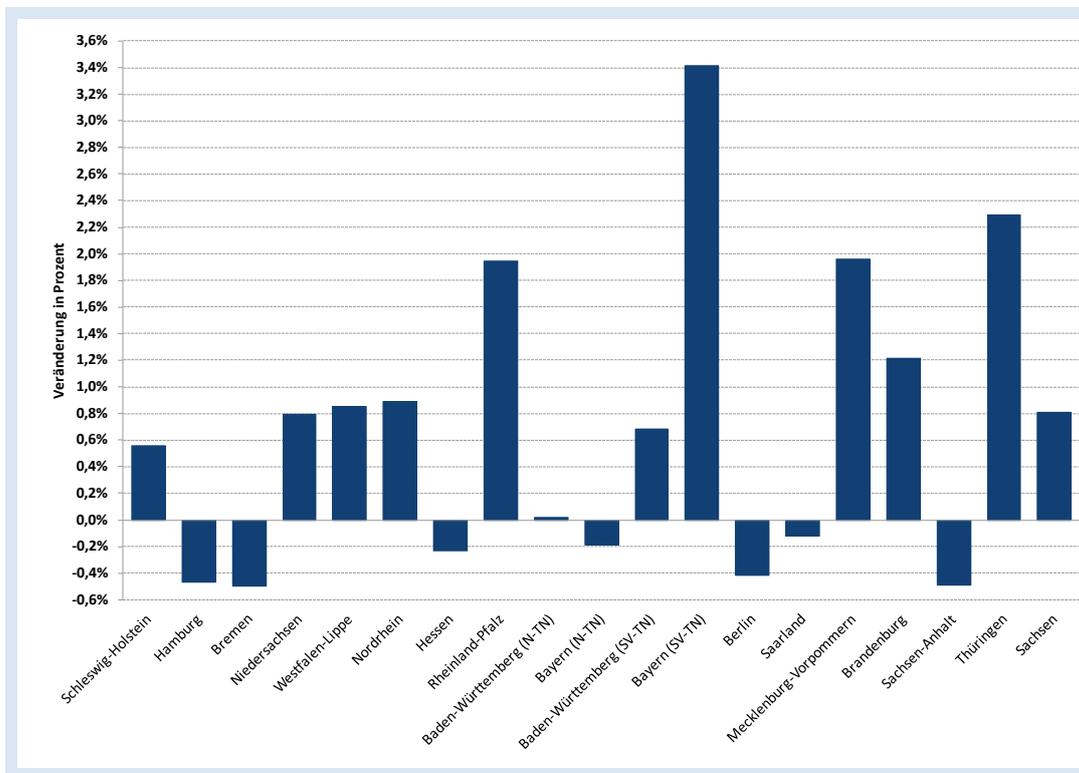


Abbildung 16: Veränderung (in Prozent) der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten von 2011 auf 2012 je KV-Bezirk

In der Abbildung 17 werden die Anteile der mittleren Anzahlen an distinkten klassifizierbaren Diagnosen nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnossicherheit „G“ und „Z“ je KV-Bezirk für die Jahre 2011 und 2012 abgebildet.

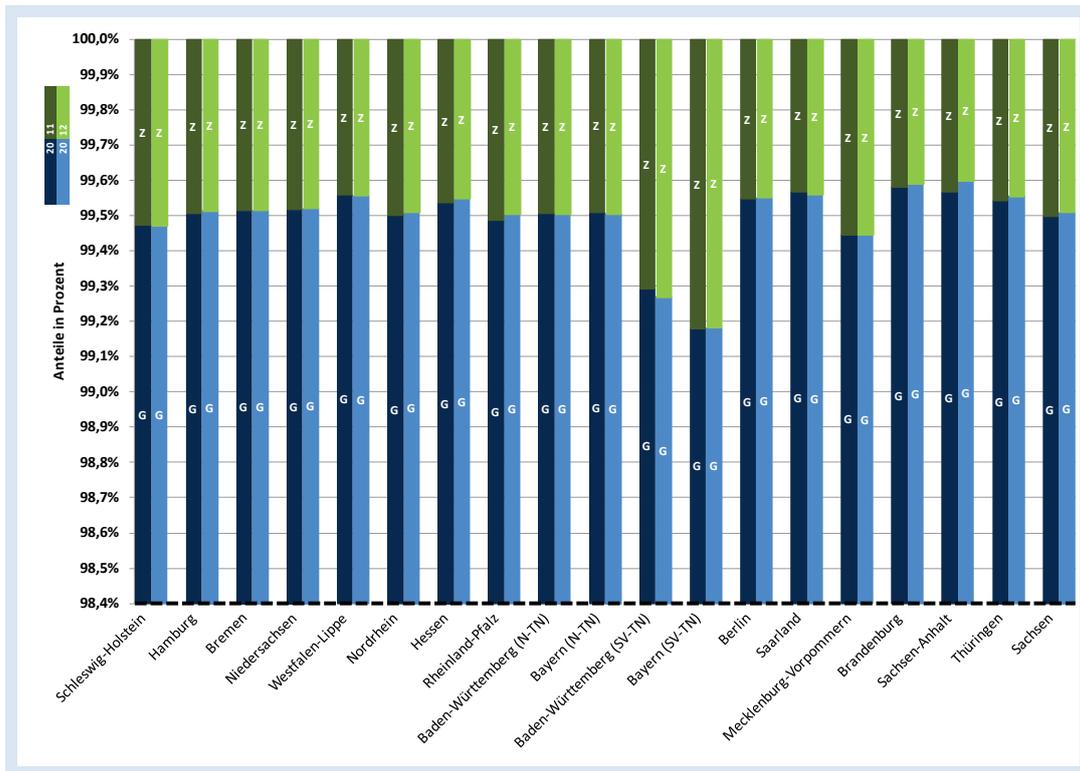


Abbildung 17: Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit "G" und "Z" unter den mittleren Anzahlen distinkter und klassifizierbarer Diagnosen pro Versicherten je KV-Bezirk für die Jahre 2011 und 2012

In Tabelle 25 ist die durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 dargestellt. Die sogenannte NonCW-HCC (HCC201) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

KV-Bezirk	2011	2012	Veränderung in Prozent
Schleswig-Holstein	5,28	5,31	0,40%
Hamburg	5,22	5,20	-0,45%
Bremen	5,37	5,32	-1,00%
Niedersachsen	5,63	5,65	0,36%
Westfalen-Lippe	5,53	5,56	0,62%
Nordrhein	5,41	5,43	0,34%
Hessen	5,59	5,57	-0,47%
Rheinland-Pfalz	5,71	5,76	0,75%
Baden-Württemberg (N-TN)	5,08	5,07	-0,23%
Bayern (N-TN)	5,40	5,37	-0,60%

Baden-Württemberg (SV-TN)	3,13	3,14	0,22%
Bayern (SV-TN)	3,35	3,45	3,16%
Berlin	5,63	5,60	-0,62%
Saarland	5,85	5,82	-0,44%
Mecklenburg-Vorpommern	5,92	6,00	1,38%
Brandenburg	5,83	5,90	1,22%
Sachsen-Anhalt	5,93	5,99	0,88%
Thüringen	5,96	6,07	1,75%
Sachsen	5,69	5,74	0,79%

Tabelle 25: Durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012

Tabelle 26 führt die durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012 auf. Die „RHCC024 Krankheit und Zustände bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (vgl. Abschnitt 8.2.2) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

KV-Bezirk	2011	2012	Veränderung in Prozent
Schleswig-Holstein	5,17	5,19	0,36%
Hamburg	5,11	5,08	-0,46%
Bremen	5,26	5,21	-0,98%
Niedersachsen	5,50	5,51	0,32%
Westfalen-Lippe	5,41	5,44	0,53%
Nordrhein	5,29	5,31	0,25%
Hessen	5,47	5,44	-0,47%
Rheinland-Pfalz	5,59	5,62	0,65%
Baden-Württemberg (N-TN)	4,97	4,96	-0,24%
Bayern (N-TN)	5,27	5,24	-0,61%
Baden-Württemberg (SV-TN)	3,07	3,08	0,20%
Bayern (SV-TN)	3,28	3,38	3,10%
Berlin	5,49	5,45	-0,66%
Saarland	5,71	5,69	-0,49%
Mecklenburg-Vorpommern	5,77	5,85	1,31%
Brandenburg	5,67	5,74	1,15%
Sachsen-Anhalt	5,76	5,81	0,85%
Thüringen	5,80	5,89	1,65%
Sachsen	5,55	5,59	0,73%

Tabelle 26: Durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2011 und 2012

11.2.2 Einzelbeiträge der Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate

Die Einzelbeiträge sämtlicher Risikoklassen zur regionalen diagnosebezogenen Veränderungsrate sind in einer Excelmappe getrennt nach KV-Bezirken veröffentlicht unter institut-ba.de. Die Berechnung der Einzelbeiträge erfolgt anhand der Formeln in Abbildung 18.

Morbiditätsindex und Partialindizes

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

mit

<i>VB</i>	Versorgungsbereich (<i>VB</i> = „alle Diagnosen“ für alle Nicht-SV-Teilnehmer, <i>VB</i> = „Nicht-HA“ für alle nicht-hausärztlichen Diagnosen von SV-Teilnehmern in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg)
<i>k</i>	KV-Bezirk ($k = 1, \dots, 17$)
<i>t</i>	Jahr ($t = 2011, 2012$)
$n_{VB,k,t}$	Anzahl der Versicherten in der Anwendungsmenge für das Jahr <i>t</i> , die dem Versorgungsbereich <i>VB</i> und dem KV-Bezirk <i>k</i> zugeordnet wurden
$MI_{VB,k,t}$	Morbiditätsindex für den Versorgungsbereich <i>VB</i> im KV-Bezirk <i>k</i> für das Jahr <i>t</i>
$rr_{VB,i,t}$	relativer Risikowert des Versicherten <i>i</i> im Jahr <i>t</i> für den Versorgungsbereich <i>VB</i>
$\hat{\beta}_j$	bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse <i>j</i> ($j = 1, \dots, m$)
$x_{VB,i,j,t}$	Ausprägung der Risikoklasse <i>j</i> des Versicherten <i>i</i> im Jahr <i>t</i> für den Versorgungsbereich <i>VB</i>

$w_{i,t}$	Gewichtungsvariable für den Versicherten i im Jahr t ($w_{i,t} = AVQ_{i,t} \cdot DHF_{i,t} \cdot K_{i,t}$)
$AVQ_{i,t}$	Anzahl der Versichertenquartale des Versicherten i im Jahr t
$DHF_{i,t}$	Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i für das Jahr t bezogen auf die Anzahl aller Versicherten im KV-Bezirk
$K_{i,t}$	Korrekturfaktor für längsschnittliche SV-Teilnehmer des Versicherten i für das Jahr t (der Korrekturfaktor nimmt für $VB =$ ‚alle Diagnosen‘ [für alle Nicht-SV-Teilnehmer] den Wert 1 an)
<i>Zerlegung der diagnosebezogenen Veränderungsrate</i>	
$VR_{VB,k} = \frac{MI_{VB,k,2012}}{MI_{VB,k,2011}} - 1$ $= \frac{MI_{VB,k,2012} - MI_{VB,k,2011}}{MI_{VB,k,2011}}$ $= \sum_{j=1}^m \left(\frac{Partialindex_{VB,k,j,2012} - Partialindex_{VB,k,j,2011}}{MI_{VB,k,2011}} \right)$	
mit	
$VR_{VB,k}$	Veränderungsrate für den Versorgungsbereich VB im KV-Bezirk k

Abbildung 18: Formeln zur Berechnung der Einzelbeiträge der Risikoklassen zur diagnosebezogenen Veränderungsrate für einen KV-Bezirk

Die Zerlegung der jeweiligen Veränderungsrate erfolgt also additiv, der Einzelbeitrag der Risikoklasse j entspricht der Entwicklung des j -ten Partialindex in Relation zum Wert $MI_{VB,k,2011}$, dem Morbiditätsindex für den Versorgungsbereich VB im KV-Bezirk k für das Jahr 2011.

Da in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg separate Komponenten für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet werden, die dann zur diagnosebezogenen Veränderungsrate für diese KV-Bezirke zusammengeführt

werden, werden in diesen beiden Regionen auch die Einzelbeiträge der Risikoklassen für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer separat ermittelt.

Anhang

Anhang 1 **Abkürzungsverzeichnis**

Abs.	Absatz
ACC	Aggregated Condition Category(ies)
AGG	AG-Gruppe(n), Alters-Geschlechts-Gruppe(n), Alters- und Geschlechtsgruppe(n)
BA	Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CC	Condition Category(ies)
DHF	Demografische Hochrechnungsfaktoren
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DxG	Dx-Gruppe(n), Diagnosegruppe(n)
d.h.	das heißt
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
G-DRG-System	Fallpauschalensystem für Krankenhäuser gemäß § 17b Abs. 1 und 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
GSP	Geburtstagsstichprobe
H15EBA	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 15. EBA
HCC	Hierarchical Condition Category(ies)
HzV	hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
KM87a_2012	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 29. EBA mit Anpassungen der Datengrundlage gemäß Beschluss des 30. EBA und des 288. BA
KM87a_2013	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 309. BA ergänzt durch den Beschluss des 313. BA
KM87a_2014	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 332. BA

KS87a	Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV-Bezirk	Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung
LB	Leistungsbedarf
MAPE	Mean Absolute Prediction Error
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Nicht-SV-Teilnehmer	
(Nicht-SV-TN)	Nichtteilnehmer an Selektivverträgen
Personen-ID	pseudonymisierte Versichertenkennung
RHCC	„Rest“ Hierarchical Condition Category, zusammengefasste hierarchisierte Risikokategorie
SGB V	Sozialgesetzbuch V, Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482)
sog.	sogenannt
SV-Teilnehmer	
(SV-TN)	Selektivvertragsteilnehmer
THCC	„Top“ Hierarchical Condition Category, ausgewählte hierarchisierte Risikokategorie
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit
ZK-SL	Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisierung

**Anhang 2 Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstags-
stichprobe 2010 – 2012 für die Gesamtvertragspartner**

Version 1.3a
Stand 14.10.2014

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen	4
1.1	Beschlusslage des Bewertungsausschusses	4
1.2	Aufbau dieses Dokuments	5
1.3	Änderungen im Vergleich zur GSPR 2011	6
1.4	Ansprechpartner	7
2	Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2012 (GSPR 2012)	8
2.1	Datenmodell	8
2.2	Felder der einzelnen Satzarten	9
2.3	Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging	17
2.3.1	Einführung	17
2.3.2	Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten	17
2.3.3	Flag der Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	24
2.3.4	Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	25
2.3.5	Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	25
2.4	Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung	26
3	Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2012	38
3.1	Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten	38
3.2	Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche	40
3.3	Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung	40
3.4	Demografische Hochrechnungsfaktoren	41
4	Hinweise zur Nutzung der GSPR 2012	42
4.1	Allgemeine Nutzungshinweise	42
4.2	Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern	45
5	Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2012	46
5.1	Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten	47
5.2	Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	53
5.3	Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)	57
5.4	Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	59
5.5	Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis	61
5.6	Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei	64
5.7	Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei	65
5.8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	68
5.9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	70
5.10	Festlegungen zur Datenübermittlung an die Gesamtvertragspartner	74
5.10.1	Arztseitig	74
5.10.2	Kassenseitig	74
6	Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP)	76
6.1	Überblick	76
6.2	Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses	76
6.3	Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA	77

6.3.1	Datenlieferung.....	77
6.3.2	Pseudonymisierungsverfahren.....	77
6.3.3	Satzarten der Geburtstagsstichprobe.....	78
6.4	Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP in der Datenstelle – Matching.....	79
6.4.1	Definition.....	79
6.4.2	Aufgabenstellung.....	79
6.4.3	Ziel des Matchingverfahrens.....	80
6.4.4	Stufen des Matchingverfahrens.....	81
6.4.5	Matching-Quoten.....	85
6.5	Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten.....	87
7	ANHANG.....	88
7.1	Definition einiger der im vorliegenden Dokument verwendeten Begriffe.....	88
7.2	Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle.....	91
7.3	Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.....	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Überblick über die Satzarten der GSPR 2012	10
-------------	--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick über die Auffälligkeitsmarkierungen der Satzart DS201 in der GSPR 2012	19
Tabelle 2:	Fusionskassen mit falsch pseudonymisierten Personen-IDs	20
Tabelle 3:	Teilkassen mit Flag in der Satzart DS219	25
Tabelle 4:	Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220.....	26
Tabelle 5:	Lieferquote der Versicherten-Stammdaten nach KV-Bezirk	29
Tabelle 6:	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote.....	30
Tabelle 7:	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote	31
Tabelle 8:	Anzahl der Fusionskassen nach ursprünglicher Lieferquote	32
Tabelle 9:	Anzahl der Versicherten nach ursprünglicher Lieferquote.....	33
Tabelle 10:	Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk,	34
Tabelle 11:	Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk	35
Tabelle 12:	Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad	36
Tabelle 13:	Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad	37
Tabelle 14:	KV-übergreifende Matchingquoten pro Quartal auf den einzelnen Matchingstufen	85
Tabelle 15:	Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen KV-Bezirke	86
Tabelle 16:	Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten	86
Tabelle 17:	Liste der geschlechtsspezifischen Diagnosen	92
Tabelle 18:	Liste der geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen	93
Tabelle 19:	Abrechnungsgruppenzuordnung von Betriebsstätten	95

1 Vorbemerkungen

1.1 Beschlusslage des Bewertungsausschusses

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

Gegenstand der Datenübermittlung sind die an die Datenstelle des Bewertungsausschusses gelieferten Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP), die in der Datenstelle gemäß den Vorgaben der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses und unter Mitwirkung des Instituts des Bewertungsausschusses zusammengeführt und qualitätsgesichert wurden. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), wurden die Daten der Berichtsjahre 2010 bis 2012 gemäß der Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses bis zum 30. April 2014 an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt. Die Trägerorganisationen leiten diese Daten unter Einsatz der von ihnen eigenständig abzustimmenden sicheren Verfahren innerhalb von vier Wochen, regional nach Wohnortprinzip abgegrenzt, an die jeweiligen Gesamtvertragspartner weiter. Dabei ist sicherzustellen, dass den jeweiligen Vertragspartnern jeweils nur die entsprechend zusammengeführten versichertenbezogenen Stamm- bzw. Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk übermittelt werden. In den Daten, die der GKV-Spitzenverband an die regionalen Verbände der Krankenkassen übermittelt, wurde der jeweilige Kassenbezug für die nicht der Empfängerkassenart angehörigen Krankenkassen in einzelnen Satzarten entfernt und das entsprechende Feld leer oder mit einem Ersatzwert übermittelt.

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

tel 5). Der so entstandene Datenkörper wird im Weiteren als regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2012 (GSPR 2012) bezeichnet.

Wie oben erwähnt, umfasst die GSPR 2012 den Berichtszeitraum 2010/1–2012/4 und wurde am 30.04.2014 von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgeliefert. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgte am 25.08.2014 eine erneute Auslieferung der GSPR 2012 durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung wurde darüber hinaus am 25.09.2014 eine Korrektur der Satzart DS201 für den KV-Bezirk Baden-Württemberg für das dritte und vierte Quartal 2012 ausgeliefert. Die Änderungen gegenüber der ursprünglich ausgelieferten Version wurden durchgeführt, um die Konsistenz der GSPR 2012 mit der für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2015 verwendeten Datengrundlage zu gewährleisten. Diese Dokumentation bezieht sich auf die am 25.08.2014 neu ausgelieferte Version der GSPR 2012 einschließlich der am 25.09.2014 ausgelieferten Korrektur der Satzart DS201.

1.2 Aufbau dieses Dokuments

Die vorliegende Dokumentation stellt für die Empfänger der GSPR 2012 Informationen zusammen, die die Nutzung des Datenkörpers erleichtern sollen. Es ist nicht Ziel dieser Dokumentation, konkrete Nutzungsmöglichkeiten aufzuzählen oder zu beschreiben.

Die Ausführungen des Kapitels 2 richten sich insbesondere an Leser, die keine detaillierten Kenntnisse zur Geburtstagsstichprobe haben. Ihnen sollen Inhalt und Umfang der GSPR 2012 vermittelt werden. Dazu wird in Kapitel 2 zuerst das Datenmodell der GSPR 2012 dargestellt, ohne dabei zu sehr ins Detail zu gehen. Anschließend werden die einzelnen Satzarten und die in ihnen enthaltenen Felder genauer beschrieben. Zudem wird auf einige bei der Datenprüfung der GSPR 2012 beobachtete Auffälligkeiten eingegangen und beschrieben, welche Datensätze aufgrund dieser Auffälligkeiten markiert wurden. Das Kapitel 2 schließt mit einigen Ergebnissen der Datenprüfung, die für den Nutzer der GSPR 2012 von Interesse sein können.

In Kapitel 3 werden Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2012 und die Gründe dafür ausgeführt. Kapitel 4 gibt allgemeine Hinweise zur Nutzung des Datenkörpers. Wie bereits erwähnt, wird dabei nicht auf konkrete Nutzungsmöglichkeiten eingegangen. Kapitel 5 dokumentiert die vom Bewertungsausschuss in seiner 308. Sitzung, Anlage 1 (schriftliche Beschlussfassung) beschlossene technische Datensatzbeschreibung. In dieser sind zu ausgewählten Feldern der Satzarten noch weitere Kommentare hinzugefügt worden, die für die Nutzer der Daten hilfreich sein können.

Kapitel 6 richtet sich an diejenigen Leser, die mehr Informationen zu der der GSPR 2012 zugrunde liegenden Versichertenstichprobe des Bewertungsausschusses erhalten möchten. Dabei handelt es sich um die eingangs bereits erwähnte Geburtstagsstichprobe, deren Aufbereitung kurz skizziert wird. Insbesondere wird der Zusammenführungsprozess („Matching“) der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten beschrieben.

Im vorliegenden Dokument werden bestimmte Begriffe in einer Bedeutung verwendet, die von deren Bedeutung in anderen Kontexten abweicht. Um Missverständnissen vorzubeugen,

wird beim ersten Auftreten eines solchen Begriffs im fortlaufenden Text oder in einer Fußnote eine entsprechende Definition gegeben. Im Anhang 7.1 werden die Definitionen von ausgewählten Begriffen überblicksartig zusammengestellt.

1.3 Änderungen im Vergleich zur GSPR 2011

Folgende Ausführungen verschaffen den Lesern, die mit der GSPR der Jahre 2009–2011 (GSPR 2011) vertraut sind, einen schnellen Überblick, welche wesentlichen Änderungen es im Vergleich bei der GSPR 2012 gibt:

- **Berichtszeitraum:** Der Datenkörper GSPR 2012 umfasst die Berichtsjahre 2010–2012 (GSPR 2011: 2009–2011).
- **Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen:** Aufgrund von Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen zu Selektivverträgen¹ für die Jahre 2010 und 2011 können sich die Daten für diese beiden Jahre zwischen der GSPR 2011 und der GSPR 2012 unterscheiden. Für die Geburtstagsstichprobe gab es keine Austausch- oder Korrekturdatenlieferungen für die Jahre 2010 und 2011.
- **Selektivvertragsteilnehmer:** Die in den Feldern „Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer“ und „Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg“ in der Satzart DS201 enthaltenen Werte in der GSPR 2012 haben im Vergleich zur GSPR 2011 eine leicht geänderte Bedeutung und kodieren Informationen aus Datenlieferungen zu Selektivverträgen (Selektivvertragsdaten).
- **Fusionsstand:** Die neuausgelieferten Daten der GSPR 2012 berücksichtigen den Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen am 02.07.2014 (GSPR 2011: 08.04.2013).
- **Markierung von Datensätzen der Satzart DS201:** Durchgeführte Änderungen zur Verbesserung der Datenprüfung der zugrunde liegenden Geburtstagsstichprobe haben auch Auswirkungen auf die Gründe, warum ein Datensatz der Satzart DS201 in der GSPR 2012 als auffällig markiert wird (siehe Abschnitt 2.3.2).
- **Positive Anzahl von Versichertentagen:** Mit der GSPR 2012 werden keine Datensätze der Satzart DS201 ausgeliefert, bei denen die Anzahl der Versichertentage gleich 0 oder negativ ist. In der GSPR 2011 waren solche Datensätze nicht ausgeschlossen.
- **Matchingverfahren:** Dem Matchingverfahren liegen Daten der Berichtsjahre 2008–2012 zugrunde, d. h. die in der Dokumentation zur GSPR 2011 berichteten Matchingquoten können von den hier berichteten Matchingquoten der Jahre 2010 und 2011 abweichen. Das Matchingverfahren wurde um einen ergänzenden Schritt erweitert (siehe Abschnitt 6.4). Der im Verfahren berücksichtigte Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen entspricht dem zum Zeitpunkt der Lieferung der Geburtstagsstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses (Stichtag: 08.11.2013).

¹ Datenlieferungen zu Selektivverträgen erfolgen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237., 254. und 276. Sitzung sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung.

- **Zusätzliche Geburtskalendertage:** Für die Berichtsjahre 2010 und 2011 enthält die GSPR 2011 jeweils Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 3, 4, 10, 11, 17 und 24. Die GSPR 2012 enthält für das Berichtsjahr 2011 zusätzlich Daten zu Versicherten mit dem Geburtskalendertag 18. Für das Berichtsjahr 2012 enthält die GSPR 2012 Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 3, 4, 10, 11, 17, 18, 24 und 25. Zu beachten ist, dass das Feld „Geburtskalendertagsgruppe“ in der Satzart DS201 leer ist, wenn der Geburtskalendertag gleich 18 oder 25 ist.
- **Abgrenzung des KV-Bezirks nach Wohnort:** In der GSPR 2012 wird jedem Versicherten (wie in der GSPR 2011) grundsätzlich in jedem Jahr des Berichtszeitraums der KV-Bezirk zugeordnet, in dem der Versicherte in dem Jahr zuletzt seinen Wohnsitz hatte. Die Details des Verfahrens der Zuordnung haben sich aber leicht geändert, um alle in der Datengrundlage vorkommenden Konstellationen abzudecken. Dadurch können sich geringfügige Änderungen bei der Zuordnung im Vergleich mit der GSPR 2011 ergeben.
- **Zusätzliche Pseudonymisierung:** In den Satzarten DS202, DS203 und DS210 der GSPR 2012 wurde der Inhalt des Feldes „Fall_ID“ gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung vor der Auslieferung durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses pseudonymisiert. Eine Pseudonymisierung dieses Feldes erfolgte in der GSPR 2011 nicht.

1.4 Ansprechpartner

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

2 Regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2012 (GSPR 2012)

2.1 Datenmodell

Mit der GSPR 2012 liegt ein Datenkörper vor, in dem kassen- und kassenartenübergreifend arzt- und kassenseitig gelieferte Daten miteinander nach Wohnortprinzip und aktuellem (02.07.2014) Kassenfusionsstand verknüpft vorliegen und nach KV-Bezirken sowie nach Kassenarten regionalisiert abgrenzbar sind bzw. abgegrenzt werden. Die GSPR 2012 enthält somit nicht nur relevante Angaben zu Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch differenzierte Angaben zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen dieser Versicherten über einen Berichtszeitraum von drei Jahren (Quartale 2010/1 bis 2012/4). Für die GSPR 2012 werden im genannten Zeitraum diejenigen Versicherten ausgewählt (Stichprobenversicherte), die am 3., 4., 10., 11., 17. oder 24. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Im Berichtszeitraum 2011/1–2011/4 werden zusätzlich diejenigen Versicherten ausgewählt, die am 18. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben, und im Berichtszeitraum 2012/1–2012/4 werden gegenüber dem Berichtszeitraum 2011/1–2011/4 zusätzlich diejenigen Versicherten ausgewählt, die am 25. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben.

Die arztseitig gelieferten Abrechnungsdaten stellen differenzierte Informationen über die Inanspruchnahme kollektivvertragsärztlicher Leistungen der Stichprobenversicherten zur Verfügung. Im Zentrum der arztseitig gelieferten Daten steht der Abrechnungsfall. Für den einzelnen Abrechnungsfall sind nicht nur die zugehörige Betriebsstätte und der abgerechnete Leistungsbedarf bekannt, sondern auch die in diesem Abrechnungsfall dokumentierten Diagnosen und abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPs). Durch das mitgelieferte Betriebsstättenverzeichnis werden der Betriebsstätte (Arztpraxis) Informationen wie z. B. der Praxistyp und die Abrechnungsgruppe zugeordnet. Die ebenfalls beigefügte ICD-10-Stammdatei und die Gebührenordnungspositions-Stammdatei erlauben die Zuordnung von Schlüsselnummern zur Bezeichnung bzw. geben Aufschluss über die Bewertung der abgerechneten GOPs. Jedem der in der GSPR 2012 ausgelieferten Abrechnungsfälle ist eine Personen-ID eindeutig zugeordnet. Über diese Personen-ID können die arztseitig gelieferten Daten mit den kassenseitig gelieferten Daten verknüpft werden.

Die kassenseitig gelieferten Daten zu gesetzlich versicherten Personen in der GSPR 2012 umfassen unter anderem Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenzeiten, Wohnort und Informationen über die Teilnahme an Selektivverträgen. Jede Person ist dabei zeitraumunabhängig eindeutig über ihre Personen-ID zu identifizieren.

Durch das in der GSPR 2012 enthaltene Kostenträgerverzeichnis und die Kostenträgerhistorie ist außerdem die historische Kassenzugehörigkeit jeder Person dokumentiert, d. h. es ist nachzuvollziehen, wie zurückliegende Versichertenverhältnisse einer Person (also z. B. im ersten Quartal 2010) zu den zwischenzeitlich existierenden Fusionskassen in Beziehung stehen. Es könnten also zum Beispiel kassenbezogene Auswertungen durchgeführt werden, die dem Fusionsstand am 02.07.2014 entsprechen, auch wenn die Versicherten-Stammdaten

sich auf weiter zurückliegende Quartale beziehen, in denen Kostenträger angegeben sind, die am 02.07.2014 autonom nicht mehr existierten.

Einschränkend ist hinzuzufügen, dass den Gesamtvertragspartnern jeweils nicht der gesamte Datenkörper der GSPR 2012 zur Verfügung gestellt wird. Den arztseitigen Empfängern wird eine regional aufgeteilte GSPR 2012 zur Verfügung gestellt, d. h. den Empfängern werden entsprechend nur die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk übermittelt. Den kassenseitigen Empfängern werden die versichertenbezogenen Stamm- und Abrechnungsdaten der Versicherten derjenigen Kassen, die nicht zur eigenen Kassenart gehören, zwar geliefert, allerdings ist der Kassenbezug in diesen Fällen maskiert. Oben beschriebene kassenbezogene Auswertungen können damit nur für Fusionskassen der eigenen Kassenart durchgeführt werden.

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

Mit der GSPR 2012 liegt somit ein Datenkörper vor, mit dem die Gesamtvertragspartner ihre Vorbereitungen zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 SGB V durchführen können. Die in Kapitel 3 aufgeführten Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten sind dabei zu beachten.

2.2 Felder der einzelnen Satzarten

Die GSPR 2012 enthält Daten in den folgenden 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),
- 8) Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm) (Satzart DS219) und
- 9) Kostenträgerhistorie (Satzart DS220).

Für die technische Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5.

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

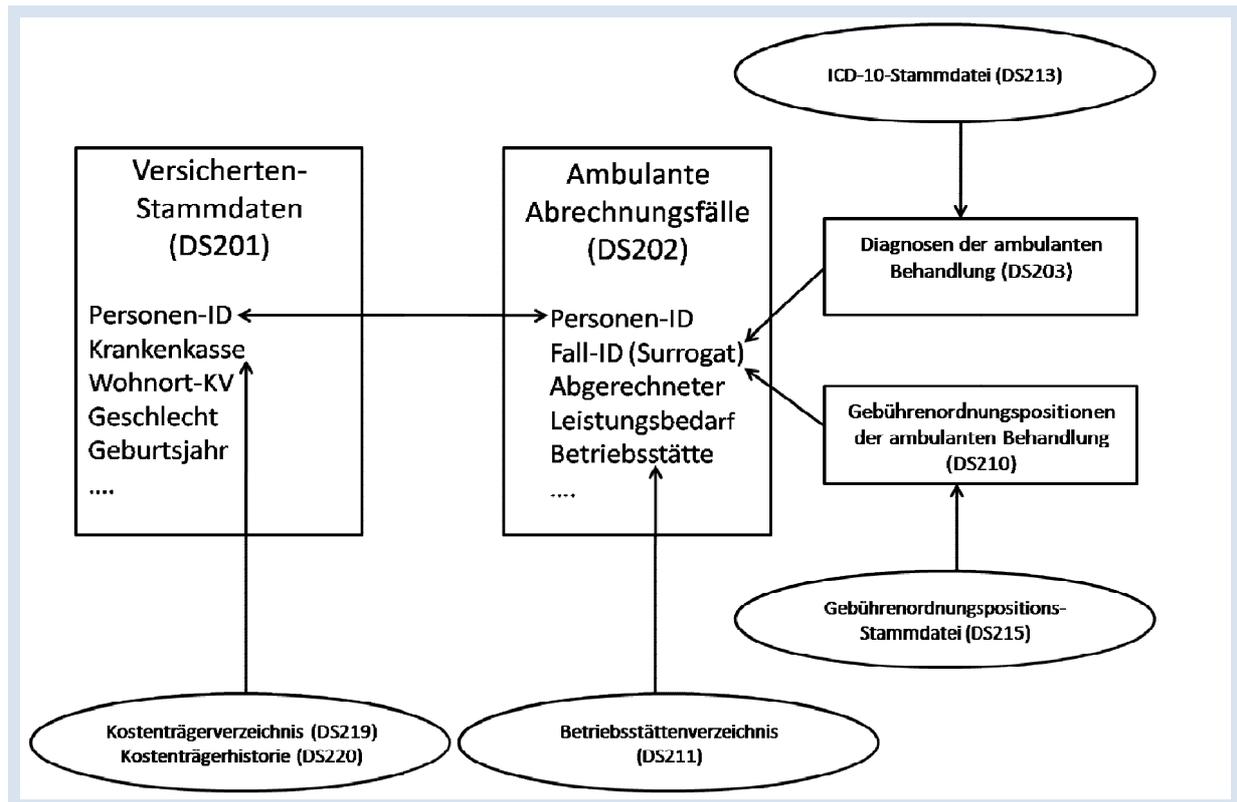


Abbildung 1 Überblick über die Satzarten der GSPR 2012

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 Rechtsnachfolger² (02.07.2014) zur Kassenart gehört, für die der kassenseitige Empfänger benannt ist. Die für eine Kasse zu verwendende Kassenart wird dabei der Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 (Feld 7 - Rechtsnachfolgerkassenart) entnommen.

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

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

DS201 – Versicherten-Stammdatei

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

² Wie bereits ausgeführt, ist es mit dem vorliegenden Datenkörper möglich, die Fusionshistorie der am 02.07.2014 existierenden Krankenkassen (hier „Fusionskassen“ genannt) nachzuvollziehen. Als Rechtsnachfolger mit Stand 02.07.2014 kommt damit nur eine dieser Fusionskassen in Frage.

Institutionskennzeichen (gemäß Feld Nr. 02) genau ein Datensatz vor. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (sogenannte „Betreute“) sind für den gesamten Berichtszeitraum 2010/1–2012/4 in den vorliegenden Datenkörper einbezogen.³

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 gemäß §§ 73b, 73c oder 140a SGB V, dessen Versorgungsauftrag (vollständig oder teilweise) durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen erbracht wurde und der nicht ausschließlich Add-On-Leistungen umfasst, teilgenommen hat und ob sich diese Teilnahme auf Verträge nach § 73b SGB V beschränkt⁴ (Feld Nr. 09), die Angabe über welchen Weg die selektivvertragliche Abrechnung erfolgt ist (Feld Nr. 10) sowie die Wohnort-KV vor. Jeder Versicherte bekommt für alle Quartale eines Kalenderjahres dieselbe Wohnort-KV zugeordnet. Als Wohnort-KV des Versicherten ist dabei die Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort⁵ im letzten Versicherungsquartal des betreffenden Kalenderjahres zu ermitteln. Das Merkmal „Kennzeichen Wohnort“ gibt an, ob sich der Wohnsitz des Versicherten im Inland oder im Ausland befindet. Haben Versicherte innerhalb eines Quartals die Krankenkasse gewechselt, so liegen für diese Versicherten in diesen Quartalen mehrere Datensätze (für verschiedene Krankenkassen) vor.

Neben den bisher genannten Attributen wird außerdem das Institutionskennzeichen (IK) des sogenannten Rechtsnachfolgers angegeben. Jedem Datensatz sind damit zwei Angaben zum Kostenträger zugeordnet (Feld Nr. 02 und Feld Nr. 14, siehe Datensatzbeschreibung in Kapitel 5). Die Versicherten-Stammdaten enthalten pro Datensatz die Angabe eines Institutionskennzeichens (Feld Nr. 02) der Krankenkasse, bei der der Versicherte im Berichtsquartal versichert war. Es kann sich um ein Krankenversicherungskarten-IK (KVK-IK) oder ein anderes IK der entsprechenden Krankenkasse handeln (im Folgenden als „Teilkasse“⁶ bezeichnet). Bei dieser Krankenkasse muss es sich nicht zwangsläufig um eine Fusionskasse (also um eine der am Stichtag 02.07.2014 existierenden 131 Krankenkassen) handeln. Außerdem ist zu beachten, dass es im Berichtszeitraum der GSPR 2012 (2010/1–2012/4) zu Fusionen zwischen

³ In den entscheidungserheblichen Gründen zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wird festgestellt, dass Versichertenstammdaten der Betreuten insbesondere für das Berichtsjahr 2011 nur teilweise an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

⁴ Es ist zu beachten, dass diese Kennzeichnung die Festlegung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (Beschluss über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V) umsetzt und sich damit von den kassenseitig in den Versicherten-Stammdaten ursprünglich gelieferten Kennzeichen unterscheiden kann.

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).

Krankenkassen gekommen ist, die ursprünglich gemeldete Krankenkasse (ggf. Teilkasse) muss also am Stichtag nicht mehr eigenständig existieren. Aus diesem Grund ist der Satzart DS201 das Rechtsnachfolger-Institutionskennzeichen angefügt worden (Feld Nr. 14). Anhand dieses Kennzeichens kann über die Satzart DS220 dem jeweiligen durch die Krankenkasse gemeldeten Kostenträger in Feld Nr. 02 der Name einer der am Stichtag existierenden Fusionskassen als Rechtsnachfolger zugeordnet werden.

Die Satzart DS201 umfasst drei weitere Felder. Das Feld Nr. 15 ist für Gewichtungsfaktoren vorgesehen, die immer dann anzuwenden sind, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein sollen. Das Feld „Gewichtungsfaktor“ wird in der GSPR 2012 leer übermittelt⁷. Im Feld „Geburtskalendertagsgruppe“ wird angegeben, zu welcher Geburtskalendertagsgruppe der Versicherte gehört (Gruppe 1: Geburtstag am 3., 10., 17. oder 24. eines Monats, Gruppe 2: Geburtstag am 4. oder 11. eines Monats). Für die übrigen beiden Geburtskalendertage (Geburtstag am 18. oder 25. eines Monats) wird das Feld leer übermittelt.

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

DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Die vertragsärztlichen Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS202 enthalten. Bestandteil der GSPR 2012 sind alle Abrechnungsfälle von Versicherten der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgreich eine Personen-ID der Versicherten-Stammdatei zugeordnet werden konnte (zum Verfahren der Zuordnung siehe Abschnitt 6.4). Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2012. 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 existiert daher zwangsläufig ein *quartalsgleicher* Datensatz in der Satzart DS201. Allerdings sind in der GSPR 2012 nur solche Abrechnungsfälle enthalten, denen ein *jahresgleicher* Datensatz in der Satzart DS201 zugeordnet werden kann.

Pro Datensatz, also pro Abrechnungsfall, liegen in der Satzart DS202 folgende Attribute vor. Angegeben werden das Abrechnungsquartal und das Rechtsnachfolger-IK, also das Institutionskennzeichen der Fusionskasse des Abrechnungsfalles zum Stand 02.07.2014 und die Per-

⁷ Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V) stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 dieses Beschlusses sowie die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V gemäß Nr. 2.7.1 dieses Beschlusses separat zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der regionalisierten Geburtstagsstichprobe weiterleiten.

sonen-ID. Zusätzlich wird ein künstlicher Schlüssel zur Identifikation des Abrechnungsfalles, die sogenannte Fall-ID, angegeben. Dieser künstliche Schlüssel dient dazu, die Diagnosen der Satzart DS203 und die Gebührenordnungspositionen der Satzart DS210 einem Abrechnungsfall zuzuordnen. Jedem Abrechnungsfall ist darüber hinaus die Wohnort-KV zugeordnet.

Weiterhin ist zu jedem Abrechnungsfall der KV-Bezirk der Betriebsstätte (Arztpraxis) enthalten. Nimmt der Versicherte Leistungen außerhalb seines Wohnort-KV-Bezirks in Anspruch („Fremdfall“), so wird die KV-Nummer der Betriebsstätte durch „00“ gekennzeichnet und das Betriebsstättenpseudonym ist in diesen Fällen durch den Wert „F...Fxxxx“ (36-mal „F“) maskiert, wobei „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte bezeichnet (vgl. Anhang 7.3).

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

Die Satzart DS202 enthält außerdem ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“. Üblicherweise werden hiermit Datensätze mit Auffälligkeiten markiert. Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der vorliegenden GSPR 2012 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine neuen Informationen.

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

Die Diagnosen der Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS203 enthalten. Für jeden Abrechnungsfall der Satzart DS202 werden in der Satzart DS203 neben dem Abrechnungsquartal und der Fall-ID alle gemeldeten 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 die Anzahl der insgesamt gemeldeten Diagnosen pro Abrechnungsfall ermittelt werden. Das Feld „Rechtsnachfolger-IK“ wird leer übermittelt.

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

⁸ Für eine vollständige Transparenz werden die Diagnosedatensätze der in der GSPR 2012 enthaltenen Abrechnungsfälle den Gesamtvertragspartnern so zur Verfügung gestellt, wie die Datenstelle sie erhalten hat.

DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Die abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPs) der Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS210 enthalten. Für jeden Abrechnungsfall der Satzart DS202 werden in der Satzart DS210 neben dem Abrechnungsquartal und der Fall-ID alle abgerechneten GOPs aufgezählt. Zur Beschreibung der GOPs wird neben der EBM-Ziffer⁹ die pro Abrechnungsfall abgerechnete Anzahl der einzelnen GOPs, der für diese GOPs abgerechnete Leistungsbedarf nach EBM (inklusive Angabe des Kennzeichens der Einheit: Zehntelpunkte, Cent oder sonstige) sowie die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins angegeben. Zusätzlich wird der Leistungsbedarf der abgerechneten GOPs nach Euro-Gebührenordnung angeführt. Das Feld „Rechtsnachfolger-IK“ wird leer übermittelt.

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

DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Wie auch bei den vier weiteren im Folgenden beschriebenen Satzarten handelt es sich bei der Satzart DS211 um ein Verzeichnis. In der Satzart DS211 werden quartalsweise alle Betriebsstätten aufgeführt, die im Berichtszeitraum (2010/1–2012/4) Leistungen für Stichprobenversicherte erbracht haben. Daraus ergibt sich, dass die Satzart DS211 pro Quartal nicht zwangsläufig praxisvollständig ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Betriebsstätten in den jeweiligen Quartalen gerade keine Leistungen für Stichprobenversicherte abgerechnet haben. Sie sind dann im Betriebsstättenverzeichnis für dieses Quartal nicht enthalten.

Neben dem Abrechnungsquartal und dem Betriebsstättenpseudonym sind die KV-Nummer, die Abrechnungsgruppe sowie der Praxistyp (z. B. Einzelpraxis, MVZ, usw.) der Betriebsstätte angegeben. Weiterhin ist das Kennzeichen¹⁰ des Versorgungsbereichs (Hausarzt, Facharzt oder übergreifend) ausgewiesen.

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

DS213 – ICD-10-Stammdatei

In der ICD-10-Stammdatei werden alle ICD-10-GM-Diagnosecodes aufgeführt, die im Rahmen der Abrechnung verwendet werden können und nach SGB V zulässig sind. Neben dem ICD-10-Code werden der Gültigkeitszeitraum, der Klartext des ICD-10-Codes sowie das Nota-

⁹ Die angegebene Gebührenordnungsposition kann auch eine regional vergebene Ziffer sein (siehe Ausführungen zur Satzart DS215).

¹⁰ In diesem Zusammenhang ist die Anmerkung in der Datensatzbeschreibung (siehe Kapitel 5.5) zu beachten.

tionskennzeichen angegeben. Mit dem Notationskennzeichen wird der Diagnosetyp (Kreuzcode, Sterncode oder Ausrufezeichencode) beschrieben.

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

DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

In der Gebührenordnungspositions-Stammdatei werden alle GOPs, die in den einzelnen Quartalen in den jeweiligen KV-Bezirken gültig sind (inklusive regional vergebener GOPs), aufgeführt. Neben dem Leistungsquartal und der KV-Nummer werden für die einzelnen GOPs der Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent, unterschieden in ambulant und stationär, angegeben. Außerdem wird der Wert der GOP nach Euro-Gebührenordnung in Cent, wiederum unterschieden nach ambulant und stationär, aufgeführt. Für jede GOP ist außerdem die Art der Gebührenordnung (BMÄ und E-GO) angegeben. Diese spielt faktisch keine Rolle mehr, da die Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO inzwischen äußerst gering sind.

DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Für die Satzart DS201 werden die Daten mit irgendeinem von unter Umständen zahlreichen Institutionskennzeichen einer Krankenkasse geliefert (Feld Nr. 02). Dabei kann es sich um ein Geschäftsstellen-IK, um ein Praxisnetz-IK, Abrechnungs-IK oder anderes handeln. Im Kostenträgerverzeichnis der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung aller dem GKV-Spitzenverband bekannten Institutionskennzeichen (im Feld KVK-IK) zu einem übergeordnetem Kassensitz-IK, das die Krankenkasse in der GSPR 2012 eindeutig kennzeichnet. Soweit nicht vom Kostenträger selbst eindeutig bestimmt, wird eins dieser Institutionskennzeichen vom GKV-Spitzenverband ausgewählt und fortan als Kassensitz-IK in den Satzarten DS219 und DS220 angegeben. Das Kassensitz-IK darf nicht mit dem Rechtsnachfolger-IK anderer Satzarten verwechselt werden. Das Rechtsnachfolger-IK der Satzarten DS201 und DS202 gibt das Kassensitz-IK des gültigen Rechtsnachfolgers mit Stand 02.07.2014 an, d. h. es werden hier insgesamt 133 verschiedene IKs ausgewiesen (131 zum Stichtag autonom existierende Krankenkassen plus 2 Krankenkassen, die im Berichtszeitraum geschlossen wurden). Das Kassensitz-IK hingegen dient der Zusammenfassung einzelner KVK-IKs zu einer übergeordneten Kasse, die zu einem nicht näher definierten Zeitpunkt als eigenständige Kasse existiert hat. Jedem Kassensitz-IK ist eindeutig ein Rechtsnachfolger-IK (Stand 02.07.2014) zugeordnet.

Darüber hinaus wird in der Satzart DS219 das Hauptkassen-IK angegeben, welches in der gegenwärtigen Lieferung im Weiteren keine eigenständige Bedeutung hat und für alle Datensätze dem Kassensitz-IK entspricht.

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

DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 macht Angaben zu den einzelnen Kostenträgern/Krankenkassen. Im Zentrum steht dabei das Kassensitz-IK aus der Satzart DS219. Für jedes Kassensitz-IK kann in der Satzart DS220 der Name des Kostenträgers und sämtliche Rechtsnachfolger nachvollzogen werden. Hat ein Kostenträger nicht nur einen, sondern (durch mehrfache, nacheinander erfolgte Fusionen) mehrere Rechtsnachfolger, so lässt sich die gesamte Fusionshistorie in den einzelnen Fusionsstufen nachvollziehen. Für alle Kassensitz-IKs 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 02.07.2014 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 02.07.2014 hinausgeht, war dieser Rechtsnachfolger am 02.07.2014 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 02.07.2014 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	19951231	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-Bezirk des Kassensitz-IKs. Diese Angabe bezieht sich ausschließlich auf die Kassensitz-IKs der aktuellen Rechtsnachfolger zum 02.07.2014, d. h. das entsprechende Feld ist nur für diejenigen Kassensitz-IKs ausgefüllt, die einem der 131 zum 02.07.2014 aktuellen Rechtsnachfolger-IK oder einer der beiden im Berichtszeitraum geschlossenen Krankenkassen entsprechen. Für diese insgesamt 133 Kassensitz-IKs findet sich jeweils genau ein Eintrag in der Satzart DS220 zum KV-Bezirk, sonst bleibt das Feld zum KV-Bezirk leer.

Das Feld „Flag“ der Satzart DS220 dient wiederum Dokumentationszwecken: Hier werden diejenigen Kostenträger durch die Felddarstellung „1“ markiert, bei denen Versicherte auf-

grund bestimmter Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert wurden. Für eine genauere Beschreibung des Flags siehe Abschnitt 2.3.5.

2.3 Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging

2.3.1 Einführung

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

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

Auch die Satzart DS202 enthält ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“. Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der vorliegenden GSPR 2012 allerdings keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ der Satzart DS202 enthält damit keine neuen Informationen.

Die Flags der Satzarten DS219 und DS220 dienen hingegen Dokumentationszwecken. In diesen beiden Satzarten werden Teilkassen¹¹ bzw. Fusionskassen¹² markiert, bei denen Versicherte in der Satzart DS201 markiert wurden.

Im Folgenden werden die Flags der einzelnen Satzarten und ihre Ursachen genauer beschrieben.

2.3.2 Flag der Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

Die Markierung eines Versicherten-Stammdatensatzes (Satzart DS201) wird über das Feld Nr. 11 („Flag“) angegeben, welches entweder die Ausprägung „0“ oder die Ausprägung „1“ hat. Die Ausprägung „0“ entspricht dabei keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern dient der Kennzeichnung eines Datensatzes ohne Auffälligkeiten. Die Ausprägung „1“ markiert dagegen einen Datensatz der Satzart DS201 mit einer oder mehreren Auffälligkeiten. **Es wird empfohlen, Datensätze mit Auffälligkeiten (Flagausprägung „1“) für Auswertungen nicht zu verwenden.** Die in der Datensatzbeschreibung der Satzart DS201 außerdem aufge-

¹¹ 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).

¹² In dem vorliegenden Dokument werden die Krankenkassen, die laut Fusionsstand zu einem bestimmten Stichtag noch existierten, als Fusionskassen bezeichnet. Zum für die ausgelieferte GSPR 2012 berücksichtigten Stichtag (02.07.2014) existierten noch 131 Krankenkassen.

fürte Ausprägung „2“ (Datensatz aus Fehlwersatz) ist für die GSPR 2012 nicht relevant, da kein Fehlwersatzverfahren angewendet wurde.

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

- Nicht eindeutige Personen-ID,
- Falsch pseudonymisierte Personen-ID,
- Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer,
- Kollidierende Personen-ID,
- Fehlende Versichertennummer,
- Versicherte einer Teilkasse matchen nicht¹³,
- Falschmatcher,
- Auffälliger Ausschöpfungsgrad,
- Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen

Für Leser, die mit der GSPR 2011 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich bei der GSPR 2012 die Gründe, die zu einer Auffälligkeitsmarkierung in der Satzart DS201 geführt haben, teilweise leicht geändert haben, da die Datenprüfung der zu Grunde liegenden Geburtstagsstichprobe (GSP) weiterentwickelt werden konnte, sodass dort eine differenziertere Markierung vorgenommen werden konnte. Es ist aber zu beachten, dass nur das nominale Ergebnis der Datenprüfung in die Satzart DS201 der GSPR 2012 übernommen wird. Es ist damit feststellbar, ob sich die Anzahl der in der GSPR 2012 mit dem Auffälligkeitsflag markierten Versicherten für die Jahre 2010 und 2011 gegenüber den gleichen Jahren in der GSPR 2011 geändert hat. Aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierung der Personen-IDs in den beiden Versionen der GSPR ist aber nicht erkennbar, für welche Personen-IDs ggf. eine Änderung eingetreten ist.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen jahresweisen Überblick über den Anteil¹⁴ der markierten Datensätze für die Berichtsjahre 2010 bis 2012. In der Spalte 3 werden außerdem für jedes Jahr die beiden häufigsten Markierungsgründe aufgezählt. Die aufgeführten Werte in der Tabelle 1 basieren auf Auswertungen der gesamten GSPR 2012.

¹³ Das Matchingverfahren der Geburtstagsstichprobe wird in Kapitel 6.4 ausführlich erläutert. Zum Verständnis der folgenden Ausführungen zu den Auffälligkeiten soll hier nur eine kurze Definition gegeben werden: Im vorliegenden Dokument beschreibt der Begriff Matching die Zuordnung von arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten anhand des Pseudonyms der Versichertennummer und eines der Institutionskennzeichen der Kasse. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versicherten-Stammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2012.

¹⁴ Die im Abschnitt 2.3.2 berichteten Anteile und Anzahlen berücksichtigen Datensätze bzw. Personen-IDs ggf. mehrfach. Die ausgewiesenen Zahlen addieren sich demnach nicht notwendigerweise zur Gesamtzahl markierter Datensätze (insgesamt 2562776 markierte Datensätze in der GSPR 2012) oder Personen-IDs (insgesamt 441195 markierte Personen-IDs in der GSPR 2012).

Jahr	Anteil markierter Datensätze der Satzart DS201	Relevanteste Markierungsgründe (% der markierten Datensätze)
2010	2,23 %	Auffälliger Ausschöpfungsgrad (62,23 %) Versicherte einer Teilkasse matchen nicht (15,13 %)
2011	1,58 %	Auffälliger Ausschöpfungsgrad (37,60 %) Versicherte einer Teilkasse matchen nicht (28,97 %)
2012	0,33 %	Nicht eindeutige Personen-ID (44,19 %) Kollidierende Personen-ID (41,15 %)

Tabelle 1: Überblick über die Auffälligkeitsmarkierungen der Satzart DS201 in der GSPR 2012

Im Folgenden werden die Gründe näher erläutert, die für die GSPR 2012 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 Institutionskennzeichens und der pseudonymisierten Versichertennummer) mehrere Personen-IDs zugeordnet sind. Alle Personen-IDs, die solchen Versicherungsverhältnissen zugeordnet sind, werden in der Satzart DS201 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 markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versicherungsverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 339628 Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2012 markiert (0,17 % der Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2012). Dies betrifft 55882 distinkte Personen-IDs (0,29 % der Personen-IDs in der GSPR 2012).

Falsch pseudonymisierte Personen-ID

Es kann vorkommen, dass Krankenkassen falsch pseudonymisierte Versichertennummern und/oder Personen-IDs liefern¹⁵. 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 Geburtskalendertage der betroffenen Fusionskassen (bzw. Teilkassen) werden in allen ihren Versicherungsverhältnissen für das entsprechende Jahr markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versicherungsver-

¹⁵ Sind bei einem Versicherten die Personen-ID und die Versichertennummer falsch pseudonymisiert, so kann diesem Versicherten kein Abrechnungsfall zugeordnet werden. Dieser Versicherte wird damit gegebenenfalls fälschlicherweise als ein Nie-Inanspruchnehmer definiert, da er gemäß den Daten keine ärztlichen Leistungen in Anspruch nimmt. Findet man nun für Teilkassen bzw. Fusionskassen mit gleichbleibenden und nicht zu kleinen Versichertenzahlen in einem oder mehreren Quartalen eine sehr geringe Inanspruchnahmequote, so kann dies auf einen Pseudonymisierungsfehler in einzelnen Quartalen hindeuten. Die Inanspruchnahmequote gibt dabei den Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall an allen Stichprobenversicherten an (siehe Abschnitt 2.4).

hältnis markiert. Hat ein Versicherter in diesem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Für die betroffenen Fusionskassen sind in Tabelle 2 die Größenklasse und das Jahr, in dem die Personen-IDs von Versicherten markiert werden, aufgeführt. Spalte 3 gibt darüber hinaus die Anzahl der insgesamt betroffenen Geburtskalendertage an. Insgesamt sind aufgrund falsch pseudonymisierter Personen-IDs 2600 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,001 %). Dies betrifft 655 distinkte Personen-IDs (0,003 %). Im Vergleich zur GSPR 2011 ist die Anzahl der aus diesem Grund markierten Datensätze damit stark gesunken (0,24 % der Datensätze der Satzart DS201 und 1,23 % der Personen-IDs waren in der GSPR 2011 aufgrund falsch pseudonymisierter Personen-IDs markiert).

Größenklasse der Fusionskasse	Jahr	Anzahl Geburtskalendertage
groß	2012	3
groß	2010	6

Tabelle 2: Fusionskassen mit falsch pseudonymisierten Personen-IDs (Einteilung der Fusionskassen in Größenklassen anhand der Versichertenanzahl im Quartal 2012/4: bis 99'999 Versicherte (klein), 100'000 bis 499'999 Versicherte (mittel), ab 500'000 Versicherte (groß))

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

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

Aufgrund von Informationslücken werden von den Krankenkassen für fehlende Versichertennummern (kassenspezifisch und/oder lebenslang) möglicherweise sogenannte Dummy-Werte verwendet, für die dann Pseudonyme an den Bewertungsausschuss übermittelt werden. Diese (Dummy-)Personen-IDs weisen dann auffällig viele Versichertenverhältnisse oder Abrechnungsfälle auf. Wird eine solche Personen-ID identifiziert, so wird diese *für den gesamten Berichtszeitraum* und in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert.

In der GSPR 2012 sind aus dem genannten Grund 1401 Datensätze der Satzart DS201 markiert (0,001 %). Dies betrifft lediglich 56 Personen-IDs. Auch in den arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen sind möglicherweise Pseudonyme für Dummy-Versichertennummern enthalten, die nur dann mit den kassenseitigen Pseudonymen für Dummy-Versichertennummern matchen, wenn identische Dummy-Werte verwendet wurden. Die meisten dieser Dummy-Personen-IDs wurden wie zuvor geschildert wegen der nicht-eindeutigen Angaben zu Geschlecht und/oder Geburtsquartal aus der GSPR 2012 ausgeschlossen. Alle übrigen Pseudonyme für Dummy-Werte in den arztseitig übermittelten Daten haben nicht mit den kassenseitigen Versichertenpseudonymen gematcht und sind daher ebenfalls nicht in der GSPR 2012 enthalten.

Kollidierende Personen-ID

Bei der Zuordnung der arztseitig gelieferten Abrechnungsfälle zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten kann es vorkommen, dass Abrechnungsfälle mehreren verschie-

denen Personen-IDs aus den Versicherten-Stammdaten zugeordnet werden können. Diese Fälle gelten dann als nicht matchbar und werden nicht mit der GSPR 2012 ausgeliefert. Alle diesen Fällen zuordenbaren Personen-IDs werden *in dem betreffenden Jahr* und für alle ihre Versichertenverhältnisse markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 366312 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,19 %). Dies betrifft 59954 distinkte Personen-IDs (0,31 %).

Fehlende Versichertennummer

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

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 116613 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,06 %). Dies betrifft 24584 distinkte Personen-IDs (0,13 %).

Versicherte einer Teilkasse matchen nicht

Aus nicht geklärten Gründen konnten bei einer Teilkasse einer großen Fusionskasse in den Jahren 2010 und 2011 Versicherten keine Abrechnungsfälle der Satzart DS202 zugeordnet werden. Daher sind die Personen-IDs, die dieser Teilkasse zugeordnet werden können, in beiden Jahren und in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versicher-

tenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

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

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 647410 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,33 %). Dies betrifft 95401 distinkte Personen-IDs (0,49 %). Diese Markierungen werden an die Satzarten DS219 und DS220 weitergegeben. Die genaue Vorgehensweise zu den Markierungen in den Satzarten DS219 und DS220 wird in den Abschnitten 2.3.4 und 2.3.5 beschrieben.

Falschmatcher

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

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

- 1) Die durch die Kombination abgegrenzte Gruppe von Versicherten enthält mindestens 5 Personen-IDs, bei denen das Geschlecht in den Versicherten-Stammdaten nicht mit dem vermuteten Geschlecht laut zugeordneten Abrechnungsfällen übereinstimmt und
- 2) mehr als 5% der geschlechtsspezifischen Abrechnungsfälle matchen falsch („Falschmatcherquote“), d. h. das Geschlecht der Person stimmt nicht mit dem vermuteten Geschlecht laut Abrechnungsfalles überein.

Wird also eine Quartals-Teilkassen-Geburtstagskalendertag-Gruppe identifiziert, für die diese beiden Bedingungen erfüllt sind, werden *alle* Personen-IDs, die dieser Gruppe angehören,

im *betreffenden Jahr* in allen ihren Versichertenverhältnissen markiert. Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse in diesem Jahr, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter in dem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 21942 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,01 %). Dies betrifft 4428 distinkte Personen-IDs (0,02 %).

Auffälliger Ausschöpfungsgrad

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

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

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

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

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

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 1284430 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,65 %). Dies betrifft 236125 distinkte Personen-IDs (1,21 %).

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

Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V) werden zur Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern auch die Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 184., 237. und 254. Sitzung herangezogen (im Folgenden als Selektivvertragsdaten bezeichnet). Die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) festgelegte Datengrundlage der Selektivvertragsdaten wurde für den KV-Bezirk Baden-Württemberg durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung angepasst. Es kann nun vorkommen, dass in diesen Selektivvertragsdaten Versicherte in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert werden, diese Versicherten prinzipiell zwar in den Versicherten-Stammdaten der Geburtstagsstichprobe enthalten sind, allerdings nicht in dem betreffenden Quartal. In der Konsequenz wären diese Versicherten für das betreffende Quartal in der GSPR 2012 nicht als Selektivvertragsteilnehmer gekennzeichnet obwohl sie in den Selektivvertragsdaten als Teilnehmer vorkommen. Diese Personen-IDs werden aus diesem Grund *in dem betreffenden Jahr* und für alle ihre Versichertenverhältnisse markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter mehrfache Versicherungsverwechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 15168 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2012 markiert (0,01 %). Dies betrifft 6664 distinkte Personen-IDs (0,03 %).

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

In der Datensatzbeschreibung findet man in der Satzart DS202 das Feld Nr. 12 mit der Bezeichnung „Flag“. In der GSPR 2012 nimmt dieses Feld für keinen Datensatz die Ausprägung „1“ an, d. h. in der GSPR 2012 werden keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert. Aus dieser Tatsache sollte jedoch nicht rückgeschlossen werden, dass keine Abrechnungsfälle durch eine Auffälligkeitsmarkierung in den Versicherten-Stammdaten (Satzart DS201) zum Ausschluss bei Auswertungen empfohlen würden.

Schließt man nun, wie empfohlen, die als auffällig markierten Personen-IDs aus und werden demzufolge die der Personen-ID zugeordneten Abrechnungsfälle ebenfalls ausgeschlossen, so werden in der Konsequenz die Falschmatcherfälle gemäß obiger Definition ausgeschlossen. Durch den Ausschluss dieser Personen-IDs und deren zugeordneter Abrechnungsfälle ist allerdings nicht sichergestellt, dass tatsächlich alle Abrechnungsfälle, für die sich das Geschlecht aus den dokumentierten Angaben für Diagnosen und Leistungen ableiten lässt, diesbezüglich konsistent zum Geschlecht der Personen-ID sind. Ist einem Abrechnungsfall mit einer abgeleiteten Geschlechtszuordnung eine Personen-ID anderen Geschlechts zuge-

ordnet, die allerdings nicht die in Abschnitt 2.3.2 (Markierungsgrund „Falschmatcher“) beschriebenen Bedingungen erfüllt, so ist dieser Abrechnungsfall weder markiert noch wird er durch den Ausschluss markierter Personen-IDs mit ausgeschlossen. Möchte man sichergehen, dass auch alle diese Fälle von einer Auswertung ausgeschlossen werden, so müssten diese anhand der in Anhang 7.2 aufgeführten GOPs und/oder Diagnosen identifiziert werden.

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

In der Satzart DS219 werden sämtliche dem GKV-Spitzenverband bekannte Institutionskennzeichen von Teilkassen aufgeführt. Für die Markierung einer Teilkasse in der Satzart DS219 werden neben den bisher beschriebenen keine zusätzlichen QS-Maßnahmen durchgeführt. Die Markierung einer Teilkasse, die über die Ausprägung des Feldes Nr. 04 realisiert ist, dient Dokumentationszwecken.

Einer Teilkasse wird im Feld Nr. 04 die Ausprägung „1“ zugewiesen, wenn Versicherte dieser Teilkasse aufgrund folgender Probleme markiert werden: „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ sowie „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“. Es werden auch diejenigen Teilkassen markiert, die gleiche Kassensitz-IDs wie betroffene Teilkassen aufweisen, auch wenn sie nicht direkt betroffen sind.

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

Tabelle 3 weist für die einzelnen Gründe, die in der Satzart DS219 zu einer Markierung 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 „falsch pseudonymisierte Personen-ID“	7	4
Ausschließlich „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“	8	1
Beide Gründe	1	1

Tabelle 3: Teilkassen mit Flag in der Satzart DS219

2.3.5 Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Satzart DS220 gibt Auskunft über die Fusion von Kostenträgern. Hier kann nachvollzogen werden, welche Rechtsvorgänger zu den aktuell gültigen Fusionskassen vorliegen. Für die Markierung einer Fusionskasse und all ihrer Rechtsvorgänger in der Satzart DS220 werden neben den bisher beschriebenen keine zusätzlichen QS-Maßnahmen durchgeführt. Die Mar-

kierung einer Fusionskasse (bzw. Teilkasse) dient Dokumentationszwecken. Alle Institutionskennzeichen einer Fusionskasse und ihrer Rechtsvorgänger werden im Feld Nr. 09 mit der Ausprägung „1“ markiert, wenn die Fusionskasse in einem beliebigen Jahr die Probleme „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ oder „auffälliger Ausschöpfungsgrad“ aufweist (siehe Abschnitt 2.3.2).

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

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

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

Tabelle 4: Fusionskassen mit Flag in der Satzart DS220 (Einteilung der Fusionskassen in Größenklassen anhand der Versichertenanzahl im Quartal 2012/4: bis 99'999 Versicherte (klein), 100'000 bis 499'999 Versicherte (mittel), ab 500'000 Versicherte (groß)).

2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung der der GSPR 2012 zugrunde liegenden bundesweiten Versichertenstichprobe dargestellt. Weitere Informationen zu dieser Stichprobe sind im Abschnitt 6 zu finden. Hier werden lediglich Ergebnisse zu den Kennzahlen Lieferquote der Versicherten-Stammdaten, Inanspruchnahmequote sowie Ausschöpfungsgrad Leistungsbedarf berichtet. Der dabei berücksichtigte Fusionsstand der Krankenkassen (Stichtag: 08.11.2013) entspricht dem zum Zeitpunkt der Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses. Zu diesem Zeitpunkt gab es 134 Fusionskassen. Zu dem für die ausgelieferte GSPR 2012 berücksichtig-

ten aktuelleren Fusionsstand (Stichtag: 02.07.2014) gab es dagegen nur noch 131 Fusionskassen. Zusätzlich sind in den Daten jeweils noch zwei weitere, im Berichtszeitraum geschlossene Fusionskassen enthalten (die zum 30.06.2011 geschlossene City BKK und die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe).

Lieferquote der Versicherten-Stammdaten: Um die Lieferquote zu berechnen, werden pro Quartal die in der Stichprobe enthaltenen Versicherten der jeweiligen Wohnort-KV gezählt, die in diesem Quartal nicht wegen Auffälligkeiten markiert wurden. Die so ermittelte Anzahl von Versicherten wird durch die von den Krankenkassen in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. den „ANZVER87a“-Daten¹⁶ berichtete Anzahl der Versicherten geteilt. Der Zielwert der Lieferquote liegt für das Berichtsjahr 2010 ungefähr zwischen 19,7 und 19,8 % (In die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2010 sind 72 Geburtstage (sechs pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $72/365 \approx 19,73$ %). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2011 liegt zwischen 23,0 und 23,1 % (In die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2011 sind 84 Geburtstage (sieben pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $84/365 \approx 23,01$ %). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2012 liegt zwischen 26,3 und 26,4 % (In die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2011 sind 96 Geburtstage (acht pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $96/365 \approx 26,30$ %). Abweichungen von diesen Zielquoten können sich ergeben, wenn entweder Lieferlücken einzelner Krankenkassen oder eine häufige Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versicherten-Stammdaten zu verzeichnen sind. Nicht auszuschließen ist allerdings auch, dass die Werte durch den Unterschied zwischen tagesgenauer Zählung in der Versichertenstichprobe und Stichtagszählung in den als Referenz herangezogenen „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten oder durch den Einfluss bestimmter Versichertengruppen (wie zum Beispiel Wohnausländern) verzerrt werden. Die Lieferquoten geben damit einen Eindruck vom Stichprobenumfang bezogen auf die Grundgesamtheit, wenn – wie empfohlen – auf die Verwendung der mit „1“ (Auffälligkeiten) markierten Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2012 verzichtet wird.

Tabelle 5 gibt die Lieferquoten der Versicherten-Stammdaten für die einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2010/1 bis 2012/4 an. In Tabelle 6 und in Tabelle 7 sind Informationen zu den Lieferquoten der Fusionskassen für den Berichtszeitraum gesammelt. Aufgrund der Vielzahl der Fusionskassen wurden diese in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der Höhe der Lieferquoten. Für jede Gruppe sind für jedes Quartal die Anzahl der Fusionskassen, die eine solche Lieferquote aufweisen bzw. die Anzahl der Versicherten, die bei diesen Fusionskassen versichert sind, angegeben.

Die angegebenen Lieferquoten, die die Anzahl der gelieferten Versicherten ohne Auffälligkeitsmarkierung zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse ins Verhältnis setzen, können auch als Netto-Lieferquote interpretiert werden. In Ergänzung dazu werden in Tabelle 8 und in Tabelle 9 auch diejenigen Lieferquoten der Versicherten-Stammdaten be-

¹⁶ Die Lieferung der „ANZVER87c4“-Daten erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung. Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 263. Sitzung erfolgt die Lieferung der Versichertenzahlen ab dem Quartal 2012/2 in den „ANZVER87a“-Daten, welche im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) näher beschrieben sind.

richtet, die die Anzahl der ursprünglich von den jeweiligen Fusionskassen gelieferten Versicherten (also alle Versicherten unabhängig von markierten Auffälligkeiten) ins Verhältnis zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse setzen. Diese wird als „ursprüngliche Lieferquote“ bezeichnet.

Inanspruchnahmequote: Weiterhin wird die sogenannte Inanspruchnahmequote berichtet. Zwar wird allen mit der GSPR 2012 ausgelieferten Fällen eine Personen-ID zugeordnet, aber natürlich weist nicht jeder der in den Versicherten-Stammdaten enthaltenen Versicherten in jedem Quartal auch mindestens einen Abrechnungsfall auf.

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

Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs: Der Ausschöpfungsgrad setzt den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten. Datengrundlage für den kollektivvertraglichen Leistungsbedarf aller Versicherten des Berichtszeitraums 2010–2012 sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelieferten „ARZTRG87aKA“-Daten (gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung, in seiner 263. Sitzung bzw. in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)). Zur Ermittlung der Anzahl aller Versicherten werden wiederum die „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten verwendet. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als 100 % kann daher ein Anzeichen dafür sein, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten. Der Leistungsbedarf eines Versicherten berücksichtigt dabei die regionale Euro-Gebührenordnung. Zur Berechnung des Ausschöpfungsgrades werden nur Versicherte einbezogen, die keine Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versicherten-Stammdaten tragen.

Tabelle 11 gibt die Ausschöpfungsgrade der einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2010/1 bis 2012/4 an. In Tabelle 12 und in Tabelle 13 sind Informationen zu den Ausschöpfungsgraden der Fusionskassen für den Berichtszeitraum gesammelt. Aufgrund der Vielzahl der Fusionskassen wurden diese in vier Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der Höhe der Ausschöpfungsgrade. Für jede Gruppe sind für jedes Quartal die Anzahl der Fusionskassen, die einen solchen Ausschöpfungsgrad aufweisen, bzw. die Anzahl der Versicherten, die bei diesen Fusionskassen versichert sind, angegeben.

Wohnort-KV/Quartal	2010/1	2010/2	2010/3	2010/4	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4
Baden-Württemberg	19,60%	19,62%	19,65%	19,64%	23,10%	23,08%	23,12%	23,05%	26,52%	26,49%	26,21%	26,12%
Bayern	19,76%	19,73%	19,77%	19,73%	23,01%	23,00%	23,02%	22,97%	26,46%	26,44%	26,24%	26,25%
Berlin	19,83%	19,82%	19,84%	19,78%	23,07%	23,01%	23,01%	22,96%	26,45%	26,35%	26,06%	26,05%
Brandenburg	19,50%	19,50%	19,49%	19,46%	23,01%	22,96%	22,96%	22,93%	26,44%	26,43%	26,24%	26,21%
Bremen	19,15%	19,16%	19,35%	19,28%	22,37%	22,28%	22,32%	22,06%	26,36%	26,33%	26,44%	26,39%
Hamburg	19,92%	19,93%	19,97%	19,91%	23,38%	23,33%	23,35%	23,28%	26,82%	26,56%	26,22%	26,15%
Hessen	19,54%	19,56%	19,61%	19,56%	22,80%	22,75%	22,78%	22,73%	26,52%	26,43%	26,22%	26,13%
Mecklenburg-Vorpommern	18,88%	18,90%	18,87%	18,86%	22,69%	22,68%	22,67%	22,66%	26,47%	26,44%	26,23%	26,25%
Niedersachsen	18,97%	19,17%	19,20%	19,15%	23,01%	22,96%	22,84%	22,62%	26,43%	26,43%	26,47%	26,37%
Nordrhein	19,21%	19,21%	19,25%	19,21%	22,65%	22,61%	22,64%	22,60%	26,41%	26,36%	26,02%	25,95%
Rheinland-Pfalz	18,17%	18,16%	18,20%	18,16%	21,44%	21,39%	21,41%	21,38%	26,38%	26,40%	26,25%	26,18%
Saarland	18,45%	18,54%	18,56%	18,52%	21,28%	21,24%	21,27%	21,25%	26,50%	26,52%	26,33%	26,26%
Sachsen	19,63%	19,60%	19,59%	19,57%	22,99%	22,97%	22,99%	22,98%	26,43%	26,42%	26,12%	26,15%
Sachsen-Anhalt	18,34%	18,36%	18,37%	18,35%	21,85%	21,72%	21,72%	21,67%	26,49%	26,39%	26,12%	26,15%
Schleswig-Holstein	19,15%	19,16%	19,16%	19,11%	22,72%	22,70%	22,70%	22,67%	26,41%	26,41%	26,29%	26,27%
Thüringen	19,53%	19,52%	19,52%	19,49%	22,93%	22,92%	22,93%	22,90%	26,38%	26,41%	26,19%	26,21%
Westfalen-Lippe	19,55%	19,56%	19,57%	19,55%	22,83%	22,79%	22,83%	22,79%	26,21%	26,20%	25,89%	25,82%

Tabelle 5: Lieferquote der Versicherten-Stammdaten nach KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartal 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen. Farbskala: Unterschreitung der Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte, Unterschreitung der Zielquote um mehr als 0,2 Prozentpunkte jedoch um nicht mehr als 1,0 Prozentpunkte, Abweichung von der Zielquote um nicht mehr als 0,2 Prozentpunkte, Überschreitung der Zielquote um mehr als 0,2 Prozentpunkte jedoch um nicht mehr als 1,0 Prozentpunkte.

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2010/1	19,7%	11	17	37	69	2	136
2010/2	19,7%	11	13	27	78	7	136
2010/3	19,7%	11	13	32	77	3	136
2010/4	19,7%	12	18	32	71	3	136
2011/1	23,0%	5	19	29	77	6	136
2011/2	23,0%	5	19	33	75	4	136
2011/3	23,0%	5	15	28	81	6	135
2011/4	23,0%	6	20	31	75	3	135
2012/1	26,3%	2	11	28	87	6	134
2012/2	26,3%	2	10	36	80	6	134
2012/3	26,3%	3	15	21	88	7	134
2012/4	26,3%	4	15	34	76	5	134

Tabelle 6: Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 08.11.2013. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
2010/1	19,7%	1.283.839	1.991.498	7.708.541	2.613.776	2.589	13.600.243
2010/2	19,7%	1.306.836	997.353	6.105.592	5.204.130	129.789	13.743.700
2010/3	19,7%	1.312.960	1.186.714	6.118.478	5.010.196	4.445	13.632.793
2010/4	19,7%	1.312.331	1.430.134	6.277.091	4.572.788	4.501	13.596.845
2011/1	23,0%	430.096	3.186.173	6.360.650	5.925.732	44.473	15.947.124
2011/2	23,0%	432.854	3.205.049	6.409.876	5.903.010	9.338	15.960.127
2011/3	23,0%	430.240	3.751.960	5.561.278	6.192.538	40.435	15.976.452
2011/4	23,0%	478.779	4.000.509	5.666.137	5.759.941	18.004	15.923.371
2012/1	26,3%	229.808	1.299.087	6.982.315	9.923.804	55.548	18.490.562
2012/2	26,3%	228.636	542.199	5.003.441	12.675.396	56.685	18.506.357
2012/3	26,3%	680.667	5.145.778	2.679.346	9.795.288	73.007	18.374.086
2012/4	26,3%	1.373.715	4.443.547	3.672.882	8.827.482	18.686	18.336.312

Tabelle 7: Anzahl der Versicherten nach Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2010/1	19,7%	1	10	38	85	2	136
2010/2	19,7%	1	7	29	87	12	136
2010/3	19,7%	1	7	32	93	3	136
2010/4	19,7%	1	10	36	86	3	136
2011/1	23,0%	0	14	26	89	7	136
2011/2	23,0%	0	13	32	85	6	136
2011/3	23,0%	0	9	29	90	7	135
2011/4	23,0%	1	13	31	87	3	135
2012/1	26,3%	0	8	24	96	6	134
2012/2	26,3%	0	8	36	84	6	134
2012/3	26,3%	1	14	19	92	8	134
2012/4	26,3%	0	17	31	81	5	134

Tabelle 8: Anzahl der Fusionskassen nach ursprünglicher Lieferquote (inklusive der als auffällig markierten Versicherten), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 08.11.2013. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.

Quartal	Zielquote	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Prozentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
2010/1	19,7%	24.211	491.677	7.403.872	5.976.885	2.597	13.899.242
2010/2	19,7%	24.552	21.397	6.723.624	6.767.950	518.721	14.056.244
2010/3	19,7%	24.712	23.335	6.603.458	7.277.300	4.461	13.933.266
2010/4	19,7%	24.591	70.597	7.179.993	6.615.979	4.516	13.895.676
2011/1	23,0%	0	1.547.344	5.951.319	8.625.111	76.644	16.200.418
2011/2	23,0%	0	1.560.636	5.955.151	8.620.583	80.217	16.216.587
2011/3	23,0%	0	1.551.251	5.736.838	8.873.004	73.567	16.234.661
2011/4	23,0%	49.650	2.060.531	6.470.258	7.581.216	18.059	16.179.715
2012/1	26,3%	0	12.135	6.887.444	11.598.461	55.579	18.553.619
2012/2	26,3%	0	484.825	4.944.868	13.081.994	56.718	18.568.405
2012/3	26,3%	455.141	4.159.301	2.882.877	10.847.724	88.866	18.433.909
2012/4	26,3%	0	5.612.087	3.080.390	9.683.425	18.693	18.394.595

Tabelle 9: Anzahl der Versicherten nach ursprünglicher Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (inklusive der als auffällig markierten Versicherten), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Wohnort-KV/Quartal	2010/1	2010/2	2010/3	2010/4	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4
Baden-Württemberg	69,68%	69,02%	67,88%	69,89%	70,39%	68,54%	67,33%	69,95%	70,44%	68,46%	67,45%	69,59%
Bayern	67,39%	67,00%	65,74%	66,74%	73,07%	71,02%	70,35%	72,39%	72,89%	70,65%	69,36%	71,28%
Berlin	71,71%	71,03%	70,20%	72,47%	73,62%	70,91%	70,05%	72,97%	72,98%	70,76%	70,11%	72,23%
Brandenburg	73,97%	73,08%	72,69%	75,05%	75,85%	73,13%	72,67%	75,58%	75,35%	73,20%	72,92%	75,23%
Bremen	73,12%	72,29%	71,86%	73,40%	75,23%	72,36%	71,72%	73,86%	74,17%	72,49%	71,36%	73,16%
Hamburg	71,61%	71,35%	70,46%	72,14%	73,81%	71,73%	70,55%	72,75%	73,01%	71,22%	70,44%	72,55%
Hessen	73,25%	72,76%	72,06%	73,76%	75,26%	72,95%	72,36%	74,35%	74,98%	72,74%	71,95%	73,96%
Mecklenburg-Vorpommern	74,00%	73,53%	72,92%	75,37%	75,99%	73,61%	73,07%	76,15%	75,62%	73,98%	73,35%	75,79%
Niedersachsen	72,60%	72,89%	72,42%	74,00%	75,95%	72,85%	72,43%	74,72%	75,22%	73,19%	72,35%	74,31%
Nordrhein	72,74%	72,17%	71,26%	72,89%	74,66%	72,11%	71,50%	73,51%	74,36%	72,12%	71,46%	73,19%
Rheinland-Pfalz	74,07%	73,26%	72,78%	74,12%	75,85%	73,48%	72,88%	74,64%	75,30%	73,12%	72,33%	73,98%
Saarland	74,46%	73,74%	73,54%	74,54%	76,73%	74,12%	73,71%	75,40%	75,91%	73,78%	73,08%	74,60%
Sachsen	74,19%	73,79%	73,35%	75,67%	75,73%	74,10%	73,29%	76,30%	75,66%	74,35%	73,58%	76,12%
Sachsen-Anhalt	74,86%	74,39%	74,37%	76,67%	76,44%	74,59%	74,08%	76,92%	76,12%	74,75%	74,16%	76,77%
Schleswig-Holstein	72,76%	71,52%	71,49%	72,75%	75,06%	72,17%	71,60%	73,80%	74,41%	72,07%	71,76%	73,55%
Thüringen	74,41%	73,55%	73,38%	75,54%	75,91%	73,96%	73,33%	76,05%	76,07%	74,29%	73,57%	75,99%
Westfalen-Lippe	73,28%	72,54%	72,01%	73,68%	75,50%	72,75%	72,23%	74,23%	75,21%	72,77%	72,19%	73,78%

Tabelle 10: Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk, Quartale 2010/1–2012/4 (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen.

Wohnort-KV/Quartal	2010/1	2010/2	2010/3	2010/4	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4
Baden-Württemberg	97,28%	97,23%	97,27%	97,19%	97,05%	97,56%	97,30%	97,48%	96,82%	96,65%	96,43%	96,56%
Bayern	98,29%	98,45%	99,22%	99,64%	97,79%	97,78%	97,62%	97,70%	97,29%	97,15%	96,56%	96,49%
Berlin	96,60%	96,97%	96,72%	96,80%	96,42%	96,73%	96,65%	96,97%	96,80%	97,24%	96,74%	96,50%
Brandenburg	98,43%	98,23%	98,36%	98,37%	98,10%	98,49%	98,58%	98,52%	98,42%	98,45%	98,14%	98,26%
Bremen	96,69%	97,33%	96,41%	97,00%	96,60%	96,27%	97,06%	97,05%	96,87%	97,67%	96,85%	96,39%
Hamburg	95,14%	95,41%	94,80%	94,88%	93,07%	93,65%	93,28%	93,28%	93,34%	93,90%	94,35%	94,51%
Hessen	95,10%	95,10%	94,86%	95,29%	95,26%	95,41%	95,30%	95,39%	95,72%	95,48%	95,68%	95,98%
Mecklenburg-Vorpommern	97,80%	97,35%	97,29%	97,21%	97,04%	97,61%	97,84%	97,97%	97,69%	97,55%	97,78%	97,23%
Niedersachsen	96,18%	97,37%	97,09%	97,34%	96,90%	97,19%	97,16%	97,32%	97,37%	97,37%	97,01%	97,32%
Nordrhein	96,53%	96,59%	96,25%	96,50%	96,29%	96,61%	96,41%	96,60%	96,28%	96,27%	96,22%	96,59%
Rheinland-Pfalz	99,26%	99,17%	98,83%	99,07%	98,64%	99,10%	99,01%	98,95%	97,83%	97,19%	96,59%	97,05%
Saarland	98,40%	98,58%	98,56%	98,88%	98,60%	99,25%	98,59%	98,79%	97,00%	96,68%	96,37%	96,37%
Sachsen	98,30%	98,42%	98,40%	98,51%	98,56%	98,65%	98,29%	98,46%	98,36%	98,33%	98,48%	98,33%
Sachsen-Anhalt	99,85%	99,37%	99,14%	98,77%	98,18%	98,90%	98,94%	98,66%	97,57%	97,73%	98,03%	98,12%
Schleswig-Holstein	97,71%	97,49%	97,45%	97,42%	96,68%	96,94%	97,06%	97,34%	97,32%	97,20%	96,32%	96,23%
Thüringen	97,12%	97,37%	97,34%	97,95%	97,20%	97,21%	97,11%	97,27%	98,22%	97,73%	97,59%	97,71%
Westfalen-Lippe	97,15%	97,16%	96,94%	97,15%	97,02%	97,20%	97,01%	97,23%	96,99%	96,88%	96,58%	96,89%

Tabelle 11: Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk, Quartale 2010/1–2012/4 (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen.

Quartal	Ausschöpfungs- grad kleiner als 94 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungs- grad größer als 102 %	Anzahl Fusionskassen im Quartal insgesamt
2010/1	36	64	27	9	136
2010/2	44	67	17	8	136
2010/3	41	68	19	8	136
2010/4	33	74	20	9	136
2011/1	33	69	26	8	136
2011/2	28	77	24	7	136
2011/3	32	79	15	9	135
2011/4	28	75	25	7	135
2012/1	23	85	23	3	134
2012/2	20	86	23	5	134
2012/3	26	83	18	7	134
2012/4	16	90	20	8	134

Tabelle 12: Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen zum Stichtag 08.11.2013. Die Änderung der Anzahl von Fusionskassen insgesamt ergibt sich durch die Schließung der City BKK zum 30.06.2011 und der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.

Quartal	Ausschöpfungs- grad kleiner als 94 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungs- grad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungs- grad größer als 102 %	Anzahl Versicherte im Quartal insgesamt
20101	417.016	10.594.144	2.550.028	39.055	13.600.243
20102	653.606	12.806.399	246.322	37.373	13.743.700
20103	406.792	10.933.828	2.261.744	30.429	13.632.793
20104	422.847	10.720.010	2.414.134	39.854	13.596.845
20111	543.212	14.257.092	1.121.530	25.290	15.947.124
20112	464.205	13.896.941	1.580.057	18.924	15.960.127
20113	365.369	15.333.987	254.550	22.545	15.976.452
20114	298.364	14.671.503	943.818	9.685	15.923.371
20121	156.057	16.805.884	1.523.436	5.185	18.490.562
20122	117.230	16.812.646	1.568.185	8.296	18.506.357
20123	185.265	16.727.681	1.436.810	24.330	18.374.086
20124	71.824	17.706.911	544.647	12.930	18.336.312

Tabelle 13: Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte), Quartale 2010/1–2012/4. Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

3 Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2012

3.1 Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten

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

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

Im Folgenden werden die vier genannten Probleme ausgeführt. In den Abschnitten 3.2 und 3.3 werden dann Hinweise auf Einschränkungen bei der Auswertung ausgewählter Fragestellung gegeben.

Probleme in den ursprünglich gelieferten Daten

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

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

Probleme bei der Datenzusammenführung

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

Probleme „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“, „Falschmatcher“, „abweichender Ausschöpfungsgrad“, sowie „fehlende Datensätze“ (siehe Abschnitt 2.3.2)¹⁷.

Erfassungsgrenzen der Abrechnungsdaten

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

Stichprobeneigenschaften

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

Da die Stichprobenversicherten in der ursprünglich erhobenen Geburtstagsstichprobe nur einen Anteil an der Grundgesamtheit ausmachen und dieser Anteil in der GSPR 2012 durch Ausschlüsse nochmals weiter reduziert wird¹⁸, ist zu beachten, dass nicht alle Praxen in der Stichprobe enthalten sind und für die in der Stichprobe enthaltenen Betriebsstätten (Praxen) die große Mehrzahl der Abrechnungsfälle in der GSPR 2012 nicht enthalten ist. Betriebsstättenbezogene Auswertungen weisen somit nennenswerte Stichprobenfehler auf; Praxen mit nennenswerten Anteilen von Fremdfällen (Patienten aus anderen KV-Bezirken) können in der nach Wohnort von Versicherten regional aufgeteilten GSPR 2012 grob unvollständig repräsentiert und eventuell sogar in ihrer Patientenstruktur verzerrt sein.

Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe, in der es aufgrund der durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlichen Ausschlussmarkierungen von Versi-

¹⁷ Neugeborene bilden eine Gruppe von Versicherten, die im Rahmen der Qualitätssicherung als häufig nicht zuordenbar aufgefallen sind, verglichen mit anderen Versichertengruppen. Dieses könnte darauf zurückzuführen sein, dass eine Versichertennummer nach der Geburt möglicherweise erst mit einem Zeitverzug erteilt wird.

¹⁸ Die arztseitigen Datenlieferungen (der GSP nach Leistungs-KV) weisen eine sehr hohe Vollständigkeit auf. Die in der GSPR 2012 nach Wohnort-KV übermittelten Fälle, Leistungen und Diagnosen sind im Vergleich zur GSP allerdings aus zwei Gründen nicht mehr vollständig enthalten: Nicht gematchte Fälle sind in der GSPR 2012 nicht enthalten; Fälle, denen keine Personen-ID aus dem gleichen Jahr zugeordnet werden kann, sind ebenfalls nicht enthalten

cherten zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe gekommen ist, im Vergleich zur amtlichen KM6-Statistik sicherzustellen, verwendet der Bewertungsausschuss gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten demografische Hochrechnungsfaktoren. Eine genauere Beschreibung der demografischen Hochrechnungsfaktoren findet sich in Abschnitt 3.4.

3.2 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: intraregionale und interregionale Vergleiche

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

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

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

3.3 Eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten: Längsschnittbetrachtung

Der vorliegende Datenkörper umfasst Informationen aus den Jahren 2010 bis 2012. Es ist damit also theoretisch möglich, Veränderungsdaten von Kennzahlen für diesen Zeitraum zu berechnen. Wie bereits ausgeführt, sind aufgrund von Problemen diverse Datensätze markiert worden, die in Auswertungen nicht verwendet werden sollten. Die Markierung von Datensätzen bezieht sich in den meisten Fällen jeweils auf das Jahr, in dem das entsprechende Datenproblem im Rahmen der Datenprüfung aufgetreten ist. Es ist also möglich, dass einzelne Versicherte oder auch alle Versicherten einer Fusionskasse in einem Berichtsjahr markiert sind und in einem anderen nicht. Jahresvergleiche von Kennzahlen können damit problematisch sein. Dies sollte bei der Interpretation der Kennzahlen einer Längsschnittbetrachtung berücksichtigt werden.

3.4 Demografische Hochrechnungsfaktoren

In diesem Abschnitt werden ausschließlich die vom Bewertungsausschuss zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten verwendeten demografischen Hochrechnungsfaktoren kurz beschrieben. Nicht näher eingegangen wird auf die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten. Wie in Abschnitt 1.1 bereits erwähnt, ist eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosebezogener Veränderungsdaten auf regionaler Ebene anhand der GSPR 2012 nicht vorgesehen.

In der Satzart DS201 der GSPR ist ein Feld für die Hochrechnungsfaktoren vorgesehen. Dies wird allerdings in der GSPR 2012 leer übermittelt. Die Hochrechnungsfaktoren sind damit nicht Bestandteil der GSPR 2012. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2015 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V) stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 dieses Beschlusses sowie die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V gemäß Nr. 2.7.1 dieses Beschlusses separat zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der GSPR 2012 weiterleiten.

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

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

wobei

$$N_{AG,KV,Jahr} = Anzahl_Vers_KM6_{AG,KV,Jahr} * \frac{Anzahl_Vers_ANZVER_{KV,Jahr}}{\sum_{AG} Anzahl_Vers_KM6_{AG,KV,Jahr}}$$

und

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

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

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

$$K_{AG,KV,Jahr} = \frac{n_{\text{nicht_nur_73b,AG,KV,Jahr}} + n_{\text{nur_73b,AG,KV,Jahr}}}{n_{\text{nur_73b,AG,KV,Jahr}}}$$

4 Hinweise zur Nutzung der GSPR 2012

4.1 Allgemeine Nutzungshinweise

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

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

Versichertenorientierte Auswertungen unter Einbezug von Kassenwechslern

Das Datenmodell der GSPR 2012 ist so gestaltet, dass versichertenorientierte Auswertungen insbesondere auf Jahresebene mit hoher Vollständigkeit ermöglicht werden. So sind für die berichteten Versicherten die wesentlichen Inanspruchnahmedaten, insbesondere die vertragsärztlichen Diagnosen, mit hoher Vollständigkeit zusammengestellt (mit Ausnahme der Diagnosen aus selektivvertraglicher Abrechnung). Beispielsweise könnte bei versichertenbezogenen Auswertungen die Auswahl der Versicherten wie folgt getroffen werden:

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

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

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

Weitere Hinweise:

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

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

- Bei Auswertungen mit Kassenbezug sollten dem Versicherten (ermittelt anhand der Personen-ID der Satzarten DS201 bzw. DS202) die entsprechenden Abrechnungsfälle, Diagnosen, Gebührenordnungspositionen *je Kassenzugehörigkeit* (ermittelt anhand des Rechtsnachfolger-IKs der Satzarten DS201 und DS202¹⁹) zugeordnet werden.
- Bei versichertenbezogenen Auswertungen sollte die Personen-ID der Satzart DS201 ohne Berücksichtigung der Kassenzugehörigkeit herangezogen werden. Sichergestellt werden muss in diesem Fall, dass die Zuordnung der Abrechnungsfälle, Diagnosen und Gebührenordnungspositionen zum Versicherten durch die gewählte Abfragetechnik keine Vervielfachung erzeugt.

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

¹⁹ Dies ist allerdings je nach Auswertungszeitraum aufgrund des quartalsübergreifenden Matchings nicht immer vollständig möglich.

Nutzungshinweise zu Diagnosen-Datensätzen der Satzart DS203:

- Diagnose-Datensätze werden aus der ursprünglichen Lieferung der Ärzteseite ohne Änderungen für die GSPR 2012 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.

Nutzungshinweise zu GOP-Datensätzen der Satzart DS210:

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

4.2 Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern

Verknüpfung über Versicherte, Betriebsstätten oder Abrechnungsfälle

Die Personen-ID der Versicherten, die Nummer der Betriebsstätten (Praxen) und die Fall-ID der Abrechnungsfälle durchlaufen mehrere Pseudonymisierungsschritte. Insbesondere pseudonymisiert die Datenstelle des Bewertungsausschusses vor der Auslieferung der GSPR 2012 diese Identifikationsmerkmale nochmals unter Verwendung eines Schlüssels, der spezifisch für die GSPR 2012 ist. Verknüpfungen von Versicherten, Betriebsstätten oder Abrechnungsfällen zu anderen Datenkörpern sind somit nicht möglich, auch nicht zu den regionalisierten Geburtstagsstichproben vorangegangener Jahre.

Verknüpfung über Institutionskennzeichen der Krankenkassen

Verknüpfungen der Institutionskennzeichen der Krankenkassen (z. B. Rechtsnachfolger-IK in den Satzarten DS201 und DS202) sind grundsätzlich auch zu anderen Datenkörpern möglich (z. B. mit den in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten verwendeten IKs). Voraussetzung ist dafür in der Regel, dass die IKs in externen Datenkörpern auf denselben Fusionsstand gebracht werden wie die Institutionskennzeichen in der GSPR 2012 (Stichtag: 02.07.2014); inwieweit die bereitgestellten Satzarten DS219 und DS220 hierzu ausreichend sind, wäre für jeden externen Datenkörper vorab einzeln zu prüfen.

Nutzungshinweis für Vergleiche mit den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten: Sowohl die Zählungen der Versicherten als auch die Abgrenzung der Versicherten sind in der GSPR 2012 und in den „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten nicht exakt gleich. Bei Vergleichen ist auch der unterschiedliche Anteil der Stichprobenversicherten der Geburtstagsstichprobe an der Grundgesamtheit in den Jahren 2010 ($\approx 19,7\%$), 2011 ($\approx 23,0\%$) und 2012 ($\approx 26,3\%$) zu beachten.

Leistungssegmentierung (MGV / EGV)

Für die Einteilung der Leistungsbedarfe aus der Satzart DS210 nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetärer Vergütung (EGV) sind externe Listen heranzuziehen. Die für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2015 maßgebliche Liste ist als Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verfügbar.

5 Kommentierte Datensatzbeschreibung der GSPR 2012

Kommentierte Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V durch das Institut des Bewertungsausschusses bzw. die Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zur Vorbereitung der Vereinbarungen und Berechnungen nach § 87a Abs. 2 bis 4 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2013

Die GSPR 2012 enthält die gleichen Satzarten wie die GSPR 2011 und auch die Felder der einzelnen Satzarten sind gleich geblieben. Lediglich die Interpretation der Ausprägungen der Felder 09 und 10 der Satzart DS201 haben sich geändert und der Inhalt des Feldes „Fall_ID“ in den Satzarten DS202, DS203 und DS210 wird durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses zusätzlich überschlüsselt.

5.1 Satzart DS201 – Versicherten-Stammdaten

Dateiinhalt:

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

Versichertennummern sind nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ pseudonymisiert und werden durch die Datenstelle vor der Übermittlung mittels RIPEMD-160 (mind. 12-stelliges Kennwort) anonymisiert.

Zuordnung nach KV-Bezirken: Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjahres abgeleitet aus der Postleitzahl; als Fehlwert für die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten wird der KV-Bezirk des Kassensitzes der Krankenkasse laut IK verwendet. Sollten die Angaben im letzten Quartal mehrdeutig sein, werden weitere Kriterien wie der Wohnort im Vorquartal und die Anzahl von Versichertentagen herangezogen.

Primärschlüssel: Die Felder 01, 02 und 03 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	IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen aus der Satzart 201 der GSP	IK wie in der an die Datenstelle des Bewertungsausschusses gelieferten Satzart 201 angegeben. 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 durch einen Buchstaben (A-Z) in der 1. Stelle und eine laufende Zeilennummer in den weiteren acht Stellen (8-stellig mit führenden Nullen) ersetzt, sodass die Primärschlüsseigen-schaft nicht verletzt wird (siehe Abschnitt 2.2).
03	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.	
04	Anzahl Versiche- rentage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal	
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich)	Personen mit nicht eindeutigen Angaben zum Geschlecht sind nicht Be- standteil der GSPR 2012.
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2011 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1916. Versicherte, die im Kalenderjahr 2012 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1917 und so fort.	Grund ist die Anonymisierung der >95jährigen, die insbesondere in kleinen KV-Bezirken möglicherweise identifizierbar sein könnten. Das Alter wird dafür folgendermaßen ermittelt: Kalenderjahr des Versicherungsquartals minus Kalenderjahr des Geburtsquartals.
07	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
08	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst	Das Kennzeichen „Verstorben“ wird in der GSPR 2012 für das Quartal gesetzt, für das dieses Kennzeichen in der Geburtstagsstichprobe bei der betreffenden PersonenID zeitlich zum letzten Mal gesetzt wurde.
09	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. Die Kodierung der Teilnahme des Versicherten an Selektivverträgen ist wie folgt: „0“ = keine Teilnahme an einem Selektivvertrag, „1“ = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen ausschließlich nach § 73b SGB V, „2“ = Teilnahme an mindestens einem anderen Selektivvertrag als nach § 73b SGB V oder einem unbekanntem Selektivvertrag.	Die SV-Teilnahme-Kennzeichnungen in allen Datensätzen zu einer Person in einem Quartal erhalten denselben Wert. Die möglichen Ausprägungen haben sich im Vergleich zur GSPR 2011 geändert und sind im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) neu festgelegt worden. Insbesondere kann sich die Ausprägung in der GSPR 2012 von der von den Kassen in den Versicherten-Stammdaten ursprünglich gelieferten Ausprägung unterscheiden. Bei Verwendung der Information dieses Feldes sollten auch die Anmerkungen zu Feld Nr. 10 zur Kenntnis genommen werden.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	<p>Der Inhalt des Feldes kodiert den selektivvertraglichen Abrechnungsweg:</p> <p>Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „0“ im Feld 09 erhalten im Feld 10 den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivvertrags-teilnehmer mit Abrechnungsweg über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird das Feld 10 leer („NULL“) übermittelt.</p> <p>Die Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „1“ oder „2“ im Feld 09 erhalten im Feld 10 den Wert „2“ bzw. „3“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Geburtstagsstichprobe dokumentiert wurde, dass der Abrechnungsweg nicht über die KV erfolgte („2“) bzw. unbekannt ist („3“), sonst erhalten diese Datensätze im Feld 10 den Wert „1“.</p>	<p>Die möglichen Ausprägungen sind analog zur GSPR 2011, wurden aber im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in ihrer Bedeutung auf die geänderten Ausprägungen des Feldes 09 abgestimmt.</p> <p>Eine Zusammenfassung von mehreren Datensätzen der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe zu einem Datensatz der Satzart DS201 der GSPR wurde in der GSPR 2012 nicht vorgenommen. Daher entfällt der entsprechende Absatz der Erläuterung dieses Feldes.</p>
11	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>2: In der GSPR 2012 wird kein Fehlwertersatzverfahren vorgenommen. Die Ausprägung „2“ tritt damit nicht auf.</p> <p>1 : Datensatz sollte nicht verwendet werden (Empfehlung)</p> <p>Die Ausprägung "1" entsteht aufgrund einer oder mehrerer der folgenden Auffälligkeiten (siehe dazu Abschnitt 2.3.2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht eindeutige Personen-ID • falsch pseudonymisierte Personen-ID • Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer • kollidierende Personen-ID • fehlende Versichertennummer • Versicherte einer Teilkasse matchen nicht • Falschmatcher • auffälliger Ausschöpfungsgrad • fehlende Datensätze

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
12	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjahres 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>Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgt die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken jahresspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen: Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet: Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt. Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. Juli 2014) ihren Sitz hat.</p> <p>Bei der Zuordnung einer KV-Nummer zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen: 1. Wurde durch obige Vorschrift allen im betrachteten Quartal für den Versicherten vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese KV-Nummer dem Versicherten zugeordnet. 2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet. 3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet. 4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
13	Kennzeichen Wohnort	M	1	numerisch	Kennzeichnung zum Wohnsitz des Versicherten: 0 = Wohnsitz im Inland (PLZ in der GSP zuordenbar) 1 = Wohnsitz im Ausland (PLZ in der GSP ist ‚AUSLA‘) 2 = unbekannter Wohnsitz (PLZ in der GSP nicht zuordenbar)	
14	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	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 Abschnitt 2.2).
15	Gewichtungsfaktor	K	7,4	dezimal	Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss.	Wird leer übermittelt. Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) stellt das Institut des Bewertungsausschusses den Trägerorganisationen die demografischen Hochrechnungsfaktoren gemäß Nr. 2.7 dieses Beschlusses sowie die Korrekturfaktoren der demografischen Hochrechnungsfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V gemäß Nr. 2.7.1 dieses Beschlusses separat zur Verfügung, die diese an die jeweiligen Empfänger der GSPR 2012 weiterleiten.
16	Geburtskalender- tagsgruppe	K	1	numerisch	Kennzeichnung, zu welcher Geburtskalendertagsgruppe der Versicherte gehört: 1 = der Versicherte wurde am 3., 10., 17. oder 24. eines Monats geboren 2 = der Versicherte wurde am 4. oder 11. eines Monats geboren	Die GSPR 2012 enthält für das Berichtsjahr 2011 zusätzlich Daten zu Versicherten mit dem Geburtskalendertag 18 und für das Berichtsjahr 2012 Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 18 und 25. Das Feld „Geburtskalendertagsgruppe“ wird leer übermittelt, wenn der Geburtskalendertag gleich 18 oder 25 ist.

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 Abs. 1 SGB V) der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses erfolgreich ein Datensatz aus Satzart DS201 zugeordnet werden konnte.

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS202“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Nachtragsfälle aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes.	<p>IK der Fusionskasse nach DS220 mit der höchsten Fusionsstufe.</p> <p>Es ist zu beachten, dass es Personen-IDs gibt, für die sich eine Kombination aus Personen-ID und Kassenzugehörigkeit in der Satzart DS202 (Abrechnungsfälle) finden lässt, die sich nicht in der Satzart DS201 (Versicherten-Stammdaten) widerspiegelt.</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 Abschnitt 2.2).</p>
03	Fall_ID	M	40	alphanum.	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschlüsselung der in der Datenstelle vorliegenden Fall-ID des Abrechnungsfalles.	Die zusätzliche Überschlüsselung erfolgt erstmalig für die GSPR 2012 gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung.
04	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 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird das Betriebsstättenpseudonym durch den Wert „F...FFxxx“ (36-mal F) ersetzt, dabei bezeichnet „xxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	<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 verschieden 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>	
06	LB_Punkte	M	≤ 13	numerisch	<p>Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten</p>	<p>Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
07	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
08	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen	
09	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
10	PersonenID	M	40	alphanum.	Pseudonym, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.	
11	Wohnort-KV	M	2	alphanum	Wohnort-KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 12 übernommen.	Der Verweis auf die DS201 in der Erläuterung bezieht sich auf den Datensatz des gematchten Versicherten, wobei dessen Versicherungsquartal nicht notwendig mit dem Abrechnungsquartal übereinstimmen muss.
12	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	Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der GSPR 2012 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine neuen Informationen.

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

Dateiinhalt:

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

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

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

5.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:

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

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

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

Es können abrechnungsbedingte Abweichungen zwischen den Einträgen in Feld 08 bzw. Feld 11 zu den jeweiligen Stammdateneinträgen (Satzart DS215, Felder 05, 06 bzw. 08, 09) bestehen.

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

5.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 SGB V) der Geburtstagsstichprobe erbracht haben. Je Abrechnungsquartal wird zu solchen Betriebsstätten des jeweiligen KV-Bezirks 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	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	Betriebsstättenpseudonym	M	40	alphanum.	Durch die Datenstelle erfolgt mittels RIPEMD-160 eine zusätzliche Überschüsselung des in der Datenstelle vorliegenden Pseudonyms der Betriebsstättennummer (BSNR).	
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	<p>Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte:</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>	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeits-schwerpunkt gemäß Schlüsselverzeichnis 6	Der Verweis auf das Schlüsselverzeichnis bezieht sich auf den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), siehe dazu Anhang 7.3.
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend 9 = Ermächtigt	Die Ausprägung 9 („Ermächtigt“) ist in der GSPR 2012 nicht enthalten. Die Abrechnungen der ermächtigten Einrichtungen und ermächtigten Ärzte sind in der GSPR 2012 enthalten, aber nicht über das vorliegende Kennzeichen erkennbar.
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_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS213“	
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-Bezirks 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	alphanum.	konstant „DS215“	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte: 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	
05	GOP-Wert ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
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 ambulanz	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	

5.8 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:

Abgrenzung: In der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse. Diese wird identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK, 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 Institutionskennzeichen	
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 von Auffälligkeiten vom Typ „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ oder „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“. Flags von Institutionskennzeichen beziehen sich auf dieses einzelne Objekt im Unterschied zu Kostenträgern, die zwar in der Satzart DS220 ebenfalls durch ein Institutionskennzeichen identifiziert sind, deren Flag sich aber über alle Institutionskennzeichen des Kostenträgers auswirken kann. Siehe dazu Abschnitt 2.3.4.

5.9 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Die Kostenträgerhistorie gibt Auskunft über die Zusammenlegung (Fusion) von Kostenträgern. Zu jedem in der Satzart DS219 gelieferten Kassensitz-IK wird in der Satzart DS220 der jeweils aktuelle Stand der Abbildung auf alle durch Kassenfusion entstandenen Rechtsnachfolger-IKs (geordnet nach Gültigkeitszeitraum) übermittelt. Mehrere Fusionen werden durch Angabe einer Fusionsstufe deutlich gemacht. Der Primärschlüssel wird aus 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	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagessgenau (Format JJJJMMTT)	
04	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJJMMTT), „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	≤ 3	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. Die Felder 05-07 enthalten die Angaben zum aktuellsten 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 vom Typ „Versicherte einer Teilkasse matchen nicht“ oder „auffälliger Ausschöpfungsgrad“.</p> <p>Flag-Ziel sind Versichertenverhältnisse (Satzart DS201), welche sich jeweils über die Satzart DS219 diesem Kassensitz-IK zuordnen lassen. Siehe dazu Abschnitt 2.3.5.</p>

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 Datensatz zu einem Kassensitz-IK mit der jeweils höchsten Fusionsstufe:</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 (20101, 20102, ...),
- 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_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung

Die Satzarten DS219 und DS220 werden je Lieferung nur einmal übermittelt, die Dateinamenskonventionen lauten DS219_00000_00_Lieferdatum.Endung bzw. DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung

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 Dateinamenskennung angewendet: Satzart_Quartal_KV_Rechtsnachfolger-Kassenart_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 (20101, 20102,.....),
- Rechtsnachfolger-Kassenart alphanumerisch (AOK, BKK, EK, IKK, KBS, LKK),
- Lieferdatum - achtstellig numerisch (JJJJMMTT),
- Endung - entweder .csv (vor Verschlüsselung) oder .zip (nach Verschlüsselung).

Die Satzart DS213 wird nur nach Jahren getrennt übermittelt, die Dateinamenskonvention lautet DS213_JJJJ0_00_Lieferdatum.Endung

Die Satzarten DS219 und DS220 werden je Lieferung nur einmal übermittelt, die Dateinamenskonventionen lauten DS219_00000_00_Lieferdatum.Endung bzw. DS220_00000_00_Lieferdatum.Endung.

6 Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP)

6.1 Überblick

Im vorliegenden Kapitel 6 wird die der regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) 2012 zugrunde liegende bundesweite Versichertenstichprobe (auch Geburtstagsstichprobe (GSP) genannt) vorgestellt. Dazu wird kurz auf die Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Geburtstagsstichprobe eingegangen (Abschnitt 6.2). Anschließend wird die Übermittlung der Daten der GSP an die Datenstelle des Bewertungsausschusses skizziert und kurz auf das Pseudonymisierungsverfahren eingegangen. Bestandteil dieses Kapitels ist außerdem eine Aufzählung der Satzarten der GSP (Abschnitt 6.3). Der Abschnitt 6.4 beschreibt detailliert den Zusammenführungsprozess der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten („Matching“). In Abschnitt 6.5 wird schließlich kurz auf verbleibende Mängel in der GSP hingewiesen und erläutert, wie mit Ihnen umgegangen wird.

6.2 Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

Geburtstagsstichprobe 2007–2008: Der Bewertungsausschuss hat in seiner 184. Sitzung eine Datenlieferung von den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses an die Datenstelle des Bewertungsausschusses beschlossen. Im Rahmen dieser Datenlieferung wurden pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten, Kostenträgerstammdaten sowie vertragsärztliche Abrechnungsdaten übermittelt. Die Übermittlung bezieht sich dabei auf eine Versichertenstichprobe von versichertenvollständigen Abrechnungsdaten aus allen KV-Bezirken für die Quartale 2007/1 bis 2008/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2007–2008 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2007–2008 sind nicht Bestandteil der GSPR 2012. Auf die Daten des Jahres 2008 wird aber im Rahmen des Matchingverfahrens zurückgegriffen.

Geburtstagsstichprobe 2009: Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 2. September 2009 in der 15. Sitzung die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2009/1 bis 2009/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2009 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 10., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2009 sind ebenfalls nicht Bestandteil der GSPR 2012, werden aber im Rahmen des Matchingverfahrens verwendet.

Geburtstagsstichprobe 2010: In der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 184. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2010/1 bis 2010/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2010 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde.

Geburtstagsstichprobe 2011: In der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2011/1 bis 2011/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2011 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17., 18. und 24. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde.

Geburtstagsstichprobe 2012: In der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 237. Sitzung erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2012/1 bis 2012/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2012 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 3., 4., 10., 11., 17., 18., 24. und 25. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde.

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 ihren Spitzenverband 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. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die (nochmals) pseudonymisierten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten anschließend an die Datenstelle des Bewertungsausschusses.

Die vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Daten werden in der Datenstelle formal geprüft und der jeweilige Datenkörper einer umfangreichen, und zwischen Datengebern und Datenstelle abgestimmten, Qualitätssicherung unterzogen. Die Daten werden erst nach Freigabeerklärung durch die Trägerorganisationen in der Datenstelle weitergehend genutzt.

6.3.2 Pseudonymisierungsverfahren

Die Geburtstagsstichprobe umfasst pseudonymisierte Versicherten-Stammdaten der Krankenkassen und pseudonymisierte ambulante ärztliche Abrechnungsdaten von Patienten. Die

Zusammenführung der Versicherten-Stammdaten mit den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten in der Datenstelle erfolgt über die Attribute Institutionskennzeichen der Krankenkasse und pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer (KVNR) von der Krankenversicherungskarte bzw. elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung erfolgt derzeit für die Jahre 2010 bis 2012. Für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgt erstmals eine turnusmäßige Erweiterung der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einer Schlüsselerweiterung. Die Stichprobenauswahl wurde für die Jahre 2011 und 2012 erneut turnusmäßig erweitert.

Für weitergehende Informationen zum verwendeten Pseudonymisierungsverfahren siehe Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und zuletzt geändert durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung.

6.3.3 Satzarten der Geburtstagsstichprobe

Alle Informationen, die in der GSPR 2012 enthalten sind, basieren auf den Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP) sowie auf den Datenlieferungen zu Selektivverträgen. In der GSP erfolgt weder eine Trennung nach Wohnort-Prinzip noch wird eine Maskierung von kassenartfremden Institutionskennzeichen bzw. KV-fremden Betriebsstättennummern vorgenommen. Die Geburtstagsstichproben der Jahre 2009, 2010, 2011 und 2012 enthalten folgende Satzarten:

- Satzart 200: Versichertennummern²⁰
- Satzart 201: Versicherten-Stammdaten
- Satzart 202: Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)
- Satzart 204: Operationen/Prozeduren der vertragsärztlichen Behandlung²¹
- Satzart 203: Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)
- Satzart 210: Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung
- Satzart 211: Betriebsstättenverzeichnis
- Satzart 212: Arztverzeichnis²¹
- Satzart 213: ICD-10-Stammdatei
- Satzart 215: Gebührenordnungspositions-Stammdatei
- Satzart 219: Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)
- Satzart 220: Kostenträgerhistorie.

²⁰Die Satzart 200 ist nur in den Geburtstagsstichproben der Jahre 2011 und 2012 enthalten.

²¹Die Satzarten 204 und 212 sind nur in den Geburtstagsstichproben der Jahre 2009 und 2010 enthalten.

6.4 Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP in der Datenstelle – Matching

6.4.1 Definition

Der Begriff „Matching“ beschreibt die Zuordnung von Abrechnungsfällen der Satzart 202 („Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)“) zu Versicherten. Ein Versicherter steht dabei für eine natürliche – im Berichtszeitraum 2010–2012²² in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte – Person, deren pseudonymisierten Versicherten-Stammdaten und ggf. vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in der Geburtstagsstichprobe vorhanden sind. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 eine eindeutige Personen-ID der Satzart 200 („Versichertennummern“) bzw. der Satzart 201 („Versicherten-Stammdaten“) zuzuordnen.

Diejenigen Abrechnungsfälle der Satzart 202, denen keine Personen-ID der Satzart 200 bzw. 201 aus *dem gleichen Kalenderjahr* zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil des ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2012. Da die GSPR 2012 nur die Berichtsjahre 2010–2012 umfasst, werden keine Abrechnungsfälle der Jahre 2008 und 2009 mit ausgeliefert. In der GSPR 2012 werden Daten zu GKV-Versicherten mit zugeordneten Abrechnungsfällen sowie Daten zu GKV-Versicherten ohne zugeordnete Abrechnungsfälle („Non-User“) ausgeliefert.

Idealerweise lassen sich für jeden Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID und damit die Versicherten-Stammdaten der Satzart 200 bzw. 201 quartalsbezogen zuordnen. In den folgenden Abschnitten werden Gründe genannt, warum dies nicht immer der Fall ist (Abschnitt 6.4.2) und wie durch ein wohldefiniertes Matchingverfahren versucht wird, die vorhandenen Zuordnungsprobleme zu lösen (Abschnitt 6.4.4).

Wie in Abschnitt 6.4.4 ausgeführt wird, erfolgt die Zuordnung der Personen-ID zum Abrechnungsfall ggf. quartalsübergreifend. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass einem Abrechnungsfall in einem bestimmten Quartal eine Personen-ID zugeordnet wird, deren Versicherten-Stammdaten sich für das betreffende Quartal in der Satzart 201 nicht finden lassen. Es ist lediglich sichergestellt, dass sich für jeden in der GSPR 2012 ausgelieferten Abrechnungsfall in mindestens einem Quartal des betreffenden Jahres eine Personen-ID aus den Versicherten-Stammdaten finden lässt.

6.4.2 Aufgabenstellung

Sowohl in den Versicherten-Stammdaten also auch in Daten zur Ambulanten Abrechnung ist für jeden Datensatz eine pseudonymisierte Versichertennummer und die Angabe des Kostenträgers zu finden. Idealerweise sollte die Kombination aus Pseudonym der Versichertennummer und Kostenträger also ausreichen, um jedem Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID der Satzarten 200 bzw. 201 zuzuordnen.

²²Die GSPR 2012 enthält nur Daten des Berichtszeitraums 2010–2012. Das im Folgenden beschriebene Matchingverfahren bezieht aber Daten der GSP der Jahre 2008–2012 ein. Dies kann aufgrund des mehrstufigen Matchingverfahrens, bei dem einem Abrechnungsfall eine Personen-ID auch quartalsübergreifend zugeordnet werden kann, ggf. relevant sein.

Die Abrechnungsfälle der Satzart 202 entstammen der ärztlichen Rechnungslegung. In der ärztlichen Rechnungslegung liegen über den Versicherten die auf seiner vorgelegten Krankenversichertenkarte enthaltenen Informationen zum Krankenversicherungskarten-Institutionskennzeichen (KVK-IK) sowie die auf der Karte verzeichnete Versichertennummer vor.

Die Versichertennummern der Satzart 200 bzw. die Versicherten-Stammdaten der Satzart 201 hingegen entstammen kassenseitigen Datenlieferungen. Die Kostenträger übermitteln dem GKV-Spitzenverband quartals- und versichertenbezogen neben Stammdaten (z. B. Geschlecht und Geburtsjahr) ein Institutionskennzeichen (im Folgenden Melde-IK genannt), die für dieses Quartal aktuell gültigen, pseudonymisierten Versichertennummern sowie eine über den gesamten Berichtszeitraum hinweg gleich bleibende Personen-ID.

Die Kostenträger verfügen unter Umständen über mehrere Institutionskennzeichen (z. B. durch Fusionen oder aufgrund einer regionalen Gliederung des Kostenträgers) und liefern die Versicherten-Stammdaten nicht durchgängig mit dem auf der 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 Matchingverfahrens

Ziel des Matchingverfahrens ist es, möglichst allen Abrechnungsfällen der Satzart 202 die für den Berichtszeitraum versichertenbezogen eindeutige Personen-ID richtig zuzuordnen. Die Abrechnungsfälle, für die keine Personen-ID gefunden wird, sind nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses ausgelieferten und an die Gesamtvertragspartner weitergeleiteten Datenkörpers GSPR 2012.

Bei einem erfolgreichen Matching können den Abrechnungsfällen über die Satzart 201 personenbezogene Attribute zugeordnet werden.

6.4.4 Stufen des Matchingverfahrens

Für Leser, die mit der GSPR 2011 vertraut sind, sei als Erstes darauf hingewiesen, dass das Matchingverfahren erneut leicht modifiziert wurde. Insbesondere wurde ein zusätzlicher abschließender Schritt hinzugefügt, der Abrechnungsfälle erfasst, die sich unter Einbeziehung von Daten aus den Jahren 2008 und/oder 2009 zuordnen lassen. Die Einteilung in Matchingstufen sowie deren grundsätzlicher Ablauf und deren Nummerierung haben sich im Vergleich zum Vorjahr aber nicht geändert.

Das Matchingverfahren erfolgt in vier aufeinander folgenden Stufen. Die jeweils folgende Stufe wird nur dann angewendet, wenn die vorhergehende Stufe kein Ergebnis (kein Match) erbracht hat. Als Ergebnis wird dabei auch die Erkenntnis bezeichnet, dass sich zu einem Abrechnungsfall keine eindeutige Personen-ID zuordnen lässt (No-Match).

Die nicht zugeordneten Abrechnungsfälle werden nicht an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner übermittelt. Demzufolge sind die in den ausgelieferten Daten der GSPR 2012 enthaltenen Fallzahlen, Diagnoseangaben, Gebührenordnungspositionshäufigkeiten und Leistungsbedarfe stets kleiner als die in den Daten der Geburtstagsstichprobe vollständig enthaltenen Abrechnungsdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

Stufe I: Matching über Personen-ID

Bei Abrechnungsfällen, denen die neu eingeführte lebenslange Krankenversicherungsnummer zugrunde liegt (z. B. bei Vorliegen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)), wird aus dieser Nummer direkt die (pseudonymisierte) Personen-ID gebildet. Damit ist zwar ein Matching über die Versicherungsnummer der Satzart 201 bzw. Satzart 200 nicht möglich, dafür aber ein Matching direkt über die Personen-ID der Satzart 201.

Wenn also die pseudonymisierte Versicherungsnummer eines Abrechnungsfalles (Satzart 202) mit der Personen-ID eines Versicherten-Stammdatensatzes (Satzart 201) übereinstimmt, dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet. Die folgenden Matchingstufen kommen nicht zur Anwendung. Kann dagegen keine Personen-ID zugeordnet werden, so wird Stufe II des Matchingverfahrens durchgeführt. Auf der Stufe I werden also noch keine Datensätze als nicht zuordenbar identifiziert. Ein No-Match ist auf dieser Stufe damit nicht möglich.

Stufe II: Direktes Matching

Wenn es zu der Kombination aus KVK-IK und pseudonymisierter Versicherungsnummer eines Abrechnungsfalles aus der Satzart 202 mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz (aus der Satzart 201 oder Kombination aus Satzart 201 und Satzart 200) gibt, bei dem

- a) das KVK-IK aus Satzart 202 mit dem Melde-IK aus Satzart 201 bzw. aus Satzart 200 und
- b) die (pseudonymisierte) Versicherungsnummer aus der Satzart 201 bzw. 200 mit derjenigen aus der Satzart 202 übereinstimmen,

dann wird diesem Abrechnungsfall die Personen-ID dieser Stammdatensätze zugeordnet, sofern alle Versicherten-Stammdatensätze dieselbe Personen-ID aufweisen.

Wenn es mehrere Versicherten-Stammdatensätze gibt, die die Bedingungen a) und b) erfüllen, diese aber nicht alle dieselbe Personen-ID aufweisen, so gilt dieser Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und weitere Matchingstufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2012.

Wenn es keinen Versicherten-Stammdatensatz gibt, der die Bedingungen a) und b) erfüllt, wird Stufe III des Matchingverfahrens durchgeführt.

Stufe III: Indirektes Matching

Stufe III kommt für diejenigen Datensätze zur Anwendung, bei denen die Stufen I und II kein Ergebnis geliefert haben. Die Stufe III wird für einen Abrechnungsfall erfolgreich abgeschlossen, wenn folgende zwei Bedingungen erfüllt sind:

- 1) Für den Abrechnungsfall wird mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz der Satzart 201 bzw. der Kombination aus Satzart 201 und Satzart 200 gefunden, für den folgende zwei Eigenschaften gelten:
 - a) Die (pseudonymisierte) Versichertennummer stimmt mit der des Abrechnungsfalls überein und
 - b) das Kassensitz-IK, das dem Melde-IK der Satzart 201 über die Satzart 219 zugeordnet wurde, stimmt überein mit dem Kassensitz-IK, das dem KVK-IK der Satzart 202 über die Satzart 219 zugeordnet wurde.
- 2) Alle die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllenden Versicherten-Stammdatensätze weisen dieselbe Personen-ID aus.

Werden keine Versicherten-Stammdatensätze gefunden, die die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllen, so wird die Stufe IV des Matchingverfahrens durchgeführt.

Werden hingegen mehrere Versicherten-Stammdatensätze gefunden, die zwar alle die Eigenschaften 1a) und 1b) erfüllen, allerdings unterschiedliche Personen-IDs aufweisen, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und weitere Matchingstufen kommen für diesen Abrechnungsfall nicht mehr zur Anwendung. Der Abrechnungsfall ist damit nicht Bestandteil des an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner ausgelieferten Datenkörpers GSPR 2012.

Stufe IV: Matching über Fusionen

Die Matchingstufe IV kommt nur zur Anwendung, wenn die Stufen I, II und III keine Ergebnisse geliefert haben. Durch diese Matchingstufe wird die Fusion von Kostenträgern berücksichtigt. Nach dem Zusammenschluss von Kostenträgern ist es z. B. möglich, dass Versicherte zwar ihre Versichertennummer und Krankenversicherungskarte behalten, aber unter einem anderen Melde-IK gemeldet werden. Dieses Melde-IK kann sowohl ein von den fusionierten Kostenträgern bereits vor der Fusion verwendetes Institutionskennzeichen als auch ein dem

neu entstandenen Kostenträger zugewiesenes Institutionskennzeichen sein. Da die Festlegung der Versichertennummern vor dem Zusammenschluss zwischen den beteiligten Kostenträgern nicht zwangsläufig abgestimmt war, ergibt sich bei dieser Stufe eine höhere Gefahr, dass Versichertennummern miteinander kollidieren.

Die Berücksichtigung von Fusionen wird durch folgende recht komplexe Vorgehensweise erreicht. Zuerst wird ermittelt, ob zu einem Abrechnungsfall (Satzart 202) mindestens ein Versicherten-Stammdatensatz (Satzart 201 bzw. eine Kombination aus Satzart 201 und 200) existiert, für den gilt:

1. Die pseudonymisierte Versichertennummer stimmt mit der aus dem Abrechnungsfall überein und
2. das dem Melde-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK (im Folgenden als 201-Träger bezeichnet) und das dem KVK-IK über Satzart 219 zugeordnete Kassensitz-IK (im Folgenden als 202-Träger bezeichnet) erfüllen folgende drei Bedingungen:
 - a. 201-Träger und 202-Träger haben einen gemeinsamen Rechtsnachfolger nach Satzart 220,
 - b. der Beginn der Rechtsnachfolge zum 202-Träger liegt vor dem Ende des Abrechnungsquartals²³ und
 - c. der Beginn der Rechtsnachfolge zum 201-Träger liegt vor dem Ende des Abrechnungsquartals²³.

Weisen zudem alle Versicherten-Stammdatensätze (Satzart 201), die die obigen Bedingungen 1 und 2.a erfüllen (ohne die Bedingungen 2.b und 2.c erfüllen zu müssen)²⁴, dieselbe Personen-ID aus, dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet.

Weisen im Gegensatz dazu mehrere Versicherten-Stammdatensätze, die die obigen Bedingungen 1 und 2.a erfüllen (ohne die Bedingungen 2.b und 2.c erfüllen zu müssen), unterschiedliche Personen-ID aus, und gibt es mindestens einen Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1 und 2 erfüllt, so gilt der Abrechnungsfall als nicht zuordenbar (No-Match) und der nächste Schritt des Matchingverfahrens kommt nicht zur Anwendung.

Existiert kein Versicherten-Stammdatensatz, der die Bedingungen 1 und 2 erfüllt, so wird für ihn der im Folgenden beschriebene abschließende Schritt des Matchingverfahrens durchgeführt.

²³ Das bedeutet, der Abrechnungsfall darf nicht zeitlich vor der Fusionierung stattgefunden haben.

²⁴ Die Bedingungen an einen akzeptierten Versicherten-Stammdatensatz sind somit strenger als an die Versicherten-Stammdatensätze, die auf eine abweichende Personen-ID hin untersucht werden. Auf diese Weise wird die Gefahr einer fälschlichen Zuordnung weiter reduziert. Insbesondere gilt, dass eine fälschliche Zuordnung eines Abrechnungsfalls in der Stufe IV ausgeschlossen ist, wenn ein Versicherten-Stammdatensatz mit der „richtigen“ Personen-ID einmal für ein beliebiges Quartal für einen Kostenträger bis zur höchsten Fusionsstufe für diesen Abrechnungsfall gefunden wurde.

Ergänzung durch Matching-Ergebnisse der vorhergehenden Geburtstagsstichprobe

Zum Teil werden Versicherte von den Kostenträgern rückwirkend nur mit Daten zu neuen Versichertennummern gemeldet, obwohl sie im Berichtszeitraum noch im Besitz der alten Krankenversichertenkarte (KVK) waren und daher noch Fälle über die darauf gespeicherte alte Versichertennummer abgerechnet wurden. Solche Abrechnungsfälle können durch die Stufen I–IV des Matchingverfahrens unter Umständen nicht zugeordnet werden. Zudem kommt es ohnehin nach einem Wechsel der KVK zu Problemen bei der Zuordnung, wenn dieser Wechsel mit dem Beginn des Berichtszeitraumes der GSP zusammenfällt, da Abrechnungsfälle prozessbedingt zum Teil erst mit einem Quartal Verzögerung erfasst werden.

Aus diesen Gründen wird in diesem Jahr erstmals nach den Matchingstufen I–IV noch folgender ergänzender Schritt durchgeführt: Wenn ein Abrechnungsfall (Satzart 202)

1. in den Matchingstufen I–IV keiner Personen-ID zugeordnet werden konnte,
2. in den Matchingstufen I–IV nicht als No-Match markiert wurde,
3. in den zugehörigen Abrechnungsdaten eine Kombination aus KVK-IK und KVK-Versichertennummer aufweist, der im Rahmen des Matchingverfahrens für die vorhergehende GSP in einem Quartal, welches nicht nach dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles liegt, eine Personen-ID zugeordnet wurde und
4. diese Personen-ID in den Versichertenstammdaten (Satzart 201) der aktuellen GSP vorkommt,

dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet. Als Matchingstufe des Abrechnungsfalles wird die Stufe eines Abrechnungsfalles aus der vorhergehenden GSP verwendet, der dieser Personen-ID zugeordnet ist. Sollte es mehr als einen solchen Abrechnungsfall in der vorhergehenden GSP geben, so wird die Stufe des „ältesten“ dieser Fälle verwendet.

6.4.5 Matching-Quoten

Die Matchingquote gibt den Anteil der in der Satzart 202 der Geburtstagsstichprobe gelieferten Abrechnungsfälle an, die durch das Matchingverfahren einem Versicherten zugeordnet werden konnten. In Tabelle 14 sind die Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Matchingstufen angegeben. Dabei wird jeweils der Anteil der auf dieser Stufe zusätzlich zugeordneten Abrechnungsfälle ausgewiesen. Es fällt besonders auf, dass im Verlauf des Jahres 2012 der Anteil der Abrechnungsfälle, die bereits auf Stufe I zugeordnet werden konnten, stark angestiegen ist. In Tabelle 15 werden die Matchingquoten (über alle Stufen) pro Quartal für alle KV-Bezirke einzeln angegeben. In Tabelle 16 werden schließlich die Matchingquoten (über alle Stufen) pro Quartal für die einzelnen Kassenarten angegeben.

Für Leser, die mit der GSPR 2011 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Abweichungen zwischen den hier berichteten Matchingquoten und denen in der Dokumentation der GSPR 2011 berichteten zwei Gründe haben. Zum einen sind Teile des Matchingverfahrens neu definiert bzw. modifiziert worden. Zum anderen liegt den Matchingquoten der GSPR 2012 ein Matching mit den Daten der Jahre 2008–2012 zugrunde, wohingegen die Matchingquoten der GSPR 2011 auf einem Matching mit den Daten der Jahre 2008–2011 basieren.

Quartal	Matchingquote Stufe I	Matchingquote Stufe II	Matchingquote Stufe III	Matchingquote Stufe IV	Matchingquote insgesamt
2010/1	0,01%	79,77%	7,88%	9,49%	97,15%
2010/2	0,02%	80,33%	7,53%	9,55%	97,43%
2010/3	0,01%	80,95%	7,03%	9,59%	97,58%
2010/4	0,01%	81,54%	6,63%	9,54%	97,72%
2011/1	0,00%	81,74%	6,06%	8,96%	96,76%
2011/2	0,00%	82,12%	5,95%	9,00%	97,08%
2011/3	0,01%	82,37%	5,81%	9,00%	97,20%
2011/4	0,76%	82,34%	5,13%	8,89%	97,12%
2012/1	10,33%	74,69%	4,52%	7,93%	97,47%
2012/2	23,89%	63,25%	3,69%	6,34%	97,17%
2012/3	41,24%	47,90%	2,91%	5,02%	97,06%
2012/4	59,19%	32,10%	1,96%	3,66%	96,91%

Tabelle 14: KV-übergreifende Matchingquoten pro Quartal auf den einzelnen Matchingstufen und insgesamt

Wohnort-KV/Quartal	2010/1	2010/2	2010/3	2010/4	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4
Baden-Württemberg	98,10%	98,26%	98,29%	98,36%	97,68%	97,82%	97,90%	97,54%	97,41%	96,73%	96,52%	96,22%
Bayern	98,03%	98,18%	98,21%	98,27%	97,23%	97,37%	97,38%	97,29%	97,60%	97,27%	96,87%	96,43%
Berlin	98,33%	98,32%	98,36%	98,38%	97,75%	98,11%	98,12%	98,12%	98,01%	97,76%	97,19%	96,92%
Brandenburg	98,06%	98,09%	98,14%	98,20%	98,71%	98,89%	98,96%	98,89%	98,83%	98,68%	98,62%	98,73%
Bremen	96,13%	96,43%	96,79%	96,95%	95,84%	96,32%	97,29%	97,10%	97,11%	96,79%	97,21%	97,08%
Hamburg	97,01%	97,32%	97,49%	97,52%	96,13%	96,68%	96,51%	96,42%	96,82%	96,41%	95,85%	95,59%
Hessen	96,41%	96,63%	96,90%	96,91%	93,17%	93,81%	93,99%	93,89%	95,71%	95,46%	95,38%	95,11%
Mecklenburg-Vorpommern	95,13%	95,15%	95,17%	95,09%	96,40%	97,79%	98,68%	98,78%	98,79%	98,38%	98,84%	98,11%
Niedersachsen	95,55%	97,13%	97,87%	97,93%	96,10%	96,30%	96,28%	96,45%	97,21%	97,10%	97,32%	97,19%
Nordrhein	95,72%	95,83%	95,89%	96,52%	95,77%	96,06%	96,31%	96,02%	96,40%	96,10%	96,06%	96,05%
Rheinland-Pfalz	95,91%	96,19%	96,41%	96,60%	96,77%	97,17%	97,44%	98,40%	98,53%	98,21%	98,28%	98,27%
Saarland	98,39%	98,57%	98,64%	98,72%	98,24%	98,43%	98,50%	98,29%	98,64%	98,37%	98,32%	98,39%
Sachsen	98,71%	98,77%	98,82%	98,91%	99,21%	99,35%	99,34%	99,32%	99,17%	99,16%	99,24%	99,35%
Sachsen-Anhalt	96,98%	97,15%	97,22%	97,27%	96,69%	97,07%	97,78%	97,59%	98,18%	98,09%	98,14%	98,07%
Schleswig-Holstein	95,69%	96,00%	95,96%	96,03%	95,50%	96,64%	96,78%	96,63%	97,04%	96,71%	96,44%	96,44%
Thüringen	97,87%	97,96%	98,08%	98,10%	97,04%	97,17%	97,22%	97,11%	97,77%	97,49%	97,64%	97,62%
Westfalen-Lippe	97,96%	98,15%	98,24%	98,42%	97,28%	97,57%	97,58%	97,32%	97,51%	97,33%	97,21%	97,34%

Tabelle 15: Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen KV-Bezirke

Kassenart/Quartal	2010/1	2010/2	2010/3	2010/4	2011/1	2011/2	2011/3	2011/4	2012/1	2012/2	2012/3	2012/4
AOK	97,73%	98,11%	98,16%	98,17%	97,00%	97,12%	97,15%	97,02%	97,37%	97,13%	96,98%	96,80%
BKK	95,82%	96,26%	96,73%	96,91%	95,82%	96,75%	96,93%	96,79%	97,30%	97,29%	97,25%	97,10%
EK	98,32%	98,45%	98,55%	98,60%	97,32%	97,46%	97,51%	97,35%	97,57%	97,03%	96,89%	96,75%
IKK	90,25%	90,65%	90,93%	92,20%	94,41%	95,27%	96,01%	96,79%	97,35%	97,35%	97,45%	97,34%
KBS	98,47%	98,57%	98,68%	98,73%	97,35%	97,76%	97,82%	97,68%	98,16%	98,03%	97,92%	97,73%
LKK	98,55%	98,55%	98,57%	98,64%	97,65%	97,86%	97,92%	97,84%	98,59%	98,70%	98,75%	98,80%

Tabelle 16: Matchingquoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten

6.5 Verbliebene Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten

Nachdem die kassen- und arztseitigen Datenlieferungen zusammengeführt worden sind (siehe Abschnitt 6.4), wird der entstandene Datenkörper geprüft und es werden weitere, abgestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) durchgeführt.

Im Vordergrund der Qualitätssicherungs-Maßnahmen steht die Sicherstellung der Repräsentativität der Versichertenstichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit. Die Repräsentativität soll hoch sein und wenn möglich mit geeigneten Mitteln weiter erhöht werden. Ursächlich für eine eingeschränkte Repräsentativität können Probleme in den gelieferten Daten sowie Probleme bei der Datenzusammenführung sein. Darüber hinaus wird im Rahmen der Qualitätssicherung auch die Plausibilität der Daten geprüft.

Bei der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe auffällig gewordene Datensätze werden markiert. Die Markierung ist notwendig, da diese Datensätze unter Umständen Auswertungsergebnisse verzerren können. In den Abschnitten 2.3.2 und 2.3.3 wurden Gründe genannt, warum Datensätze der Satzart DS201 markiert werden. Wie dort beschrieben, wurden diese Gründe im Rahmen einer sorgfältigen Datenprüfung der Geburtstagsstichprobe identifiziert und die Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 in der GSPR 2012 entsprechen den Markierungen von Datensätzen der Satzart 201 in der Geburtstagsstichprobe. Allerdings lässt die Markierung eines Datensatzes in der GSPR 2012 keinen Rückschluss auf die Gründe zu, aus denen der Datensatz markiert wurde.

In der Geburtstagsstichprobe gibt es zudem zwei weitere Gründe für die Markierung eines Datensatzes: Erstens werden alle Datensätze von Versicherten markiert, für die die Angaben zu Geschlecht oder Geburtsquartal in den Versicherten-Stammdaten nicht eindeutig sind. Zweitens werden alle Datensätze von Versicherten markiert, deren Geburtsquartal nach dem Berichtszeitraum liegt. Die aus diesen beiden Gründen markierten Datensätze der Geburtstagsstichprobe werden nicht mit der GSPR 2012 ausgeliefert.

Für eine genaue Beschreibung der Gründe für Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 der GSPR 2012 bzw. der Gründe für das Markieren von Datensätzen der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe sei auf Abschnitt 2.3.2 verwiesen.

7 ANHANG

7.1 Definition einiger der im vorliegenden Dokument verwendeten Begriffe

Zur besseren Übersicht für den Leser wurden im Folgenden für einige der in diesem Dokument verwendeten zentralen Begriffe die bereits im Text gegebenen Definitionen zusammengetragen.

Ausschöpfungsgrad Leistungsbedarf

Als Ausschöpfungsgrad wird der Quotient aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Geburtstagsstichprobe und dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten bezeichnet (evtl. nach Abgrenzung von bestimmten Versichertengruppen wie z. B. alle Versicherten in einem KV-Bezirk). Der Ausschöpfungsgrad setzt damit den Leistungsbedarf pro Kopf der Geburtstagsstichprobe ins Verhältnis zum Leistungsbedarf pro Kopf aller Versicherten. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als 100% zeigt damit an, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Geburtstagsstichprobe kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten.

Falschmatcherquote

Anhand von spezifischen Gebührenordnungspositionen und/oder bestimmten Diagnosen kann auf das vermeintliche Geschlecht des Versicherten geschlossen werden. Stimmt nun das in den Versichertenstammdaten angegebene Geschlecht des Versicherten nicht mit dem laut Abrechnungsfall zu vermutenden Geschlecht des Versicherten überein, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte dem Abrechnungsfall fälschlicherweise zugeordnet wurde. Ein Versicherter mit mindestens einem in diesem Sinne fälschlich zugeordneten Abrechnungsfall wird als Falschmatcher bezeichnet. Die Falschmatcherquote ist definiert als der Anteil von Falschmatchern in einer Gruppe von Versicherten und es werden alle diejenigen Versicherten für ein Jahr markiert, die in dem Jahr zu irgendeinem Zeitpunkt zu einer durch die Kombination von Quartal, Geburtskalendertag und Teilkasse bestimmten Gruppe gehören, für die die Falschmatcherquote größer als 5% ist und die mindestens 5 Falschmatcher umfasst.

Fusionskassen

Am 08.11.2013 (dem Zeitpunkt der Lieferung der bundesweiten Versichertenstichprobe an die Datenstelle des Bewertungsausschusses) existierten 134 Krankenkassen. Da die bundesweite Versichertenstichprobe Daten für die Jahre 2010 bis 2012 umfasst, sind in den Daten auch noch die zum 30.06.2011 geschlossene City BKK sowie die zum 31.12.2011 geschlossene BKK für Heilberufe enthalten. Für die ausgelieferte GSPR 2012 ist der aktuellere Fusionsstand zum 02.07.2014 berücksichtigt. Zu diesem Zeitpunkt existierten insgesamt noch 131 Krankenkassen. Auf die zum jeweiligen Stichtag noch existierenden Krankenkassen sowie die beiden genannten im Berichtszeitraum geschlossenen Krankenkassen bezieht sich der Begriff Fusionskassen.

Inanspruchnahmequote

Zwar wird allen in der GSPR 2012 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 2012 an. In die Berechnung der Inanspruchnahmequote werden nur Versicherte einbezogen, die in dem Quartal nicht als auffällig markiert wurden.

Lieferquote

Als Lieferquote wird der Anteil der Versicherten in der Geburtstagsstichprobe, die nicht als auffällig markiert wurden, an der Menge aller GKV-Versicherten bezeichnet (evtl. nach Abgrenzung von bestimmten Versichertengruppen wie z. B. alle Versicherten in einem KV-Bezirk). Darüber hinaus wird auch die ursprüngliche Lieferquote betrachtet, in die auch die als auffällig markierten Versicherten einbezogen werden. Die Gesamtzahl der Versicherten einer Gruppe wird dabei auf Grundlage der von den Krankenkassen gelieferten „ANZVER87c4“-Daten bzw. „ANZVER87a“-Daten ermittelt. Der Zielwert der Lieferquote liegt für das Berichtsjahr 2010 ungefähr zwischen 19,7 und 19,8 % (In die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2010 sind 72 Geburtstage (sechs pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $72/365 \approx 19,73\%$). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2011 liegt zwischen 23,0 und 23,1 % (in die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2011 sind 84 Geburtstage (sieben pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $84/365 \approx 23,01\%$). Der Zielwert für das Berichtsjahr 2012 liegt zwischen 26,3 und 26,4 % (in die Geburtstagsstichprobe des Jahres 2011 sind 96 Geburtstage (acht pro Monat) einbezogen. Die Lieferquote beträgt also theoretisch ca. $96/365 \approx 26,30\%$).

Matching-Quote

Im vorliegenden Dokument beschreibt der Begriff Matching die Zuordnung von arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen zu den kassenseitig gelieferten Versicherten-Stammdaten. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versicherten-Stammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID aus dem entsprechenden Jahr zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2012. 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 2008–2012 zugrunde.

Non-User

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Non-User bezeichnet, wenn für ihn in diesem Quartal kein Abrechnungsfall vorliegt.

Teilkasse

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

7.2 Identifikation geschlechtsspezifischer Abrechnungsfälle

Im Rahmen der Datenprüfung und der QS-Maßnahmen wird die auf Quartal und Geburtskalendertag bezogene Falschmatcherquote der Teilkassen bestimmt. Dabei gilt ein Versicherter als Falschmatcher, wenn bei mindestens einem dem Versicherten zugeordneten Abrechnungsfall die gebührenordnungspositions- bzw. diagnosenspezifische Geschlechtsangabe (Fallgeschlecht) im Widerspruch zu dem für den Versicherten angegebenen Geschlecht steht.

Zur Bestimmung des Fallgeschlechts werden die über Tabelle 17 ableitbaren geschlechtsspezifischen Diagnosen und die in Tabelle 18 aufgeführten geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen verwendet.

Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht	Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht	Erste Stellen des ICD-Codes	Geschlecht
A34	weiblich	I863	weiblich	R87	weiblich
B260	männlich	L291	männlich	S312	männlich
B373	weiblich	L292	weiblich	S313	männlich
C51	weiblich	L705	weiblich	S314	weiblich
C52	weiblich	M800	weiblich	S3732	männlich
C53	weiblich	M801	weiblich	S3733	männlich
C54	weiblich	M810	weiblich	S374	weiblich
C55	weiblich	M811	weiblich	S375	weiblich
C56	weiblich	M830	weiblich	S376	weiblich
C57	weiblich	N4	männlich	S3782	männlich
C58	weiblich	N5	männlich	S3783	männlich
C60	männlich	N7	weiblich	S3784	männlich
C61	männlich	N8	weiblich	S3980	männlich
C62	männlich	N90	weiblich	T192	weiblich
C63	männlich	N91	weiblich	T193	weiblich
C796	weiblich	N92	weiblich	T833	weiblich
D06	weiblich	N93	weiblich	Z014	weiblich
D070	weiblich	N94	weiblich	Z123	weiblich
D071	weiblich	N95	weiblich	Z124	weiblich
D072	weiblich	N96	weiblich	Z125	männlich
D073	weiblich	N97	weiblich	Z301	weiblich
D074	männlich	N98	weiblich	Z303	weiblich
D075	männlich	N992	weiblich	Z305	weiblich
D076	männlich	N993	weiblich	Z311	weiblich
D176	männlich	O	weiblich	Z312	weiblich
D25	weiblich	P546	weiblich	Z32	weiblich
D26	weiblich	Q50	weiblich	Z33	weiblich
D27	weiblich	Q51	weiblich	Z34	weiblich
D28	weiblich	Q52	weiblich	Z35	weiblich
D29	männlich	Q53	männlich	Z39	weiblich
D39	weiblich	Q54	männlich	Z4001	weiblich
D40	männlich	Q55	männlich	Z437	weiblich
E28	weiblich	Q96	weiblich	Z443	weiblich
E29	männlich	Q970	weiblich	Z875	weiblich
E894	weiblich	Q971	weiblich		
E895	männlich	Q972	weiblich		
F524	männlich	Q978	weiblich		
F525	weiblich	Q979	weiblich		
F53	weiblich	Q98	männlich		
I861	männlich	R86	männlich		

Tabelle 17: Liste der geschlechtsspezifischen Diagnosen zur Bestimmung der Falschmatcherquote

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01730	weiblich	01815	weiblich	08412	weiblich	01745M	männlich
01731	männlich	01816	weiblich	08413	weiblich	01746M	männlich
01733	weiblich	01817	weiblich	08414	weiblich	01700V	weiblich
01735	weiblich	01818	weiblich	08415	weiblich	01701V	weiblich
01750	weiblich	01822	weiblich	08416	weiblich	32540V	weiblich
01752	weiblich	01825	weiblich	08530	weiblich	32541V	weiblich
01753	weiblich	01826	weiblich	08531	weiblich	32542V	weiblich
01754	weiblich	01827	weiblich	08541	weiblich	32543V	weiblich
01755	weiblich	01828	weiblich	08542	weiblich	32544V	weiblich
01756	weiblich	01829	weiblich	08550	weiblich	32545V	weiblich
01757	weiblich	01830	weiblich	08551	weiblich	32546V	weiblich
01758	weiblich	01831	weiblich	08552	weiblich	32550V	weiblich
01759	weiblich	01832	weiblich	08560	weiblich	32551V	weiblich
01770	weiblich	01833	weiblich	08561	weiblich	32552V	weiblich
01772	weiblich	01835	weiblich	26310	männlich	32553V	weiblich
01773	weiblich	01836	weiblich	26311	weiblich	32554V	weiblich
01774	weiblich	01837	weiblich	26341	männlich	32555V	weiblich
01775	weiblich	01838	weiblich	31301	weiblich	32556V	weiblich
01780	weiblich	01839	weiblich	31302	weiblich	33043V	weiblich
01781	weiblich	01840	weiblich	31303	weiblich	33044V	weiblich
01782	weiblich	01854	männlich	31304	weiblich	33090V	weiblich
01783	weiblich	01855	weiblich	31305	weiblich	01740P	weiblich
01784	weiblich	01912	weiblich	31306	weiblich	01740N	männlich
01785	weiblich	01913	weiblich	31307	weiblich	01746P	weiblich
01786	weiblich	01915	weiblich	31696	weiblich	01746N	männlich
01787	weiblich	08230	weiblich	31697	weiblich		
01793	weiblich	08231	weiblich	31698	weiblich		
01800	weiblich	08310	weiblich	31699	weiblich		
01801	weiblich	08311	weiblich	31700	weiblich		
01802	weiblich	08320	weiblich	31701	weiblich		
01803	weiblich	08330	weiblich	31702	weiblich		
01804	weiblich	08331	weiblich	33044	weiblich		
01805	weiblich	08332	weiblich	33062	männlich		
01806	weiblich	08333	weiblich	33064	männlich		
01807	weiblich	08334	weiblich	33074	weiblich		
01808	weiblich	08340	weiblich	01734M	männlich		
01809	weiblich	08341	weiblich	01740M	männlich		
01810	weiblich	08345	weiblich	01741M	männlich		
01811	weiblich	08410	weiblich	01742M	männlich		
01812	weiblich	08411	weiblich	01743M	männlich		

Tabelle 18: Liste der geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen zur Bestimmung der Falschmatcherquote

7.3 Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte

In Tabelle 19 wird das Schlüsselverzeichnis 6 der Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) abgebildet.

ABRGR	Abrechnungsgruppe
0301	Allgemeinmediziner
0303	Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt)
0305	Hausärztliche Internisten
0309	Sonstige Hausärzte
0401	Kinder- und Jugendmedizin
0501	Anästhesiologie
0601	Augenheilkunde
0701	Chirurgie
0801	Gynäkologie
0901	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
1001	Hautarzt
1101	Humangenetik
1201	Laboratoriumsmedizin
1251	Laborgemeinschaften
1301	Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt
1311	Innere Medizin, SP Angiologie
1312	Innere Medizin, SP Endokrinologie
1313	Innere Medizin, SP Gastroenterologie
1314	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
1315	Innere Medizin, SP Kardiologie
1316	Innere Medizin, SP Nephrologie
1317	Innere Medizin, SP Pneumologie
1318	Innere Medizin, SP Rheumatologie
1351	Innere Medizin, schwerpunktübergreifend
1401	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
1501	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
1601	Neurologie

ABRGR	Abrechnungsgruppe
1602	Neurochirurgie
1621	Nervenheilkunde
1701	Nuklearmedizin
1801	Orthopädie
1901	Pathologie
2001	Phoniatrie und Pädaudiologie
2101	Psychiatrie
2201	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, SP Verhaltenstherapie
2202	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
2211	Ärztliche Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2212	Ärztliche Psychotherapeuten
2301	Psychologische Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2302	Psychologische Psychotherapeuten
2303	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten, SP Verhaltenstherapie
2304	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten
2309	Fachgruppenübergreifende Praxen, nicht ärztliche Psychotherapeuten
2401	Radiologie
2501	Strahlentherapie
2601	Urologie
2701	Physikalische und Rehabilitative Medizin
9001	Einrichtungen nach § 311 SGB V
9002	Medizinische Versorgungszentren
9251	Fachwissenschaftler
9305	Arztgruppenübergreifende Praxen, hausärztlich
9306	Arztgruppenübergreifende Praxen, fachärztlich
9307	Arztgruppenübergreifende Praxen, versorgungsbereichsübergreifend
9308	Mammographie-Screening-Einheiten
9991	Sonstige Leistungserbringer

Tabelle 19: Abrechnungsgruppenzuordnung von Betriebsstätten