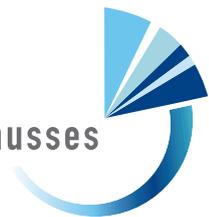


**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur
Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie
zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2025
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses am
26. September 2024

Institut des
Bewertungsausschusses



Adresse und Kontakt

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

Zusammenfassung

Der Bewertungsausschuss beschließt jährlich Empfehlungen zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Die Empfehlungen des Bewertungsausschusses aus seiner 732. Sitzung am 22. August 2024 zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2025 beinhalten die demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten je KV-Bezirk, die in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: Demografische und diagnosebezogene Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2025.

KV-Bezirk	Demografische Veränderungsrate	Diagnosebezogene Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,1289 %	0,0182 %
Hamburg	-0,0025 %	-0,0248 %
Bremen	-0,1536 %	-0,7568 %
Niedersachsen	0,0848 %	0,6658 %
Westfalen-Lippe	0,0450 %	-0,3700 %
Nordrhein	0,0253 %	0,1913 %
Hessen	0,0750 %	0,4363 %
Rheinland-Pfalz	0,0238 %	-0,2734 %
Baden-Württemberg	0,0299 %	0,8745 %
Bayern	-0,0201 %	0,2300 %
Berlin	-0,1579 %	0,0248 %
Saarland	0,1039 %	0,6065 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,0660 %	0,0410 %
Brandenburg	-0,0999 %	-0,2933 %
Sachsen-Anhalt	-0,1611 %	0,6186 %
Thüringen	0,0213 %	0,8165 %
Sachsen	-0,0747 %	0,6753 %

Da die Datenjahre 2020 und 2021 maßgeblich von der SARS-CoV-2-Pandemie geprägt wurden, sollte der Einfluss dieser Datenjahre auf die Veränderungsdaten für das Jahr 2025 gering gehalten werden. Zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 wurden daher die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 verkettet und die empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2023 und 2024 berücksichtigt (vgl. Nr. 4.4 in Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung). Anschließend wurden die resultierenden Veränderungsdaten gemäß Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung um Kodiereffekte bereinigt.

Um die Transparenz über die der Berechnung der Veränderungsdaten zugrunde liegenden Daten zu erhöhen, hat der Bewertungsausschuss auch einen Bericht nach § 87a Abs. 5a SGB V über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung erstellt. Dieser Bericht ist unter institut-ba.de veröffentlicht.

Inhaltsverzeichnis

A	Einführung und Grundlagen	7
1	Einführung	9
2	Rechtliche Bezugspunkte	10
3	Datengrundlagen	12
3.1	Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2020 bis 2022	12
3.2	KM6-Daten	17
3.3	SV-Daten	18
3.4	ANZVER-Daten	18
B	Demografische Veränderungsraten	19
1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	21
1.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	21
1.2	Berechnung der demografischen Veränderungsraten	24
2	Ergebnisse: demografische Veränderungsraten.....	25
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten	26
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	26
3.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten	29
C	Diagnosebezogene Veränderungsraten	35
1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten..	38
1.1	Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	38
1.2	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	39
1.3	Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten	43
1.4	Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten	47
1.5	Bereinigung von Kodiereffekten	48
2	Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsraten für das Jahr 2025	49
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten	54
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten.....	54
3.2	Empirische Ergebnisse zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten.....	63
3.3	Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsraten	69

D Weiterentwicklungen	74
1 Weiterentwicklung der Datengrundlage	76
2 Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	76
3 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	76
3.1 Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	77
3.2 Weiterentwicklung des Klassifikationssystems	82
3.3 Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsdaten	108
Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis	111
Anhang 2: Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner	115

Teil A

Einführung und Grundlagen

1	Einführung	9
2	Rechtliche Bezugspunkte	10
3	Datengrundlagen	12
3.1	Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2020 bis 2022	12
3.1.1	Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe	13
3.1.2	Inhalt des Datenkörpers	13
3.1.3	Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse	14
3.1.4	Erweiterung um abgeleitete Merkmale	15
3.2	KM6-Daten	17
3.3	SV-Daten	18
3.4	ANZVER-Daten	18

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.

Die Berichterstattung dokumentiert insbesondere die gegenüber dem jeweils zuletzt berichteten Stand vorgenommenen Änderungen

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

Ferner soll die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsrate mit dem beschlossenen Klassifikationsmodell dargestellt werden. Darüber hinaus wird im vorliegenden Bericht auch die Ermittlung der demografischen Veränderungsrate erläutert.

Mit dem vorliegenden Bericht kommt das Institut des Bewertungsausschusses seiner Dokumentationspflicht gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung nach, einschließlich der auf Arbeitsebene vereinbarten Integration des jährlichen Berichtes zum 31.05. (zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems). Die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

¹Gemäß § 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 2025 wurden durch den Bewertungsausschuss in seiner 732. Sitzung beschlossen.

unter Nr. 8 vorgenommene Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung bezogen auf die Berichtspflicht zur Erreichung der vorgegebenen Ziele wurde berücksichtigt und die vorgenommenen Ergänzungen der Anlagen um Relativgewichte und Prävalenzen der Risikokategorien wurden im Zuge des Beschlusses zum aktuellen Klassifikationsmodell (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung) in Form der sogenannten Transparenzdaten geliefert.

Der Bericht ist in folgende vier Hauptteile aufgeteilt:

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

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

2 Rechtliche Bezugspunkte

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

Für die Berichterstattung bzw. für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und zur Berechnung der Veränderungsdaten müssen weitere rechtliche Grundlagen beachtet werden. An dieser Stelle sollen die wichtigsten rechtlichen Grundlagen, welche für die Ermittlung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 Anwendung finden, mit ihren entsprechenden Regelungen überblicksartig aufgeführt werden:

§ 87a SGB V

In § 87a SGB V finden sich wesentliche Regelungen hinsichtlich der Regionalen Euro-Gebührenordnung, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und des zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs der gesetzlich Versicherten. Unter anderem ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur beschließt. Der Gesetzgeber macht in § 87a Abs. 5 Satz 4 SGB V die Vorgabe, dass die Veränderungsdaten auf der Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 bestimmt werden mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Darüber hinaus kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung überprüft und fortentwickelt werden. § 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V gibt zudem vor, dass ab der Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2025 Kodiereffekte, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der

verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3² SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V („Kodiervorgaben“) entstehen, zu bereinigen sind.

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.

Dieses Klassifikationsmodell wird auch als H15EBA bezeichnet.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung

Der Ausgangspunkt der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells ist das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 beschlossene und durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung am 15./30. August 2012 sowie des Bewertungsausschusses in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 und in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 geänderte Klassifikationsmodell (bezeichnet als KM87a_2012). Der Bewertungsausschuss beschloss in den folgenden Jahren Weiterentwicklungen des Klassifikationsmodells

- in seiner 309. Sitzung am 26. Juni 2013 und zusätzlich in seiner 313. Sitzung am 19. August 2013 für die Veränderungsrate für das Jahr 2014 (KM87a_2013),
- in seiner 332. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für die Veränderungsrate für das Jahr 2015 (KM87a_2014),
- in seiner 355. Sitzung am 23. Juni 2015 für die Veränderungsrate für das Jahr 2016 (KM87a_2015),
- in seiner 382. Sitzung am 31. August 2016 für die Veränderungsrate für das Jahr 2017 (KM87a_2016),
- in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 für die Veränderungsrate für das Jahr 2018 (KM87a_2017),

²Der § 87a Abs. 5 Satz 11 referenziert auf den § 295 Abs. 4 Satz 2. Korrekterweise muss auf Satz 3 referenziert werden. Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung wurde der korrekte Bezug hergestellt.

- in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 für die Veränderungsdaten für das Jahr 2019 (KM87a_2018),
- in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 für die Veränderungsdaten für das Jahr 2020 (KM87a_2019),
- in seiner 503. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für die Veränderungsdaten für das Jahr 2021 (KM87a_2020),
- in seiner 567. Sitzung am 4. August 2021 für die Veränderungsdaten für das Jahr 2022 (KM87a_2021),
- in seiner 596. Sitzung am 15. Juni 2022 für die Veränderungsdaten für das Jahr 2023 (KM87a_2022) und
- in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) für die Veränderungsdaten für das Jahr 2024 (KM87a_2023).

Die Festlegungen für das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 zu verwendende Klassifikationsmodell (KM87a_2024) hat der Bewertungsausschuss in seiner 728. Sitzung beschlossen.

3 Datengrundlagen

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung bildet eine bundesweit erhobene Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, kurz GSP) die Datengrundlage.

Im Folgenden werden dementsprechend die Geburtstagsstichprobe der für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 relevanten Berichtsjahre 2020 bis 2022 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 Satzart ANZVER87a) vorgestellt.

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

3.1 Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2020 bis 2022

Für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2025 wird die Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2020 bis 2022³ verwendet. Dieser Datenkörper, einschließlich

³Im Rahmen der Zusammenführung der kassenseitigen und arztseitigen Datenlieferungen zur Geburtstagsstichprobe (Matching) wurde zusätzlich auch auf Daten der Geburtstagsstichprobe älterer Berichtsjahre zurückgegriffen (vgl. dazu Abschnitt 6.3 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner“ im Anhang 2 dieses Berichtes).

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

Beschluss	Zu liefernde Berichtsjahre der GSP	Ausgewählte Geburtskalendertage
514. BA	2020	6, 12, 13, 19, 20, 26, 27
514. BA	2021	2, 6, 13, 19, 20, 26, 27
514. BA	2022	2, 6, 9, 13, 20, 26, 27

aller Austausch- und Korrekturlieferungen, wurde mit dem Stand der Qualitätssicherung vom 24. April 2024 verwendet.

3.1.1 Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) liegen dem Institut des Bewertungsausschusses bundesweite Versichertenstichproben für die Berichtsjahre 2020 bis 2022 vor. Die Auswahl der Versicherten in der Stichprobe erfolgt anhand ihres Geburtskalendertages (daher die Bezeichnung „Geburtstagsstichprobe“). Es werden jeweils die Versicherten für die Stichprobe ausgewählt, die an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Tabelle 1 listet diese festgelegten Geburtskalendertage auf. Für das Jahr 2020 sind Versicherte mit Geburtskalendertag an einem 6., 12., 13., 19., 20., 26. oder 27. in der Stichprobe. Für das Jahr 2021 fällt gegenüber dem Jahr 2020 der 12. Kalendertag weg und der 2. kommt hinzu. Für das Jahr 2022 schließlich fällt gegenüber dem Jahr 2021 der 19. Kalendertag weg und der 9. kommt hinzu.

3.1.2 Inhalt des Datenkörpers

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

Die Versichertenstammdaten werden durch das sogenannte Matching-Verfahren mit den ärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführt und eindeutig dem Pseudonym der lebenslangen Versichertennummer (der sogenannten „Personen-ID“) zugeordnet. Durch dieses Verfahren entsteht für jeden Versicherten⁴ der Geburtstagsstichprobe ein

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

Datensatz, der Angaben sowohl über z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort und Zahl der Versicherungstage als auch über die kodierten Diagnosen und die abgerechneten Leistungen enthält. Eine ausführliche Beschreibung der Geburtstagsstichprobe einschließlich des oben erwähnten Matching-Verfahrens findet sich in Abschnitt 6 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichtes.

3.1.3 Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse

Ebenfalls im Anhang des vorliegenden Berichts ist die Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe ausführlich dargestellt (siehe Abschnitt 2.3 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner“). Insbesondere werden dort die Gründe aufgeführt, die dazu führen, dass ein Versicherter mit einer Kennzeichnung markiert wird, die im Rahmen der Qualitätssicherung festgestellte Auffälligkeiten anzeigt und zum Ausschluss aus der Datengrundlage führt (Ausschlusskennzeichnung). Personen mit Kostenübernahme nach § 264 SGB V (sogenannte „Betreute“) wurden in der Geburtstagsstichprobe wie im Vorjahr mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe die Selektivvertragskennzeichnung einschließlich der Vertragsartkennzeichnung gesetzt (vgl. hierzu Abschnitt 6.5 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner“).

Genauer wurden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2025 folgende Festlegungen getroffen:

- Versicherte, die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 24. April 2024 mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind, werden ausgeschlossen. Ebenso werden alle Abrechnungsdaten (Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben) ausgeschlossen, die mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind.
- Davon abweichend werden die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 (Ukraineflüchtlinge im Übergangszeitraum) markierten Versicherten dennoch herangezogen, wenn sie im zweiten Quartal 2022 mindestens einen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 oder mindestens einen Versichertenstammdatensatz in den Quartalen 2020/1 bis 2022/1 aufweisen.
- Es werden alle Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben aus der Datengrundlage ausgeschlossen, die einen Leistungsbedarf von null aufweisen.
- Des Weiteren wird Versicherten mit der Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“ in Feld 05 der Satzart 201 im Rahmen des Klassifikationsmodells die Geschlechtsausprägung „weiblich“ zugewiesen.

3.1.4 Erweiterung um abgeleitete Merkmale

Gemäß Teil A Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung wird die Geburtstagsstichprobe u. a. um folgende abgeleitete Merkmale erweitert:

- KV-Zuordnung
- Anzahl Versichertentage
- Anzahl Versichertenquartale
- Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit
- MGV-Leistungsbedarf
- Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer
- Kennzeichen Wohnausländer
- Jahresbezogenes Alter eines Versicherten

Die nachfolgenden Erläuterungen dazu entsprechen den Ausführungen des genannten Beschlusses, wobei der Großteil des Textes aus dem Beschluss übernommen wurde.

KV-Zuordnung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt jahresbezogen für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 (Versicherten-Stammdaten) in der Datengrundlage vorliegt. Für die Zuordnung wird zunächst allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 (Postleitzahl des Wohnortes) nicht den Wert „AUSLA“, wird die Nummer des im Feld 15 (Gesamtvertragszuständige KV) angegebenen KV-Bezirks zugeordnet.
- Enthält das Feld 08 dagegen den Wert „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 (Kassensitz-IK) der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 29. Februar 2024) ihren Sitz hat.

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

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

KV-Nummer zugeordnet.

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

Anzahl Versichertentage

Die Zahl der Versichertentage eines Versicherten wird je Quartal aufaddiert und auf die kalendarisch maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt. Für die im zweiten Quartal 2022 mit ausschließlich der Ausschlusskennzeichnung P115 markierten Versicherten, die im zweiten Quartal 2022 keinen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 und in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 keinen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen, wird die Zahl der Versichertentage im dritten Quartal 2022 zudem auf maximal 30 Tage begrenzt.

Anzahl Versichertenquartale

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

Kennzeichen Versichertenzeitvollständigkeit

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

MGV-Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf, der für die Bestimmung der sogenannten Relativgewichte (siehe die Abschnitte 1.1 in Teil B und 1.2 in Teil C) verwendet wird, ist die für einen Versicherten im Verlauf eines Jahres abgerechnete Leistungsmenge in Punkten. Er beruht auf der Abrechnung vertragsärztlicher Gebührenordnungspositionen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, ohne Berücksichtigung von Honorarverteilungsmaßstäben. Leistungen, die in Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie gekennzeichnet wurden, werden nur anteilig berücksichtigt. Die Anteile ergeben sich aus den Unterschreitungsbeiträgen,

die je KV-Bezirk und Quartal durch den Leistungsbedarf der gekennzeichneten Leistungen geteilt werden. Der je KV-Bezirk und Quartal (1/2022, 2/2022) zu verwendende Anteil wird der Tabelle in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung entnommen. Der Leistungsbedarf ist zudem eingegrenzt auf Leistungen, die der Bewertungsausschuss für seine Empfehlungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zurechnet.

Die bundeseinheitliche Abgrenzung der Leistungen der MGV wird durch die Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung geregelt. Nur Gebührenordnungspositionen, die gemäß dieser Anlage nicht der extrabudgetären Vergütung (EGV) zuzuordnen sind, werden für die Berechnung der Relativgewichte verwendet.

Kennzeichen Selektivvertragsteilnehmer

Die Identifikation der SV-Teilnehmer erfolgt im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe. Eine Person wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer) identifiziert, wenn diese Person mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme in diesem Jahr aufweist.

Kennzeichen Wohnausländer

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 29. Februar 2024) ihren Sitz im ermittelten KV-Bezirk hat (siehe Abschnitt KV-Zuordnung). Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert „AUSLA“, so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

Jahresbezogenes Alter eines Versicherten

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

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 des Bewertungsausschusses auf Ebene der Einzelkasse je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland werden demjenigen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zugeordnet, in dem ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand hier: 29. Februar 2024) verwendet. Die

Übermittlung dieser Datengrundlage erfolgt gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung. Die KM6-Statistik wird gemäß Teil A Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung 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 dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung (Teil A) am 29. März 2019 werden selektivvertragliche Teilnahmedaten (SV-Daten) für Verträge, die gemäß § 73b SGB V, §§ 73c und 140a SGB V a.F. und § 140a SGB V i.d.F. des GKV-VSG 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 2025 wurden die SV-Daten mit dem Stand der Qualitätssicherung zum 24. April 2024 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 dieselben Geburtskalendertage verwendet werden wie für die Geburtstagsstichprobe.

3.4 ANZVER-Daten

Mit den ANZVER87a-Daten liegt dem Institut des Bewertungsausschusses eine weitere Datengrundlage mit Angaben zu Anzahlen von Versicherten vor. In den ANZVER87a-Daten werden für jede Krankenkasse und Wohnort-KV die monatlichen Anzahlen von Versicherten, Betreuten und Wohnausländern gemeldet. Die Datenlieferungen erfolgen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung.

Teil B

Demografische Veränderungsraten

1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	21
1.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	21
1.1.1	Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	21
1.1.2	Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten MGW-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge.....	21
1.1.3	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	22
1.2	Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	24
1.2.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	24
1.2.2	Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	24
2	Ergebnisse: demografische Veränderungsdaten	25
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	26
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	26
3.1.1	Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	26
3.1.2	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	27
3.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	29
3.2.1	Entwicklung der Altersstruktur von 2021 auf 2022	29
3.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen demografischen Veränderungsdaten	34

1 Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

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

1.1 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

1.1.1 Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

In einem ersten Schritt wird die sogenannte „Kalibrierungsmenge“ gebildet. Dazu werden gemäß Teil A Nr. 2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) aus der in Teil A, Abschnitt 3.1 dieses Berichts beschriebenen Datengrundlage diejenigen Versicherten ausgewählt, die sowohl im Jahr 2020 als auch im Jahr 2022 als versichertenzeitvollständig¹ gekennzeichnet sind (als Konsequenz werden nur Versicherte mit den Geburtskalendertagen 6, 13, 20, 26 und 27 berücksichtigt). Darüber hinaus werden aus der Kalibrierungsmenge diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in einem der Jahre 2020 bis 2022 als SV-Teilnehmer² identifiziert wurden, sowie diejenigen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2020 bis 2022 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen (sogenannte „Betreute“). Weiterhin werden diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in mindestens einem der Jahre 2020 bis 2022 als Wohnausländer³ identifiziert wurden und darüber hinaus im entsprechenden Jahr einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

1.1.2 Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten MGW-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Für die Versicherten in der Kalibrierungsmenge werden für die weitere Berechnung nur das Alter und das Geschlecht im Jahr 2020 sowie deren MGW-Leistungsbedarf und deren Anzahl an Versichertenquartalen im Jahr 2022 herangezogen. Das Alter und das Geschlecht im Jahr 2020 werden verwendet, um die Versicherten in der Kalibrierungsmenge den Alters- und Geschlechtsgruppen in der Gliederung der KM6-Statistik zuzuordnen. Der MGW-Leistungsbedarf wird für jeden Versicherten mit der Anzahl von Versichertenquartalen im Jahr 2022 annualisiert und im Folgenden als annualisierter Leistungsbedarf des

¹Zur Definition von „versichertenzeitvollständig“ siehe Teil A, Abschnitt 3.1.4

²Zur Definition eines „Selektivvertragsteilnehmers“ siehe Teil A, Abschnitt 3.1.4

³Zur Definition eines Wohnausländers siehe Teil A, Abschnitt 3.1.4

Versicherten bezeichnet. Dieser wird gemäß der Formel (1) berechnet.

$$LB_i^{a,2022} = \frac{4 \cdot LB_i^{2022}}{AVQ_i^{2022}} \quad (1)$$

mit

LB_i^{2022} Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2022
 AVQ_i^{2022} Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten im Jahr 2022

Für die weitere Berechnung wird zuerst der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2022 ($\overline{LB}^{a,2022}$) anhand der Formel (2) ermittelt.

$$\overline{LB}^{a,2022} = \frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{4} \cdot LB_i^{a,2022} \cdot AVQ_i^{2022} \right)}{\sum_{i=1}^n \frac{1}{4} \cdot AVQ_i^{2022}} \quad (2)$$

mit

$LB_i^{a,2022}$ annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2022
 AVQ_i^{2022} Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten im Jahr 2022
 n Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in 2022 in der Kalibrierungsmenge beträgt 3.758 Punkte.

1.1.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Entsprechend dem vorliegenden Beschluss werden die Relativgewichte wie folgt bestimmt. Auf Basis des Lebensalters in 2020 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs für das Jahr 2022 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

Das entspricht der Berechnung der Relativgewichte zur Bestimmung der demografischen Veränderungsdaten mit einem zweijährig-prospektiven gewichteten Regressionsmodell. Als abhängige Variable (y_i^{2022}) geht der relative Leistungsbedarf eines Versicherten in die multiple lineare Regression ein. Der relative Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr

2022 wird anhand der Formel (3) als Quotient aus dem annualisierten Leistungsbedarf und dem gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten im Jahr 2022 berechnet.

$$y_i^{2022} = \frac{LB_i^{a,2022}}{\overline{LB}^{a,2022}} \quad (3)$$

mit

$LB_i^{a,2022}$ annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2022
 $\overline{LB}^{a,2022}$ gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2022

Die Regressionsgleichung ist in Formel (4) dargestellt. Die unabhängigen Variablen dieser Regression ($x_{i,j}^{2020}$) sind sogenannte „Dummy-Variablen“, die die Zuordnung eines Versicherten zu genau einer Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß der Gliederung der KM6-Statistik im Jahr 2020 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.

$$y_i^{2022} = \sum_{j=1}^{34} \beta_j \cdot x_{i,j}^{2020} + \varepsilon_i \quad (4)$$

mit

y_i^{2022} relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2022
 β_j Modellparameter der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe
 $x_{i,j}^{2020}$ Ausprägung der Variablen der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe für den i -ten Versicherten im Jahr 2020
 ε_i Fehlerterm der Regression

Es erfolgt eine Gewichtung der Versicherten in der Regression mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2022. Die für die Modellparameter (β_j) berechneten Schätzwerte ($\hat{\beta}_j$) werden als (demografische) Relativgewichte bezeichnet.

1.2 Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

1.2.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Die Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten je KV-Bezirk wird in Teil A Nr. 2.6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung definiert.

Datengrundlage ist die amtliche KM6-Statistik in der Version, die vom GKV-Spitzenverband gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) in der Satzart ANZVER_KM6 an das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt wurde. Zur Ermittlung der demografischen Veränderungsdaten werden die Jahre 2021 und 2022 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland (Wohnausländer) werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 29. Februar 2024) verwendet. Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

1.2.2 Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Die Berechnung der (demografischen) Relativgewichte erfolgt auf der in Abschnitt 1.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge. Für die Berechnung der demografischen Veränderungsdaten werden diese Relativgewichte auf die Daten der KM6-Statistik für die Jahre 2021 und 2022 für jeden KV-Bezirk separat angewendet.

Genauer wird je KV-Bezirk ein Demografie-Index bezogen auf das Jahr 2021 und ein Demografie-Index bezogen auf das Jahr 2022 berechnet. In der Formel (5) wird die Berechnung dieses Demografie-Indexes formal dargestellt. Dazu wird die Anzahl der Versicherten je Alters- und Geschlechtsgruppe mit Wohnort in einem KV-Bezirk ($n_j^{t,KV}$) 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 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung dividiert.

$$\bar{y}_{demo}^{t,KV} = \frac{\sum_{j=1}^{34} (\hat{\beta}_j \cdot n_j^{t,KV})}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}} \quad (5)$$

mit

- $\bar{y}_{demo}^{t,KV}$ Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr t
 $\hat{\beta}_j$ Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe j , mit $j = 1, \dots, 34$
 $n_j^{t,KV}$ Anzahl Versicherte in der Alters- und Geschlechtsgruppe j , im KV-Bezirk KV ,
 im Jahr t
 KV KV-Bezirk, mit $KV = 1, \dots, 17$
 t Jahr, mit $t = 2021, 2022$

Um die demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk zu berechnen, wird gemäß Formel (6) der Demografie-Index des Jahres 2022 ($\bar{y}_{demo}^{2022,KV}$) durch den Demografie-Index des Jahres 2021 ($\bar{y}_{demo}^{2021,KV}$) geteilt und davon der Wert eins abgezogen.

$$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} = \frac{\bar{y}_{demo}^{2022,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2021,KV}} - 1 \quad (6)$$

mit

- $VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$ demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk KV
 $\bar{y}_{demo}^{2021,KV}$ Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2021
 $\bar{y}_{demo}^{2022,KV}$ Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2022
 KV KV-Bezirk, mit $KV = 1, \dots, 17$

2 Ergebnisse: demografische Veränderungsraten

Unter Verwendung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung ergeben sich die in Tabelle 1 dargestellten KV-spezifischen demografischen Veränderungsdaten.

Tabelle 1: Demografische Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2025

KV-Bezirk	Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,1289 %
Hamburg	-0,0025 %
Bremen	-0,1536 %
Niedersachsen	0,0848 %
Westfalen-Lippe	0,0450 %
Nordrhein	0,0253 %
Hessen	0,0750 %
Rheinland-Pfalz	0,0238 %
Baden-Württemberg	0,0299 %
Bayern	-0,0201 %
Berlin	-0,1579 %
Saarland	0,1039 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,0660 %
Brandenburg	-0,0999 %
Sachsen-Anhalt	-0,1611 %
Thüringen	0,0213 %
Sachsen	-0,0747 %

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

3.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

3.1.1 Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

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

Tabelle 2: Relativgewichte der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 (Angaben in Prozent, gerundet auf zwei Nachkommastellen)

Altersgruppe gemäß KM6-Statistik	Relativgewicht Frauen	Relativgewicht Männer
bis unter 15 Jahre	53,08 %	56,10 %
15 bis unter 20 Jahre	78,07 %	48,42 %
20 bis unter 25 Jahre	81,12 %	46,71 %
25 bis unter 30 Jahre	84,67 %	49,65 %
30 bis unter 35 Jahre	89,01 %	53,03 %
35 bis unter 40 Jahre	92,23 %	57,11 %
40 bis unter 45 Jahre	98,78 %	64,08 %
45 bis unter 50 Jahre	108,80 %	74,21 %
50 bis unter 55 Jahre	118,56 %	88,56 %
55 bis unter 60 Jahre	128,13 %	107,77 %
60 bis unter 65 Jahre	135,64 %	122,52 %
65 bis unter 70 Jahre	144,65 %	137,38 %
70 bis unter 75 Jahre	165,19 %	162,36 %
75 bis unter 80 Jahre	183,89 %	187,66 %
80 bis unter 85 Jahre	184,55 %	193,64 %
85 bis unter 90 Jahre	179,78 %	189,11 %
90 und mehr Jahre	180,62 %	185,72 %

3.1.2 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 im Vergleich zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2024 dargestellt.

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

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

Tabelle 3: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für die Jahre 2024 und 2025

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge	Zahl der Alters- und Geschlechtsgruppen
für das Jahr 2025	10.270.344	34
für das Jahr 2024	10.266.279	34

Die Berechnung des gewichteten MAPE wird in Formel (7) dargestellt. Er wird berechnet als Betrag der Differenz des tatsächlichen relativen Leistungsbedarfs je Versicherten im Jahr 2022 ($y_i = y_i^{2022}$) zum mit dem Regressionsmodell geschätzten relativen Leistungsbedarf je Versicherten (\hat{y}_i) multipliziert mit den Versichertenquartalen je Versicherten (AVQ_i). Dieses wird über alle Versicherten $i = 1, \dots, n$ der in Abschnitt 1.1.1 beschriebenen Kalibrierungsmenge summiert und durch die Summe der Versichertenquartale (AVQ_i) der Versicherten in der Kalibrierungsmenge dividiert.

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

mit

y_i relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022

\hat{y}_i geschätzter relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022

AVQ_i Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022

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. Zur Berechnung wird Formel (8) benutzt, wobei $m = 34$ die Anzahl der Variablen im Modell darstellt und die Summation über die Versicherten in der Kalibrierungsmenge erfolgt ($i = 1, \dots, n$).

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

mit

- y_i relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022
- \hat{y}_i geschätzter relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022
- AVQ_i Anzahl der Versicherten quartale des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022
- n Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2022
- m Anzahl der Variablen im Modell (= 34)

Der gewichtete MAPE⁴ und das adjustierte R^2 sind für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2024 und 2025 im Vergleich in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Gewichteter MAPE und adjustiertes R^2 für die Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2024 und 2025

Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	Gewichteter MAPE	Adjustiertes R^2
für das Jahr 2025	64,58 %	15,04 %
für das Jahr 2024	65,09 %	15,03 %

3.2 Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsraten

3.2.1 Entwicklung der Altersstruktur von 2021 auf 2022

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

In Tabelle 5 sind die Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Männern) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk (Abgrenzung und KV-Zuordnung wie in Teil A Nr. 2.6 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung beschrieben) des Jahres 2021 aufgeführt. Analog enthält Tabelle 6 die Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Gruppe (aufgeteilt nach Frauen und Männern) an der Gesamtzahl aller GKV-Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk des Jahres 2022⁵.

⁴Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ergibt sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

⁵Zu beachten ist bei diesen beiden Tabellen, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner

Die Änderungen der Anteile einer KM6-Gruppe des Jahres 2022 gegenüber den entsprechenden Anteilen des Jahres 2021 sind in Tabelle 7 in Prozentpunkten aufgeführt⁶.

728. Sitzung die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland gemäß dem Sitz ihrer Krankenkasse einem KV-Bezirk zugeordnet werden. Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

⁶Zu beachten ist bei Tabelle 7, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung für beide Jahre derselbe, aktuelle Kassensitz verwendet wird, um Wohnausländer regional zuzuordnen. Eine Verlegung des Kassensitzes hat somit allein keine Auswirkungen auf die in Tabelle 7 berichteten Veränderungen.

Tabelle 5: Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Altersgruppe (aufgeteilt nach Frauen (F) und Männern (M)) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk für das Jahr 2021 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
F bis unter 15 Jahre	6,35	6,62	6,67	6,49	6,52	6,48	6,68	6,33	6,60	6,48	6,83	5,79	6,10	6,26	5,84	6,08	6,33
F 15 bis unter 20 Jahre	2,32	2,01	2,13	2,35	2,36	2,23	2,25	2,20	2,31	2,20	1,94	2,05	1,99	2,00	1,90	1,97	1,99
F 20 bis unter 25 Jahre	2,65	2,79	2,95	2,74	2,77	2,70	2,69	2,64	2,81	2,69	2,47	2,46	1,96	1,81	1,91	1,96	2,04
F 25 bis unter 30 Jahre	2,74	3,90	3,39	2,85	2,95	3,18	3,06	2,89	3,11	3,14	3,55	2,81	1,67	1,56	1,70	1,70	1,88
F 30 bis unter 35 Jahre	3,05	4,41	3,50	3,08	3,14	3,49	3,43	3,18	3,39	3,49	4,61	3,06	2,97	2,90	2,83	2,80	3,08
F 35 bis unter 40 Jahre	3,06	3,97	3,24	3,00	3,02	3,29	3,30	3,06	3,24	3,37	4,23	2,93	3,22	3,34	3,01	3,07	3,25
F 40 bis unter 45 Jahre	3,13	3,71	3,02	3,00	3,01	3,23	3,31	3,06	3,19	3,35	3,65	2,91	3,05	3,26	2,85	2,98	3,08
F 45 bis unter 50 Jahre	3,10	3,27	2,96	3,01	3,02	3,07	3,16	2,98	3,10	3,17	2,98	2,79	2,47	2,70	2,44	2,57	2,55
F 50 bis unter 55 Jahre	4,26	3,64	3,58	4,04	3,94	3,95	3,92	3,95	3,88	3,96	3,34	3,87	3,46	3,66	3,58	3,47	3,30
F 55 bis unter 60 Jahre	4,64	3,73	3,91	4,39	4,34	4,31	4,22	4,54	4,23	4,24	3,74	4,68	4,58	4,60	4,40	4,22	3,95
F 60 bis unter 65 Jahre	3,84	3,02	3,49	3,79	3,83	3,70	3,60	4,08	3,69	3,66	3,08	4,44	4,60	4,30	4,29	4,23	3,79
F 65 bis unter 70 Jahre	3,09	2,40	2,94	3,09	3,12	3,01	2,96	3,38	2,98	2,95	2,61	3,69	4,29	3,84	4,15	4,08	3,80
F 70 bis unter 75 Jahre	2,82	2,24	2,65	2,70	2,59	2,60	2,68	2,80	2,55	2,61	2,45	3,05	3,21	2,98	3,42	3,43	3,33
F 75 bis unter 80 Jahre	2,42	1,98	2,21	2,14	2,01	2,12	2,04	2,01	2,01	2,03	2,16	2,10	2,39	2,52	2,87	2,75	2,87
F 80 bis unter 85 Jahre	2,75	2,12	2,46	2,56	2,46	2,44	2,35	2,53	2,45	2,39	2,37	2,80	3,30	3,28	3,46	3,41	3,43
F 85 bis unter 90 Jahre	1,50	1,21	1,42	1,47	1,47	1,44	1,34	1,49	1,41	1,35	1,29	1,69	1,91	1,82	1,92	1,81	1,92
F 90 und mehr Jahre	0,85	0,72	0,82	0,87	0,89	0,82	0,80	0,88	0,82	0,77	0,72	0,94	0,98	0,95	1,05	0,99	1,13
M bis unter 15 Jahre	6,68	7,00	7,09	6,86	6,89	6,85	7,06	6,69	6,95	6,82	7,23	6,13	6,38	6,62	6,15	6,37	6,68
M 15 bis unter 20 Jahre	2,46	2,12	2,29	2,49	2,51	2,38	2,40	2,36	2,47	2,34	2,04	2,25	2,09	2,13	2,05	2,09	2,09
M 20 bis unter 25 Jahre	2,88	2,83	3,23	3,01	3,03	2,90	2,93	2,88	3,11	2,97	2,44	2,70	2,08	2,06	2,14	2,17	2,20
M 25 bis unter 30 Jahre	2,90	3,83	3,70	3,16	3,26	3,34	3,28	3,15	3,42	3,37	3,43	3,06	1,77	1,73	1,91	1,89	2,07
M 30 bis unter 35 Jahre	3,13	4,45	3,85	3,33	3,43	3,60	3,57	3,36	3,65	3,70	4,55	3,27	2,98	2,91	3,04	2,98	3,29
M 35 bis unter 40 Jahre	2,94	4,03	3,40	3,10	3,16	3,27	3,33	3,11	3,33	3,45	4,26	3,03	3,26	3,39	3,28	3,32	3,49
M 40 bis unter 45 Jahre	2,89	3,69	3,16	2,95	2,99	3,06	3,16	2,93	3,07	3,23	3,64	2,82	3,18	3,30	3,14	3,17	3,32
M 45 bis unter 50 Jahre	2,80	3,20	2,95	2,88	2,90	2,85	2,95	2,73	2,87	2,96	2,89	2,64	2,53	2,69	2,65	2,71	2,71
M 50 bis unter 55 Jahre	3,83	3,55	3,54	3,78	3,76	3,63	3,63	3,58	3,53	3,64	3,21	3,55	3,29	3,50	3,62	3,48	3,31
M 55 bis unter 60 Jahre	4,12	3,55	3,77	4,11	4,10	3,97	3,90	4,09	3,87	3,89	3,53	4,23	4,25	4,36	4,22	4,08	3,77
M 60 bis unter 65 Jahre	3,29	2,68	3,05	3,41	3,48	3,28	3,19	3,56	3,23	3,23	2,78	3,97	4,17	3,99	3,94	3,92	3,43
M 65 bis unter 70 Jahre	2,54	1,95	2,38	2,66	2,69	2,49	2,47	2,85	2,47	2,42	2,14	3,20	3,77	3,43	3,62	3,64	3,24
M 70 bis unter 75 Jahre	2,22	1,70	2,02	2,21	2,10	2,02	2,12	2,27	2,00	2,02	1,82	2,55	2,70	2,50	2,77	2,87	2,67
M 75 bis unter 80 Jahre	1,75	1,43	1,61	1,60	1,49	1,52	1,54	1,50	1,48	1,48	1,53	1,52	1,81	1,89	2,14	2,09	2,13
M 80 bis unter 85 Jahre	1,85	1,38	1,59	1,74	1,62	1,63	1,61	1,71	1,64	1,58	1,52	1,80	2,20	2,27	2,34	2,33	2,34
M 85 bis unter 90 Jahre	0,85	0,64	0,74	0,83	0,81	0,83	0,79	0,88	0,84	0,75	0,71	0,92	1,04	1,07	1,04	1,02	1,11
M 90 und mehr Jahre	0,31	0,25	0,28	0,32	0,33	0,31	0,32	0,34	0,33	0,29	0,26	0,34	0,35	0,37	0,35	0,35	0,41

Tabelle 6: Anteile der Versichertenzahlen der jeweiligen KM6-Altersgruppe (aufgeteilt nach Frauen (F) und Männern (M)) an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten gemäß KM6-Statistik je KV-Bezirk für das Jahr 2022 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
F bis unter 15 Jahre	6,36	6,61	6,74	6,54	6,59	6,52	6,73	6,41	6,69	6,56	6,78	5,86	6,11	6,28	5,92	6,08	6,37
F 15 bis unter 20 Jahre	2,29	2,01	2,20	2,32	2,34	2,22	2,26	2,18	2,30	2,19	1,97	2,04	2,04	2,05	1,97	2,01	2,05
F 20 bis unter 25 Jahre	2,57	2,76	2,87	2,67	2,69	2,63	2,62	2,56	2,73	2,63	2,46	2,36	2,02	1,86	1,96	2,00	2,10
F 25 bis unter 30 Jahre	2,73	3,90	3,41	2,85	2,94	3,16	3,05	2,86	3,08	3,11	3,61	2,76	1,72	1,63	1,75	1,75	1,94
F 30 bis unter 35 Jahre	3,07	4,33	3,48	3,09	3,15	3,50	3,41	3,20	3,39	3,50	4,51	3,06	2,70	2,66	2,63	2,57	2,83
F 35 bis unter 40 Jahre	3,11	3,97	3,28	3,07	3,08	3,34	3,34	3,13	3,29	3,40	4,30	2,98	3,33	3,45	3,13	3,14	3,36
F 40 bis unter 45 Jahre	3,20	3,76	3,11	3,07	3,08	3,30	3,37	3,14	3,26	3,42	3,74	2,96	3,19	3,38	2,97	3,10	3,18
F 45 bis unter 50 Jahre	3,07	3,28	2,93	2,96	2,97	3,06	3,15	2,95	3,07	3,16	3,04	2,78	2,55	2,78	2,46	2,61	2,64
F 50 bis unter 55 Jahre	3,99	3,49	3,42	3,81	3,73	3,73	3,73	3,73	3,69	3,76	3,20	3,64	3,26	3,44	3,40	3,33	3,17
F 55 bis unter 60 Jahre	4,71	3,76	3,89	4,43	4,34	4,33	4,23	4,51	4,23	4,24	3,67	4,62	4,42	4,44	4,25	4,11	3,85
F 60 bis unter 65 Jahre	3,98	3,10	3,54	3,91	3,92	3,80	3,71	4,18	3,80	3,77	3,19	4,54	4,70	4,43	4,39	4,29	3,86
F 65 bis unter 70 Jahre	3,17	2,44	2,99	3,16	3,20	3,07	3,00	3,45	3,04	2,99	2,58	3,80	4,30	3,81	4,09	4,05	3,73
F 70 bis unter 75 Jahre	2,84	2,23	2,64	2,76	2,67	2,65	2,71	2,93	2,61	2,64	2,46	3,22	3,48	3,20	3,61	3,63	3,51
F 75 bis unter 80 Jahre	2,37	1,92	2,16	2,10	1,97	2,08	2,05	1,99	1,97	2,03	2,03	2,06	2,27	2,34	2,71	2,66	2,74
F 80 bis unter 85 Jahre	2,67	2,06	2,38	2,45	2,33	2,33	2,25	2,39	2,34	2,29	2,32	2,61	3,17	3,19	3,38	3,31	3,35
F 85 bis unter 90 Jahre	1,62	1,29	1,50	1,56	1,55	1,53	1,43	1,57	1,49	1,41	1,40	1,79	2,01	1,95	2,02	1,92	2,04
F 90 und mehr Jahre	0,83	0,70	0,80	0,85	0,88	0,81	0,78	0,85	0,81	0,76	0,70	0,93	0,99	0,96	1,04	0,98	1,11
M bis unter 15 Jahre	6,69	6,98	7,16	6,90	6,96	6,90	7,10	6,77	7,04	6,90	7,19	6,20	6,38	6,64	6,23	6,38	6,71
M 15 bis unter 20 Jahre	2,44	2,15	2,33	2,46	2,48	2,37	2,40	2,35	2,45	2,32	2,07	2,22	2,14	2,19	2,10	2,15	2,15
M 20 bis unter 25 Jahre	2,77	2,77	3,11	2,91	2,93	2,80	2,83	2,77	3,00	2,89	2,42	2,61	2,10	2,09	2,18	2,20	2,23
M 25 bis unter 30 Jahre	2,90	3,86	3,72	3,14	3,25	3,31	3,26	3,12	3,39	3,37	3,50	3,02	1,82	1,79	1,96	1,97	2,13
M 30 bis unter 35 Jahre	3,13	4,40	3,86	3,33	3,44	3,61	3,54	3,35	3,63	3,69	4,47	3,28	2,68	2,67	2,79	2,72	3,00
M 35 bis unter 40 Jahre	3,02	4,07	3,45	3,17	3,23	3,32	3,35	3,17	3,37	3,49	4,34	3,08	3,31	3,43	3,33	3,34	3,52
M 40 bis unter 45 Jahre	2,96	3,75	3,24	3,01	3,06	3,13	3,22	3,01	3,14	3,30	3,74	2,90	3,26	3,43	3,24	3,29	3,41
M 45 bis unter 50 Jahre	2,76	3,26	2,92	2,84	2,87	2,84	2,93	2,72	2,84	2,96	2,95	2,62	2,62	2,77	2,66	2,71	2,79
M 50 bis unter 55 Jahre	3,57	3,41	3,37	3,57	3,55	3,43	3,45	3,38	3,35	3,44	3,07	3,32	3,13	3,32	3,46	3,40	3,22
M 55 bis unter 60 Jahre	4,19	3,62	3,77	4,12	4,11	3,98	3,90	4,04	3,85	3,89	3,46	4,16	4,05	4,20	4,10	3,95	3,66
M 60 bis unter 65 Jahre	3,44	2,78	3,13	3,53	3,57	3,38	3,30	3,65	3,33	3,33	2,89	4,06	4,24	4,10	4,02	4,00	3,50
M 65 bis unter 70 Jahre	2,59	2,00	2,44	2,72	2,78	2,57	2,52	2,91	2,54	2,48	2,15	3,27	3,77	3,41	3,55	3,60	3,16
M 70 bis unter 75 Jahre	2,23	1,67	2,01	2,27	2,16	2,04	2,13	2,38	2,03	2,03	1,82	2,69	2,92	2,67	2,93	3,03	2,83
M 75 bis unter 80 Jahre	1,71	1,39	1,56	1,56	1,47	1,49	1,53	1,48	1,45	1,47	1,43	1,51	1,73	1,74	2,03	2,03	2,01
M 80 bis unter 85 Jahre	1,78	1,34	1,52	1,67	1,54	1,55	1,54	1,61	1,57	1,50	1,50	1,67	2,10	2,20	2,28	2,25	2,28
M 85 bis unter 90 Jahre	0,93	0,70	0,81	0,89	0,85	0,88	0,84	0,93	0,89	0,79	0,77	0,99	1,10	1,14	1,11	1,09	1,19
M 90 und mehr Jahre	0,31	0,25	0,27	0,32	0,33	0,32	0,32	0,34	0,33	0,29	0,26	0,35	0,37	0,38	0,36	0,35	0,41

Tabelle 7: Änderung der Anteile der Versichertenzahlen einer KM6-Altersgruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2022 gegenüber den entsprechenden Anteilen der Versichertenzahlen des Jahres 2021 in Prozentpunkten

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

3.2.2 Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen demografischen Veränderungsdaten

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

$$\begin{aligned}
 \bar{y}_{demo}^{t,KV} &= \frac{\sum_{j=1}^{34} \hat{\beta}_j \cdot n_j^{t,KV}}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}} \\
 &= \frac{\hat{\beta}_1 \cdot n_1^{t,KV} + \hat{\beta}_2 \cdot n_2^{t,KV} + \dots + \hat{\beta}_{34} \cdot n_{34}^{t,KV}}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}} \quad (9) \\
 &= \underbrace{\frac{\hat{\beta}_1 \cdot n_1^{t,KV}}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}}}_{Partialindex_1^{t,KV}} + \underbrace{\frac{\hat{\beta}_2 \cdot n_2^{t,KV}}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}}}_{Partialindex_2^{t,KV}} + \dots + \underbrace{\frac{\hat{\beta}_{34} \cdot n_{34}^{t,KV}}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}}}_{Partialindex_{34}^{t,KV}}
 \end{aligned}$$

mit

- $\bar{y}_{demo}^{t,KV}$ Demografie-Index im KV-Bezirk KV , mit $KV = 1, \dots, 17$ für das Jahr t
- $\hat{\beta}_j$ Relativgewicht der Alters- und Geschlechtsgruppe j , mit $j = 1, \dots, 34$
- $n_j^{t,KV}$ Anzahl der Versicherten in der Alters- und Geschlechtsgruppe j im KV-Bezirk KV für das Jahr t
- t Jahr, mit $t = 2021, 2022$

$$\begin{aligned}
 VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} &= \frac{\bar{y}_{demo}^{2022,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2021,KV}} - 1 = \frac{\bar{y}_{demo}^{2022,KV} - \bar{y}_{demo}^{2021,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2021,KV}} \\
 &= \sum_{j=1}^{34} \frac{Partialindex_j^{2022,KV} - Partialindex_j^{2021,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2021,KV}} \quad (10)
 \end{aligned}$$

mit

- $VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$ demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk KV

Die Zerlegung der jeweiligen Veränderungsrate erfolgt also additiv. Der Einzelbeitrag der Alters- und Geschlechtsgruppe j entspricht der Entwicklung des j -ten Partialindex in der Formel (10) in Relation zum Wert $\bar{y}_{demo}^{2021,KV}$, dem Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2021.

Teil C

Diagnosebezogene Veränderungsraten

1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	38
1.1	Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	38
1.2	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	39
1.2.1	Einleitung	39
1.2.2	Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	40
1.2.3	Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	41
1.2.4	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	43
1.3	Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	43
1.3.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	43
1.3.2	Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“	44
1.3.3	Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	44
1.3.4	Schritte zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022	45
1.4	Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten	47
1.5	Bereinigung von Kodiereffekten	48
2	Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten für das Jahr 2025	49
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	54
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	54
3.1.1	Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC	54
3.1.2	Kalibrierung	56
3.1.3	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell	62
3.2	Empirische Ergebnisse zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	63
3.2.1	Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2021 auf 2022	63
3.2.2	Selektivvertragsteilnehmer	69

3.3	Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsdaten...	69
3.3.1	Berechnung von Einzelbeiträgen je Risikoklasse zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	70
3.3.2	Berechnung von Einzelbeiträgen je Risikoklasse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025	71

1 Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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

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

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

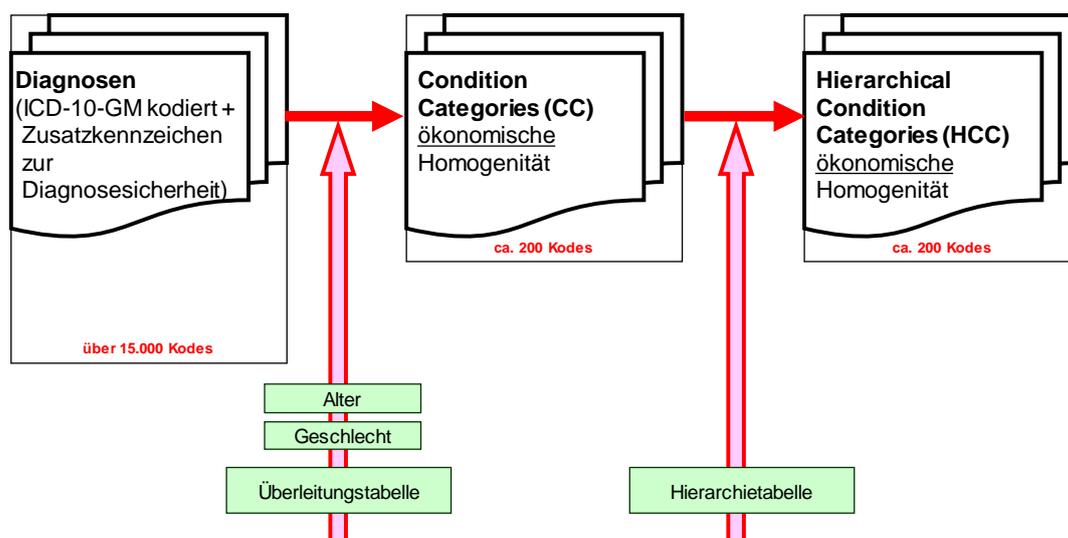


Abbildung 1: Bildung der diagnosebezogenen Risikokategorien

Die in Abbildung 1 dargestellte Zuordnung von CC aufgrund vorliegender Diagnosen erfolgt mit Hilfe sogenannter „Überleitungstabellen“. Dadurch werden die über 15.000 existierenden Diagnosen zu ca. 200 CC verdichtet. Die Überleitungstabellen enthalten neben der Zuordnung einer Diagnose zu einer CC¹ teilweise auch Zusatzbedingungen hinsichtlich des Alters und des Geschlechts der Versicherten. Einem Versicherten wird in einem solchen

¹In einzelnen Fällen ist auch die Zuordnung einer Diagnose zu zwei CC möglich.

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)². 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 (einem Versicherten wurde die HCC zugeordnet) oder 0 (einem Versicherten wurde die 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-Variablen³ enthält.

1.2 Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

1.2.1 Einleitung

Die (diagnosebezogenen) Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten werden ebenso wie bei den demografischen Veränderungsraten mit einem zweijährig-prospektiven Regressionsmodell berechnet, welches mit Hilfe einer gewichteten multiplen linearen Regression erstellt wird. Datengrundlage für diese Regression ist die wie in Teil B, Abschnitt 1.1.1 abgegrenzte Kalibrierungsmenge. Die abhängige Variable der Regression ist der in Teil B, Abschnitt 1.1.3 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

²Die Hierarchisierung ist transitiv, d. h. wenn CC1 über CC2 und CC2 über CC3 gilt, dann gilt auch CC1 über CC3.

³Das gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu verwendende Klassifikationssystem umfasst 34 AGG und 192 CC bzw. HCC.

Regressionsgleichung ist in Formel (1) schematisch dargestellt.

$$y_i^{2022} = \sum_{j=1}^m \beta_j \cdot x_{i,j}^{2020} + \varepsilon_i \quad (1)$$

mit

- y_i^{2022} relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2022
- β_j Modellparameter der j -ten unabhängigen Variablen (Risikokategorie oder Risikoklasse)
- $x_{i,j}^{2020}$ Ausprägung der j -ten unabhängigen Variablen beim i -ten Versicherten im Jahr 2020
- m Anzahl der unabhängigen Variablen der Regression
- ε_i Fehlerterm der Regression

Die Gewichtung der Versicherten in der Regression erfolgt mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2022. Die für die Modellparameter (β_j) berechneten Schätzwerte ($\hat{\beta}_j$) werden als (diagnosebezogene) Relativgewichte bezeichnet.

1.2.2 Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

In diesem und dem nächsten Abschnitt wird beschrieben, wie die Risikokategorien ggf. weiter verdichtet und dabei neue Variablen abgeleitet werden, die dann als unabhängige Variablen (Risikoklassen) im Regressionsmodell verwendet werden. Der dazu zuerst durchgeführte und als Komprimierung bezeichnete Vorgang erfolgt gemäß dem in Teil A Nr. 3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung beschriebenen Komprimierungsalgorithmus. Die Risikokategorie HCC201 (NonCW-HCC), die sogenannte Non-Cost-Weight-HCC wird dabei nicht in das Modell aufgenommen. Alle weiteren, unkomprimierten Risikokategorien werden wie folgt komprimiert:

1. Auf Basis der Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2020 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2022, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale 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 2020 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge. Die HCCs werden dann entsprechend ihrer ökonomischen Relevanz in eine absteigende

Rangfolge sortiert. In das Klassifikationsmodell werden jene HCCs entsprechend des Rangplatzes ihrer ökonomischen Relevanz unkomprimiert aufgenommen, bis die Summe ihrer ökonomischen Relevanzen erstmals mindestens 70 % der Summe der ökonomischen Relevanzen aller HCCs erreicht hat. Die auf diese Weise in das Klassifikationsmodell aufgenommenen HCCs werden als THCCs bezeichnet.

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

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

1.2.3 Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Im Anschluss an den Komprimierungsalgorithmus werden die komprimierten Risikokategorien gemäß Teil A Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung 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 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 ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) von RHCCs:
- a) Die HCC mit dem größten p -Wert innerhalb der RHCC gleich null setzen (dazu vorläufige p -Werte verwenden); die betroffene RHCC setzt sich aus den verbliebenen HCCs zusammen; erneute Regression
 - b) Schritt a wird solange wiederholt, bis die RHCC ein signifikantes Gewicht hat (bzw. die RHCC gleich null gesetzt ist)

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

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

3. AGGs mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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 THCCs mit negativen oder insignifikanten Relativgewichten resultieren, sind diese in die ihnen nach organsystembezogener Zuordnung entsprechenden RHCCs einzugliedern und erneut auf negative oder insignifikante verbleibende Risikokategorien zu prüfen und ggf. der Algorithmus ab Schritt 1 erneut anzuwenden.
5. Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGGs, THCCs und RHCCs.

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

1.2.4 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

1.3 Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten

1.3.1 Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten wird auf der sogenannten „Anwendungsmenge“ durchgeführt. Diese wird gemäß Teil A Nr. 2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung wie folgt gebildet:

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Morbiditätsindizes und der diagnosebezogenen Veränderungsdaten wird hinsichtlich der Versicherten der Geburtstagsstichprobe wie folgt abgegrenzt:

1. In den Jahren 2021 und 2022 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2021 und 2022 als Selektivvertragsteilnehmer in einem bereinigungsrelevanten Vertrag eingeschrieben waren.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2021 bis 2022 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2021 bis 2022 Wohnausländer und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

Die Definition von Wohnausländern und die erwähnte Zuordnungsvorschrift werden in Teil A, Abschnitt 3.1.4 beschrieben.

1.3.2 Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“

Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 wurden unter anderem Radiologen durch § 57a BMV-Ä verpflichtet, anstelle des Ersatzcodes „UUU“ gültige ICD-Schlüsselnummern zu kodieren. Um diese technisch bedingten Prävalenzänderungen nicht als Veränderung der Morbiditätsstruktur zu messen, werden bei der Ermittlung der Risikoklassen für Versicherte der Anwendungsmengen der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2019/2021, 2020/2021 sowie 2021/2022 gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung einmalig die Diagnosen aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ nicht herangezogen.

1.3.3 Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) wird die Versichertenstichprobe, im vorliegenden Fall die Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten, mit ihrer Alters-Geschlechts-Verteilung auf alle GKV-Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk in der Alters-Geschlechts-Struktur der KM6-Statistik hochgerechnet. Die DHF, welche bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten unter Verwendung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2025 genutzt werden, sind in Teil A Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung beschrieben.

Die Ermittlung und Anwendung der DHF erfolgt jahres- und KV-spezifisch. Zusätzlich erfolgt eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern. Die Nicht-Wohnausländer werden auf die Versicherten der ANZVER-Daten⁴ unter Nutzung der Alters-Geschlechts-Verteilung der KM6-Statistik hochgerechnet. Die Wohnausländer werden unter Beachtung der Alters-Geschlechts-Verteilung auf die entsprechenden Versicherten der KM6-Statistik hochgerechnet. Dabei werden Wohnausländer sowohl in der Stichprobe als auch in der KM6-Statistik der KV-Region zugeordnet, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 29. Februar 2024) verwendet.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet.

Die DHF für die Jahre $t = 2021, 2022$ berechnen sich wie folgt:

$$DHF_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{N_{AG,WA}^{t,KV}}{n_{AG,WA}^{t,KV}} \quad (2)$$

⁴Für die ANZVER-Daten werden die Felder „Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl Versicherte“ und „Durchschnittliche quartalsbezogene Anzahl betreuter Personen“ der Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) herangezogen.

wobei

$$N_{AG,WA}^{t,KV} = \text{Anzahl_Vers_KM}6_{AG,WA}^{t,KV} \cdot A_{WA}^{t,KV} \quad (3)$$

mit

$$A_{WA}^{t,KV} = \begin{cases} \frac{\text{Anzahl_Vers_ANZVER}^{t,KV}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM}6_{AG,WA}^{t,KV}} & \text{für } WA = \text{Nicht_Wohnausländer} \\ 1 & \text{für } WA = \text{Wohnausländer} \end{cases} \quad (4)$$

und

$$n_{AG,WA}^{t,KV} = \frac{1}{4} \text{ANZAHL_VERS_QUARTALE}_{AG,WA}^{t,KV} \quad (5)$$

$n_{AG,WA}^{t,KV}$ wird für die Jahre $t = 2021, 2022$ auf der Anwendungsmenge berechnet. Falls $n_{AG,WA}^{t,KV} = 0$ ist, dann wird $DHF_{AG,WA}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

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

1.3.4 Schritte zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022

Die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten des Jahres 2021 zum Jahr 2022 erfolgt KV-spezifisch. Die Berechnung kann dabei in drei Schritte unterteilt werden:

1. Berechnung von KV- und jahresspezifischen Prävalenzen der Risikoklassen
2. Berechnung von KV- und jahresspezifischen Morbiditätsindizes
3. Berechnung von KV-spezifischen rechnerischen Veränderungsdaten 2021/2022

Im ersten Schritt werden für jede Risikoklasse in jedem KV-Bezirk jahresspezifisch für die Jahre 2021 und 2022 Prävalenzen ($p_j^{t,KV}$) gemäß der Formel (6) berechnet.

$$p_j^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in AM} (x_{i,j}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in AM} (AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV})} \quad (6)$$

mit

- AM Versicherte des Jahres t in der Anwendungsmenge
- $x_{i,j}^{t,KV}$ Ausprägung der Risikoklasse j beim i -ten Versicherten der entsprechenden KV bezogen auf das Jahr t
- $AVQ_i^{t,KV}$ Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten der entsprechenden KV im Jahr t
- $DHF_i^{t,KV}$ Demografischer Hochrechnungsfaktor des i -ten Versicherten der entsprechenden KV für das Jahr t
- KV Kennzeichnung des KV-Bezirks, für den der Risikowert gebildet wird, entsprechend der Wohnortzuordnung des Versicherten i im Jahr t
- t Jahr, mit $t = 2021, 2022$

Die Prävalenz einer Risikoklasse in einem KV-Bezirk in einem Jahr ergibt sich demnach aus der hochgerechneten Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge mit dieser Risikoklasse geteilt durch die hochgerechnete Anzahl Versicherter der Anwendungsmenge insgesamt. Bei der Zuweisung von Risikoklassen zu Versicherten werden keine Diagnosen aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ (Wert 2401 in Feld 04 der Satzart 211) verwendet.

Aus den Prävalenzen je Risikoklasse und KV-Bezirk werden im zweiten Schritt mit der Formel (7) Morbiditätsindizes für alle KV-Bezirke und Jahre berechnet.

$$\bar{y}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j p_j^{t,KV} \quad (7)$$

mit

- $\hat{\beta}_j$ bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse j des Klassifikationsmodells (einschließlich Alters- und Geschlechtsgruppen) mit $j = 1, \dots, r$
- $p_j^{t,KV}$ Prävalenz je Risikoklasse j bezogen auf das Jahr t gemäß Formel (6)
- r Anzahl der Risikoklassen nach der Komprimierung gemäß Abschnitt 1.2.2 und Kalibrierung gemäß Abschnitt 1.2.3

In Formel (7) werden die für die Modellparameter berechneten Schätzwerte $\hat{\beta}_j$ sowohl für das Jahr 2021 als auch für das Jahr 2022 verwendet. Dabei ist $\hat{\beta}_j$ das Ergebnis der Modellierung gemäß Abschnitt 1.2 auf Grundlage der Jahre 2020 (Alter, Geschlecht, Diagnosen) bzw. 2022 (individueller relativer Leistungsbedarf zwei Jahre später).

Im dritten Schritt erfolgt die Berechnung der rechnerischen Veränderungsdaten 2021/2022 gemäß der in Teil A Abschnitt 4.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung festgelegten Formel. Danach bestimmen sich die rechnerischen diagnose-

bezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 aller KV-Bezirke gemäß der Formel (8) als Quotient aus dem Morbiditätsindex des Folgejahres 2022 und dem Morbiditätsindex des Basisjahres 2021 abzüglich eins.

$$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2022, KV}}{\bar{y}^{2021, KV}} - 1 \quad (8)$$

mit

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$ rechnerische diagnosebezogene Veränderungsrate für KV-Bezirk
 KV
 $\bar{y}^{2021, KV}, \bar{y}^{2022, KV}$ Morbiditätsindizes je KV-Bezirk der Jahre 2021 und 2022

1.4 Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland und den damit verbundenen Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. den Lockdowns, sind die Daten der Jahre 2020 und 2021 nur bedingt zur Messung der Veränderung der Morbiditätsstruktur verwendbar. Um die Veränderung der Morbiditätsstruktur dennoch sachgerecht abzubilden, werden die diagnosebezogenen rechnerischen Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2025 anhand einer Verkettung der rechnerischen Veränderungsdaten 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 unter Berücksichtigung der empfohlenen Veränderungsdaten für die Jahre 2023 und 2024 mit der folgenden Formel bestimmt:

$$VR_{diag, 2025}^{KV} = \frac{(1 + VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV})}{(1 + VR_{diag, 2023}^{KV}) \cdot (1 + VR_{diag, 2024}^{KV})} - 1 \quad (9)$$

mit

$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$ rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen

$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$ rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$ rechnerische Veränderungsdaten gemäß Abschnitt 1.3.4

$VR_{diag, 2023}^{KV}$ empfohlene Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 604. Sitzung am 18. August 2021

$VR_{diag,2024}^{KV}$ empfohlene Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ werden dabei für alle drei verwendeten rechnerischen Veränderungsdaten ausgeschlossen, um technisch bedingte Prävalenzänderungen nicht als Veränderung der Morbiditätsstruktur zu messen (vgl. Abschnitt 1.3.2). Für die Berechnungen wurden $VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$, $VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$ und $VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$ nicht gerundet, während $VR_{diag,2023}^{KV}$ und $VR_{diag,2024}^{KV}$ Veränderungsdaten mit vier Nachkommastellen sind, die aus den Beschlüssen zur Empfehlung der Veränderungsdaten aus der 604. und 663. Sitzung des Bewertungsausschusses entnommen wurden. Die in Tabelle 2 ausgewiesenen Daten sind dann aber alle auf vier Nachkommastellen gerundet angegeben.

1.5 Bereinigung von Kodiereffekten

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V sind Kodiereffekte zu bereinigen, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V („Kodiervorgaben“) entstehen. Hierzu wurden für die in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung genannten KV-Bezirke und Risikoklassen (siehe Tabelle 3) aus historischen Prävalenzen erwartete Prävalenzen $\hat{p}_j^{2022,KV}$ für jede betroffene Risikoklasse j geschätzt. Die Schätzung erfolgte mit einem linearen Regressionsmodell. Als erklärende Variablen wurden die Prävalenzen der Jahre 2017, 2018, 2019 und 2021 verwendet.

Aus den erwarteten Prävalenzen $\hat{p}_j^{2022,KV}$, den Relativgewichten $\hat{\beta}_j$ und den tatsächlichen Prävalenzen $p_j^{2022,KV}$ ergeben sich die Korrekturbeträge des Morbiditätsindex mit Formel (10).

$$\delta^{2022,KV} = \sum_{j \in M} \hat{\beta}_j \cdot (\hat{p}_j^{2022,KV} - p_j^{2022,KV}) \quad (10)$$

mit

- M im entsprechenden KV-Bezirk von Kodiereffekten betroffene Risikoklassen
- $\hat{\beta}_j$ bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j des Klassifikationsmodells gemäß Abschnitt 1.2.4
- $\hat{p}_j^{2022,KV}$ erwartete Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2022 im entsprechenden KV-Bezirk
- $p_j^{2022,KV}$ Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2022 im entsprechenden KV-Bezirk gemäß Formel (6)

Schließlich werden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 mit der

folgenden Formel um Kodiereffekte bereinigt:

$$VR_{diag,2025}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2025}^{KV} + \frac{(1 + VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV})}{(1 + VR_{diag,2023}^{KV}) \cdot (1 + VR_{diag,2024}^{KV})} \cdot \frac{\delta^{2022,KV}}{\bar{y}^{2021,KV}} \quad (11)$$

mit

$VR_{diag,2025}^{KV}$	diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2025 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten gemäß Abschnitt 1.4
$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$	rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen
$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$	rechnerische Veränderungsdaten gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen
$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$	rechnerische Veränderungsdaten gemäß Abschnitt 1.3.4
$VR_{diag,2023}^{KV}$	empfohlene Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 604. Sitzung am 18. August 2021
$VR_{diag,2024}^{KV}$	empfohlene Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
$\bar{y}^{2021,KV}$	Morbiditätsindex des Jahres 2021 gemäß Formel (7)

Dies ist das Endergebnis der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025.

2 Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten für das Jahr 2025

In Abschnitt 1 wird die Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2025 dargestellt. Hier sollen nun die Ergebnisse sowie relevante Zwischenergebnisse berichtet werden.

Zunächst müssen die rechnerischen Veränderungsdaten 2019/2020 und 2020/2021 unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen neu bestimmt werden. Die Auswirkungen dieses Ausschlusses zeigt Tabelle 1. Tabelle 2 enthält die Ergebnisse der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Abschnitt 1.4 vor Bereinigung um Kodiereffekte mit allen eingehenden Veränderungsdaten.

Tabelle 1: Ausschluss von Radiologiediagnosen bei den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten $VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$ und $VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$

Jahre	KV-Bezirk	mit Radiologie	ohne Radiologie	Differenz
2019 → 2020	Schleswig-Holstein	-2,2227 %	-2,2435 %	-0,0208 %
2019 → 2020	Hamburg	-2,7659 %	-2,7702 %	-0,0043 %
2019 → 2020	Bremen	-2,5815 %	-2,6313 %	-0,0499 %
2019 → 2020	Niedersachsen	-2,1892 %	-2,2223 %	-0,0331 %
2019 → 2020	Westfalen-Lippe	-2,5032 %	-2,5163 %	-0,0131 %
2019 → 2020	Nordrhein	-2,3418 %	-2,3514 %	-0,0096 %
2019 → 2020	Hessen	-2,7917 %	-2,8224 %	-0,0307 %
2019 → 2020	Rheinland-Pfalz	-2,2416 %	-2,2746 %	-0,0330 %
2019 → 2020	Baden-Württemberg	-2,3875 %	-2,4058 %	-0,0183 %
2019 → 2020	Bayern	-2,4516 %	-2,4586 %	-0,0070 %
2019 → 2020	Berlin	-2,5534 %	-2,5981 %	-0,0446 %
2019 → 2020	Saarland	-1,8068 %	-1,8014 %	0,0053 %
2019 → 2020	Mecklenburg-Vorpommern	-1,5402 %	-1,5299 %	0,0103 %
2019 → 2020	Brandenburg	-1,6737 %	-1,7194 %	-0,0457 %
2019 → 2020	Sachsen-Anhalt	-0,8760 %	-0,9088 %	-0,0328 %
2019 → 2020	Thüringen	-1,2863 %	-1,2872 %	-0,0009 %
2019 → 2020	Sachsen	-1,2774 %	-1,3051 %	-0,0278 %
2020 → 2021	Schleswig-Holstein	1,0555 %	1,0556 %	0,0002 %
2020 → 2021	Hamburg	1,1485 %	1,1477 %	-0,0008 %
2020 → 2021	Bremen	0,9685 %	0,9487 %	-0,0198 %
2020 → 2021	Niedersachsen	1,0989 %	1,1086 %	0,0097 %
2020 → 2021	Westfalen-Lippe	1,1245 %	1,1278 %	0,0034 %
2020 → 2021	Nordrhein	1,2684 %	1,2548 %	-0,0136 %
2020 → 2021	Hessen	1,1820 %	1,1779 %	-0,0041 %
2020 → 2021	Rheinland-Pfalz	0,7053 %	0,7152 %	0,0099 %
2020 → 2021	Baden-Württemberg	1,3074 %	1,2953 %	-0,0121 %
2020 → 2021	Bayern	1,0720 %	1,0698 %	-0,0022 %
2020 → 2021	Berlin	0,6577 %	0,6688 %	0,0111 %
2020 → 2021	Saarland	1,2301 %	1,2136 %	-0,0165 %
2020 → 2021	Mecklenburg-Vorpommern	1,0656 %	1,0594 %	-0,0062 %
2020 → 2021	Brandenburg	0,4018 %	0,4153 %	0,0135 %
2020 → 2021	Sachsen-Anhalt	1,2619 %	1,2618 %	-0,0001 %
2020 → 2021	Thüringen	1,0252 %	1,0175 %	-0,0077 %
2020 → 2021	Sachsen	0,8688 %	0,8735 %	0,0047 %

Tabelle 2: Diagnosebezogenen Veränderungsdaten gemäß Abschnitt 1.4 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten $VR_{diag,2025}^{KV}$ und zu ihrer Berechnung notwendige Raten

KV-Bezirk	diagnosebezogene Raten gemäß Nr. 1 604./663. BA		rechnerische Raten gemäß 596./656./728. BA			$VR_{diag,2025}^{KV}$
	$VR_{diag,2023}^{KV}$	$VR_{diag,2024}^{KV}$	$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$	$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$	$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$	
Schleswig-Holstein	0,2679 %	0,5257 %	-2,2435 %	1,0556 %	2,0406 %	0,0093 %
Hamburg	-0,4133 %	-0,1104 %	-2,7702 %	1,1477 %	1,0888 %	-0,0606 %
Bremen	-0,3979 %	0,0066 %	-2,6313 %	0,9487 %	0,5576 %	-0,7712 %
Niedersachsen	-0,0514 %	0,1231 %	-2,2223 %	1,1086 %	1,8822 %	0,6503 %
Westfalen-Lippe	0,3219 %	0,5318 %	-2,5163 %	1,1278 %	1,9243 %	-0,3721 %
Nordrhein	0,2124 %	0,4156 %	-2,3514 %	1,2548 %	1,9648 %	0,1866 %
Hessen	-0,2007 %	-0,0252 %	-2,8224 %	1,1779 %	1,9629 %	0,4792 %
Rheinland-Pfalz	0,1482 %	0,1771 %	-2,2746 %	0,7152 %	1,6530 %	-0,2734 %
Baden- Württemberg	-0,0238 %	0,2770 %	-2,4058 %	1,2953 %	2,2732 %	0,8503 %
Bayern	0,1549 %	0,3627 %	-2,4586 %	1,0698 %	2,1443 %	0,1798 %
Berlin	-0,5493 %	-0,2595 %	-2,5981 %	0,6688 %	1,1608 %	-0,0011 %
Saarland	0,3559 %	0,4414 %	-1,8014 %	1,2136 %	2,0322 %	0,6065 %
Mecklenburg- Vorpommern	0,6124 %	0,7748 %	-1,5299 %	1,0594 %	1,9037 %	0,0155 %
Brandenburg	0,0118 %	0,0832 %	-1,7194 %	0,4153 %	1,0722 %	-0,3477 %
Sachsen-Anhalt	0,6091 %	0,7312 %	-0,9088 %	1,2618 %	1,6245 %	0,6186 %
Thüringen	0,4629 %	0,5472 %	-1,2872 %	1,0175 %	2,0905 %	0,7812 %
Sachsen	0,1773 %	0,2656 %	-1,3051 %	0,8735 %	1,6161 %	0,7194 %

Zur Bereinigung von Kodiereffekten werden gemäß Abschnitt 1.5 Korrekturbeträge anhand von tatsächlichen und erwarteten Prävalenzen bestimmt. Diese sind in Tabelle 3 enthalten. Tabelle 4 zeigt die Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit den Korrekturbeträgen des Morbiditätsindex. Sie enthält auch die bereinigten diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025, die der Bewertungsausschuss in seiner 732. Sitzung am 22. August 2024 zusammen mit den demografischen Veränderungsdaten empfohlen hat.

Tabelle 3: Bereinigung der Kodiereffekte gemäß Abschnitt 1.5: Prävalenz $p_j^{2022,KV}$, auf Basis historischer Werte erwartete Prävalenz $\hat{p}_j^{2022,KV}$ und Korrekturbetrag des Morbiditätsindex $\hat{\beta}_j \cdot (\hat{p}_j^{2022,KV} - p_j^{2022,KV})$

KV-Bezirk	Risikoklasse	$p_j^{2022,KV}$	$\hat{p}_j^{2022,KV}$	$\hat{\beta}_j \cdot (\hat{p}_j^{2022,KV} - p_j^{2022,KV})$
Schleswig-Holstein	THCC071	4,83 %	4,70 %	-0,0321 %
Schleswig-Holstein	THCC076	14,00 %	14,36 %	0,0415 %
Hamburg	THCC076	12,56 %	12,85 %	0,0339 %
Bremen	RHCC022	12,04 %	12,18 %	0,0145 %
Niedersachsen	THCC071	4,17 %	4,02 %	-0,0355 %
Niedersachsen	THCC076	16,08 %	16,53 %	0,0519 %
Westfalen-Lippe	THCC071	4,54 %	4,39 %	-0,0381 %
Westfalen-Lippe	THCC076	16,72 %	17,07 %	0,0403 %
Nordrhein	THCC071	4,28 %	4,14 %	-0,0361 %
Nordrhein	THCC076	15,13 %	15,48 %	0,0410 %
Hessen	THCC071	3,99 %	3,77 %	-0,0563 %
Hessen	THCC076	14,92 %	15,24 %	0,0376 %
Hessen	RHCC004	9,78 %	9,69 %	-0,0111 %
Hessen	RHCC018	5,90 %	5,77 %	-0,0139 %
Baden-Württemberg	THCC071	3,53 %	3,39 %	-0,0362 %
Baden-Württemberg	THCC076	15,52 %	16,04 %	0,0601 %
Bayern	THCC076	16,20 %	16,65 %	0,0516 %
Berlin	THCC076	14,09 %	14,32 %	0,0264 %
Mecklenburg-Vorpommern	THCC071	5,93 %	5,81 %	-0,0313 %
Mecklenburg-Vorpommern	THCC076	16,15 %	16,68 %	0,0613 %
Brandenburg	THCC076	15,92 %	16,45 %	0,0614 %
Thüringen	THCC076	18,79 %	19,15 %	0,0416 %
Sachsen	THCC071	6,20 %	5,85 %	-0,0888 %
Sachsen	THCC076	15,69 %	16,04 %	0,0403 %

Tabelle 4: Bereinigung der Kodiereffekte gemäß Abschnitt 1.5: Korrekturbetrag des Morbiditätsindex $\delta^{2022,KV}$, unbereinigte Veränderungsdaten $VR_{diag,2025}^{KV}$, bereinigte Veränderungsdaten $VR_{diag,2025}^{KV,bereinigt}$ sowie die sich durch die Bereinigung ergebenden Differenzbeträge

KV-Bezirk	$\delta^{2022,KV}$	$VR_{diag,2025}^{KV}$	$VR_{diag,2025}^{KV,bereinigt}$	Differenz
Schleswig-Holstein	0,0094 %	0,0093 %	0,0182 %	0,0090 %
Hamburg	0,0339 %	-0,0606 %	-0,0248 %	0,0358 %
Bremen	0,0145 %	-0,7712 %	-0,7568 %	0,0144 %
Niedersachsen	0,0164 %	0,6503 %	0,6658 %	0,0155 %
Westfalen-Lippe	0,0022 %	-0,3721 %	-0,3700 %	0,0021 %
Nordrhein	0,0049 %	0,1866 %	0,1913 %	0,0047 %
Hessen	-0,0437 %	0,4792 %	0,4363 %	-0,0429 %
Rheinland-Pfalz	0,0000 %	-0,2734 %	-0,2734 %	0,0000 %
Baden-Württemberg	0,0239 %	0,8503 %	0,8745 %	0,0241 %
Bayern	0,0516 %	0,1798 %	0,2300 %	0,0501 %
Berlin	0,0264 %	-0,0011 %	0,0248 %	0,0259 %
Saarland	0,0000 %	0,6065 %	0,6065 %	0,0000 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,0299 %	0,0155 %	0,0410 %	0,0255 %
Brandenburg	0,0614 %	-0,3477 %	-0,2933 %	0,0544 %
Sachsen-Anhalt	0,0000 %	0,6186 %	0,6186 %	0,0000 %
Thüringen	0,0416 %	0,7812 %	0,8165 %	0,0353 %
Sachsen	-0,0485 %	0,7194 %	0,6753 %	-0,0440 %

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

3.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten

3.1.1 Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC

Auf Grundlage des im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung angegebenen und in Teil A Abschnitt 1.2.2 beschriebenen Komprimierungsalgorithmus wurden 40 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 5 ist dargestellt, bei welchem Schritt des Komprimierungsalgorithmus die THCC jeweils ins Modell aufgenommen wurden. Sofern eine THCC über den ersten Aufnahmegrund hinaus auch in einem folgenden Schritt ins Modell gelangt wäre, ist dieser Aufnahmegrund ebenfalls angegeben.

Tabelle 5: Auswahl der THCC im Modell für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC001	HIV/AIDS	$RG \geq 1,5, R^2$
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	Ökonom. Relevanz
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	R^2
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC013	Andere Neubildungen	Ökonom. Relevanz
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	R^2
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	Ökonom. Relevanz

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 5 – Fortsetzung

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	Ökonom. Relevanz
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	Ökonom. Relevanz
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC054	Schizophrenie sowie schizotype und schizoaffektive Störungen	R^2
THCC055	Manische, bipolare und Zwangsstörungen sowie schwere und rezidivierende Depressionen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC057	Sonstige Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC058	Sonstige affektive Störungen sowie gemischte Angst- und depressive Störung	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC060	Sonstige psychische Störungen	Ökonom. Relevanz
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC072	Multiple Sklerose	R^2
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	R^2
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH	R^2
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	R^2
THCC091	Essentielle Hypertonie	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße	Ökonom. Relevanz
THCC110	Asthma bronchiale	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC123	Katarakt	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC126	Hörverlust	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC127	Andere Erkrankungen HNO-Bereich	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	Ökonom. Relevanz

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 5 – Fortsetzung

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien	$RG \geq 1,5$, R^2
THCC190	Knöchernen Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC194	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen	Ökonom. Relevanz
THCC210	Schmerzstörung	Ökonom. Relevanz, R^2

In Tabelle 6 sind diejenigen THCC aufgelistet, die im Modell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 gegenüber dem Modell 2020/2021 weggefallen oder hinzugekommen sind.

Tabelle 6: Weggefallene und hinzugekommene THCC im Modell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 im Vergleich zum Modell 2020/2021

THCC ist nur im Modell zur Berechnung der rechnerischen Veränderungsdaten		Beschriftung
2020/2021 (weggefallene THCC)	2021/2022 (hinzugekommene THCC)	
THCC014		Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges

3.1.2 Kalibrierung

Es erfolgte keine Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien anhand des in Abschnitt 1.2.3 beschriebenen Kalibrierungsalgorithmus, da keine der komprimierten Risikokategorien ein negatives oder insignifikantes Relativgewicht aufwies. Die komprimierten Risikokategorien sind damit gleichzeitig die Risikoklassen des Modells zur Berechnung der rechnerischen Veränderungsdaten 2021/2022. Tabelle 7 enthält neben den Relativgewichten (Schätzwerte für die Modellparameter $\hat{\beta}_j$ aus Formel (1)) der Risikoklassen auch die Anzahl der Stichprobenversicherten (N) in der Kalibrierungsmenge, denen die entsprechende Risikoklasse zugeordnet wurde.

Tabelle 7: Relativgewichte zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 (Angaben in Prozent, gerundet auf zwei Nachkommastellen). N(2020) ist die Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge, denen die entsprechende Risikoklasse im Jahr 2020 zugeordnet wurde.

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungs- menge
AGG001	Weiblich, 0 Jahre	28,61 %	5.928
AGG002	Weiblich, 1 bis 5 Jahre	24,40 %	263.490
AGG003	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	18,24 %	338.313
AGG004	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	36,43 %	240.464
AGG005	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	31,67 %	372.050
AGG006	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	33,43 %	660.654
AGG007	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	33,45 %	674.493
AGG008	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	36,82 %	739.733
AGG009	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	39,42 %	442.242
AGG010	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	36,92 %	374.049
AGG011	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	37,71 %	315.736
AGG012	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	45,93 %	257.139
AGG013	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	49,25 %	234.263
AGG014	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	41,16 %	241.659
AGG015	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	33,67 %	122.050
AGG016	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	39,10 %	50.635
AGG017	Weiblich, 95 bis 124 Jahre	52,03 %	12.274
AGG018	Männlich, 0 Jahre	31,81 %	6.297
AGG019	Männlich, 1 bis 5 Jahre	30,13 %	277.286
AGG020	Männlich, 6 bis 12 Jahre	18,73 %	357.616
AGG021	Männlich, 13 bis 17 Jahre	19,51 %	255.202
AGG022	Männlich, 18 bis 24 Jahre	17,59 %	396.150
AGG023	Männlich, 25 bis 34 Jahre	20,64 %	681.477
AGG024	Männlich, 35 bis 44 Jahre	22,46 %	661.402
AGG025	Männlich, 45 bis 54 Jahre	28,97 %	689.038
AGG026	Männlich, 55 bis 59 Jahre	38,46 %	404.936
AGG027	Männlich, 60 bis 64 Jahre	37,83 %	327.454
AGG028	Männlich, 65 bis 69 Jahre	40,21 %	261.030
AGG029	Männlich, 70 bis 74 Jahre	49,16 %	200.498

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungsmenge
AGG030	Männlich, 75 bis 79 Jahre	55,36 %	166.925
AGG031	Männlich, 80 bis 84 Jahre	49,26 %	154.451
AGG032	Männlich, 85 bis 89 Jahre	38,02 %	64.028
AGG033	Männlich, 90 bis 94 Jahre	36,89 %	18.785
AGG034	Männlich, 95 bis 124 Jahre	45,05 %	2.597
THCC001	HIV/AIDS	155,68 %	12.250
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	6,84 %	2.256.240
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	114,45 %	41.607
THCC010	Bösartige Neubildungen Dickdarm, Rektum, Anus, Mamma, Geschlechtsorgane, Niere und ableitende Harnwege, Auge, Schilddrüse, maligne Melanome	33,09 %	361.679
THCC013	Andere Neubildungen	11,34 %	685.562
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	35,77 %	116.246
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	12,81 %	3.488.832
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	9,90 %	2.156.497
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	37,23 %	363.611
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	11,63 %	907.550
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	13,86 %	957.912
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	8,79 %	2.224.934
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	18,66 %	395.378
THCC054	Schizophrenie sowie schizotype und schizoaffective Störungen	56,38 %	63.510
THCC055	Manische, bipolare und Zwangsstörungen sowie schwere und rezidivierende Depressionen	42,09 %	447.002

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungs- menge
THCC057	Sonstige Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24,52 %	402.150
THCC058	Sonstige affektive Störungen sowie gemischte Angst- und depressive Störung	19,49 %	643.723
THCC060	Sonstige psychische Störungen	9,93 %	658.076
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	25,00 %	390.774
THCC072	Multiple Sklerose	64,64 %	40.659
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	33,43 %	128.257
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	11,58 %	1.614.731
THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH	12,51 %	352.781
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	15,12 %	437.508
THCC091	Essentielle Hypertonie	11,99 %	2.274.713
THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße	6,38 %	1.042.265
THCC110	Asthma bronchiale	18,80 %	777.202
THCC123	Katarakt	10,00 %	752.591
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	11,33 %	1.450.880
THCC126	Hörverlust	18,17 %	588.909
THCC127	Andere Erkrankungen HNO-Bereich	9,53 %	3.873.116
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	12,49 %	567.347
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	14,70 %	1.894.057
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	11,89 %	675.856
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	8,45 %	2.341.384
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	8,77 %	1.636.781

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungs- menge
THCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien	163,18 %	10.053
THCC190	Knöcherne Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	16,89 %	1.193.099
THCC194	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen	11,98 %	604.903
THCC210	Schmerzstörung	56,95 %	252.051
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung)	11,01 %	40.593
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	55,99 %	103.392
RHCC003	Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (nach Komprimierung)	9,43 %	1.004.657
RHCC004	Diabetes mellitus	13,03 %	952.307
RHCC005	Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	14,99 %	23.956
RHCC006	Krankheiten der Leber	2,04 %	694.578
RHCC007	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	17,97 %	427.894
RHCC008	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	7,60 %	388.097
RHCC009	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	12,95 %	714.614
RHCC010	Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	13,89 %	193.416
RHCC011	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	3,84 %	731.428
RHCC012	Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	13,73 %	393.200

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungs- menge
RHCC013	Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzminderung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs-Syndrome	12,17 %	607.619
RHCC014	Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	29,50 %	141.474
RHCC015	Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	9,43 %	79.418
RHCC016	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	14,20 %	1.275.593
RHCC017	Zerebrovaskuläre Krankheiten	11,02 %	563.071
RHCC018	Sonstige Blutgefäßkrankheiten (nach Komprimierung)	11,28 %	611.375
RHCC019	Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	7,14 %	1.211.984
RHCC020	Augenkrankheiten (nach Komprimierung)	18,25 %	866.658
RHCC021	HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	11,20 %	297.915
RHCC022	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (nach Komprimierung)	10,51 %	1.197.184
RHCC023	Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	19,14 %	359.313
RHCC025	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	10,87 %	438.863
RHCC026	Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (nach Komprimierung)	7,64 %	1.646.556
RHCC027	Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe	7,22 %	469.391
RHCC028	Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	11,51 %	16.045
RHCC029	Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	25,45 %	37.140

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

Risikoklassen	Relativgewicht	N(2020) in Kalibrierungsmenge
RHCC030 Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestiche Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen	13,18 %	744.079
RHCC031 Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakianlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der ACC031	9,15 %	78.636

3.1.3 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Modell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 im Vergleich zu 2020/2021 dargestellt. Tabelle 8 weist die Anzahlen der Risikoklassen nach Komprimierung und Kalibrierung für die beiden Klassifikationsmodelle aus.

Tabelle 8: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 und 2020/2021

Regressionsmodell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge	Zahl der Risikoklassen				Anteil der Alters- und Geschlechtsklassen an der ökon. Relevanz ⁵
		Alters- und Geschlechtsklassen	THCC	RHCC	Gesamt	
2021/2022	10.270.344	34	40	30	104	32,27 %
2020/2021	10.266.279	34	41	30	105	30,66 %

In Tabelle 9 werden der gewichtete MAPE⁶ und das adjustierte R^2 zur Beurteilung der Regressionsmodelle angegeben. Diese beiden Kennzahlen werden, wie schon im Kontext der demografischen Veränderungsrate in Abschnitt 3.1.2 in Teil B beschrieben, auf der Kalibrierungsmenge berechnet.

⁵Die ökonomische Relevanz einer Risikoklasse ist das Produkt aus ihrer Häufigkeit und ihrem Relativgewicht. Der Anteil der Alters- und Geschlechtsgruppen an der ökonomischen Relevanz ergibt sich aus der Summe der ökonomischen Relevanzen der Alters- und Geschlechtsgruppen geteilt durch die Summe der ökonomischen Relevanzen aller Risikoklassen (inkl. der Alters- und Geschlechtsgruppen).

⁶Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ergibt sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.

Tabelle 9: Gewichteter MAPE und adjustiertes R^2 für die Regressionsmodelle zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2021/2022 und 2020/2021

Regressionsmodell zur Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten	Gewichteter MAPE	Adjustiertes R^2
2021/2022	53,15 %	34,70 %
2020/2021	53,78 %	34,48 %

3.2 Empirische Ergebnisse zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten

3.2.1 Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2021 auf 2022

Die Risikoklassen des Klassifikationsmodells zur Berechnung der rechnerischen Veränderungsraten 2021/2022 sind Ergebnis der Anwendung des Komprimierungsalgorithmus auf hierarchisierte Risikokategorien (HCC), die sich wiederum aus den kodierten Diagnosen ergeben (vgl. Abschnitt 1.1).

Da die Entwicklung der Häufigkeiten von Risikoklassen von 2021 auf 2022 auf der Entwicklung der Häufigkeiten der Risikokategorien und letztlich der Diagnosen beruht, werden die mittlere Anzahl distinkter Diagnosen⁷, Risikokategorien und Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022 berichtet.

Als klassifizierbare Diagnosen werden diejenigen Diagnosen bezeichnet, die (im Zusammenspiel mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit (ZK-DS), 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 Diagnosensicherheit (ZK-DS) berichtet (Tabelle 10).

⁷Als Diagnose wird hier die Kombination eines ICD-Kodes mit einem Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit verstanden.

Tabelle 10: Durchschnittliche Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022. Die Diagnosenzählung basiert auf den Versicherten der Anwendungsmenge des jeweiligen Jahres, gewichtet mit der Versichertenzeit in Quartalen und den demografischen Hochrechnungsfaktoren.

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung
		2021	2022	
Schleswig-Holstein	G	14,07	14,52	3,19 %
	Z	0,07	0,07	-0,49 %
	zusammen	14,14	14,59	3,17 %
Hamburg	G	13,01	13,24	1,78 %
	Z	0,06	0,06	-1,95 %
	zusammen	13,07	13,30	1,76 %
Bremen	G	14,08	14,12	0,26 %
	Z	0,06	0,06	-0,60 %
	zusammen	14,14	14,18	0,26 %
Niedersachsen	G	15,27	15,71	2,87 %
	Z	0,07	0,07	-1,77 %
	zusammen	15,34	15,77	2,85 %
Westfalen-Lippe	G	14,78	15,20	2,82 %
	Z	0,06	0,06	-0,65 %
	zusammen	14,84	15,26	2,81 %
Nordrhein	G	14,84	15,28	2,98 %
	Z	0,06	0,06	-0,27 %
	zusammen	14,90	15,34	2,96 %
Hessen	G	14,11	14,54	3,00 %
	Z	0,06	0,06	0,47 %
	zusammen	14,17	14,60	2,99 %
Rheinland-Pfalz	G	15,38	15,76	2,48 %
	Z	0,06	0,06	1,84 %
	zusammen	15,44	15,82	2,48 %
Baden-Württemberg	G	13,76	14,18	3,02 %
	Z	0,06	0,06	-1,85 %
	zusammen	13,82	14,24	2,99 %
Bayern	G	14,84	15,30	3,11 %
	Z	0,07	0,07	-0,41 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 10 – Fortsetzung

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung
		2021	2022	
	zusammen	14,91	15,37	3,10 %
Berlin	G	14,84	15,01	1,14 %
	Z	0,06	0,06	-1,71 %
	zusammen	14,90	15,07	1,12 %
Saarland	G	15,84	16,34	3,16 %
	Z	0,07	0,07	1,43 %
	zusammen	15,90	16,40	3,15 %
Mecklenburg-Vorpommern	G	16,49	16,90	2,44 %
	Z	0,09	0,08	-1,06 %
	zusammen	16,58	16,98	2,42 %
Brandenburg	G	15,87	16,03	1,00 %
	Z	0,06	0,06	-2,00 %
	zusammen	15,93	16,09	0,98 %
Sachsen-Anhalt	G	17,40	17,76	2,02 %
	Z	0,07	0,07	-0,22 %
	zusammen	17,47	17,82	2,01 %
Thüringen	G	17,65	18,08	2,41 %
	Z	0,07	0,07	0,34 %
	zusammen	17,72	18,15	2,40 %
Sachsen	G	15,47	15,66	1,26 %
	Z	0,07	0,07	0,06 %
	zusammen	15,54	15,73	1,25 %

Tabelle 11: Durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien (HCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022

KV-Bezirk	ØAnzahl HCC		Veränderung in Prozent
	2021	2022	
Schleswig-Holstein	5,59	5,81	4,01 %
Hamburg	5,01	5,14	2,70 %
Bremen	5,46	5,55	1,73 %
Niedersachsen	5,88	6,11	3,82 %
Westfalen-Lippe	5,75	5,96	3,72 %
Nordrhein	5,68	5,89	3,71 %
Hessen	5,51	5,73	3,94 %
Rheinland-Pfalz	5,98	6,19	3,40 %
Baden-Württemberg	5,29	5,53	4,64 %
Bayern	5,63	5,87	4,27 %
Berlin	5,51	5,66	2,77 %
Saarland	6,08	6,31	3,89 %
Mecklenburg-Vorpommern	6,60	6,83	3,45 %
Brandenburg	6,28	6,43	2,41 %
Sachsen-Anhalt	6,74	6,95	3,11 %
Thüringen	6,73	6,97	3,65 %
Sachsen	6,13	6,32	3,08 %

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

In Abbildung 3 werden die Anteile der mittleren Anzahlen an distinkten klassifizierbaren Diagnosen nach den Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und „Z“ je KV-Bezirk für die Jahre 2021 und 2022 abgebildet.

In Tabelle 11 ist die durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022 dargestellt. Die sogenannte „NonCW-HCC“ (HCC201) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

Tabelle 12 führt die durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022 auf. Die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt.

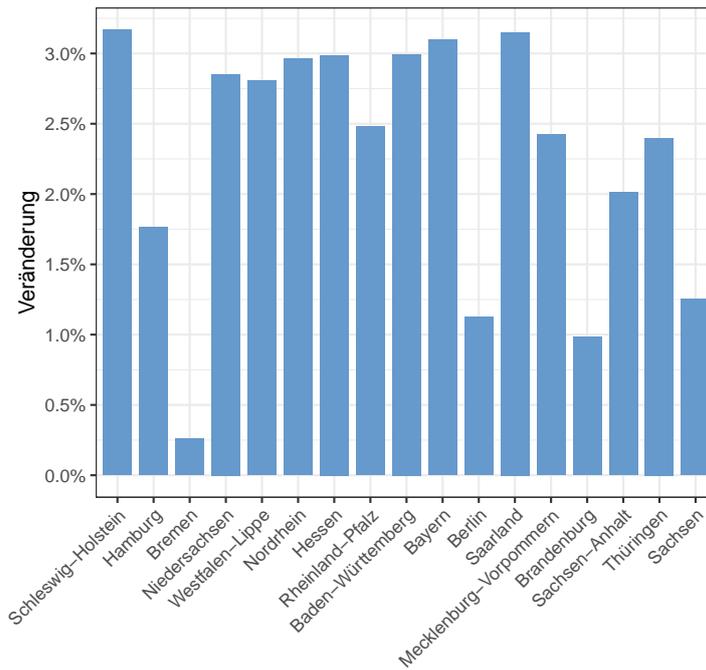


Abbildung 2: Veränderung der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten von 2021 auf 2022 je KV-Bezirk

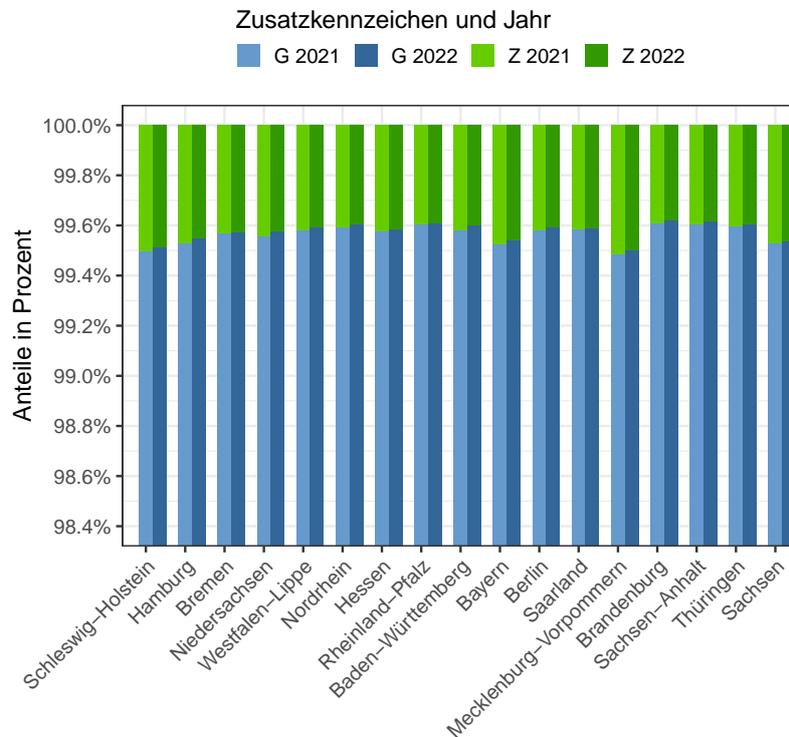


Abbildung 3: Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und „Z“ auf Basis der mittleren Anzahlen distinkter und klassifizierbarer Diagnosen pro Versicherten je KV-Bezirk für die Jahre 2021 und 2022

Tabelle 12: Durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen (THCC/RHCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2021 und 2022

KV-Bezirk	ØAnzahl THCC/RHCC		Veränderung in Prozent
	2021	2022	
Schleswig-Holstein	5,40	5,63	4,15 %
Hamburg	4,85	4,99	2,88 %
Bremen	5,28	5,38	1,91 %
Niedersachsen	5,68	5,91	4,00 %
Westfalen-Lippe	5,55	5,76	3,87 %
Nordrhein	5,49	5,71	3,87 %
Hessen	5,34	5,55	4,11 %
Rheinland-Pfalz	5,78	5,98	3,55 %
Baden-Württemberg	5,12	5,37	4,84 %
Bayern	5,44	5,69	4,44 %
Berlin	5,30	5,46	2,98 %
Saarland	5,87	6,10	3,95 %
Mecklenburg-Vorpommern	6,34	6,57	3,61 %
Brandenburg	6,03	6,19	2,63 %
Sachsen-Anhalt	6,44	6,65	3,27 %
Thüringen	6,44	6,68	3,80 %
Sachsen	5,90	6,09	3,19 %

Tabelle 13: Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer je KV-Bezirk in der Anwendungsmenge ohne Ausschluss der SV-Teilnehmer

KV-Bezirk	Anteil längsschn. SV-TN	
	2021	2022
Schleswig-Holstein	1,62 %	1,64 %
Hamburg	7,05 %	6,85 %
Bremen	3,70 %	3,71 %
Niedersachsen	0,78 %	0,81 %
Westfalen-Lippe	10,85 %	10,67 %
Nordrhein	8,89 %	8,82 %
Hessen	9,58 %	9,42 %
Rheinland-Pfalz	1,98 %	2,00 %
Baden-Württemberg	28,07 %	27,52 %
Bayern	12,24 %	11,87 %
Berlin	1,59 %	1,57 %
Saarland	0,74 %	0,76 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,07 %	0,11 %
Brandenburg	0,40 %	0,38 %
Sachsen-Anhalt	1,58 %	1,60 %
Thüringen	0,35 %	0,39 %
Sachsen	7,66 %	7,44 %

3.2.2 Selektivvertragsteilnehmer

SV-Teilnehmer werden in allen KV-Bezirken sowohl in der Kalibrierungsmenge als auch in der Anwendungsmenge ausgeschlossen. Die Anteile längsschnittlicher SV-Teilnehmer werden in Tabelle 13 dargestellt. Als längsschnittliche SV-Teilnehmer werden diejenigen Versicherten gezählt, die in einem der beiden Jahre der Anwendungsmenge in mindestens einem Quartal als SV-Teilnehmer gekennzeichnet sind. Zur Berechnung wurde die Anwendungsmenge wie in Abschnitt 1.3.1, jedoch ohne Ausschluss der SV-Teilnehmer abgegrenzt und nach dem Verfahren aus Abschnitt 1.3.3 demografisch hochgerechnet.

3.3 Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsraten

Die Einzelbeiträge der Risikoklassen geben an, welchen Einfluss die Risikoklassen auf die regionale diagnosebezogenen Veränderungsraten haben. Sie werden, getrennt nach KV-Bezirken, in Form einer Excelmappe als Teil dieses Berichts unter institut-ba.de veröf-

fentlicht.

Bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 fließen gemäß Formel (9) und (11) mehrere diagnosebezogene und rechnerische Veränderungsdaten ein. Für jede einfließende Rate werden Einzelbeiträge der Risikoklassen bestimmt, die anschließend zu Einzelbeiträgen für die Gesamtrate kombiniert werden. Die folgenden Abschnitte dokumentieren die Details der Berechnung.

3.3.1 Berechnung von Einzelbeiträgen je Risikoklasse zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Zunächst werden Einzelbeiträge zu den rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten bestimmt. Durch Einsetzen von Formel (7) in Formel (8) ergibt sich die Zerlegung in Einzelbeiträge je Risikoklasse aus Formel (12).

$$\begin{aligned}
 VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} &= \frac{\bar{y}^{2022, KV}}{\bar{y}^{2021, KV}} - 1 \\
 &= \frac{\bar{y}^{2022, KV} - \bar{y}^{2021, KV}}{\bar{y}^{2021, KV}} \\
 &= \sum_{j=1}^r \underbrace{\hat{\beta}_j \frac{(p_j^{2022, KV} - p_j^{2021, KV})}{\bar{y}^{2021, KV}}}_{\text{Einzelbeitrag } E_{j, 2021 \rightarrow 2022}^{KV}}
 \end{aligned} \tag{12}$$

mit

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV}$	rechnerische diagnosebezogene Veränderungsrate für KV-Bezirk KV
$\bar{y}^{2021, KV}, \bar{y}^{2022, KV}$	Morbiditätsindizes je KV-Bezirk der Jahre 2021 und 2022
$\hat{\beta}_j$	bundeseinheitliches Relativgewicht je Risikoklasse j des Klassifikationsmodells (einschließlich Alters- und Geschlechtsgruppen) mit $j = 1, \dots, r$
$p_j^{2021, KV}, p_j^{2022, KV}$	Prävalenz je Risikoklasse j gemäß Formel (6)
r	Anzahl der Risikoklassen

Für Kodiereffekte bereinigte Einzelbeiträge ergeben sich, indem für von Kodiereffekten betroffene Prävalenzen anstelle von $p_j^{2022, KV}$ die aus historischen Werten erwarteten Prävalenzen $\hat{p}_j^{2022, KV}$ gemäß Abschnitt 1.5 eingesetzt werden.

Gemäß Nr. 4.3 der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 596. und 656. Sitzung werden die Morbiditätsindizes für die rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten $VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$ und $VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$ in ausgewählten KV-Bezirken getrennt für die

Versichertengruppen der längsschnittlichen SV-Teilnehmer und längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer berechnet. Analog dazu werden die Einzelbeiträge in den betroffenen KV-Bezirken zunächst getrennt für längsschnittliche SV-Teilnehmer und längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer berechnet und dann mit Formel (13) zu einem Wert für alle Versicherten kombiniert.

$$E_{RK}^{KV} = G_{KV} E_{RK,Nicht-HA}^{KV} + (1 - G_{KV}) E_{RK,gesamt}^{KV} \quad (13)$$

mit

E_{RK}^{KV}	Einzelbeitrag einer Risikoklasse zur rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsrate
G_{KV}	Gewichtungsfaktor (MGV-Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer am für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsrate verwendeten Gesamt-MGV-Leistungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks)
$E_{RK,Nicht-HA}^{KV}$	Einzelbeitrag für SV-Teilnehmer auf Basis nicht-hausärztlicher Diagnosen
$E_{RK,gesamt}^{KV}$	Einzelbeitrag für Nicht-SV-Teilnehmer auf Basis aller Diagnosen

3.3.2 Berechnung von Einzelbeiträgen je Risikoklasse zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025

Die diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025 können gemäß Formel (9) unter Berücksichtigung der Bereinigung gemäß Formel (11) wie folgt berechnet werden:

$$VR_{diag,2025}^{KV,bereinigt} = \frac{(1 + VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}) \cdot (1 + VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV,bereinigt})}{(1 + VR_{diag,2023}^{KV}) \cdot (1 + VR_{diag,2024}^{KV})} - 1 \quad (14)$$

mit

$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$	rechnerische Veränderungsrate gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 596. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen
$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$	rechnerische Veränderungsrate gemäß Nr. 4.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung, Neuberechnung unter Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ in den Anwendungsmengen

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV, bereinigt}$	rechnerische Veränderungsdaten gemäß Abschnitt 1.3.4, bereinigt für Kodiereffekte durch Einsetzen der Prävalenzen $\hat{p}_j^{2022, KV}$ aus Abschnitt 1.5
$VR_{diag, 2023}^{KV}$	Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 604. Sitzung am 18. August 2021
$VR_{diag, 2024}^{KV}$	Veränderungsdaten gemäß Nr. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 663. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Für jede in Formel (14) verwendete Veränderungsrate können Einzelbeiträge je Risikoklasse bestimmt werden:

$VR_{diag, 2023}^{KV}$ entnehmen aus Bericht zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2023

$VR_{diag, 2024}^{KV}$ entnehmen aus Bericht zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2024

$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV}$ neu berechnen nach Abschnitt 3.3.1

$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV}$ neu berechnen nach Abschnitt 3.3.1

$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV, bereinigt}$ neu berechnen und für Kodiereffekte bereinigen nach Abschnitt 3.3.1

Diese Einzelbeiträge für die verwendeten Veränderungsdaten werden je Risikoklasse und KV-Bezirk zu einem Einzelbeitrag zur diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025 kombiniert. Dazu werden zunächst die Risikoklassen in eine zufällige Reihenfolge α gebracht. Eine Veränderungsrate VR mit Berücksichtigung der ersten i Risikoklassen in der Reihenfolge α wird mit

$$VR_i^{KV, \alpha} = \begin{cases} 0 & \text{für } i = 0 \\ \sum_{k=1}^i E_k^{KV, \alpha} & \text{sonst} \end{cases} \quad (15)$$

bezeichnet. Damit werden Veränderungsdaten

$$VR_{i, diag, 2025}^{KV, \alpha} = \frac{(1 + VR_{i, 2019 \rightarrow 2020}^{KV, \alpha}) \cdot (1 + VR_{i, 2020 \rightarrow 2021}^{KV, \alpha}) \cdot (1 + VR_{i, 2021 \rightarrow 2022}^{KV, bereinigt, \alpha})}{(1 + VR_{i, diag, 2023}^{KV, \alpha}) \cdot (1 + VR_{i, diag, 2024}^{KV, \alpha})} - 1 \quad (16)$$

mit Berücksichtigung der ersten i Risikoklassen in zufälliger Reihenfolge α bestimmt. Die Differenz

$$E_i^{KV, \alpha} = VR_{i, diag, 2025}^{KV, \alpha} - VR_{i-1, diag, 2025}^{KV, \alpha} \quad (17)$$

von $VR_{i, diag, 2025}^{KV, \alpha}$ mit den ersten i Risikoklassen und $VR_{i-1, diag, 2025}^{KV, \alpha}$ mit den ersten $i - 1$ Risikoklassen ist der Einzelbeitrag der Risikoklasse i .

Die Summe dieser Einzelbeiträge $E_i^{KV, \alpha}$ ergibt (bis auf kleine rundungsbedingte Abwei-

chungen) je KV-Bezirk die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2025. Da $E_i^{KV,\alpha}$ von der Reihenfolge α abhängt, wird der Mittelwert über 10000 zufällige Reihenfolgen gebildet, um die in den Excelmappen berichteten Einzelbeiträge je Risikoklasse für die diagnosebezogene Veränderungsrate zu erhalten.

Teil D

Weiterentwicklungen

1	Weiterentwicklung der Datengrundlage	76
2	Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	76
3	Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	76
3.1	Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	77
3.2	Weiterentwicklung des Klassifikationssystems	82
3.2.1	Einleitung	82
3.2.2	Grundlagen zum Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V (KS87a)	83
3.2.3	Grundsätze der Bearbeitungen	86
3.2.4	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2024 der ICD-10-GM	98
3.2.5	DxG- und (H)CC-Umbenennungen im ICD-Bereich „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, ... (C81-C96)“	105
3.2.6	Änderung von zwei Hierarchien zur Beseitigung entsprechender Hierarchieverletzungen.....	107
3.3	Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsraten	108
3.3.1	Versicherte mit dem Flag P115 (Ukraineflüchtlinge im Übergangszeitraum)	108
3.3.2	Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie.....	109
3.3.3	Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern.....	109
3.3.4	Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“	109
3.3.5	Verkettung der Veränderungsdaten zur Glättung der Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie	109
3.3.6	Bereinigung von Kodiereffekten	110

1 Weiterentwicklung der Datengrundlage

Neben der Aktualisierung der Datengrundlage wurden keine nennenswerten Änderungen gegenüber dem Vorjahr vorgenommen. Im Rahmen der diesjährigen Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe wurden wie in den Vorjahren Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten markiert. Eine Besonderheit im Berichtsjahr 2022 stellt dabei die Markierung von ca. 100.000 Personen dar, die als Flüchtlinge aus der Ukraine nach Deutschland gekommen sind und deren Abrechnungsdaten in einem Übergangszeitraum vom 1. Juni bis 31. August 2022 unvollständig sein könnten. Zu den Einzelheiten siehe Abschnitt 2.3 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichtes.

2 Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

Gegenüber den Festlegungen des Vorjahres hat es keine Weiterentwicklungen gegeben.

3 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009 die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems beschlossen. Der Bewertungsausschuss hat anschließend in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 Vorgaben zur Weiterentwicklung beschlossen. Als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung wurde dort das vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung in Beschlussteil B, Nr. 2.3 beschlossene Modell unter Verwendung der Version p06 des Klassifikationssystems festgelegt. Dieses Klassifikationsmodell¹ wurde für die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2010 verwendet. Es folgte eine Weiterentwicklung zum Klassifikationsmodell für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten des Jahres 2013². Darauf aufbauend wurden in den Folgejahren die Klassifikationsmodelle für die Ermittlung der Veränderungsdaten für die Jahre 2014 bis 2024 entwickelt und angewendet. In den folgenden Abschnitten wird die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2024 hin zu dem Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2025 dargestellt.

¹Das Klassifikationsmodell wird 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“.

²Vgl. „Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V“ sowie analoge Berichte für die Veränderungsdaten der Jahre 2015-2024.

3.1 Übersicht über die Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Weiterentwicklungen des Klassifikationsmodells für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2020/2021 (KM87a_2023) hin zum Klassifikationsmodell für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2021/2022 (KM87a_2024). 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 Veränderungsraten.

Tabelle 1: Vergleich des Klassifikationsmodells für die Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsraten 2021/2022 mit dem Vorjahresmodell

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	2020/2021 (KM87a_2023)	2021/2022 (KM87a_2024)
Datengrundlage		
Berichtsjahre	2019 - 2021	2020 - 2022
GSP-Daten	Stand vom 12.04.2023	Stand vom 24. April 2024
SV-Daten	Stand vom 12.04.2023	Stand vom 24. April 2024
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist; Ausnahme: kein Ausschluss von Versicherten mit dem Flag P115 (Ukraineflüchtling in Übergangszeit) wenn für diese mind. ein Fall im Quartal 2022/2 oder ein Versicherten-Stammdatensatz in 2020/1 bis 2022/1 vorliegt
Kappung der Versicherungstage	auf die Quartalslänge	auf die Quartalslänge bzw. für die mit ausschließlich dem Flag P115 markierten Versicherten, die im zweiten Quartal 2022 keinen abgerechneten Falldatensatz in der Satzart 202 und in den Quartalen 1/2020 bis 1/2022 keinen Versicherten-Stammdatensatz aufweisen, im dritten Quartal 2022 auf maximal 30 Tage
Fälle ohne Leistungsbedarf		Ausschluss
Identifikation Selektivvertragsteilnehmer	mindestens ein Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme	

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	2020/2021	2021/2022
Identifikation Wohnausländer	Auf Grundlage des letzten Versichertenquartals je Jahr werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen zu ermittelnde Krankenkasse ihren Sitz im ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert „AUSLA“, so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.	
Diagnosen von nicht zur Diagnose verpflichteten Ärzten	kein Ausschluss	
Version der KM6-Statistik dokumentierte Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“	2020 und 2021	2021 und 2022 verwendet als Ausprägung „weiblich“
Klassifikation		
Version des Klassifikationsystems	p17a	p18a
Berechnung der Relativgewichte		
verwendete Geburtskalendertage	6, 13, 19, 20, 26	6, 13, 20, 26, 27
Jahresbezüge des prospektiven Modells	2019 und 2021	2020 und 2022

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	2020/2021	2021/2022
MGV-Leistungsbedarf	in der Einheit Punkte	in der Einheit Punkte; Leistungen, die als Corona-NVA gekennzeichnet sind, werden nur anteilig berücksichtigt. Der Anteil ergibt sich für das erste und zweite Quartal 2022 aus den Unterschreitungsbeiträgen, die je KV und Quartal durch den Leistungsbedarf der gekennzeichneten Leistungen geteilt werden.
Annualisierung des Leistungsbedarfs	ja, mit Anzahl an Versichertenquartalen im jeweiligen Jahr	
Abhängige Variable im Regressionsmodell	relativer MGV-Leistungsbedarf	
Regionale Abgrenzung	bundeseinheitlich	
versichertenzeitvollständig	nur Berücksichtigung von Versicherten, die mindestens 45 Tage in jedem Quartal eines Jahres versichert waren (Ausnahme: Quartal des Todes und die Folgequartale im Jahr des Todes)	
SV-Teilnehmer in der Stichprobe	Ausschluss	
Personen mit Kostenübernahme nach § 264 SGB V (sog. Betreute)	Ausschluss von Personen mit Wert 1 in Feld 14 (Kennzeichen Betreute) der Satzart 201 in mindestens einem der Berichtsjahre	
Wohnausländer	Ausschluss von Versicherten, die in mindestens einem der Berichtsjahre als Wohnausländer identifiziert wurden und die im entsprechenden Jahr einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind	
Kompression	Auswahl von HCCs auf Basis der ökonomischen Relevanz, der Größe des Relativgewichts und des maximalen Beitrags zur erklärten Varianz als THCCs. Nicht ausgewählte HCCs gehen in RHCCs ein.	

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	2020/2021	2021/2022
Kalibrierung	Sicherstellung von ausschließlich positiven und signifikanten Relativgewichten durch mögliches Nullsetzen von HCCs in RHCCs, Zusammenlegen von AGGs, Eingliedern von THCCs in RHCCs	
Berechnung der Veränderungsraten		
Anwendungsjahre	2020 und 2021	2021 und 2022
verwendete Geburtskalendertage	2020: 6, 12, 13, 19, 20, 26, 27 2021: 2, 6, 13, 19, 20, 26, 27	2021: 2, 6, 13, 19, 20, 26, 27 2022: 2, 6, 9, 13, 20, 26, 27
Regionale Abgrenzung	KV-spezifisch	
versicherungszeitlich ausreichend	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 Versicherungszeit Abrechnungsfälle vorliegen	
KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern	Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Bayern	keine
Personen mit Kostenübernahme nach § 264 SGB V (sog. Betreute)	Ausschluss von Personen mit Wert 1 in Feld 14 (Kennzeichen Betreute) der Satzart 201 in mindestens einem der Anwendungsjahre	
Wohnausländer	Ausschluss von Versicherten, die in mindestens einem der Anwendungsjahre als Wohnausländer identifiziert wurden und die im entsprechenden Jahr einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind	
Diagnosen (Nicht-SV-Teilnehmer)	Verwendung aller Diagnosen	Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“
Diagnosen (SV-Teilnehmer)	Verwendung von ausschließlich nicht hausärztlichen Diagnosen	keine Berücksichtigung der SV-Teilnehmer
SV-Diagnosen	keine Verwendung	

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	2020/2021	2021/2022
Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF)	Berechnung mit Hochrechnungsfaktoren je KV, Alters- und Geschlechtsgruppe, Wohnausländerstatus und Jahr. Beachtung der Verteilung der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Daten. Wohninländer: Hochrechnung auf Anzahl Versicherte gemäß ANZVER-Daten. Wohnausländer: Hochrechnung auf Anzahl Versicherte gemäß KM6-Daten	
Korrekturfaktor der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“	Berechnung mit Korrekturfaktoren in ausgewählten KV-Bezirken je Alters- und Geschlechtsgruppe und Jahr	keine Berücksichtigung der SV-Teilnehmer
Berechnung der Veränderungsrate ³	$VR_{2020 \rightarrow 2021}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2021, KV}}{\bar{y}^{2020, KV}} - 1$ Ausnahme: Berechnung der Veränderungsrate für die ausgewählten KV-Bezirke (Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Bayern). In diesen 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.	$VR_{2021 \rightarrow 2022}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2022, KV}}{\bar{y}^{2021, KV}} - 1$

3.2 Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

3.2.1 Einleitung

Im Jahr 2023 erfolgte die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V für das Jahr 2024 mit dem Klassifikationsmodell „KM87a_2023“. Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem (KS87a) war die Version p17a.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012

³Die Bezeichnung der verwendeten Variablen ist analog zu den Bezeichnungen in den Formeln in Teil C.

zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V (siehe Abschnitt 3.2.3.1) erfolgte die jährliche Weiterentwicklung von der Version p17a zur Version p18a.

Die Version p18a wurde am 4. Juni 2024 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben. In seiner 728. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 zu verwendende Klassifikationsmodell beschlossen („KM87a_2024“). Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem ist die Version p18a.

Die Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems von der Version p17a zur Version p18a umfassen insgesamt:

- Anpassung des Klassifikationssystems an die Jahresversion 2024 der ICD-10-GM (siehe Abschnitt 3.2.4),
- DxG- und (H)CC-Umbenennungen im ICD-Bereich „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, ... (C81-C96)“ (siehe Abschnitt 3.2.5) und
- Änderung von zwei Hierarchien zur Beseitigung entsprechender Hierarchieverletzungen (siehe Abschnitt 3.2.6).

In der folgenden Tabelle 2 sind die Parameter der KS87a-Versionen p17a und p18a gegenübergestellt.

Tabelle 2: Parameter der Versionen p17a und p18a des Klassifikationssystems

Parameter	Version p17a	Version p18a
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	34	34
Diagnosegruppen (DxG)	859	859
Risikokategorien (CC/HCC)	192	192
Hierarchien (CC→HCC)	284	283
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	32	32
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	2016 bis 2023	2017 bis 2024

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

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

Die Zuordnung von Diagnosen zu diagnosebezogenen Risikokategorien erfolgt bis zur Ebene der unkomprimierten Risikokategorien in zwei Gruppierungsschritten. Im ersten

Schritt werden alle gültigen ICD-Kodes (ca. 15.300) in aktuell 859 Diagnosegruppen (Dx-Gruppen, DxG) zusammengefasst. Im zweiten Schritt werden die Dx-Gruppen den aktuell 192 diagnosebezogenen Risikokategorien (Condition Categories, CC bzw. Hierarchical Condition Categories, HCC) zugeordnet.

Zum Zweck einer zusammenfassenden Übersicht ist jede CC bzw. HCC genau einer von 32 aggregierten Risikokategorien (Aggregated Condition Categories, ACC) zugeordnet.

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

3.2.2.1.1 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-(H)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.

3.2.2.1.2 Alter und Geschlecht als Kriterien für ICD-DxG-(H)CC-Überleitungen

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

3.2.2.1.3 Einfache und doppelte ICD-(H)CC-Überleitungen

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

In wenigen Einzelfällen wird eine ICD-Schlüsselnummer unabhängig von den genannten Kriterien immer gleichzeitig in zwei Risikokategorien übergeleitet. Zum Beispiel (KS87a-Version p18a) wird „I13.20 Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise“ gleichzeitig der „(H)CC080 Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH“ und auch der „(H)CC207 Progrediente Niereninsuffizienz“ zugeordnet. In den folgenden Ausführungen wird in diesen Fällen die Begrifflichkeit „doppelte ICD-(H)CC-Überleitung“ verwendet.

3.2.2.2 Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems

Die Hierarchisierung der Risikokategorien gehört zu den Grundsätzen von diagnosebasierten Versichertenklassifikationssystemen, bei denen Versicherte nicht in disjunkte Risikokategorien klassifiziert werden. Die Hierarchien dienen dazu, dass die schwerwiegenderen Erkrankungen oder Zustände in der Regel die weniger schwerwiegenden dominieren.

Im Klassifikationssystem p18a stehen die meisten diagnosebezogenen Risikokategorien (145 von 192) untereinander in einer oder mehreren hierarchischen Beziehungen. Das heißt, sie sind einander über- oder untergeordnet. Die folgende Abbildung 1 soll dies beispielhaft verdeutlichen.

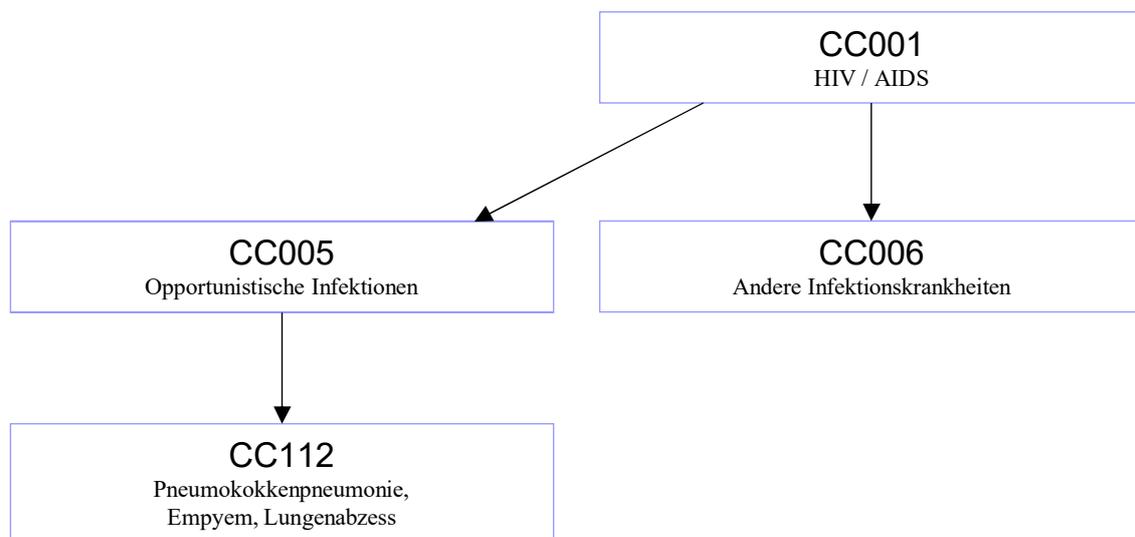


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung von Hierarchiebeziehungen zwischen Risikokategorien

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

Wird einem Versicherten aufgrund seiner kodierten Diagnosen sowohl die CC001 als auch die CC005 zugewiesen, bewirkt die Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems, dass die CC005 bei diesem Versicherten unterdrückt (gelöscht) und die CC001

(Condition Category 001) zur HCC001 (Hierarchical Condition Category 001) wird.

3.2.2.3 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) des Klassifikationssystems

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

3.2.3 Grundsätze der Bearbeitungen

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

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

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

3.2.3.1.1 Anwendungsbedingungen

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

- keine ambulanten Kodierrichtlinien zur Sicherstellung einheitlicher Diagnosequalität vorhanden sind (siehe auch Abschnitt 3.2.3.2),
- weitere regional unterschiedliche Gegebenheiten, insbesondere unterschiedliche Abgrenzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, vorliegen können und
- die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 4 SGB V auf der Ebene aller Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen hat.

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

3.2.3.1.2 Kriterien und Ziele

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

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

3.2.3.1.3 Rahmenvorgaben

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung legt den Rahmen für

die Anpassung des Klassifikationssystems fest. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in der Arbeitsgruppe Grouperanpassung bzw. medizinische Grouperanpassung des Bewertungsausschusses.

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

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

3.2.3.2 Änderung der Anwendungsbedingungen aus BA-Beschluss 269. Sitzung (siehe Abschnitt 3.2.3.1.1)

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, verbindliche Vorgaben zum Kodieren der Behandlungsdiagnosen zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Diese Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren.

Die Kodiervorgaben wurden fristgerecht durch die Vertreterversammlung am 12. Juni 2020 beschlossen. Zur Einbindung der Vorgaben in die Softwaresysteme hat die KBV die hierfür notwendigen Vorarbeiten geleistet und den Herstellern seit April 2021 ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren angeboten. Da das Thema im § 295 Abs. 4 SGB V verortet ist, müssen alle betroffenen Hersteller der KBV die korrekte Umsetzung nachweisen. Danach sollten die Systeme in den Praxen bis zum 31. Dezember 2021 zur Verfügung gestellt werden.

Erste Systeme konnten den Zeitrahmen einhalten und sind pünktlich zum 1. Januar 2022 in den Praxen an den Start gegangen. Bei anderen kam es zu Verzögerungen. Die Ursachen dafür basierten nicht auf grundsätzlichen Ablehnungen des Themas, sondern lassen sich mit den vielen gleichzeitig umzusetzenden Themen begründen, welche die Kapazitäten der Hersteller in allen Bereichen – Entwicklung, Testung, Zertifizierung, Auslieferung und Support – binden.

Um eine Lösung zu finden, die Sicherheit für die Praxen bringt, erfolgte eine Verlängerung des Zertifizierungszeitraumes bis zum 30. Juni 2022. Seit dem 1. Juli 2022 sind die Kodiervorgaben bei ca. 2/3 der Praxen implementiert. Eine nahezu flächendeckende

Implementierung ist ab dem vierten Quartal 2022 gewährleistet.

Im oben genannten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde auch festgelegt, dass Kodiereffekte, die durch die Einführung und Aktualisierung der Kodiervorgaben entstehen, in den Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsraten zu bereinigen sind (§ 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V). Zu solchen Kodiereffekten konnte es erstmals bei den Behandlungsdiagnosen aus 2022 kommen. Im 2024er Klassifikationsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2025 (Datenjahre 2020 bis 2022) wurde diese Bereinigung deshalb erstmals durchgeführt (siehe Abschnitt 1.5).

Aus den Kodiervorgaben, die 2022 gültig waren, ergab sich kein Anlass, Zuordnungen des Klassifikationssystems zu ändern.

3.2.3.3 Ausgestaltung des Regelwerks für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

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

- ein Regelwerk für die Anpassungen an neue Jahresversionen der ICD-10-GM (siehe Abschnitt 3.2.3.3.1),
- Kriterien für die Beurteilung der klinischen Homogenität von Diagnosegruppen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.2),
- Begriffsdefinition und Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.3),
- Operationalisierung der Zielsetzung der ökonomischen Homogenität der diagnosebezogenen Risikokategorien (siehe Abschnitt 3.2.3.3.4) und
- Grundsätze für die Überleitung sekundärer Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems KS87a (siehe Abschnitt 3.2.3.3.5).

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

In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) zu verschlüsseln

(§ 295 Abs. 1 SGB V). Die ICD-10-GM wird vom BfArM in jedem Kalenderjahr in einer neuen geänderten Fassung herausgegeben. Dadurch ist es notwendig, auch das Klassifikationssystem regelmäßig an die jeweils neue Jahresversion der ICD-10-GM anzupassen.

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

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

Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern der ICD-10-GM

Die jeweilige Jahresversion der ICD-10-GM enthält im Regelfall neue Schlüsselnummern im Vergleich zur Vorversion. Diese neuen Diagnosecodes werden in das Klassifikationssystem integriert, indem für sie jeweils Überleitungen in die bereits vorhandenen diagnosebezogenen Risikokategorien erstellt werden. Neben der Auswahl der zuzuordnenden Risikokategorie werden für diese neuen ICD-(H)CC-Überleitungen auch die weiteren Parameter – Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, untere Altersgrenze, obere Altersgrenze und Geschlecht – festgelegt, die gegebenenfalls die Überleitung beeinflussen. Außerdem erhalten sie eine Markierung für das Gültigkeitsjahr der neuen Version der ICD-10-GM. Für alle Vorjahre werden sie als ungültig markiert.

Bei der Überleitung der neuen Codes gilt der Grundsatz: Eine neue Schlüsselnummer wird genauso übergeleitet wie die Schlüsselnummer, die voraussichtlich ausgewählt worden wäre, wenn die gleiche Diagnose mit der ICD-Vorjahresversion kodiert worden wäre. Am Beispiel des Codes „T86.84 Versagen und Abstoßung: Mammatransplantat ohne Hautanteil“, der 2024 neu in die ICD-10-GM aufgenommen wurde, soll dieser Grundsatz veranschaulicht werden.

Die ICD-Version 2023 ermöglicht die Kodierung des Versagens und der Abstoßung sonstiger transplantierte Organe und Gewebe nur mit den folgenden Schlüsselnummern:

- T86.81 Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat
- T86.82 Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat
- T86.83 Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges
- T86.88 Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe

Sollte in 2023 das Versagen und die Abstoßung eines Mammatransplantates ohne Hautanteil verschlüsselt werden, war korrekterweise der ICD-Code „T86.88 Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe“ anzugeben. Die Schlüsselnummer T86.88 wird im Klassifikationssystem in die Risikokategorie „(H)CC175 Z.n. Gewebetrans-

plantation, Versagen, Abstoßung nach Organtransplantation“ übergeleitet. Ab 2024 gibt es für das Versagen und die Abstoßung eines Mammatransplantates ohne Hautanteil den spezifischen ICD-Kode „T86.84 Versagen und Abstoßung: Mammatransplantat ohne Hautanteil“. Soll jetzt diese Krankheit verschlüsselt werden, ist korrekterweise der neue, genauere Code anzugeben. Die Integration der neuen Schlüsselnummer T86.84 in das Klassifikationssystem erfolgt entsprechend dem oben genannten Grundsatz so, dass sie – genau wie der Code T86.88 – in die Risikokategorie „(H)CC175 Z.n. Gewebetransplantation, Versagen, Abstoßung nach Organtransplantation“ übergeleitet wird.

Wichtigste Orientierungshilfe für die Integration neuer Schlüsselnummern in das Klassifikationssystem ist die mit jeder Jahresversion der ICD-10-GM vom BfArM herausgegebene Überleitungstabelle zwischen der neuen und der Vorjahresversion. Diese wird durch das BfArM parallel zur Überarbeitung der ICD-10-GM erstellt, um die einheitliche Anpassung der Systeme, die die ICD-10-GM nutzen, zu gewährleisten.

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

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

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

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

3.2.3.3.2 Kriterien für „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“

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

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

- Lokalisation (Organ, Organsystem, Körperteil, -abschnitt, -seite),
- Ätiologie,
- Komplikation(en),

- Komorbiditäten,
- Schweregrad/Stadium,
- Verlauf,
- akute oder chronische Erkrankung sowie
- Behandlung stationär oder ambulant.

Die Kriterien für die „klinische Homogenität von Diagnosegruppen“ sollen grundsätzlich herangezogen werden, wenn Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems mit der Zielsetzung der Verbesserung der Zuordnung von Diagnosen zu klinisch homogenen Diagnosegruppen erfolgen. Aber in Bezug auf die jeweiligen spezifischen Bearbeitungsbereiche werden einerseits nicht immer alle Kriterien zutreffen können, andererseits wird es eventuell erforderlich sein, die vorliegenden Kriterien zu erweitern. Die aufgeführte Liste ist somit nicht als abschließend zu betrachten. Beispielsweise wurde bei einzelnen Anpassungen des Klassifikationssystems als weiteres Kriterium auch „Krankheit/Symptom“ berücksichtigt.

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

Zum Beispiel kann aus den ICD-Schlüsselnummern

I50.00 Primäre Rechtsherzinsuffizienz

I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

kein Schweregrad abgeleitet werden, wie bei den Codes

I50.02! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)

I50.03! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)

I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)

I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV).

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

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

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

Ergänzend wurde festgelegt, dass die für die einzelnen Bearbeitungsbereiche zutreffenden Kriterien jeweils zu priorisieren sind. Die Auswahl und Priorisierung der Kriterien für

„klinische Homogenität“ erfolgt für die einzelnen Bearbeitungsbereiche erstmals vor Beginn der Bearbeitung und wird im Verlauf kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst.

3.2.3.3.3 Begriffsdefinition und Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen

Grundsätzliches zur Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems wird bereits im Abschnitt 3.2.2.2 beschrieben. Die Hierarchien dienen dazu, dass die schwerwiegenderen Erkrankungen oder Zustände die weniger schwerwiegenden dominieren. Liegt eine Hierarchieverletzung vor, kann dieses Ziel möglicherweise nicht erreicht werden.

Begriffsdefinition „Hierarchieverletzung“

Eine Hierarchieverletzung zwischen zwei untereinander hierarchisierten Risikokategorien liegt vor,

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

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

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

SQR_{Null}	Summe der Residuenquadrate für das Nullhypothesenmodell (mit Restriktionen)
$SQR_{unrestr}$	Summe der Residuenquadrate für das unrestringierte Modell
L	Anzahl der Restriktionen
T	Zahl der Beobachtungen (Zahl der Versicherten)
K	Zahl der unabhängigen Variablen im unrestringierten Modell
F	F-Wert (unter der Nullhypothese ist dieser F-verteilt mit L Freiheitsgraden)

im Zähler und $T - K$ Freiheitsgraden im Nenner)

In der folgenden Abbildung 2 ist die Feststellung einer Hierarchieverletzung graphisch dargestellt.

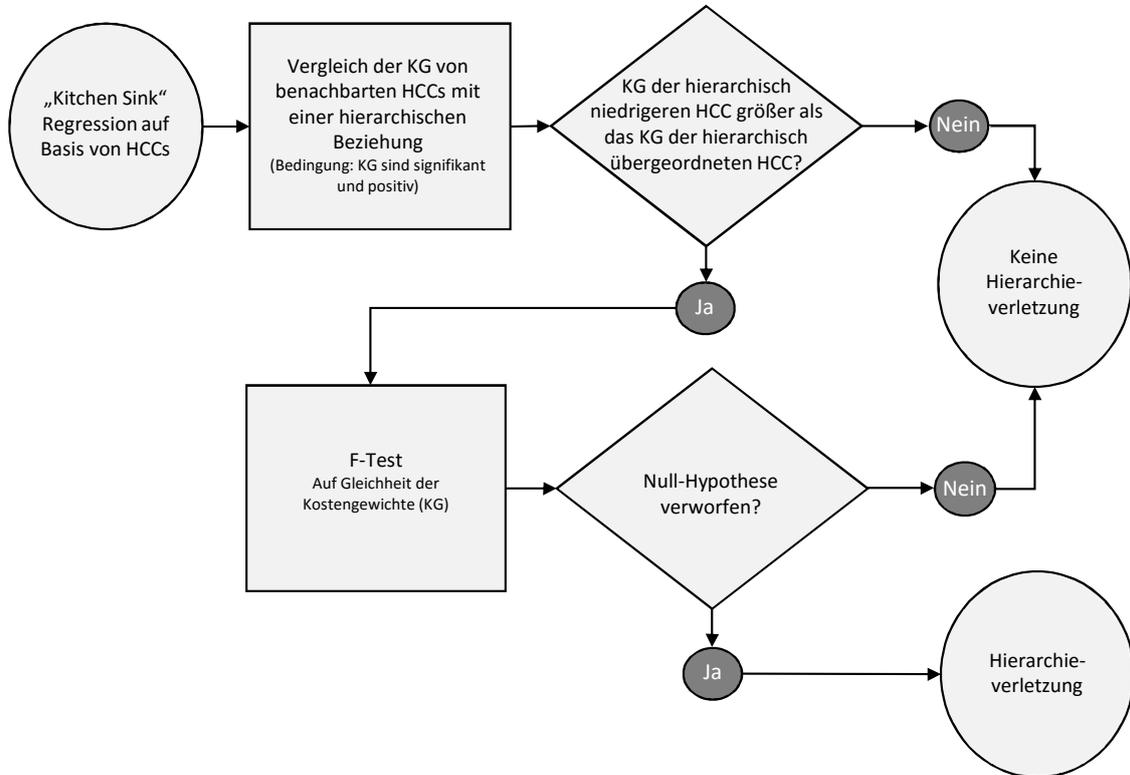


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Feststellung einer Hierarchieverletzung

Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen

Gemeinsam mit der Definition des Begriffs „Hierarchieverletzung“ wurde das folgende Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen erarbeitet.

- Die Feststellung einer Hierarchieverletzung erfolgt grundsätzlich definitionsgemäß, also insbesondere nach Validierung mit dem F-Test (Signifikanzniveau: 5 %).
- Zusätzlich wird untersucht, ob diese Hierarchieverletzung eine gewisse Konstanz hat, d.h. ob sie bereits bei früheren Versionen des Klassifikationssystems und/oder bei anderen Datenabgrenzungen vorhanden war.
- Bei jeder festgestellten und mit dem F-Test validierten Hierarchieverletzung ist zu untersuchen, ob sie gegebenenfalls unter medizinischen Gesichtspunkten tolerabel ist.
- Erst wenn dies nicht zutrifft, wird die Bearbeitung dieser Hierarchieverletzung eine Aufgabe im Rahmen der medizinischen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems.

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

- Entfernung der Hierarchie
- Änderung (Umkehrung) der Hierarchie
- Änderung der ICD-Zuordnung zu den untereinander hierarchisierten Risikokategorien
- Neuaufnahme von Hierarchien
- Akzeptanz der Hierarchieverletzung (im Ausnahmefall),
 - wenn die vorliegende Hierarchie medizinisch sinnvoll ist und/oder
 - wenn die Bewertungen der beiden untereinander hierarchisierten Risikokategorien sehr nah beieinanderliegen, wobei dabei zunächst unbestimmt bleibt, was als „sehr nah“ anzusehen ist.

3.2.3.3.4 Operationalisierung der Zielsetzung der ökonomischen Homogenität der diagnosebezogenen Risikokategorien

Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gemäß § 87a Abs. 5 SGB V wurde unter „Kriterien und Ziele“ (siehe Abschnitt 3.2.3.1.2) formuliert: „Die Risikokategorien des Klassifikationssystems sollen möglichst ökonomisch homogen sein.“

Für die Bewertung der ökonomischen Homogenität von Risikokategorien innerhalb des Klassifikationsmodells wurde im Rahmen der Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems durch das Institut des Bewertungsausschusses nach den jeweiligen Vorgaben der Trägerorganisationen in den Arbeitsgruppen Grouperanpassung bzw. medizinische Grouperanpassung des Bewertungsausschusses das folgende Konzept entwickelt, getestet und geeinigt.

Im Vordergrund der Beurteilung der ökonomischen Homogenität von Risikokategorien steht nicht die Beurteilung der im Klassifikationssystem bereits existierenden diagnosebezogenen Risikokategorien. Zunächst soll die Betrachtung der ökonomischen Homogenität einen Beitrag zur Beurteilung von Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems leisten, z.B. wenn neue diagnosebezogene Risikokategorien gebildet oder die ICD-Zuordnungen zu den vorhandenen geändert werden, bzw. wenn vorhandene diagnosebezogene Risikokategorien gesplittet oder fusioniert werden.

Solche Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems sind grundsätzlich durch medizinisch fachliche Gründe veranlasst. Als Lösungsmöglichkeit bei der Operationalisierung der Zielsetzung der ökonomischen Homogenität der diagnosebezogenen Risikokategorien wurde deshalb eine Kombination aus den Methoden zur Ermittlung geeigneter Messgrößen und dem Aspekt der jeweiligen medizinisch fachlichen Begründung wie folgt in das Regelwerk für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems aufgenommen:

- Die Zielsetzung der ökonomischen Homogenität der diagnosebezogenen Risikokategorien wird grundsätzlich so interpretiert, dass alle Diagnosegruppen (DxG), die in die gleiche Risikokategorie übergeleitet werden, möglichst ähnliche Leistungsbedarfe verursachen sollen. Als Grundlage zur Bewertung der verursachten Leistungsbedarfe dienen dabei die Kostengewichte dieser DxG. Bei der Bewertung der ökonomischen Homogenität sollen außerdem Komorbiditäten berücksichtigt werden.
- Bei Änderungen im Klassifikationssystem mit Umstrukturierung bzw. Neubildung von diagnosebezogenen Risikokategorien sollen Variationskoeffizienten der Kostengewichte aller DxG innerhalb einer CC als Kennzahl für die Bewertung der ökonomischen Homogenität dieser CC ermittelt und berücksichtigt werden. Grundsätzlich wird die ökonomische Homogenität als größer eingeschätzt, je kleiner der Wert des Variationskoeffizienten ist. Die Variationskoeffizienten sollten sich dementsprechend im Vorher-Nachher-Vergleich möglichst nicht vergrößern.
- Zur Einschätzung der Komorbidität zweier DxG wird eine Burt-Matrix aus den bivariaten Häufigkeiten aller DxG-Kodes einer ACC erstellt.
- Als Maß für das gemeinsame Auftreten von zwei DxG-Kodes bei Versicherten innerhalb einer ACC werden zwei Arten von Kennzahlen berechnet:
 - Komorbiditätskoeffizienten: Die Anzahl Versicherter mit gemeinsamem Auftreten beider DxG multipliziert mit der Anzahl Versicherter mit Auftreten der ACC relativ zum Produkt der zwei Anzahlen von Versicherten mit Auftreten jeweils einer der beiden DxG
 - Komorbiditätskennzahlen: Die Anzahl Versicherter mit gemeinsamem Auftreten beider DxG relativ zum Minimum der zwei Anzahlen von Versicherten mit Auftreten jeweils einer der beiden DxG.
- Bei der Umsetzung vorgesehener Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems dienen die quantitativen Prüfungen zur ökonomischen Homogenität als weiteres Entscheidungskriterium. Es besteht Einvernehmen darin, dass die genannten Kennzahlen als empirisches Hilfsmittel bei der Entscheidung zur Umsetzung der aus medizinisch fachlicher Sicht erforderlichen Änderungen herangezogen werden.
- Dieses Vorgehen stellt einen Konsens der Trägerorganisationen aufgrund des gegenwärtigen Diskussions- und Wissensstandes dar. Es ist nicht ausgeschlossen, dass zukünftig im Einvernehmen von dem oben genannten Vorgehen abgewichen werden kann.

3.2.3.3.5 Grundsätze für die Überleitung sekundärer Schlüsselnummern der ICD-10-GM in die diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems KS87a

Sekundäre Schlüsselnummern der ICD-10-GM

Zur Kodierung der medizinischen Diagnosen stehen in der ICD-10-GM primäre und sekundäre Schlüsselnummern zur Verfügung. Die sekundären Schlüsselnummern dürfen nur in Kombination mit einer primären Schlüsselnummer verwendet werden. In der ICD-10-GM sind sie durch ein Sternchen (*) oder ein Ausrufezeichen (!) als letztes Zeichen des jeweiligen Kodes gekennzeichnet.

Die sekundären Schlüsselnummern dienen zur Ergänzung bzw. Präzisierung der medizinischen Aussage der jeweiligen Diagnose. Solche zusätzlichen Informationen von Sekundärkodes können z.B. sein:

- Organmanifestationen, Komplikationen, Begleiterkrankungen oder Schweregrade einer Krankheit
- der eine Krankheit verursachende Erreger, gegebenenfalls auch bestimmte Arzneimittelresistenzen dieses Erregers und gegebenenfalls auch der Nachweisstatus dieses Erregers
- Schwangerschaftsdauer
- Ausmaß des Weichteilschadens bei offenen Frakturen
- Größe der betroffenen Körperoberfläche bei Verbrennungen und Verätzungen
- äußere Ursachen von Erkrankungen

Überleitung sekundärer ICD-Schlüsselnummern in die diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p16a zur Version p17a erfolgte eine umfangreiche Überarbeitung der Zuordnung von ICD-Sekundärkodes zu den Risikokategorien des Klassifikationssystems. Der Fokus lag dabei auf den ICD-Sekundärkodes mit „!“.

Als Basis dieser Bearbeitung wurden die folgenden drei Grundsätze für die Überleitung von ICD-Sekundärkodes zu den Risikokategorien des Klassifikationssystems erarbeitet. Grundlage dieser drei alternativen Zuordnungsgrundsätze sind die allgemeinen Grundlagen der Zuordnung von ICD-Kodes zu den diagnosebezogenen Risikokategorien des Klassifikationssystems, die bereits im Abschnitt 3.2.2.1 beschrieben sind.

1. Primärkode und Sekundärkode werden jeweils in unterschiedliche Risikokategorien übergeleitet, weil beide Diagnosebestandteile einen eigenständigen Behandlungsaufwand in der ambulanten Versorgung verursachen.
2. Primärkode und Sekundärkode werden gemeinsam in die gleiche Risikokategorie übergeleitet, weil die Zusatzinformation des Sekundärkodes keinen eigenständigen Behandlungsaufwand in der ambulanten Versorgung verursacht.
Möglich ist hier auch, dass der Sekundärkode in die spezielle „(H)CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-(H)CC“ übergeleitet wird.
3. Sekundärkodes, die grundsätzlich keinen Behandlungsaufwand in der ambulanten Versorgung verursachen, werden unabhängig vom Primärkode in die spezielle „(H)CC201 NonCW-(H)CC“ übergeleitet.

3.2.4 Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2024 der ICD-10-GM

3.2.4.1 Neue ICD-CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern

Gegenüber der 2023er Version hat die Version 2024 der ICD-10-GM insgesamt 45 neue Schlüsselnummern, die u.a. die folgenden Diagnosen und Bereiche betreffen:

- Einführung neuer Schlüsselnummern zur Unterteilung des akuten subendokardialen Myokardinfarkts nach dem Infarkt-Typ
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern zur spezifischeren Kodierung der pulmonalen Hypertonie
- Einführung neuer Schlüsselnummern für das akute Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen [ARDS]
- Aufnahme je einer neuen Schlüsselnummer für
 - chronische Virushepatitis E
 - Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule
 - Kälteagglutininkrankheit [CAD]
 - posturales Tachykardiesyndrom [PoTS]
 - Abszess der Harnblasenwand
 - Versagen und Abstoßung eines Mamma-Transplantats ohne Hautanteil
 - Insulinresistenz bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 (als Sekundär-Kode)
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern zur Unterteilung des Pyothorax mit Fistel nach der Fistel-Lokalisation
- Einführung neuer Schlüsselnummern zur anatomisch noch spezifischeren Kodierung von Frakturen des Jochbeins und des Oberkiefers

Für die 45 neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 48 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien in das Klassifikationssystem aufgenommen. Eine der neuen Überleitungen erfolgt gleichzeitig in zwei Risikokategorien (doppelte ICD-(H)CC-Überleitung). Alle anderen sind einfache Überleitungen (siehe Abschnitt 3.2.2.1.3).

Die neuen Überleitungen erfolgen in der Regel nur in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter und Geschlecht (siehe Abschnitt 3.2.2.1.2). Ausnahmen hiervon bilden die Schlüsselnummern für das Hämangiom der knöchernen Wirbelsäule (D18.07), für das akute Atemnotsyndrom bei Kindern und Jugendlichen [ARDS] (J80.04, J80.05, J80.06) und für die Insulinresistenz bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 (U69.75!) (siehe dort).

Alle ICD-(H)CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2024 werden im Folgenden detailliert dargestellt, die Ausnahmebedingungen werden an entsprechender Stelle explizit genannt.

B18.8- Sonstige chronische Virushepatitis

B18.80 Chronische Virushepatitis E

B18.88 Sonstige chronische Virushepatitis

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC027 Chronische Hepatitis

D18.07 Hämangiom: Knöcherner Wirbelsäule

wird in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und unabhängig von Alter und Geschlecht übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC013 Andere Neubildungen

wird in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „Z“ und unabhängig von Alter und Geschlecht übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC200 Zustand nach Neubildung

D59.1- Sonstige autoimmunhämolytische Anämien

D59.10 Kälteagglutininkrankheit [CAD]

D59.18 Sonstige autoimmunhämolytische Anämien

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC044 Aplastische, hämolytische Anämien, Hämophilie

G90.8- Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems

G90.80 Posturales Tachykardiesyndrom [PoTS]

G90.88 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC071 Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie

I21.4- Akuter subendokardialer Myokardinfarkt

I21.40 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt

I21.41 Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt

I21.48 Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC081 Akuter Myokardinfarkt

I27.0- Primäre pulmonale Hypertonie

I27.00 Idiopathische und hereditäre pulmonale arterielle Hypertonie [IPAH und HPAH]

I27.01 Pulmonale arterielle Hypertonie assoziiert mit angeborenem Herzfehler, Krankheit des Bindegewebes und portaler Hypertension [APAH]

I27.02 Pulmonale arterielle Hypertonie induziert durch Arzneimittel, Droge, Toxin und Strahlung [DPAH]

I27.08 Sonstige primäre pulmonale Hypertonie

I27.21 Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung

I27.22 Pulmonale Hypertonie bei Lungenkrankheit und Hypoxie

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC080 Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH

J86.0- Pyothorax mit Fistel

J86.00 Pyothorax mit Fistel des Lungenparenchyms

J86.01 Pyothorax mit Fistel des Bronchus und der Trachea

J86.02 Pyothorax mit Fistel der Thoraxwand

J86.03 Pyothorax mit ösophagotrachealer Fistel

J86.04 Pyothorax mit ösophagopleuraler Fistel

J86.05 Pyothorax mit sonstiger ösophagealer Fistel

J86.08 Pyothorax mit sonstiger Fistel

J86.09 Pyothorax mit Fistel, nicht näher bezeichnet

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC112 Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess

N30.8- Sonstige Zystitis

N30.80 Abszess der Harnblasenwand

N30.88 Sonstige Zystitis

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC135 Entzündungen der ableitenden Harnwege

S02.4- Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers

S02.40 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Teil nicht näher bezeichnet

S02.41 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Arcus zygomaticus des Jochbeins

S02.42 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Sonstiger Teil des Jochbeins

S02.43 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Pars alveolaris des Oberkiefers

S02.48 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Sonstiger Teil des Oberkiefers

S02.49 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers: Mehrere Teile

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC155 Frakturen des Gesichtsschädels, sonstige Gehirnverletzungen

T86.84 Versagen und Abstoßung: Mammatransplantat ohne Hautanteil

wird übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC175 Z.n. Gewebetransplantation, Versagen, Abstoßung nach Organtransplantation

U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter

wird nur in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 18 Jahren, nur bis zu einem Alter von 40 Jahren und unabhängig vom Geschlecht gleichzeitig in die folgenden zwei Risikokategorien übergeleitet (doppelte ICD-(H)CC-Überleitung, siehe Abschnitt 3.2.2.1.3):

(H)CC016 Diabetes mellitus mit sonstigen oder n.n.bez. Komplikationen

(H)CC020 Typ-1-Diabetes mellitus und Alter unter 41 Jahre

wird nur in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 41 Jahren, ohne eine obere Altersgrenze und unabhängig vom Geschlecht übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC016 Diabetes mellitus mit sonstigen oder n.n.bez. Komplikationen

3.2.4.2 Verschiedene Änderung der ICD-10-GM unter „J80.- Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]“ (Version 2024)

Für die Version 2024 der ICD-10-GM hat das BfArM in den von ihm herausgegebenen Metadaten bei allen Schlüsselnummern unter „J80.- Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]“ verschiedene Änderungen durchgeführt. Im Folgenden werden diese Änderungen und die deshalb gegebenenfalls erfolgten Anpassungen des Klassifikationssystems im Einzelnen beschrieben.

Bei J80.- erfolgte eine Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

neu: Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS].

Nichtendständige Dreisteller sind laut § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich nicht zugelassen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.1). Deshalb erfolgte auf Grund dieser Textänderung keine Anpassung des Klassifikationssystems.

Bei J80.0- erfolgte eine identische Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

neu: Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS].

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund dieser Textänderungen nicht notwendig ist.

Im Rahmen der Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2024 der ICD-10-GM wurde bei dieser Schlüsselnummer jedoch die untere Altersgrenze bei der ICD-DxG-(H)CC-Überleitung an die untere Altersgrenze in den ICD-Metadaten angepasst.

J80.0- wurde in der Version p17a des Klassifikationssystems mit der unteren Altersgrenze „0 Jahre“ in die diagnosebezogene Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet. In der Version p18a erfolgt dies nun mit der unteren Altersgrenze „1 Jahr“.

Bei J80.01 erfolgten in den ICD-Metadaten eine Änderung der unteren Altersgrenze von „1 Jahr“ zu „18 Jahre“ und eine Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Mildes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

neu: Mildes akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS].

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikati-

onssystem auf Grund des geänderten Altersgrenzwertes, nicht jedoch auf Grund der Textänderungen notwendig ist.

J80.01 wurde in der Version p17a des Klassifikationssystems mit der unteren Altersgrenze „0 Jahre“ in die diagnosebezogene Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet. In der Version p18a erfolgt dies nun mit der unteren Altersgrenze „18 Jahre“.

Bei J80.02 erfolgten in den ICD-Metadaten eine Änderung der unteren Altersgrenze von „1 Jahr“ zu „18 Jahre“ und eine Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Moderates Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

neu: Moderates akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS].

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund des geänderten Altersgrenzwertes, nicht jedoch auf Grund der Textänderungen notwendig ist.

J80.02 wurde in der Version p17a des Klassifikationssystems mit der unteren Altersgrenze „0 Jahre“ in die diagnosebezogene Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet. In der Version p18a erfolgt dies nun mit der unteren Altersgrenze „18 Jahre“.

Bei J80.03 erfolgten in den ICD-Metadaten eine Änderung der unteren Altersgrenze von „1 Jahr“ zu „18 Jahre“ und eine Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]

neu: Schweres akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS].

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund des geänderten Altersgrenzwertes, nicht jedoch auf Grund der Textänderungen notwendig ist.

J80.03 wurde in der Version p17a des Klassifikationssystems mit der unteren Altersgrenze „0 Jahre“ in die diagnosebezogene Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet. In der Version p18a erfolgt dies nun mit der unteren Altersgrenze „18 Jahre“.

Die folgenden drei Schlüsselnummern wurden ab 2024 neu in die ICD-10-GM aufgenommen:

J80.04 Mildes akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]

J80.05 Moderates akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS]

J80.06 Schweres akutes Atemnotsyndrom des Kindes und Jugendlichen [ARDS].

Das Klassifikationssystem wurde entsprechend angepasst.

Für J80.04, J80.05 und J80.06 wurden jeweils neue ICD-DxG-(H)CC-Überleitungen wie folgt geschaffen: Sie werden nur in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 1 Jahr, nur bis zu einem Alter von 17 Jahren und unabhängig vom Geschlecht übergeleitet in die Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-

Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“.

Bei J80.09 erfolgte eine Konkretisierung des Klassifikationstextes wie folgt:

alt: Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet

neu: Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS], Schweregrad nicht näher bezeichnet.

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund dieser Textänderungen nicht notwendig ist.

Im Rahmen der Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2024 der ICD-10-GM wurde bei dieser Schlüsselnummer jedoch die untere Altersgrenze bei der ICD-DxG-(H)CC-Überleitung an die untere Altersgrenze in den ICD-Metadaten angepasst.

J80.09 wurde in der Version p17a des Klassifikationssystems mit der unteren Altersgrenze „0 Jahre“ in die diagnosebezogene Risikokategorie „(H)CC079 Herz-Kreislauf-Versagen, Schock, akute und chronische respiratorische Insuffizienz“ übergeleitet. In der Version p18a erfolgt dies nun mit der unteren Altersgrenze „1 Jahr“.

3.2.4.3 Ab 2024 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2023

Die folgenden acht Schlüsselnummern der 2023er Version wurden ab 2024 aus der ICD-10-GM gestrichen. Alle Überleitungen dieser ICD-Kodes in diagnosebezogene Risikokategorien des Klassifikationssystems wurden daher ab dem Diagnosejahr 2024 als ungültig markiert.

B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien
G90.8	Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
J86.0	Pyothorax mit Fistel
N30.8	Sonstige Zystitis
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers

3.2.4.4 Textänderungen bei weiteren Schlüsselnummern der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2023 und 2024

Neben den in Abschnitt 3.2.4.2 aufgeführten Konkretisierungen von Klassifikationstexten unter „J80.- Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen [ARDS]“ gab es zwischen den Jahresversionen 2023 und 2024 bei sechs weiteren, in der folgenden Tabelle 3 aufgeführten Schlüsselnummern der ICD-10-GM Änderungen der Textbezeichnung.

Tabelle 3: Änderungen der Klassifikationstexte bei sechs ICD-Schlüsselnummern

Kode	Text 2023	Text 2024
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxämisch]	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxämisch]	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxämisch]	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]
M31.3	Wegener-Granulomatose	Granulomatose mit Polyangiitis
U69.7-!	Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie oder des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung	Sekundäre Schlüsselnummern zur Angabe des Schweregrades einer Hypoglykämie, des Vorliegens einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung oder einer Insulinresistenz
U83.21!	Candida auris mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Echinocandine und Triazole, mit Resistenz gegen Fluconazol	Candida auris mit Resistenz gegen Antimykotika aus der Gruppe der Echinocandine und auch Triazole, mit Resistenz gegen Fluconazol

Nach entsprechender Prüfung wurde festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund dieser Textänderungen nicht notwendig ist.

3.2.4.5 Umbenennung von fünf Diagnosegruppen

Im Rahmen der Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2024 der ICD-10-GM wurden die Textbezeichnungen der in der folgenden Tabelle 4 aufgeführten Diagnosegruppen konkretisiert.

Tabelle 4: Konkretisierung der Textbezeichnung von fünf Diagnosegruppen

DxG	Text p17a	Text p18a
DXG0900	Gutartige Neubildung nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre, der Haut, der Mamma, des Auges oder des Zentralnervensystems	Gutartige Neubildung an sonstiger Lokalisation
DXG3520	Postoperative pulmonale Insuffizienz und Atemnotsyndrom des Erwachsenen	Postoperative pulmonale Insuffizienz und akutes Atemnotsyndrom [ARDS]
DXG3560	Erkrankung der Lungengefäße, ausschließlich Lungenembolie	Sonstige Erkrankungen der Lungengefäße
DXG3590	Akuter Myokardinfarkt, Initialbehandlung	Akuter Myokardinfarkt
DXG3600	Myokardinfarkt, Fortführung der Behandlung oder nicht näher spezifiziert	Rezidivierender Myokardinfarkt

3.2.5 DxG- und (H)CC-Umbenennungen im ICD-Bereich „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, ... (C81-C96)“

Bereits im Rahmen der letztjährigen Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems wurden bei den DxG- und (H)CC-Zuordnungen der Diagnosen im ICD-Bereich „Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet (C81-C96)“ nicht sachgerechte Textbezeichnungen der betroffenen Diagnosegruppen und Risikokategorien festgestellt.

Auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p17a zur Version p18a wurde festgestellt, dass Textbezeichnungen einzelner Diagnosegruppen das Wort „ausschließlich“ enthalten, was in diesem Zusammenhang zu gegensätzlichen Interpretationen führen könnte. Deshalb wurde entschieden, dass solche DxG so umbenannt werden sollen, dass das Wort „ausschließlich“ entfällt. Diese Umbenennungen sollen immer dann erfolgen, wenn solche DxG Bestandteil aktueller Bearbeitungen des Klassifikationssystems sind.

Konkret wurde die Textbezeichnung der in der folgenden Tabelle 5 aufgeführten zwei Risikokategorien (in allen vier Ausprägungen: CC, HCC, KHCC, OHCC) und von vier Diagnosegruppen konkretisiert.

Tabelle 5: Konkretisierung der Textbezeichnung von zwei Risikokategorien und vier Diagnosegruppen

Kode	Text p17a	Text p18a
CC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere chronische Leukämien	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien
HCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere chronische Leukämien	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien
KHCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere chronische Leukämien und Alter unter 18 Jahre	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien und Alter unter 18 Jahre
OHCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere chronische Leukämien und Alter ab 65 Jahre	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien und Alter ab 65 Jahre
CC187	Non Hodgkin Lymphom, CLL	(Non-)Hodgkin-Lymphom, bösartige Immunproliferation, nicht akute lymphatische und n.n.bez. Leukämien
HCC187	Non Hodgkin Lymphom, CLL	(Non-)Hodgkin-Lymphom, bösartige Immunproliferation, nicht akute lymphatische und n.n.bez. Leukämien
KHCC187	Non Hodgkin Lymphom, CLL und Alter unter 18 Jahre	(Non-)Hodgkin-Lymphom, bösartige Immunproliferation, nicht akute lymphatische und n.n.bez. Leukämien und Alter unter 18 Jahre
OHCC187	Non Hodgkin Lymphom, CLL und Alter ab 65 Jahre	(Non-)Hodgkin-Lymphom, bösartige Immunproliferation, nicht akute lymphatische und n.n.bez. Leukämien und Alter ab 65 Jahre
DXG0370	Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, ausschließlich akute myeloische Leukämie	Akute lymphatische und sonstige akute nicht myeloische Leukämien

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 5 – Fortsetzung

Kode	Text p17a	Text p18a
DXG0460	Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, ausschließlich Chronisch lymphatische Leukämie	Nicht akute myeloische und sonstige nicht akute Leukämien
DXG0580	Morbus Hodgkin	Hodgkin-Lymphom
DXG0590	Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch un spezifizier te Zellen, ausschließlich akute Leukämien	Bösartige Immunproliferationen so wie nicht akute lymphatische und n.n.bez. Leukämien

3.2.6 Änderung von zwei Hierarchien zur Beseitigung entsprechender Hierarchieverletzungen

Grundsätzliches zur Hierarchisierung der Risikokategorien des Klassifikationssystems wird im Abschnitt 3.2.2.2 und die Begriffsdefinition und das Regelwerk für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen werden im Abschnitt 3.2.3.3.3 beschrieben. Eine Prüfung und gegebenenfalls Beseitigung der Hierarchieverletzungen des Klassifikationssystems wurde 2023 als neue Aufgabe in die Aufgabenliste der AG medizinische Grouperanpassung aufgenommen und priorisiert.

3.2.6.1 Änderung der Hierarchie „HCC100 über HCC101“ zu „HCC101 über HCC100“ in der „ACC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten“

Für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p17a zur Version p18a erfolgte u.a. die Bearbeitung der Hierarchieverletzung „HCC100 über HCC101“.

Die beiden beteiligten Risikokategorien sind:

HCC100 Hemiplegie/Hemiparese

HCC101 Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen.

HCC100 und HCC101 gehören zur „ACC017 Zerebrovaskuläre Krankheiten“.

Unter Anwendung des Regelwerks für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.3) wurden verschiedene Lösungsansätze wie die Entfernung und die Umkehrung der Hierarchie geprüft. Es erfolgte die Beseitigung der Hierarchieverletzung „HCC100 über HCC101“ durch die Umkehrung dieser Hierarchie.

p17a: HCC100 über HCC101

p18a: HCC101 über HCC100

Mit dieser Hierarchiebearbeitung konnte auch eine weitere Angleichung zwischen pro-spektivem und zeitgleichen Klassifikationssystem erreicht werden.

3.2.6.2 Entfernung der Hierarchie „HCC161 über HCC162“ in der „ACC026 Sonstige Verletzungen, ... Funktionseinschränkungen“

Für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p17a zur Version p18a erfolgte u.a. die Bearbeitung der Hierarchieverletzung „HCC161 über HCC162“.

Die beiden beteiligten Risikokategorien sind:

HCC161 Traumatische Amputationen, Infektion des Stumpfes

HCC162 Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen

HCC161 und HCC162 gehören zur „ACC026 Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen“.

Unter Anwendung des Regelwerks für die Bearbeitung von Hierarchieverletzungen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.3) wurden verschiedene Lösungsansätze wie die Entfernung und die Umkehrung der Hierarchie geprüft. Es erfolgte die Beseitigung der Hierarchieverletzung „HCC161 über HCC162“ durch die Entfernung dieser Hierarchie.

Mit dieser Hierarchiebearbeitung konnte auch eine weitere Angleichung zwischen pro-spektivem und zeitgleichen Klassifikationssystem erreicht werden.

3.3 Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsdaten

3.3.1 Versicherte mit dem Flag P115 (Ukraineflüchtlinge im Übergangszeitraum)

Das Flag P115 wurde im Rahmen der Qualitätssicherung der Geburtstagsstichprobe definiert, um eine teilweise rückwirkend erfolgte Änderung des Versichertenstatus von Ukraineflüchtlingen zu berücksichtigen. Dazu wurden zunächst alle Neuzugänge im 2. Quartal 2022 mit genau 30 Versichertentagen markiert, die nicht im 2. Quartal 2022 geboren wurden.

Um eine bessere Abgrenzung der Ukraineflüchtlinge gegenüber anderen Neuzugängen zu erreichen, wurde das Flag P115 für die Berechnung der Veränderungsdaten modifiziert. So wurden bei der Berechnung der Veränderungsdaten nur diejenigen Versicherten mit dem Flag P115 ausgeschlossen, zu denen keine Fälle in der Satzart 202 im 2. Quartal 2022 und keine Versichertenstammdaten für die Quartale 1/2020 bis 1/2022 vorlagen. Zudem wurden bei diesen Versicherten mit dem Flag P115 im 3. Quartal 2022 die Versichertentage auf maximal 30 Tage beschränkt.

3.3.2 Umgang mit Doppelzahlungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung ist ein Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen für den nicht vorhersehbaren Anstieg aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie anzuwenden. Diese Vorgabe wird in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung umgesetzt. Demnach werden Leistungen, die in Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie gekennzeichnet wurden, bei der Bestimmung des MGV-Leistungsbedarfes (siehe Teil A Abschnitt 3.1.4) nur anteilig berücksichtigt.

3.3.3 Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern

Da die Beratungen zum Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern bei der Berechnung der Veränderungsdaten noch nicht abgeschlossen werden konnten, werden bei der Berechnung der rechnerischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten 2021/2022 einmalig die Selektivvertragsteilnehmer nur über die demografische Hochrechnung berücksichtigt. Bei diesem Verfahren werden Selektivvertragsteilnehmer in keinem KV-Bezirk in die Anwendungsmengen aufgenommen (vgl. Teil C Abschnitt 1.3.1). Die Versicherten in den Anwendungsmengen werden auf alle Versicherten der Grundgesamtheit (d.h. inkl. Selektivvertragsteilnehmer) hochgerechnet (vgl. Teil C Abschnitt 1.3.3).

3.3.4 Ausschluss von Diagnosen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“

Seit dem 1. Januar 2020 können Radiologen (sowie einige andere Arztgruppen) nicht mehr den Ersatzwert „UUU“ statt eines gültigen ICD-Kodes angeben. Der Ersatzwert „UUU“ entfällt. Durch diese Neuregelung könnte es zu einem Anstieg von klassifikationsrelevanten Diagnosen kommen, die nicht durch eine Morbiditätsveränderung ausgelöst ist. Daher werden zur Ermittlung der Risikoklassen in den Anwendungsmengen für die rechnerischen Veränderungsdaten 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 die Diagnosen aus Fällen der Abrechnungsgruppe „Radiologie“ einmalig nicht verwendet (vgl. Teil C Abschnitt 1.3.4 und 1.4).

3.3.5 Verkettung der Veränderungsdaten zur Glättung der Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie

Die SARS-CoV-2-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen haben die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen insbesondere in den Jahren 2020 und 2021 stark beeinflusst. Zur Glättung dieser Effekte wurden die für das Jahr 2023 und 2024 empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten jeweils als gewichtetes Mittel aus empfohlenen und rechnerischen Veränderungsdaten dreier aufeinanderfolgender Jahre bestimmt. Das Datenjahr 2022 ist wieder für die Bestimmung der Veränderungsdaten

geeignet und eine Rückkehr zur vor der SARS-CoV-2-Pandemie üblichen Berechnungsweise im nächsten Jahr sollte vorbereitet werden. Hierfür wurden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 so bestimmt, dass

- die Verkettung der rechnerischen Veränderungsdaten 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022
- der Verkettung der durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses empfohlenen diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2023, 2024 und 2025

entspricht.

Die Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2025 wird in Teil C Abschnitt 1.4 beschrieben.

3.3.6 Bereinigung von Kodiereffekten

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Bereinigung von Kodiereffekten, die insbesondere durch die Einführung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Abs. 1 Satz 6 SGB V („Kodiervorgaben“) entstehen, festzulegen. Dieser Vorgabe kommt der Bewertungsausschuss mit dem in Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 728. Sitzung erstmalig festgelegten Verfahren nach. Der Bewertungsausschuss hat für das Jahr 2022 je KV-Bezirk einzelne Risikoklassen des Klassifikationsmodells festgelegt, für die Kodiereffekte bereinigt werden sollen. Für die Bereinigung wurden erwartete Prävalenzen bestimmt, die statt der tatsächlichen, aber durch Kodiereffekte beeinflussten, Prävalenzen zur Berechnung der Morbiditätsindizes verwendet wurden. Das genaue Verfahren ist in Teil C Abschnitt 1.5 beschrieben.

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

ACC	Aggregated Condition Category/Categories
AGG	Alters- und Geschlechtsgruppe(n)
BA	Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
CC	Condition Category/Categories
DHF	Demografische Hochrechnungsfaktoren
DxG	Dx-Gruppe(n), Diagnosegruppe(n)
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
F-Test	statistischer Test, bei dem die Testgröße bei Gültigkeit der Nullhypothese einer F-Verteilung folgt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSP	Geburtstagsstichprobe
H15EBA	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 15. EBA
HCC	Hierarchical Condition Category/Categories
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
ICD-Kode	Schlüsselnummer der ICD-10-GM
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Kostengewicht
KHCC	Kids Hierarchical Condition Category/Categories
KM87a	Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
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
KM87a_2015	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 355. BA in Verbindung mit dem Beschluss des 332. BA

KM87a_2016	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 382. BA
KM87a_2017	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 400. BA
KM87a_2018	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 430. BA
KM87a_2019	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 439. BA
KM87a_2020	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 503. BA
KM87a_2021	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 567. BA
KM87a_2022	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 596. BA
KM87a_2023	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 656. BA
KM87a_2024	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 728. BA
KS87a	Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV SH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KV HH	Kassenärztliche Vereinigung (Hansestadt) Hamburg
KV HB	Kassenärztliche Vereinigung (Hansestadt) Bremen
KV NI	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KV WL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KV NR	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV HE	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KV RP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
KV BW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KV BY	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KV BE	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
KV SL	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
KV MV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KV BB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

KV ST	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
KV TH	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
KV SN	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
MAPE	Mean Absolute Prediction Error
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
n. n. bez.	nicht näher bezeichnet
Nicht-SV-Teilnehmer	Nichtteilnehmer an Selektivverträgen
NonCW-HCC	NonCostWeight Hierarchical Condition Category (HCC mit einem normativen Relativgewicht von null)
OHCC	Old Age Hierarchical Condition Category/Categories
p-Wert	Wahrscheinlichkeit, bei Gültigkeit der Nullhypothese den errechneten oder einen extremeren Wert der Teststatistik zu erhalten
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)
SV-Teilnehmer / SV-TN	Selektivvertragsteilnehmer
THCC	„Top“ Hierarchical Condition Category, ausgewählte hierarchisierte Risikokategorie
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

Anhang 2: Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2020–2022 für die Gesamtvertragspartner

Version 1.3a

Stand 16.07.2024

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen	1
1.1	Beschlusslage des Bewertungsausschusses	1
1.2	Aufbau dieses Dokuments	2
1.3	Änderungen im Vergleich zur GSPR 2021	3
1.4	Ansprechpartner	3
2	Beschreibung des Datenkörpers	4
2.1	Datenmodell	4
2.2	Felder der einzelnen Satzarten	5
2.3	Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging	12
2.3.1	Einführung	12
2.3.2	Flag der Satzart DS201 – Versichertenstammdaten	13
2.3.3	Flag der Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	19
2.3.4	Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	19
2.3.5	Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	20
2.4	Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung	20
3	Einschränkungen der Nutzung	33
3.1	Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten	33
3.2	Intra- und interregionale Vergleiche	35
3.3	Längsschnittbetrachtung	35
3.4	Demografische Hochrechnungsfaktoren	36
4	Hinweise zur Nutzung	36
4.1	Allgemeine Nutzungshinweise	36
4.2	Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern	39
5	Kommentierte Datensatzbeschreibung	40
5.1	Satzart DS201 – Versichertenstammdaten	41
5.2	Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	51
5.3	Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)	54
5.4	Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	56
5.5	Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis	59
5.6	Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei	60
5.7	Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei	61
5.8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	62
5.9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	63
5.10	Tabelle P_FLAG_GSPR – Tabelle mit geflaggtten Versicherten	66
5.11	Tabelle KM6_KV – KM6 wie für die Veränderungsrateberechnung	67
6	Geburtsstichprobe (GSP)	68
6.1	Historie und Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses	68
6.2	Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA	69
6.2.1	Datenlieferung	69
6.2.2	Pseudonymisierungsverfahren	69
6.2.3	Satzarten der Geburtsstichprobe	70
6.3	Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP – Matching	70
6.3.1	Definition	70
6.3.2	Aufgabenstellung	71
6.3.3	Ziel des Matchingverfahrens	72
6.3.4	Stufen des Matchingverfahrens	72
6.3.5	Matching-Quoten	74
6.4	Verbleibende Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten	77

6.5	Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen	77
A	Anhang	78
A.1	Glossar	78
A.2	Geschlechtsspezifische Abrechnungsfälle	80

Abbildungsverzeichnis

1	Überblick über die Satzarten der GSPR 2022	6
---	--	---

Tabellenverzeichnis

1	Anteil auffälliger Datensätze in der Satzart DS201	14
2	Lieferquoten der Versichertenstammdaten nach KV-Bezirk	22
3	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote	23
4	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote	24
5	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote	26
6	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote	27
7	Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk.....	29
8	Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk	31
9	Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs	32
10	Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs	33
11	Matching-Quote nach Matchingstufen	74
12	Matching-Quote nach KV	75
13	Matching-Quote nach Kassenart	76
A1	Geschlechtsspezifische Diagnosen	91
A2	Geschlechtsspezifische GOPen.....	94

1 Vorbemerkungen

1.1 Beschlusslage des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 274. Sitzung, Teil A (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung und in seiner 308. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), beschlossen, den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses Daten der sogenannten regionalisierten Geburtstagsstichprobe (GSPR) zu übermitteln, 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 sowie diagnosebezogenen Veränderungsrate nehmen können. Die Vertragspartner sollen die Datengrundlage insbesondere hinsichtlich der Kodierqualität und der Plausibilität prüfen können. Eine abweichende Berechnung demografischer und diagnosenbezogener 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. Die daraus abgeleitete GSPR der Berichtsjahre 2020–2022 wird durch die Datenstelle des Bewertungsausschusses 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 bezüglich der Qualitätssicherung – auf der Arbeitsebene des Bewertungsausschusses im Umfang reduziert und angepasst (für die Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5). Die Datengrundlage der vorliegenden GSPR 2022 wurde im Rahmen der AG IT am 24.04.2024 von den Trägerorganisationen abgenommen.

Der so entstandene Datenkörper wird im Weiteren als regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2022 (GSPR 2022) bezeichnet. Wie oben erwähnt, umfasst die GSPR 2022 den Berichtszeitraum 2020–2022 (genauer die Quartale 2020/1 bis 2022/4) und wurde zuletzt am 25.06.2024 von der Datenstelle des Bewertungsausschusses an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt.

1.2 Aufbau dieses Dokuments

Die vorliegende Dokumentation stellt für die Empfänger der GSPR 2022 Informationen zusammen, die die Nutzung des Datenkörpers erleichtern sollen. Es ist nicht Ziel dieser Dokumentation, konkrete Nutzungsmöglichkeiten aufzuzählen oder zu beschreiben.

Kapitel 2 richtet sich in erster Linie an Leser ohne vertiefte Kenntnisse der Geburtstagsstichprobe und beschreibt den Inhalt sowie den Umfang der GSPR 2022. Dabei werden zunächst das Datenmodell skizziert und anschließend die einzelnen Satzarten genauer beschrieben. Zudem wird auf einige bei der Datenprüfung der GSPR 2022 beobachtete Auffälligkeiten eingegangen und beschrieben, welche Datensätze aufgrund dieser Auffälligkeiten markiert wurden. Kapitel 2 schließt mit einem Überblick über ausgewählte Kennzahlen zur Beschreibung der Datenqualität.

In Kapitel 3 werden Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2022 und ihre Gründe 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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) als Anlage beschlossene technische Datensatzbeschreibung. Zum besseren Verständnis für den Nutzer enthält diese zusätzliche Erläuterungen.

Kapitel 6 richtet sich an Leser, die mehr Informationen zu der der GSPR 2022 zugrunde liegenden Versichertenstichprobe des Bewertungsausschusses erhalten möchten. Dabei handelt es sich um die eingangs bereits erwähnte Geburtstagsstichprobe, deren Aufbereitung kurz skizziert wird. Insbesondere wird der Zusammenführungsprozess („Matching“) der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten beschrieben und kurz auf die Identifikation von an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten eingegangen.

Im Anhang dieses Dokuments finden sich neben einigen Begriffsdefinitionen (Anhang A.1) eine Übersicht über Diagnosen und Gebührenordnungspositionen, die auf das Geschlecht von Versicherten schließen lassen und bei der Qualitätsprüfung von Bedeutung sind (Anhang A.2).

1.3 Änderungen im Vergleich zur GSPR 2021

Für Leser, die mit der GSPR des Vorjahres (GSPR 2021) vertraut sind, seien an dieser Stelle die wesentlichen Änderungen der GSPR 2022 genannt:

- **Berichtszeitraum:** Der Datenkörper GSPR 2022 umfasst die Berichtsjahre 2020–2022 (GSPR 2021: 2019–2021).
- **Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen:** Aufgrund von Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen für die Jahre 2020 und 2021 können sich die Daten für diese beiden Jahre zwischen der GSPR 2021 und der GSPR 2022 unterscheiden.
- **Fusionsstand:** Die Daten der GSPR 2022 berücksichtigen den Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen am 29.02.2024 (GSPR 2021: 05.01.2023).
- **Markierung von Datensätzen der Satzart DS201:** Bei der Qualitätsprüfung der Geburtstagsstichprobe werden Kriterien zur Markierung auffälliger Datensätze festgelegt. Diese Markierungen wirken sich auch auf die Markierung von Datensätzen in der Satzart DS201 aus (siehe Abschnitt 2.3). Der Markierungsgrund 'Ukraine-Flüchtling im Übergangszeitraum' ist neu dazugekommen.
- **Matchingverfahren:** Dem Matchingverfahren liegen Daten der Berichtsjahre 2019–2022 zugrunde. Vor diesem Hintergrund können die in der Dokumentation zur GSPR 2021 berichteten Matching-Quoten von den hier berichteten Matching-Quoten der Jahre 2020 und 2021 abweichen. Eine weitere Veränderung beim Matchingverfahren ist der aktualisierte Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen.
- **Hinzukommende und wegfallende Geburtskalendertage:** Für die Berichtsjahre 2020 und 2021 enthalten die GSPR 2021 und die GSPR 2022 jeweils Daten zu Versicherten mit den gleichen Geburtskalendertagen. Das Berichtsjahr 2022 ist nur in der GSPR 2022 enthalten und umfasst Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 2, 6, 9, 13, 20, 26 und 27.

1.4 Ansprechpartner

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

2 Beschreibung des Datenkörpers

2.1 Datenmodell

Mit der GSPR 2022 liegt ein Datenkörper vor, in dem kassen- und kassenartübergreifend arzt- und kassenseitig gelieferte Daten miteinander nach Wohnortprinzip und aktuellem Kassenfusionsstand (29.02.2024) verknüpft vorliegen und nach KV-Bezirken sowie nach Kassenarten regionalisiert abgrenzbar sind bzw. abgegrenzt werden. Die GSPR 2022 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 2020/1 bis 2022/4). Für die GSPR 2022 werden im genannten Zeitraum für das Berichtsjahr 2020 diejenigen Versicherten ausgewählt (Stichprobenversicherte), die am 6., 12., 13., 19., 20., 26. oder 27. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben; für das Berichtsjahr 2021 diejenigen Versicherten, die am 2., 6., 13., 19., 20., 26. oder 27. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben und für das Berichtsjahr 2022 diejenigen Versicherten, die am 2., 6., 9., 13., 20., 26. oder 27. 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 (GOPen). 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 GOPen. Jedem der in der GSPR 2022 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 2022 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 2022 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 2020) zu den zwischenzeitlich existierenden Fusionskassen in Beziehung stehen. Es könnten also zum Beispiel kassenbezogene Auswertungen durchge-

führt werden, die dem Fusionsstand am 29.02.2024 entsprechen, auch wenn die Versichertenstammdaten sich auf weiter zurückliegende Quartale beziehen, in denen Kostenträger angegeben sind, die nicht mehr autonom existierten.

Einschränkend ist hinzuzufügen, dass den Gesamtvertragspartnern jeweils nicht der gesamte Datenkörper der GSPR 2022 zur Verfügung gestellt wird. Den arztseitigen Empfängern wird eine regional aufgeteilte GSPR 2022 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 2022 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 2022 umfasst die folgenden Satzarten:

- DS201: Versichertenstammdaten
- DS202: Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)
- DS203: Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)
- DS210: Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung
- DS211: Betriebsstättenverzeichnis
- DS213: ICD-10-Stammdatei
- DS215: Gebührenordnungspositions-Stammdatei
- DS219: Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)
- DS220: Kostenträgerhistorie

Für die technische Datensatzbeschreibung siehe Kapitel 5.

Vier der neun gelieferten Satzarten enthalten versicherten- bzw. abrechnungsfallspezifische Felder (DS201, DS202, DS203, DS210), während die fünf verbleibenden Satzarten

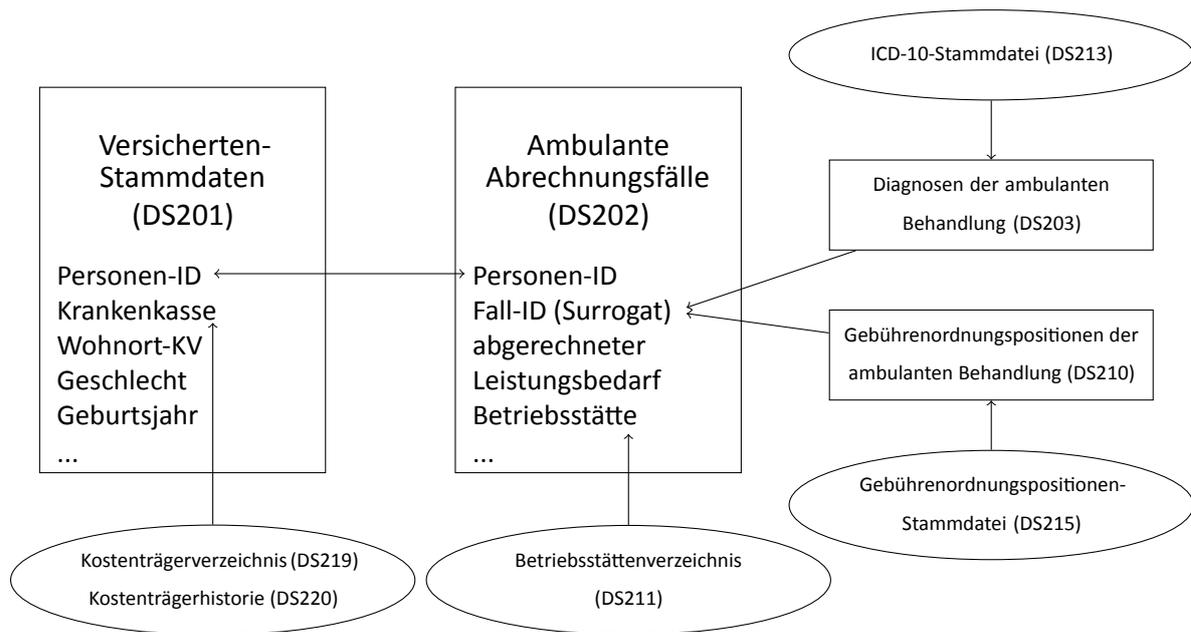


Abbildung 1: Überblick über die Satzarten der GSPR 2022

als Stammdatenverzeichnisse zu bezeichnen sind. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Beziehung der Satzarten zueinander.

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 Rechtsnachfolger¹ zur Kassenart gehört, für die der kassenseitige Empfänger benannt ist (Stand 29.02.2024). Die für eine Kasse zu verwendende Kassenart wird dabei der Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 (Feld 07 – Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers) entnommen.

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

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

DS201 – Versichertenstammdaten

Die Satzart DS201 enthält die mit der bundesweiten Versichertenstichprobe erhobenen Versichertenstammdaten. 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 ge-

¹Wie bereits ausgeführt, ist es mit dem vorliegenden Datenkörper möglich, die Fusionshistorie der am 29.02.2024 existierenden Krankenkassen (hier „Fusionskassen“ genannt) nachzuvollziehen. Als Rechtsnachfolger kommt damit nur eine dieser Fusionskassen in Frage.

liefertem Quartal und Institutionskennzeichen (gemäß Feld 02) genau ein Datensatz vor. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Versicherte mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 2 SGB V² (sogenannte „Betreute“) sind für den gesamten Berichtszeitraum 2020/1–2022/4 in den vorliegenden Datenkörper einbezogen, wobei alle Datensätze der letztgenannte Gruppe als auffällig markiert sind (siehe Abschnitt 2.3.2).

Pro Datensatz liegen neben den zuvor genannten Informationen die Angabe zur Anzahl der Versichertentage, das Geschlecht des Versicherten, das Geburtsjahr, der Versicherungsstatus, die Angabe, ob der Versicherte in diesem Quartal verstorben ist, sowie die Wohnort-KV vor. Jeder Versicherte bekommt für alle Quartale eines Kalenderjahres dieselbe Wohnort-KV zugeordnet. Als Wohnort-KV des Versicherten ist dabei die Kassenärztliche Vereinigung am Wohnort³ 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 genannten Attributen wird außerdem das Institutionskennzeichen (IK) des sogenannten Rechtsnachfolgers angegeben. Jedem Datensatz sind damit zwei Angaben zum Kostenträger zugeordnet (Feld 02 und Feld 12, siehe Datensatzbeschreibung in Kapitel 5). Die Versichertenstammdaten enthalten pro Datensatz die Angabe eines Institutionskennzeichens (Feld 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“ bezeichnet). Bei dieser Krankenkasse muss es sich nicht zwangsläufig um eine Fusionskasse handeln. Außerdem ist zu beachten, dass es im Berichtszeitraum der GSPR 2022 (d. h. zwischen 2020/1 und 2022/4) zu Fusionen von 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 12). Anhand dieses Kennzeichens kann über die Satzart DS220 dem jeweiligen durch die Krankenkasse gemeldeten Kostenträger in Feld 02 der Name einer der am Stichtag existierenden Fusionskassen als Rechtsnachfolger zugeordnet werden.

Die Satzart DS201 umfasst weiterhin das Feld 13, welches für Gewichtungsfaktoren vor-

²Da für den Personenkreis nach § 264 Abs. 1 SGB V, geändert durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz, wegen der dazu nicht rechtzeitig angepassten Implementierung der Datensatzbeschreibung aufgrund der fehlenden Vereinbarung zu einem bundeseinheitlichen Verfahren für die Abrechnung und Nachweisführung der Versorgung dieses Personenkreises keine Abrechnungsdaten übermittelt werden konnten, konnte nicht hinreichend ausgeschlossen werden, dass bei einigen Kassen sowohl Personen der Personengruppe nach § 264 Abs. 2 und/oder Abs. 1 in den Versichertenstammdaten geliefert wurden. Insbesondere aus diesen Gründen wurden die „Betreuten“ im Rahmen der Qualitätssicherung der GSP mit einem Ausschlusskennzeichen markiert. Zum Umgang der „Betreuten“ siehe Abschnitt 2.3.2.

³Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland wird die KV des Kassensitzes herangezogen.

gesehen ist, die immer dann anzuwenden sind, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein sollen. Dieses Feld wird in der GSPR 2022, wie schon in den vergangenen Jahren, leer übermittelt. Im Feld 14 wird zudem der Kalendertag des Geburtstags des Versicherten übermittelt und das Feld 15 enthält ein Kennzeichen, ob für den Versicherten eine Kostenübernahme nach § 264 Abs. 2 SGB V⁴ vorliegt.

Aus der Ausprägung des Feldes 16 der Satzart DS201 geht hervor, ob der Versicherte an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V oder 73c SGB V a. F. teilgenommen hat. Im Feld 17 erfolgt eine Angabe zum selektivvertraglichen Abrechnungsweg und, unabhängig davon, im Feld 18 eine Angabe zur Vollständigkeit des kollektivvertraglichen Versorgungsauftrags⁵.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Feld „Flag“ zu. Hier werden Auffälligkeiten der entsprechenden Personen-ID bei der Qualitätsprüfung angezeigt. **Es wird empfohlen, Datensätze mit der Flagausprägung „1“ nicht in möglichen Auswertungen zu verwenden.** Gründe, die zur Markierung von Datensätzen führen, sind in Abschnitt 2.3.2 ausgeführt.

DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Die vertragsärztlichen Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS202 enthalten. Bestandteil der GSPR 2022 sind alle Abrechnungsfälle von Versicherten der Geburtstagsstichprobe, denen erfolgreich eine Personen-ID der Versichertenstammdaten zugeordnet werden konnte (zum Verfahren der Zuordnung siehe Abschnitt 6.3). Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2022. 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 erfolgt ggf. quartalsübergreifend. Nicht für jeden Abrechnungsfall existiert daher zwangsläufig ein *quartalsgleicher* Datensatz in der Satzart DS201. Allerdings sind in der GSPR 2022 nur solche Abrechnungsfälle enthalten, denen ein *jahresgleicher* Datensatz in der Satzart DS201 zugeordnet werden kann.

Für jeden Datensatz, also für jeden Abrechnungsfall, liegen in der Satzart DS202 das Abrechnungsquartal, das Rechtsnachfolger-IK (d. h. das Institutionskennzeichen der Fusionskasse des Abrechnungsfalles zum Stand 29.02.2024) sowie die Personen-ID vor. 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.

⁴Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

⁵In der GSPR 2022 kann das Feld auch eine Ausprägung annehmen, die nicht im Beschlusstext des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung definiert ist. Einzelheiten sind in der Anmerkung zum Feld 18 in Abschnitt 5.1 zu finden.

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 „9999xxxx“ maskiert, wobei „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte bezeichnet.

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

Die Satzart DS202 enthält außerdem ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“, welches zur Markierung auffälliger Datensätze dient. Gründe für eine Markierung sind in Abschnitt 2.3.3 beschrieben. In der vorliegenden GSPR 2022 wurde kein Datensatz mit der Ausprägung „1“ als auffällig markiert.

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 Diagnosen⁶ 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. Im Falle der Übermittlung des Ersatzwertes „UUU“ als Diagnose in Feld 05 wird als Diagnosesicherheit (Feld 06) kein Eintrag übermittelt.

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

DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Die abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPen) der Abrechnungsfälle sind in der Satzart DS210 enthalten. Für jeden Abrechnungsfall der Satzart DS202 werden in

⁶Für eine vollständige Transparenz werden die Diagnosedatensätze der in der GSPR 2022 enthaltenen Abrechnungsfälle den Gesamtvertragspartnern so zur Verfügung gestellt, wie die Datenstelle sie erhalten hat.

der Satzart DS210 neben dem Abrechnungsquartal und der Fall-ID alle abgerechneten GOPen aufgezählt. Zur Beschreibung der GOPen wird neben der EBM-Ziffer⁷ die pro Abrechnungsfall abgerechnete Anzahl der einzelnen GOPen, der für diese GOPen 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 GOPen nach Euro-Gebührenordnung angeführt. Das Feld „Rechtsnachfolger-IK“ wird leer übermittelt.

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

DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

In der Satzart DS211 werden quartalsweise alle Betriebsstätten aufgeführt, die im Berichtszeitraum (2020/1 bis 2022/4) 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 keine Leistungen für Stichprobenversicherte abgerechnet haben. Sie sind dann im Betriebsstättenverzeichnis für dieses Quartal nicht enthalten.

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

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

DS213 – ICD-10-Stammdatei

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

Dieses Schlüsselverzeichnis dient zur Beschreibung der in der Satzart DS203 verwendeten ICD-10-Codes.

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

DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei

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

DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Jeder Abrechnungsfall in der Satzart DS202 wird mit einem Institutionskennzeichen geliefert (Feld 02). Dabei kann es sich um ein Geschäftsstellen-IK, um ein Praxisnetz-IK, Abrechnungs-IK oder anderes handeln. Im Kostenträgerverzeichnis der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung aller dem GKV-Spitzenverband bekannten Institutionskennzeichen (im Feld KVK-IK) zu einem übergeordneten Kassensitz-IK, das die Krankenkasse in der GSPR 2022 eindeutig kennzeichnet. Soweit nicht vom Kostenträger selbst eindeutig bestimmt, wird eines dieser Institutionskennzeichen vom GKV-Spitzenverband ausgewählt und fortan als Kassensitz-IK in den Satzarten DS219 und DS220 angegeben. Das Kassensitz-IK dient der Zusammenfassung einzelner KVK-IKs zu einer übergeordneten Kasse, die zu einem nicht näher definierten Zeitpunkt als eigenständige Kasse existiert hat.

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

DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Kostenträgerhistorie der Satzart DS220 macht Angaben zu den einzelnen Kostenträgern/Krankenkassen. Im Zentrum steht dabei das Kassensitz-IK aus der Satzart DS219. Für jedes Kassensitz-IK kann in der Satzart DS220 der Name des Kostenträgers und sämtliche Rechtsnachfolger nachvollzogen werden. Hat ein Kostenträger nicht nur einen, sondern (durch mehrfache, nacheinander erfolgte Fusionen) mehrere Rechtsnachfolger, so lässt sich die gesamte Fusionshistorie in den einzelnen Fusionsstufen nachvollziehen. Für alle Kassensitz-IKs sind der Name und die Kassenart sowohl des direkten Rechtsnachfolgers als auch des aktuellen Rechtsnachfolgers entsprechend dem Fusionsstand zum 29.02.2024 angegeben. Zusätzlich wird angegeben, in welchem Zeitraum der direkte Rechtsnachfolger gleich dem Rechtsnachfolger der höchsten Fusionsstufe gemäß dem in diesem Zeitraum vorliegenden Fusionsstand war bzw. ist. In der Fusionsstufe 1 ist der Kostenträger nicht fusioniert, d. h. der Name des Kostenträgers, der Name des direkten

Rechtsnachfolgers und der Name des aktuellen Rechtsnachfolgers sind identisch. Bei Fusionsstufen größer als 1 ist dies nicht mehr der Fall. Die Anzahl der Fusionen, die der Kostenträger bis zum aktuellen Rechtsnachfolger durchlaufen hat, ist gleich der Fusionsstufe minus eins.

Die Satzart DS220 enthält neben den genannten Informationen außerdem die Information über den KV-Bezirk des Kassensitz-IKs. Diese Angabe bezieht sich ausschließlich auf die Kassensitz-IKs der aktuellen Rechtsnachfolger, d. h. das entsprechende Feld ist nur für diejenigen Kassensitz-IKs ausgefüllt, die einem der aktuellen Rechtsnachfolger-IK entsprechen, 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 aufgrund bestimmter Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert wurden. Für eine genauere Beschreibung des Flags siehe Abschnitt 2.3.5.

2.3 Markierung von Auffälligkeiten in einzelnen Satzarten – Flagging

2.3.1 Einführung

Wie in Abschnitt 2.2 ausgeführt, ist in vier Satzarten (DS201, DS202, DS219 und DS220) ein Feld mit der Bezeichnung „Flag“ enthalten. Hiermit werden üblicherweise Auffälligkeiten in den Daten markiert. Diese Auffälligkeiten wurden im Rahmen einer 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 bei der Satzart DS201 wird auch hier bei der Ausprägung „1“ der Ausschluss des jeweiligen Datensatzes bei Auswertungen empfohlen. In der vorliegenden GSPR 2022 werden allerdings keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert und das Flag-Feld besitzt ausschließlich die Ausprägung „0“.

Die Flags der Satzarten DS219 und DS220 dienen hingegen Dokumentationszwecken. Hier werden Teilkassen bzw. Fusionskassen markiert, bei denen Versicherte in der Satzart DS201 markiert wurden.

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

2.3.2 Flag der Satzart DS201 – Versichertenstammdaten

Die Markierung eines Versichertenstammdatensatzes (Satzart DS201) wird über das Feld 09 („Flag“) angegeben, welches entweder die Ausprägung „0“ oder die Ausprägung „1“ hat. Die Ausprägung „0“ entspricht dabei keiner Markierung im eigentlichen Sinne, sondern dient der Kennzeichnung eines Datensatzes ohne Auffälligkeiten. Die Ausprägung „1“ markiert hingegen einen Datensatz der Satzart DS201 mit einer oder mehreren Auffälligkeiten. **Es wird empfohlen, Datensätze mit Auffälligkeiten (Flagausprägung „1“) für Auswertungen nicht zu verwenden.** Die in der Datensatzbeschreibung der Satzart DS201 außerdem aufgeführte Ausprägung „2“ (Datensatz aus Fehlwertersatz) ist für die GSPR 2022 nicht relevant, da kein Fehlwertersatzverfahren angewendet wurde.

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

- Falsch pseudonymisierte Personen-ID
- Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer
- Datensätze nach dem Sterbequartal
- Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen
- Versicherte mit Kostenübernahme nach §264 Abs. 2 SGB V⁸
- Ukraine-Flüchtling im Übergangszeitraum
- Falschmatcher
- Auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarf
- Einzelne Versicherte, die einen besonders hohen Anteil an einer auffälligen Schwankung des Ausschöpfungsgrad haben

Für Leser, die mit der GSPR 2021 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich bei der GSPR 2022 die Gründe, die zu einer Auffälligkeitsmarkierung in der Satzart DS201 geführt haben, teilweise geändert haben. Mit Hilfe des Auffälligkeitsflags lässt sich ermitteln, inwiefern sich die Anzahl der in der GSPR 2022 als auffällig identifizierten Versicherten für die Jahre 2020 und 2021 gegenüber den gleichen Jahren in der GSPR 2021 geändert hat. Aufgrund der unterschiedlichen Pseudonymisierung der Personen-IDs in den beiden Versionen der GSPR ist jedoch nicht erkennbar, für welche Personen-IDs eine Änderung eingetreten ist.

Tabelle 1 liefert einen Überblick über den Anteil der markierten Datensätze für die Berichtsjahre 2020 bis 2022⁹. In der letzten Spalte werden außerdem für jedes Jahr die beiden häufigsten Markierungsgründe genannt. Die aufgeführten Werte basieren auf Auswertungen der gesamten GSPR 2022.

⁸Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

⁹Die berichteten Anteile berücksichtigen Datensätze bzw. Personen-IDs gegebenenfalls mehrfach. Die ausgewiesenen Zahlen addieren sich demnach nicht notwendigerweise zur Gesamtzahl markierter Datensätze.

Jahr	Anteil markierter Datensätze	Relevanteste Markierungsgründe und Anteil an markierten Datensätzen
2020	0,34 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 99,41 %
2021	0,33 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 99,37 %
2022	0,58 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 75,65 % Ukraine-Flüchtling in Übergangszeit: 25,64 %

Tabelle 1: Anteil von als auffällig markierten Datensätzen in der Satzart DS201. In der letzten Spalte sind die beiden häufigsten Markierungsgründe und ihre relative Häufigkeit an allen markierten Datensätzen genannt.

Im Folgenden werden die oben genannten Gründe näher erläutert, die für die GSPR 2022 zu einer Markierung geführt haben.

Falsch pseudonymisierte Personen-ID

Es kann vorkommen, dass Krankenkassen falsch pseudonymisierte Versichertennummern und/oder Personen-IDs liefern¹⁰. Dies kann alle Versicherten einer Fusions- oder Teilkasse betreffen, oder nur für einzelne Versicherte (z. B. diejenigen mit einem bestimmten Geburtstagskalendertag) der Fall sein. Alle Personen-IDs der mit Fehlern behafteten Geburtskalendertage der betroffenen Fusionskassen (bzw. Teilkassen) werden in allen ihren Versichertenverhältnissen *für das entsprechende Jahr* markiert. Wechselt der Versicherte in diesem Jahr seine Krankenkasse, so ist die Personen-ID entsprechend auch in diesem Versichertenverhältnis markiert. Hat ein Versicherter in diesem Jahr mehrfache Versicherungswechsel, so wird dieses Vorgehen auch auf die folgenden Versichertenverhältnisse angewendet.

Aktuell ist von diesem Flag keine Kasse betroffen. Insgesamt sind aufgrund falsch pseudonymisierter Personen-IDs 0 Datensätze in der Satzart DS201 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 0 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs).

Die Markierung wird an die Satzart DS219 weitergegeben (Abschnitt 2.3.4).

¹⁰Sind 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 Versichertenanzahlen 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).

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

Aufgrund von Informationslücken werden von den Krankenkassen für fehlende Versichertennummern (kassenspezifisch und/oder lebenslang) möglicherweise sogenannte Dummy-Werte verwendet, für die dann Pseudonyme an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt werden. Diese (Dummy-)Personen-IDs weisen 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 2022 sind aus dem genannten Grund 242 Datensätze der Satzart DS201 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 28 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller 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 matchen¹¹, wenn identische Dummy-Werte verwendet wurden. Die meisten dieser Dummy-Personen-IDs wurden wegen der nicht-eindeutigen Angaben zu Geschlecht und/oder Geburtsquartal aus der GSPR 2022 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 2022 enthalten.

Datensätze nach dem Sterbequartal

Es kann vorkommen, dass auch nach dem Quartal, in dem ein Versicherter verstirbt, noch Versichertenstammdaten zu diesem Versicherten von den Krankenkassen für einzelne Quartale geliefert werden. In der GSPR 2022 sind alle Datensätze zu einem Versicherten in der Satzart DS201 markiert, die sich auf ein Quartal nach dem Sterbequartal dieses Versicherten beziehen.

Insgesamt sind aus diesem Grund 526 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2022 markiert (0,00 % aller Datensätze). Dies betrifft 125 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs).

Fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen

Die mit der GSP gelieferten Daten zu Selektivverträgen (gemäß Beschluss des Erweiter-

¹¹Das Matchingverfahren der Geburtstagsstichprobe wird in Abschnitt 6.3 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 Versichertenstammdaten anhand des Pseudonyms der Versichertennummer und eines der Institutionskennzeichen der Kasse. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versichertenstammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2022.

ten Bewertungsausschuss in seiner 51., 56. und 61. Sitzung) können Versicherte beinhalten, die zwar in den Versichertenstammdaten der Geburtstagsstichprobe enthalten sind, allerdings nicht in allen Quartalen, in denen die Teilnahme an einem Selektivvertrag berichtet wird. Trifft dies für alle Quartale eines Jahres zu, in denen ein Versicherter in den Selektivvertragsdaten enthalten ist, so werden *in dem betreffenden Jahr* alle Versicherungsverhältnisse dieses Versicherten 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 1.007 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2022 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 485 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs).

Versicherte mit Kostenübernahme nach §264 Abs. 2 SGB V

Versicherte, die in einem Quartal mit einer Markierung zur Kostenübernahme nach §264 Abs. 2 SGB V¹² versehen sind (sogenannte „Betreute“), werden jeweils für das gesamte Kalenderjahr und für alle Versichertenverhältnisse markiert.

Insgesamt sind aufgrund der Kennzeichnung für Versicherte mit Kostenübernahme 760.612 Datensätze in der Satzart DS201 markiert (0,37 % aller Datensätze). Diese betreffen 135.694 distinkte Personen-IDs (0,58 % aller Personen-IDs). Die genannten Zahlen sind möglicherweise höher als die Anzahl der Datensätze mit Kennzeichen zur Kostenübernahme in der Satzart DS201. Dies lässt sich damit erklären, dass für einen Versicherten alle Datensätze eines Berichtsjahres markiert wurden, wenn mindestens ein Datensatz mit Kennzeichen zur Kostenübernahme vorliegt.

Ukraine-Flüchtling im Übergangszeitraum

Im Regelfall erhalten nicht beschäftigte Flüchtlinge in der ersten Zeit ihres Aufenthalts in Deutschland Leistungen nach § 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Die gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen sind nicht Teil der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten. Nach einer Wartezeit von 18 (bis Februar 2024) bzw. 36 (seit März 2024) Monaten haben nicht beschäftigte Asylsuchende gemäß § 2 AsylbLG in der Regel Anspruch auf die höheren Sozialleistungen nach dem SGB XII. Die dann von diesen Personen als Betreute gemäß § 264 Absatz 2 SGB V in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen sind Teil der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten.

Abweichend hierzu haben Personen, die als Flüchtlinge aus der Ukraine nach Deutschland gekommen sind, seit dem 1. Juni 2022 Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung als Versicherte (bei Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II oder als Beschäftigte) oder als Betreute (bei Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII). Die Wartezeit dieser

¹²Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

Personengruppe wurde damit aufgehoben.

Grundlage hierfür ist das „Gesetz zur Regelung eines Sofortzuschlages und einer Einmalzahlung in den sozialen Mindestsicherungssystemen sowie zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes und weiterer Gesetze“ (vgl. Bundesrats-Drucksache 204/22).

Um einen nahtlosen Übergang der Leistungsgewährung sicherzustellen, wurde eine Übergangsregelung für die Zeit vom 1. Juni bis zum 31. August 2022 vorgesehen. Diese bezieht sich auf solche Personen, die bereits im Mai 2022 Leistungen nach dem AsylbLG erhalten haben. Für diese Personen bestanden für die Dauer des Übergangszeitraumes parallele Ansprüche einerseits nach dem AsylbLG und andererseits nach dem SGB II bzw. SGB XII.

Daher können die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für diesen Personenkreis hinsichtlich der Leistungsgewährung im Übergangszeitraum vom 1. Juni 2022 bis zum 31. August 2022 unvollständig sein.

Deshalb wurde für GSP-Neuzugänge mit genau 30 Versicherten- oder Betreurentagen im 2. Quartal 2022 der Versicherungs- bzw. Betreuungsbeginn auf den 1. August 2022 festgelegt, womit sie im zweiten Quartal 2022 ausgeschlossen werden und für sie maximal 61 Versicherten- bzw. Betreurentage im 3. Quartal 2022 gelten.

Insgesamt sind aufgrund der Kennzeichnung für Ukraine-Flüchtling im Übergangszeitraum 102.286 Datensätze in der Satzart DS201 markiert (0,05 % aller Datensätze). Diese betreffen 101.500 distinkte Personen-IDs (0,44 % aller Personen-IDs).

Falschmatcher

Im Rahmen der Datenzusammenführung (Matching, siehe Abschnitt 6.3) kann es zu sogenannten Falschmatchern kommen. Bei diesen Versicherten besteht der Verdacht einer irrtümlichen Zuordnung des Abrechnungsfalles. Anhand von geschlechtsspezifischen GOPen und/oder Diagnosen kann in Einzelfällen auf das vermeintliche Geschlecht des Versicherten geschlossen werden. Stimmt dieses nicht mit dem gelieferten Geschlecht überein, wird angenommen, dass die Zuordnung des Abrechnungsfalles zu einem Versicherten fehlerhaft war und es sich um einen Falschmatcher handelt. Markiert werden jeweils alle Versicherten einer Geburtskalendertag-Quartal-IK-Kombination mit einem auffällig hohen Anteil an Falschmatchern.

Im Rahmen der Datenprüfung waren die Anteile der Falschmatcher stets unterhalb der festgelegten Schwellenwerte, die zu einer Markierung von Datensätzen in der Satzart DS201 führen. In der GSPR 2022 liegen daher keine aus diesem Grund markierten Datensätze vor. Daraus folgt allerdings nicht, dass für alle Versicherten das aus den dokumentierten Angaben für Diagnosen und Leistungen abgeleitete Geschlecht mit dem Geschlecht der Personen-ID übereinstimmt. Möchte man tatsächlich alle betroffenen Personen bzw. Fälle von einer Auswertung ausschließen, kann dies mit Hilfe der in Abschnitt A.2 aufgeführten GOPen und/oder Diagnosen geschehen.

Auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs

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). Beträgt der Ausschöpfungsgrad genau 100 %, entspricht der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe genau dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versicherten in der Grundgesamtheit.

Es ist nicht zu erwarten, dass der Ausschöpfungsgrad für alle Fusionskassen und in allen Quartalen 100 % beträgt. Sehr starke Abweichungen lassen allerdings vermuten, dass Datenprobleme dafür ursächlich sind. Beispielsweise kann eine fehlerhafte Zuordnung von Abrechnungsfällen zu Personen-IDs zu einem verringerten Ausschöpfungsgrad führen.

Um Datenprobleme zu identifizieren, wird der Ausschöpfungsgrad für jede einzelne KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination sowie für alle möglichen Gruppen davon berechnet. Wenn man eine gegebene Anzahl Versicherter zufällig zieht, kann man eine erwartbare Streuung des Ausschöpfungsgrads für diese Anzahl Versicherter berechnen. Damit wird dann ein Intervall definiert, in dem der Ausschöpfungsgrad als plausibel gewertet wird. Ausschöpfungsgrade außerhalb des Intervall werden als unplausibel geflaggt.

Um ein nicht gewünschtes Flagging der kompletten KV Hamburg mit ihrem historisch niedrigen Ausschöpfungsgrad zu vermeiden, wird das plausible Intervall für Kombinationen mit mehr als 25000 Versicherten auf 91,9 % bis 110,5 % festgesetzt.

Wird also eine KV-Quartals-Fusionskassen-Geburtskalendertags-Kombination als unplausibel identifiziert, werden *alle* Personen-IDs, die dieser Kombination 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 1.697 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2022 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 446 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs). 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.

Glättung von Schwankungen des Ausschöpfungsgrad

Die Schwankung des Ausschöpfungsgrad zwischen den beiden letzten Jahren der GSP sollte möglichst gering sein. Falls die Differenz auf KV-Ebene größer als 0,2 % ist, werden

einzelne Versicherte mit sehr hohem Sprung im Leistungsbedarf geflaggt, bis die Differenz kleiner als 0,2 % ist. Dabei werden die Versicherten so ausgewählt, dass kein einzelner Geburtskalendertag, keine KM6-Alters-Geschlechtsgruppe und keine Kasse überproportional stark von den Ausschlüssen betroffen ist.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 2.283 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2022 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 228 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs). 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.

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

Wie bei den Versichertenstammdaten (Abschnitt 2.3.2) sind auch in der Satzart DS202 auffällige Datensätze durch die Ausprägung „1“ im Feld „Flag“ gekennzeichnet. In der GSPR 2022 werden solche Markierungen ausschließlich aus folgendem Grund vorgenommen.

Fälle mit Dummy-Versichertennummern

Abrechnungsfälle, bei denen die Vermutung nahe liegt, dass die gelieferten Versichertennummern Dummy-Nummern sind, werden markiert. Genauer gesagt, werden alle Fälle geflaggt, die zu einem Versichertennummernpseudonym gehören, das im entsprechenden Quartal entweder mehr als 200 Fälle oder mehr als 100 Fälle in mehr als 10 KVen besitzt.

In der GSPR 2022 nimmt dieses Feld für keinen Datensatz die Ausprägung „1“ an, d. h. es wurden keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert. Nichtsdestotrotz kann der Ausschluss von gewissen Abrechnungsfällen bei Auswertungen sinnvoll sein – nämlich dann, wenn die zugehörige Person in den Versichertenstammdaten (Satzart DS201) als auffällig markiert wurde.

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 03 realisiert ist, dient ausschließlich Dokumentationszwecken.

Einer Teilkasse wird im Feld 03 die Ausprägung „1“ zugewiesen, wenn Versicherte dieser Teilkasse aufgrund der Auffälligkeit „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ markiert sind.

Die Feldausprägung „0“ entspricht keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt

an, dass für die Versicherten dieser Teilkasse das Problem „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ nicht vorliegt. Es ist keinesfalls der Rückschluss zu ziehen, dass die Versichertenstammdatensätze derjenigen Teilkassen, für die die Feldausprägung gleich „0“ ist, in der Satzart DS201 nicht markiert wären, da die Möglichkeit besteht, dass Versichertenstammdatensätze in der Satzart DS201 aus anderen Gründen markiert sind.

In der GSPR 2022 wurde kein Datensatz in der Satzart DS219 markiert.

2.3.5 Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Die Satzart DS220 gibt Auskunft über die Fusion von Kostenträgern. Hier kann nachvollzogen werden, welche Rechtsvorgänger zu den aktuell gültigen Fusionskassen vorliegen. Für die Markierung einer Fusionskasse und all ihrer Rechtsvorgänger in der Satzart DS220 werden, neben den bisher beschriebenen, keine zusätzlichen QS-Maßnahmen durchgeführt. Die Markierung einer Fusionskasse (bzw. Teilkasse) dient Dokumentationszwecken. Das Institutionskennzeichen einer Fusionskasse wird im Feld 13 mit der Ausprägung „1“ markiert, wenn für Versicherte in einem beliebigen Jahr das Problem „auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs“ vorliegt (siehe Abschnitt 2.3.5).

Die Feldausprägung „0“ im Feld 13 der Satzart DS220 entspricht keiner Markierung im eigentlichen Sinn, sondern zeigt an, dass für Versicherte dieser Fusionskasse und ihrer Rechtsvorgänger das Problem „auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs“ nicht besteht. Es ist keinesfalls der Rückschluss zu ziehen, dass die Versicherten der Fusionskassen, für die die Feldausprägung gleich „0“ ist, in der Satzart DS201 nicht markiert wären. Es lassen sich Fusionskassen finden, deren Versicherten teilweise aufgrund anderer Auffälligkeiten in der Satzart DS201 markiert sind, ohne dass die zugehörige Fusionskasse in der Satzart DS220 die Flagmausprägung „1“ aufweist.

In der GSPR 2022 sind keine Fusionskassen in der Satzart DS220 markiert.

2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung der GSPR 2022 zugrunde liegenden bundesweiten Versichertenstichprobe dargestellt. Weitere Informationen zu dieser Stichprobe sind in Kapitel 6 zu finden. Hier werden lediglich Ergebnisse zu den Kennzahlen Lieferquote der Versichertenstammdatensätze, Inanspruchnahmequote sowie Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs berichtet. Dabei ist, wie bei der ausgelieferten GSPR 2022, der Fusionsstand der Krankenkassen zum 29.02.2024 berücksichtigt. Zu diesem Zeitpunkt gab es 95 Fusionskassen.

Lieferquote der Versichertenstammdatensätze: 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 ANZVER-

Wohnort-KV	2020/1	2020/2	2020/3	2020/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
Baden-Württt.	22,81 %	22,78 %	22,82 %	22,84 %	22,90 %	22,90 %	22,96 %	22,95 %	22,94 %	22,90 %	22,96 %	22,98 %
Bayerns	22,93 %	22,89 %	22,92 %	22,94 %	22,97 %	22,96 %	23,00 %	23,00 %	22,97 %	22,93 %	22,98 %	23,00 %
Berlin	22,85 %	22,79 %	22,80 %	22,84 %	23,00 %	22,96 %	23,00 %	23,00 %	23,04 %	23,00 %	23,00 %	22,97 %
Brandenburg	23,06 %	23,01 %	23,01 %	23,00 %	23,03 %	22,99 %	23,01 %	23,00 %	23,03 %	22,99 %	22,97 %	22,92 %
Bremen	22,63 %	22,56 %	22,58 %	22,63 %	22,85 %	22,83 %	22,85 %	22,83 %	22,92 %	22,87 %	23,01 %	22,91 %
Hamburg	22,78 %	22,71 %	22,73 %	22,75 %	22,87 %	22,84 %	22,90 %	22,87 %	22,93 %	22,87 %	22,96 %	22,93 %
Hessen	22,75 %	22,72 %	22,74 %	22,75 %	22,86 %	22,86 %	22,89 %	22,86 %	22,90 %	22,86 %	22,91 %	22,91 %
Mecklenburg-Vorp.	23,18 %	23,12 %	23,14 %	23,14 %	23,18 %	23,15 %	23,17 %	23,15 %	23,18 %	23,10 %	23,14 %	23,14 %
Niedersachsen	22,91 %	22,85 %	22,88 %	22,88 %	22,97 %	22,93 %	22,97 %	22,94 %	22,97 %	22,91 %	22,98 %	22,97 %
Nordrhein	22,81 %	22,74 %	22,77 %	22,79 %	22,91 %	22,88 %	22,92 %	22,89 %	22,95 %	22,90 %	22,95 %	22,93 %
Rheinland-Pfalz	23,00 %	22,92 %	22,95 %	22,95 %	23,05 %	23,03 %	23,08 %	23,04 %	23,07 %	23,01 %	23,08 %	23,07 %
Saarland	22,94 %	22,88 %	22,89 %	22,91 %	23,01 %	22,99 %	23,03 %	23,00 %	23,00 %	22,97 %	23,05 %	23,01 %
Sachsen	23,07 %	23,01 %	23,03 %	23,04 %	23,05 %	23,03 %	23,06 %	23,05 %	23,05 %	23,00 %	23,02 %	23,04 %
Sachsen-Anhalt	23,08 %	23,03 %	23,07 %	23,09 %	23,13 %	23,11 %	23,14 %	23,12 %	23,09 %	23,01 %	23,04 %	23,06 %
Schleswig-Holstein	23,01 %	22,95 %	22,97 %	22,96 %	23,07 %	23,04 %	23,07 %	23,04 %	23,08 %	23,05 %	23,06 %	23,01 %
Thüringen	23,01 %	22,95 %	22,99 %	23,00 %	23,05 %	23,03 %	23,06 %	23,04 %	23,01 %	22,98 %	22,98 %	22,93 %
Westfalen-Lippe	22,80 %	22,75 %	22,78 %	22,78 %	22,93 %	22,89 %	22,91 %	22,88 %	22,93 %	22,89 %	22,95 %	22,93 %

Tabelle 2: Lieferquoten der Versichertenstammdaten nach KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung nicht mit einbezogen. Die Zellenfarbe deutet den Grad der Unter- (rot) bzw. Überschreitung (blau) der Zielquote an.

Quartal	Zielquotenbereich	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
2020/1	22,32 %–23,03 %	1	13	59	22	0	95
2020/2	22,32 %–23,03 %	0	15	65	15	0	95
2020/3	22,32 %–23,03 %	0	17	64	14	0	95
2020/4	22,32 %–23,03 %	0	16	64	15	0	95
2021/1	22,55 %–23,04 %	1	11	64	19	0	95
2021/2	22,55 %–23,04 %	0	11	67	17	0	95
2021/3	22,55 %–23,04 %	0	11	63	21	0	95
2021/4	22,55 %–23,04 %	0	10	63	22	0	95
2022/1	22,60 %–23,02 %	1	12	56	26	0	95
2022/2	22,60 %–23,02 %	1	13	59	22	0	95
2022/3	22,60 %–23,02 %	1	12	56	26	0	95
2022/4	22,60 %–23,02 %	1	10	63	21	0	95

Tabelle 3: Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 29.02.2024.

Quartal	Zielquotenbereich	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
2020/1	22,32 %–23,03 %	448	220.407	15.243.956	1.339.625	0	16.804.435
2020/2	22,32 %–23,03 %	0	289.450	16.144.625	378.867	0	16.812.942
2020/3	22,32 %–23,03 %	0	299.069	16.264.295	256.401	0	16.819.766
2020/4	22,32 %–23,03 %	0	208.256	16.363.544	266.839	0	16.838.639
2021/1	22,55 %–23,04 %	33.501	53.404	15.733.121	1.055.585	0	16.875.610
2021/2	22,55 %–23,04 %	0	59.454	15.949.268	876.011	0	16.884.732
2021/3	22,55 %–23,04 %	0	112.929	15.387.778	1.386.487	0	16.887.193
2021/4	22,55 %–23,04 %	0	100.935	15.859.201	938.612	0	16.898.748
2022/1	22,60 %–23,02 %	443	89.956	15.379.999	1.426.128	0	16.896.525
2022/2	22,60 %–23,02 %	443	152.723	15.778.264	979.589	0	16.911.019
2022/3	22,60 %–23,02 %	448	92.022	15.459.367	1.465.535	0	17.017.372
2022/4	22,60 %–23,02 %	457	48.316	16.024.737	1.012.713	0	17.086.223

Tabelle 4: Anzahl der Versicherten nach Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 29.02.2024.

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 5 und in Tabelle 6 auch diejenigen Lieferquoten der Versichertenstammdaten berichtet, die die Anzahl der ursprünglich von den jeweiligen Fusionskassen gelieferten Versicherten (also alle Versicherten unabhängig von markierten Auffälligkeiten) ins Verhältnis zur Anzahl der Versicherten der jeweiligen Fusionskasse setzen. Diese wird als „ursprüngliche Lieferquote“ bezeichnet.

Quartal	Zielquotenbereich	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
2020/1	22,32 %–23,03 %	1	12	56	26	0	95
2020/2	22,32 %–23,03 %	0	13	64	18	0	95
2020/3	22,32 %–23,03 %	0	14	64	17	0	95
2020/4	22,32 %–23,03 %	0	15	61	19	0	95
2021/1	22,55 %–23,04 %	1	11	60	23	0	95
2021/2	22,55 %–23,04 %	0	11	64	20	0	95
2021/3	22,55 %–23,04 %	0	10	59	26	0	95
2021/4	22,55 %–23,04 %	0	9	59	27	0	95
2022/1	22,60 %–23,02 %	1	11	51	32	0	95
2022/2	22,60 %–23,02 %	1	11	47	36	0	95
2022/3	22,60 %–23,02 %	1	11	47	36	0	95
2022/4	22,60 %–23,02 %	1	10	52	32	0	95

Tabelle 5: Anzahl der Fusionskassen nach ursprünglicher Lieferquote (inklusive der als auffällig markierten Versicherten). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 29.02.2024.

Quartal	Zielquotenbereich	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
2020/1	22,32 %–23,03 %	448	160.856	13.589.853	3.106.331	0	16.857.488
2020/2	22,32 %–23,03 %	0	137.827	15.052.180	1.677.729	0	16.867.736
2020/3	22,32 %–23,03 %	0	139.359	14.718.781	2.017.157	0	16.875.297
2020/4	22,32 %–23,03 %	0	148.078	14.614.534	2.133.186	0	16.895.798
2021/1	22,55 %–23,04 %	33.516	53.411	14.005.204	2.835.186	0	16.927.316
2021/2	22,55 %–23,04 %	0	59.466	14.230.209	2.648.113	0	16.937.788
2021/3	22,55 %–23,04 %	0	51.881	13.449.096	3.440.723	0	16.941.700
2021/4	22,55 %–23,04 %	0	39.946	13.727.047	3.188.473	0	16.955.466
2022/1	22,60 %–23,02 %	443	83.298	13.323.837	3.538.212	0	16.945.789
2022/2	22,60 %–23,02 %	443	70.798	11.460.619	5.474.869	0	17.006.729
2022/3	22,60 %–23,02 %	448	71.021	11.460.034	5.558.808	0	17.090.311
2022/4	22,60 %–23,02 %	457	48.323	11.815.850	5.302.165	0	17.166.795

Tabelle 6: Anzahl der Versicherten nach ursprünglicher Lieferquote der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (inklusive der als auffällig markierten Versicherten). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

Inanspruchnahmequote: Weiterhin wird die sogenannte Inanspruchnahmequote berichtet. Zwar wird allen mit der GSPR 2022 ausgelieferten Fällen eine Personen-ID zugeordnet, aber nicht jedem in den Versichertenstammdaten enthaltenen Versicherten ist in jedem Quartal auch ein Abrechnungsfall zugeordnet.

Die Inanspruchnahmequoten in Tabelle 7 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.

Wohnort-KV	2020/1	2020/2	2020/3	2020/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
Baden-Württt.	69,76 %	61,25 %	66,08 %	68,00 %	65,24 %	68,71 %	68,30 %	71,72 %	72,66 %	68,11 %	67,17 %	69,94 %
Bayerns	75,43 %	66,85 %	71,98 %	73,14 %	70,06 %	74,81 %	74,81 %	77,57 %	77,76 %	73,86 %	73,16 %	76,51 %
Berlin	74,42 %	65,99 %	70,47 %	71,78 %	68,14 %	73,10 %	73,07 %	75,24 %	75,00 %	72,42 %	71,12 %	74,58 %
Brandenburg	79,53 %	72,41 %	76,08 %	77,39 %	74,39 %	77,87 %	78,04 %	81,27 %	81,76 %	77,52 %	76,91 %	80,57 %
Bremen	76,06 %	67,91 %	71,82 %	72,63 %	70,74 %	74,03 %	73,99 %	76,67 %	76,60 %	74,23 %	72,76 %	75,68 %
Hamburg	74,35 %	66,29 %	70,88 %	71,79 %	69,38 %	74,12 %	73,56 %	76,20 %	76,63 %	73,91 %	71,61 %	74,71 %
Hessen	75,95 %	67,58 %	72,26 %	72,86 %	71,18 %	75,21 %	75,79 %	78,35 %	79,13 %	75,50 %	74,51 %	77,73 %
Mecklenburg-Vorp.	80,47 %	72,95 %	76,90 %	78,31 %	75,54 %	79,36 %	79,88 %	82,45 %	83,74 %	79,29 %	78,03 %	81,96 %
Niedersachsen	78,42 %	70,28 %	74,48 %	75,11 %	72,84 %	77,33 %	77,74 %	80,09 %	80,49 %	77,06 %	75,66 %	78,92 %
Nordrhein	76,88 %	69,00 %	73,36 %	74,04 %	71,72 %	76,30 %	76,48 %	77,95 %	78,21 %	75,10 %	74,43 %	77,47 %
Rheinland-Pfalz	78,14 %	70,04 %	74,16 %	74,71 %	72,70 %	76,12 %	76,62 %	78,95 %	79,12 %	76,25 %	75,43 %	78,04 %
Saarland	78,97 %	70,72 %	75,63 %	76,13 %	74,03 %	77,96 %	78,25 %	80,79 %	80,71 %	77,44 %	76,98 %	79,56 %
Sachsen	78,79 %	72,74 %	75,55 %	77,64 %	74,22 %	77,12 %	77,06 %	81,15 %	80,62 %	77,27 %	76,08 %	79,40 %
Sachsen-Anhalt	80,54 %	74,03 %	77,63 %	79,41 %	75,90 %	79,44 %	79,92 %	83,40 %	83,11 %	79,30 %	78,62 %	82,09 %
Schleswig-Holstein	77,80 %	69,52 %	73,97 %	74,33 %	72,38 %	75,39 %	76,45 %	78,68 %	78,72 %	76,56 %	75,47 %	78,57 %
Thüringen	80,63 %	73,56 %	76,73 %	78,08 %	75,32 %	78,75 %	78,71 %	82,47 %	82,63 %	78,55 %	77,69 %	81,46 %
Westfalen-Lippe	77,24 %	68,66 %	73,39 %	73,96 %	71,52 %	75,02 %	75,66 %	78,02 %	78,36 %	75,06 %	74,37 %	77,43 %

Tabelle 7: Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in der Auswertung nicht berücksichtigt.

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 2020–2022 sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelieferten ARZTRG-Daten (Satzart ARZTRG87aKA). Zur Ermittlung der Anzahl aller Versicherten werden wiederum die ANZVER-Daten verwendet. Ein Ausschöpfungsgrad von kleiner (größer) als 100 % kann daher ein Anzeichen dafür sein, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten in der Stichprobe kleiner (größer) ist als der durchschnittliche Leistungsbedarf aller Versicherten. Der Leistungsbedarf eines Versicherten berücksichtigt dabei die regionale Euro-Gebührenordnung. In die Berechnung des Ausschöpfungsgrades werden nur Versicherte einbezogen, die keine Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versichertenstammdaten tragen.

Tabelle 8 gibt die Ausschöpfungsgrade der einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2020/1 bis 2022/4 an. In den Tabellen 9 und 10 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	2020/1	2020/2	2020/3	2020/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
Baden-Württt.	98,65 %	98,93 %	98,82 %	98,75 %	99,13 %	98,94 %	98,73 %	98,67 %	98,77 %	98,90 %	98,63 %	98,31 %
Bayerns	98,69 %	98,97 %	98,65 %	98,73 %	98,79 %	98,79 %	98,60 %	98,62 %	98,68 %	98,86 %	98,67 %	98,66 %
Berlin	97,55 %	98,04 %	97,66 %	97,46 %	97,60 %	97,69 %	97,53 %	97,44 %	97,44 %	97,39 %	97,45 %	97,36 %
Brandenburg	98,96 %	99,31 %	98,99 %	99,01 %	99,35 %	98,98 %	98,93 %	99,15 %	98,78 %	98,98 %	98,96 %	98,67 %
Bremen	96,99 %	97,00 %	97,07 %	96,52 %	97,09 %	97,00 %	96,87 %	97,64 %	97,32 %	96,94 %	96,05 %	96,96 %
Hamburg	95,61 %	96,09 %	95,80 %	96,22 %	96,05 %	96,46 %	95,81 %	96,08 %	96,54 %	96,72 %	95,87 %	95,80 %
Hessen	98,46 %	98,51 %	98,50 %	98,25 %	98,45 %	98,42 %	98,35 %	98,62 %	98,34 %	98,56 %	98,17 %	98,23 %
Mecklenburg-Vorp.	99,09 %	99,38 %	99,49 %	99,22 %	98,81 %	99,47 %	99,06 %	98,88 %	98,80 %	98,91 %	99,00 %	98,98 %
Niedersachsen	98,58 %	98,71 %	98,87 %	98,63 %	98,79 %	99,08 %	98,74 %	98,88 %	98,71 %	98,90 %	98,52 %	98,45 %
Nordrhein	98,51 %	98,87 %	98,43 %	98,39 %	98,19 %	98,33 %	98,53 %	98,47 %	98,31 %	98,46 %	98,10 %	97,94 %
Rheinland-Pfalz	98,11 %	98,84 %	98,58 %	98,60 %	98,38 %	98,51 %	98,33 %	98,39 %	98,27 %	98,37 %	97,90 %	97,98 %
Saarland	98,35 %	98,76 %	98,08 %	97,93 %	98,62 %	98,14 %	98,22 %	98,02 %	97,99 %	98,44 %	98,13 %	97,91 %
Sachsen	98,60 %	99,26 %	98,93 %	99,17 %	99,29 %	99,36 %	99,03 %	99,15 %	98,67 %	99,09 %	98,94 %	98,76 %
Sachsen-Anhalt	98,93 %	99,01 %	99,01 %	98,84 %	99,01 %	99,31 %	98,99 %	99,08 %	99,07 %	99,19 %	99,24 %	98,87 %
Schleswig-Holstein	98,49 %	98,83 %	98,71 %	98,29 %	98,46 %	98,33 %	98,33 %	98,42 %	98,36 %	98,56 %	98,50 %	98,44 %
Thüringen	99,77 %	100,06 %	99,70 %	99,85 %	99,44 %	99,90 %	99,66 %	99,22 %	99,22 %	99,25 %	99,48 %	99,43 %
Westfalen-Lippe	98,46 %	98,69 %	98,76 %	98,65 %	98,66 %	98,70 %	98,62 %	98,73 %	98,47 %	98,58 %	98,23 %	98,43 %

Tabelle 8: Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Quartal	Ausschöpfungsgrad kleiner als 94 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungsgrad größer als 102 %	Gesamtanzahl Fusionskassen
2020/1	3	18	66	8	95
2020/2	1	16	64	14	95
2020/3	1	15	68	11	95
2020/4	1	22	66	6	95
2021/1	3	20	58	14	95
2021/2	0	19	64	12	95
2021/3	2	23	59	11	95
2021/4	0	20	68	7	95
2022/1	1	23	64	7	95
2022/2	1	20	67	7	95
2022/3	1	25	64	5	95
2022/4	0	23	63	9	95

Tabelle 9: Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 29.02.2024.

Quartal	Ausschöpfungsgrad kleiner als 94 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungsgrad größer als 102 %	Gesamtanzahl Versicherter im Quartal
2020/1	9.892	2.664.009	14.055.639	74.895	16.804.435
2020/2	7.091	1.461.860	15.217.345	126.648	16.812.944
2020/3	7.073	1.745.474	15.021.615	45.602	16.819.764
2020/4	7.062	2.538.433	14.275.565	17.582	16.838.642
2021/1	12.742	2.033.466	14.738.291	91.114	16.875.613
2021/2	0	2.493.338	14.344.299	47.100	16.884.737
2021/3	7.394	2.206.087	14.623.693	50.024	16.887.198
2021/4	0	1.148.355	15.716.296	34.100	16.898.751
2022/1	4.004	3.395.032	13.471.975	25.513	16.896.524
2022/2	61.378	1.948.296	14.877.485	23.863	16.911.022
2022/3	62.990	3.922.146	13.002.602	29.632	17.017.370
2022/4	0	5.097.276	11.960.393	28.558	17.086.227

Tabelle 10: Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen.

3 Einschränkungen der Nutzung

3.1 Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten

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

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

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

Probleme in den ursprünglich gelieferten Daten

Fehlerhafte Datenlieferungen von Teilkassen können sich auf alle KV-Bezirke auswirken. Beispielsweise kann die fehlende Lieferung von Versicherten einer Teilkasse zu Lieferquoten führen, die deutlich unter den in Abschnitt 2.4 angegebenen Zielquoten der KV-Bezirke liegen. Dieser Effekt ist besonders stark, wenn es sich 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 6.3). 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, Datensätze nach dem Sterbequartal, auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs sowie fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen (siehe Abschnitt 2.3.2).

Erfassungsgrenzen der Abrechnungsdaten

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

cken 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 2022 durch Ausschlüsse nochmals weiter reduziert wird, 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 2022 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 2022 grob unvollständig repräsentiert und eventuell sogar in ihrer Patientenstruktur verzerrt sein.

3.2 Intra- 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 Längsschnittbetrachtung

Der vorliegende Datenkörper umfasst Daten aus den Jahren 2020 bis 2022. Es ist damit also theoretisch möglich, Veränderungsdaten von Kennzahlen für diesen Zeitraum zu be-

rechnen. 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

Aufgrund der durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlichen Ausschlussmarkierungen von Versicherten kann es im Vergleich zur amtlichen KM6-Statistik zu Verzerrungen der demografischen Struktur der Stichprobe kommen. Um die demografische Repräsentativität der Geburtstagsstichprobe zu gewährleisten, hat der Bewertungsausschuss in der Vergangenheit sogenannte demografische Hochrechnungsfaktoren verwendet (vgl. etwa Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2024).

Zur Bereitstellung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ist in der Satzart DS201 ein eigenes Feld vorgesehen, welches in der GSPR 2022 allerdings leer übermittelt wird. Wie in den vergangenen Jahren erfolgt stattdessen eine Übermittlung der Hochrechnungsfaktoren sowie der Korrekturfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V an die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses nach Festlegung des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 separat.

4 Hinweise zur Nutzung

4.1 Allgemeine Nutzungshinweise

Im vorliegenden Abschnitt werden Nutzungshinweise für eine versichertenzenrierte Auswertung unter Einbeziehung 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 Kapitel 5 entlang einzelner Felder der Satzarten gegeben.

Versichertenzenrierte Auswertungen unter Einbezug von Kassenwechslern

Das Datenmodell der GSPR 2022 ist so gestaltet, dass versichertenzenrierte Auswertun-

gen zur vertragsärztlichen Versorgung 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 6.3 ausgeführt, erfolgte die Zuordnung einer Personen-ID zum Abrechnungsfall möglicherweise quartalsübergreifend. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, dass einem Abrechnungsfall in einem bestimmten Quartal eine Personen-ID zugeordnet ist, deren Versichertenstammdaten 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 DS202¹⁴) 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 bereits 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 unplausiblen Quartals- und Jahreswerte erzeugt werden.

Nutzungshinweise zu Diagnosen-Datensätzen der Satzart DS203:

Bei der Nutzung der Satzart DS203 sind die folgenden Punkte zu beachten:

- Diagnose-Datensätze werden aus der ursprünglichen Lieferung der Ärzteseite ohne Änderungen für die GSPR 2022 übernommen, ungültige Diagnosen wurden nicht entfernt.
- 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 (Jah-

¹⁴Dies ist allerdings je nach Auswertungszeitraum aufgrund des quartalsübergreifenden Matchings nicht immer vollständig möglich.

resversionen der ICD-10-GM, Satzart DS213).

- Da ungültige Diagnosen nicht ausgeschlossen wurden, sind nicht alle Diagnoseeinträge der Satzart DS203 in der entsprechenden ICD-Stammtabelle (DS213) auffindbar.

Nutzungshinweise zu GOP-Datensätzen der Satzart DS210:

Bei der Nutzung der Satzart DS210 sind die folgenden Punkte zu beachten:

- Die Satzart DS210 enthält sowohl GOPen des EBM als auch regionale GOPen.
- 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 (bis zum Berichtsjahr 2017 können Unterschiede zwischen BMÄ und E-GO bei derselben GOP existieren).
- Abrechnungsfälle von Versicherten aus dem betreffenden KV-Bezirk, die bei Ärzten anderer KV-Bezirke anfielen („Fremdfälle“) können regionale GOPen anderer KV-Bezirke beinhalten; diese GOPen 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 2022 diese Identifikationsmerkmale nochmals unter Verwendung eines Schlüssels, der spezifisch für die GSPR 2022 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 ANZVER-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 2022 (Stichtag: 29.02.2024); inwieweit die bereitgestellten Satzarten DS219 und DS220 hierzu ausreichend sind, wäre für jeden externen Datenkörper vorab zu prüfen.

Nutzungshinweis für Vergleiche mit den ANZVER-Daten: Sowohl die Zählungen der Ver-

sicherten als auch die Abgrenzung der Versicherten sind in der GSPR 2022 und in den ANZVER-Daten nicht identisch.

Leistungssegmentierung (MGV/EGV)

Für die Einteilung der Leistungsbedarfe aus der Satzart DS210 nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) und extrabudgetärer Vergütung (EGV) sind externe Listen heranzuziehen. Zum Beispiel ist die für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2024 maßgebliche Liste als Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 656. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verfügbar.

5 Kommentierte Datensatzbeschreibung

Im Folgenden sind die Datensatzbeschreibungen aller Satzarten der GSPR 2022 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (Anlage, schriftliche Beschlussfassung) aufgeführt und kommentiert. Die in den folgenden Datensatzbeschreibungen aufgeführten Verweise beziehen sich auf Abschnitte innerhalb des Beschlusses.

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

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

Wenn im Rahmen der Datensatzbeschreibungen auf Schlüsselverzeichnisse verwiesen wird, so sind die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschriebenen Schlüsselverzeichnisse gemeint. Die jeweils gültige Fassung dieser Schlüsselverzeichnisse ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

5.1 Satzart DS201 – Versichertenstammdaten

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jede versicherte Person wird je Quartal, in dem diese versichert war, und je Krankenkasse ein Datensatz geliefert. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und Personen mit Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V („betreute Personen“) sind entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, sowie entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einbezogen.

Versichertennummern sind nach dem „Pseudonymisierungsverfahren für Datenlieferungen an den Bewertungsausschuss“ gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung am 14. März 2018 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung in Verbindung mit den Vorgaben gemäß den Abschnitten 1.1 und 1.5 pseudonymisiert und anonymisiert.

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS201“	
01	Versicherungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
02	IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen aus der Satzart 201 der GSP. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld durch einen Buchstaben (A-Z) in der 1. Stelle und eine laufende Zeilennummer in den weiteren acht Stellen (8-stellig mit führenden Nullen) ersetzt, sodass die Primärschlüsseigen-schaft nicht verletzt wird.	
03	Personen-ID	M	≤9	numerisch	Ordnungsnummer eines Versicherten-nummernpseudonyms, welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.1 und 1.5 erzeugt wurde.	
04	Anzahl Versichertentage	M	≤ 2	numerisch	Anzahl der Versichertentage für das Quartal	
05	Geschlecht	M	1	alphanum.	f = female (weiblich) m = male (männlich) x = unbestimmt (ab dem Versicherungsquartal 20181 zulässig) d = divers (ab dem Versicherungsquartal 20194 zulässig)	Personen mit nicht eindeutigen Angaben zum Geschlecht sind nicht Bestandteil der GSPR 2022.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2020 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1925. Versicherte, die im Kalenderjahr 2021 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1926. Versicherte, die im Kalenderjahr 2022 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1927.	Durch die Gleichsetzung des Geburtsjahres von Versicherten über 95 Jahren, soll eine Identifizierung dieser Personen, insbesondere in kleinen KV-Bezirken, verhindert werden.
07	Versichertenstatus	M	1	numerisch	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	
08	Verstorben	M	1	numerisch	Angabe, ob der Versicherte im betreffenden Quartal verstorben ist: 1 = verstorben 0 = sonst	Das Kennzeichen „Verstorben“ wird in der GSPR 2022 für das Quartal gesetzt, für das dieses Kennzeichen in der Geburtstagsstichprobe bei der betreffenden Personen-ID zeitlich zum letzten Mal gesetzt wurde. Dabei werden nur Quartale berücksichtigt, für die die Anzahl der Versichertentage größer als 0 ist. Ist das Kennzeichen in der Geburtstagsstichprobe dagegen nur für Quartale gesetzt, für die die Anzahl der Versichertentage gleich 0 ist, so wird in der GSPR 2022 unter diesen das zeitlich erste mit dem Kennzeichen „Verstorben“ versehen.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
09	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>In der GSPR 2022 wird kein Fehlwertersatzverfahren vorgenommen. Die Ausprägung „2“ tritt damit nicht auf. Die Ausprägung „1“ entsteht aufgrund einer oder mehrerer der folgenden Auffälligkeiten (siehe dazu Abschnitt 2.3.2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • falsch pseudonymisierte Personen-ID • Dummy-Personen-ID bzw. -Versichertennummer • Datensätze nach dem Sterbequartal • fehlende Datensätze nach Abgleich mit Daten zu Selektivverträgen • Versicherte mit Kennzeichen zur Kostenübernahme nach §264 Abs. 2 SGB V • Falschmatcher • auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs • Einzelne Versicherte, die einen besonders hohen Anteil an einer auffälligen Schwankung des Ausschöpfungsgrad haben <p>Es wird empfohlen, Datensätze mit der Ausprägung „1“ nicht zu verwenden.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	<p>Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjahres.</p> <p>Zu Details, siehe Erläuterungen.</p>	<p>Um jedem Versicherten pro Berichtsjahr genau eine gesamtvertragszuständige KV zuzuordnen, wird folgender Algorithmus angewandt:</p> <p>(i) Zunächst wird jedem mit der Geburtstagsstichprobe gelieferten Datensatz eine gesamtvertragszuständige KV zugeordnet: Für Versicherte, die nicht mit der Postleitzahl „AUSLA“ geliefert wurden, wird die gelieferte gesamtvertragszuständige KV (Feld 15, gemäß Beschluss des 437. BA) genutzt. Hat die gelieferte Postleitzahl hingegen die Ausprägung „AUSLA“, 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 ihren Sitz hat.</p> <p>(ii) Auf Grundlage der mit (i) ermittelten gesamtvertragszuständigen KVen wird das folgende Zuordnungsverfahren durchgeführt:</p> <p>Die Zuordnung erfolgt für einen Versicherten auf Grundlage des letzten Quartals im Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Geburtstagsstichprobe vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
						<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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), Personen-ID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	Kennzeichen Wohnort	M	1	numerisch	Kennzeichnung zum Wohnsitz des Versicherten: 0 = Wohnsitz im Inland (PLZ in der GSP zuordenbar) 1 = Wohnsitz im Ausland (PLZ in der GSP ist „AUSLA“) 2 = unbekannter Wohnsitz (PLZ in der GSP nicht zuordenbar)	
12	Rechtsnachfolger- IK	m	9	alphanum.	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß Satzart DS220. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert	
13	Gewichtungsfaktor	K	7,4	dezimal	Der Gewichtungsfaktor ist immer dann anzuwenden, wenn Auswertungen eine Datengrundlage erfordern, die hinsichtlich Alter und Geschlecht repräsentativ sein muss. Übermittlung ggf. im Rahmen einer Ergänzungsdatenlieferung.	Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, wird dieses Feld leer übermittelt.
14	Kalendertag des Geburtstags	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtstags des Versicherten, welcher zur Stichprobenziehung geführt hat.	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
15	Kennzeichen Betreute	M	1	numerisch	Angabe gemäß Feld 14 der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe (Kostenübernahme für betreute Personen): 0 = nein 1 = ja	
16	Kennzeichen Bereinigungsrelevanz	M	≤ 5	alphanum.	Angabe, ob der Versicherte im Versicherungsquartal an mindestens einem in Bezug auf den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bereinigungsrelevanten Selektivvertrag gemäß § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. oder § 140a SGB V teilgenommen hat. Das Kennzeichen setzt sich aus folgenden Buchstaben zusammen: k = keine Teilnahme an einem Selektivvertrag a = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 140a SGB V b = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73b SGB V c = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. d = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 63 SGB V u = Teilnahme an einem oder mehreren Selektivverträgen, deren Vertragsart nicht feststellbar ist	Alle Datensätze zu einer Personen-ID in einem Quartal enthalten dieselbe Ausprägung dieses Feldes. Die Befüllung dieses Feldes erfolgt basierend auf dem im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten zu Selektivverträgen festgestellten Teilnahmestatus (siehe dazu auch Abschnitt 6.5).

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
17	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	<p>Datensätze zu Versicherten mit dem Wert „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „1“, wenn sie in den Daten der Geburtstagsstichprobe als Selektivvertragsteilnehmer mit Abrechnungsweg vollständig über die KV gekennzeichnet sind, sonst wird dieses Feld leer („NULL“) übermittelt.</p> <p>Die Datensätze zu Versicherten mit einem Wert ungleich „k“ im Feld 16 erhalten in diesem Feld den Wert „2“, wenn für sie in dem entsprechenden Datensatz der Geburtstagsstichprobe ein sonstiger Abrechnungsweg dokumentiert wurde, sonst erhalten diese Datensätze in diesem Feld den Wert „1“.</p> <p>Werden für die GSPR mehrere Datensätze der Geburtstagsstichprobe mit unterschiedlichen Abrechnungswegen zu einem Versicherten, einem Institutionskennzeichen und einem Quartal zusammengefasst, so wird der erste auftretende Wert entsprechend der Reihenfolge „2“, „1“, „NULL“ übernommen.</p>	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
18	Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags	M	1	numerisch	<p>Unabhängig von der Angabe in Feld 16 ist anzugeben, in welchem Ausmaß ein vollständiger oder unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag – vor dem Hintergrund der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme des Versicherten an einem oder mehreren Selektivverträgen gemäß § 63 SGB V, § 73b SGB V, § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V – im Versicherungsquartal vorliegt.</p> <p>1 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist vollständig 2 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich vollständig 3 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig und in Bezug auf hausärztlichen Versorgungsbereich vollständig 4 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist sowohl in Bezug auf hausärztlichen als auch fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig</p> <p><u>Hinweis:</u> Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.</p>	<p>Die Befüllung dieses Feldes basiert auf dem in der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe gelieferten Kennzeichen. Dieses wird abgeglichen mit der im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten zu Selektivverträgen festgestellten Vollständigkeit des Versorgungsauftrags und, falls sich daraus eine größere Unvollständigkeit ergibt, als aus dem gelieferten Kennzeichen ersichtlich ist, so erfolgt die Befüllung mit einer Ausprägung, die dieser größeren Unvollständigkeit entspricht.</p> <p>Im Rahmen dieses Korrekturverfahrens kann es passieren, dass für ein Versichertenverhältnis aus der Satzart 201 ein unvollständiger Versorgungsauftrag ermittelt wird, aber keine Aussage über die Art der Unvollständigkeit getroffen werden kann. In diesem Fall, wird das Feld mit dem Wert „5“ befüllt. Zusätzlich zu den genannten Werten kann also die folgende Ausprägung auftreten:</p> <p>5 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen <i>oder</i> fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig</p>

5.2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Behandlungsfälle gemäß § 21 BMV-Ä von Versicherten bzw. Fälle von betreuten Personen (§ 264 Abs. 2 SGB V) der Geburtstagsstichprobe, denen in der Datenstelle des Bewertungsausschusses mindestens ein Datensatz aus Satzart DS201 zugeordnet werden konnte.</p> <p>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).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 06 bis 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p>	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS202“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	Nachtragsfälle aus dem Vorquartal können hier enthalten sein.
02	Rechtsnachfolger- IK	m	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse des gematchten Falls unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes. Die kassenseitigen Empfänger erhalten die Datensätze nur dann mit Kassenbezug, wenn die jeweilige Kasse bzw. deren Rechtsnachfolger zur Kassenart des Empfängers gehört. Ist dies nicht der Fall, so wird dieses Feld geleert.	Es ist zu beachten, dass es Personen-IDs geben kann, für die sich eine Kombination aus Personen-ID und Kassenzugehörigkeit in der Satzart DS202 finden lässt, die sich nicht in der Satzart DS201 (Versichertenstammdaten) widerspiegelt. Bei diesen können in sehr geringem Umfang sogar Institutionskennzeichen vorliegen, die überhaupt nicht in den kassenseitig gelieferten Daten vorkommen. Das Matching dieser Fälle erfolgte dann direkt über die Personen-ID.

¹⁴Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
03	Fall_ID	M	≤10	numerisch	Künstlicher Schlüssel zur Datensatzidentifikation. Ordnungsnummer des Pseudonyms einer Fall_ID welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.3 und 1.5 erzeugt wurde	
04	Betriebsstättenpseudonym	M	≤8	numerisch	Ordnungsnummer eines Betriebsstättenpseudonyms welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.2 und 1.5 erzeugt wurde. Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewiesen wurde, wird die Ordnungsnummer des Betriebsstättenpseudonyms durch den Zahlenwert „9999xxxx“ ersetzt, dabei bezeichnet „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Betriebsstätte.	
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2. Davon abweichende Kennzeichnung für Fremdfälle: 00 = Kennzeichnung für einen Fall (Fremdfall), bei dem die Angaben Wohnort-KV und KV-Nummer verschieden sind	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
06	LB_Punkte	M	≤ 13	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Zehntelpunkten	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
07	LB_Euro	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs der in Euro bewerteten Gebührenordnungspositionen des EBM nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
08	Leistungstage	M	≤ 3	numerisch	Tage mit Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen	
09	LB_EURO_GO	M	≤ 14	numerisch	Summe des abgerechneten Leistungsbedarfs laut regionaler Euro-Gebührenordnung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und vor Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen in Cent	Hierbei ist zu beachten, dass es rundungsbedingt zu Abweichungen im Vergleich zu den relevanten Summen der Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung) kommen kann.
10	PersonenID	M	≤9	numerisch	Ordnungsnummer des Pseudonyms, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.	
11	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Gesamtvertragszuständige KV des Versicherten, aus Satzart DS201 Feld 10 übernommen.	Der Verweis auf die Satzart DS201 in der Erläuterung bezieht sich auf die Datensätze des gematchten Versicherten, wobei das Versicherungsquartal nicht notwendig mit dem Abrechnungsquartal übereinstimmen muss.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
12	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der GSPR 2022 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine Informationen.

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

Dateiinhalt:						
<p>Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisierung und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt. Die Diagnosen werden gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS203 (KV-Fall-Diagnosen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>						

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „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 Spaltentrennzeichen unmittelbar aufeinander.	
03	Fall_ID	M	≤10	numerisch	aus Feld „Fall_ID“ in KV-Fall	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
04	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die Diagnosen, beginnend mit „1“	
05	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 10	alphanum.	Angabe des Diagnose-Kodes	Ist eine durch den Vertragsarzt mit Hilfe der ICD-10-GM kodierte Diagnose. Die Ersatzschlüsselnummer „UUU“ ist „kein Bestandteil der vom BfArM 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 Im Falle der Übermittlung des Ersatzwertes UUU für die Diagnose in Feld 05 wird in Feld 06 kein Eintrag übermittelt.	
07	Seitenlokalisierung	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts	Für die vertragsärztliche Versorgung ist die Angabe der Seitenlokalisierung eines ICD-Codes optional.

5.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:	
<p>Abgrenzung: Für jede verschiedene Gebührenordnungsposition der Behandlungsfälle aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird mindestens ein Datensatz geliefert.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 03 und 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig. Hierbei verknüpft der künstliche Schlüssel in Feld 03 die Satzart DS210 (Gebührenordnungspositionen) mit der Satzart DS202 (KV-Fall).</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 07 und 10 sind ganzzahlig zu übermitteln.</p> <p>Es können abrechnungsbedingte Abweichungen zwischen den Einträgen in Feld 07 bzw. Feld 10 zu den jeweiligen Stammdateneinträgen (Satzart DS215, Felder 05, 06 bzw. 08, 09) bestehen.</p>	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS210“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	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 Spaltentrennzeichen unmittelbar aufeinander.	
03	Fall_ID	M	≤10	numerisch	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.	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
07	Leistungsbedarf der GOP	M	≤ 8	numerisch	Gibt den Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach EBM unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06 an.	
08	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Leistungsbedarf der GOP aus Feld 07: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst	
09	Art der Inanspruchnahme	M	1	numerisch	Die Art der Inanspruchnahme des Leistungsscheins: 1 = Ambulante Behandlung 2 = Überweisung 3 = Belegärztliche Behandlung 4 = Notfall	
10	LB_EURO_GO	M	≤ 8	numerisch	Leistungsbedarf der abgerechneten GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent unter Berücksichtigung der Anzahl aus Feld 06	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	KNZ_AMGV	K	1	numerisch	<p>Kennzeichnung einer Leistung, die auf Grundlage von § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nrn. 1 und 3 SGB V außerhalb der MGV vergütet wird</p> <p>1 = TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (d. h. ohne Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V)</p> <p>2 = Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V (mit Ausnahme der GOP 01645, ggf. einschließlich Suffices)</p> <p>3 = Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeeignissen (hier: SARS-CoV-2) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 472. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. Folgebeschlüssen (mit Ausnahme von GOPen, die außerhalb des NVA innerhalb der EGV vergütet werden, z. B. 02402, 12221, 32811, 32816 oder 40101)</p>	

5.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:
<p>Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind Betriebsstätten des jeweiligen Abrechnungsquartals, die Leistungen für Versicherte bzw. betreute Personen (§ 264 Abs. 2 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.</p> <p>Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	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	≤8	numerisch	Ordnungsnummer eines Betriebsstättenpseudonyms, welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.2 und 1.5 erzeugt wurde	
03	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2	
04	Abrechnungsgruppe	M	4	alphanum.	Abrechnungsgruppe der Betriebsstätte nach Tätigkeitsschwerpunkt gemäß Schlüsselverzeichnis 6	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
05	HA-/FA-Kennzeichen	M	1	numerisch	Kennzeichen des Versorgungsbereiches der Betriebsstätte: 0 = Hausarzt 1 = Facharzt 2 = Versorgungsbereichsübergreifend	
06	Praxistyp_VS	M	2	numerisch	Kennzeichen des Praxistyps: 10 = Einzelpraxis 11 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach- / schwerpunktgleich 12 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Fach- übergreifend 13 = Örtliche Gemeinschaftspraxis / Berufsausübungsgemeinschaft: Schwerpunktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ 50 = Krankenhaus 90 = Sonstige	

5.6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS213“	
01	Gültigkeitszeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-Kodes	
02	ICD-10-Kode	M	≥ 3, ≤ 7	alphanum.	Gültiger ICD-10-Kode gemäß SGB V	Die Ersatzschlüsselnummer „UUU“ ist kein Bestandteil der vom BfArM veröffentlichten ICD-10-GM.
03	Text	M	≤ 255	alphanum.	Klartext des ICD-10-Kodes	
04	Notationskennzeichen	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 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.						
Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Die Wertangaben in den Feldern 05, 06, 08, 09 sind ganzzahlig zu übermitteln.						

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS215“	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
03	GO-ART	M	1	numerisch	Beschreibt die Gebührenordnung, konstant „0“	
04	GOP	M	≤ 6	alphanum.	Gebührenordnungsposition, linksbündig	
05	GOP-Wert ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent	
06	GOP-Wert stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach EBM in Zehntelpunkten oder Cent	
07	Kennzeichen Wert	M	1	numerisch	Kennzeichen für den Wert der GOP aus Feld 05 bzw. 06: 1 = Zehntelpunkte 2 = Cent 3 = Sonst	
08	LB_EURO_GO ambulant	M	≤ 8	numerisch	Ambulanter Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	
09	LB_EURO_GO stationär	M	≤ 8	numerisch	Stationärer Wert der GOP nach regionaler Euro-Gebührenordnung in Cent	

5.8 Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)

Dateiinhalt:
Abgrenzung: In der Satzart DS219 erfolgt die Zuordnung eines KVK-IK zu einer Krankenkasse. Diese wird identifiziert durch ein eindeutiges Kassensitz-IK.
Primärschlüssel: Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig.
Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS219“	
01	KVK-IK	M	9	alphanum.	Genau ein Datensatz für jedes dem GKV-SV bekannte Institutionskennzeichen	
02	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Das für den Kostenträger ausgewählte Kassensitz-IK (ohne Berücksichtigung von Rechtsnachfolgern)	
03	Flag	M	1	numerisch	Falls im Rahmen der QS für dieses KVK-IK mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Das Feld hat genau dann die Ausprägung „1“, wenn Versicherte dieser IK aufgrund „falsch pseudonymisierte Personen-ID“ markiert sind. 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.</p> <p>Primärschlüssel: Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig.</p> <p>Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.</p>

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „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	Kassenart	M	2	alphanum.	Kassenart des Kostenträgers aus Feld 01 gemäß Schlüsselverzeichnis 1	
04	Gültig ab	M	8	numerisch	Beginn der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz, tagesgenau (Format JJJMMTT)	
05	Gültig bis	M	8	numerisch	Ende der Gültigkeit der Zuordnung in diesem Datensatz aufgrund einer nachfolgenden Rechtsnachfolge (Format JJJJMMTT), „99991231“ falls aktuell gültig	
06	IK des direkten Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des direkten Rechtsnachfolgers	
07	Name des direkten Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des direkten Rechtsnachfolgers	
08	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des direkten Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1	
09	IK des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	9	alphanum.	Kassensitz-IK des aktuellen Rechtsnachfolgers	
10	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	< 101	alphanum.	Name des aktuellen Rechtsnachfolgers	

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers	M	2	alphanum.	Kassenart des aktuellen Rechtsnachfolgers gemäß Schlüsselverzeichnis 1	
12	Fusionsstufe	M	≤ 2	numerisch	<p>1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 06-11 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt.</p> <p>2: Die Kasse ist fusioniert, es gibt einen direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 06-08 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger und stimmen mit den Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger in den Feldern 09-11 überein.</p> <p>3, 4, 5 usw.: Es gibt eine Fusionskette mit wiederholten Fusionen. Die Felder 06-08 enthalten die Angaben zum direkten Rechtsnachfolger. Die Felder 09-11 enthalten Angaben zum aktuellen Rechtsnachfolger. Die Zahl der Fusionen ergibt sich aus der Fusionsstufe minus 1.</p>	
13	Kassensitz-IK-KV	m	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort des Kassensitzes gemäß Schlüsselverzeichnis 2, nur angegeben für den Datensatz eines gültigen aktuellen Rechtsnachfolgers mit der jeweils höchsten Fusionsstufe (1 entspricht der höchsten Stufe)	

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

5.10 Tabelle P_FLAG_GSPR – Tabelle mit geflaggtten Versicherten

Dateiinhalt:						
Abgrenzung: Die Tabelle listet alle Kombinationen aus PersonenID und Quartal, für die ein Flag vorliegt und das entsprechende Flag.						
Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01, 02 und 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig.						
Anmerkung: Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt.						

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	11	alphanum.	konstant „P_FLAG_GSPR“	Diese Tabelle wird nur den Trägerorganisationen zur Verfügung gestellt.
01	Flag_Name	M	10	alphanum.	Bezeichnung des Flag	
02	PersonenID	M	≤9	numerisch	Ordnungsnummer des Pseudonyms, aus Satzart DS201 Feld 03 übernommen.	
03	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	
04	QStufe	M	1	numerisch	QStufe im QS-Prozess auf der das Flag wirkt.	

5.11 Tabelle KM6_KV – KM6 wie für die Veränderungsratenberechnung

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Die Tabelle listet die Versichertenzahlen aus KM6 pro Alters- und Geschlechtsklasse, Jahr und KV. Dabei werden Wohnausländer nicht als eigene KV geführt, sondern der KV, in der ihre Fusionkasse ihren Sitz hat zugeordnet.

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „KM6_KV“	Diese Tabelle wird nur den Trägerorganisationen zur Verfügung gestellt.
01	AG	M	5	numerisch	Alters- und Geschlechtsklasse nach Schlüsselverzeichnis 7.	
02	Ausla	M	1	numerisch	Hat den Wert 0 für Inländer und 1 für Wohnausländer.	
03	Jahr	M	4	numerisch	Jahr	
04	KV	M	5	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung	
05	Anzahl_Vers_KM6	M	9	numerisch	Anzahl Versicherter aus KM6. Wohnausländer erhalten die KV, in der ihre Fusionkasse ihren Sitz hat.	

6 Geburtstagsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP)

In diesem Kapitel wird die der GSPR 2022 zugrunde liegende bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe, GSP) beschrieben. Dazu wird kurz auf die Historie und die Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Geburtstagsstichprobe eingegangen (Abschnitt 6.1). 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 6.2.3). Der Abschnitt 6.3 beschreibt detailliert den Zusammenführungsprozess der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten („Matching“). In Abschnitt 6.4 wird auf verbleibende Mängel in der GSP hingewiesen und der Umgang mit diesen erläutert. In Abschnitt 6.5 wird schließlich auf die Identifikation von Versicherten, die an Selektivverträgen teilnehmen, eingegangen.

6.1 Historie und Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

Geburtstagsstichprobe 2018: In der 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 61. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2018/1 bis 2018/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2018 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 5., 6., 12., 13., 19., 25. und 26. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2018 sind nicht Bestandteil der GSPR 2022.

Geburtstagsstichprobe 2019: In der 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 61. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2019/1 bis 2019/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2019 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 5., 6., 12., 13., 19., 20. und 26. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2019 sind Bestandteil der GSPR 2022.

Geburtstagsstichprobe 2020: In der 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 61. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2020/1 bis 2020/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe

be 2020 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 6., 12., 13., 19., 20., 26. und 27. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2020 sind Bestandteil der GSPR 2022.

Geburtstagsstichprobe 2021: In der 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss die Fortschreibung der mit Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erhobenen Daten zur bundesweiten Versichertenstichprobe beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 61. Sitzung des erweiterten Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2021/1 bis 2021/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2021 ist eine Geburtstagsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 2., 6., 13., 19., 20., 26. und 27. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtstagsstichprobe 2021 sind Bestandteil der GSPR 2022.

6.2 Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA

6.2.1 Datenlieferung

Die Krankenkassen liefern für den entsprechenden Zeitraum die pseudonymisierten Versichertenstammdaten über den entsprechenden Dachverband der Kassenart oder einen für die Kassenart tätigen Dienstleister an den GKV-Spitzenverband. Dieser übermittelt die (nochmals) pseudonymisierten Versichertenstammdaten und Kostenträgerstammdaten 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.

6.2.2 Pseudonymisierungsverfahren

Die Geburtstagsstichprobe umfasst pseudonymisierte Versichertenstammdaten der Krankenkassen und pseudonymisierte ambulante ärztliche Abrechnungsdaten von Patienten. Die Zusammenführung der Versichertenstammdaten mit den ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten in der Datenstelle erfolgt über die Attribute Institutionskennzeichen der Krankenkasse und pseudonymisierte Krankenversicherungsnummer (KVNR) von

der Krankenversichertenkarte bzw. elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung erfolgt derzeit für die Jahre 2020 bis 2022. Bereits für die Datenerhebung des Jahres 2010 erfolgte erstmals eine turnusmäßige Erweiterung der Stichprobenauswahl in Verbindung mit einer Schlüsselerweiterung. Die Stichprobenauswahl wurde für die Jahre 2011 und 2012 erneut turnusmäßig erweitert. Seit 2013 ist die Anzahl der Geburtskalendertage in der Stichprobe konstant, wobei jedes Jahr ein Geburtskalendertag entfernt und durch einen neuen ersetzt wird.

Für weitergehende Informationen zum verwendeten Pseudonymisierungsverfahren sei auf den Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 414. Sitzung verwiesen.

6.2.3 Satzarten der Geburtstagsstichprobe

Alle Informationen, die in der GSPR 2022 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 2020, 2021 und 2022 enthalten folgende Satzarten:

- Satzart 201: Versichertenstammdaten
- Satzart 202: Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)
- Satzart 203: Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)
- Satzart 210: Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung
- Satzart 211: Betriebsstättenverzeichnis
- Satzart 213: ICD-10-Stammdatei
- Satzart 215: Gebührenordnungspositions-Stammdatei
- Satzart 219: Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)
- Satzart 220: Kostenträgerhistorie

6.3 Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP – Matching

6.3.1 Definition

Der Begriff „Matching“ beschreibt die Zuordnung von Abrechnungsfällen der Satzart 202 zu Versicherten. Ein Versicherter steht dabei für eine natürliche – im Berichtszeitraum 2020–2022¹⁵ in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte – Person, deren pseu-

¹⁵Die GSPR 2022 enthält nur Daten des Berichtszeitraums 2020–2022. Das beschriebene Matchingverfahren greift aber auch auf Daten älterer Geburtstagsstichproben zurück. Dies kann aufgrund des mehrstufigen Matchingverfahrens, bei dem einem Abrechnungsfall eine Personen-ID auch quartalsübergreifend zugeordnet werden kann, ggf. relevant sein.

donymisierten Versichertenstammdaten 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 201 zuzuordnen.

Diejenigen Abrechnungsfälle der Satzart 202, denen keine Personen-ID der Satzart 201 aus dem gleichen Kalenderjahr zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil des ausgelieferten Datenkörpers. Da die GSPR 2022 nur die Berichtsjahre 2020–2022 umfasst, werden auch keine Abrechnungsfälle weiter zurück liegender Berichtsjahre mit ausgeliefert. Es werden Daten zu GKV-Versicherten mit zugeordneten Abrechnungsfällen sowie Daten zu GKV-Versicherten ohne zugeordnete Abrechnungsfälle („Nichtinanspruchnehmer“) ausgeliefert.

Idealerweise lassen sich für jeden Abrechnungsfall der Satzart 202 eine Personen-ID und damit die Versichertenstammdaten der Satzart 201 quartalsbezogen zuordnen. Im Folgenden wird beschrieben, warum dies nicht in allen Fällen möglich ist (Abschnitt 6.3.2) und wie durch ein mehrstufiges Matchingverfahren versucht wird, die vorhandenen Zuordnungsprobleme zu beheben (Abschnitt 6.3.4).

Wie in Abschnitt 6.3.4 ausgeführt, 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 Versichertenstammdaten sich für das betreffende Quartal in der Satzart 201 nicht finden lassen. Es ist lediglich sichergestellt, dass sich für jeden in der GSPR 2022 ausgelieferten Abrechnungsfall in mindestens einem Quartal des betreffenden Jahres eine Personen-ID aus den Versichertenstammdaten finden lässt.

6.3.2 Aufgabenstellung

Sowohl in den Versichertenstammdaten als auch in den 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 201 zuzuordnen.

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

Die Versichertennummern der Satzart 201 hingegen entstammen kassenseitigen Datenerlieferungen. 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 Versichertenstammdaten nicht durchgängig mit dem auf der Krankenversicherungskarte verwendeten KVK-IK als Melde-IK an den GKV-Spitzenverband. Anders formuliert: Die KVK-IKs der arztseitigen Datenlieferungen und die Melde-IKs der kassenseitigen Rechnungslegung können sich unterscheiden, obwohl sich hinter beiden der gleiche Kostenträger verbirgt. Das einfache Zusammenführen arzt- und kassenseitig gelieferter Daten anhand der jeweils gemeldeten Versichertennummern und Institutionskennzeichen ist dann nicht möglich. Durch die vom GKV-Spitzenverband gelieferten Satzarten 219 und 220 können Melde-IKs und KVK-IKs allerdings in die entsprechenden Kassensitz-Institutionskennzeichen (Kassensitz-IK) überführt und Fusionen berücksichtigt werden.

Das Matching wird zusätzlich durch die Tatsache erschwert, dass in den Versichertenstammdaten 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 Versichertenstammdaten verfügt und in der Lieferverpflichtung steht.

6.3.3 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 2022.

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

6.3.4 Stufen des Matchingverfahrens

Im Vergleich zu früheren Jahren ist das Matchingverfahren deutlich vereinfacht worden, da die Satzart 200 inzwischen auch in den ältesten berücksichtigten Datenjahren nicht mehr existiert. Die Matchingstufen, die diese Satzart verwenden, sind weggefallen. Da diese Satzart schon in den letzten Jahren nur noch für historische Datenjahre vorlag, ist die Veränderung im eigentlichen Matching vernachlässigbar.

Das Matchingverfahren erfolgt in zwei aufeinander folgenden Stufen. Die zweite Stufe wird nur dann angewendet, wenn die erste Stufe kein Ergebnis (kein Match) erbracht hat. Zum besseren Vergleich mit älteren GSPR Versionen behalten die Stufen ihre alten

Namen und werden mit Stufe I und Stufe V bezeichnet.

Die nicht zugeordneten Abrechnungsfälle werden nicht an die Trägerorganisationen und Gesamtvertragspartner übermittelt. Demzufolge sind die in den ausgelieferten Daten der GSPR 2022 enthaltenen Fallzahlen, Diagnoseangaben, Gebührenordnungspositionshäufigkeiten und Leistungsbedarfe stets kleiner als die in den Daten der Geburtsstichprobe vollständig enthaltenen Abrechnungsdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen.

Stufe I: Matching über Personen-ID

Im Regelfall gibt es zu Abrechnungsfällen die lebenslange Krankenversicherungsnummer (eGK) und die pseudonymisierte Personen-ID wird direkt aus der eGK gebildet. Damit ist ein Matching direkt über die Personen-ID der Satzart 201 möglich.

Wenn also die pseudonymisierte Versicherungsnummer eines Abrechnungsfalles (Satzart 202) mit der Personen-ID eines Versichertenstammdatensatzes (Satzart 201) übereinstimmt, dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet. Kann dagegen keine Personen-ID zugeordnet werden, so wird Stufe V des Matchingverfahrens durchgeführt.

Stufe V: Ergänzung durch Matching-Ergebnisse der Vorjahres-GSP

Bei einem Wechsel der KVK kann es manchmal zu Problemen bei der Zuordnung kommen, wenn dieser Wechsel mit dem Beginn des Berichtszeitraumes der GSP zusammenfällt, da Abrechnungsfälle prozessbedingt zum Teil erst mit einer Quartalsverzögerung erfasst werden. Solche Abrechnungsfälle können durch die erste Stufe des Matchingverfahrens unter Umständen nicht zugeordnet werden.

Aus diesen Gründen wird noch folgender ergänzender Schritt durchgeführt: Wenn ein Abrechnungsfall (Satzart 202)

1. in der ersten Matchingstufe keiner Personen-ID zugeordnet werden konnte,
2. in den zugehörigen Abrechnungsdaten eine Kombination aus KVK-IK und KVK-Versicherungsnummer aufweist, die im Rahmen des Matchingverfahrens für die vorhergehende GSP in einem Quartal, welches nicht nach dem Leistungsquartal des Abrechnungsfalles liegt, einer Personen-ID zugeordnet wurde und
3. diese Personen-ID in den Versichertenstammdatensätzen (Satzart 201) der aktuellen GSP vorkommt,

dann wird der Abrechnungsfall dieser Personen-ID zugeordnet und die Matchingstufe V angegeben.

6.3.5 Matching-Quoten

Die Matching-Quote gibt den Anteil der in der Satzart 202 der Geburtsstichprobe gelieferten Abrechnungsfälle an, die durch das Matchingverfahren einem Versicherten zugeordnet werden konnten. In Tabelle 11 sind die Matching-Quoten pro Quartal für die einzelnen Matchingstufen angegeben. Dabei wird jeweils der Anteil der auf dieser Stufe zusätzlich zugeordneten Abrechnungsfälle ausgewiesen. Tabelle 12 liefert die Matching-Quoten (über alle Stufen) pro Quartal auf KV-Ebene, wobei der angegebene KV-Bezirk der KV entspricht, über die der Fall abgerechnet wurde. In Tabelle 13 werden schließlich die Matching-Quoten (über alle Stufen) pro Quartal für die einzelnen Kassenarten angegeben.

Für Leser, die mit der GSPR 2021 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass mögliche Abweichungen zwischen den hier berichteten Matching-Quoten und denen in der Dokumentation der GSPR 2021 berichteten für die Quartale der Jahre 2020 und 2021 darin begründet sind, dass den Matching-Quoten der GSPR 2022 ein Matching mit den Daten der Jahre 2019–2022 zugrunde liegt, wohingegen die Matching-Quoten der GSPR 2021 auf einem Matching mit den Daten der Jahre 2018–2021 basieren.

Quartal	Anteil an Fällen		
	Stufe I	Stufe V	Gesamt
2020/1	99,643 %	0,000 %	99,643 %
2020/2	99,635 %	0,000 %	99,635 %
2020/3	99,641 %	0,000 %	99,641 %
2020/4	99,623 %	0,000 %	99,623 %
2021/1	99,663 %	0,000 %	99,663 %
2021/2	99,679 %	0,000 %	99,679 %
2021/3	99,669 %	0,000 %	99,669 %
2021/4	99,630 %	0,000 %	99,630 %
2022/1	99,672 %	0,000 %	99,672 %
2022/2	99,651 %	0,000 %	99,651 %
2022/3	99,618 %	0,000 %	99,618 %
2022/4	99,607 %	0,000 %	99,607 %

Tabelle 11: KV-übergreifende Matching-Quoten pro Quartal auf den einzelnen Matchingstufen und insgesamt

KV	2020/1	2020/2	2020/3	2020/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
Baden-Württ.	99,61 %	99,60 %	99,62 %	99,56 %	99,66 %	99,67 %	99,65 %	99,59 %	99,65 %	99,65 %	99,55 %	99,52 %
Bayerns	99,61 %	99,60 %	99,62 %	99,61 %	99,67 %	99,68 %	99,68 %	99,64 %	99,69 %	99,68 %	99,66 %	99,66 %
Berlin	99,73 %	99,71 %	99,72 %	99,68 %	99,77 %	99,76 %	99,75 %	99,70 %	99,77 %	99,74 %	99,71 %	99,67 %
Brandenburg	99,85 %	99,85 %	99,85 %	99,81 %	99,76 %	99,83 %	99,81 %	99,79 %	99,82 %	99,76 %	99,77 %	99,75 %
Bremen	99,39 %	99,38 %	99,39 %	99,31 %	99,43 %	99,47 %	99,49 %	99,40 %	99,46 %	99,37 %	99,36 %	99,35 %
Hamburg	99,50 %	99,49 %	99,51 %	99,44 %	99,60 %	99,64 %	99,63 %	99,55 %	99,62 %	99,54 %	99,55 %	99,54 %
Hessen	99,51 %	99,52 %	99,50 %	99,56 %	99,65 %	99,66 %	99,64 %	99,60 %	99,68 %	99,65 %	99,60 %	99,57 %
Mecklenburg-Vorp.	99,85 %	99,84 %	99,82 %	99,80 %	99,85 %	99,85 %	99,82 %	99,80 %	99,84 %	99,82 %	99,76 %	99,78 %
Niedersachsen	99,64 %	99,62 %	99,60 %	99,61 %	99,69 %	99,70 %	99,69 %	99,64 %	99,70 %	99,69 %	99,65 %	99,62 %
Nordrhein	99,49 %	99,47 %	99,49 %	99,49 %	99,34 %	99,37 %	99,35 %	99,36 %	99,35 %	99,30 %	99,31 %	99,32 %
Rheinland-Pfalz	99,70 %	99,68 %	99,69 %	99,64 %	99,69 %	99,71 %	99,69 %	99,67 %	99,69 %	99,69 %	99,67 %	99,66 %
Saarland	99,64 %	99,70 %	99,71 %	99,71 %	99,75 %	99,76 %	99,77 %	99,72 %	99,73 %	99,72 %	99,70 %	99,69 %
Sachsen	99,90 %	99,90 %	99,90 %	99,87 %	99,90 %	99,90 %	99,89 %	99,87 %	99,90 %	99,88 %	99,88 %	99,87 %
Sachsen-Anhalt	99,88 %	99,89 %	99,89 %	99,86 %	99,89 %	99,89 %	99,89 %	99,86 %	99,88 %	99,87 %	99,86 %	99,85 %
Schleswig-Holstein	99,63 %	99,63 %	99,62 %	99,58 %	99,67 %	99,69 %	99,68 %	99,63 %	99,67 %	99,66 %	99,62 %	99,62 %
Thüringen	99,82 %	99,82 %	99,82 %	99,81 %	99,83 %	99,84 %	99,84 %	99,82 %	99,81 %	99,82 %	99,82 %	99,80 %
Westfalen-Lippe	99,64 %	99,63 %	99,66 %	99,62 %	99,69 %	99,71 %	99,69 %	99,64 %	99,69 %	99,67 %	99,62 %	99,61 %

Tabelle 12: Matching-Quoten pro Quartal für die einzelnen KV-Bezirke, über die die jeweiligen Fälle abgerechnet wurden.

Kassenart	2020/1	2020/2	2020/3	2020/4	2021/1	2021/2	2021/3	2021/4	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4
AOK	99,66 %	99,64 %	99,64 %	99,61 %	99,67 %	99,68 %	99,66 %	99,61 %	99,66 %	99,61 %	99,55 %	99,55 %
BKK	99,74 %	99,73 %	99,74 %	99,71 %	99,75 %	99,77 %	99,77 %	99,73 %	99,77 %	99,76 %	99,74 %	99,72 %
EK	99,58 %	99,57 %	99,58 %	99,57 %	99,61 %	99,62 %	99,62 %	99,59 %	99,62 %	99,61 %	99,60 %	99,58 %
IKK	99,76 %	99,76 %	99,77 %	99,75 %	99,77 %	99,79 %	99,79 %	99,76 %	99,79 %	99,79 %	99,77 %	99,76 %
KN	99,58 %	99,66 %	99,69 %	99,72 %	99,66 %	99,69 %	99,71 %	99,69 %	99,69 %	99,69 %	99,68 %	99,66 %
LKK	99,78 %	99,80 %	99,80 %	99,79 %	99,82 %	99,82 %	99,84 %	99,81 %	99,82 %	99,84 %	99,86 %	99,84 %

Tabelle 13: Matching-Quoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten

6.4 Verbleibende Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten

Nach der Zusammenführung der kassen- und arztseitigen Datenlieferungen (siehe Abschnitt 6.3) werden der entstandene Datenkörper geprüft und 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 2022 entsprechen den Markierungen von Datensätzen der Satzart 201 in der Geburtstagsstichprobe. Allerdings lässt die Markierung eines Datensatzes in der GSPR 2022 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 Versichertenstammdaten 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 2022 ausgeliefert.

Für eine genaue Beschreibung der Gründe für Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 der GSPR 2022 bzw. der Gründe für das Markieren von Datensätzen der Satzart 201 der Geburtstagsstichprobe sei auf Abschnitt 2.3.2 verwiesen.

6.5 Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen

Zur quartalsbezogenen Feststellung, ob ein Versicherter in der Geburtstagsstichprobe an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnimmt, werden im Rahmen der Qualitätssicherung der Daten der GSP neben den Angaben in der Satzart 201 zur Teilnahme an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag auch Informationen aus den Datenlieferungen zu Selektivverträgen gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 51., 56. und 61. Sitzung (im Folgenden als Selektivvertragsdaten bezeichnet) herangezogen. Diese zusätzlichen Informationen umfassen:

1. Die Existenz eines Datensatzes zu dem Versicherten in der Satzart 004 der Selektivvertragsdaten (kassenseitige Lieferung der Teilnehmer an Selektivverträgen unter den Versicherten in der Geburtstagsstichprobe)
2. Die Existenz eines Datensatzes zu dem Versicherten in der Satzart 014 der Selektivvertragsdaten (arztseitige Lieferung der Teilnehmer an Selektivverträgen unter den Versicherten in der Geburtstagsstichprobe)
3. Das Datum des Beginns und des Endes der Teilnahme des Versicherten am jeweiligen Selektivvertrag laut den für ihn vorliegenden Datensätzen der Satzart 004 der Selektivvertragsdaten

Nach Feststellung der Teilnahme eines Versicherten an einem Selektivvertrag liefert die Satzart 001 dann in der großen Mehrzahl der Fälle auch die Art des Selektivvertrags. Die so zusammengetragenen Informationen werden im Feld 16 der Satzart DS201 der GSPR 2022 eingetragen und gegebenenfalls die Information zur Vollständigkeit des Versorgungsauftrages in Feld 18 angepasst¹⁶.

A Anhang

A.1 Glossar

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 des Leistungsbedarfs: 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.....18, 20, 30

Falschmatcher: 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

¹⁶Siehe Anmerkung zu Feld 18 in Abschnitt 5.1

- Versicherter mit mindestens einem in diesem Sinne fälschlich zugeordneten Abrechnungsfall wird als Falschmatcher bezeichnet. 17, 80, 91, 94
- Fusionskasse:** Krankenkasse, die zu einem bestimmten Stichtag existiert. In der GSPR 2022 wird hierfür der Stichtag 29.02.2024 verwendet, an dem insgesamt 95 Fusionskassen existierten. 6, 12
- Inanspruchnahmequote:** Zwar wird allen in der GSPR 2022 berichteten Abrechnungsfällen eine Personen-ID zugeordnet, aber selbstverständlich weist nicht jeder der in den Versichertenstammdaten 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 2022 an. In die Berechnung der Inanspruchnahmequote werden nur Versicherte einbezogen, die in dem Quartal nicht als auffällig markiert wurden. 20, 28
- Lieferquote der Versichertenstammdaten:** 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 ANZVER87a-Daten ermittelt. 20
- Matching-Quote:** Im vorliegenden Dokument beschreibt der Begriff Matching die Zuordnung von arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen zu den kassenseitig gelieferten Versichertenstammdaten. Ziel des Matchingverfahrens ist es dabei, allen Abrechnungsfällen eine eindeutige Personen-ID der Versichertenstammdaten zuzuordnen. Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID aus dem entsprechenden Jahr zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2022. Die Matching-Quote gibt den Anteil der Abrechnungsfälle, denen eine Personen-ID zugeordnet werden kann, an allen arztseitig gelieferten Abrechnungsfällen an. Dem Matching liegen dabei grundsätzlich Daten der Berichtsjahre 2019–2022 zugrunde. 3, 74–76
- Nichtinanspruchnehmer:** Ein Versicherter wird in einem Quartal als Nichtinanspruchnehmer bezeichnet, wenn für ihn in diesem Quartal kein Abrechnungsfall vorliegt. 71
- Teilkasse:** Eine ehemals autonom existierende Krankenkasse, die im Berichtszeitraum oder auch davor mit einer anderen Krankenkasse fusioniert hat, wird in diesem

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N43	männlich	Z312	weiblich	O642	weiblich
N44	männlich	Z4001	weiblich	O643	weiblich
N45	männlich	Z641	weiblich	O644	weiblich
N47	männlich	Z875	weiblich	O645	weiblich
N48	männlich	Z917	weiblich	O648	weiblich
N49	männlich	Z9170	weiblich	O649	weiblich
N50	männlich	Z9171	weiblich	O650	weiblich
N51	männlich	Z9172	weiblich	O651	weiblich
N70	weiblich	Z9173	weiblich	O652	weiblich
N71	weiblich	Z9174	weiblich	O653	weiblich
N73	weiblich	A34	weiblich	O654	weiblich
N74	weiblich	C58	weiblich	O655	weiblich
N75	weiblich	C61	männlich	O658	weiblich
N76	weiblich	F53	weiblich	O659	weiblich
N77	weiblich	N95	weiblich	O660	weiblich
N82	weiblich	N40	männlich	O661	weiblich
N83	weiblich	N41	männlich	O662	weiblich
N84	weiblich	N42	männlich	O663	weiblich
N85	weiblich	N46	männlich	O664	weiblich
N86	weiblich	N72	weiblich	O665	weiblich
N87	weiblich	N80	weiblich	O668	weiblich
N88	weiblich	N81	weiblich	O669	weiblich
N89	weiblich	N91	weiblich	O690	weiblich
N90	weiblich	N92	weiblich	O691	weiblich
N93	weiblich	N94	weiblich	O692	weiblich
Q50	weiblich	N96	weiblich	O693	weiblich
Q51	weiblich	N97	weiblich	O694	weiblich
Q52	weiblich	N98	weiblich	O695	weiblich
Q53	männlich	O00	weiblich	O698	weiblich
Q54	männlich	O01	weiblich	O699	weiblich
Q55	männlich	O02	weiblich	O710	weiblich
Q97	weiblich	O03	weiblich	O711	weiblich
Q98	männlich	O04	weiblich	O712	weiblich
R87	weiblich	O05	weiblich	O713	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
R86	männlich	O06	weiblich	O714	weiblich
B260	männlich	O07	weiblich	O715	weiblich
B373	weiblich	O08	weiblich	O716	weiblich
C530	weiblich	O09	weiblich	O717	weiblich
C531	weiblich	O10	weiblich	O718	weiblich
C510	weiblich	O11	weiblich	O719	weiblich
C511	weiblich	O12	weiblich	O740	weiblich
C512	weiblich	O13	weiblich	O741	weiblich
C518	weiblich	O14	weiblich	O742	weiblich
C519	weiblich	O15	weiblich	O743	weiblich
C538	weiblich	O16	weiblich	O744	weiblich
C539	weiblich	O20	weiblich	O745	weiblich
C540	weiblich	O21	weiblich	O746	weiblich
C541	weiblich	O22	weiblich	O747	weiblich
C542	weiblich	O23	weiblich	O748	weiblich
C543	weiblich	O24	weiblich	O749	weiblich
C548	weiblich	O25	weiblich	O750	weiblich
C549	weiblich	O26	weiblich	O751	weiblich
C570	weiblich	O28	weiblich	O752	weiblich
C571	weiblich	O29	weiblich	O753	weiblich
C572	weiblich	O30	weiblich	O754	weiblich
C573	weiblich	O31	weiblich	O755	weiblich
C574	weiblich	O32	weiblich	O756	weiblich
C577	weiblich	O61	weiblich	O757	weiblich
C578	weiblich	O33	weiblich	O758	weiblich
C579	weiblich	O34	weiblich	O759	weiblich
C600	männlich	O35	weiblich	O890	weiblich
C601	männlich	O36	weiblich	O891	weiblich
C602	männlich	O40	weiblich	O892	weiblich
C608	männlich	O41	weiblich	O893	weiblich
C609	männlich	O42	weiblich	O894	weiblich
C620	männlich	O43	weiblich	O895	weiblich
C621	männlich	O44	weiblich	O896	weiblich
C629	männlich	O45	weiblich	O898	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
C630	männlich	O46	weiblich	O899	weiblich
C631	männlich	O47	weiblich	O900	weiblich
C632	männlich	O48	weiblich	O901	weiblich
C637	männlich	O60	weiblich	O902	weiblich
C638	männlich	O62	weiblich	O903	weiblich
C639	männlich	O63	weiblich	O904	weiblich
C796	weiblich	O64	weiblich	O905	weiblich
D060	weiblich	O65	weiblich	O908	weiblich
D061	weiblich	O66	weiblich	O909	weiblich
D067	weiblich	O67	weiblich	O980	weiblich
D069	weiblich	O68	weiblich	O981	weiblich
D070	weiblich	O69	weiblich	O982	weiblich
D071	weiblich	O70	weiblich	O983	weiblich
D072	weiblich	O71	weiblich	O984	weiblich
D073	weiblich	O72	weiblich	O985	weiblich
D074	männlich	O73	weiblich	O986	weiblich
D075	männlich	O74	weiblich	O987	weiblich
D076	männlich	O75	weiblich	O988	weiblich
D176	männlich	O80	weiblich	O989	weiblich
D250	weiblich	O81	weiblich	O990	weiblich
D251	weiblich	O82	weiblich	O991	weiblich
D252	weiblich	O85	weiblich	O992	weiblich
D259	weiblich	O86	weiblich	O993	weiblich
D260	weiblich	O87	weiblich	O994	weiblich
D261	weiblich	O88	weiblich	O995	weiblich
D267	weiblich	O89	weiblich	O996	weiblich
D269	weiblich	O90	weiblich	O997	weiblich
D280	weiblich	O91	weiblich	O998	weiblich
D281	weiblich	O92	weiblich	P546	weiblich
D282	weiblich	O94	weiblich	P835	männlich
D287	weiblich	O95	weiblich	Z350	weiblich
D289	weiblich	O96	weiblich	Z351	weiblich
D290	männlich	O97	weiblich	Z352	weiblich
D291	männlich	O98	weiblich	Z353	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
D292	männlich	O99	weiblich	Z354	weiblich
D293	männlich	Z32	weiblich	Z355	weiblich
D294	männlich	Z33	weiblich	Z356	weiblich
D297	männlich	Z34	weiblich	Z358	weiblich
D299	männlich	Z35	weiblich	Z359	weiblich
D390	weiblich	Z36	weiblich	Z360	weiblich
D391	weiblich	Z37	weiblich	Z361	weiblich
D397	weiblich	Z39	weiblich	Z362	weiblich
D399	weiblich	M8301	weiblich	Z363	weiblich
D400	männlich	M830	weiblich	Z364	weiblich
D401	männlich	M8300	weiblich	Z365	weiblich
D407	männlich	M8302	weiblich	Z368	weiblich
D409	männlich	M8303	weiblich	Z369	weiblich
E280	weiblich	M8304	weiblich	Z370	weiblich
E281	weiblich	M8305	weiblich	Z371	weiblich
E282	weiblich	M8306	weiblich	Z372	weiblich
E283	weiblich	M8307	weiblich	Z373	weiblich
E288	weiblich	M8308	weiblich	Z374	weiblich
E289	weiblich	M8309	weiblich	Z375	weiblich
E290	männlich	M810	weiblich	Z376	weiblich
E291	männlich	M8100	weiblich	Z377	weiblich
E298	männlich	M8101	weiblich	Z379	weiblich
E299	männlich	M8102	weiblich	D392	weiblich
E894	weiblich	M8103	weiblich	F530	weiblich
E895	männlich	M8104	weiblich	F531	weiblich
F524	männlich	M8105	weiblich	F538	weiblich
F525	weiblich	M8106	weiblich	F539	weiblich
F842	weiblich	M8107	weiblich	N410	männlich
I861	männlich	M8108	weiblich	N411	männlich
I863	weiblich	M8109	weiblich	N412	männlich
L291	männlich	M811	weiblich	N413	männlich
L292	weiblich	M8110	weiblich	N418	männlich
L705	weiblich	M8111	weiblich	N419	männlich
N483	männlich	M8112	weiblich	N420	männlich