

**Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur
Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie
zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2027
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses am
21. September 2026

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 848. Sitzung am 25. August 2026 zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 beinhalten die demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate je KV-Bezirk, die in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: Demografische und diagnosebezogene Veränderungsrate je KV-Bezirk für das Jahr 2027.

KV-Bezirk	Demografische Veränderungsrate	Diagnosebezogene Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,0567 %	0,9509 %
Hamburg	-0,0412 %	-0,0492 %
Bremen	-0,0919 %	0,1178 %
Niedersachsen	0,1220 %	0,8302 %
Westfalen-Lippe	0,0935 %	0,7190 %
Nordrhein	0,0269 %	0,6496 %
Hessen	0,0597 %	0,4729 %
Rheinland-Pfalz	0,0896 %	0,6400 %
Baden-Württemberg	0,0855 %	0,8564 %
Bayern	0,0843 %	0,9317 %
Berlin	-0,1112 %	-0,0651 %
Saarland	0,0492 %	0,9637 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,1695 %	0,8509 %
Brandenburg	0,0147 %	0,6910 %
Sachsen-Anhalt	0,0700 %	1,5453 %
Thüringen	0,1958 %	1,1256 %
Sachsen	0,0767 %	0,8725 %

Um die Transparenz über die der Berechnung der Veränderungsrate 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	6
1	Einführung	8
2	Rechtliche Bezugspunkte	9
3	Datengrundlagen	10
3.1	Geburtsstichprobe der Berichtsjahre 2022 bis 2024	11
3.2	KM6-Daten	15
3.3	SV-Daten	16
3.4	ANZVER-Daten	16
B	Demografische Veränderungsdaten	17
1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	19
1.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	19
1.2	Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	22
2	Ergebnisse: demografische Veränderungsdaten	23
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	24
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	24
3.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	27
C	Diagnosebezogene Veränderungsdaten	32
1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten ..	35
1.1	Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	35
1.2	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	36
1.3	Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	40
1.4	Bereinigung von Kodiereffekten	45
2	Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten für das Jahr 2027	48
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	51
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	51
3.2	Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	60
3.3	Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsdaten	67
D	Weiterentwicklungen	69
1	Weiterentwicklung der Datengrundlage	71

2	Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten	71
3	Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten	71
3.1	Vergleich des Klassifikationsmodells für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungs- raten für das Jahr 2027 mit dem Vorjahresmodell	72
3.2	Weiterentwicklung des Klassifikationssystems	76
3.3	Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsraten	101
 Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis		 103
 Anhang 2: Dokumentation zur Bereitstellung der regionali- sierten Geburtstagsstichprobe 2022–2024 für die Gesamt- vertragspartner		 106

Teil A

Einführung und Grundlagen

1	Einführung	8
2	Rechtliche Bezugspunkte	9
3	Datengrundlagen	10
3.1	Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2022 bis 2024	11
3.1.1	Rechtliche Grundlagen der Geburtstagsstichprobe	11
3.1.2	Inhalt des Datenkörpers	12
3.1.3	Qualitätssicherung des Datenkörpers und Ausschlüsse.....	12
3.1.4	Erweiterung um abgeleitete Merkmale.....	13
3.2	KM6-Daten	15
3.3	SV-Daten	16
3.4	ANZVER-Daten	16

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 Veränderungsraten werden den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses mitgeteilt¹.

Berechnet werden die einzelnen KV-spezifischen Veränderungsraten 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 Veränderungsraten 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 Veränderungsraten mit dem beschlossenen Klassifikationsmodell dargestellt werden. Darüber hinaus wird im vorliegenden Bericht auch die Ermittlung der demografischen Veränderungsraten 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 Berichts 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 Veränderungsraten (eine diagnosebezogene Veränderungsrate und eine demografische Veränderungsrate). Die Empfehlungen der KV-spezifischen Veränderungsraten für das Jahr 2027 wurden durch den Bewertungsausschuss in seiner 848. 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 848. 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 2027 Anwendung fanden, mit ihren entsprechenden Regelungen überblicksartig aufgeführt werden:

§ 87a SGB V

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

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung

Seit 2012 wird das Klassifikationsmodell jährlich weiterentwickelt. Tabelle 1 enthält eine Übersicht der gefassten Beschlüsse. Die Festlegungen für das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2027 zu verwendende Klassifikationsmodell (KM87a_2026) hat der Bewertungsausschuss in seiner 848. Sitzung beschlossen.

3 Datengrundlagen

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung bildet eine bundesweit erhobene Versichertenstichprobe (Geburtsstichprobe, kurz GSP) die Datengrundlage.

Im Folgenden werden dementsprechend die Geburtsstichprobe der für die Berechnung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2027 relevanten Berichtsjahre 2022 bis 2024 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 Veränderungsrate werden in den Teilen B und C beschrieben.

²Der § 87a Abs. 5 Satz 11 referenziert auf den § 295 Abs. 4 Satz 2. Korrekterweise muss wie in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses auf Satz 3 referenziert werden.

Tabelle 1: Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) und erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) über die zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten (VR) für die Jahre 2010 bis 2027 zu verwendenden Klassifikationsmodelle

VR für das Jahr ...	Klassifikationsmodell	Sitzung
2010	H15EBA	15. EBA am 02.09.2009
2013	KM87a_2012	29. EBA am 19./25.06.2012, 30. EBA am 15./30.08.2012, 283. BA am 30.08.2012, 288. BA am 22.10.2012
2014	KM87a_2013	309. BA am 26.06.2013, 313. BA am 19.08.2013
2015	KM87a_2014	332. BA (schriftliche Beschlussfassung)
2016	KM87a_2015	355. BA am 23.06.2015
2017	KM87a_2016	382. BA am 31.08.2016
2018	KM87a_2017	400. BA am 31.08.2017
2019	KM87a_2018	430. BA am 12.12.2018
2020	KM87a_2019	439. BA am 19.07.2019
2021	KM87a_2020	503. BA (schriftliche Beschlussfassung)
2022	KM87a_2021	567. BA am 04.08.2021
2023	KM87a_2022	596. BA am 15.06.2022
2024	KM87a_2023	656. BA (schriftliche Beschlussfassung)
2025	KM87a_2024	728. BA (schriftliche Beschlussfassung)
2026	KM87a_2025	797. BA (schriftliche Beschlussfassung)
2027	KM87a_2026	848. BA am 25.08.2026

3.1 Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2022 bis 2024

Für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2027 wird die Geburtstagsstichprobe der Berichtsjahre 2022 bis 2024 verwendet. Dieser Datenkörper, einschließlich aller Austausch- und Korrekturlieferungen, wurde mit dem Stand der Qualitätssicherung vom 17. März 2026 genutzt.

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 2022 bis 2024 vor. Die Auswahl der Versicherten in der Stichprobe erfolgt anhand ihres Geburtskalendertages (daher die Bezeichnung „Geburtsstichprobe“). Es werden jeweils die Versicherten für die Stichprobe ausgewählt,

die an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Für das Jahr 2022 sind Versicherte mit Geburtskalendertag an einem 2., 6., 9., 13., 20., 26. oder 27. in der Stichprobe. Für das Jahr 2023 fällt gegenüber dem Jahr 2022 der 26. Kalendertag weg und der 16. kommt hinzu. Für das Jahr 2024 schließlich fällt gegenüber dem Jahr 2023 der 6. Kalendertag weg und der 23. 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 über die gelieferten Versichertenpseudonyme mit den ärztlichen Abrechnungsdaten zusammengeführt. Eine ausführliche Beschreibung der Geburtstagsstichprobe findet sich in Abschnitt 5 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2022–2024 für die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichts. Darüber hinaus enthält die Anlage des Beschlusses zur Datenlieferung aus der 514. Sitzung des Bewertungsausschusses eine Datensatzbeschreibung, auf die sich die in diesem Bericht genannten Feld-Nummern beziehen.

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 2022–2024 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 5.5 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2022–2024 für die Gesamtvertragspartner“).

Genauer wurden im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 folgende Festlegungen getroffen:

- Versicherte, die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 17. März 2026 mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind, werden ausgeschlossen. Ebenso werden alle Abrechnungsdaten (Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben) ausgeschlossen, die mit einer Ausschlusskennzeichnung markiert sind.
- 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 848. 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: 2. Januar 2026) ihren Sitz hat.

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

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

Anzahl Versichertentage

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

Anzahl Versichertenquartale

Die Anzahl der Versichertenquartale (AVQ) weist jahresweise aus, wie viele Quartale 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 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Punkten. Er beruht auf der Abrechnung vertragsärztlicher Gebührenordnungspositionen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, ohne Berücksichtigung von Honorarverteilungsmaßstäben.

Die bundeseinheitliche Abgrenzung der Leistungen der MGV wird durch die Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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: 2. Januar 2026) 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: 2. Januar 2026) 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 848. 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 Veränderungsdaten für das Jahr 2027 wurden die SV-Daten mit dem Stand der Qualitätssicherung zum 17. März 2026 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 .	19
1.1	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	19
1.1.1	Abgrenzung der Kalibrierungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	19
1.1.2	Berechnung des gewichteten Mittelwertes des annualisierten MGV-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge.....	19
1.1.3	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	20
1.2	Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	22
1.2.1	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	22
1.2.2	Berechnungsschritte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	22
2	Ergebnisse: demografische Veränderungsdaten	23
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	24
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	24
3.1.1	Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	24
3.1.2	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten.....	25
3.2	Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten	27
3.2.1	Entwicklung der Altersstruktur von 2023 auf 2024	27
3.2.2	Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen demografischen Veränderungsdaten.....	31

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 848. Sitzung am 25. August 2026 aus der in Teil A, Abschnitt 3.1 dieses Berichts beschriebenen Datengrundlage diejenigen Versicherten ausgewählt, die sowohl im Jahr 2022 als auch im Jahr 2024 als versichertenzeitvollständig¹ gekennzeichnet sind (als Konsequenz werden nur Versicherte mit den Geburtskalendertagen 2, 9, 13, 20 und 27 berücksichtigt). Darüber hinaus werden aus der Kalibrierungsmenge diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in einem der Jahre 2022 bis 2024 als SV-Teilnehmer² identifiziert wurden, sowie diejenigen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2022 bis 2024 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen (sogenannte „Betreute“). Weiterhin werden diejenigen Versicherten ausgeschlossen, die in mindestens einem der Jahre 2022 bis 2024 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 MGV-Leistungsbedarfs der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Für die Versicherten in der Kalibrierungsmenge werden für die weitere Berechnung nur das Alter und das Geschlecht im Jahr 2022 sowie deren MGV-Leistungsbedarf und deren Anzahl an Versichertenquartalen im Jahr 2024 herangezogen. Das Alter und das Geschlecht im Jahr 2022 werden verwendet, um die Versicherten in der Kalibrierungsmenge den Alters- und Geschlechtsgruppen in der Gliederung der KM6-Statistik zuzuordnen. Der MGV-Leistungsbedarf wird für jeden Versicherten mit der Anzahl von Versichertenquartalen im Jahr 2024 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.

$$LB_i^{a,2024} = \frac{4 \cdot LB_i^{2024}}{AVQ_i^{2024}} \quad (1)$$

mit

LB_i^{2024} Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2024
 AVQ_i^{2024} Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten im Jahr 2024

Für die weitere Berechnung wird zuerst der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2024 ($\overline{LB}^{a,2024}$) anhand der Formel (2) ermittelt.

$$\overline{LB}^{a,2024} = \frac{\sum_{i=1}^n \frac{1}{4} \cdot LB_i^{a,2024} \cdot AVQ_i^{2024}}{\sum_{i=1}^n \frac{1}{4} \cdot AVQ_i^{2024}} \quad (2)$$

mit

$LB_i^{a,2024}$ annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2024
 AVQ_i^{2024} Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten im Jahr 2024
 n Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge

Der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in 2024 in der Kalibrierungsmenge beträgt 3.925 Punkte.

1.1.3 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Entsprechend dem vorliegenden Beschluss werden die Relativgewichte wie folgt bestimmt. Auf Basis des Lebensalters in 2022 und des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs für das Jahr 2024 der Versicherten der Kalibrierungsmenge wird für jede KM6-Alters- und Geschlechtsgruppe das bundeseinheitliche Relativgewicht als Quotient zwischen dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten in der jeweiligen KM6-Alters- und Geschlechtsklasse und dem nach Versichertenquartalen gewichteten durchschnittlichen annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarf je Versicherten insgesamt berechnet.

Das entspricht der Berechnung der Relativgewichte zur Bestimmung der demografischen Veränderungsraten mit einem zweijährig-prospektiven gewichteten Regressionsmodell. Als abhängige Variable (y_i^{2024}) geht der relative Leistungsbedarf eines Versicherten in die multiple lineare Regression ein. Der relative Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr

2024 wird anhand der Formel (3) als Quotient aus dem annualisierten Leistungsbedarf und dem gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Versicherten im Jahr 2024 berechnet.

$$y_i^{2024} = \frac{LB_i^{a,2024}}{\overline{LB}^{a,2024}} \quad (3)$$

mit

$LB_i^{a,2024}$ annualisierter Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2024
 $\overline{LB}^{a,2024}$ gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2024

Die Regressionsgleichung ist in Formel (4) dargestellt. Die unabhängigen Variablen dieser Regression ($x_{i,j}^{2022}$) sind sogenannte „Dummy-Variablen“, die die Zuordnung eines Versicherten zu genau einer Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß der Gliederung der KM6-Statistik im Jahr 2022 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.

$$y_i^{2024} = \sum_{j=1}^{34} \beta_j \cdot x_{i,j}^{2022} + \varepsilon_i \quad (4)$$

mit

y_i^{2024} relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2024
 β_j Modellparameter der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe
 $x_{i,j}^{2022}$ Ausprägung der Variablen der j -ten Alters- und Geschlechtsgruppe für den i -ten Versicherten im Jahr 2022
 ε_i Fehlerterm der Regression

Es erfolgt eine Gewichtung der Versicherten in der Regression mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2024. 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 848. 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 2023 und 2024 herangezogen.

Versicherte mit Wohnort im Ausland (Wohnausländer) werden der KV-Region, in der ihre Krankenkasse ihren Sitz hat, zugeordnet. Bei fusionierten Krankenkassen wird dabei jeweils der letzte bekannte Sitz der Krankenkasse (Stand: 2. Januar 2026) verwendet. Wohnausländer, die hiernach dem KV-Bezirk Nordrhein oder dem KV-Bezirk Baden-Württemberg zugeordnet werden müssten, werden jedoch nicht berücksichtigt.

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 2023 und 2024 für jeden KV-Bezirk separat angewendet.

Genauer wird je KV-Bezirk ein Demografie-Index bezogen auf das Jahr 2023 und ein Demografie-Index bezogen auf das Jahr 2024 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 $t = 2023, 2024$

Um die demografische Veränderungsrate je KV-Bezirk zu berechnen, wird gemäß Formel (6) der Demografie-Index des Jahres 2024 ($\bar{y}_{demo}^{2024,KV}$) durch den Demografie-Index des Jahres 2023 ($\bar{y}_{demo}^{2023,KV}$) geteilt und davon der Wert eins abgezogen.

$$VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV} = \frac{\bar{y}_{demo}^{2024,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2023,KV}} - 1 \quad (6)$$

mit

- $VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV}$ demografische Veränderungsrate für den KV-Bezirk KV
 $\bar{y}_{demo}^{2023,KV}$ Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2023
 $\bar{y}_{demo}^{2024,KV}$ Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2024
 KV KV-Bezirk, mit $KV = 1, \dots, 17$

2 Ergebnisse: demografische Veränderungsdaten

Unter Verwendung der Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung ergeben sich die in Tabelle 1 dargestellten KV-spezifischen demografischen Veränderungsdaten.

Tabelle 1: Demografische Veränderungsdaten je KV-Bezirk für das Jahr 2027

KV-Bezirk	Veränderungsrate
Schleswig-Holstein	0,0567 %
Hamburg	-0,0412 %
Bremen	-0,0919 %
Niedersachsen	0,1220 %
Westfalen-Lippe	0,0935 %
Nordrhein	0,0269 %
Hessen	0,0597 %
Rheinland-Pfalz	0,0896 %
Baden-Württemberg	0,0855 %
Bayern	0,0843 %
Berlin	-0,1112 %
Saarland	0,0492 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,1695 %
Brandenburg	0,0147 %
Sachsen-Anhalt	0,0700 %
Thüringen	0,1958 %
Sachsen	0,0767 %

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 2027 (gerundet auf zwei Nachkommastellen)

Altersgruppe gemäß KM6-Statistik	Relativgewicht Frauen	Relativgewicht Männer
unter 15 Jahre	54,26 %	57,84 %
15 bis unter 20 Jahre	74,13 %	47,22 %
20 bis unter 25 Jahre	79,40 %	46,15 %
25 bis unter 30 Jahre	84,55 %	48,86 %
30 bis unter 35 Jahre	89,21 %	53,34 %
35 bis unter 40 Jahre	91,56 %	56,98 %
40 bis unter 45 Jahre	97,33 %	63,15 %
45 bis unter 50 Jahre	108,29 %	72,92 %
50 bis unter 55 Jahre	119,53 %	88,05 %
55 bis unter 60 Jahre	129,48 %	106,71 %
60 bis unter 65 Jahre	136,46 %	122,79 %
65 bis unter 70 Jahre	144,56 %	137,24 %
70 bis unter 75 Jahre	165,26 %	163,52 %
75 bis unter 80 Jahre	182,79 %	186,35 %
80 bis unter 85 Jahre	185,36 %	193,99 %
85 bis unter 90 Jahre	181,95 %	190,49 %
90 Jahre und älter	182,13 %	185,28 %

3.1.2 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten

In Tabelle 3 werden Kennzahlen für das Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 im Vergleich zum Regressionsmodell zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2026 dargestellt. Neben der Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge werden der gewichtete MAPE und das adjustierte R^2 gezeigt, die im Folgenden beschrieben werden.

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.

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 2024 ($y_i = y_i^{2024}$) zum mit dem Regressionsmodell geschätzten relativen Leistungsbedarf

Tabelle 3: Kennzahlen der Regressionsmodelle zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten für die Jahre 2026 und 2027 (Die Angabe des gewichteten MAPE in Prozent ergibt sich durch die Verwendung relativer Leistungsbedarfe.)

	Regressionsmodell	
	für das Jahr 2026	für das Jahr 2027
Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge	10.277.218	10.127.790
Gewichteter MAPE	64,93 %	64,73 %
Adjustiertes R^2	15,07 %	14,88 %

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 2024
- $\hat{y}_i$ geschätzter relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2024
- AVQ_i Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2024

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 Summe über die Versicherten in der Kalibrierungsmenge läuft ($i = 1, \dots, n$).

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

mit

- y_i relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2024
- $\hat{y}_i$ geschätzter relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2024
- AVQ_i Anzahl der Versichertenquartale des i -ten Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2024
- n Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge
- m Anzahl der Variablen im Modell (= 34)

3.2 Empirische Ergebnisse zu den demografischen Veränderungsdaten

3.2.1 Entwicklung der Altersstruktur von 2023 auf 2024

Einen bedeutenden Einfluss auf die demografischen Veränderungsdaten 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 4 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 848. Sitzung beschrieben) des Jahres 2023 aufgeführt. Analog enthält Tabelle 5 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 2024⁴.

Die Änderungen der Anteile einer KM6-Gruppe des Jahres 2024 gegenüber den entsprechenden Anteilen des Jahres 2023 sind in Tabelle 6 in Prozentpunkten aufgeführt⁵.

⁴Zu beachten ist bei diesen beiden Tabellen, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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.

⁵Zu beachten ist bei Tabelle 6, dass gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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 6 berichteten Veränderungen.

Tabelle 4: 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 2023 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 unter 15 Jahre	6,44	6,65	6,88	6,65	6,70	6,60	6,83	6,51	6,77	6,63	6,77	6,04	6,12	6,33	5,93	6,12	6,38
F 15 bis unter 20 Jahre	2,31	2,06	2,22	2,32	2,34	2,25	2,28	2,20	2,31	2,19	2,03	2,10	2,13	2,12	2,05	2,07	2,12
F 20 bis unter 25 Jahre	2,53	2,76	2,87	2,61	2,65	2,60	2,59	2,51	2,68	2,58	2,49	2,33	2,05	1,90	1,98	2,05	2,15
F 25 bis unter 30 Jahre	2,73	3,91	3,43	2,85	2,92	3,14	3,03	2,83	3,05	3,09	3,63	2,71	1,80	1,71	1,82	1,84	2,03
F 30 bis unter 35 Jahre	3,04	4,26	3,47	3,07	3,14	3,48	3,37	3,17	3,35	3,46	4,37	3,03	2,40	2,40	2,36	2,31	2,56
F 35 bis unter 40 Jahre	3,19	4,03	3,36	3,15	3,16	3,43	3,41	3,22	3,36	3,47	4,40	3,09	3,41	3,52	3,21	3,21	3,43
F 40 bis unter 45 Jahre	3,24	3,79	3,18	3,12	3,12	3,34	3,40	3,19	3,30	3,44	3,83	3,02	3,27	3,47	3,06	3,19	3,26
F 45 bis unter 50 Jahre	3,10	3,34	2,95	2,97	2,98	3,10	3,18	2,98	3,08	3,19	3,12	2,84	2,72	2,94	2,58	2,70	2,78
F 50 bis unter 55 Jahre	3,68	3,32	3,23	3,56	3,49	3,49	3,52	3,49	3,48	3,54	3,04	3,38	3,05	3,21	3,18	3,18	3,01
F 55 bis unter 60 Jahre	4,70	3,73	3,83	4,39	4,29	4,29	4,18	4,41	4,17	4,19	3,56	4,50	4,21	4,23	4,09	3,93	3,71
F 60 bis unter 65 Jahre	4,14	3,18	3,59	4,03	4,01	3,90	3,81	4,29	3,90	3,87	3,31	4,57	4,79	4,54	4,47	4,35	3,95
F 65 bis unter 70 Jahre	3,26	2,48	3,02	3,23	3,28	3,13	3,05	3,51	3,11	3,06	2,57	3,89	4,30	3,79	4,05	4,00	3,64
F 70 bis unter 75 Jahre	2,81	2,16	2,60	2,78	2,71	2,66	2,69	3,01	2,64	2,63	2,44	3,28	3,73	3,38	3,81	3,78	3,67
F 75 bis unter 80 Jahre	2,33	1,84	2,11	2,08	1,97	2,06	2,05	2,00	1,96	2,04	1,90	2,10	2,17	2,17	2,58	2,58	2,54
F 80 bis unter 85 Jahre	2,53	1,96	2,21	2,30	2,16	2,20	2,12	2,22	2,20	2,16	2,26	2,41	3,00	3,05	3,26	3,18	3,25
F 85 bis unter 90 Jahre	1,74	1,35	1,58	1,66	1,63	1,60	1,50	1,65	1,58	1,49	1,49	1,85	2,14	2,08	2,15	2,07	2,17
F 90 Jahre und älter	0,80	0,66	0,75	0,81	0,84	0,79	0,75	0,82	0,78	0,74	0,68	0,90	0,99	0,95	1,03	0,94	1,07
M unter 15 Jahre	6,78	7,01	7,34	7,02	7,07	6,97	7,20	6,87	7,13	6,98	7,16	6,35	6,42	6,69	6,24	6,43	6,73
M 15 bis unter 20 Jahre	2,45	2,19	2,38	2,47	2,50	2,40	2,44	2,37	2,46	2,33	2,15	2,28	2,22	2,27	2,19	2,23	2,25
M 20 bis unter 25 Jahre	2,73	2,76	2,99	2,83	2,86	2,75	2,79	2,72	2,94	2,83	2,45	2,55	2,14	2,12	2,21	2,24	2,29
M 25 bis unter 30 Jahre	2,90	3,91	3,83	3,13	3,23	3,30	3,27	3,08	3,39	3,39	3,54	2,98	1,90	1,92	2,07	2,09	2,22
M 30 bis unter 35 Jahre	3,10	4,36	3,82	3,32	3,42	3,59	3,51	3,33	3,59	3,66	4,36	3,25	2,38	2,41	2,52	2,46	2,74
M 35 bis unter 40 Jahre	3,12	4,17	3,53	3,27	3,32	3,42	3,45	3,27	3,48	3,57	4,44	3,17	3,37	3,50	3,40	3,38	3,58
M 40 bis unter 45 Jahre	3,00	3,79	3,27	3,07	3,12	3,19	3,27	3,08	3,21	3,36	3,83	3,00	3,32	3,52	3,34	3,39	3,49
M 45 bis unter 50 Jahre	2,79	3,34	2,96	2,85	2,89	2,87	2,97	2,76	2,87	3,00	3,06	2,64	2,79	2,93	2,78	2,81	2,94
M 50 bis unter 55 Jahre	3,29	3,23	3,15	3,32	3,31	3,20	3,24	3,15	3,15	3,24	2,92	3,08	2,95	3,13	3,28	3,25	3,10
M 55 bis unter 60 Jahre	4,16	3,61	3,74	4,07	4,05	3,92	3,85	3,95	3,78	3,84	3,35	4,03	3,85	3,98	3,97	3,80	3,55
M 60 bis unter 65 Jahre	3,58	2,89	3,19	3,65	3,67	3,49	3,41	3,77	3,43	3,43	3,01	4,09	4,30	4,19	4,13	4,05	3,61
M 65 bis unter 70 Jahre	2,65	2,05	2,48	2,78	2,85	2,66	2,58	2,96	2,62	2,57	2,17	3,35	3,77	3,40	3,53	3,56	3,10
M 70 bis unter 75 Jahre	2,20	1,61	1,97	2,27	2,18	2,04	2,10	2,43	2,04	2,02	1,81	2,74	3,12	2,82	3,08	3,16	2,94
M 75 bis unter 80 Jahre	1,68	1,33	1,51	1,55	1,46	1,48	1,53	1,50	1,45	1,47	1,33	1,56	1,67	1,61	1,91	1,95	1,86
M 80 bis unter 85 Jahre	1,69	1,27	1,44	1,55	1,43	1,44	1,45	1,49	1,46	1,41	1,45	1,53	1,99	2,10	2,20	2,16	2,20
M 85 bis unter 90 Jahre	1,00	0,73	0,86	0,95	0,90	0,92	0,88	0,97	0,93	0,84	0,81	1,02	1,18	1,21	1,19	1,19	1,29
M 90 Jahre und älter	0,31	0,25	0,25	0,31	0,32	0,32	0,31	0,34	0,33	0,29	0,26	0,34	0,38	0,39	0,36	0,36	0,42

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 2024 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 unter 15 Jahre	6,43	6,62	6,89	6,65	6,72	6,59	6,82	6,53	6,78	6,63	6,71	6,08	6,03	6,29	5,88	6,05	6,27
F 15 bis unter 20 Jahre	2,30	2,06	2,24	2,29	2,32	2,25	2,29	2,20	2,30	2,17	2,07	2,11	2,18	2,17	2,09	2,11	2,16
F 20 bis unter 25 Jahre	2,50	2,76	2,79	2,57	2,61	2,57	2,58	2,45	2,65	2,55	2,50	2,30	2,09	1,93	2,01	2,10	2,20
F 25 bis unter 30 Jahre	2,73	3,91	3,45	2,84	2,91	3,12	3,01	2,79	3,03	3,06	3,63	2,68	1,89	1,80	1,91	1,92	2,13
F 30 bis unter 35 Jahre	2,99	4,20	3,42	3,04	3,11	3,44	3,31	3,13	3,30	3,40	4,23	3,00	2,10	2,13	2,11	2,05	2,30
F 35 bis unter 40 Jahre	3,24	4,07	3,40	3,20	3,21	3,49	3,45	3,27	3,41	3,51	4,46	3,15	3,44	3,56	3,25	3,21	3,45
F 40 bis unter 45 Jahre	3,26	3,78	3,23	3,14	3,14	3,36	3,41	3,21	3,33	3,44	3,87	3,03	3,34	3,54	3,14	3,24	3,33
F 45 bis unter 50 Jahre	3,14	3,40	2,98	2,98	2,99	3,13	3,22	3,01	3,10	3,23	3,22	2,90	2,90	3,09	2,71	2,84	2,93
F 50 bis unter 55 Jahre	3,43	3,23	3,09	3,34	3,28	3,29	3,35	3,29	3,31	3,36	2,93	3,15	2,88	3,02	2,95	3,00	2,88
F 55 bis unter 60 Jahre	4,61	3,64	3,74	4,30	4,20	4,21	4,09	4,27	4,08	4,11	3,41	4,32	3,99	4,03	3,93	3,78	3,58
F 60 bis unter 65 Jahre	4,28	3,28	3,63	4,14	4,09	3,99	3,90	4,37	3,98	3,95	3,38	4,60	4,80	4,57	4,50	4,37	4,00
F 65 bis unter 70 Jahre	3,38	2,55	3,09	3,35	3,39	3,24	3,14	3,62	3,22	3,17	2,60	4,01	4,36	3,86	4,09	4,04	3,65
F 70 bis unter 75 Jahre	2,80	2,13	2,59	2,79	2,75	2,66	2,67	3,03	2,66	2,64	2,40	3,31	3,91	3,51	3,89	3,88	3,73
F 75 bis unter 80 Jahre	2,32	1,82	2,13	2,13	2,03	2,08	2,10	2,11	2,00	2,08	1,86	2,24	2,22	2,12	2,60	2,60	2,49
F 80 bis unter 85 Jahre	2,37	1,85	2,06	2,14	1,99	2,06	1,99	2,05	2,04	2,00	2,16	2,20	2,75	2,86	3,08	3,00	3,12
F 85 bis unter 90 Jahre	1,85	1,41	1,64	1,74	1,69	1,66	1,58	1,72	1,67	1,59	1,54	1,95	2,26	2,21	2,29	2,24	2,31
F 90 Jahre und älter	0,85	0,69	0,79	0,85	0,87	0,83	0,77	0,85	0,81	0,76	0,73	0,92	1,07	1,02	1,09	1,01	1,14
M unter 15 Jahre	6,76	6,97	7,34	7,03	7,09	6,97	7,21	6,89	7,15	6,99	7,11	6,40	6,34	6,65	6,18	6,35	6,62
M 15 bis unter 20 Jahre	2,45	2,22	2,41	2,46	2,50	2,40	2,45	2,38	2,45	2,33	2,21	2,29	2,28	2,33	2,24	2,26	2,31
M 20 bis unter 25 Jahre	2,69	2,75	2,89	2,78	2,82	2,73	2,77	2,69	2,91	2,80	2,52	2,54	2,21	2,18	2,25	2,29	2,35
M 25 bis unter 30 Jahre	2,94	3,93	3,90	3,15	3,24	3,31	3,29	3,08	3,39	3,42	3,58	2,99	2,04	2,05	2,23	2,24	2,36
M 30 bis unter 35 Jahre	3,09	4,32	3,82	3,29	3,41	3,57	3,46	3,30	3,55	3,62	4,21	3,23	2,09	2,17	2,28	2,22	2,48
M 35 bis unter 40 Jahre	3,20	4,22	3,64	3,34	3,40	3,51	3,52	3,35	3,55	3,64	4,51	3,25	3,42	3,51	3,43	3,37	3,62
M 40 bis unter 45 Jahre	3,05	3,83	3,31	3,13	3,17	3,24	3,30	3,14	3,27	3,40	3,91	3,06	3,36	3,59	3,42	3,44	3,54
M 45 bis unter 50 Jahre	2,83	3,41	3,01	2,89	2,92	2,91	3,01	2,83	2,90	3,05	3,17	2,69	2,98	3,13	2,94	2,96	3,11
M 50 bis unter 55 Jahre	3,07	3,15	3,02	3,12	3,11	3,02	3,08	2,95	2,99	3,07	2,82	2,88	2,80	2,97	3,09	3,11	2,98
M 55 bis unter 60 Jahre	4,07	3,53	3,66	3,99	3,96	3,83	3,76	3,84	3,69	3,77	3,25	3,89	3,64	3,78	3,85	3,68	3,45
M 60 bis unter 65 Jahre	3,72	3,02	3,29	3,75	3,76	3,59	3,51	3,83	3,53	3,52	3,11	4,08	4,31	4,23	4,17	4,08	3,64
M 65 bis unter 70 Jahre	2,76	2,12	2,55	2,89	2,97	2,75	2,67	3,06	2,72	2,68	2,24	3,48	3,81	3,47	3,55	3,60	3,12
M 70 bis unter 75 Jahre	2,19	1,59	1,95	2,28	2,22	2,05	2,09	2,45	2,05	2,03	1,80	2,73	3,27	2,92	3,17	3,24	2,97
M 75 bis unter 80 Jahre	1,69	1,31	1,52	1,61	1,52	1,50	1,57	1,58	1,48	1,50	1,30	1,71	1,72	1,60	1,91	1,98	1,83
M 80 bis unter 85 Jahre	1,57	1,19	1,35	1,44	1,32	1,34	1,36	1,36	1,36	1,31	1,39	1,39	1,85	1,96	2,07	2,03	2,12
M 85 bis unter 90 Jahre	1,07	0,78	0,88	1,00	0,95	0,96	0,93	1,01	0,98	0,90	0,85	1,07	1,26	1,29	1,30	1,31	1,38
M 90 Jahre und älter	0,34	0,26	0,28	0,34	0,34	0,34	0,33	0,36	0,36	0,31	0,29	0,37	0,42	0,43	0,41	0,40	0,47

Tabelle 6: Änderung der Anteile der Versichertenzahlen einer KM6-Altersgruppe an der Gesamtzahl aller gesetzlich Versicherten des Jahres 2024 gegenüber den entsprechenden Anteilen der Versichertenzahlen des Jahres 2023 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 unter 15 Jahre	-0,01	-0,03	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	-0,06	0,04	-0,09	-0,05	-0,05	-0,07	-0,11
F 15 bis unter 20 Jahre	-0,01	0,00	0,02	-0,02	-0,02	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,02	0,05	0,01	0,06	0,05	0,04	0,03	0,03
F 20 bis unter 25 Jahre	-0,03	-0,01	-0,08	-0,04	-0,04	-0,03	-0,01	-0,05	-0,03	-0,03	0,01	-0,03	0,04	0,03	0,03	0,05	0,05
F 25 bis unter 30 Jahre	0,00	0,00	0,02	-0,01	-0,01	-0,01	-0,02	-0,04	-0,02	-0,02	0,00	-0,03	0,08	0,08	0,08	0,08	0,10
F 30 bis unter 35 Jahre	-0,05	-0,05	-0,05	-0,04	-0,03	-0,04	-0,05	-0,04	-0,05	-0,06	-0,14	-0,03	-0,30	-0,28	-0,26	-0,26	-0,26
F 35 bis unter 40 Jahre	0,05	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,06	0,05	0,03	0,03	0,04	0,01	0,02
F 40 bis unter 45 Jahre	0,02	-0,02	0,05	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,04	0,00	0,07	0,07	0,09	0,05	0,07
F 45 bis unter 50 Jahre	0,04	0,06	0,03	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04	0,02	0,04	0,10	0,06	0,18	0,15	0,13	0,13	0,15
F 50 bis unter 55 Jahre	-0,25	-0,09	-0,14	-0,22	-0,20	-0,20	-0,17	-0,20	-0,17	-0,18	-0,11	-0,22	-0,18	-0,19	-0,22	-0,17	-0,14
F 55 bis unter 60 Jahre	-0,09	-0,09	-0,08	-0,08	-0,09	-0,09	-0,09	-0,14	-0,10	-0,08	-0,15	-0,18	-0,22	-0,20	-0,16	-0,15	-0,13
F 60 bis unter 65 Jahre	0,15	0,10	0,04	0,11	0,08	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,03	0,01	0,03	0,03	0,02	0,05
F 65 bis unter 70 Jahre	0,12	0,07	0,07	0,11	0,11	0,10	0,09	0,11	0,11	0,11	0,04	0,12	0,07	0,07	0,04	0,04	0,01
F 70 bis unter 75 Jahre	0,00	-0,03	-0,01	0,02	0,03	0,01	-0,02	0,03	0,02	0,01	-0,04	0,03	0,19	0,12	0,08	0,10	0,05
F 75 bis unter 80 Jahre	0,00	-0,02	0,02	0,05	0,06	0,02	0,05	0,11	0,05	0,04	-0,04	0,14	0,05	-0,04	0,01	0,02	-0,05
F 80 bis unter 85 Jahre	-0,15	-0,11	-0,15	-0,15	-0,17	-0,14	-0,13	-0,17	-0,16	-0,16	-0,10	-0,21	-0,25	-0,18	-0,18	-0,17	-0,13
F 85 bis unter 90 Jahre	0,10	0,06	0,05	0,08	0,06	0,06	0,08	0,07	0,08	0,10	0,05	0,09	0,13	0,13	0,14	0,17	0,14
F 90 Jahre und älter	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,05	0,02	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07
M unter 15 Jahre	-0,02	-0,04	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	-0,05	0,05	-0,08	-0,05	-0,06	-0,08	-0,11
M 15 bis unter 20 Jahre	0,01	0,03	0,04	-0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	-0,01	-0,01	0,07	0,01	0,06	0,06	0,05	0,03	0,06
M 20 bis unter 25 Jahre	-0,04	-0,02	-0,10	-0,05	-0,04	-0,02	-0,01	-0,03	-0,03	-0,03	0,07	-0,01	0,07	0,06	0,04	0,05	0,06
M 25 bis unter 30 Jahre	0,04	0,02	0,07	0,02	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,03	0,03	0,02	0,13	0,13	0,15	0,15	0,14
M 30 bis unter 35 Jahre	-0,01	-0,04	0,00	-0,02	-0,02	-0,02	-0,04	-0,03	-0,04	-0,04	-0,15	-0,02	-0,29	-0,23	-0,24	-0,23	-0,26
M 35 bis unter 40 Jahre	0,08	0,05	0,11	0,08	0,08	0,09	0,07	0,08	0,07	0,07	0,06	0,08	0,05	0,02	0,03	-0,01	0,04
M 40 bis unter 45 Jahre	0,05	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,04	0,06	0,06	0,04	0,08	0,07	0,03	0,07	0,08	0,05	0,05
M 45 bis unter 50 Jahre	0,04	0,07	0,05	0,03	0,03	0,04	0,04	0,07	0,04	0,05	0,11	0,05	0,19	0,20	0,16	0,15	0,16
M 50 bis unter 55 Jahre	-0,22	-0,08	-0,13	-0,20	-0,20	-0,18	-0,16	-0,19	-0,16	-0,16	-0,10	-0,20	-0,14	-0,16	-0,19	-0,14	-0,11
M 55 bis unter 60 Jahre	-0,09	-0,08	-0,08	-0,07	-0,09	-0,09	-0,09	-0,11	-0,09	-0,08	-0,10	-0,14	-0,20	-0,20	-0,12	-0,12	-0,09
M 60 bis unter 65 Jahre	0,14	0,13	0,10	0,10	0,09	0,10	0,10	0,07	0,10	0,09	0,09	-0,01	0,02	0,04	0,04	0,03	0,03
M 65 bis unter 70 Jahre	0,11	0,07	0,07	0,11	0,11	0,09	0,09	0,10	0,10	0,11	0,07	0,13	0,04	0,08	0,03	0,04	0,02
M 70 bis unter 75 Jahre	-0,02	-0,02	-0,02	0,01	0,03	0,01	-0,01	0,02	0,02	0,01	-0,01	-0,01	0,15	0,11	0,09	0,07	0,03
M 75 bis unter 80 Jahre	0,01	-0,02	0,01	0,06	0,05	0,02	0,03	0,08	0,03	0,03	-0,03	0,15	0,04	-0,01	0,00	0,03	-0,04
M 80 bis unter 85 Jahre	-0,11	-0,08	-0,09	-0,11	-0,11	-0,10	-0,09	-0,12	-0,10	-0,10	-0,06	-0,14	-0,14	-0,14	-0,13	-0,12	-0,09
M 85 bis unter 90 Jahre	0,06	0,04	0,02	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04	0,05	0,06	0,04	0,06	0,08	0,08	0,10	0,13	0,09
M 90 Jahre und älter	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,05	0,05	0,04	0,04	0,05

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.

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

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 $t = 2023, 2024$

$$\begin{aligned}
 VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV} &= \frac{\bar{y}_{demo}^{2024,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2023,KV}} - 1 = \frac{\bar{y}_{demo}^{2024,KV} - \bar{y}_{demo}^{2023,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2023,KV}} \\
 &= \sum_{j=1}^{34} \frac{Partialindex_j^{2024,KV} - Partialindex_j^{2023,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2023,KV}}
 \end{aligned} \tag{10}$$

mit

$VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV}$ 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 $\bar{y}_{demo}^{2023,KV}$, dem Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr 2023.

Teil C

Diagnosebezogene Veränderungsraten

1	Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	35
1.1	Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation) zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	35
1.2	Berechnung der Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	36
1.2.1	Einleitung	36
1.2.2	Komprimierung der Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	37
1.2.3	Kalibrierung der komprimierten Risikokategorien zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	38
1.2.4	Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	40
1.3	Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.....	40
1.3.1	Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern	40
1.3.2	Abgrenzung der Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	40
1.3.3	Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	41
1.3.4	Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	42
1.4	Bereinigung von Kodiereffekten	45
1.4.1	Feststellung von Kodiereffekten	45
1.4.2	Bereinigung des Morbiditätsindex des Jahres 2024	46
1.4.3	Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027	48
2	Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsdaten für das Jahr 2027	48
3	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten und empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	51
3.1	Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	51
3.1.1	Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC	51
3.1.2	Kalibrierung.....	53
3.1.3	Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell.....	59
3.2	Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten	60
3.2.1	Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2023 auf 2024	60
3.2.2	Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern	67

3.3 Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsraten... 67

1 Vorgehen / Berechnungsschritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

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

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).

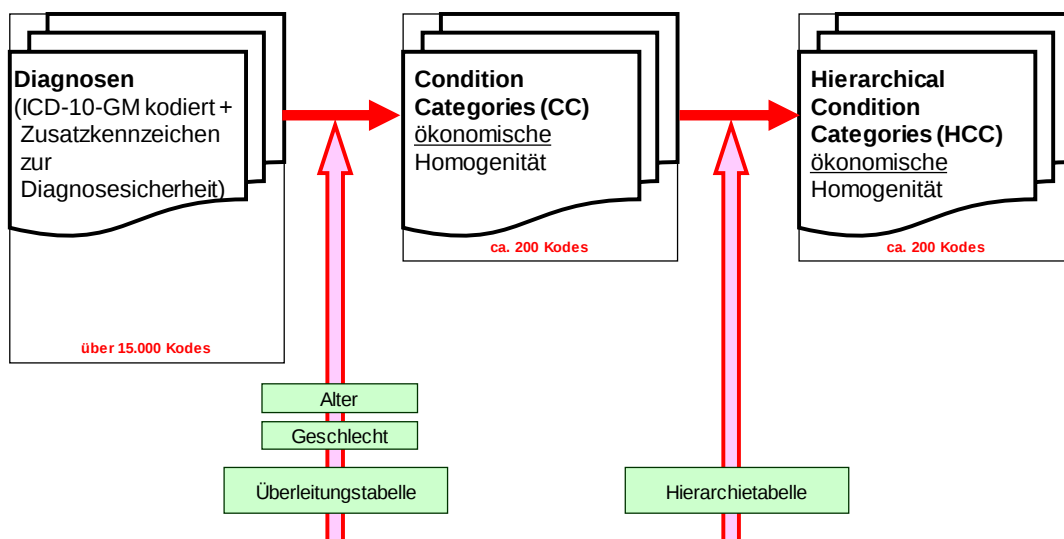


Abbildung 1: Bildung der diagnosebezogenen Risikokategorien

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 848. Sitzung am 25. August 2026 zu verwendende Klassifikationssystem umfasst 34 AGG und 192 CC bzw. HCC.

Regressionsgleichung ist in Formel (1) schematisch dargestellt.

$$y_i^{2024} = \sum_{j=1}^m \beta_j \cdot x_{i,j}^{2022} + \varepsilon_i \quad (1)$$

mit

- y_i^{2024} relativer Leistungsbedarf des i -ten Versicherten im Jahr 2024
- β_j Modellparameter der j -ten unabhängigen Variablen (Risikokategorie oder Risikoklasse)
- $x_{i,j}^{2022}$ Ausprägung der j -ten unabhängigen Variablen beim i -ten Versicherten im Jahr 2022
- 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 2024. 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 848. 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 2022 als unabhängige Variablen und des annualisierten morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs dieser Versicherten des Jahres 2024, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als 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 2022 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 Veränderungsdaten

Im Anschluss an den Komprimierungsalgorithmus werden die komprimierten Risikokategorien gemäß Teil A Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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 ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) 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 diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

Für die Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern wird für jeden KV-Bezirk und jedes Jahr der Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer an allen Versicherten bestimmt. Hierzu werden demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) verwendet, die für alle KV-Bezirke auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer berechnet werden. Liegt der Anteil der längsschnittlichen SV-Teilnehmer in einem KV-Bezirk für mindestens eines der Jahre 2023 und 2024 über dem Schwellenwert von 10 %, so werden für diesen KV-Bezirk separate Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer berechnet. Dies trifft auf die KV-Bezirke Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern zu.

1.3.2 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 848. Sitzung wie folgt für die Jahre $t = 2024$ und $t - 1 = 2023$ gebildet:

1. In den Jahren $t - 1$ und t werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie einem der KV-Bezirke Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg oder Bayern zugeordnet wurden (siehe Abschnitt 1.3.1) und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme für sämtliche Quartale der Jahre $t - 1$ und t mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.

3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren $t - 1$ bis t in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre $t - 1$ bis t 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.

1.3.3 Demografische Hochrechnungsfaktoren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

Mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) wird die Versichertenstichprobe, im vorliegenden Fall die Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten, mit ihrer Alters-Geschlechts-Verteilung auf alle GKV-Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk in der Alters-Geschlechts-Struktur der KM6-Statistik hochgerechnet. Die DHF, welche bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten unter Verwendung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2027 genutzt werden, sind in Teil A Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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: 2. Januar 2026) verwendet.

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

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

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

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

$$N_{AG,WA}^{t,KV} = \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,WA}^{t,KV} \cdot A_{WA}^{t,KV} \quad (3)$$

mit

$$A_{WA}^{t,KV} = \begin{cases} \frac{\text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{AG,WA}^{t,KV}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,WA}^{t,KV}} & \text{für } WA = \text{Nicht_Wohnausländer} \\ 1 & \text{für } WA = \text{Wohnausländer} \end{cases} \quad (4)$$

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 $t = 2023, 2024$ auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in den KV-Bezirken Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern, abgegrenzt nach Nr. 2.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung, 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.

Für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten werden von den SV-Teilnehmern bei der Berechnung von Prävalenzen gemäß der Formel (8) in Abschnitt 1.3.4 nur diejenigen Versicherten berücksichtigt, die ausschließlich an Verträgen gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben. Um alle weiteren SV-Teilnehmer ebenfalls zu berücksichtigen, wird ein Korrekturfaktor für nur-§ 73b-Versicherte benötigt. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung legt in Nr. 2.8 die Bestimmung dieses Korrekturfaktors für die KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern für jede Alters- und Geschlechtsgruppe und jedes Jahr $t = 2023, 2024$ fest:

$$K_{AG}^{t,KV} = \frac{n_{AG,nicht_nur_73b}^{t,KV} + n_{AG,nur_73b}^{t,KV}}{n_{AG,nur_73b}^{t,KV}} \quad (6)$$

Dabei ist $n_{AG,i}^{t,KV}$ die Anzahl der Versichertenjahre, nach Quartalen gebildet wie bei der Berechnung der DHF. Die Größe wird berechnet für die Kollektive i mit $i = \text{nur_73b}$ bzw. $i = \text{nicht_nur_73b}$ und die Jahre $t = 2023, 2024$. Falls $n_{AG,nur_73b}^{t,KV} = 0$ ist, wird $K_{AG}^{t,KV}$ auf null gesetzt.

1.3.4 Schritte zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

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

1. Berechnung von KV- und jahresspezifischen Prävalenzen der Risikoklassen

2. Berechnung von KV- und jahresspezifischen spezifischen Morbiditätsindizes
3. Berechnung von KV-spezifischen Veränderungsdaten

Im ersten Schritt werden für jede Risikoklasse (j) in jedem KV-Bezirk jahresspezifisch für die Jahre 2023 und 2024 Prävalenzen ($p_j^{t,KV}$) berechnet, wobei nach dem SV-Teilnahmestatus unterschieden wird. Für längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer erfolgt die Berechnung gemäß

$$p_{j,VB=gesamt}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} x_{i,j,gesamt}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV}}{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV}} \quad (7)$$

und für die längsschnittlichen SV-Teilnehmer in den gemäß Abschnitt 1.3.1 ausgewählten KV-Bezirken gemäß

$$p_{j,VB=Nicht-HA}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{SVTN_nur_73b}} x_{i,j,Nicht-HA}^{t,KV} \cdot AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV}}{\sum_{i \in \text{SVTN_nur_73b}} AVQ_i^{t,KV} \cdot DHF_i^{t,KV} \cdot K_i^{t,KV}}, \quad (8)$$

wobei der Index VB angibt, für welchen Versorgungsbereich (VB) eine Prävalenz berechnet wird. Dabei wird unterschieden zwischen VB = gesamt, d. h. alle Diagnosen des entsprechenden Versicherten werden berücksichtigt, und VB = Nicht-HA, d. h. es werden ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen verwendet. Die Formeln (7) und (8) verwenden folgende Bezeichnungen:

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

SVTN_nur_73b längsschnittliche SV-Teilnehmer des Jahres t in der Anwendungsmenge

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

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

$AVQ_i^{t,KV}$ Anzahl der Versichertenquartale des Versicherten i , bezogen auf das Jahr t

$DHF_i^{t,KV}$ demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i , bezogen auf das Jahr t

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

Aus den Prävalenzen ($p_{j,VB}^{t,KV}$) werden im zweiten Schritt Morbiditätsindizes für alle KV-Bezirke und Jahre sowie beide Versorgungsbereiche mit

$$\bar{y}_{VB}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j p_{j,VB}^{t,KV} \quad (9)$$

berechnet, wobei folgende Bezeichnungen verwendet werden:

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

In Formel (9) werden die für die Modellparameter berechneten Schätzwerte $\hat{\beta}_j$ sowohl für das Jahr 2023 als auch für das Jahr 2024 verwendet. Dabei ist $\hat{\beta}_j$ das Ergebnis der Modellierung gemäß Abschnitt 1.2 auf Grundlage der Jahre 2022 (Alter, Geschlecht, Diagnosen) bzw. 2024 (individueller relativer Leistungsbedarf zwei Jahre später).

Im dritten Schritt werden die Veränderungsdaten gemäß den in Teil A Abschnitt 4.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung festgelegten Formeln bestimmt. Danach werden die diagnosebezogenen Veränderungsdaten der KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern gemäß Abschnitt 1.3.1 mit

$$VR_{diag,2027}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2024,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1 \right) \quad (10)$$

und für alle anderen KV-Bezirke mit

$$VR_{diag,2027}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1 \quad (11)$$

berechnet.

Der Gewichtungsfaktor G_{KV} ist dabei der Anteil des mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer des Jahres 2024 an dem mit den DHF hochgerechneten tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten der Anwendungsmenge mit

Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk für das Jahr 2024:

$$G_{KV} = \frac{\sum_{i \in SVTN24 \cap KV} LB_Punkte_i^{2024, MGV} \cdot DHF_i^{2024, KV}}{\sum_{i \in KV} LB_Punkte_i^{2024, MGV} \cdot DHF_i^{2024, KV}} \quad (12)$$

mit

<i>KV</i>	KV-Bezirk (Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg oder Bayern)
<i>LB_Punkte_i^{2024, MGV}</i>	morbiditätsbedingter Leistungsbedarf des Versicherten <i>i</i> in Punkten
<i>SVTN24</i>	SV-Teilnehmer im Jahr 2024

1.4 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.

Dazu werden zunächst KV- und Versorgungsbereich-spezifisch Risikoklassen bestimmt, für die eine Bereinigung durchgeführt werden soll (Abschnitt 1.4.1). Die Bereinigung erfolgt dann durch eine Korrektur des Morbiditätsindex im Jahr 2024 (Abschnitt 1.4.2) und damit der Veränderungsrate (Abschnitt 1.4.3).

1.4.1 Feststellung von Kodiereffekten

Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung legt fest, welche Risikoklassen je KV-Bezirk und Versorgungsbereich (SV-Teilnehmer oder Nicht-SV-Teilnehmer) zu bereinigen sind und wie stark die Bereinigung zu gewichten ist. Die entscheidungserheblichen Gründe des Beschlusses enthalten Informationen zur Feststellung dieser Kodiereffekte. So wurden zunächst die hierarchisierten Risikokategorien im aktuellen Klassifikationssystem der Version p2026a bestimmt, auf die sich die 2023/2024 gültigen Kodiervorgaben ausgewirkt haben könnten. Aus dem Klassifikationssystem und den Kodiervorgaben wurden erwartete Effekte (Anstieg und/oder Abfall) auf die Prävalenzen der Risikoklassen (THCC, RHCC) des Regressionsmodells aus Abschnitt 1.2 abgeleitet. Eine Risikoklasse soll bereinigt werden, wenn ihre Prävalenz den erwarteten Effekt aufweist und dieser Effekt auf die Kodiervorgaben zurückzuführen ist.

Hierzu wurde der Anstieg und die Varianz der Prävalenz auf historischen Daten mit Hilfe einer linearen Regression betrachtet. Datengrundlage war das jeweils zweite Jahr von Anwendungsmengen, die analog zu Abschnitt 1.3.2 für 2017 bis 2023 abgegrenzt wurden.

Tabelle 1: Vorgenommene Bereinigung von Kodiereffekten mit Gewichtungsfaktor ω

KV-Bezirk	Versorgungsbereich	Risikoklasse	Gewichtungs- faktor ω
Nordrhein	Nicht-SV-Teilnehmer	RHCC001	100 %
Mecklenburg-Vorpommern	Nicht-SV-Teilnehmer	RHCC001	100 %
Sachsen-Anhalt	Nicht-SV-Teilnehmer	RHCC001	100 %
Sachsen	Nicht-SV-Teilnehmer	THCC071	50 %

Das stark von der SARS-CoV-2-Pandemie betroffene Jahr 2020 wurde ausgeschlossen. Je nach Inkrafttreten der zu untersuchenden Kodiervorgaben wurden unterschiedliche Jahre für die Regression ausgewählt, um Trends aus der Zeit vor Inkrafttreten zu bestimmen.

Zur weiteren Untersuchung wurden zwei Teilprävalenzen betrachtet. Die erste Teilprävalenz wurde unter Ausschluss aller von Kodiervorgaben betroffenen ICD-Kodes bestimmt und ist somit frei von Kodiereffekten. Die zweite Teilprävalenz ist die Differenz der gesamten Prävalenz und der ersten Teilprävalenz. Sie charakterisiert den von Kodiereffekten betroffenen Teil der Prävalenz.

Wichtig für die Feststellung eines zu bereinigenden Kodiereffekts waren die folgenden Kriterien:

1. Die Prävalenz der Risikoklasse (THCC/RHCC) zeigt 2024 den erwarteten Effekt, weicht also deutlich in der erwarteten Richtung vom Trend ab.
2. Die zweite Teilprävalenz (mit Kodiereffekten) weicht deutlich stärker als die erste Teilprävalenz (ohne Kodiereffekte) vom Trend ab.

Daneben wurden weitere Prävalenzauswertungen und grafische Darstellungen verwendet, um abzuwägen, welche Risikoklassen je KV-Bezirk und Versorgungsbereich für Kodiereffekte bereinigt werden müssen. Die finale Auswahl wurde im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung festgehalten und wird in Tabelle 1 wiedergegeben.

1.4.2 Bereinigung des Morbiditätsindex des Jahres 2024

Die Bereinigung der Kodiervorgaben erfolgt über eine Korrektur des Morbiditätsindex des Jahres 2024. Dazu werden für jede in Tabelle 1 genannte Kombination aus Risikoklasse j , KV-Bezirk KV und Versorgungsbereich VB für jedes Jahr t analog zu Formel (7) bzw. (8) zwei Prävalenzen bestimmt:

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

Die zugrundeliegenden Versichertengruppen werden analog der Anwendungsmengen des jeweils zweiten Jahres bestimmt (siehe Abschnitt 1.3.2).

Für die Differenz der Prävalenzen $(h - \tilde{h})_{j,VB}^{t,KV} := h_{j,VB}^{t,KV} - \tilde{h}_{j,VB}^{t,KV}$ wird auf den Werten der Jahre $t = 2018, 2019, 2021, 2022, 2023$ (für $j = RHCC001$) bzw. $t = 2017, 2018, 2019, 2021$ (für $j = THCC071$) eine lineare Regression durchgeführt und der damit für das Jahr t approximierte Wert mit $linFit_{j,VB}^{t,KV}$ bezeichnet.

Damit werden die korrigierten Prävalenzen folgendermaßen bestimmt:

$$\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV} = \begin{cases} \tilde{h}_{j,VB}^{2024,KV} + linFit_{j,VB}^{2024,KV} & \text{für } j = RHCC001 \\ \tilde{h}_{j,VB}^{2024,KV} + linFit_{j,VB}^{2024,KV} + (h - \tilde{h})_{j,VB}^{t,KV} - linFit_{j,VB}^{2023,KV} & \text{für } j = THCC071 \end{cases}, \quad (13)$$

wobei

- $\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$ erwartete Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr 2024 im entsprechenden KV-Bezirk KV und Versorgungsbereich VB
- VB Versorgungsbereich „gesamt“ oder „Nicht-HA“
- $linFit_{j,VB}^{t,KV}$ linearer Fit der Risikoklasse j für das Jahr t im entsprechenden KV-Bezirk KV und Versorgungsbereich VB
- $(h - \tilde{h})_{j,VB}^{t,KV}$ Differenz der Prävalenz der Risikoklasse j unter Einbeziehung aller Diagnosen und unter Ausschluss aller Diagnosen, deren Prävalenz von den Kodiervorgaben betroffen sind für das Jahr t im entsprechenden KV-Bezirk KV und Versorgungsbereich VB

Je KV-Bezirk und Versorgungsbereich werden dann die mit den zugehörigen Relativgewichten $\hat{\beta}_j$ und dem Gewichtungsfaktor $\omega_{j,VB}^{KV}$ (siehe Tabelle 1) gewichteten Differenzen der erwarteten Prävalenz und der tatsächlichen Prävalenz summiert, um den jeweiligen Korrekturbetrag des Morbiditätsindex für das Jahr 2024 zu erhalten:

$$\delta_{VB}^{2024,KV} = \sum_{j \in M_{VB}} \hat{\beta}_j \cdot \omega_{j,VB}^{KV} \cdot (\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV} - p_{j,VB}^{2024,KV}) \quad (14)$$

Hierbei sind

- $\hat{\beta}_j$ bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j des Klassifikationsmodells gemäß Abschnitt 1.2.4
- $\omega_{j,VB}^{KV}$ Gewichtungsfaktor für die Bereinigung der Risikoklasse j im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Tabelle 1
- $\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$ Um Kodiervorgaben korrigierte Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr t im entsprechenden KV-Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Formel (13)
- $p_{j,VB}^{2024,KV}$ Prävalenz der Risikoklasse j für das Jahr t im entsprechenden KV-

Bezirk und Versorgungsbereich gemäß Formel (7) bzw. (8)

1.4.3 Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027

Der Korrekturbetrag des Morbiditätsindex 2024 aus Formel (14) geht in die bereinigte Veränderungsrate wie folgt ein. Für die KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern gilt

$$VR_{diag,2027}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2027}^{KV} + G_{KV} \cdot \frac{\delta_{Nicht-HA}^{2024,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} + (1 - G_{KV}) \cdot \frac{\delta_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} \quad (15)$$

und für alle anderen KV-Bezirke

$$VR_{diag,2027}^{KV,bereinigt} = VR_{diag,2027}^{KV} + \frac{\delta_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}, \quad (16)$$

wobei die folgenden Bezeichnungen verwendet werden:

$VR_{diag,2027}^{KV}$	diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2027 vor Anwendung des Verfahrens zur Bereinigung von Kodiereffekten
G_{KV}	Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil der SV-Teilnehmer) für den jeweiligen KV-Bezirk (siehe Tabelle 2)
$\bar{y}_{VB}^{2023,KV}$	Morbiditätsindex des Jahres 2023 mit $VB = gesamt, Nicht - HA$

Dies ist das Endergebnis der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027.

2 Ergebnisse: diagnosebezogene Veränderungsraten für das Jahr 2027

Für die KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern gemäß Abschnitt 1.3.1 werden die diagnosebezogenen Veränderungsraten jeweils aus zwei Komponenten

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

berechnet, welche anschließend zu einer Veränderungsrate des jeweiligen KV-Bezirks zusammengefasst werden. Die separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsdaten werden in Tabelle 2 dargestellt.

Um die zwei separaten Komponenten der diagnosebezogenen Veränderungsdaten zu jeweils einer finalen diagnosebezogenen Veränderungsrate zusammenzuführen, wird als

Tabelle 2: Diagnosebezogene Veränderungsdaten vor Bereinigung und Gewichtungsfaktoren G_{KV} in den KV-Bezirken mit separater Berechnung für SV-Teilnehmer (SV-TN) und Nicht-SV-Teilnehmer (Nicht-TN)

KV-Bezirk	Veränderungsrate		G_{KV}	Veränderungsrate
	SV-TN	Nicht-TN		
Hamburg	1,6110 %	-0,2803 %	0,122199	-0,0492 %
Westfalen-Lippe	1,6326 %	0,6002 %	0,115024	0,7190 %
Nordrhein	1,8667 %	0,5179 %	0,096266	0,6477 %
Hessen	1,0716 %	0,3984 %	0,110621	0,4729 %
Baden-Württemberg	1,9626 %	0,5211 %	0,232612	0,8564 %
Bayern	1,8442 %	0,8182 %	0,110642	0,9317 %

Tabelle 3: Von Kodiereffekten betroffene Risikoklassen mit Gewichtungsfaktoren $\omega_{j,VB}^{KV}$, tatsächliche Prävalenz $p_{j,VB}^{2024,KV}$, erwartete Prävalenz $\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$ und resultierende Bereinigung der Veränderungsrate ΔVR gemäß Abschnitt 1.4

KV-Bezirk	VB	Risikoklasse	$\omega_{j,VB}^{KV}$	$p_{j,VB}^{2024,KV}$	$\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$	ΔVR
Nordrhein	Nicht-SV-TN	RHCC001	100 %	0,49 %	0,51 %	0,0018 %
Mecklenburg-Vorpommern	Nicht-SV-TN	RHCC001	100 %	0,43 %	0,46 %	0,0027 %
Sachsen-Anhalt	Nicht-SV-TN	RHCC001	100 %	0,38 %	0,43 %	0,0042 %
Sachsen	Nicht-SV-TN	THCC071	50 %	6,66 %	6,58 %	-0,0083 %

Gewichtungsfaktor der Anteil des Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im jeweiligen KV-Bezirk am gesamten Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des KV-Bezirks im Jahr 2024 herangezogen. Hierfür wurde die Formel (12) in Abschnitt 1.3.4 verwendet. Die berechneten Gewichtungsfaktoren und die sich nach Formel (10) ergebenden diagnosebezogenen Veränderungsdaten sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Zur Bereinigung von Kodiereffekten werden für die zu bereinigenden Risikoklassen gemäß Abschnitt 1.4 erwartete Prävalenzen bestimmt. Diese, sowie die resultierende Bereinigung der Veränderungsdaten, sind in Tabelle 3 enthalten. Tabelle 4 zeigt schließlich die endgültige Bereinigung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten mit den Korrekturbeträgen des Morbiditätsindex je KV-Bezirk. Sie enthält auch die bereinigten diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027, die der Bewertungsausschuss in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 zusammen mit den demografischen Veränderungsdaten empfohlen hat.

Tabelle 4: Bereinigung der Kodiereffekte gemäß Abschnitt 1.4: Korrekturbeträge des Morbiditätsindex $\delta_{VB}^{2024,KV}$, unbereinigte Veränderungsdaten $VR_{diag,2027}^{KV}$, bereinigte Veränderungsdaten $VR_{diag,2027}^{KV,bereinigt}$ sowie die sich durch die Bereinigung ergebenden Differenzbeträge ΔVR

KV-Bezirk	$\delta_{gesamt}^{2024,KV}$	$\delta_{Nicht-HA}^{2024,KV}$	$VR_{diag,2027}^{KV}$	$VR_{diag,2027}^{KV,bereinigt}$	ΔVR
Schleswig-Holstein	0 %	0 %	0,9509 %	0,9509 %	0 %
Hamburg	0 %	0 %	-0,0492 %	-0,0492 %	0 %
Bremen	0 %	0 %	0,1178 %	0,1178 %	0 %
Niedersachsen	0 %	0 %	0,8302 %	0,8302 %	0 %
Westfalen-Lippe	0 %	0 %	0,7190 %	0,7190 %	0 %
Nordrhein	0,0020 %	0 %	0,6477 %	0,6496 %	0,0018 %
Hessen	0 %	0 %	0,4729 %	0,4729 %	0 %
Rheinland-Pfalz	0 %	0 %	0,6400 %	0,6400 %	0 %
Baden-Württemberg	0 %	0 %	0,8564 %	0,8564 %	0 %
Bayern	0 %	0 %	0,9317 %	0,9317 %	0 %
Berlin	0 %	0 %	-0,0651 %	-0,0651 %	0 %
Saarland	0 %	0 %	0,9637 %	0,9637 %	0 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,0031 %	0 %	0,8482 %	0,8509 %	0,0027 %
Brandenburg	0 %	0 %	0,6910 %	0,6910 %	0 %
Sachsen-Anhalt	0,0048 %	0 %	1,5411 %	1,5453 %	0,0042 %
Thüringen	0 %	0 %	1,1256 %	1,1256 %	0 %
Sachsen	-0,0089 %	0 %	0,8808 %	0,8725 %	-0,0083 %

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

3.1 Empirische Ergebnisse zum Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten

3.1.1 Komprimierung: Auswahl THCC und Bildung von RHCC

Auf Grundlage des im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. 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 diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027

THCC im Modell		Aufnahmegrund
THCC001	HIV/AIDS	R^2
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC007	Bösartige Neubildungen sekundär und als Primärtumore an mehreren Lokalisationen sowie CUP-Syndrom	R^2
THCC010	Sonstige bösartige Neubildungen	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC013	Sonstige Neubildungen sonstiger Organe und Gewebe	Ökonom. Relevanz
THCC014	Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges	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

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 5 – Fortsetzung

	THCC im Modell	Aufnahmegrund
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	Ökonom. Relevanz
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	Ökonom. Relevanz, R^2
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	Ökonom. Relevanz
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	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
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
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	Ökonom. Relevanz
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	Knöcherne 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 aktuellen Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 gegenüber dem Modell aus dem Vorjahr zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2026 weggefallen oder hinzugekommen sind.

Tabelle 6: Weggefallene und hinzugekommene THCC im Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 im Vergleich zum Modell für das Jahr 2026

THCC ist nur im Modell zur Berechnung der Veränderungsdaten		Beschriftung
für das Jahr 2026 (weggefallene THCC)	für das Jahr 2027 (hinzugekommene THCC)	
	THCC013	Sonstige Neubildungen sonstiger Organe und Gewebe
THCC163		Vergiftungen, toxische und physikalische Schäden

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 Veränderungsdaten für das Jahr 2027. 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 diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 (Angaben in Prozent, gerundet auf zwei Nachkommastellen). N(2022) ist die Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge, denen die entsprechende Risikoklasse im Jahr 2022 zugeordnet wurde.*

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
AGG001	Weiblich, 0 Jahre	21,77 %	6.128
AGG002	Weiblich, 1 bis 5 Jahre	22,44 %	263.462
AGG003	Weiblich, 6 bis 12 Jahre	18,34 %	350.970
AGG004	Weiblich, 13 bis 17 Jahre	31,01 %	237.431
AGG005	Weiblich, 18 bis 24 Jahre	26,73 %	352.164
AGG006	Weiblich, 25 bis 34 Jahre	30,07 %	631.887
AGG007	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	29,27 %	680.867
AGG008	Weiblich, 45 bis 54 Jahre	33,25 %	679.404
AGG009	Weiblich, 55 bis 59 Jahre	36,66 %	434.559
AGG010	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	34,33 %	390.732
AGG011	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	35,33 %	320.210
AGG012	Weiblich, 70 bis 74 Jahre	43,87 %	274.492
AGG013	Weiblich, 75 bis 79 Jahre	46,51 %	204.583
AGG014	Weiblich, 80 bis 84 Jahre	38,64 %	231.523
AGG015	Weiblich, 85 bis 89 Jahre	31,05 %	135.057
AGG016	Weiblich, 90 bis 94 Jahre	35,17 %	47.363
AGG017	Weiblich, 95 bis 124 Jahre	49,46 %	11.862
AGG018	Männlich, 0 Jahre	25,77 %	6.310
AGG019	Männlich, 1 bis 5 Jahre	27,73 %	278.354
AGG020	Männlich, 6 bis 12 Jahre	19,10 %	371.201
AGG021	Männlich, 13 bis 17 Jahre	16,07 %	253.066
AGG022	Männlich, 18 bis 24 Jahre	13,35 %	374.711
AGG023	Männlich, 25 bis 34 Jahre	16,69 %	655.236
AGG024	Männlich, 35 bis 44 Jahre	18,88 %	677.372
AGG025	Männlich, 45 bis 54 Jahre	24,86 %	642.509
AGG026	Männlich, 55 bis 59 Jahre	34,17 %	402.497
AGG027	Männlich, 60 bis 64 Jahre	35,09 %	347.868
AGG028	Männlich, 65 bis 69 Jahre	37,96 %	265.586
AGG029	Männlich, 70 bis 74 Jahre	47,88 %	213.565

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
AGG030	Männlich, 75 bis 79 Jahre	52,72 %	145.390
AGG031	Männlich, 80 bis 84 Jahre	46,43 %	148.256
AGG032	Männlich, 85 bis 89 Jahre	36,00 %	72.071
AGG033	Männlich, 90 bis 94 Jahre	32,40 %	18.365
AGG034	Männlich, 95 bis 124 Jahre	39,05 %	2.739
THCC001	HIV/AIDS	139,74 %	12.345
THCC006	Andere Infektionskrankheiten	6,56 %	2.743.239
THCC007	Bösartige Neubildungen sekundär und als Primärtumore an mehreren Lokalisationen sowie CUP-Syndrom	108,17 %	45.423
THCC010	Sonstige bösartige Neubildungen	29,61 %	490.566
THCC013	Sonstige Neubildungen sonstiger Organe und Gewebe	10,84 %	620.319
THCC014	Gutartige Neubildungen der Haut, der (weiblichen) Brust und des Auges	9,47 %	766.455
THCC022	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen	35,06 %	117.029
THCC024	Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen	12,89 %	3.493.846
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	9,50 %	2.183.436
THCC038	Entzündliche Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises	37,01 %	352.284
THCC040	Cox- oder Gonarthrose	11,65 %	894.753
THCC041	Erkrankungen des Knochens und des Knorpels	14,19 %	938.058
THCC043	Andere Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenke und des Bindegewebes	8,28 %	2.273.542
THCC050	Alterserkrankungen, nicht-psychotische hirnorganische Erkrankungen/Zustände	18,88 %	418.551
THCC054	Schizophrenie sowie schizotyp und schizoaffektive Störungen	54,29 %	62.041
THCC055	Manische, bipolare und Zwangsstörungen sowie schwere und rezidivierende Depressionen	41,81 %	462.542

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
THCC057	Sonstige Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24,27 %	416.408
THCC058	Sonstige affektive Störungen sowie gemischte Angst- und depressive Störung	19,14 %	635.649
THCC071	Polyneuropathie, Myasthenie, Myopathie	24,41 %	417.245
THCC072	Multiple Sklerose	60,81 %	41.621
THCC074	Epilepsie und nichtepileptische Anfälle	33,37 %	126.777
THCC076	Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems	11,72 %	1.608.914
THCC080	Kardiomyopathien, Herzinsuffizienz, PAH	13,15 %	338.028
THCC086	Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	14,33 %	438.416
THCC091	Essentielle Hypertonie	12,78 %	2.271.824
THCC106	Erkrankungen der Arterien, Venen, Lymphgefäße	6,95 %	1.032.363
THCC110	Asthma bronchiale	19,45 %	801.153
THCC123	Katarakt	9,53 %	741.830
THCC124	Andere Erkrankungen des Auges	11,45 %	1.525.017
THCC126	Hörverlust	18,93 %	608.127
THCC127	Andere Erkrankungen HNO-Bereich	8,98 %	4.993.985
THCC135	Entzündungen der ableitenden Harnwege	12,97 %	556.514
THCC139	Störungen der Menstruation, klimakterische Störungen, andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	15,17 %	1.828.702
THCC140	Erkrankungen des männlichen Genitalapparates	11,85 %	687.752
THCC153	Verbrennungen 1. und 2. Grades, andere Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde	8,46 %	2.322.566
THCC162	Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen	8,85 %	1.645.852
THCC186	Multiples Myelom/Plasmozytom und andere nicht akute Leukämien	165,29 %	10.327

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
THCC190	Knöcherne Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der Bandscheiben, Stenosen des Spinalkanals und der Foramina intervertebralia	16,16 %	1.190.645
THCC194	Migräne und sonstige chronische Kopfschmerzen	11,86 %	632.667
THCC210	Schmerzstörung	56,27 %	262.696
RHCC001	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (nach Komprimierung)	9,21 %	39.561
RHCC002	Bösartige Neubildungen (nach Komprimierung)	54,56 %	105.366
RHCC003	Sonstige Neubildungen und Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] (nach Komprimierung)	11,58 %	191.529
RHCC004	Diabetes mellitus	13,29 %	955.787
RHCC005	Sonstige endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (nach Komprimierung)	14,19 %	27.351
RHCC006	Krankheiten der Leber	2,56 %	697.905
RHCC007	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems (nach Komprimierung)	18,32 %	420.833
RHCC008	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (nach Komprimierung)	7,05 %	372.126
RHCC009	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	13,50 %	724.968
RHCC010	Störungen des Bewusstseins und neuropsychologische Symptome (nach Komprimierung)	17,12 %	181.926
RHCC011	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol-, Drogen und sonstige Substanzen	3,65 %	742.555
RHCC012	Sonstige psychische Krankheiten (nach Komprimierung)	11,56 %	1.041.861
RHCC013	Entwicklungs- und Lernstörungen, Intelligenzminderung, Ticstörungen und komplexe Fehlbildungs-Syndrome	14,18 %	642.565

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
RHCC014	Sonstige neurologische Krankheiten (nach Komprimierung)	30,35 %	141.680
RHCC015	Herzstillstand, Ateminsuffizienz, Tod und Vorhandensein eines Tracheostomas	8,03 %	80.343
RHCC016	Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (nach Komprimierung)	14,32 %	1.251.877
RHCC017	Zerebrovaskuläre Krankheiten	11,53 %	569.621
RHCC018	Sonstige Blutgefäßkrankheiten (nach Komprimierung)	11,47 %	613.251
RHCC019	Krankheiten der unteren Atemwege (nach Komprimierung)	7,57 %	1.409.855
RHCC020	Augenkrankheiten (nach Komprimierung)	17,67 %	836.677
RHCC021	HNO- und stomatologische Krankheiten (nach Komprimierung)	11,56 %	306.650
RHCC022	Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege, inkl. Zustände nach Nieren-Transplantation (nach Komprimierung)	10,83 %	1.197.903
RHCC023	Krankheiten der Genitalorgane (nach Komprimierung)	20,24 %	351.488
RHCC025	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (nach Komprimierung)	11,51 %	419.149
RHCC026	Sonstige Verletzungen, Vergiftungen und Zustände nach sonstigen medizinischen Maßnahmen, sowie motorische und kognitive Funktionseinschränkungen (nach Komprimierung)	7,55 %	1.710.559
RHCC027	Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe	6,93 %	479.703
RHCC028	Krankheiten und Zustände des Neugeborenen	9,46 %	16.240
RHCC029	Krankheiten und Zustände nach sonstigen Transplantationen und nach besonderen medizinischen Maßnahmen	25,02 %	37.211
RHCC030	Untersuchungen, prophylaktische Maßnahmen, anamnestische Angaben und Zustände nach weiteren medizinischen Maßnahmen	10,88 %	1.004.299

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 7 – Fortsetzung

	Risikoklassen	Relativgewicht	N(2022) in Kalibrierungs- menge
RHCC031	Sonstige Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontaktanlässe ohne Vorliegen von Diagnosen außerhalb der ACC031	8,56 %	62.327

3.1.3 Ausgewählte statistische Kennzahlen zum Regressionsmodell

Im Folgenden werden Kennzahlen für das Modell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 im Vergleich zum Modell für das Jahr 2026 (Anwendungsmenge 2022/2023) 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 diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2027 und 2026

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	
für das Jahr 2027	10.127.790	34	40	30	104	29,13 %
für das Jahr 2026	10.277.218	34	40	30	104	30,83 %

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 diagnosebezogenen Veränderungsdaten für die Jahre 2027 und 2026

Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	Gewichteter MAPE	Adjustiertes R^2
für das Jahr 2027	53,15 %	34,38 %
für das Jahr 2026	53,33 %	34,72 %

3.2 Empirische Ergebnisse zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten

3.2.1 Entwicklung der Häufigkeiten von Diagnosen, Risikokategorien und Risikoklassen von 2023 auf 2024

Die Risikoklassen des Klassifikationsmodells zur Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2027 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 2023 auf 2024 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 2023 und 2024 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) in Tabelle 10 berichtet. Die Veränderungen dieser Anzahlen stellt Abbildung 2 dar, während Abbildung 3 die Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit zeigt.

In Tabelle 11 ist die durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien (HCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2023 und 2024 dargestellt. Die sogenannte „NonCW-HCC“ (HCC201) sowie die Alters- und Geschlechtsgruppen werden dabei nicht mitgezählt. Analog dazu enthält Tabelle 12 die durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen (THCC/RHCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2023 und 2024.

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 2023 und 2024. 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
		2023	2024	
Schleswig-Holstein	G	13,97	14,11	0,98 %
	Z	0,07	0,07	2,87 %
	zusammen	14,04	14,18	0,98 %
Hamburg (Nicht-SV-TN)	G	11,98	11,85	-1,05 %
	Z	0,05	0,05	0,45 %
	zusammen	12,03	11,90	-1,05 %
Hamburg (SV-TN)	G	9,68	9,82	1,40 %
	Z	0,06	0,07	2,54 %
	zusammen	9,75	9,89	1,41 %
Bremen	G	13,43	13,45	0,15 %
	Z	0,06	0,06	5,38 %
	zusammen	13,48	13,51	0,17 %
Niedersachsen	G	14,88	14,97	0,64 %
	Z	0,06	0,07	1,05 %
	zusammen	14,94	15,04	0,64 %
Westfalen-Lippe (Nicht-SV-TN)	G	14,27	14,35	0,55 %
	Z	0,06	0,06	1,99 %
	zusammen	14,33	14,40	0,55 %
Westfalen-Lippe (SV-TN)	G	9,89	10,07	1,76 %
	Z	0,06	0,06	4,98 %
	zusammen	9,95	10,13	1,78 %
Nordrhein (Nicht-SV-TN)	G	14,39	14,39	-0,01 %
	Z	0,06	0,06	3,27 %
	zusammen	14,45	14,45	0,00 %
Nordrhein (SV-TN)	G	8,91	9,11	2,20 %
	Z	0,05	0,05	4,30 %
	zusammen	8,96	9,16	2,22 %
Hessen (Nicht-SV-TN)	G	13,42	13,47	0,37 %
	Z	0,06	0,06	0,87 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 10 – Fortsetzung

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung
		2023	2024	
	zusammen	13,48	13,53	0,37 %
Hessen (SV-TN)	G	7,98	8,11	1,55 %
	Z	0,04	0,04	4,65 %
	zusammen	8,02	8,15	1,57 %
Rheinland-Pfalz	G	15,18	15,25	0,47 %
	Z	0,06	0,07	3,01 %
	zusammen	15,24	15,32	0,48 %
Baden-Württemberg (Nicht-SV-TN)	G	12,59	12,64	0,37 %
	Z	0,05	0,05	1,83 %
	zusammen	12,64	12,69	0,38 %
Baden-Württemberg (SV-TN)	G	6,93	7,14	3,13 %
	Z	0,04	0,04	0,79 %
	zusammen	6,97	7,18	3,12 %
Bayern (Nicht-SV-TN)	G	13,88	13,98	0,72 %
	Z	0,06	0,07	2,26 %
	zusammen	13,94	14,04	0,73 %
Bayern (SV-TN)	G	9,05	9,29	2,70 %
	Z	0,07	0,07	4,82 %
	zusammen	9,11	9,36	2,72 %
Berlin	G	14,38	14,33	-0,33 %
	Z	0,06	0,06	0,76 %
	zusammen	14,44	14,39	-0,32 %
Saarland	G	15,50	15,66	1,04 %
	Z	0,07	0,07	0,21 %
	zusammen	15,57	15,73	1,03 %
Mecklenburg-Vorpommern	G	16,27	16,39	0,74 %
	Z	0,08	0,08	0,37 %
	zusammen	16,36	16,48	0,74 %
Brandenburg	G	15,49	15,59	0,69 %
	Z	0,06	0,06	2,76 %
	zusammen	15,55	15,66	0,70 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 10 – Fortsetzung

KV-Bezirk	ZK-DS	ØAnzahl Diagnosen		Veränderung
		2023	2024	
Sachsen-Anhalt	G	17,19	17,57	2,18 %
	Z	0,07	0,07	3,12 %
	zusammen	17,26	17,64	2,18 %
Thüringen	G	17,14	17,40	1,48 %
	Z	0,07	0,08	3,24 %
	zusammen	17,22	17,47	1,49 %
Sachsen	G	15,02	15,17	1,01 %
	Z	0,07	0,08	2,18 %
	zusammen	15,09	15,24	1,01 %

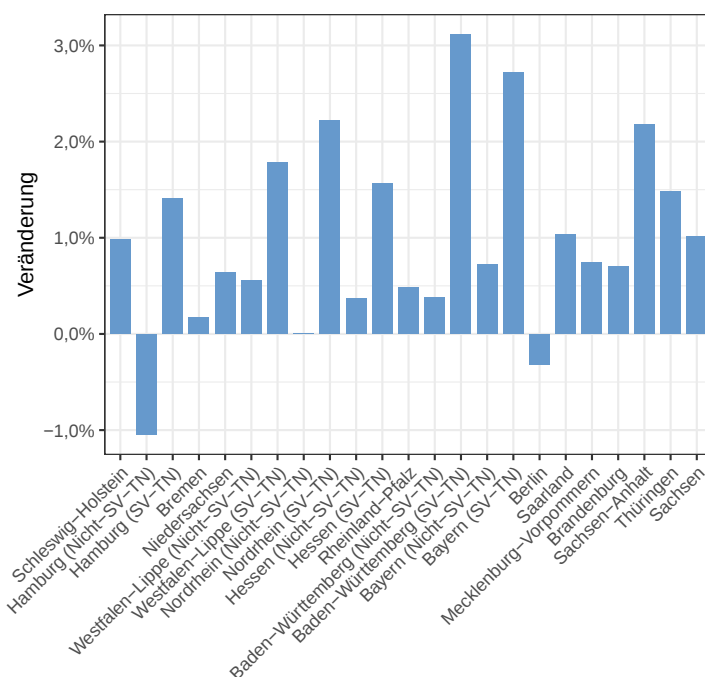


Abbildung 2: Veränderung der mittleren Anzahl der distinkten und klassifizierbaren Diagnosen pro Versicherten von 2023 auf 2024 je KV-Bezirk

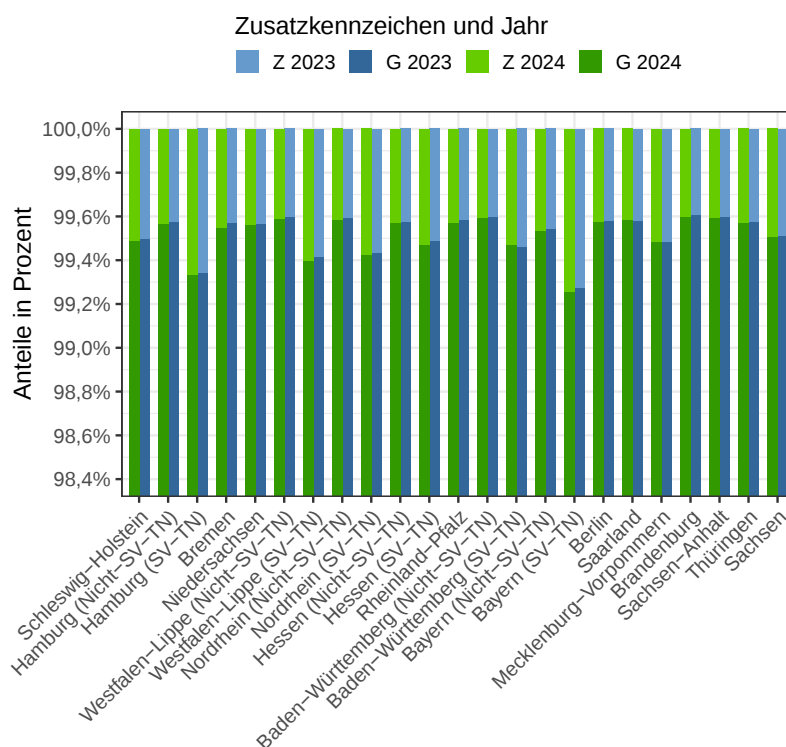


Abbildung 3: Verteilung der Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ und „Z“ auf Basis der mittleren Anzahlen distinkter und klassifizierbarer Diagnosen pro Versicherten je KV-Bezirk für die Jahre 2023 und 2024

Tabelle 11: Durchschnittliche Anzahl der Risikokategorien (HCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2023 und 2024

KV-Bezirk	ØAnzahl HCC		Veränderung
	2023	2024	
Schleswig-Holstein	5,74	5,81	1,18 %
Hamburg (Nicht-SV-TN)	4,82	4,79	-0,57 %
Hamburg (SV-TN)	3,80	3,86	1,74 %
Bremen	5,43	5,43	0,11 %
Niedersachsen	6,00	6,06	0,91 %
Westfalen-Lippe (Nicht-SV-TN)	5,75	5,79	0,70 %
Westfalen-Lippe (SV-TN)	3,87	3,95	1,89 %
Nordrhein (Nicht-SV-TN)	5,76	5,80	0,56 %
Nordrhein (SV-TN)	3,51	3,61	2,83 %
Hessen (Nicht-SV-TN)	5,48	5,52	0,64 %
Hessen (SV-TN)	3,21	3,26	1,62 %
Rheinland-Pfalz	6,12	6,17	0,81 %
Baden-Württemberg (Nicht-SV-TN)	5,16	5,20	0,70 %
Baden-Württemberg (SV-TN)	2,77	2,86	3,22 %
Bayern (Nicht-SV-TN)	5,52	5,58	1,04 %
Bayern (SV-TN)	3,60	3,70	2,89 %
Berlin	5,55	5,53	-0,28 %
Saarland	6,23	6,31	1,19 %
Mecklenburg-Vorpommern	6,69	6,76	0,99 %
Brandenburg	6,31	6,36	0,75 %
Sachsen-Anhalt	6,86	7,00	1,98 %
Thüringen	6,83	6,92	1,43 %
Sachsen	6,20	6,27	1,04 %

Tabelle 12: Durchschnittliche Anzahl der Risikoklassen (THCC/RHCC) je KV-Bezirk und je Versicherten für die Jahre 2023 und 2024

KV-Bezirk	ØAnzahl THCC/RHCC		Veränderung
	2023	2024	
Schleswig-Holstein	5,56	5,63	1,17 %
Hamburg (Nicht-SV-TN)	4,69	4,66	-0,52 %
Hamburg (SV-TN)	3,68	3,75	1,72 %
Bremen	5,26	5,27	0,16 %
Niedersachsen	5,81	5,87	0,91 %
Westfalen-Lippe (Nicht-SV-TN)	5,57	5,61	0,71 %
Westfalen-Lippe (SV-TN)	3,74	3,81	1,93 %
Nordrhein (Nicht-SV-TN)	5,58	5,61	0,56 %
Nordrhein (SV-TN)	3,40	3,50	2,78 %
Hessen (Nicht-SV-TN)	5,32	5,36	0,68 %
Hessen (SV-TN)	3,11	3,16	1,63 %
Rheinland-Pfalz	5,92	5,97	0,82 %
Baden-Württemberg (Nicht-SV-TN)	5,01	5,05	0,72 %
Baden-Württemberg (SV-TN)	2,68	2,77	3,26 %
Bayern (Nicht-SV-TN)	5,35	5,41	1,07 %
Bayern (SV-TN)	3,47	3,57	2,90 %
Berlin	5,36	5,35	-0,24 %
Saarland	6,02	6,09	1,17 %
Mecklenburg-Vorpommern	6,44	6,51	1,01 %
Brandenburg	6,08	6,12	0,75 %
Sachsen-Anhalt	6,56	6,69	1,97 %
Thüringen	6,55	6,64	1,45 %
Sachsen	5,97	6,04	1,07 %

3.2.2 Auswahl von KV-Bezirken mit Berücksichtigung von Selektivvertragsteilnehmern

SV-Teilnehmer werden in denjenigen KV-Bezirken separat berücksichtigt, in denen der Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer in einem der Jahre 2023 und 2024 über 10 % liegt. Die gemäß Nr. 2.2.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung bestimmten Anteile werden in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer je KV-Bezirk gemäß Nr. 2.2.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung

KV-Bezirk	Anteil längsschn. SV-TN	
	2023	2024
Schleswig-Holstein	2,23 %	2,36 %
Hamburg	10,77 %	10,91 %
Bremen	4,77 %	4,79 %
Niedersachsen	1,07 %	1,13 %
Westfalen-Lippe	12,72 %	12,72 %
Nordrhein	10,75 %	10,82 %
Hessen	12,63 %	12,71 %
Rheinland-Pfalz	2,75 %	2,85 %
Baden-Württemberg	30,87 %	30,78 %
Bayern	12,52 %	12,34 %
Berlin	2,33 %	2,45 %
Saarland	1,21 %	1,29 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,09 %	0,13 %
Brandenburg	0,27 %	0,32 %
Sachsen-Anhalt	1,83 %	1,90 %
Thüringen	0,45 %	0,50 %
Sachsen	8,13 %	8,15 %

3.3 Einzelbeiträge der Risikoklassen zu den regionalen diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die Einzelbeiträge der Risikoklassen geben an, welchen Einfluss die Risikoklassen auf die regionale diagnosebezogenen Veränderungsdaten haben. Sie werden, getrennt nach KV-Bezirken, in Form einer Excelmappe als Teil dieses Berichts unter institut-ba.de veröffentlicht. Eine detailliertere Auswertung mit Einzelbeiträgen je ICD-Kode enthält der „Bericht über die Veränderungen der Behandlungsdiagnosen und den Einfluss der jeweiligen Behandlungsdiagnose auf die Veränderungsrate für das Jahr 2027 gemäß § 87a

Abs. 5a SGB V“, der jährlich unter institut-ba.de veröffentlicht wird. Die Summe der Einzelbeiträge über alle Risikoklassen ist die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2027.

Durch Einsetzen von Formel (9) in die Formel (10) ergibt sich für die KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern die Zerlegung in Einzelbeiträge

$$\begin{aligned}
 VR_{diag,2027}^{KV} &= G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2024,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1 \right) \\
 &= G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2024,KV} - \bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}} \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV} - \bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} \right) \\
 &= G_{KV} \cdot \sum_{j=1}^r \underbrace{\frac{\hat{\beta}_j (p_{j,Nicht-HA}^{2024,KV} - p_{j,Nicht-HA}^{2023,KV})}{\bar{y}_{Nicht-HA}^{2023,KV}}}_{\text{Einzelbeitrag } E_{j,Nicht-HA}^{KV}} \\
 &\quad + (1 - G_{KV}) \cdot \sum_{j=1}^r \underbrace{\frac{\hat{\beta}_j (p_{j,gesamt}^{2024,KV} - p_{j,gesamt}^{2023,KV})}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}}_{\text{Einzelbeitrag } E_{j,gesamt}^{KV}} \\
 &= \sum_{j=1}^r \underbrace{G_{KV} E_{j,Nicht-HA}^{KV} + (1 - G_{KV}) E_{j,gesamt}^{KV}}_{\text{Einzelbeitrag } E_j^{KV}}.
 \end{aligned} \tag{17}$$

Für die KV-Bezirke ohne Berücksichtigung von SV-Teilnehmern folgt aus Formel (9) in Verbindung mit Formel (11):

$$\begin{aligned}
 VR_{diag,2027}^{KV} &= \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} - 1 \\
 &= \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2024,KV} - \bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}} \\
 &= \sum_{j=1}^r \underbrace{\frac{\hat{\beta}_j (p_{j,gesamt}^{2024,KV} - p_{j,gesamt}^{2023,KV})}{\bar{y}_{gesamt}^{2023,KV}}}_{\text{Einzelbeitrag } E_j^{KV}}
 \end{aligned} \tag{18}$$

Formel (17) und (18) berücksichtigen die Bereinigung der Kodiereffekte gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung noch nicht. Um Kodiereffekte bereinigte Einzelbeiträge ergeben sich, indem für von Kodiereffekten betroffene Prävalenzen anstelle von $p_{j,VB}^{2024,KV}$ das mit dem Gewichtungsfaktor $\omega_{j,VB}^{KV}$ gewichtete Mittel $\omega_{j,VB}^{KV} \cdot \hat{p}_{j,VB}^{2024,KV} + (1 - \omega_{j,VB}^{KV}) \cdot p_{j,VB}^{2024,KV}$ der aus historischen Werten erwarteten Prävalenz $\hat{p}_{j,VB}^{2024,KV}$ gemäß Abschnitt 1.4 bzw. Tabelle 3 und der Prävalenz eingesetzt wird.

Teil D

Weiterentwicklungen

1	Weiterentwicklung der Datengrundlage	71
2	Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsdaten	71
3	Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten	71
3.1	Vergleich des Klassifikationsmodells für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2027 mit dem Vorjahresmodell.....	72
3.2	Weiterentwicklung des Klassifikationssystems	76
3.2.1	Einleitung	76
3.2.2	Grundlagen zum Klassifikationssystem gemäß § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V (KS87a)	77
3.2.3	Grundsätze der Bearbeitungen	80
3.2.4	Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2026 der ICD-10-GM	92
3.2.5	Änderung der (H)CC-Zuordnung des ICD-Kodes „G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]“	100
3.2.6	Reaktivierung des Diagnosenjahres 2017 im Klassifikationssystem	101
3.3	Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsdaten	101
3.3.1	Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern.....	101
3.3.2	Bereinigung von Kodiereffekten	102
3.3.3	Berücksichtigung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes	102

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. Zu den Einzelheiten siehe Abschnitt 2.3 der „Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2022–2024 für die Gesamtvertragspartner“ im Anhang dieses Berichts.

2 Weiterentwicklungen zur Berechnung der demografischen Veränderungsraten

Gegenüber den Festlegungen des Vorjahres hat es keine Weiterentwicklungen gegeben.

3 Weiterentwicklungen zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten

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 Veränderungsraten für das Jahr 2010 verwendet. Es folgte eine Weiterentwicklung zum Klassifikationsmodell für die Ermittlung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten des Jahres 2013². Darauf aufbauend wurden in den Folgejahren die Klassifikationsmodelle für die Ermittlung der Veränderungsraten für die Jahre 2014 bis 2026 entwickelt und angewendet. In den folgenden Abschnitten wird die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2026 hin zu dem Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2027 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 Veränderungsraten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V“ sowie analoge Berichte für die Veränderungsraten der Jahre 2015 bis 2026.

3.1 Vergleich des Klassifikationsmodells für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027 mit dem Vorjahresmodell

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Festlegungen zum Klassifikationsmodell für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2026 (KM87a_2025) im Vergleich zum Klassifikationsmodell für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2027 (KM87a_2026). 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 diagnosebezogenen Veränderungs-raten für das Jahr 2027 mit dem Vorjahresmodell

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	für das Jahr 2026 (KM87a_2025)	für das Jahr 2027 (KM87a_2026)
Datengrundlage		
Berichtsjahre	2021 - 2023	2022 - 2024
GSP-Daten	Stand vom 9. April 2025	Stand vom 17. März 2026
SV-Daten	Stand vom 9. April 2025	Stand vom 17. März 2026
Qualitätssicherung	Ausschluss, wenn Markierung erfolgt ist	
Kappung der Versichertentage	auf die Quartalslänge	
Fälle ohne Leistungsbedarf	Ausschluss	
Identifikation Selektivvertragsteilnehmer	mindestens ein Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme	
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	2022 und 2023	2023 und 2024
dokumentierte Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ oder „divers“	verwendet als Ausprägung „weiblich“	
Klassifikation		
Version des Klassifikationssystems	p19a	p2026a
Berechnung der Relativgewichte		

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	für das Jahr 2026	für das Jahr 2027
verwendete Geburtskalendertage	2, 6, 13, 20, 27	2, 9, 13, 20, 27
Jahresbezüge des prospektiven Modells	2021 und 2023	2022 und 2024
MGV-Leistungsbedarf	gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 797. Sitzung in der Einheit Punkte	gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung in der Einheit Punkte
Annualisierung des Leistungsbedarfs	ja, mit Anzahl an Versichertenquartalen im jeweiligen Jahr	
Abhängige Variable im Regressionsmodell	relativer MGV-Leistungsbedarf	
Regionale Abgrenzung	bundeseinheitlich	
versichertenzeitvollständig	nur Berücksichtigung von Versicherten, die mindestens 45 Tage in jedem Quartal eines Jahres versichert waren (Ausnahme: Quartal des Todes und die Folgequartale im Jahr des Todes)	
SV-Teilnehmer in der Stichprobe	Ausschluss	
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.	
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		

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsraten	
	für das Jahr 2026	für das Jahr 2027
Anwendungsjahre	2022 und 2023	2023 und 2024
verwendete Geburtskalendertage	2022: 2, 6, 9, 13, 20, 26, 27 2023: 2, 6, 9, 13, 16, 20, 27	2023: 2, 6, 9, 13, 16, 20, 27 2024: 2, 9, 13, 16, 20, 23, 27
Regionale Abgrenzung	KV-spezifisch	
versichertenzeitausreichend	keine Berücksichtigung von Versicherten, die weniger als 120 Tage im Jahr versichert waren, bei der Berechnung von relativen Risikowerten. Ausnahme: Verstorbene und Versicherte, für die in einem Quartal des Jahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen	
KV-Bezirke mit Berücksichtigung von SV-Teilnehmern	Westfalen-Lippe, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern	Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern
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	
Diagnosen (SV-Teilnehmer)	Verwendung von ausschließlich nicht hausärztlichen Diagnosen	
SV-Diagnosen	keine Verwendung	
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	

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 1 – Fortsetzung

Merkmal	Klassifikationsmodell für die Berechnung der Veränderungsrate	
	für das Jahr 2026	für das Jahr 2027
Berechnung der Veränderungsrate ³	$VR_{2022 \rightarrow 2023}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2023,KV}}{\bar{y}^{2022,KV}} - 1$ Ausnahme: Berechnung der Veränderungsrate für die ausgewählten KV-Bezirke (Westfalen-Lippe, Hessen, 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. $VR_{2022 \rightarrow 2023}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}^{2023,KV}_{Nicht-HA}}{\bar{y}^{2022,KV}_{Nicht-HA}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}^{2023,KV}_{gesamt}}{\bar{y}^{2022,KV}_{gesamt}} - 1 \right)$	$VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV} = \frac{\bar{y}^{2024,KV}}{\bar{y}^{2023,KV}} - 1$ Ausnahme: Berechnung der Veränderungsrate für die ausgewählten KV-Bezirke (Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, 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. $VR_{2023 \rightarrow 2024}^{KV} = G_{KV} \cdot \left(\frac{\bar{y}^{2024,KV}_{Nicht-HA}}{\bar{y}^{2023,KV}_{Nicht-HA}} - 1 \right) + (1 - G_{KV}) \cdot \left(\frac{\bar{y}^{2024,KV}_{gesamt}}{\bar{y}^{2023,KV}_{gesamt}} - 1 \right)$

3.2 Weiterentwicklung des Klassifikationssystems

3.2.1 Einleitung

Im Jahr 2025 erfolgte die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V für das Jahr 2026 mit dem Klassifikationsmodell „KM87a_2025“. Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem (KS87a) war die Version p19a.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 269. Sitzung am 25. Januar 2012 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 p19a zur Version p20a.

Im Rahmen dieser Weiterentwicklung wurde, wie in der 509. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 3. Juni 2025 angeregt, eine neue Versionierung des Klassifikationssystems umgesetzt. Die fortlaufende Nummerierung (... , p18a, p19a, p20a) wurde ersetzt durch das Kalenderjahr der Verwendung des Klassifikationssystems

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

(p19a=p2025a, p20a=p2026a, p2027a, ...). Zur besseren Nachvollziehbarkeit werden in diesem Bericht die alte und die neue Versionierung gemeinsam, wie folgt angegeben: „p19a (p2025a)“ und „p2026a (p20a)“.

Die neue Version p2026a (p20a) wurde am 2. Juni 2026 vom Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses freigegeben. In seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 hat der Bewertungsausschuss das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2027 zu verwendende Klassifikationsmodell beschlossen („KM87a_2026“). Das zu diesem Klassifikationsmodell gehörende Klassifikationssystem ist die Version p2026a (p20a).

Die Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems von der Version p19a (p2025a) zur Version p2026a (p20a) umfassen insgesamt:

- Anpassung des Klassifikationssystems an die Jahresversion 2026 der ICD-10-GM (siehe Abschnitt 3.2.4),
- Änderung der (H)CC-Zuordnung des ICD-Kodes „G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]“ (siehe Abschnitt 3.2.5) und
- Reaktivierung des Diagnosenjahres 2017 im Klassifikationssystem (siehe Abschnitt 3.2.6).

In der folgenden Tabelle 2 sind die Parameter der KS87a-Versionen p19a (p2025a) und p2026a (p20a) gegenübergestellt.

Tabelle 2: Parameter der Versionen p19a (p2025a) und p2026a (p20a) des Klassifikationssystems

Parameter	Version p19a (p2025a)	Version p2026a (p20a)
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG)	34	34
Diagnosegruppen (DxG)	863	869
Risikokategorien (CC/HCC)	192	192
Hierarchien (CC → HCC)	282	282
Aggregierte Risikokategorien (ACC)	32	32
Klassifizierbare ICD-Jahresversionen	2018 bis 2025	2017 bis 2026

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. 15.400) in aktuell 869 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 p2026a (p20a)) 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 p2026a (p20a) 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.

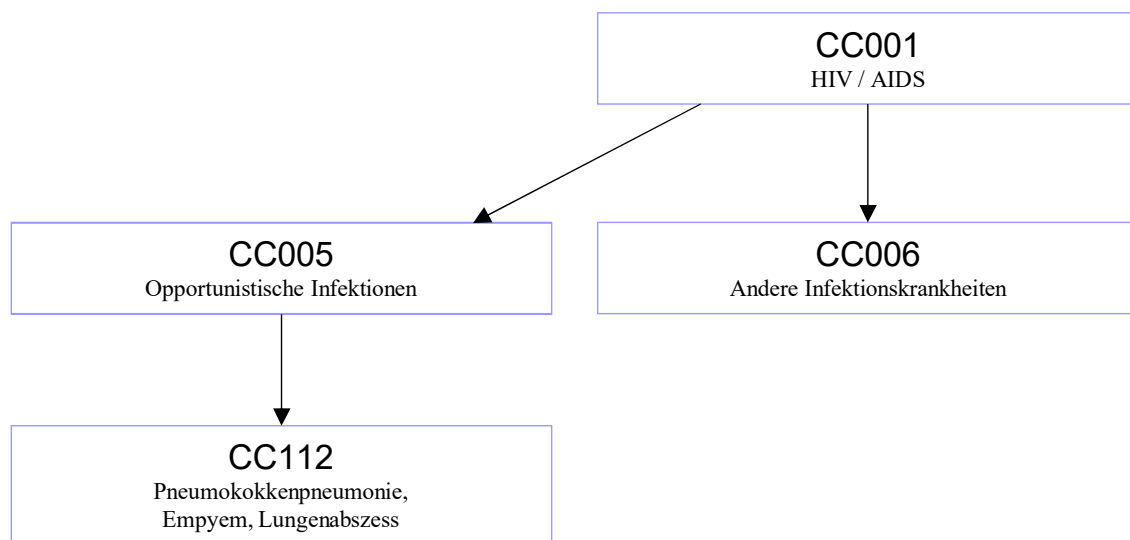


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung von Hierarchiebeziehungen zwischen Risikokategorien

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-(H)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 Berichterstattung 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 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 erstmals fristgerecht durch die KBV-Vertreterversammlung am 12. Juni 2020 beschlossen. Anschließend erfolgte die Implementierung der Vorgaben in die Praxis-Softwaresysteme. Da das Thema im § 295 Abs. 4 SGB V verortet ist, müssen alle betroffenen Software-Hersteller der KBV die korrekte Umsetzung durch ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren nachweisen. Die flächendeckende Implementierung ist seit 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 Veränderungsdaten zu bereinigen sind (§ 87a Abs. 5 Satz 11 SGB V). Zu solchen Kodiereffekten konnte es erstmals bei den Behandlungsdiagnosen aus 2022 kommen. Die Bereinigung ist deshalb seit dem 2024er Klassifikationsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2025 (Datenjahre 2020 bis 2022) Bestandteil des jährlich vom Bewertungsausschuss beschlossenen Klassifikationsmodells (siehe Abschnitt 1.4).

Für die Klassifikationssysteme p19a (p2025a) und p2026a (p20a) ergaben die Kodiervorgaben, die 2023 und 2024 gültig waren, keinen Anlass, Zuordnungen des Klassifikations-

systems 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 Grouperanpassung bzw. medizinische Grouperanpassung 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 (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). Bislang wurde die ICD-10-GM vom BfArM in jedem Kalenderjahr in einer neuen geänderten Fassung herausgegeben. Ab der Jahresversion 2026 wird das Anpassungsverfahren für die ICD-10-GM auf einen dreijährigen Turnus ausgeweitet und soll nach derzeitigem Stand so bis zur Einführung der ICD-11-GM beibehalten werden. 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 Diagnosekodes 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 Kodes 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 Kodes „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-Kode „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. Gewebetransplantation, 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 schwerwie-

genderen 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):

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

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.

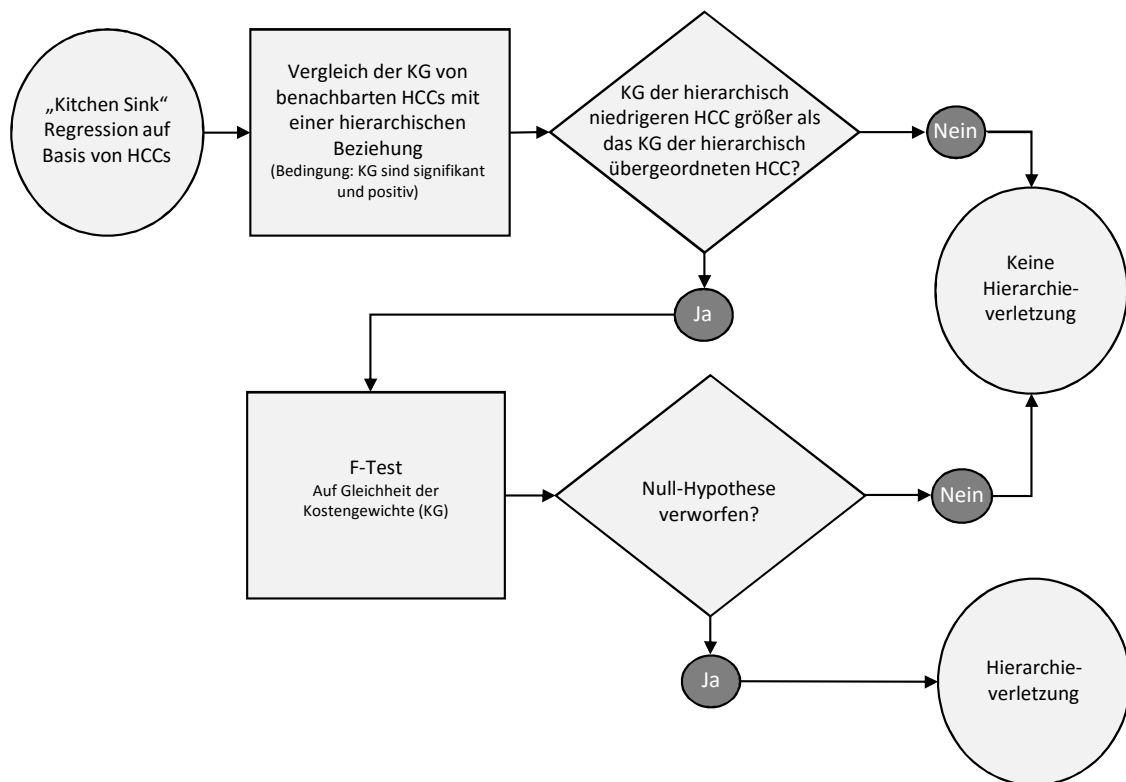


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Feststellung einer Hierarchieverletzung

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 Leis-

tungsbedarfe 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

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 (p2022a) zur Version p17a (p2023a) 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 2026 der ICD-10-GM

3.2.4.1 Neue ICD-(H)CC-Überleitungen für neue Schlüsselnummern

Gegenüber der 2025er Version hat die Version 2026 der ICD-10-GM insgesamt 106 neue Schlüsselnummern, die u.a. die folgenden Diagnosen und Bereiche betreffen:

- Einführung neuer Schlüsselnummern zur spezifischeren Kodierung der Amyloidosen und von Folgezuständen weiterer infektiöser und parasitärer Krankheiten,
- Mehrere Spezifizierungen (Unterteilungen auf 5-Steller-Ebene) bei verschiedenen Krankheiten, z.B. bösartiges Melanom des Rumpfes, erworbene Afibrinogenämie und Hypofibrinogenämie, Katarakt und Glaukom bei Pseudoexfoliationssyndrom, Funktionsstörung eines Tracheostomas, Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen, multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, Zustände nach spezifischer Behandlung und Krankheit, Komplikationen durch sonstige Arzneimittel oder Drogen,
- Einführung neuer Schlüsselnummern zur umfassenden Differenzierung der Bereiche Chronisches Fatigue-Syndrom und Malaise/Fatigue, zur Systematisierung der Stadien und der Diagnostik des präsymptomatischen Diabetes mellitus Typ 1 sowie zur Charakterisierung von Folgezuständen und Nachuntersuchung nach Korrektur und Palliation eines angeborenen Herzfehlers,
- Einführung zahlreicher neuer Schlüsselnummern für die Stadien kognitiver Funktionseinschränkungen nach dem Montreal Cognitive Assessment (MoCA), für Mobilitätseinschränkungen und für emotionale Funktionseinschränkungen.

Für 101 der 106 neuen ICD-Schlüsselnummern wurden insgesamt 109 neue Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien in das Klassifikationssystem aufgenommen. Die übrigen fünf neuen Schlüsselnummern sind laut § 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen) zur Kodierung im vertragsärztlichen Bereich nicht zugelassen, weil sie nur für stationäre Krankenhausfälle anzugeben oder nichtendständige Dreisteller sind. Deshalb wurden sie nicht in das Klassifikationssystem übernommen (siehe Abschnitt 3.2.3.3.1).

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). Ausnahme sind die neuen Schlüsselnummern für das bösartige Melanom des Rumpfes (C43.5-, C43.50, C43.59), den präsymptomatischen Diabetes mellitus Typ 1 im Stadium 2 (R73.00), den Nachweis von mindestens zwei Inselzellautoantikörpern (R76.80), das multisystemische Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19 (U10.9-, U10.90, U10.91) und den Zustand nach intensivmedizinischer Behandlung bzw. nach Sepsis (U70.0!, U70.1!).

Alle ICD-(H)CC-Überleitungen der neuen Schlüsselnummern der ICD-10-GM Version 2026 werden im Folgenden detailliert dargestellt, die Ausnahmerebedingungen werden an ent-

sprechender Stelle explizit genannt.

B94.8- Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten

B94.80 Folgezustände der Influenza

B94.81 Folgezustände der (infektiösen) Mononukleose durch Gamma-Herpesviren

B94.88 Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC006 Andere Infektionskrankheiten

C43.5- Bösartiges Melanom des Rumpfes

C43.50 Bösartiges Melanom der Perianalhaut

C43.59 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes

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

(H)CC010 Sonstige bösartige Neubildungen

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

(H)CC200 Zustand nach Neubildung

D65.0- Afibrinogenämie und Hypofibrinogenämie, erworben

D65.00 Erworbene Afibrinogenämie

D65.01 Erworbene Hypofibrinogenämie

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC046 Gerinnungsstörungen und andere spezifizierte hämatologische Erkrankungen

E85.3- Sekundäre systemische Amyloidose

E85.30 Systemische AL-Amyloidose

E85.38 Sonstige sekundäre systemische Amyloidose

E85.8- Sonstige Amyloidose

E85.80 Wildtyp-ATTR-Amyloidose [wtATTR]

E85.88 Sonstige Amyloidose

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC022 Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen

E88.01 Hypoalbuminämie

wird übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC024 Andere endokrine, metabolische und Ernährungsstörungen

G93.3- Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]

G93.30 Chronisches Fatigue-Syndrom, postinfektiös

G93.31 Chronisches Fatigue-Syndrom, nicht postinfektiös

- G93.39 Chronisches Fatigue-Syndrom, nicht näher bezeichnet
R53.0 Chronische Fatigue mit Angabe einer post-exertionellen Malaise [PEM]
R53.1 Chronische Fatigue ohne Angabe einer post-exertionellen Malaise [PEM]
werden übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC076 Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems
- H26.8- Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen
H26.80 Katarakt bei Pseudoexfoliationssyndrom
H26.88 Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen
werden übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC123 Katarakt
- H40.1- Primäres Weitwinkelglaukom
H40.10 Pseudoexfoliationsglaukom
H40.18 Sonstige Formen des primären Weitwinkelglaukoms
werden übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC122 Glaukom
- J95.0- Funktionsstörung eines Tracheostomas
J95.00 Blutung des Tracheostomas
J95.01 Infektion des Tracheostomas
J95.02 Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges
J95.03 Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie
J95.08 Sonstige Funktionsstörung eines Tracheostomas
J95.09 Funktionsstörung eines Tracheostomas, nicht näher bezeichnet
T82.7- Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
T82.70 Infektion und entzündliche Reaktion durch ein kardiales elektronisches Gerät
T82.71 Infektion und entzündliche Reaktion durch Implantat und Transplantat im Herzen
T82.72 Infektion und entzündliche Reaktion durch Herzunterstützungssystem und künstliches Herz
T82.73 Infektion und entzündliche Reaktion durch Gefäßimplantat und Gefäßtransplantat
T82.74 Infektion und entzündliche Reaktion durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter
T82.75 Infektion und entzündliche Reaktion durch Port
werden übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC164 Komplikationen durch Implantate, Transplantate, Prothesen und umschriebene Syndrome nach medizinischen Maßnahmen
- R53.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Malaise und Fatigue
R73.0- Abnormer Glukosetoleranztest

- R73.08 Abnormer Glukosetoleranztest und sonstige Formen des Prädiabetes
- U51.03 Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung: MoCA: 17 oder mehr Punkte
- U53.0- Keine oder geringe Mobilitätseinschränkung
- U53.00 Charité Mobility Index [CHARMI]: 9-10 Punkte
- U53.01 De Morton Mobility Index [DEMMI]: 57-100 Punkte
- U53.02 Short Physical Performance Battery [SPPB]: 7-12 Punkte
- U53.03 Timed Up and Go [TUG]: <18 Sekunden
- U53.1- Leichte Mobilitätseinschränkung
- U53.10 Charité Mobility Index [CHARMI]: 6-8 Punkte
- U53.11 De Morton Mobility Index [DEMMI]: 39-53 Punkte
- U53.12 Short Physical Performance Battery [SPPB]: 3-6 Punkte
- U53.13 Timed Up and Go [TUG]: 18-33 Sekunden
- U54.0- Keine emotionale Funktionseinschränkung
- U54.01 Depression im Alter-Skala [DIA-S]: 0-3 Punkte
- U54.02 Geriatriische Depressionsskala [GDS-15]: 0-5 Punkte
- U54.03 Geriatriische Depressionsskala [GDS-5]: 0-1 Punkt(e)
- U54.04 2-Fragen Test nach Whooley: 0 Punkte
- Z13.10 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Inselzellautoantikörper
- Z98.8- Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen
- Z98.80 Zustand nach herzchirurgischem Eingriff zur Korrektur und Palliation eines angeborenen Herzfehlers
- Z98.88 Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen werden übergeleitet in die Risikokategorie
(H)CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-(H)CC
- R73.00 Diabetes mellitus Typ 1, präsymptomatisch, Stadium 2
- R76.80 Nachweis von mindestens zwei Inselzellautoantikörpern werden 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)CC019 Diabetes mellitus ohne Komplikationen
(H)CC020 Typ-1-Diabetes mellitus und Alter unter 41 Jahre werden 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)CC019 Diabetes mellitus ohne Komplikationen
- R76.8- Sonstige näher bezeichnete abnorme immunologische Serumbefunde
- R76.88 Sonstige näher bezeichnete abnorme immunologische Serumbefunde
- Y57.9-! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen

- Y57.90! Komplikationen durch Fluorchinolone
- Y57.98! Komplikationen durch sonstige Arzneimittel oder Drogen
- Z09.81 Nachuntersuchung nach Korrektur und Palliation eines angeborenen Herzfehlers
- Z13.1- Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus
- Z13.18 Sonstige spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus
- Z92.8- Sonstige medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
- Z92.80 Interventionelle Korrektur und Palliation eines angeborenen Herzfehlers in der Eigenanamnese
- Z92.88 Sonstige medizinische Behandlung in der Eigenanamnese

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC201 NonCW-(H)CC

- U10.9- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
- U10.90 Multisystemisches Entzündungssyndrom bei Kindern und Jugendlichen in Verbindung mit COVID-19
- U10.91 Multisystemisches Entzündungssyndrom bei Erwachsenen in Verbindung mit COVID-19

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC045 Angeborene und erworbene Erkrankungen des Immunsystems

Als Besonderheit ist hier zu erwähnen, dass es in der ersten Ebene der Diagnosezuordnung (ICD-DxG-Überleitung, siehe Abschnitt 3.2.2.1) unterschiedliche Zuordnungen in Abhängigkeit vom Alter gibt.

Bei einem Alter unter 18 Jahren und somit auch bei U10.90 erfolgt die Überleitung in die Diagnosegruppe

DXG2281 Sonstige Krankheiten des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems und Alter unter 18 Jahre

Bei einem Alter ab 18 Jahren und somit auch bei U10.91 erfolgt die Überleitung in die Diagnosegruppe

DXG2282 Sonstige Krankheiten des lymphoretikulären Gewebes und des retikulohistiozytären Systems und Alter ab 18 Jahre

In der zweiten Ebene der Diagnosezuordnung (DxG-(H)CC-Überleitung) werden DXG2281 und DXG2282 dann aber, wie oben dargestellt, identisch übergeleitet in die (H)CC045.

- U51.13 Mittlere kognitive Funktionseinschränkung: MoCA: 9-16 Punkte
- U51.23 Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MoCA: 0-8 Punkte
- U53.2- Mittelschwere Mobilitätseinschränkung
- U53.20 Charité Mobility Index [CHARMI]: 5 Punkte
- U53.21 De Morton Mobility Index [DEMMI]: 33-36 Punkte
- U53.22 Short Physical Performance Battery [SPPB]: 1-2 Punkt(e)
- U53.23 Timed Up and Go [TUG]: >33 Sekunden
- U53.3- Schwere Mobilitätseinschränkung

- U53.30 Charité Mobility Index [CHARMI]: 0-4 Punkte
- U53.31 De Morton Mobility Index [DEMMI]: 0-30 Punkte
- U53.32 Short Physical Performance Battery [SPPB]: 0 Punkte
- U53.33 Timed Up and Go [TUG]: Durchführung nicht möglich
- U54.1- Emotionale Funktionseinschränkung
- U54.11 Depression im Alter-Skala [DIA-S]: 4 oder mehr Punkte
- U54.12 Geriatrische Depressionsskala [GDS-15]: 6 oder mehr Punkte
- U54.13 Geriatrische Depressionsskala [GDS-5]: 2 oder mehr Punkte
- U54.14 2-Fragen Test nach Whooley: 1 oder mehr Punkt(e)

werden übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC162 Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen

U70.0! Zustand nach intensivmedizinischer Behandlung

U70.1! Zustand nach Sepsis

werden nur in Verbindung mit dem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“, nur ab einem Alter von 1 Jahr, ohne eine obere Altersgrenze und unabhängig vom Geschlecht übergeleitet in die Risikokategorie

(H)CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-(H)CC

3.2.4.2 Ab 2026 nicht mehr gültige ICD-CC-Überleitungen von Schlüsselnummern der ICD-10-GM 2025

Die folgenden 18 Schlüsselnummern der 2025er Version wurden ab 2026 aus der ICD-10-GM gestrichen. Alle 20 Überleitungen dieser ICD-Kodes in diagnosebezogene Risikokategorien des Klassifikationssystems wurden daher ab dem Diagnosenjahr 2026 als ungültig markiert.

- B94.8 Folgezustände sonstiger näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten
- C43.5 Bösartiges Melanom des Rumpfes
- D65.0 Erworbene Afibrinogenämie
- E85.3 Sekundäre systemische Amyloidose
- E85.8 Sonstige Amyloidose
- G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]
- H26.8 Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen
- H40.1 Primäres Weitwinkelglaukom
- J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas
- R53 Unwohlsein und Ermüdung
- R73.0 Abnormer Glukosetoleranztest
- R76.8 Sonstige näher bezeichnete abnorme immunologische Serumbefunde
- T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

- U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet
- Y57.9! Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen
- Z13.1 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Diabetes mellitus
- Z92.8 Sonstige medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
- Z98.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen

3.2.4.3 Textänderung bei 11 Schlüsselnummer der ICD-10-GM zwischen den Jahresversionen 2025 und 2026

Bei allen 11 in der folgenden Tabelle 3 aufgeführten Schlüsselnummern der ICD-10-GM wurde nach entsprechender Prüfung festgestellt, dass eine Anpassung des Klassifikationssystems auf Grund dieser Textänderungen nicht notwendig ist.

Tabelle 3: Änderungen der Klassifikationstexte bei 11 ICD-Schlüsselnummern

Kode	Text 2025	Text 2026
M02.3-	Reiter-Krankheit	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem
M02.30	Reiter-Krankheit: Mehrere Lokalisationen	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Mehrere Lokalisationen
M02.31	Reiter-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M02.32	Reiter-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M02.33	Reiter-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M02.34	Reiter-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Tabelle 3 – Fortsetzung

Kode	Text 2025	Text 2026
M02.35	Reiter-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M02.36	Reiter-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M02.37	Reiter-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M02.38	Reiter-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M02.39	Reiter-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	Arthritis nach Infektion im Urogenitalsystem: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

3.2.4.4 Neue Diagnosegruppen im Klassifikationssystem

Im Zusammenhang mit der Bildung neuer Überleitungen in diagnosebezogene Risikokategorien für die neuen Schlüsselnummern der 2026er ICD-10-GM wurden die folgenden sechs Diagnosegruppen neu in das Klassifikationssystem aufgenommen:

- „DXG6731 Mittlere bis schwere Mobilitätseinschränkung“ und „DXG6732 Emotionale Funktionseinschränkung“ mit Zuordnung zur Risikokategorie „(H)CC162 Extremitätenfrakturen, andere Verletzungen“,
- „DXG7613 Zustände nach spezifischer Behandlung und Krankheit“, „DXG7904 Keine bis leichte Mobilitätseinschränkung“ und „DXG7905 Keine emotionale Funktionseinschränkung“ mit Zuordnung zur Risikokategorie „(H)CC202 Hierarchisch niedrigste Symptom-(H)CC“,
- „DXG7795 Komplikationen durch Fluorchinolone“ mit Zuordnung zur Risikokategorie „(H)CC201 NonCW-(H)CC“.

3.2.4.5 Umbenennung von fünf Diagnosegruppen

Im Rahmen der Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2026 der ICD-10-GM wurden die Textbezeichnungen der in der folgenden Tabelle 4 aufgeführten Diagnosegruppen konkretisiert.

Tabelle 4: Konkretisierung der Textbezeichnung von fünf Diagnosegruppen

Kode	Text p19a (p2025a)	Text p2026a (p20a)
DXG0100	Tuberkulose, ausschließlich des Zentralnervensystems	Tuberkulose ohne tuberkulöse Meningitis, meningeales Tuberkulom sowie sonstige und n.n.bez. Tuberkulose des Nervensystems
DXG0220	Herpes zoster (Gürtelrose), ausschließlich neurologische Komplikationen	Herpes zoster (Gürtelrose) ohne neurologische Komplikationen
DXG0270	Geschlechtskrankheiten, ausschließlich Neurosyphilis und kardiovaskuläre Syphilis	Geschlechtskrankheiten ohne Neuro- und kardiovaskuläre Syphilis, Genitalherpes und Gonokokkeninfektionen des Muskel-Skelett-Systems
DXG0310	Spätfolgen von Infektionen, ausschließlich des Zentralnervensystems	Folgezustände infektiöser und parasitärer Krankheiten ohne Infektionen des ZNS
DXG2320	Störungen der Blutgerinnung, ausschließlich angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel	Störungen der Blutgerinnung ohne angeborenen Mangel der Faktoren VIII oder IX
DXG7160	Schwäche und Abgeschlagenheit, einschließlich chronisches Müdigkeitssyndrom	Chronisches Fatigue-Syndrom

3.2.5 Änderung der (H)CC-Zuordnung des ICD-Kodes „G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]“

Das chronische Fatigue-Syndrom ist ein häufiger Bestandteil des postviralen Syndroms. Die COVID-19-Pandemie hat zu einer enormen Zunahme postviraler Syndrome (Long/Post-COVID) geführt. Damit steigerte sich die medizinische Bedeutung des chronischen Fatigue-Syndroms für die ambulante Versorgung.

Bis zur Version p19a (p2025a) war das chronische Fatigue-Syndrom im Klassifikationssystem den Allgemeinsymptomen zugeordnet. Bei der Weiterentwicklung des Klassifikati-

onssystemen zur Version p2026a (p20a) wurde diese Zuordnung geändert. Das chronische Fatigue-Syndrom wird jetzt den neurologischen Krankheiten zugeordnet.

Nicht geändert wurden die Überleitungsparameter Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit, untere/obere Altersgrenze und Geschlecht. Bereits im Rahmen der Anpassung des Klassifikationssystems an die Version 2026 der ICD-10-GM erfolgte eine Umbenennung der DXG7160 (siehe Abschnitt 3.2.4.5), was in der folgenden Auflistung so umgesetzt wurde.

G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome]

p19a (p2025a): DXG7160 Schwäche und Abgeschlagenheit, einschließlich chronisches Müdigkeitssyndrom

(H)CC167 Allgemeinsymptome und Missbrauch von Personen

ACC027 Symptome, Krankheitszeichen, Störungen und Kontakthanlässe

p2026a (p20a): DXG7160 Chronisches Fatigue-Syndrom

(H)CC076 Radikulopathien, andere neurologische Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Nervensystems

ACC014 Sonstige neurologische Krankheiten

3.2.6 Reaktivierung des Diagnosenjahres 2017 im Klassifikationssystem

Bei der Erstellung einer neuen Version des Klassifikationssystems, die in der Regel immer auch ein neues Diagnosenjahr enthält, gehört zum Standardvorgehen, dass das zu diesem Zeitpunkt älteste Diagnosenjahr im Klassifikationssystem aus diesem gelöscht wird. Bei der letztjährigen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems von der Version p18a (p2024a) zur Version p19a (p2025a) wurde daher mit der Aufnahme des neuen Diagnosenjahres 2025 das Diagnosenjahr 2017 aus dem Klassifikationssystem entfernt.

Im Klassifikationsmodell für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V wurde das Diagnosenjahr 2017 jedoch für das Verfahren zur Bereinigung der Kodiereffekte, die durch die Vorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V entstehen, benötigt. Deshalb wurde das Diagnosenjahr 2017 unverändert, wie bei p18a (p2024a), wieder in das Klassifikationssystem p2026a (p20a) aufgenommen.

3.3 Weiterentwicklung der Berechnung der Veränderungsrate

3.3.1 Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern

Eine Protokollnotiz im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 797. Sitzung sah vor, für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2027 den Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern neu zu regeln. Der Umgang mit Selektivvertragsteilnehmern wurde gegenüber dem Vorjahr jedoch nicht verändert, weil eine abschließende Entscheidung weiterhin aussteht. Eine neue Protokollnotiz im Beschluss

des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung sieht nun eine Entscheidung für die Berechnung der Veränderungsraten für das Jahr 2028 vor.

3.3.2 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 B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung festgelegten Verfahren nach.

Kodiervorgaben, die 2024 in Kraft traten, werden erstmals berücksichtigt. Das Verfahren zur Feststellung von Kodiereffekten wurde, wie in Abschnitt 1.4.1 in Teil C beschrieben, verfeinert. Dabei und auch bei der Bereinigung werden nun Teilprävalenzen verwendet, die von Kodiereffekten betroffene Diagnosen berücksichtigen bzw. unberücksichtigt lassen. Abschnitt 1.4 in Teil C beschreibt das neue Verfahren.

3.3.3 Berücksichtigung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat erhebliche Auswirkungen auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Bisher extrabudgetär vergütete Leistungen werden in großem Umfang ab 2027 in der MGV vergütet. Diese Veränderungen konnten in der Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs im Beschluss aus der 848. Sitzung des Bewertungsausschusses noch nicht berücksichtigt werden. Die Liste der nicht einzubeziehenden Leistungen für die Abgrenzung des MGV-Leistungsbedarfs in der Anlage des Beschlusses wurde gegenüber dem Vorjahr nur leicht aktualisiert.

Eine Protokollnotiz im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung sieht daher vor, zu prüfen, „ob das Klassifikationsmodell in seiner jetzigen Ausgestaltung zukünftig zur Messung der Morbiditätsstruktur geeignet ist, ob der Zusammenhang zwischen Risikoklassen und Leistungsbedarf unter diesen veränderten Rahmenbedingungen weiterhin sachgerecht abgebildet wird und wie der NVA⁴ in Zukunft zu bestimmen ist, um die medizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen“.

⁴Nicht vorhersehbarer Anstieg (NVA) gemäß § 87a Abs. 3 SGB V: Hier ist insbesondere der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen gemeint, zu dessen Berechnung der Bewertungsausschuss zuletzt in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) technische Festlegungen definiert hat.

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
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
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
KM87a	Klassifikationsmodell gemäß § 87a Abs. 5 SGB V
KM87a_2025	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 797. BA
KM87a_2026	Kürzel für das Klassifikationsmodell gemäß Beschluss des 848. 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)
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
VB	Versorgungsbereich
VR	Veränderungsrate
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit

Anhang 2: Dokumentation zur Bereitstellung der regionalisierten Geburtstagsstichprobe 2022–2024 für die Gesamtvertragspartner

Version 1.3a

Stand 07.05.2026

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen	1
1.1	Beschlusslage des Bewertungsausschusses	1
1.2	Aufbau dieses Dokuments	2
1.3	Änderungen im Vergleich zur GSPR 2023	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)	18
2.3.4	Flag der Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	19
2.3.5	Flag der Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	19
2.4	Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung	20
3	Hinweise zur Nutzung	33
3.1	Ursachen für eingeschränkte Nutzungsmöglichkeiten	33
3.2	Auswertungen auf Kassenebene	35
3.3	Intra- und interregionale Vergleiche	35
3.4	Betriebsstättenbezogene Auswertungen	36
3.5	Längsschnittbetrachtung	36
3.6	Demografische Hochrechnungsfaktoren	36
3.7	Versichertenzentrierte Auswertungen	37
3.8	Hinweise zu einzelnen Satzarten	39
3.9	Hinweise zur Verknüpfung mit anderen Datenkörpern	39
4	Kommentierte Datensatzbeschreibung	40
4.1	Satzart DS201 – Versichertenstammdaten	42
4.2	Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)	52
4.3	Satzart DS203 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KV-Fall-Diagnosen)	55
4.4	Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung	57
4.5	Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis	60
4.6	Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei	61
4.7	Satzart DS215 – Gebührenordnungspositions-Stammdatei	62
4.8	Satzart DS219 – Kostenträgerverzeichnis (KT-Stamm)	63
4.9	Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie	64
4.10	Tabelle P_FLAG_GSPR – Tabelle mit geflaggtten Versicherten	67
4.11	Tabelle KM6_KV – KM6 wie für die Veränderungsratenberechnung	68
5	Geburtsstagsstichprobe (GSP)	69
5.1	Berichtsjahre der aktuellen GSPR und Beschlusslage	69
5.2	Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA	70
5.2.1	Datenlieferung	70
5.2.2	Pseudonymisierungsverfahren	70
5.2.3	Satzarten der Geburtsstagsstichprobe	70
5.3	Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP – Matching	71
5.3.1	Versicherte	71
5.3.2	Kostenträger	72
5.3.3	Matching-Quoten	72
5.4	Verbleibende Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten	75
5.5	Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen	75

A	Anhang.....	77
A.1	Glossar.....	77
A.2	Geschlechtsspezifische Abrechnungsfälle.....	78

Abbildungsverzeichnis

1	Überblick über die Satzarten der GSPR 2024	6
---	--	---

Tabellenverzeichnis

1	Anteil auffälliger Datensätze in der Satzart DS201	14
2	Flags in der Satzart DS220	20
3	Lieferquoten der Versichertenstammdaten nach KV-Bezirk	22
4	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote	23
5	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote	24
6	Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote	26
7	Anzahl der Versicherten nach Lieferquote	27
8	Inanspruchnahmequote nach KV-Bezirk	29
9	Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach KV-Bezirk	31
10	Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs	32
11	Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs	33
12	Matching-Quote nach KV	73
13	Matching-Quote nach Kassenart	74
A1	Geschlechtsspezifische Diagnosen	90
A2	Geschlechtsspezifische GOPen	92

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., 308., 438. und 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. 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 2022–2024 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 4). Die Datengrundlage der vorliegenden GSPR 2024 wurde im Rahmen der AG IT am 17.03.2026 von den Trägerorganisationen abgenommen.

Der so entstandene Datenkörper wird im Weiteren als regionalisierte Geburtstagsstichprobe 2024 (GSPR 2024) bezeichnet. Wie oben erwähnt, umfasst die GSPR 2024 den Berichtszeitraum 2022–2024 (genauer die Quartale 2022/1 bis 2024/4) und wurde zuletzt am 02.04.2026 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 2024 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 2024. Dabei werden zunächst das Datenmodell skizziert und anschließend die einzelnen Satzarten genauer beschrieben. Zudem wird auf einige bei der Datenprüfung der GSPR 2024 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 allgemeine Hinweise und Einschränkungen der Nutzungsmöglichkeiten der GSPR 2024 und ihre Gründe ausgeführt.

Kapitel 4 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 5 richtet sich an Leser, die mehr Informationen zu der der GSPR 2024 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 2023

Für Leser, die mit der GSPR des Vorjahres (GSPR 2023) vertraut sind, seien an dieser Stelle die wesentlichen Änderungen der GSPR 2024 genannt:

- **Berichtszeitraum:** Der Datenkörper GSPR 2024 umfasst die Berichtsjahre 2022–2024 (GSPR 2023: 2021–2023).
- **Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen:** Aufgrund von Austausch- bzw. Korrekturdatenlieferungen für die Jahre 2022 und 2023 können sich die Daten für diese beiden Jahre zwischen der GSPR 2023 und der GSPR 2024 unterscheiden.
- **Fusionsstand:** Die Daten der GSPR 2024 berücksichtigen den Fusionsstand der gesetzlichen Krankenkassen am 02.01.2026 (GSPR 2023: 13.02.2025).
- **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).
- **Matching:** Dem Matching liegen Daten der Berichtsjahre 2021–2024 zugrunde. Vor diesem Hintergrund können die in der Dokumentation zur GSPR 2023 berichteten Matching-Quoten von den hier berichteten Matching-Quoten der Jahre 2022 und 2023 abweichen.
- **Hinzukommende und wegfallende Geburtskalendertage:** Für die Berichtsjahre 2022 und 2023 enthalten die GSPR 2023 und die GSPR 2024 jeweils Daten zu Versicherten mit den gleichen Geburtskalendertagen. Das Berichtsjahr 2024 ist nur in der GSPR 2024 enthalten und umfasst Daten zu Versicherten mit den Geburtskalendertagen 2, 9, 13, 16, 20, 23 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 2024 liegt ein Datenkörper vor, in dem kassen- und kassenartübergreifend arzt- und kassenseitig gelieferte Daten miteinander nach Wohnortprinzip und aktuellem Kassenfusionsstand (02.01.2026) verknüpft vorliegen und nach KV-Bezirken sowie nach Kassenarten regionalisiert abgrenzbar sind bzw. abgegrenzt werden. Die GSPR 2024 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 2022/1 bis 2024/4). Für die GSPR 2024 werden im genannten Zeitraum für das Berichtsjahr 2022 diejenigen Versicherten ausgewählt (Stichprobenversicherte), die am 2., 6., 9., 13., 20., 26. oder 27. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben; für das Berichtsjahr 2023 diejenigen Versicherten, die am 2., 6., 9., 13., 16., 20. oder 27. Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben und für das Berichtsjahr 2024 diejenigen Versicherten, die am 2., 9., 13., 16., 20., 23. 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 2024 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 2024 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 2024 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 2022) zu den zwischenzeitlich existierenden Fusionskassen in Beziehung stehen. Es könnten also zum Beispiel kassenbezogene Auswertungen durchge-

führt werden, die dem Fusionsstand am 02.01.2026 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 2024 zur Verfügung gestellt wird. Den arztseitigen Empfängern wird eine regional aufgeteilte GSPR 2024 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 2024 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 2024 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 4.

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

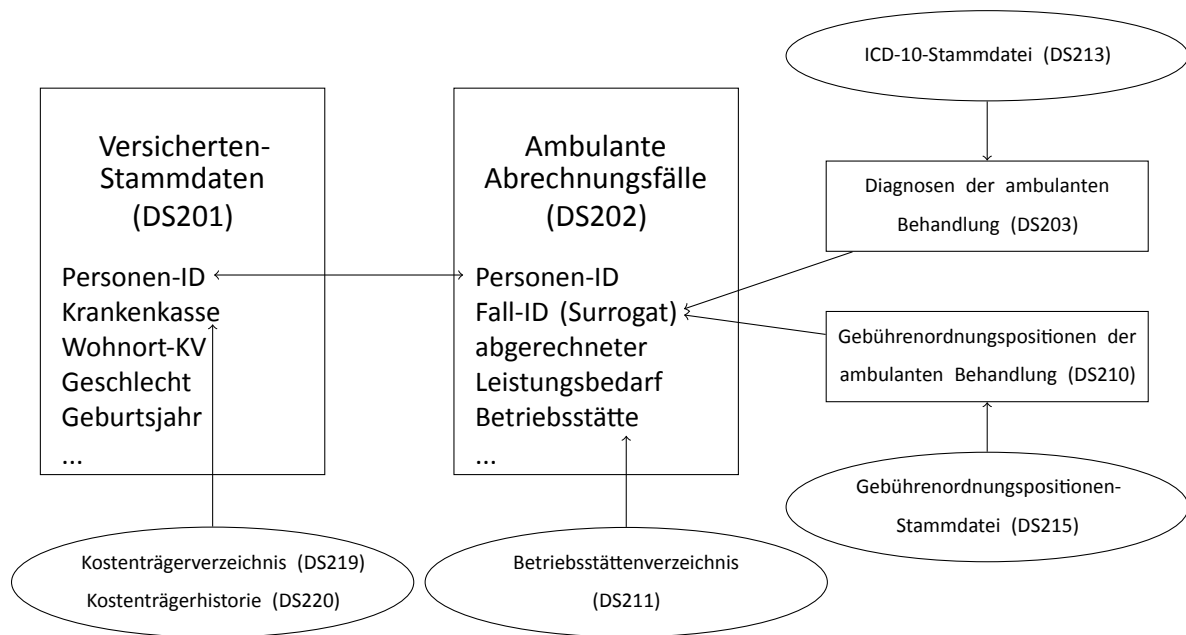


Abbildung 1: Überblick über die Satzarten der GSPR 2024

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 02.01.2026). 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 02.01.2026 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 2022/1–2024/4 in den vorliegenden Datenkörper einbezogen, wobei alle Datensätze der letztgenannten 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 „Wohnsitz_in_Ausland“ 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 4). 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 2024 (d. h. zwischen 2022/1 und 2024/4) 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 2024, 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 2024 sind alle Abrechnungsfälle von Versicherten der Geburtstagsstichprobe, denen erfolgreich eine Personen-ID der Versichertenstammdaten zugeordnet werden konnte (zum Verfahren der Zuordnung siehe Abschnitt 5.3). Diejenigen Abrechnungsfälle, denen keine Personen-ID zugeordnet werden kann, sind nicht Bestandteil der GSPR 2024. 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 2024 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 02.01.2026) 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 2024 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 4.1 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 2024 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 2024 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 (2022/1 bis 2024/4) 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 Diagnosetyp (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 2024 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 02.01.2026 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 2024 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 Fehlwerterersatz) ist für die GSPR 2024 nicht relevant, da kein Fehlwerterersatzverfahren 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 2023 vertraut sind, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich bei der GSPR 2024 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 2024 als auffällig identifizierten Versicherten für die Jahre 2022 und 2023 gegenüber den gleichen Jahren in der GSPR 2023 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 2022 bis 2024⁹. In der letzten Spalte werden außerdem für jedes Jahr die beiden häufigsten Markierungsgründe genannt. Die aufgeführten Werte basieren auf Auswertungen der gesamten GSPR 2024.

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
2022	0,56 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 77,52 % Ukraine-Flüchtling in Übergangszeit: 23,57 %
2023	0,41 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 98,96 %
2024	0,36 %	Personen mit Kostenübernahme-Kennzeichen: 98,59 %

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 2024 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 2024 sind aus dem genannten Grund 391 Datensätze der Satzart DS201 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 37 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 zusammenpassen, 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 2024 ausgeschlossen. Alle übrigen Pseudonyme für Dummy-Werte in den arztseitig übermittelten Daten lassen sich nicht mit den kassenseitigen Versichertenpseudonymen zusammenführen und sind daher ebenfalls nicht in der GSPR 2024 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 2024 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 594 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2024 markiert (0,00 % aller Datensätze). Dies betrifft 128 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 Erweiterten 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 Versichertenverhältnisse 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 1.833 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2024 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 854 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 V¹¹ versehen sind (sogenannte „Betreute“), werden jeweils für das gesamte Kalenderjahr und für alle Versichertenverhältnisse markiert.

Insgesamt sind aufgrund der Kennzeichnung für Versicherte mit Kostenübernahme 831.492 Datensätze in der Satzart DS201 markiert (0,40 % aller Datensätze). Diese betreffen 142.646 distinkte Personen-IDs (0,61 % 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

Personen, die als Flüchtlinge aus der Ukraine nach Deutschland gekommen sind, haben 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 nach § 264 Abs. 2 SGB V (bei Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII). Für Personen, die bis Mai 2022 als Flüchtlinge aus der Ukraine nach Deutschland gekommen waren und bis dahin Leistungen nach dem AsylbLG erhalten hatten, könnten die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im für diesen Personenkreis hinsichtlich der Leistungsgewährung geltenden Übergangszeitraum vom 1. Juni 2022 bis zum 31. August 2022 unvollständig sein.

Deshalb wurde für GSP-Neuzugänge mit genau 30 Versicherten- oder Betreutentagen im 2. Quartal 2022, die nicht 2022 geboren wurden und die im 2. Quartal 2022 keine Fälle hatten, der Versicherungs- bzw. Betreuungsbeginn auf den 1. September 2022 festgelegt, womit sie im zweiten Quartal 2022 ausgeschlossen werden und für sie maximal 30 Versicherten- bzw. Betreutentage im 3. Quartal 2022 gelten.

Insgesamt sind aufgrund der Kennzeichnung für Ukraine-Flüchtling im Übergangszeitraum 91.778 Datensätze in der Satzart DS201 markiert (0,04 % aller Datensätze). Diese betreffen 91.764 distinkte Personen-IDs (0,39 % aller Personen-IDs).

Falschmatcher

¹¹Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

Im Rahmen der Datenzusammenführung 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 2024 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.

In der KV Berlin werden Asylbewerber anhand ihres Geburtskalendertags einer Krankenkasse zugewiesen. Viele dieser Menschen verbleiben bei ihrer zugewiesenen Krankenkasse auch wenn sie später reguläre Versicherte werden. Dies dürfte der primäre Erklärungsfaktor dafür sein, dass der Ausschöpfungsgrad bei einzelnen Kassen in Berlin auffällig niedrig ausfällt. Dieser Effekt existiert jedoch nicht bei Auswertungen auf KV-Ebene, er ist nur bei Analysen auf Ebene einzelner Krankenkassen relevant. Wenn man flaggen würde, würde dadurch auch auf KV-Ebene der Ausschöpfungsgrad verzerrt werden. Es wurde beschlossen, dass P301-Flag aus diesem Grund in der KV Berlin auf Kassenebene auszusetzen, so dass diese Kassen dort nicht geflaggt werden.

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 5.465 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2024 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 749 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, das kein einzelner Geburtskalendertag, keine KM6-Alters-Geschlechtsgruppe und keine Kasse überproportional stark von den Ausschlüssen betroffen ist.

Insgesamt sind aus dem genannten Grund 629 Datensätze in der Satzart DS201 der GSPR 2024 markiert (0,00 % aller Datensätze). Diese betreffen 100 distinkte Personen-IDs (0,00 % aller Personen-IDs).

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 2024 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 2024 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. Diese Auffälligkeit wird KV-spezifisch und abhängig vom Geburtskalendertag vergeben. Die Ausprägung „1“ bedeutet also nur, dass die Teilkasse Versicherte mit dieser Auffälligkeit hat, nicht unbedingt, dass alle Versicherten dieser Teilkasse mit dieser Auffälligkeit 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 2024 wurden insgesamt 52 Teilkassen mit der Flagmausprägung „1“ markiert. Diese gehören zu 52 Fusionskassen.

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 2.3.2, Absatz „auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs“). Diese Auffälligkeit wird KV-spezifisch und abhängig vom Geburtskalendertag vergeben. Die Ausprägung „1“ bedeutet also nur, dass die Teilkasse Versicherte mit dieser Auffälligkeit hat, nicht unbedingt, dass alle Versicherten dieser Teilkasse mit dieser Auffälligkeit markiert sind.

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 Flagausprägung „1“ aufweist.

Die Anzahl der in der Satzart DS220 markierten Fusionskassensgrößen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Größenklasse	Anzahl markierter Fusionskassen
Mittel	1
Groß	2

Tabelle 2: Aufgrund „auffälligen Ausschöpfungsgrades des Leistungsbedarfs“ markierte Fusionskassen in der Satzart DS220. Einteilung der Fusionskassen in Größenklassen anhand der Versichertenanzahl im Quartal 2024/4: bis 99.999 Versicherte (klein), 100.000 bis 499.999 Versicherte (mittel), ab 500.000 Versicherte (groß)

2.4 Ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Datenprüfung der GSPR 2024 zugrunde liegenden bundesweiten Versichertenstichprobe dargestellt. Weitere Informationen zu dieser Stichprobe sind in Kapitel 5 zu finden. Hier werden lediglich Ergebnisse zu den Kennzahlen Lieferquote der Versichertenstammdaten, Inanspruchnahmequote sowie Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs berichtet. Dabei ist, wie bei der ausgelieferten GSPR 2024, der Fusionsstand der Krankenkassen zum 02.01.2026 berücksichtigt. Zu diesem Zeitpunkt gab es 93 Fusionskassen.

Lieferquote der Versichertenstammdaten: 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-Daten¹² berichtete Anzahl der Versicherten geteilt. Wie in Abschnitt 2.1 beschrieben, umfasst die GSPR in jedem Berichtsjahr Daten von Versicherten mit sieben unterschiedlichen Geburtskalendertagen und damit aus Versicherten mit insgesamt 84 Geburtstagen (7 Tage pro Monat). Unter der Annahme, dass jeder dieser Geburtskalendertage die gleiche relative Häufigkeit besitzt, liegt der Zielwert für die Lieferquoten demnach bei ca. $84/365,25 \approx 23,00\%$. In der Realität liegt jedoch eine Verzerrung der Häufigkeiten von Geburtskalendertagen vor (insbesondere der Geburtskalendertag 1 sowie die durch 5 teilbaren Geburtskalendertage sind in der Grundgesamtheit überrepräsentiert). Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden auf Grundlage der GSP deshalb sogenannte *Hochrechnungsfaktoren* für Geburtskalendertage ermittelt, die für jeden Geburtskalendertag den Anteil an der Grundgesamtheit schätzen und hier als Zielquoten dienen. Die berechneten Zielwerte sind sowohl KV- als auch Fusionskassenabhängig und liegen zwischen 22,62 und 23,06 %. Abgesehen von der Unsicherheit in den geschätzten Zielquoten selbst, können Lieferlücken einzelner Krankenkassen oder eine häufige Markierung wegen Auffälligkeiten in den Versichertenstammdaten zu Abweichungen zwischen den Liefer- und Zielquoten führen. Nicht auszuschließen ist allerdings auch, dass die Werte durch den Unterschied zwischen tagesgenauer Zählung in der Versichertenstichprobe und Stichtagszählung in den als Referenz herangezogenen ANZVER-Daten oder durch den Einfluss bestimmter Versichertengruppen (wie zum Beispiel Wohnausländern) verzerrt werden. Die Lieferquoten geben damit einen Eindruck vom Stichprobenumfang bezogen auf die Grundgesamtheit, wenn – wie empfohlen – auf die Verwendung der mit „1“ (Auffälligkeiten) markierten Datensätze der Satzart DS201 in der GSPR 2024 verzichtet wird.

Tabelle 3 gibt die Lieferquoten der Versichertenstammdaten für die einzelnen KV-Bezirke in den Quartalen 2022/1 bis 2024/4 an. Die Tabellen 4 und 5 liefern Informationen zu den Lieferquoten der Fusionskassen für den Berichtszeitraum. Aufgrund der Vielzahl der Fusionskassen wurden diese in fünf Gruppen eingeteilt. Die Gruppeneinteilung orientiert sich dabei an der Höhe der Lieferquoten. Für jede Gruppe sind für jedes Quartal die Anzahl der Fusionskassen, die eine solche Lieferquote aufweisen bzw. die Anzahl der Versicherten, die bei diesen Fusionskassen versichert sind, angegeben.

¹²Satzart ANZVER87a gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 277. und 369. Sitzung.

Wohnort-KV	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	2023/1	2023/2	2023/3	2023/4	2024/1	2024/2	2024/3	2024/4
Baden-Württt.	22,94 %	22,90 %	22,92 %	22,98 %	23,00 %	23,00 %	23,01 %	23,00 %	22,96 %	22,94 %	22,98 %	22,97 %
Bayerns	22,97 %	22,93 %	22,94 %	23,00 %	23,01 %	23,00 %	23,03 %	23,03 %	22,99 %	22,97 %	23,01 %	23,01 %
Berlin	23,04 %	23,00 %	22,99 %	22,97 %	23,08 %	23,04 %	23,03 %	23,02 %	23,05 %	23,02 %	23,05 %	23,07 %
Brandenburg	23,03 %	22,99 %	22,96 %	22,92 %	23,07 %	23,03 %	23,03 %	23,02 %	23,13 %	23,08 %	23,09 %	23,08 %
Bremen	22,94 %	22,89 %	23,02 %	22,92 %	23,00 %	22,96 %	22,96 %	22,96 %	22,93 %	22,91 %	22,91 %	22,87 %
Hamburg	22,93 %	22,88 %	22,93 %	22,93 %	22,97 %	22,95 %	22,96 %	22,95 %	22,89 %	22,86 %	22,89 %	22,89 %
Hessen	22,90 %	22,86 %	22,87 %	22,91 %	22,93 %	22,92 %	22,92 %	22,92 %	22,90 %	22,87 %	22,90 %	22,89 %
Mecklenburg-Vorp.	23,18 %	23,11 %	23,10 %	23,14 %	23,15 %	23,10 %	23,10 %	23,09 %	23,14 %	23,09 %	23,09 %	23,10 %
Niedersachsen	22,97 %	22,92 %	22,95 %	22,97 %	23,02 %	22,99 %	22,99 %	22,98 %	22,96 %	22,92 %	22,95 %	22,94 %
Nordrhein	22,95 %	22,91 %	22,92 %	22,93 %	23,01 %	22,99 %	22,98 %	22,96 %	22,93 %	22,89 %	22,91 %	22,90 %
Rheinland-Pfalz	23,07 %	23,02 %	23,04 %	23,07 %	23,14 %	23,11 %	23,11 %	23,09 %	23,08 %	23,05 %	23,07 %	23,05 %
Saarland	23,00 %	22,97 %	23,01 %	23,01 %	23,05 %	23,03 %	23,02 %	23,03 %	22,94 %	22,90 %	22,92 %	22,92 %
Sachsen	23,05 %	23,00 %	22,97 %	23,04 %	23,06 %	23,05 %	23,05 %	23,04 %	23,06 %	23,03 %	23,06 %	23,04 %
Sachsen-Anhalt	23,09 %	23,01 %	23,00 %	23,06 %	23,05 %	23,03 %	23,05 %	23,03 %	23,03 %	23,00 %	23,02 %	23,02 %
Schleswig-Holstein	23,08 %	23,05 %	23,04 %	23,01 %	23,13 %	23,07 %	23,08 %	23,06 %	23,09 %	23,04 %	23,07 %	23,04 %
Thüringen	23,01 %	22,99 %	22,97 %	22,93 %	23,06 %	23,01 %	23,02 %	23,00 %	23,07 %	23,05 %	23,07 %	23,07 %
Westfalen-Lippe	22,93 %	22,89 %	22,91 %	22,93 %	22,99 %	22,96 %	22,96 %	22,95 %	22,91 %	22,88 %	22,92 %	22,90 %

Tabelle 3: 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 Pro- zentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Pro- zentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusi- onskassen im Quartal insgesamt
2022/1	22,68 %–23,03 %	1	13	54	25	0	93
2022/2	22,68 %–23,03 %	1	13	58	21	0	93
2022/3	22,68 %–23,03 %	1	13	57	22	0	93
2022/4	22,68 %–23,03 %	1	11	61	20	0	93
2023/1	22,73 %–23,06 %	0	11	59	23	0	93
2023/2	22,73 %–23,06 %	0	12	61	20	0	93
2023/3	22,73 %–23,06 %	0	9	61	23	0	93
2023/4	22,73 %–23,06 %	0	11	62	20	0	93
2024/1	22,63 %–23,04 %	0	12	56	24	1	93
2024/2	22,63 %–23,04 %	0	12	62	18	1	93
2024/3	22,63 %–23,04 %	0	10	61	21	1	93
2024/4	22,63 %–23,04 %	0	11	59	22	1	93

Tabelle 4: Anzahl der Fusionskassen nach Lieferquote (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer sind in die Auswertung einbezogen. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 02.01.2026.

Quartal	Zielquotenbereich	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte unterschritten	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Pro- zentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Pro- zentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Ver- sicherte im Quartal insge- samt
2022/1	22,68 %–23,03 %	443	151.445	15.321.454	1.423.311	0	16.896.652
2022/2	22,68 %–23,03 %	443	152.771	15.784.330	976.635	0	16.914.180
2022/3	22,68 %–23,03 %	448	280.652	15.618.638	1.092.798	0	16.992.536
2022/4	22,68 %–23,03 %	457	111.703	16.275.020	699.208	0	17.086.389
2023/1	22,73 %–23,06 %	0	72.219	15.940.168	1.120.048	0	17.132.436
2023/2	22,73 %–23,06 %	0	139.418	15.979.160	1.033.548	0	17.152.126
2023/3	22,73 %–23,06 %	0	123.268	15.891.048	1.141.650	0	17.155.967
2023/4	22,73 %–23,06 %	0	498.779	15.951.701	728.864	0	17.179.344
2024/1	22,63 %–23,04 %	0	494.792	14.750.773	1.917.068	1.439	17.164.072
2024/2	22,63 %–23,04 %	0	465.156	15.846.077	865.363	1.423	17.178.020
2024/3	22,63 %–23,04 %	0	391.138	15.590.869	1.197.708	1.421	17.181.135
2024/4	22,63 %–23,04 %	0	407.214	15.404.300	1.383.117	1.421	17.196.053

Tabelle 5: 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 02.01.2026.

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 6 und in Tabelle 7 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 Pro- zentpunkte unterschritten	Abweichung von Zielquote kleiner als 0,2 Prozentpunkte	Zielquote zwischen 0,2 und 1,0 Pro- zentpunkte überschritten	Zielquote um mehr als 1,0 Prozentpunkte überschritten	Anzahl Fusi- onskassen im Quartal insgesamt
2022/1	22,68 %–23,03 %	1	12	50	30	0	93
2022/2	22,68 %–23,03 %	1	11	47	34	0	93
2022/3	22,68 %–23,03 %	1	12	50	30	0	93
2022/4	22,68 %–23,03 %	1	10	51	31	0	93
2023/1	22,73 %–23,06 %	0	11	52	30	0	93
2023/2	22,73 %–23,06 %	0	11	55	27	0	93
2023/3	22,73 %–23,06 %	0	8	53	32	0	93
2023/4	22,73 %–23,06 %	0	8	60	25	0	93
2024/1	22,63 %–23,04 %	0	10	53	29	1	93
2024/2	22,63 %–23,04 %	0	10	60	22	1	93
2024/3	22,63 %–23,04 %	0	8	58	26	1	93
2024/4	22,63 %–23,04 %	0	9	56	26	2	93

Tabelle 6: 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 02.01.2026.

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
2022/1	22,68 %–23,03 %	443	89.966	13.382.877	3.472.503	0	16.945.789
2022/2	22,68 %–23,03 %	443	70.798	11.906.594	5.028.894	0	17.006.729
2022/3	22,68 %–23,03 %	448	92.006	12.809.557	4.161.541	0	17.063.552
2022/4	22,68 %–23,03 %	457	48.323	12.192.151	4.925.863	0	17.166.795
2023/1	22,73 %–23,06 %	0	72.239	12.439.215	4.683.430	0	17.194.884
2023/2	22,73 %–23,06 %	0	75.363	13.943.222	3.199.245	0	17.217.829
2023/3	22,73 %–23,06 %	0	59.260	13.101.683	4.063.545	0	17.224.488
2023/4	22,73 %–23,06 %	0	75.435	14.737.657	2.438.992	0	17.252.084
2024/1	22,63 %–23,04 %	0	136.675	13.674.761	3.409.142	1.439	17.222.017
2024/2	22,63 %–23,04 %	0	106.198	14.854.837	2.275.031	1.423	17.237.489
2024/3	22,63 %–23,04 %	0	32.596	14.078.410	3.128.835	1.421	17.241.263
2024/4	22,63 %–23,04 %	0	149.504	13.854.730	3.246.565	6.478	17.257.276

Tabelle 7: 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 2024 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 8 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	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	2023/1	2023/2	2023/3	2023/4	2024/1	2024/2	2024/3	2024/4
Baden-Württt.	72,66 %	68,11 %	67,17 %	69,94 %	69,50 %	66,74 %	65,87 %	69,01 %	69,52 %	67,46 %	66,69 %	67,94 %
Bayerns	77,76 %	73,87 %	73,16 %	76,51 %	75,38 %	72,57 %	71,84 %	75,15 %	75,58 %	73,64 %	73,23 %	74,69 %
Berlin	75,00 %	72,41 %	71,12 %	74,57 %	73,53 %	71,32 %	70,40 %	73,56 %	72,70 %	72,04 %	70,84 %	72,17 %
Brandenburg	81,76 %	77,52 %	76,91 %	80,57 %	78,97 %	76,65 %	75,62 %	79,17 %	78,73 %	77,42 %	76,50 %	78,00 %
Bremen	76,59 %	74,22 %	72,76 %	75,67 %	74,91 %	72,87 %	71,50 %	73,98 %	74,31 %	73,41 %	72,32 %	73,09 %
Hamburg	76,63 %	73,92 %	71,61 %	74,71 %	73,88 %	72,50 %	71,20 %	73,46 %	73,61 %	72,81 %	71,63 %	72,54 %
Hessen	79,13 %	75,50 %	74,51 %	77,73 %	77,07 %	73,93 %	73,51 %	76,32 %	76,41 %	74,84 %	74,44 %	75,49 %
Mecklenburg-Vorp.	83,74 %	79,29 %	78,03 %	81,96 %	79,79 %	78,05 %	76,79 %	80,18 %	79,75 %	78,93 %	78,20 %	79,87 %
Niedersachsen	80,49 %	77,07 %	75,66 %	78,92 %	77,88 %	75,66 %	74,64 %	77,64 %	77,91 %	76,81 %	75,97 %	76,67 %
Nordrhein	78,21 %	75,09 %	74,43 %	77,47 %	77,00 %	73,92 %	73,72 %	76,55 %	76,66 %	75,31 %	74,40 %	75,39 %
Rheinland-Pfalz	79,12 %	76,26 %	75,43 %	78,04 %	78,19 %	74,90 %	74,42 %	77,06 %	77,55 %	76,04 %	75,65 %	76,41 %
Saarland	80,71 %	77,44 %	76,98 %	79,56 %	79,03 %	76,41 %	75,80 %	78,43 %	78,85 %	77,27 %	77,24 %	77,60 %
Sachsen	80,62 %	77,28 %	76,08 %	79,40 %	77,95 %	76,29 %	74,88 %	77,54 %	78,07 %	76,54 %	76,10 %	77,00 %
Sachsen-Anhalt	83,11 %	79,31 %	78,63 %	82,09 %	79,94 %	78,36 %	77,76 %	80,61 %	80,53 %	79,28 %	78,76 %	80,15 %
Schleswig-Holstein	78,71 %	76,55 %	75,47 %	78,57 %	77,62 %	75,24 %	74,50 %	77,59 %	77,89 %	75,43 %	75,37 %	76,49 %
Thüringen	82,63 %	78,54 %	77,69 %	81,46 %	79,51 %	77,36 %	76,54 %	79,36 %	79,59 %	77,93 %	77,41 %	78,88 %
Westfalen-Lippe	78,36 %	75,06 %	74,37 %	77,43 %	77,08 %	73,72 %	73,61 %	76,49 %	76,81 %	75,06 %	74,24 %	75,15 %

Tabelle 8: 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 Versichertem in der Stichprobe ins Verhältnis zum durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten. Datengrundlage für den kollektivvertraglichen Leistungsbedarf aller Versicherten des Berichtszeitraums 2022–2024 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 9 gibt die Ausschöpfungsgrade der einzelnen Gesamtvertrags-KV-Bezirke in den Quartalen 2022/1 bis 2024/4 an. In den Tabellen 10 und 11 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.

KV-GV	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	2023/1	2023/2	2023/3	2023/4	2024/1	2024/2	2024/3	2024/4
Baden-Württ.	98,88 %	99,03 %	98,93 %	98,42 %	98,79 %	98,73 %	98,75 %	98,53 %	98,67 %	98,66 %	98,75 %	98,57 %
Bayerns	98,74 %	98,94 %	98,92 %	98,74 %	98,64 %	98,75 %	98,93 %	98,62 %	98,85 %	98,86 %	98,76 %	98,74 %
Berlin	97,73 %	97,70 %	97,81 %	97,67 %	97,49 %	97,64 %	97,73 %	97,67 %	97,40 %	97,56 %	97,59 %	97,80 %
Brandenburg	98,94 %	99,13 %	99,16 %	98,83 %	99,26 %	99,49 %	99,39 %	99,42 %	99,09 %	99,12 %	98,97 %	99,03 %
Bremen	97,49 %	97,07 %	96,25 %	97,12 %	97,19 %	97,30 %	97,44 %	97,48 %	97,47 %	97,02 %	97,23 %	97,29 %
Hamburg	97,48 %	97,75 %	97,12 %	96,88 %	97,59 %	98,09 %	97,72 %	97,80 %	98,10 %	97,88 %	97,80 %	98,04 %
Hessen	98,36 %	98,58 %	98,37 %	98,26 %	98,43 %	98,12 %	98,40 %	98,35 %	98,55 %	98,55 %	98,38 %	98,36 %
Mecklenburg-Vorp.	98,80 %	98,91 %	99,17 %	98,98 %	98,74 %	98,90 %	99,21 %	99,04 %	99,58 %	99,25 %	98,86 %	99,28 %
Niedersachsen	98,76 %	98,95 %	98,74 %	98,51 %	98,47 %	98,61 %	98,55 %	98,62 %	98,49 %	98,93 %	98,70 %	98,85 %
Nordrhein	98,37 %	98,52 %	98,27 %	97,98 %	98,09 %	98,56 %	98,40 %	98,21 %	98,18 %	98,37 %	98,32 %	98,25 %
Rheinland-Pfalz	98,40 %	98,51 %	98,19 %	98,10 %	98,06 %	98,47 %	98,48 %	98,48 %	98,41 %	98,51 %	98,47 %	98,30 %
Saarland	98,28 %	98,72 %	98,57 %	98,20 %	98,48 %	98,52 %	98,17 %	97,76 %	98,02 %	98,78 %	98,58 %	98,41 %
Sachsen	98,78 %	99,21 %	99,28 %	98,90 %	98,82 %	98,91 %	98,73 %	98,77 %	98,97 %	98,94 %	98,96 %	98,85 %
Sachsen-Anhalt	99,08 %	99,21 %	99,41 %	98,90 %	98,96 %	99,20 %	99,06 %	99,11 %	99,13 %	99,26 %	99,22 %	99,13 %
Schleswig-Holstein	98,37 %	98,56 %	98,57 %	98,45 %	98,11 %	98,58 %	98,27 %	98,56 %	98,42 %	98,58 %	98,59 %	98,78 %
Thüringen	99,22 %	99,25 %	99,49 %	99,43 %	99,35 %	99,50 %	99,33 %	99,27 %	98,79 %	99,17 %	99,02 %	99,23 %
Westfalen-Lippe	98,54 %	98,64 %	98,43 %	98,49 %	98,20 %	98,54 %	98,37 %	98,53 %	98,43 %	98,78 %	98,66 %	98,49 %

Tabelle 9: Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs nach Gesamtvertrags-KV-Bezirk (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer werden der Kassensitz-KV ihrer Fusionskasse zugeordnet.

Quartal	Ausschöpfungsgrad kleiner als 94 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungsgrad größer als 102 %	Gesamtanzahl Fusionskas- sen
2022/1	1	23	62	7	93
2022/2	1	19	66	7	93
2022/3	1	21	66	5	93
2022/4	0	22	64	7	93
2023/1	2	27	56	8	93
2023/2	2	26	58	7	93
2023/3	3	30	55	5	93
2023/4	0	25	58	10	93
2024/1	2	27	60	4	93
2024/2	2	26	62	3	93
2024/3	2	25	59	7	93
2024/4	2	25	61	5	93

Tabelle 10: Anzahl der Fusionskassen nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer werden der Kassensitz-KV ihrer Fusionskasse zugeordnet. Berücksichtigt ist der Fusionsstand der Krankenkassen am 02.01.2026.

Quartal	Ausschöpfungsgrad kleiner als 94 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 94 % und 98 %	Ausschöpfungsgrad zwischen 98 % und 102 %	Ausschöpfungsgrad größer als 102 %	Gesamtanzahl Versicherter im Quartal
2022/1	4.004	3.396.798	13.470.336	25.513	16.896.651
2022/2	61.418	1.950.143	14.878.761	23.863	16.914.185
2022/3	62.992	3.153.139	13.746.785	29.625	16.992.541
2022/4	0	4.842.459	12.220.214	23.718	17.086.391
2023/1	4.506	5.613.817	11.460.449	53.665	17.132.437
2023/2	1.623	4.462.695	12.645.271	42.538	17.152.127
2023/3	6.864	4.954.011	12.170.211	24.884	17.155.970
2023/4	0	4.248.900	12.864.341	66.105	17.179.346
2024/1	1.187	3.283.833	13.843.818	35.233	17.164.071
2024/2	2.210	4.278.426	12.888.052	9.332	17.178.020
2024/3	2.219	3.566.414	13.569.896	42.607	17.181.136
2024/4	8.551	3.208.748	13.941.335	37.418	17.196.052

Tabelle 11: Anzahl der Versicherten nach Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfs der Fusionskasse, bei der sie versichert sind (ohne als auffällig markierte Versicherte). Wohnausländer werden der Kassensitz-KV ihrer Fusionskasse zugeordnet.

3 Hinweise zur 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 3.3 und 3.5 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

Sehr viele, aber nicht alle Abrechnungsfälle können sicher den Stichprobenversicherten zugeordnet werden (siehe Abschnitt 5.3). 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 gibt es bei bestimmten Versichertengruppen eine ungewöhnliche Verteilung auf die Kalendertage. Durch die Auswahl einzelner Kalendertage in der Geburtstagsstichprobe können Besonderheiten dieser Versichertengruppen

pen innerhalb der Stichprobe unter- oder überrepräsentiert sein.

Diese Besonderheiten oder auch Lücken in der Stichprobe können auch dazu führen, dass die Stichprobe unter Umständen für einzelne KV-Bezirke nicht repräsentativ ist (vgl. Abschnitt 3.3). Lücken entstehen z. B. aufgrund nicht-liefernder Krankenkassen bzw. durch Daten, die zwar geliefert wurden, sachlich aber nicht korrekt sind.

Diese wurden entsprechend markiert. Es wird empfohlen, diese markierten Datensätze in Auswertungen auszuschließen; wobei zu beachten ist, dass durch die damit entstehenden Lücken ggf. auch weitere Verzerrungen der Repräsentativität entstehen können.

3.2 Auswertungen auf Kassenebene

Innerhalb der GSPR 2024 gab es die Auffälligkeit, dass einzelne Kassen in der KV Berlin einen auffällig niedrigen Ausschöpfungsgrad hatten. Trotzdem wurde für die KV Berlin beschlossen das Flag P301 auf Kassenebene auszusetzen und die Versicherten dieser Kassen damit in der Stichprobe zu belassen (vgl. 2.3.2, Abschnitt „Auffälliger Ausschöpfungsgrad des Leistungsbedarfes“). Dies kann Auswirkungen auf kassenbezogene Auswertungen und ggf. auch überregionale Auswertungen dieser Kassen haben (siehe Abschnitt 3.3).

3.3 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.

3.4 Betriebsstättenbezogene Auswertungen

Da die Stichprobenversicherten in der ursprünglich erhobenen Geburtstagsstichprobe nur einen Anteil an der Grundgesamtheit ausmachen und dieser Anteil in der GSPR 2024 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 2024 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 2024 grob unvollständig repräsentiert und eventuell sogar in ihrer Patientenstruktur verzerrt sein, da die Betriebsstättennummer der Praxis bei Fremdfällen in der Stichprobe nicht angegeben wird.

3.5 Längsschnittbetrachtung

Der vorliegende Datenkörper umfasst Daten aus den Jahren 2022 bis 2024. Es ist damit also theoretisch möglich, Veränderungsraten von Kennzahlen für diesen Zeitraum zu berechnen. Wie bereits ausgeführt, sind aufgrund von Problemen diverse Datensätze markiert worden, die in Auswertungen nicht verwendet werden sollten. Die Markierung von Datensätzen bezieht sich in den meisten Fällen jeweils auf das Jahr, in dem das entsprechende Datenproblem im Rahmen der Datenprüfung aufgetreten ist. Es ist also möglich, dass einzelne Versicherte oder auch alle Versicherten einer Fusionskasse in einem Berichtsjahr markiert sind und in einem anderen nicht. Jahresvergleiche von Kennzahlen können damit problematisch sein. Dies sollte bei der Interpretation der Kennzahlen einer Längsschnittbetrachtung berücksichtigt werden.

3.6 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 794. Sitzung zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2026).

Zur Bereitstellung der demografischen Hochrechnungsfaktoren ist in der Satzart DS201 ein eigenes Feld vorgesehen, welches in der GSPR 2024 allerdings leer übermittelt wird. Wie in den vergangenen Jahren erfolgt stattdessen eine Übermittlung der Hochrechnungsfaktoren sowie der Korrekturfaktoren für Teilnehmer ausschließlich an Selektivver-

trägen nach § 73b SGB V an die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses nach Festlegung des Klassifikationsmodells zur Berechnung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2027 separat.

3.7 Versichertenzenrierte Auswertungen

Im vorliegenden Abschnitt werden Nutzungshinweise für eine versichertenzenrierte Auswertung unter Einbeziehung von Kassenwechslern gegeben.

Weitere Nutzungshinweise werden in Kapitel 4 entlang einzelner Felder der Satzarten gegeben.

Versichertenzenrierte Auswertungen unter Einbezug von Kassenwechslern

Das Datenmodell der GSPR 2024 ist so gestaltet, dass versichertenzenrierte Auswertungen 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 5.3 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 DS202¹³) zugeordnet werden.
- Bei versichertenbezogenen Auswertungen sollte die Personen-ID der Satzart DS201 ohne Berücksichtigung der Kassenzugehörigkeit herangezogen werden. Sicherergestellt 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 Kon-

¹³Dies ist allerdings je nach Auswertungszeitraum aufgrund des quartalsübergreifenden Matchings nicht immer vollständig möglich.

stellationen durch die gewählte Abfragetechnik sichergestellt werden, dass keine unplausiblen Quartals- und Jahreswerte erzeugt werden.

3.8 Hinweise zu einzelnen Satzarten

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 2024 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 (Jahresversionen der ICD-10-GM, Satzart DS213).
- Da ungültige Diagnosen nicht ausgeschlossen wurden, sind nicht alle Diagnoseeinträge der Satzart DS203 in der entsprechenden ICD-Stammtabelle (DS213) auffindbar.

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 quartalspezifisch ist.
- 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.

3.9 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 2024 diese Identifikationsmerkmale nochmals unter Verwendung eines Schlüssels,

der spezifisch für die GSPR 2024 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 2024 (Stichtag: 02.01.2026); 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 Versicherten als auch die Abgrenzung der Versicherten sind in der GSPR 2024 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 Veränderungsraten für das Jahr 2026 maßgebliche Liste als Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 794. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verfügbar.

4 Kommentierte Datensatzbeschreibung

Im Folgenden sind die Datensatzbeschreibungen aller Satzarten der GSPR 2024 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (Anlage, schriftliche Beschlussfassung) - bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen Fassung - 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) - bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen in der aktuell gültigen

Fassung - beschriebenen Schlüsselverzeichnisse gemeint. Die jeweils gültige Fassung dieser Schlüsselverzeichnisse ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schluesselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

4.1 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS201“	
01	Versicherungs-quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJQ	

Feld Nr	Feld	Feld-art	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 2024.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
06	Geburtsjahr	M	4	numerisch	Geburtsjahr im Format JJJJ; Versicherte, die im Kalenderjahr 2022 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1927. Versicherte, die im Kalenderjahr 2023 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1928. Versicherte, die im Kalenderjahr 2024 95 Jahre und älter sind, erhalten das Geburtsjahr 1929.	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 2024 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 2024 unter diesen das zeitlich erste mit dem Kennzeichen „Verstorben“ versehen.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
09	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Versicherten mind. ein Kennzeichen gesetzt wurde 2 = Datensatz aus Fehlwerterersatz 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	In der GSPR 2024 wird kein Fehlwerterersatzverfahren 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): • 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 Es wird empfohlen, Datensätze mit der Ausprägung „1“ nicht zu verwenden.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
10	Gesamtvertragszu- ständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zu- ständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2 im letzten Versicherungsquartal eines Kalenderjah- res. Zu Details, siehe Erläuterungen.	Um jedem Versicherten pro Berichtsjahr genau eine ge- samtvertragszuständige KV zuzuordnen, wird folgender Al- gorithmus angewandt: (i) Zunächst wird jedem mit der Geburtstagsstichprobe ge- lieferten Datensatz eine gesamtvertragszuständige KV zu- geordnet: Für Versicherte, die nicht mit der Postleitzahl „AUSLA“ geliefert wurden, wird die gelieferte gesamtver- tragszuständige KV (Feld 15, gemäß Beschluss des 437. BA) genutzt. Hat die gelieferte Postleitzahl hingegen die Ausprä- gung „AUSLA“, so wird die Nummer des KV-Bezirks zugeord- net, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe ihren Sitz hat. (ii) Auf Grundlage der mit (i) ermittelten gesamtvertrags- zuständigen KVen wird das folgende Zuordnungsverfahren durchgeführt: 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 Geburts- tagsstichprobe vorliegt. Zunächst wird dazu allen vorliegen- den Datensätzen der Satzart 201 aus diesem Quartal für den Versicherten eine KV-Nummer wie folgt zugeordnet: 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
						2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegen- den Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau ei- ne gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquar- tal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeord- net. 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 An- zahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird die- se dem Versicherten zugeordnet. 4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nummer des Daten- satzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Post- leitzahl (Feld 08), Personen-ID (Feld 03) und der dem Da- tensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	Wohnort in Aus-land	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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 5.5).

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
17	Kennzeichen selektivvertraglicher Abrechnungsweg	K	1	numerisch	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. 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“. 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.	

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
18	Kennzeichen Vollständigkeit des Versorgungsauftrags	M	1	numerisch	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. 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 <u>Hinweis:</u> Reine Add-on-Verträge sind nicht als unvollständiger kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag zu werten.	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. 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: 5 = Kollektivvertraglicher Versorgungsauftrag ist in Bezug auf hausärztlichen <i>oder</i> fachärztlichen Versorgungsbereich unvollständig

4.2 Satzart DS202 – Ambulante Abrechnungen (KV-Fall)

Dateiinhalt:

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.

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS202“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	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.

¹³Siehe Fußnote 2 auf Seite 7.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
03	Fall_ID	M	≤10	numerisch	Künstlicher Schlüssel zur Datensatziden-tifikation. Ordnungsnummer des Pseudonyms ei-ner Fall_ID welches nach den Vorgaben aus den Abschnitten 1.3 und 1.5 erzeugt wurde	
04	Betriebsstätten-pseudonym	M	≤8	numerisch	Ordnungsnummer eines Betriebsstätten-pseudonyms welches nach den Vorga-ben aus den Abschnitten 1.2 und 1.5 erzeugt wurde. Bei Fällen, denen im Feld 05 die KV-Nummer „00“ zugewie-sen wurde, wird die Ordnungsnummer des Betriebsstättenpseudonyms durch den Zahlenwert „9999xxxx“ ersetzt, da-bei bezeichnet „xxxx“ die vierstellige Abrechnungsgruppenzuordnung der Be-triebsstätte.	
05	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung 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 verschie-den sind	

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
12	Flag	M	1	numerisch	falls im Rahmen der QS für diesen Fall-Datensatz mindestens ein Kennzeichen gesetzt wurde: 1 = Kennzeichnung vorhanden (Auffälligkeiten) 0 = keine Kennzeichnung	Wie in Abschnitt 2.3.3 genauer erläutert, werden in der GSPR 2024 keine Abrechnungsfälle als auffällig markiert, das Feld „Flag“ enthält damit keine Informationen.

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

Dateiinhalt:

Abgrenzung: Für jede, ggf. auch mehrfach angegebene Diagnose (Diagnose in Verbindung mit Seitenlokalisierung und Diagnosesicherheit) des Behandlungsfalls aus Satzart DS202 (KV-Fall) wird ein Datensatz übermittelt. Die Diagnosen werden gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt.

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

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

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS203“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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 ko-dierte Diagnose. Die Ersatzschlüsselnummer „UUU“ ist „kein Bestandteil der vom BfArM veröffentlichten ICD-10-GM, sondern nur ein „Ersatzwert“ für besondere Zwecke in der vertragsärztli-chen 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 be-treffenden Diagnose Im Falle der Übermittlung des Ersatzwer-tes UUU für die Diagnose in Feld 05 wird in Feld 06 kein Eintrag übermittelt.	
07	Seitenlokalisation	K	1	alphanum.	B = Beidseitig L = Links R = Rechts	Für die vertragsärztliche Versorgung ist die Angabe der Sei-tenlokalisation eines ICD-Codes optional.

4.4 Satzart DS210 – Gebührenordnungspositionen der ambulanten Behandlung

Dateiinhalt:

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

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

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

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

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
11	KNZ_AMGV	K	1	numerisch	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 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) 2 = Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V i. V. m. § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V (mit Ausnahme der GOP 01645, ggf. einschließlich Suffices) 3 = Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (NVA) aufgrund von Ausnahmeereignissen (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)	

4.5 Satzart DS211 – Betriebsstättenverzeichnis

Dateiinhalt:

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.

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 „DS211“	
01	Abrechnungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	
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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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: Schwer- punktübergreifend 20 = Einrichtung nach § 311 SGB V 21 = MVZ 50 = Krankenhaus 90 = Sonstige	

4.6 Satzart DS213 – ICD-10-Stammdatei

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

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	Konstant „DS213“	
01	Gültigkeits-zeitraum	M	4	numerisch	Jahr der Gültigkeit des Diagnose-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	Notationskenn-zeichen	K	1	alphanum.	Erlaubte Zeichen: +, *, !	

4.7 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung	Anmerkungen für Empfänger
00	Satzart	M	5	alphanum.	konstant „DS215“	
01	Leistungsquartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ	
02	KV-Nummer	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereini-gung am Ort der Betriebsstätte gemäß Schlüsselverzeichnis 2	

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	

4.8 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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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.

4.9 Satzart DS220 – Kostenträgerhistorie

Dateiinhalt:
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. 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 „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 JJJJMMTT)	
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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	1: Die Kasse ist nicht fusioniert, es gibt keinen Rechtsnachfolger, in den Feldern 06-11 sind die Angaben für die Kasse selbst wiederholt. 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. 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.	
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	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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.

4.10 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. Diese Satzart wird ausschließlich den Trägerorganisationen zur Verfügung gestellt.						

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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.	

4.11 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. Diese Satzart wird ausschließlich den Trägerorganisationen zur Verfügung gestellt.

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	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	2	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.	

5 Geburtsstichprobe des Bewertungsausschusses (GSP)

In diesem Kapitel wird die der GSPR 2024 zugrunde liegende bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtsstichprobe, GSP) beschrieben. Dazu wird kurz auf die Historie und die Beschlusslage des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Geburtsstichprobe eingegangen (Abschnitt 5.1). 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 5.2.3). Der Abschnitt 5.3 beschreibt den Zusammenführungsprozess der kassenseitig und arztseitig gelieferten Daten. In Abschnitt 5.4 wird auf verbleibende Mängel in der GSP hingewiesen und der Umgang mit diesen erläutert. In Abschnitt 5.5 wird schließlich auf die Identifikation von Versicherten, die an Selektivverträgen teilnehmen, eingegangen.

5.1 Berichtsjahre der aktuellen GSPR und Beschlusslage

Geburtsstichprobe 2022: Die Lieferung der GSP-Daten wurde in der 514. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 665. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2022/1 bis 2022/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2022 ist eine Geburtsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 2., 6., 9., 13., 20., 26. und 27. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtsstichprobe 2022 sind Bestandteil der GSPR 2024.

Geburtsstichprobe 2023: Die Lieferung der GSP-Daten wurde in der 514. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 731. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2023/1 bis 2023/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2023 ist eine Geburtsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 2., 6., 9., 13., 16., 20. und 27. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtsstichprobe 2023 sind Bestandteil der GSPR 2024.

Geburtsstichprobe 2024: Die Lieferung der GSP-Daten wurde in der 514. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Lieferung der zugehörigen SV-Daten wurde in der 731. Sitzung des Bewertungsausschusses beschlossen. Die Übermittlung bezieht sich auf die Quartale 2024/1 bis 2024/4. Grundlage für die Versichertenstichprobe 2024 ist eine Geburtsstichprobe; dem Stichprobenverfahren liegen der 2., 9., 13., 16., 20., 23. und 27. Kalendertag jedes Monats als Geburtsdatum des Versicherten zugrunde. Die Daten der Geburtsstichprobe 2024 sind Bestandteil der GSPR 2024.

5.2 Übermittlung der Daten an die Datenstelle des BA

5.2.1 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.

5.2.2 Pseudonymisierungsverfahren

Die Geburtsstagsstichprobe 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 das Attribut der pseudonymisierten Versichertennummer von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Datenerhebung erfolgt derzeit für die Jahre 2022 bis 2024. 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 Bewertungsausschusses in seiner 414. Sitzung verwiesen.

5.2.3 Satzarten der Geburtsstagsstichprobe

Alle Informationen, die in der GSPR 2024 enthalten sind, basieren auf den Daten der Geburtsstagsstichprobe (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 Geburtsstichproben der Jahre 2022, 2023 und 2024 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

5.3 Zusammenführung der Datenlieferungen zur GSP – Matching

5.3.1 Versicherte

Der Begriff „Matching“ beschreibt die Zuordnung von Abrechnungsfällen der Satzart 202 zu Versicherten. Ein Versicherter steht dabei für eine natürliche – im Berichtszeitraum 2022–2024 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte – Person, deren pseudonymisierten Versichertenstammdaten und ggf. vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in der Geburtsstichprobe vorhanden sind.

Alle Abrechnungsfälle der Satzart 202, denen eine Personen-ID der Satzart 201 aus *einem beliebigen Quartal im gleichen Kalenderjahr* zugeordnet werden kann, sind Bestandteil des ausgelieferten Datenkörpers. 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.

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. Es werden Daten zu GKV-Versicherten mit zugeordneten Abrechnungsfällen sowie Daten zu GKV-Versicherten ohne zugeordnete Abrechnungsfälle („Nichtinanspruchnehmer“) ausgeliefert.

5.3.2 Kostenträger

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 (eGK-Nummer) vor.

Die Versichertennummern der Satzart 201 hingegen entstammen kassenseitigen Datenlieferungen. Die Kostenträger übermitteln dem GKV-Spitzenverband quartals- und versichertenbezogen neben Stammdaten (z. B. Geschlecht und Geburtsjahr) ein Institutionskennzeichen (im Folgenden Melde-IK genannt) sowie die Versichertennummer (eGK-Nummer).

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. 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.

5.3.3 Matching-Quoten

Die Matching-Quote gibt den Anteil der in der Satzart 202 der Geburtsstichprobe gelieferten Abrechnungsfälle an, die einem Versicherten zugeordnet werden konnten. Tabelle 12 liefert die Matching-Quoten pro Quartal auf Bundes- und KV-Ebene, wobei der angegebene KV-Bezirk der KV entspricht, über die der Fall abgerechnet wurde. In Tabelle 13 werden die Matching-Quoten pro Quartal für die einzelnen Kassenarten angegeben.

KV	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	2023/1	2023/2	2023/3	2023/4	2024/1	2024/2	2024/3	2024/4
Bund	99,67 %	99,65 %	99,62 %	99,61 %	99,70 %	99,72 %	99,72 %	99,72 %	99,74 %	99,75 %	99,75 %	99,74 %
Baden-Württ.	99,65 %	99,64 %	99,55 %	99,52 %	99,62 %	99,70 %	99,70 %	99,68 %	99,72 %	99,73 %	99,73 %	99,72 %
Bayerns	99,69 %	99,69 %	99,66 %	99,67 %	99,75 %	99,75 %	99,76 %	99,75 %	99,78 %	99,78 %	99,78 %	99,78 %
Berlin	99,77 %	99,74 %	99,72 %	99,68 %	99,78 %	99,78 %	99,78 %	99,76 %	99,79 %	99,79 %	99,79 %	99,77 %
Brandenburg	99,82 %	99,76 %	99,77 %	99,76 %	99,84 %	99,84 %	99,85 %	99,84 %	99,85 %	99,85 %	99,84 %	99,83 %
Bremen	99,51 %	99,44 %	99,44 %	99,45 %	99,52 %	99,51 %	99,52 %	99,50 %	99,52 %	99,49 %	99,47 %	99,47 %
Hamburg	99,62 %	99,54 %	99,56 %	99,56 %	99,64 %	99,64 %	99,64 %	99,63 %	99,67 %	99,67 %	99,66 %	99,64 %
Hessen	99,68 %	99,65 %	99,60 %	99,58 %	99,63 %	99,65 %	99,64 %	99,63 %	99,65 %	99,66 %	99,67 %	99,66 %
Mecklenburg-Vorp.	99,84 %	99,82 %	99,76 %	99,78 %	99,83 %	99,83 %	99,83 %	99,83 %	99,85 %	99,84 %	99,83 %	99,83 %
Niedersachsen	99,70 %	99,70 %	99,65 %	99,63 %	99,72 %	99,72 %	99,72 %	99,71 %	99,73 %	99,74 %	99,74 %	99,73 %
Nordrhein	99,34 %	99,30 %	99,31 %	99,33 %	99,49 %	99,56 %	99,57 %	99,58 %	99,62 %	99,65 %	99,67 %	99,66 %
Rheinland-Pfalz	99,69 %	99,69 %	99,67 %	99,66 %	99,74 %	99,74 %	99,74 %	99,73 %	99,74 %	99,76 %	99,75 %	99,75 %
Saarland	99,72 %	99,72 %	99,70 %	99,70 %	99,77 %	99,77 %	99,78 %	99,78 %	99,77 %	99,79 %	99,79 %	99,79 %
Sachsen	99,89 %	99,88 %	99,88 %	99,87 %	99,90 %	99,90 %	99,89 %	99,89 %	99,89 %	99,88 %	99,88 %	99,88 %
Sachsen-Anhalt	99,87 %	99,86 %	99,86 %	99,85 %	99,87 %	99,86 %	99,86 %	99,86 %	99,86 %	99,86 %	99,86 %	99,85 %
Schleswig-Holstein	99,67 %	99,66 %	99,62 %	99,63 %	99,72 %	99,76 %	99,75 %	99,74 %	99,76 %	99,76 %	99,76 %	99,76 %
Thüringen	99,81 %	99,82 %	99,82 %	99,81 %	99,83 %	99,83 %	99,82 %	99,84 %	99,82 %	99,83 %	99,83 %	99,81 %
Westfalen-Lippe	99,68 %	99,66 %	99,62 %	99,61 %	99,70 %	99,72 %	99,72 %	99,70 %	99,73 %	99,73 %	99,73 %	99,73 %

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

Kassenart	2022/1	2022/2	2022/3	2022/4	2023/1	2023/2	2023/3	2023/4	2024/1	2024/2	2024/3	2024/4
AOK	99,66 %	99,62 %	99,56 %	99,56 %	99,69 %	99,72 %	99,72 %	99,71 %	99,74 %	99,75 %	99,74 %	99,73 %
BKK	99,77 %	99,76 %	99,74 %	99,72 %	99,81 %	99,82 %	99,83 %	99,82 %	99,84 %	99,85 %	99,85 %	99,85 %
EK	99,62 %	99,61 %	99,60 %	99,59 %	99,65 %	99,66 %	99,66 %	99,66 %	99,67 %	99,68 %	99,68 %	99,67 %
IKK	99,78 %	99,78 %	99,77 %	99,76 %	99,82 %	99,84 %	99,84 %	99,84 %	99,85 %	99,86 %	99,86 %	99,87 %
KN	99,66 %	99,67 %	99,67 %	99,66 %	99,71 %	99,77 %	99,77 %	99,76 %	99,81 %	99,85 %	99,86 %	99,86 %
LKK	99,82 %	99,85 %	99,86 %	99,85 %	99,87 %	99,87 %	99,89 %	99,89 %	99,90 %	99,90 %	99,90 %	99,92 %

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

5.4 Verbleibende Mängel der Datenqualität der zusammengeführten Daten

Nach der Zusammenführung der kassen- und arztseitigen Datenlieferungen (siehe Abschnitt 5.3) 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 Geburtsstagsstichprobe 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 Geburtsstagsstichprobe identifiziert und die Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 in der GSPR 2024 entsprechen den Markierungen von Datensätzen der Satzart 201 in der Geburtsstagsstichprobe. Allerdings lässt die Markierung eines Datensatzes in der GSPR 2024 keinen Rückschluss auf die Gründe zu, aus denen der Datensatz markiert wurde.

In der Geburtsstagsstichprobe 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 Geburtsstagsstichprobe werden nicht mit der GSPR 2024 ausgeliefert.

Für eine genaue Beschreibung der Gründe für Markierungen von Datensätzen der Satzart DS201 der GSPR 2024 bzw. der Gründe für das Markieren von Datensätzen der Satzart 201 der Geburtsstagsstichprobe sei auf Abschnitt 2.3.2 verwiesen.

5.5 Identifizierung von Teilnehmern an Selektivverträgen

Zur quartalsbezogenen Feststellung, ob ein Versicherter in der Geburtsstagsstichprobe 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 (aktuelle Datenlieferbeschlüsse siehe Abschnitt 5.1, 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 Geburtsstagsstichprobe)
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 Geburtsstagsstichprobe)
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 2024 eingetragen und gegebenenfalls die Information zur Vollständigkeit des Versorgungsauftrages in Feld 18 angepasst¹⁴.

¹⁴Siehe Anmerkung zu Feld 18 in Abschnitt 4.1

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.....17, 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 Versicherter mit mindestens einem in diesem Sinne fälschlich zugeordneten Abrechnungsfall wird als Falschmatcher bezeichnet. 17, 78, 90, 92

Fusionskasse: Krankenkasse, die zu einem bestimmten Stichtag existiert. In der GSPR 2024 wird hierfür der Stichtag 02.01.2026 verwendet, an dem insgesamt 93 Fusionskassen existierten.....6, 12

Inanspruchnahmequote: Zwar wird allen in der GSPR 2024 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 2024 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 2024. 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 2021–2024 zugrunde. 3, 72–74

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 Dokument als Teilkasse bezeichnet. Darüber hinaus wird der Begriff Teilkasse in diesem Dokument auch für eine untergeordnete Einheit einer Krankenkasse verwendet, repräsentiert durch ein Institutionskennzeichen aus der Satzart DS219 (z. B. Geschäftsstellen-IK, Praxisnetz-IK). 7, 12

A.2 Geschlechtsspezifische Abrechnungsfälle

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

Zur Bestimmung des Fallgeschlechts werden die über Tabelle A1 ableitbaren geschlechtsspezifischen Diagnosen und die in Tabelle A2 aufgeführten geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen verwendet.

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N82	weiblich	R878	weiblich	O093	weiblich
N83	weiblich	R879	weiblich	O094	weiblich
N84	weiblich	S312	männlich	O095	weiblich
N85	weiblich	S313	männlich	O096	weiblich
N86	weiblich	S314	weiblich	O097	weiblich
N87	weiblich	S3732	männlich	O099	weiblich
N88	weiblich	S3733	männlich	O100	weiblich
N89	weiblich	S374	weiblich	O101	weiblich
N90	weiblich	S375	weiblich	O102	weiblich
N93	weiblich	S376	weiblich	O103	weiblich
Q50	weiblich	S3782	männlich	O104	weiblich
Q51	weiblich	S3783	männlich	O109	weiblich
Q52	weiblich	S3784	männlich	O210	weiblich
R87	weiblich	S3980	männlich	O211	weiblich
C51	weiblich	T192	weiblich	O212	weiblich
C52	weiblich	T193	weiblich	O218	weiblich
C53	weiblich	Z014	weiblich	O219	weiblich
C54	weiblich	Z124	weiblich	O220	weiblich
C55	weiblich	Z125	männlich	O221	weiblich
C56	weiblich	Z311	weiblich	O222	weiblich
C57	weiblich	Z312	weiblich	O223	weiblich
C60	männlich	Z4001	weiblich	O224	weiblich
C62	männlich	Z641	weiblich	O225	weiblich
C63	männlich	Z875	weiblich	O228	weiblich
D06	weiblich	Z917	weiblich	O229	weiblich
D25	weiblich	Z9170	weiblich	O230	weiblich
D26	weiblich	Z9171	weiblich	O231	weiblich
D27	weiblich	Z9172	weiblich	O232	weiblich
D28	weiblich	Z9173	weiblich	O233	weiblich
D29	männlich	Z9174	weiblich	O234	weiblich
D39	weiblich	A34	weiblich	O235	weiblich
D40	männlich	C58	weiblich	O239	weiblich
E28	weiblich	C61	männlich	O240	weiblich
E29	männlich	F53	weiblich	O241	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N43	männlich	N95	weiblich	O242	weiblich
N44	männlich	N40	männlich	O243	weiblich
N45	männlich	N41	männlich	O244	weiblich
N47	männlich	N42	männlich	O249	weiblich
N48	männlich	N46	männlich	O280	weiblich
N49	männlich	N72	weiblich	O281	weiblich
N50	männlich	N80	weiblich	O282	weiblich
N51	männlich	N81	weiblich	O283	weiblich
N70	weiblich	N91	weiblich	O284	weiblich
N71	weiblich	N92	weiblich	O285	weiblich
N73	weiblich	N94	weiblich	O288	weiblich
N74	weiblich	N96	weiblich	O289	weiblich
N75	weiblich	N97	weiblich	O290	weiblich
N76	weiblich	N98	weiblich	O291	weiblich
N77	weiblich	O00	weiblich	O292	weiblich
Q53	männlich	O01	weiblich	O293	weiblich
Q54	männlich	O02	weiblich	O294	weiblich
Q55	männlich	O03	weiblich	O295	weiblich
Q97	weiblich	O04	weiblich	O296	weiblich
Q98	männlich	O05	weiblich	O298	weiblich
R86	männlich	O06	weiblich	O299	weiblich
B260	männlich	O07	weiblich	O300	weiblich
B373	weiblich	O08	weiblich	O301	weiblich
C511	weiblich	O09	weiblich	O302	weiblich
C510	weiblich	O10	weiblich	O308	weiblich
C512	weiblich	O11	weiblich	O309	weiblich
C518	weiblich	O12	weiblich	O320	weiblich
C519	weiblich	O13	weiblich	O321	weiblich
C530	weiblich	O14	weiblich	O322	weiblich
C531	weiblich	O15	weiblich	O323	weiblich
C538	weiblich	O16	weiblich	O324	weiblich
C539	weiblich	O20	weiblich	O325	weiblich
C540	weiblich	O21	weiblich	O326	weiblich
C541	weiblich	O22	weiblich	O328	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
C542	weiblich	O23	weiblich	O329	weiblich
C543	weiblich	O24	weiblich	O330	weiblich
C548	weiblich	O25	weiblich	O331	weiblich
C549	weiblich	O26	weiblich	O332	weiblich
C570	weiblich	O28	weiblich	O333	weiblich
C571	weiblich	O29	weiblich	O334	weiblich
C572	weiblich	O30	weiblich	O335	weiblich
C573	weiblich	O31	weiblich	O336	weiblich
C574	weiblich	O32	weiblich	O337	weiblich
C577	weiblich	O61	weiblich	O338	weiblich
C578	weiblich	O33	weiblich	O339	weiblich
C579	weiblich	O34	weiblich	O350	weiblich
C600	männlich	O35	weiblich	O351	weiblich
C601	männlich	O36	weiblich	O352	weiblich
C602	männlich	O40	weiblich	O353	weiblich
C608	männlich	O41	weiblich	O354	weiblich
C609	männlich	O42	weiblich	O355	weiblich
C620	männlich	O43	weiblich	O356	weiblich
C621	männlich	O44	weiblich	O357	weiblich
C629	männlich	O45	weiblich	O358	weiblich
C630	männlich	O46	weiblich	O359	weiblich
C631	männlich	O47	weiblich	O360	weiblich
C632	männlich	O48	weiblich	O361	weiblich
C637	männlich	O60	weiblich	O362	weiblich
C638	männlich	O62	weiblich	O363	weiblich
C639	männlich	O63	weiblich	O364	weiblich
C796	weiblich	O64	weiblich	O365	weiblich
D060	weiblich	O65	weiblich	O366	weiblich
D061	weiblich	O66	weiblich	O367	weiblich
D067	weiblich	O67	weiblich	O368	weiblich
D069	weiblich	O68	weiblich	O369	weiblich
D070	weiblich	O69	weiblich	O420	weiblich
D071	weiblich	O70	weiblich	O429	weiblich
D072	weiblich	O71	weiblich	O430	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
D073	weiblich	O72	weiblich	O431	weiblich
D074	männlich	O73	weiblich	O438	weiblich
D075	männlich	O74	weiblich	O439	weiblich
D076	männlich	O75	weiblich	O620	weiblich
D176	männlich	O80	weiblich	O621	weiblich
D250	weiblich	O81	weiblich	O622	weiblich
D251	weiblich	O82	weiblich	O623	weiblich
D252	weiblich	O85	weiblich	O624	weiblich
D259	weiblich	O86	weiblich	O628	weiblich
D260	weiblich	O87	weiblich	O629	weiblich
D261	weiblich	O88	weiblich	O640	weiblich
D267	weiblich	O89	weiblich	O641	weiblich
D269	weiblich	O90	weiblich	O642	weiblich
D280	weiblich	O91	weiblich	O643	weiblich
D281	weiblich	O92	weiblich	O644	weiblich
D282	weiblich	O94	weiblich	O645	weiblich
D287	weiblich	O95	weiblich	O648	weiblich
D289	weiblich	O96	weiblich	O649	weiblich
D290	männlich	O97	weiblich	O650	weiblich
D291	männlich	O98	weiblich	O651	weiblich
D292	männlich	O99	weiblich	O652	weiblich
D293	männlich	Z32	weiblich	O653	weiblich
D294	männlich	Z33	weiblich	O654	weiblich
D297	männlich	Z34	weiblich	O655	weiblich
D299	männlich	Z35	weiblich	O658	weiblich
D390	weiblich	Z36	weiblich	O659	weiblich
D391	weiblich	Z37	weiblich	O660	weiblich
D397	weiblich	Z39	weiblich	O661	weiblich
D399	weiblich	M8103	weiblich	O662	weiblich
D400	männlich	M800	weiblich	O663	weiblich
D401	männlich	M8000	weiblich	O664	weiblich
D407	männlich	M8001	weiblich	O665	weiblich
D409	männlich	M8002	weiblich	O668	weiblich
E280	weiblich	M8003	weiblich	O669	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
E281	weiblich	M8004	weiblich	O680	weiblich
E282	weiblich	M8005	weiblich	O681	weiblich
E283	weiblich	M8006	weiblich	O682	weiblich
E288	weiblich	M8007	weiblich	O683	weiblich
E289	weiblich	M8008	weiblich	O688	weiblich
E290	männlich	M8009	weiblich	O689	weiblich
E291	männlich	M810	weiblich	O690	weiblich
E298	männlich	M8100	weiblich	O691	weiblich
E299	männlich	M8101	weiblich	O692	weiblich
E894	weiblich	M8102	weiblich	O693	weiblich
E895	männlich	M8104	weiblich	O694	weiblich
F524	männlich	M8105	weiblich	O695	weiblich
F525	weiblich	M8106	weiblich	O698	weiblich
F842	weiblich	M8107	weiblich	O699	weiblich
I861	männlich	M8108	weiblich	O700	weiblich
I863	weiblich	M8109	weiblich	O701	weiblich
L291	männlich	M830	weiblich	O702	weiblich
L292	weiblich	M8300	weiblich	O703	weiblich
L705	weiblich	M8301	weiblich	O709	weiblich
N483	männlich	M8302	weiblich	O710	weiblich
N4830	männlich	M8303	weiblich	O711	weiblich
N4831	männlich	M8304	weiblich	O712	weiblich
N4838	männlich	M8305	weiblich	O713	weiblich
N4839	männlich	M8306	weiblich	O714	weiblich
N430	männlich	M8307	weiblich	O715	weiblich
N431	männlich	M8308	weiblich	O716	weiblich
N432	männlich	M8309	weiblich	O717	weiblich
N433	männlich	M8019	weiblich	O718	weiblich
N434	männlich	M801	weiblich	O719	weiblich
N440	männlich	M8010	weiblich	O740	weiblich
N441	männlich	M8011	weiblich	O741	weiblich
N450	männlich	M8012	weiblich	O742	weiblich
N459	männlich	M8013	weiblich	O743	weiblich
N480	männlich	M8014	weiblich	O744	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N481	männlich	M8015	weiblich	O745	weiblich
N482	männlich	M8016	weiblich	O746	weiblich
N485	männlich	M8017	weiblich	O747	weiblich
N486	männlich	M8018	weiblich	O748	weiblich
N488	männlich	M811	weiblich	O749	weiblich
N489	männlich	M8110	weiblich	O750	weiblich
N490	männlich	M8111	weiblich	O751	weiblich
N491	männlich	M8112	weiblich	O752	weiblich
N492	männlich	M8113	weiblich	O753	weiblich
N498	männlich	M8114	weiblich	O754	weiblich
N4980	männlich	M8115	weiblich	O755	weiblich
N4988	männlich	M8116	weiblich	O756	weiblich
N499	männlich	M8117	weiblich	O757	weiblich
N500	männlich	M8118	weiblich	O758	weiblich
N501	männlich	M8119	weiblich	O759	weiblich
N508	männlich	O920	weiblich	O860	weiblich
N509	männlich	O9200	weiblich	O861	weiblich
N511	männlich	O9201	weiblich	O862	weiblich
N512	männlich	O921	weiblich	O863	weiblich
N518	männlich	O9210	weiblich	O864	weiblich
N700	weiblich	O9211	weiblich	O868	weiblich
N709	weiblich	O922	weiblich	O870	weiblich
N710	weiblich	O9220	weiblich	O871	weiblich
N719	weiblich	O9221	weiblich	O872	weiblich
N730	weiblich	O923	weiblich	O873	weiblich
N732	weiblich	O9230	weiblich	O878	weiblich
N733	weiblich	O9231	weiblich	O879	weiblich
N735	weiblich	O924	weiblich	O880	weiblich
N736	weiblich	O9240	weiblich	O881	weiblich
N738	weiblich	O9241	weiblich	O883	weiblich
N739	weiblich	O925	weiblich	O888	weiblich
N740	weiblich	O9250	weiblich	O890	weiblich
N741	weiblich	O9251	weiblich	O891	weiblich
N742	weiblich	O926	weiblich	O892	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N743	weiblich	O9260	weiblich	O893	weiblich
N744	weiblich	O9261	weiblich	O894	weiblich
N748	weiblich	O927	weiblich	O895	weiblich
N750	weiblich	O9270	weiblich	O896	weiblich
N751	weiblich	O9271	weiblich	O898	weiblich
N758	weiblich	O260	weiblich	O899	weiblich
N759	weiblich	O261	weiblich	O900	weiblich
N760	weiblich	O262	weiblich	O901	weiblich
N761	weiblich	O263	weiblich	O902	weiblich
N762	weiblich	O264	weiblich	O903	weiblich
N763	weiblich	O265	weiblich	O904	weiblich
N764	weiblich	O266	weiblich	O905	weiblich
N765	weiblich	O2660	weiblich	O908	weiblich
N766	weiblich	O2668	weiblich	O909	weiblich
N768	weiblich	O267	weiblich	O980	weiblich
N7680	weiblich	O268	weiblich	O981	weiblich
N7688	weiblich	O2681	weiblich	O982	weiblich
N770	weiblich	O2682	weiblich	O983	weiblich
N771	weiblich	O2683	weiblich	O984	weiblich
N772	weiblich	O2688	weiblich	O985	weiblich
N7721	weiblich	O269	weiblich	O986	weiblich
N7722	weiblich	O340	weiblich	O987	weiblich
N7723	weiblich	O341	weiblich	O988	weiblich
N778	weiblich	O342	weiblich	O989	weiblich
N820	weiblich	O343	weiblich	O990	weiblich
N821	weiblich	O3430	weiblich	O991	weiblich
N822	weiblich	O3431	weiblich	O992	weiblich
N823	weiblich	O3438	weiblich	O993	weiblich
N824	weiblich	O3439	weiblich	O994	weiblich
N825	weiblich	O344	weiblich	O995	weiblich
N828	weiblich	O345	weiblich	O996	weiblich
N8280	weiblich	O346	weiblich	O997	weiblich
N8281	weiblich	O347	weiblich	O998	weiblich
N8288	weiblich	O348	weiblich	P546	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N829	weiblich	O349	weiblich	P835	männlich
N833	weiblich	N413	männlich	Z350	weiblich
N834	weiblich	N410	männlich	Z351	weiblich
N835	weiblich	N411	männlich	Z352	weiblich
N836	weiblich	N412	männlich	Z353	weiblich
N837	weiblich	N418	männlich	Z354	weiblich
N838	weiblich	N419	männlich	Z355	weiblich
N839	weiblich	N420	männlich	Z356	weiblich
N840	weiblich	N421	männlich	Z358	weiblich
N841	weiblich	N422	männlich	Z359	weiblich
N842	weiblich	N423	männlich	Z360	weiblich
N843	weiblich	N428	männlich	Z361	weiblich
N848	weiblich	N429	männlich	Z362	weiblich
N849	weiblich	N800	weiblich	Z363	weiblich
N850	weiblich	N801	weiblich	Z364	weiblich
N851	weiblich	N802	weiblich	Z365	weiblich
N852	weiblich	N803	weiblich	Z368	weiblich
N853	weiblich	N804	weiblich	Z369	weiblich
N854	weiblich	N805	weiblich	Z370	weiblich
N855	weiblich	N806	weiblich	Z371	weiblich
N856	weiblich	N808	weiblich	Z372	weiblich
N857	weiblich	N809	weiblich	Z373	weiblich
N858	weiblich	N810	weiblich	Z374	weiblich
N859	weiblich	N811	weiblich	Z375	weiblich
N870	weiblich	N812	weiblich	Z376	weiblich
N871	weiblich	N813	weiblich	Z377	weiblich
N872	weiblich	N814	weiblich	Z379	weiblich
N879	weiblich	N815	weiblich	D392	weiblich
N880	weiblich	N816	weiblich	F530	weiblich
N881	weiblich	N818	weiblich	F531	weiblich
N882	weiblich	N819	weiblich	F538	weiblich
N883	weiblich	N831	weiblich	F539	weiblich
N884	weiblich	N832	weiblich	N484	männlich
N888	weiblich	N910	weiblich	N510	männlich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
N889	weiblich	N911	weiblich	N701	weiblich
N890	weiblich	N912	weiblich	N711	weiblich
N891	weiblich	N913	weiblich	N731	weiblich
N892	weiblich	N914	weiblich	N734	weiblich
N893	weiblich	N915	weiblich	N830	weiblich
N894	weiblich	N920	weiblich	N930	weiblich
N895	weiblich	N950	weiblich	O010	weiblich
N896	weiblich	N921	weiblich	O011	weiblich
N897	weiblich	N922	weiblich	O019	weiblich
N898	weiblich	N923	weiblich	O020	weiblich
N899	weiblich	N924	weiblich	O021	weiblich
N900	weiblich	N925	weiblich	O028	weiblich
N901	weiblich	N926	weiblich	O029	weiblich
N902	weiblich	N940	weiblich	O151	weiblich
N903	weiblich	N941	weiblich	O120	weiblich
N904	weiblich	N942	weiblich	O121	weiblich
N905	weiblich	N943	weiblich	O122	weiblich
N906	weiblich	N944	weiblich	O140	weiblich
N907	weiblich	N945	weiblich	O141	weiblich
N908	weiblich	N946	weiblich	O142	weiblich
N909	weiblich	N948	weiblich	O149	weiblich
N938	weiblich	N949	weiblich	O150	weiblich
N939	weiblich	N951	weiblich	O152	weiblich
Q531	männlich	N952	weiblich	O159	weiblich
Q532	männlich	N953	weiblich	O200	weiblich
Q500	weiblich	N958	weiblich	O208	weiblich
Q501	weiblich	N959	weiblich	O209	weiblich
Q502	weiblich	N970	weiblich	O603	weiblich
Q503	weiblich	N971	weiblich	O310	weiblich
Q504	weiblich	N972	weiblich	O311	weiblich
Q505	weiblich	N973	weiblich	O312	weiblich
Q506	weiblich	N974	weiblich	O318	weiblich
Q510	weiblich	N978	weiblich	O610	weiblich
Q511	weiblich	N979	weiblich	O410	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
Q512	weiblich	N980	weiblich	O411	weiblich
Q513	weiblich	N981	weiblich	O418	weiblich
Q514	weiblich	N982	weiblich	O419	weiblich
Q515	weiblich	N983	weiblich	O421	weiblich
Q516	weiblich	N988	weiblich	O422	weiblich
Q517	weiblich	N989	weiblich	O432	weiblich
Q518	weiblich	N992	weiblich	O440	weiblich
Q519	weiblich	N993	weiblich	O611	weiblich
Q520	weiblich	O000	weiblich	O441	weiblich
Q521	weiblich	O001	weiblich	O450	weiblich
Q522	weiblich	O002	weiblich	O458	weiblich
Q523	weiblich	O008	weiblich	O459	weiblich
Q524	weiblich	O009	weiblich	O460	weiblich
Q525	weiblich	O030	weiblich	O468	weiblich
Q526	weiblich	O031	weiblich	O469	weiblich
Q527	weiblich	O032	weiblich	O470	weiblich
Q528	weiblich	O033	weiblich	O471	weiblich
Q529	weiblich	O034	weiblich	O479	weiblich
Q530	männlich	O035	weiblich	O600	weiblich
Q539	männlich	O036	weiblich	O601	weiblich
Q540	männlich	O037	weiblich	O602	weiblich
Q541	männlich	O038	weiblich	O618	weiblich
Q542	männlich	O039	weiblich	O619	weiblich
Q543	männlich	O040	weiblich	O630	weiblich
Q544	männlich	O041	weiblich	O631	weiblich
Q548	männlich	O042	weiblich	O632	weiblich
Q549	männlich	O043	weiblich	O639	weiblich
Q550	männlich	O044	weiblich	O670	weiblich
Q551	männlich	O045	weiblich	O678	weiblich
Q552	männlich	O064	weiblich	O679	weiblich
Q553	männlich	O046	weiblich	O720	weiblich
Q554	männlich	O047	weiblich	O721	weiblich
Q555	männlich	O048	weiblich	O722	weiblich
Q556	männlich	O049	weiblich	O723	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
Q558	männlich	O050	weiblich	O730	weiblich
Q559	männlich	O051	weiblich	O731	weiblich
Q960	weiblich	O052	weiblich	O882	weiblich
Q961	weiblich	O053	weiblich	O910	weiblich
Q962	weiblich	O054	weiblich	O911	weiblich
Q964	weiblich	O055	weiblich	O912	weiblich
Q968	weiblich	O056	weiblich	O960	weiblich
Q969	weiblich	O057	weiblich	O961	weiblich
Q970	weiblich	O058	weiblich	O969	weiblich
Q971	weiblich	O059	weiblich	O970	weiblich
Q972	weiblich	O060	weiblich	O971	weiblich
Q973	weiblich	O061	weiblich	O979	weiblich
Q978	weiblich	O062	weiblich	T833	weiblich
Q979	weiblich	O063	weiblich	Z301	weiblich
Q980	männlich	O065	weiblich	Z303	weiblich
Q981	männlich	O066	weiblich	Z305	weiblich
Q982	männlich	O067	weiblich	Z390	weiblich
Q983	männlich	O068	weiblich	Z391	weiblich
Q984	männlich	O069	weiblich	Z392	weiblich
Q985	männlich	O070	weiblich	Z640	weiblich
Q986	männlich	O071	weiblich	O4211	weiblich
Q987	männlich	O072	weiblich	O4212	weiblich
Q988	männlich	O073	weiblich	O4220	weiblich
Q989	männlich	O074	weiblich	O4221	weiblich
R860	männlich	O075	weiblich	O4222	weiblich
R861	männlich	O076	weiblich	O4229	weiblich
R862	männlich	O077	weiblich	O4320	weiblich
R863	männlich	O078	weiblich	O4321	weiblich
R864	männlich	O079	weiblich	O4400	weiblich
R865	männlich	O080	weiblich	O4401	weiblich
R866	männlich	O081	weiblich	O4410	weiblich
R867	männlich	O082	weiblich	O4411	weiblich
R868	männlich	O083	weiblich	O8820	weiblich
R869	männlich	O084	weiblich	O8828	weiblich

ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht	ICD-Code	Geschlecht
R870	weiblich	O085	weiblich	O9100	weiblich
R871	weiblich	O086	weiblich	O9101	weiblich
R872	weiblich	O087	weiblich	O9110	weiblich
R873	weiblich	O088	weiblich	O9111	weiblich
R874	weiblich	O089	weiblich	O9120	weiblich
R875	weiblich	O090	weiblich	O9121	weiblich
R876	weiblich	O091	weiblich		
R877	weiblich	O092	weiblich		

Tabelle A1: Geschlechtsspezifische Diagnosen zur Identifizierung von Falschmatchern

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01731	männlich	01811	weiblich	08645	männlich
01735	weiblich	01812	weiblich	08646	weiblich
01747	männlich	01815	weiblich	08647	männlich
01748	männlich	01816	weiblich	08648	männlich
01750	weiblich	01825	weiblich	08649	weiblich
01750L	weiblich	01826	weiblich	13507	weiblich
01750O	weiblich	01827	weiblich	13507I	weiblich
01751	weiblich	01828	weiblich	19501	weiblich
01751L	weiblich	01830	weiblich	19502	weiblich
01751O	weiblich	01831	weiblich	19503	weiblich
01752	weiblich	01832	weiblich	19504	weiblich
01752L	weiblich	01840	weiblich	19505	weiblich
01752O	weiblich	01852	weiblich	25332	weiblich
01753	weiblich	01853	männlich	25335	männlich
01753L	weiblich	01854	männlich	25336	männlich
01753O	weiblich	01855	weiblich	26310	männlich
01754	weiblich	01869	weiblich	26310T	männlich
01754L	weiblich	01870	weiblich	26311	weiblich
01754O	weiblich	01900	weiblich	26311T	weiblich
01755	weiblich	01901	weiblich	26341	männlich
01755L	weiblich	01902	weiblich	31301	weiblich
01755O	weiblich	01903	weiblich	31302	weiblich
01756	weiblich	01904	weiblich	31303	weiblich

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01756L	weiblich	01905	weiblich	31304	weiblich
01756O	weiblich	01906	weiblich	31305	weiblich
01757	weiblich	01910	weiblich	31306	weiblich
01757L	weiblich	01911	weiblich	31307	weiblich
01757O	weiblich	01912	weiblich	31308	weiblich
01758	weiblich	01913	weiblich	31311	weiblich
01758L	weiblich	01915	weiblich	31312	weiblich
01758O	weiblich	05360	weiblich	31313	weiblich
01759	weiblich	05361	weiblich	31314	weiblich
01759L	weiblich	05370	weiblich	31315	weiblich
01759O	weiblich	05371	weiblich	31316	weiblich
01760	weiblich	05372	weiblich	31317	weiblich
01761	weiblich	08310	weiblich	31318	weiblich
01762	weiblich	08311	weiblich	31319	weiblich
01763	weiblich	08311T	weiblich	31319A	weiblich
01764	weiblich	08320	weiblich	31695	weiblich
01765	weiblich	08330	weiblich	31696	weiblich
01766	weiblich	08331	weiblich	31697	weiblich
01767	weiblich	08332	weiblich	31697A	weiblich
01768	weiblich	08340	weiblich	31698	weiblich
01769	weiblich	08341	weiblich	31698A	weiblich
01770	weiblich	08347	weiblich	31699	weiblich
01771	weiblich	08410	weiblich	31700	weiblich
01772	weiblich	08411	weiblich	31701	weiblich
01773	weiblich	08412	weiblich	31702	weiblich
01774	weiblich	08413	weiblich	32132	weiblich
01775	weiblich	08414	weiblich	32190	männlich
01776	weiblich	08415	weiblich	32473	weiblich
01777	weiblich	08416	weiblich	33044	weiblich
01780	weiblich	08530	weiblich	33044K	weiblich
01781	weiblich	08530X	weiblich	33044V	weiblich
01782	weiblich	08531	weiblich	33044X	weiblich
01783	weiblich	08531X	weiblich	33062	männlich
01784	weiblich	08535	weiblich	33074	weiblich

GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht	GOP	Geschlecht
01785	weiblich	08535X	weiblich	34431	weiblich
01786	weiblich	08536	weiblich	36301	weiblich
01787	weiblich	08536X	weiblich	36302	weiblich
01788	weiblich	08537	weiblich	36303	weiblich
01789	weiblich	08537X	weiblich	36304	weiblich
01789V	weiblich	08538	weiblich	36305	weiblich
01790	weiblich	08538X	weiblich	36306	weiblich
01790V	weiblich	08540	männlich	36307	weiblich
01793	weiblich	08540X	männlich	36308	weiblich
01794	weiblich	08622	weiblich	36311	weiblich
01795	weiblich	08622V	weiblich	36312	weiblich
01796	weiblich	08623	männlich	36313	weiblich
01799	weiblich	08623V	männlich	36314	weiblich
01800	weiblich	08635	weiblich	36315	weiblich
01802	weiblich	08635S	weiblich	36316	weiblich
01803	weiblich	08637	weiblich	36317	weiblich
01804	weiblich	08638	weiblich	36318	weiblich
01805	weiblich	08639	weiblich	36319	weiblich
01806	weiblich	08640	männlich	36319A	weiblich
01807	weiblich	08641	männlich	61050	weiblich
01808	weiblich	08642	weiblich	61051	weiblich
01809	weiblich	08643	weiblich	61052	weiblich
01810	weiblich	08644	weiblich		

Tabelle A2: Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen zur Identifizierung von Falschmatchern