

Übersicht zu den bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten

Im Folgenden sind analyserelevante Aspekte des zur Verfügung stehenden Datensatzes ausgeführt. Hierbei handelt es sich aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht um eine vollständige Datensatzbeschreibung, sondern um eine Unterstützung bei der Antragsstellung. Sollten Sie konkrete Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Allgemeine Hinweise zu den Daten

- Quelle: bundesweite pseudonymisierte, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V
- In den Daten eines Jahres enthalten sind gesetzlich krankenversicherte Patienten mit mindestens einem abgerechneten Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt in diesem Jahr.
- **Nicht** erfasst werden
 - gesetzlich Krankenversicherte ohne Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt
 - Privatpatienten
 - Nicht über die KV abgerechnete Versorgung, zum Beispiel
 - Kontakte im Rahmen von Selektivverträgen, z. B. hausarztzentrierte Versorgung (HZV)
 - Kontakte in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) u. ä.
 - Daten der stationären Versorgung

Inhalt der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten

- Behandlungsfall: Kombination aus Patienten, Quartal und Praxis
- Arztfall: Kombination aus Patienten, Quartal und individuellem Leistungserbringer (Arzt)
- Bestimmte Diagnosen / Diagnosegruppen nach ICD-10-GM
 - Zuordnung zu Behandlungsfall, weitestgehend zum Arztfall
 - bis zum 5-Steller möglich
 - Präzisierung im Sinne von "gesichert", "Zustand nach", "Verdacht auf", "Ausschluss von" möglich
- Bestimmte abgerechnete Leistungen nach EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)
 - <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>
 - Zuordnung zum Behandlungs- und Arztfall
 - Vollständige Ziffern enthalten (5-stellige Gebührenordnungspositionen)
 - Der EBM umfasst alle bundeseinheitlichen Ziffern. Zum Teil gibt es darüber hinaus KV-spezifische Ziffern.
 - Kosten der Gebührenordnungspositionen (gemäß EBM) in Euro
- Bestimmte abgerechnete Leistungen nach Operationen- und Prozeduren Schlüssel (OPS)
 - <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/node.html>
 - Enthalten sind dabei ausschließlich ambulante und belegärztliche Operationen für Vertragsärzte gemäß Anhang 2 des EBM
 - https://www.kbv.de/html/anhang_2.php
 - Zuordnung zum Behandlungs- und Arztfall
 - Vollständige Ziffern enthalten (bis zu 6 Stellen)

- Behandelnder Leistungserbringer (Arzt) und Fachgruppe
 - Zu den erbrachten Leistungen und (weitestgehend) auch zu Diagnosen kann der behandelnde Arzt und damit die Fachgruppe zugeordnet werden
 - Fachgruppe nach den letzten 2 Ziffern der lebenslangen Arztnummer (LANR)
 - Aus LANR abgeleitete Fachgruppen (z. B. Bedarfsplanungsfachgruppen)

Verknüpfung von Diagnosen zu Leistungen ist in der Regel nicht eindeutig möglich, da pro Behandlungs- bzw. Arztfall mehrere Diagnosen und mehrere abgerechnete Leistungen vorliegen können

Mögliche Aggregation zur Ausgabe der Daten

- ➔ keine Individualdaten, nur aggregierte Daten mit Fallzahl ≥ 30 für die gewählten Strata können ausgegeben werden
- Jahr / Quartal
 - Daten dürfen gemäß Auflagen des zuständigen Datenschutzes vom Zi nur für den jeweils aktuellen 10-Jahreszeitraum gehalten werden
 - Vollständige Daten des Vorjahres liegen in der Regel ab Juli des aktuellen Jahres vor
- Wohnort des Patienten: Kreis / Bundesland / Kassenärztliche Vereinigung (KV) / Bund
- KV-Zugehörigkeit des Arztes
- Geschlecht des Patienten
- Alter des Patienten / Altersgruppen → definierbar
- CAVE: Zu kleinteilige Gliederungen können mit zu kleinen Fallzahlen und entspr. vielen fehlenden Werten einhergehen