



Bundesaamt
für Soziale Sicherung

Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung

für die Daten des Berichtsjahres 2014

gemäß § 273 Absatz 2 und 3 SGB V

DATUM: **03.07.2023**
REFERAT: **317**
AKTENZEICHEN: **2020301#00001#0010**

Inhaltsverzeichnis

I. GRUNDDATEN	3
1. GENERELLER PRÜFABLAUF (VON DER AUFFÄLLIGKEITSPRÜFUNG ZUR REGULÄREN EINZELFALLPRÜFUNG)..	4
1.1. PRÜFABLAUF UND TERMINI	4
1.2. ANPASSUNGEN DER FESTLEGUNGEN DES AUSGLEICHSJAHRES 2015	7
1.3. BESTIMMUNG DER SCHWELLENWERTE GEMÄß § 273 ABSATZ 2 UND 3 SGB V (MONETÄRER SCHWELLENWERT)	8
1.4. EINBINDUNG VON AUSTAUSCHSATZARTEN UND DATENKORREKTUREN	8
2. ERGEBNISANALYSE	9
2.1. GEPRÜFTE KRANKENKASSEN IM BERICHTSJAHR 2014 NACH KASSENART UND -GRÖßE	12
3. ADIPOSITAS ALS BEISPIEL FÜR EINE ÄUßERST DYNAMISCHE PRÄVALENZENTWICKLUNG.....	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Monetäres Kriterium und Schwellenwert bei den statistisch auffälligen Krankenkassen</i>	10
Abbildung 2	<i>Monetäres Kriterium und Anzahl statistisch auffälliger HMGs</i>	11
Abbildung 3	<i>Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2014 nach Kassenart</i>	12
Abbildung 4	<i>Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße</i>	12

I. Grunddaten

Prüfung der Daten des Berichtsjahres 2014

	Korrekturmeldung 2013	Korrekturmeldung 2014
Anzahl der geprüften Krankenkassen	117	
Anzahl der Versicherten ¹	71.926.527	72.519.706
Anzahl der stationären Diagnosen	109.998.385	116.109.472
... davon mit RSA-Relevanz	41.068.986	44.780.109
Anzahl der ambulanten Diagnosen	2.012.277.525	2.107.367.840
... davon mit RSA-Relevanz	496.864.756	526.480.448
Anzahl der Arzneimittelverordnungen	685.023.459	685.971.220
HMG mit der größten Veränderungsrate	HMG 251 – Adipositas (+49,37 %)	
HMG mit der niedrigsten Veränderungsrate	HMG 259 - Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (-12,96 %)	
HMG mit den meisten festgestellten statistischen Auffälligkeiten	HMG 57 - Angststörungen und unspezifische depressive Störungen (bei 18 Krankenkassen)	

¹ Auf Basis des kassenindividuellen Pseudonyms.

1. Genereller Prüfablauf (von der Auffälligkeitsprüfung zur regulären Einzelfallprüfung)

Diesem Prüfbericht ist unter Abschnitt 1.1. – aufgrund der z.T. sehr komplexen Hintergründe des vorliegenden Prüfverfahrens – ein einführender Teil vorangestellt, um den Leserinnen und Lesern den Prüfablauf und die genutzten Fachtermini näherzubringen. Dabei wird zum Teil auf die Darstellungen in der sog. „Bestimmung des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach § 273 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 4 SGB V zur kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung für das Berichtsjahr 2014“ (im Weiteren Prüfbestimmung genannt) Bezug genommen, die die Prüfbedingungen der Prüfung des Berichtsjahres 2014 spezifiziert und deren Kenntnis hier nicht vorausgesetzt wird.

In den Abschnitten 1.2. bis 1.5. ist – wie auch in den vorherigen Prüfberichten – dargestellt, wie sich die Prüfbedingungen im Vergleich zu den Vorjahren geändert haben bzw. wie diese angepasst worden sind.

1. 1. Prüfablauf und Termini

Die kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung gemäß § 273 Absatz 2 SGB V sieht vor, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die (Diagnose-)Daten gemäß § 267 Absatz 1 SGB V, die zur Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches genutzt werden, auf „auffällige Steigerungen im Hinblick auf die Häufigkeit und Schwere der [von den Krankenkassen] übermittelten Diagnosen“ (siehe § 273 Abs. 1 SGB V) untersucht. Das geschieht mit dem Ziel, die Daten auf eine „unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Krankenkassen“ hin zu untersuchen, da diese gemäß § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V unzulässig ist.

Grundlegend für das Verständnis des Prüfverfahrens ist die Kenntnis der Daten, die für die Durchführung des morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) verwendet werden. Der Morbi-RSA wird anhand eines Gruppierungsalgorithmus durchgeführt, der die Diagnosedaten aus ambulantem und stationärem Sektor sowie die Arzneimittelverordnungen aus dem Vorjahr mit demografischen Daten der Versicherten wie Alter und Geschlecht aus dem jeweiligen Ausgleichsjahr in der gesetzlichen Krankenkasse verknüpft (sog. prospektives Verfahren). Dieser Algorithmus teilt den Versicherten Risikogruppen zu, die das finanzielle (Folge-)Risiko abbilden sollen, das eine Krankenkasse bezogen auf den einzelnen Versicherten trägt. Es gibt Risikogruppen, die demografische Faktoren wie beispielsweise Alter und Geschlecht abbilden und Risikogruppen für den Morbiditätsstatus, also die Krankheitslast, eines Versicherten. Diese Risikogruppen heißen „Hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMGs), für welche wiederum sog. morbiditätsorientierte Zuweisungen an die Krankenkassen vergeben werden.

Die Höhe der morbiditätsorientierten Zuweisungen, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, ist also abhängig von den HMGs, denen ihre Versicherten individuell zugeordnet werden. Da sich diese Zuweisungen demnach aus den o. g. Daten gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V ableiten, ist gesetzlich vorgeschrieben, dass diese auch auf ihre Rechtmäßigkeit geprüft werden, bzw. – wie oben dargelegt – auf auffällige Steigerungen untersucht werden.

Um Steigerungen in den Daten feststellen zu können, müssen diese über einen Zeitraum bzw. zu zwei Vergleichszeitpunkten betrachtet werden. Da die Daten immer für ein Kalenderjahr (ein sogenanntes Berichtsjahr) von den Krankenkassen gemeldet werden, werden für die Auffälligkeitsprüfung die Daten (Prüfmeldung) des zu prüfenden Berichtsjahres (Prüfjahr) mit den Daten (Referenzmeldung) des Vorjahres (Referenzjahr) verglichen. Dies geschieht, indem beide Datenmeldungen anhand des oben dargestellten Gruppierungsalgorithmus² den Risikogruppen zugeordnet werden. Verwendet wird hier immer der Gruppierungsalgorithmus, mit dem die Daten der Prüfmeldung im RSA-Jahresausgleich² verarbeitet worden sind. Beide Meldungen werden folglich mit demselben Gruppierungsalgorithmus verarbeitet, damit eine Vergleichbarkeit möglich ist. Es werden außerdem bei der Anwendung des Gruppierungsalgorithmus² einige abweichende Bedingungen im Vergleich zum originären Jahresausgleich verwendet, die man der Prüfbestimmung entnehmen kann.

Anschließend werden die individuell, d. h. auf Ebene des einzelnen Versicherten/Pseudonyms gruppierten Daten auf Krankenkassen-Ebene aufsummiert, sodass die Anzahl der zugeordneten HMGs jeder Krankenkasse ersichtlich wird. Diese gruppierten und aggregierten Daten zweier Berichtsjahre werden daraufhin, wie es der § 273 Absatz 2 SGB V vorsieht, auf Steigerungen untersucht. Prüfgegenstand ist somit die Veränderung in den HMG-Zuordnungen je Krankenkasse. Diese Untersuchung findet nicht mithilfe einfacher Steigerungsraten, sondern mithilfe einer Regressionsanalyse statt, welche das Geschlecht und das Alter der Versicherten als unabhängige Variable mitberücksichtigt und so der Anforderung gerecht wird, demografische Veränderungen im Versichertenbestand zu berücksichtigen (s. o.).

Durch diese Analyse werden für jede einzelne HMG Steigerungen der Belegungszahlen von Referenz- zu Prüfjahr bei einer Krankenkasse erkennbar, die über den Steigerungen der HMG-Belegungszahlen des gesamten Versichertenkollektivs der gesetzlichen Krankenversicherungen hinausgehen. Die Analyse gibt zudem an, ob es sich dabei um eine statistisch signifikante

² Unter RSA-Jahresausgleich versteht man den Jahresabschluss für ein Ausgleichsjahr. Dieser wird immer im November des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres durchgeführt. Abschließend korrigiert wird dieses Ergebnis nochmals im Jahr darauf, also im November des zweiten auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres (sog. korrigierter Jahresausgleich).

Abweichung handelt. Mathematisch ausgedrückt, gilt eine Krankenkasse dann als **statistisch auffällig** in einer bestimmten HMG, wenn das Regressionsergebnis in dieser HMG ein sog. Relatives Risiko > 1 und einen p-Wert $< 1\%$ ausweist.

Der § 273 Absatz 3 verlangt außerdem eine „Erheblichkeitsprüfung“, die die zuvor durchgeführte Auffälligkeitsfeststellung gemäß § 273 Absatz 2 SGB V um eine monetäre Dimension erweitert. Es soll untersucht werden, ob die gemäß § 273 Abs. 2 SGB V festgestellte Auffälligkeit für die betroffene Krankenkasse zu erheblich erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geführt haben könnte. Zu diesem Zweck wird für jede Krankenkasse unter Berücksichtigung einiger vereinfachender Annahmen der mit der Prüfmeldung gegenüber der Referenzmeldung erzielte „HMG-Zuweisungsgewinn“ je Versicherten ermittelt, der sich für statistisch auffällige HMGs ergibt. Bei diesem (in Euro je Versicherten) ausgedrückten HMG-Zuweisungsgewinn handelt es sich um einen monetären Parameter, der bei Überschreitung eines vorab definierten Schwellenwertes als auffällig bewertet wird. Für den Schwellenwert der Erheblichkeitsprüfung besitzt der GKV-SV im Zuge der Anhörung zur o. g. Prüfbestimmung ein Vorschlagsrecht. Macht der GKV-SV von seinem Vorschlagsrecht Gebrauch, ist das BAS an die Übernahme des Vorschlags gebunden, um ein Einvernehmen über den Schwellenwert zu erzielen. Folgt das BAS dem Vorschlag des GKV-SV nicht, ist allenfalls das Benehmen hergestellt, sofern das BAS triftige Gründe anführt, die es zu seiner Entscheidung bewegen haben. Als triftiger Grund gilt, dass das BAS aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen nicht mehr als 15 % der geprüften Krankenkassen in eine Einzelfallprüfung überführen kann. Sollte der GKV-SV demnach einen Schwellenwert anvisieren, der so sensibel ist, dass mehr als 15 % der geprüften Krankenkassen als auffällig gelten, erhöht das BAS den Schwellenwert entsprechend. Ist der vorgeschlagene Schwellenwert des GKV-SV so gesetzt, dass weniger als 15 % der geprüften Krankenkassen als auffällig gelten, übernimmt das BAS den vorgeschlagenen Schwellenwert des GKV-SV, sofern keine sonstigen triftigen Gründe dem entgegenstehen. Macht der GKV-SV von seinem Vorschlagsrecht keinen Gebrauch, legt das BAS den Schwellenwert nach oben genannter Methodik fest, der dann als einvernehmlich festgelegt gilt.

Die Prüfungen gemäß § 273 Absatz 2 und 3 SGB V ergeben zusammen die sogenannte „kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung“. Die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung stellen jedoch nur einen statistischen Anhaltspunkt für eine möglicherweise rechtswidrige Datenmeldung dar. Dieser wird als Anlass genommen, die sogenannten regulären Einzelfallprüfungen gemäß § 273 Absatz 4 SGB V einzuleiten. Darunter ist zu verstehen, dass bei jeder Krankenkasse, bei der nach Anwendung des Schwellenwertes monetär erhebliche Auffälligkeiten festgestellt worden sind, eine einzelne Prüfung eingeleitet wird. Diese Prüfung dient dazu, die (tatsächlichen) Gründe für die beobachtete statistische Auffälligkeit bei der

Krankenkasse zu eruieren. Ziel ist es festzustellen, ob tatsächlich ein Rechtsverstoß gegen die Maßgaben des § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgelegen haben könnte.

Um den Sachverhalt feststellen zu können, werden mit einer dreimonatigen Frist Stellungnahmen bei den Krankenkassen angefordert, anhand derer sie die festgestellten Auffälligkeiten erklären können. Nach Bewertung der Sachverhalte durch das BAS sind folgende Ergebnisse möglich:

- die Krankenkasse hat gegen den § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V verstoßen oder dieser Verstoß wird vermutet,
- die Krankenkasse hat Tatsachen dargelegt, die die Auffälligkeit begründen, sodass ein Verstoß gegen den § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht festgestellt oder vermutet werden kann.

Soweit das Ergebnis der Bewertung ist, dass es sich um einen Verstoß handelt, wird ein sog. „Feststellungsbescheid“ durch das BAS erlassen. Auf einen Feststellungsbescheid folgt ein Korrekturbetragsermittlungsverfahren gemäß § 21 Absatz 2 RSAV. Hier geht es darum, den von der Krankenkasse erlangten Vorteil zu ermitteln.

Aufgrund des jeweils vorliegenden Sachverhalts entscheidet das BAS, ob es den Korrekturbetrag über eine „Austauschsatzart“ gemäß § 21 Absatz 2 Nr. 1 RSAV oder über das Schätzverfahren gemäß § 21 Absatz 2 Nr. 2 RSAV ermittelt. Der berechnete und durch Verrechnung mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhebende Korrekturbetrag wird mit einem sogenannten „Korrekturbescheid“ erlassen.

Es ist zusammenfassend zu sagen, dass die Feststellung einer monetär erheblichen Auffälligkeit nicht mit einer Feststellung gegen die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V gleichzusetzen ist.

1.2. Anpassungen der Festlegungen des Ausgleichsjahres 2015

Neu eingeführt wurde in diesem Prüfzyklus der Ausschluss von verstorbenen Versicherten aus dem Regressionsdatensatz. Pseudonyme, die bei zeitgleicher Betrachtung versterben, erhalten im prospektiven Regelverfahren keine Zuweisungen, denn ihre Versichertentage sind null. Ob ein Versicherter im Berichtsjahr verstirbt, ist für eine Krankenkasse weder plan- noch vorhersehbar. Die Auffälligkeitsprüfung ist konzeptionell darauf ausgerichtet, möglichst jene Auffälligkeiten zu identifizieren, die mit einer unzulässigen Einwirkung auf die Datengrundlagen im Zusammenhang stehen (können), was aus Sicht des BAS in diesem Fall nicht gegeben ist. Deshalb werden, um irrelevante Konstellationen auszuschließen und somit unnötige Prüfhandlungen sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten

des BAS zu vermeiden, sowohl die verstorbenen Versicherten als auch sogenannte Clearingfälle (also Pseudonyme, die mit Null Versichertentagen gemeldet worden sind) aus der Prüfgesamtheit ausgeschlossen.

Das BAS hat für den Prüfzyklus ein Konzept entwickelt, um berücksichtigen zu können, wenn einzelne Datenmeldungen bereits Gegenstand des sogenannten Schätzverfahrens (§ 21 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV) gewesen sind, weil das BAS bereits vor Durchführung der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung gemäß § 273 Absatz 2 und 3 SGB V einen Verstoß gegen die Maßgaben des § 267 Absatz 1 SGB V im Rahmen einer anlassbezogenen Einzelfallprüfung gemäß § 273 Absatz 5 SGB V festgestellt hat. Das Schätzverfahren simuliert jene Entwicklung, die sich ohne Rechtsverstoß ergeben hätte und greift dafür auf die letzte, nicht rechtswidrig erhobene Datengrundlage zurück. Eine Bereinigung der betroffenen Datenmeldung findet nicht statt, da die konkreten, rechtswidrig erhobenen Diagnosen weder für das BAS noch die geprüfte Krankenkasse identifizierbar gewesen sind.

Nähere Informationen zum Bereinigungsverfahren bei Schätzungen können der Prüfbestimmung dieses Prüfzyklus' und der dazugehörigen Anlage 4 entnommen werden, die auf unserer Internetpräsenz bereitgestellt sind.

1.3. Bestimmung der Schwellenwerte gemäß § 273 Absatz 2 und 3 SGB V (monetärer Schwellenwert)

Der vorgeschlagene Wert des GKV-SV im Prüfzyklus des Berichtsjahres 2014 wurde so gewählt, dass mehr als 15 % der geprüften Krankenkassen als auffällig klassifiziert worden wären. Aus diesem Grund hat das BAS den monetären Schwellenwert gemäß der unter 1.1. auf Seite 6 dieses Berichts beschriebenen Methodik nach oben adjustiert. Der Schwellenwert für eine monetäre Auffälligkeit lag in der Folge bei 3,74 € Zuweisungsgewinn pro Versicherten je HMG. Entsprechend ist bei 17 Krankenkassen eine Einzelfallprüfung gemäß § 273 Absatz 4 SGB V eingeleitet worden.

1.4. Einbindung von Austauschsatzarten und Datenkorrekturen

Wurde für eine Krankenkasse für das zu prüfende Berichtsjahr oder die Referenzmeldung bereits ein rechtskräftiger Korrekturbetrag aus einer anlassbezogenen Einzelfallprüfung gemäß § 273 Absatz 5 SGB V auf dem Wege des § 21 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV (§ 39a Absatz 2 Satz 1 RSAV a. F.), d.h. über eine bereinigte Datenmeldung (eine sog. Austauschsatzart) erhoben, wurde die ursprüngliche Datenmeldung bei der betroffenen Krankenkasse durch die jeweilige Austauschsatzart oder Streichliste im Rahmen der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung ersetzt.

In diesem Prüfzyklus lag dem BAS für die als Referenz herangezogene Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2013 eine bereinigte Datenmeldung vor.

Für die Prüfmeldung, die Korrekturmeldung 2014, lag dem BAS ebenfalls eine bereinigte Datenmeldung vor.

Bisher wurden alle Bescheide über Korrekturbeträge, die durch eine Schätzung gemäß § 21 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV berechnet worden sind, beklagt und gelten demnach nicht als bestandskräftig erhoben. Deshalb waren in der Prüfung gemäß § 273 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V noch keine Datenmeldungen Prüfgegenstand, die um einen durch Schätzung erhobenen Korrekturbetrag hätten bereinigt werden müssen. Sowohl für die Datenmeldung des Berichtsjahres 2013 (Referenzmeldung) als auch die Daten des Berichtsjahres 2014 (Prüfmeldung) lagen demnach zum Zeitpunkt der Durchführung der Prüfung (Stichtag: 10. Februar 2022) keine rechtmäßig eingegangenen Korrekturen gemäß § 21 Absatz 2 Nr. 2 RSAV der Daten vor, weswegen das entwickelte Konzept in diesem Prüfzyklus keine Anwendung fand.

2. Ergebnisanalyse

Im Berichtsjahr 2014 wurden 117 Krankenkassen in 191 HMGs geprüft. Dabei wurden 248 statistisch auffällige Anstiege in den HMG-Besetzungszahlen festgestellt.

Insgesamt besaßen 87 von 22.347 Beobachtungen einen nicht feststellbaren p-Wert, was darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren mathematisch nicht dafür vorgesehen ist, Anstiege zu bewerten, die sich von einem Ausgangswert 0 in der Referenzmeldung aus vollziehen (also zum Beispiel ein Anstieg von 0 auf 2 Versicherte in einer HMG). Die Anzahl der Beobachtungen, auf die diese Fallkonstellation zutrifft, wird in Anlage 2 der Prüfmitteilungen aufgeführt. Die maximale Ausprägung, die für eine solche Konstellation der Belegzahlen vorlag, war eine Veränderung von null auf fünf zugewiesene Pseudonyme. Bei diesen niedrigen Belegzahlen liegt kein statistisch belastbarer Anhaltspunkt für einen Verdacht auf unrechtmäßiges Einwirken auf die Meldungen vor.

Von den 49 Krankenkassen, die eine statistische Auffälligkeit aufweisen, wurden nach Abstimmung eines Schwellenwertes für die monetäre Erheblichkeitsprüfung mit dem GKV-SV bei 17 Krankenkassen eine Überschreitung des Schwellenwertes festgestellt und in der Folge Einzelfallprüfungen eingeleitet.

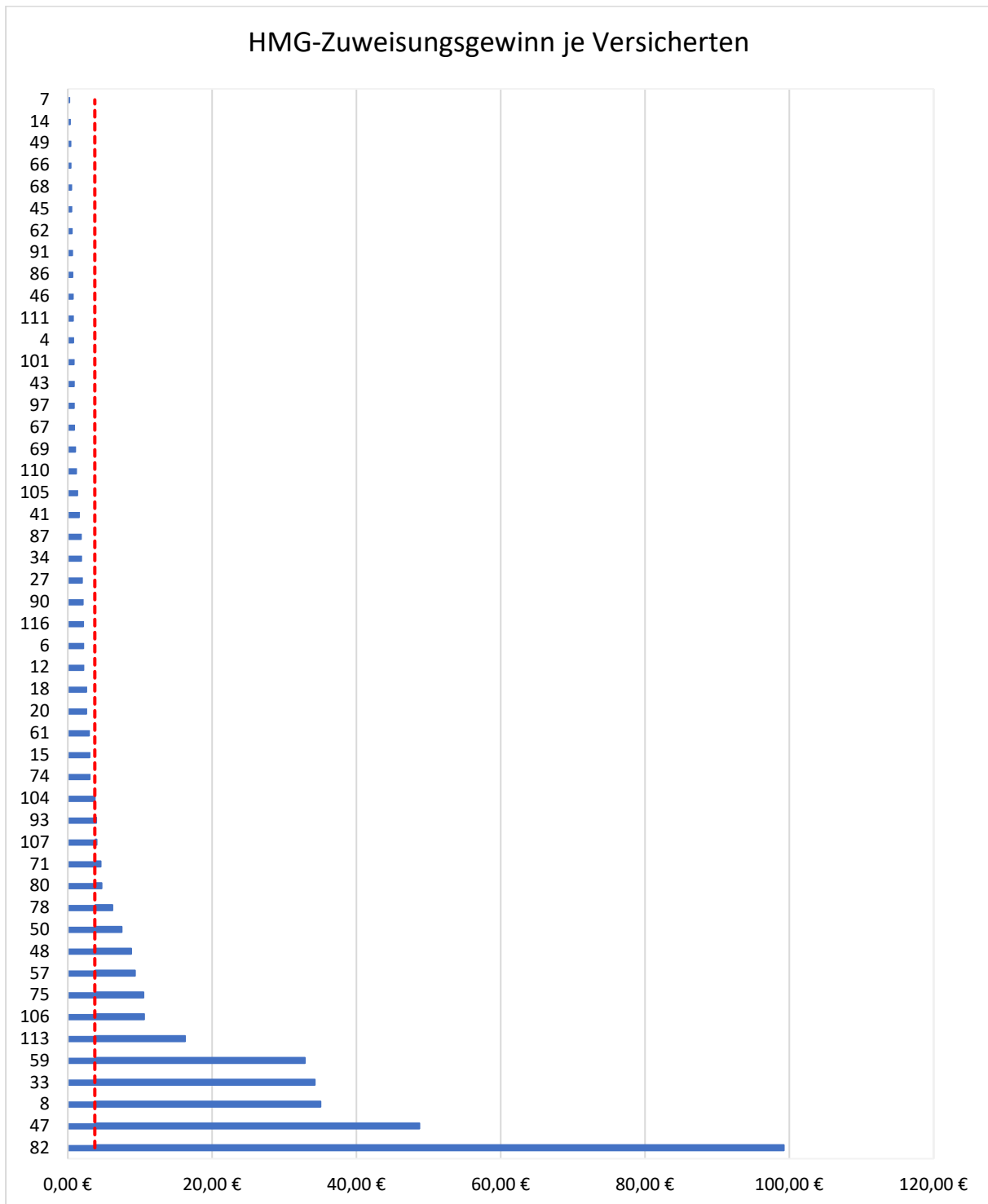


Abbildung 1- Monetäres Kriterium und Schwellenwert bei den statistisch auffälligen Krankenkassen: Die blauen Balken geben den Wert für das monetäre Kriterium bei den statistisch als auffällig identifizierten Krankenkassen (dargestellt mit ihrem für die Prüfung gebildeten Pseudonym) an. Die rote Trendlinie bildet den monetären Schwellenwert der Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2014 von 3,74€ ab.

Die Erheblichkeitsprüfung basiert auf der Differenz der für Prüf- und Referenzjahr jeweils aufsummierten HMG-Zuweisungen je Krankenkasse für diejenigen HMGs, bei denen eine statistische Auffälligkeit festgestellt worden ist, wobei einige spezielle, die Prüfumgebung berücksichtigende Annahmen getroffen werden. Um der individuellen Krankenkassengröße

2.1. Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2014 nach Kassenart und -größe

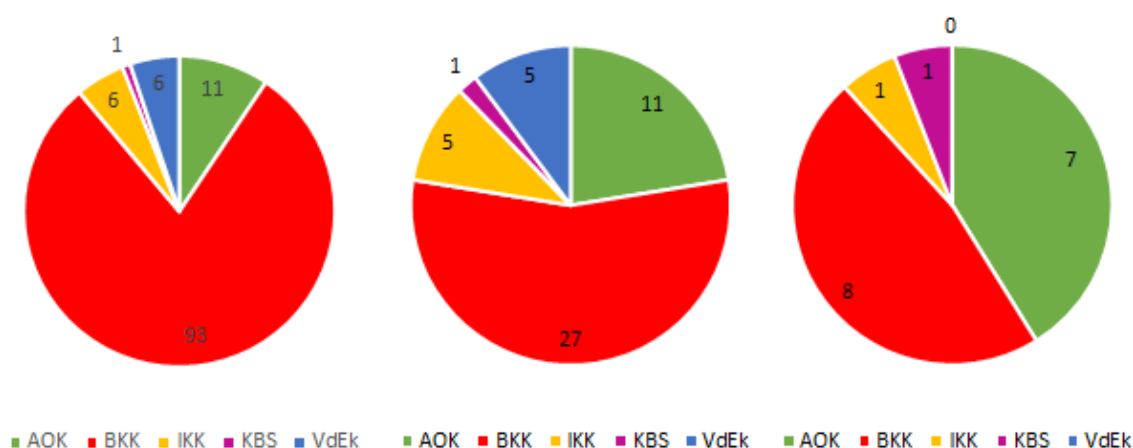


Abbildung 3 - Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2014 nach Kassenart: Links ist die Verteilung der insgesamt geprüften KKen nach Kassenart zu sehen. Mittig ist die Anzahl KKen mit statistischen Auffälligkeiten, rechts die mit monetär erheblichen Auffälligkeiten dargestellt.

Aus Abbildung 3 lässt sich die Verteilung der Kassenarten im Berichtsjahr 2014 sowie die resultierenden statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten ablesen.

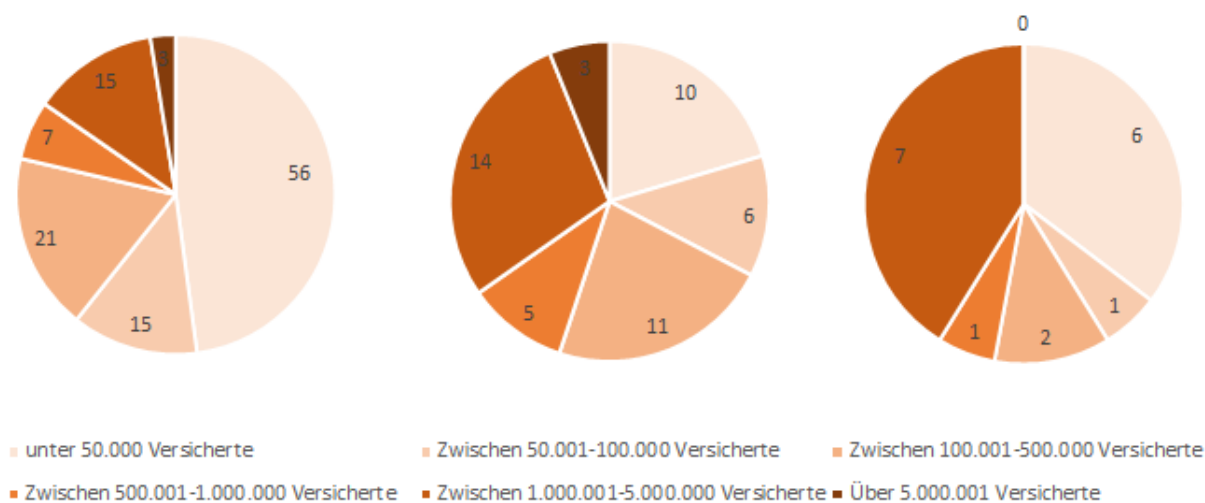


Abbildung 4 - Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße: Links ist die Verteilung der insgesamt geprüften KKen nach Kassengröße zu sehen. Mittig ist die Anzahl KKen mit statistischen Auffälligkeiten, rechts die mit monetär erheblichen Auffälligkeiten dargestellt.

Durch die historische Entwicklung des deutschen Krankenversicherungswesens ist ein großer Teil der Krankenkassen, gemessen an der Versichertenanzahl, immer noch sehr klein. Viele Krankenkassen haben weniger als 50.000 Versicherte. Zu diesen kleinen Krankenkassen zählen vor allem viele Betriebskrankenkassen. In der Abbildung 4 ist die Verteilung der Kassengrößen im Berichtsjahr 2014 zu erkennen, sowie die Verteilungen der statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten.

3. Adipositas als Beispiel für eine äußerst dynamische Prävalenzentwicklung

Wie bereits im vergangenen Prüfzyklus des Berichtsjahres 2013 lässt sich erkennen, dass die HMG 251, die das Risiko für das Krankheitsbild der Adipositas ausgleichen soll, im vergangenen Prüfzyklus mit 47,48% die zweithöchste Steigerungsrate auf GKV-Ebene aufwies. In absoluten Zahlen war ein Anstieg von 594.970 gruppierten Versicherten in der Korrekturmeldung 2012 auf 836.753 gruppierte Versicherte in der Korrekturmeldung 2013 zu verzeichnen.

Die HMG 251 des im Berichtsjahr 2013 angewandten Klassifikationsmodells ist nicht identisch mit der HMG 251 des Berichtsjahrs 2014, weswegen ergänzend zu den vorliegenden Ergebnissen eine Auswertung auf Ebene der ICD-Codes vorgenommen wurde, die im Falle einer diagnostizierten Adipositas codiert werden. Der Code „E66“ und seine Endsteller wird verwendet, um bei Patienten die Diagnose „Adipositas“ zu stellen. Während die vierte Stelle des Codes die Form der Adipositas näher konkretisiert, ist die fünfte Stelle dafür vorgesehen, den Schweregrad der Adipositas anhand der definierten BMI-Kategorien darzustellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Differenzierung des BMI in der ICD-Logik erst seit dem Jahr 2011 (nach Einführung neuer ICD-Codes) möglich ist. Die Anzahl der Meldungen dieses Codes wurde für die Korrekturmeldung 2012, die Korrekturmeldung 2013 und die Korrekturmeldung 2014 untersucht und dabei zwischen RSA- und nicht RSA-relevanten Codes unterschieden. Die Analyse basiert auf dem versichertenindividuellen Pseudonym und es wurden nur gesicherte Diagnosen betrachtet.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse dargestellt. Rot markiert sind die ICD-Codes mit RSA-Relevanz, die eine Adipositas von Schweregrad II (ICD Endsteller „1“) und III (ICD Endsteller „2“) beschreiben.

Tabelle 1 - Adipositasdiagnosen von 2012 - 2014

Meldung	Korrekturmeldung 2012	Korrekturmeldung 2013	Korrekturmeldung 2014	Veränderungsrate
Anzahl Pseudonyme mit min. einer „E66“ Diagnose	6.807.168	7.148.196	7.541.442	9,61%
Anzahl Pseudonyme in Meldung, gesamt	71.366.978	71.623.804	72.133.345	1,07%
E660	1.095.326	1.042.934	982.067	-11,29%
E6600	1.380.877	1.803.184	2.456.016	75,97%
E6601	788.301	1.178.882	1.817.198	128,07%
E6602	557.470	807.329	1.158.235	105,56%
E6609	1.742.775	1.787.235	1.815.879	3,09%
E661	5.470	6.413	7.583	37,16%
E6610	7.784	11.058	14.306	81,83%
E6611	8.981	13.562	21.406	135,82%
E6612	6.417	8.101	12.273	89,23%
E6619	7.216	8.622	10.789	47,93%
E662	23.983	23.686	22.780	-6,03%
E6620	13.115	17.020	19.449	46,72%
E6621	13.638	16.560	24.753	79,57%
E6622	21.770	28.931	37.369	69,83%
E6629	22.964	26.311	31.414	35,34%
E668	351.098	322.276	288.348	-18,75%
E6680	207.540	231.814	278.212	32,63%
E6681	100.771	129.954	194.034	90,50%
E6682	135.073	140.846	180.174	31,97%
E6689	1.389.327	1.418.996	1.383.619	-1,47%
E669	2.081.951	1.937.930	1.726.731	-17,94%
E6690	684.694	848.684	1.131.686	63,53%
E6691	291.771	513.225	869.772	194,93%
E6692	212.579	347.311	544.073	153,22%
E6699	8.943.712	9.136.228	8.998.774	-0,45%
Summe nicht RSA-rel.	17.957.832	18.622.391	19.167.653	5,60%
Summe RSA-rel.	2.136.771	3.184.701	4.859.287	125,00%

Bemerkenswert an den Ergebnissen ist die hohe Steigerung der RSA-relevanten Diagnosen im Vergleich zu allen anderen E66-Diagnosecodes. Bei einer Steigerung der Gesamtversichertenzahl um ca. 1% von 2012 bis 2014 steigt die Anzahl der Pseudonyme mit

mindestens einer Adipositasdiagnose um mehr als 10% an. Während sich die RSA-relevanten Diagnosen von 2012 bis 2014 mehr als verdoppeln, steigt die Anzahl der übrigen E66-Codes um nur etwas über 5% an.

Diese Beobachtungen legen den Schluss nahe, dass die stark überproportionalen Steigerungsraten im Bereich der Adipositas-Diagnosen zumindest teilweise RSA-getriggert sind. Diese Hypothese lässt sich auch über inhaltliche Argumente stützen.

Bei dem Krankheitsbild Adipositas handelt sich um eine weitverbreitete chronische Erkrankung, die überwiegend im ambulanten Bereich diagnostiziert wird, welcher grundsätzlich als anfälliger für eine RSA-bezogene Einflussnahme angesehen werden kann als der stationäre Sektor. Adipositas wurde zumindest in der Vergangenheit häufig vornehmlich als Begleiterkrankung wahrgenommen und stand nur selten im Fokus der ärztlichen Therapie- und Behandlungsanstrengungen. Entsprechend kann in der Vergangenheit von einer erheblichen Untererfassung in der ärztlichen Kodierung ausgegangen werden, weswegen sie sich aus strategischer Sicht für eine RSA-bezogene Einflussnahme besonders eignet.

Bei den Auffälligkeitsprüfungen fallen auch andere bekannte „Volkskrankheiten“ wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Schmerzzustände etc. immer wieder durch besonders hohe Steigerungsraten auf. Diese Erkrankungen bilden einen dauerhaften Schwerpunkt bezogen auf die Prüftätigkeiten des BAS im Rahmen von § 273 SGB V.