



Bundesamt
für Soziale Sicherung

Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung

für die Daten des Berichtsjahres 2017

gemäß § 273 Absatz 2 und 3 SGB V

DATUM: 06.08.2026
REFERAT: 317
GESCHÄFTSZEICHEN: 2020301#00004#0006

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 AUSGLEICHSAHRES 2018	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 2017 NACH KASSENART UND -GRÖßE	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Monetäres Kriterium und Schwellenwert für die statistisch auffälligen Krankenkassen</i>	11
Abbildung 2	<i>Monetäres Kriterium und Anzahl statistisch auffälliger HMGs</i>	12
Abbildung 3	<i>Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2017 nach Kassenart</i>	13
Abbildung 4	<i>Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße</i>	13

I. Grunddaten

Prüfung der Daten des Berichtsjahres 2017

	Korrekturmeldung 2016	Korrekturmeldung 2017
Anzahl der geprüften Krankenkassen	108	
Anzahl der Versicherten ¹	74.608.631	74.859.190
Anzahl der stationären Diagnosen	125.821.518	129.610.480
... davon mit RSA-Relevanz	48.299.934	49.049.595
Anzahl der ambulanten Diagnosen	2.338.126.465	2.396.678.241
... davon mit RSA-Relevanz	581.638.803	602.725.500
Anzahl der Arzneimittelverordnungen	704.179.889	699.851.528
HMG mit der größten Veränderungsrate	HMG 269 – Tumorlyse-Syndrom ² (+ 18,61 %)	
HMG mit der niedrigsten Veränderungsrate	HMG 158 – Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad (– 19,48 %)	
HMG mit den meisten festgestellten statistischen Auffälligkeiten	252 – Chronischer Schmerz ³ (bei 14 Krankenkassen auffällige Werte)	

¹ Auf Basis des kassenindividuellen Pseudonyms.

² Das Tumorlysesyndrom ist ein lebensbedrohlicher Notfall, bei dem durch den schnellen Zerfall von Tumorzellen (z. B. nach Chemotherapie) große Mengen an Kalium, Phosphat, Harnsäure und DNA-Abbauprodukten freigesetzt werden, was zu schweren Stoffwechselstörungen wie Nierenversagen, Herzrhythmusstörungen und Krampfanfällen führt.

³ Diese HMG ist zudem assoziiert mit der HMG 253 (Chronischer Schmerz mit Dauermedikation), bei der bei neun Krankenkassen auffällige Werte festgestellt worden sind.

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 2017“ (im Weiteren [Prüfbestimmung](#) genannt) Bezug genommen, die die Prüfbedingungen der Prüfung des Berichtsjahres 2017 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 Termine

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“ untersucht, § 273 Absatz 1 SGB V. 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 dem ambulanten 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 Gruppierungsalgorithmus⁴ den Risikogruppen zugeordnet werden. Verwendet wird hier immer der Gruppierungsalgorithmus, mit dem die Daten der Prüfmeldung im RSA-Jahresausgleich⁴ verarbeitet worden sind. Beide Meldungen werden folglich mit demselben Gruppierungsalgorithmus verarbeitet, damit eine Vergleichbarkeit möglich ist. Es werden außerdem bei der Anwendung des Gruppierungsalgorithmus⁴ 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 § 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

⁴ 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.

§ 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 Absatz 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-Spitzenverband (GKV-SV) zur o. g. [Prüfbestimmung](#) ein Vorschlagsrecht. Macht der GKV-SV von seinem Vorschlagsrecht Gebrauch, ist das BAS an die Übernahme des Vorschlags gebunden. Folgt das BAS dem Vorschlag des GKV-SV nicht, ist das erforderliche Benehmen hergestellt, sofern das BAS triftige Gründe anführt, die es zu seiner Entscheidung bewogen haben. Als triftiger Grund gilt, dass das BAS aus verwaltungsökonomischen 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 dem keine sonstigen triftigen Gründe entgegenstehen. Macht der GKV-SV von seinem Vorschlagsrecht keinen Gebrauch, legt das BAS den Schwellenwert nach oben genannter Methodik fest; womit ebenfalls das Benehmen hergestellt ist.

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. Die Berechnungen im Rahmen des Schätzverfahrens werden gemäß der dazu veröffentlichten [Verfahrensbestimmung](#) durchgeführt.

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 über den Verstoß gegen die Vorgaben des § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V gleichzusetzen ist.

1.2. Anpassungen der Festlegungen des Ausgleichsjahres 2018

Es wurden keine methodischen Anpassungen im Vergleich zum vorangegangenen Prüfzyklus des Berichtsjahres 2016 vorgenommen.

Welche HMG von der Prüfung a-priori ausgeschlossen worden sind, lassen sich der Liste der [Anlage 1](#) der [Prüfbestimmung](#) entnehmen.

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

Der Schwellenwert für eine monetäre Auffälligkeit lag, den Vorgaben der [Prüfbestimmung](#) folgend, bei 2,92 € Zuweisungsgewinn pro Versicherten je HMG. Entsprechend ist bei 16 Krankenkassen eine Einzelfallprüfung gemäß § 273 Absatz 4 SGB V eingeleitet worden.

1.4. Einbindung von Austauschsatzarten und Datenkorrekturen

Wurde für eine Krankenkasse für Prüf- oder 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, wird die ursprüngliche Datenmeldung bei der betroffenen Krankenkasse durch die jeweilige Austauschsatzart oder Streichliste im Rahmen der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung ersetzt.

In diesem Prüfzyklus war durch das BAS weder für die als Referenz herangezogene Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2016 noch für die Prüfmeldung, die Korrekturmeldung der Berichtsjahres 2017, eine bereinigte Datenmeldung zu berücksichtigen.

Für den Fall, dass für Prüf- oder Referenzmeldung ein rechtskräftiger Korrekturbetrag aus einer anlassbezogenen Einzelfallprüfung gemäß § 273 Absatz 5 SGB V auf dem Wege des § 21 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV (§ 39a Absatz 4 RSAV a. F.), d.h. über das Schätzverfahren erhoben wurde, wird dies über das in der [Prüfbestimmung](#) hierfür vorgesehene Verfahren berücksichtigt.

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 2016 (Referenzmeldung) als auch die Daten des Berichtsjahres 2017 (Prüfmeldung) lagen demnach zum Zeitpunkt der Durchführung der Prüfung (Stichtag: 16. Dezember 2025) keine einzubeziehenden Korrekturen gemäß § 21 Absatz 2 Nr. 2 RSAV der Daten vor.

2. Ergebnisanalyse

Im Berichtsjahr 2017 wurden 108 Krankenkassen in 201 HMGs geprüft. Dabei wurden 205 statistisch auffällige Anstiege in den HMG-Besetzungszahlen festgestellt.

Insgesamt besaßen 83 von 21.708 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 Prüfmittelungen aufgeführt. Die maximale Ausprägung, die für eine solche Konstellation der Belegzahlen vorlag, war eine Veränderung von null auf sechs zugewiesene Pseudonyme.

Von den 38 Krankenkassen, die eine statistische Auffälligkeit aufweisen, wurde nach Abstimmung eines Schwellenwertes für die monetäre Erheblichkeitsprüfung mit dem GKV-SV bei 16 Krankenkassen eine Überschreitung des Schwellenwertes festgestellt und in der Folge Einzelfallprüfungen eingeleitet.

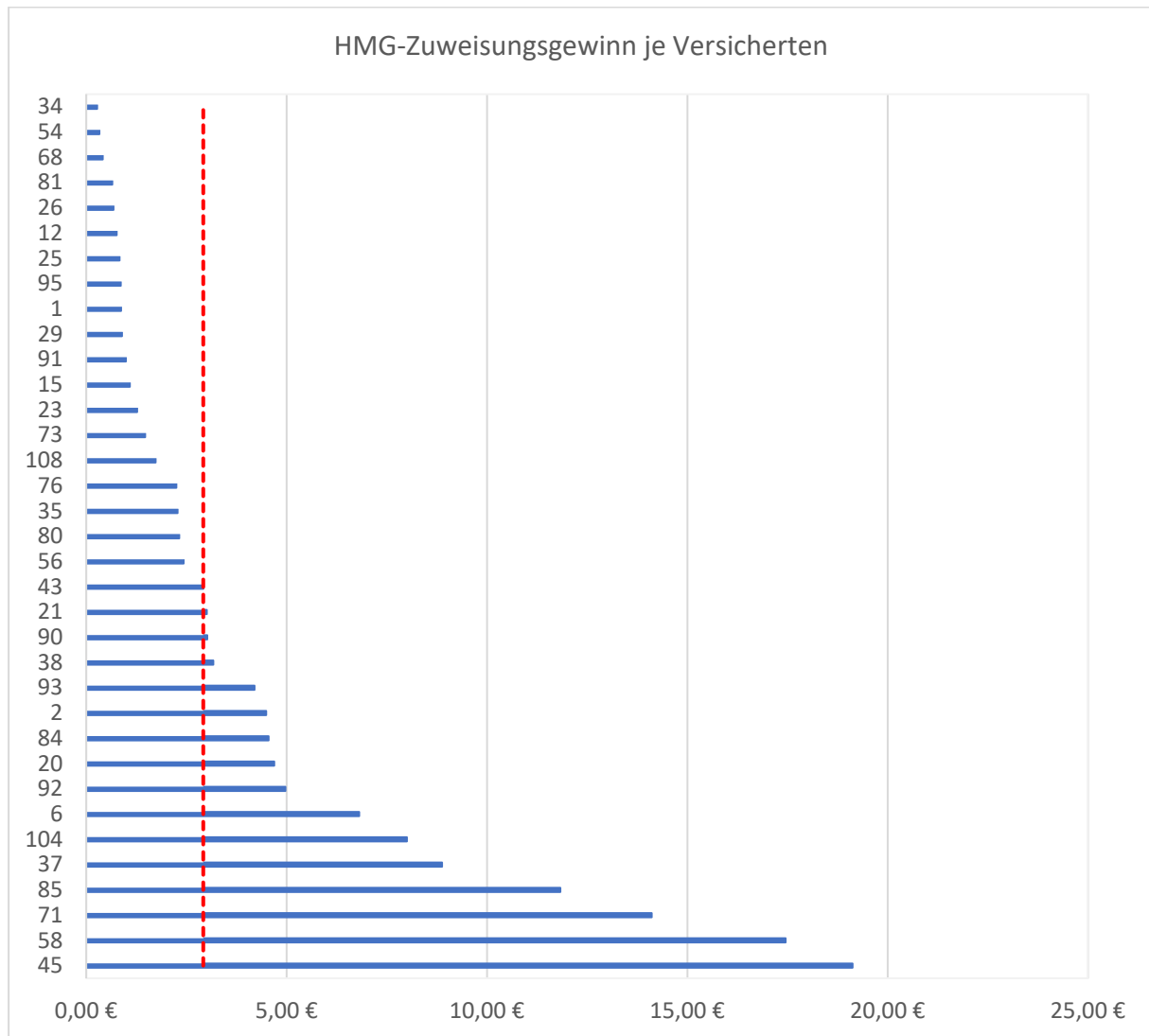


Abbildung 1- Monetäres Kriterium und Schwellenwert für die statistisch auffälligen Krankenkassen: Die blauen Balken geben – in aufsteigender Reihenfolge – den Wert für das monetäre Kriterium auf Krankenkassenebene wieder. Die rote Trendlinie bildet den monetären Schwellenwert der Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2017 von 2,92€ 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 Rechnung zu tragen, werden die auf diese Weise errechneten Zuweisungsdifferenzbeträge am Ende durch die Gesamtversicherten der Krankenkasse geteilt. Daraus resultiert das sog. monetäre Kriterium „Zuweisungsgewinn je Versicherten“.

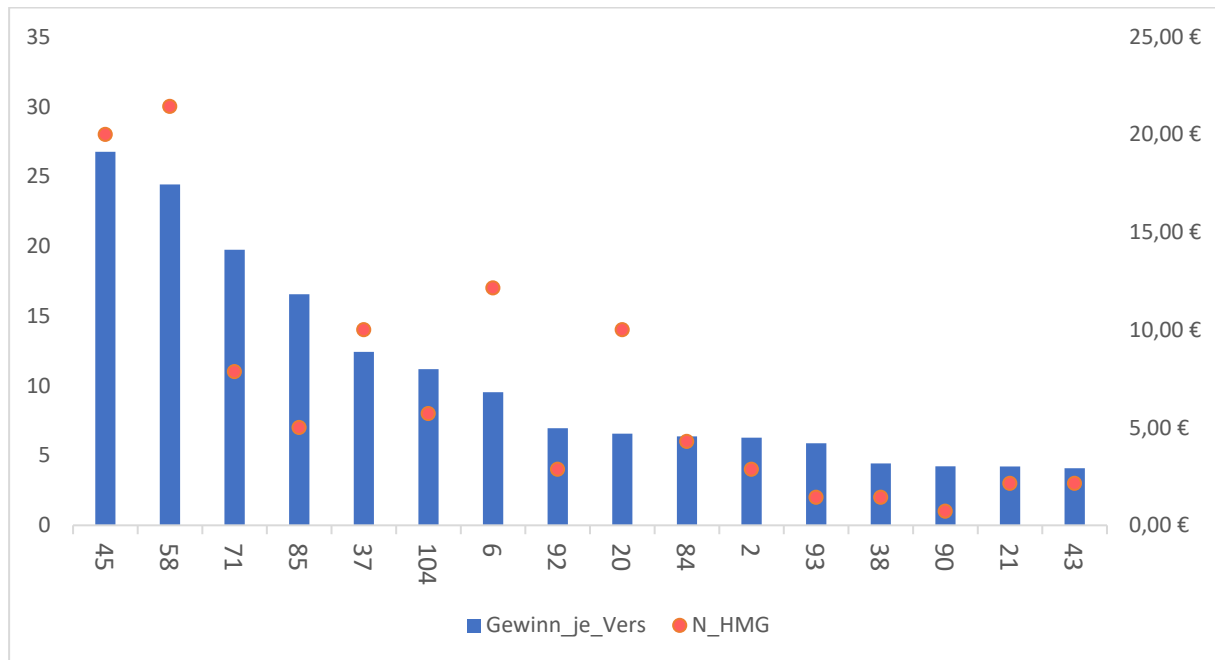


Abbildung 2 – Monetäres Kriterium und Anzahl statistisch auffälliger HMGs: Die blauen Balken zeigen die Höhe der Einheit „Zuweisungsgewinn je Versicherten“ des monetären Kriteriums der Krankenkassen an. Auf der rechten Skale lässt sich die Anzahl der statistisch auffälligen HMGs der entsprechenden Krankenkassen ablesen (grafisch durch orangene Punkte dargestellt).

In Abbildung 2 sind jene Krankenkassen abgebildet, bei denen eine erhebliche, statistische Auffälligkeit festgestellt und eine reguläre Einzelfallprüfung eingeleitet worden ist. Den Ergebnissen der monetären Erheblichkeitsprüfung ist zudem die Anzahl der statistisch auffälligen HMGs gegenübergestellt. An der Gegenüberstellung lässt sich ein Zusammenhang zwischen Höhe des monetären Kriteriums und Anzahl der auffälligen HMGs ablesen.

2.1. Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2017 nach Kassenart und -größe

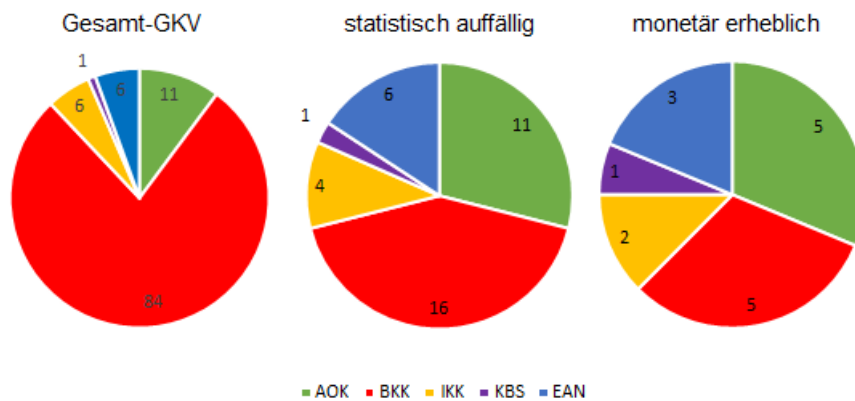


Abbildung 3 - Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2017 nach Kassenart: Links ist die Verteilung der insgesamt geprüften KVen nach Kassenart zu sehen. Mittig ist die Anzahl KVen mit statistischen Auffälligkeiten, rechts die mit monetär erheblichen Auffälligkeiten dargestellt.

Aus Abbildung 3 lässt sich die Verteilung der Kassenarten im Berichtsjahr 2017 sowie die resultierenden statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten ablesen.

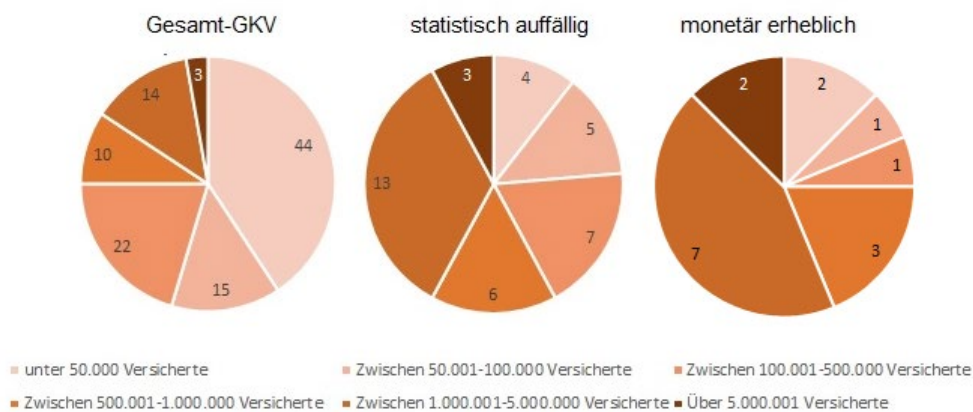


Abbildung 4 - Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße: Links ist die Verteilung in Prozent der insgesamt geprüften KVen nach Kassengröße zu sehen. Mittig ist die Anzahl KVen mit statistischen Auffälligkeiten, rechts die mit monetär erheblichen Auffälligkeiten dargestellt.

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 2017 zu erkennen, sowie die Verteilungen der statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten.