



Bundesaamt  
für Soziale Sicherung

# **Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung**

**für die Daten des Berichtsjahres 2013**

gemäß § 273 Abs. 2 und 3 SGB V

DATUM: 13. Oktober 2021  
REFERAT: 317  
AKTENZEICHEN: 317 – 5588.6 – 3146 / 2018

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Grunddaten .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Neuerungen und Prüfablauf .....</b>	<b>4</b>
1.1. Anpassung an die neue Gesetzeslage.....	4
1.2. Anpassungen der Festlegungen des Ausgleichsjahres 2014 .....	5
1.3. Bestimmung der Schwellenwerte gemäß §273 Abs. 2 und 3 SGB V .....	5
1.4. Einbindung von Austauschsatzarten und Datenkorrekturen.....	6
<b>2. Ergebnisanalyse .....</b>	<b>7</b>
2.1. Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 nach Kassenart und -größe .....	9
2.2. Besonderheiten .....	11
<b>3. Einzelfallprüfungen .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Ausblick auf weitere Prüfungen.....</b>	<b>13</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1</b> Monetäre Schwellenwerte der statistisch auffälligen Krankenkassen.....	8
<b>Abbildung 2</b> Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 nach Kassenart.....	9
<b>Abbildung 3</b> Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße.....	10

## Grunddaten

### Prüfung der Daten des Berichtsjahres 2013

	Korrekturmeldung 2012	Korrekturmeldung 2013
Anzahl der geprüften Krankenkassen	123	
Anzahl der Versicherten <sup>1</sup>	72.441.717	72.747.819
Anzahl der stationären Diagnosen	105.043.036	109.998.385
... davon mit RSA-Relevanz.	39.768.806	41.204.000
Anzahl der ambulanten Diagnosen	1.926.866.210	2.012.277.525
... davon mit RSA-Relevanz	472.987.965	498.471.535
Anzahl der Arzneimittelverordnungen	669.462.072	685.023.459
HMG mit der größten Veränderungsrate	HMG 34 <sup>2</sup> : +317,7085%	
HMG mit der niedrigsten Veränderungsrate	HMG 288 <sup>3</sup> : -8,5894%	
HMG mit den meisten festgestellten Auffälligkeiten	HMG 57 <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Auf Basis des kassenindividuellen Pseudonyms.

<sup>2</sup> Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen

<sup>3</sup> Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation

<sup>4</sup> Angststörungen und unspezifische depressive Störungen

## 1. Neuerungen und Prüfablauf

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FKG), das am 1. April 2020 in Kraft trat, wurde die Konzeption der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V überarbeitet. Die Prüfung der Datenmeldungen des Berichtsjahres 2013 ist die erste, die nach neuer Gesetzeslage durchgeführt worden ist. Dem Prüfzyklus sind komplexe methodische Arbeiten vorausgegangen, um die Neuerungen des GKV-FKG umzusetzen.

Wir danken an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen vom GKV-Spitzenverband für den intensiven und unkomplizierten Austausch während der Konzeptionsphase.

Dieser Prüfbericht soll die Neuerungen bei der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung vorstellen, die Ergebnisse für die Datenmeldungen des Berichtsjahres 2013 präsentieren und einen Ausblick auf die zukünftige Weiterentwicklung des Prüfverfahrens geben.

### 1.1. Anpassung an die neue Gesetzeslage

Die Neukonzeption des § 273 SGB V hat weitreichende inhaltliche Änderungen bei der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung herbeigeführt. Gemäß § 273 Abs. 2 SGB V ist die Prüfung der ambulanten Diagnosen (Satzart 600) weiterhin obligatorisch, während die Prüfung der übrigen Datenmeldungen (Satzarten 400 und 500) im Ermessen des BAS liegt. Bei der Betrachtung statistisch auffälliger Steigerungen der Diagnosen muss weiterhin der Einfluss demografischer Veränderungen des Versichertenbestandes außen vor bleiben. Während in der Vergangenheit sowohl die Erst- als auch Korrekturmeldung der Morbiditätsdaten (Satzarten 400-600) Gegenstand der Prüfungen war, beschränken sich die Prüfungen gemäß § 21 Abs 1 RSAV i. V. m. § 43 Abs. 1 und § 30 Abs. 4 S.2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) nunmehr auf die Korrekturmeldung eines Berichtsjahres. Dadurch ist die kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung insgesamt deutlich schlanker geworden.

Zudem wurde gemäß § 273 Abs. 3 SGB V eine sogenannte Erheblichkeitsprüfung eingeführt, wonach das BAS prüft, ob eine statistische Auffälligkeit zu erheblich erhöhten Zuweisungen geführt haben kann. Die Erheblichkeitsprüfung knüpft an die Prüfung auf statistische Auffälligkeiten an und hat methodisch die Hinwendung zu einem Schwellenwert-Verfahren mit einem monetären Parameter zur Folge. Die ebenfalls neu eingeführte sogenannte Manipulationsbremse (§ 18 Abs. 1 Satz 4 RSAV) bleibt hierbei außer Acht<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Diese sieht für die RSA-Zuweisungen vor, für jene HMGn Zuweisungen einzubehalten, die GKV-weit die höchsten Steigerungsraten aufweisen.

Hat das BAS eine statistische und monetäre Auffälligkeit bei einer Krankenkasse festgestellt, wird eine Einzelfallprüfung eingeleitet. Die Krankenkasse muss gemäß § 273 Abs. 4 SGB V innerhalb von drei Monaten begründen, warum die Auffälligkeit nicht auf einem rechtswidrigen Sachverhalt beruht. Erfolgt keine ausreichende Begründung durch die Krankenkasse, wird ein Verstoß gegen die Vorgabe des § 267 Abs. 1 Satz 2 vermutet (Beweislastumkehr).

## **1.2. Anpassungen der Festlegungen des Ausgleichsjahres 2014**

Neben den zuvor genannten gesetzlichen Änderungen aufgrund des GKV-FKG ergeben sich für das Berichtsjahr 2013 (Ausgleichsjahr 2014) weitere Änderungen durch die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV a. F. (§ 8 Abs. 4 RSAV n. F.).

Die Zusammenlegung der Prüfbereiche der ambulanten (Satzart 600) und stationären (Satzart 500) Diagnosen ist auf den immer komplexer werdenden Aufgreifalgorithmus des morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zurückzuführen. Bei der Validierung der Diagnosen auf Krankheitsebene – über eine Diagnosestellung in zwei unterschiedlichen Quartalen (M2Q) – werden nun sowohl ambulante, als auch stationäre Diagnosen berücksichtigt (und nicht wie zuvor ausschließlich die ambulante Diagnosen). Dies ist ab dem Berichtsjahr 2014 / Ausgleichsjahr 2015 der Regelfall, weswegen der Zusammenlegung der Prüfbereiche bereits in diesem Prüfzyklus vorgegriffen worden ist. Dies vereinfacht zum einen das Prüfverfahren und schafft zum anderen eine stärkere Anlehnung an den geltenden Gruppierungsalgorithmus.

## **1.3. Bestimmung der Schwellenwerte gemäß §273 Abs. 2 und 3 SGB V**

Durch die Zusammenlegung der Prüfbereiche ergibt sich eine Verdichtung der Regressionsergebnisse, an deren mathematischem Schwellenwert von  $RR > 1 \wedge p\text{-value} < 1\%$  weiterhin festgehalten wird.

Der neu gefasste § 273 Abs 3 führt eine „Erheblichkeitsprüfung“ ein, die die Auffälligkeitsfeststellung um eine monetäre Dimension erweitert. Es sollen die Krankenkassen geprüft werden, deren Zuweisungssteigerung von Referenz- zu Prüfjahr GKV-überdurchschnittlich ist. Dabei werden Veränderungen in der Versichertenstruktur beachtet. 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 wird dem GKV-SV im Zuge der Anhörung ein Vorschlagsrecht eingeräumt. 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 ihn 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 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.

Der vorgeschlagene Wert des GKV-SV im Prüfzyklus des Berichtsjahres 2013 wurde so gewählt, dass mehr als 15% der geprüften Krankenkassen als auffällig klassifiziert worden wären. Aus diesem Grund hat das BAS den Schwellenwert gemäß § 273 Abs. 3 S. 3 SGB V nach oben adjustiert. Der Schwellenwert für eine monetäre Auffälligkeit lag daher bei 3,97€ Zuweisungsgewinn pro Versicherten je HMG. Entsprechend ist bei 18 Krankenkassen eine Einzelfallprüfung eingeleitet worden.

#### **1.4. Einbindung von Austauschsatzarten und Datenkorrekturen**

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

In diesem Prüfzyklus lagen dem BAS für die als Referenz herangezogene Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2012 vier bereinigte Datenmeldungen vor.

Für die Prüfmeldung, die Korrekturmeldung 2013, lag dem BAS eine zu bereinigt Datenmeldung vor.

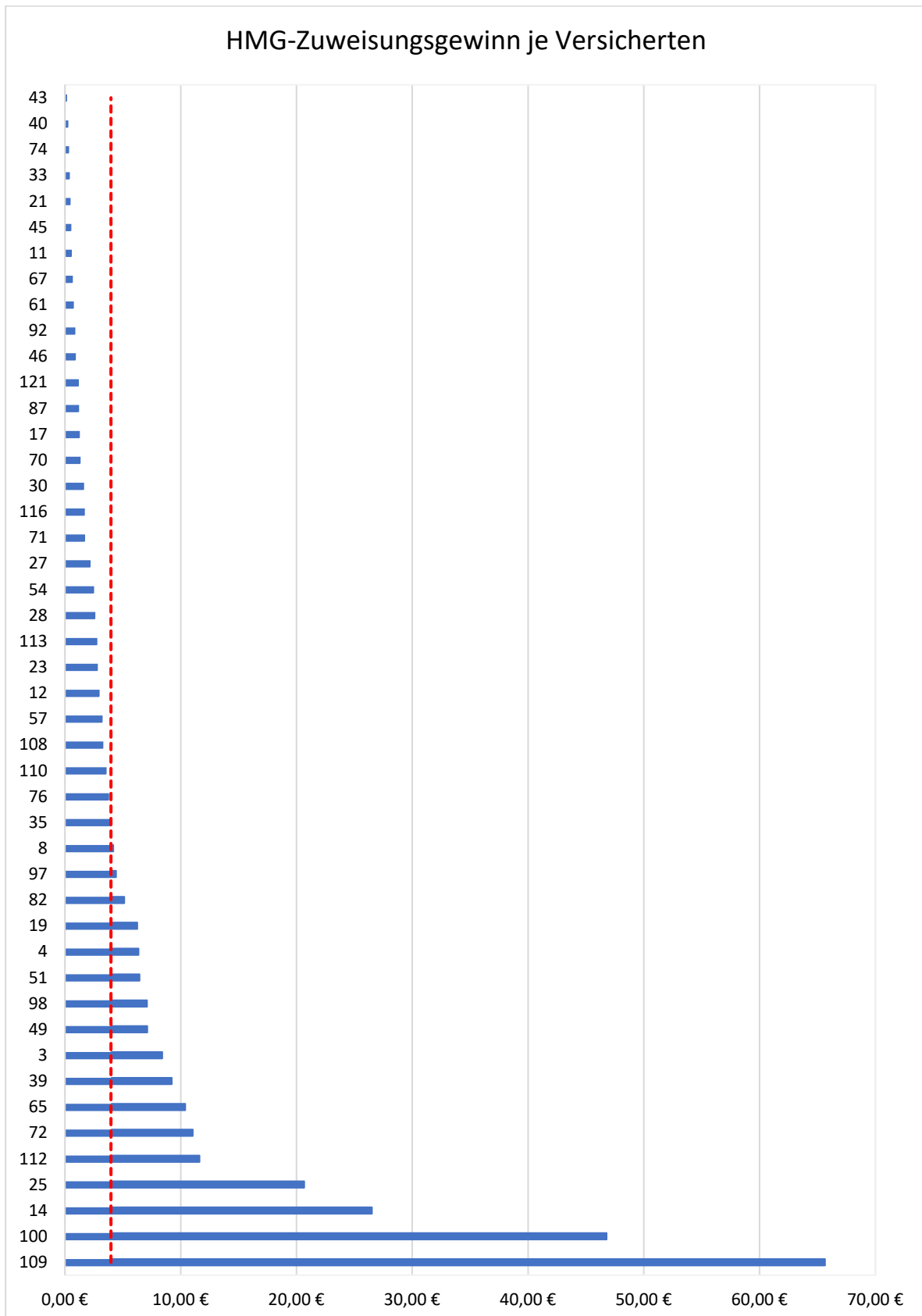
Durch die Einbindung der Austauschsatzarten oder Streichlisten ist die Krankenkasse, deren Meldung für die Prüfmeldung bereinigt worden ist, in drei HMGn weniger auffällig geworden.

Darüber hinaus gab es einen Sonderfall bei der Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2013 der Krankenkasse mit dem Pseudonym 46. Die Krankenkasse hatte eine Datenmeldung mit falschem Pseudonymisierungsschlüssel abgegeben, sodass für die Ermittlung der Zuweisungen im Jahresausgleich ersatzweise die Erstmeldung des Berichtsjahres 2012 verwendet wurde. Aus diesem Grund wurde bei der kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung ebenfalls für die Referenzmeldung diese Datenmeldung verwendet, da diese letztendlich die zuweisungsrelevante Meldung gewesen ist.

Bisher wurden alle Bescheide über Korrekturbeträge, die durch eine Schätzung gemäß § 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV berechnet worden sind, beklagt und gelten demnach nicht als bestandskräftig erhoben. Deshalb waren in der Prüfung gemäß §273 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V noch keine Datenmeldungen Prüfgegenstand, die um einen durch Schätzung erhobenen Korrekturbetrag hätten bereinigt werden müssen, weshalb es für diese Fallkonstellation noch keine abgestimmte Verfahrensweise mit dem GKV-SV gibt. Die Einigung auf eine Verfahrensweise ist jedoch für die kommende Verfahrensbestimmung für den Prüfzyklus 2014 vorgesehen.

## **2. Ergebnisanalyse**

Im Berichtsjahr 2013 wurden 123 Krankenkassen in 178 HMGn geprüft. Dabei wurden 256 statistisch auffällige Anstiege in den HMG-Besetzungszahlen festgestellt. Von den 46 Krankenkassen, die eine statistische Auffälligkeit aufweisen, wurden nach Abstimmung eines Schwellenwertes für die monetäre Erheblichkeitsprüfung mit dem GKV-SV bei 18 Krankenkassen eine Überschreitung des Schwellenwertes festgestellt und in der Folge Einzelfallprüfungen eingeleitet.

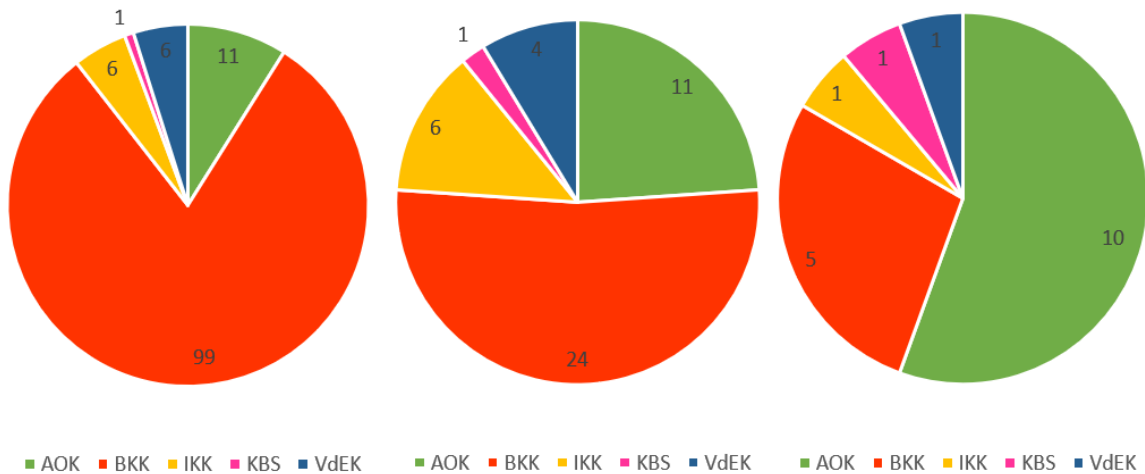


**Abbildung 1 Monetäre Schwellenwerte der statistisch auffälligen Krankenkassen:** Die blauen Balken geben den monetären Schwellenwert der statistisch als auffällig identifizierten Krankenkassen (dargestellt mit ihrem Pseudonym) an. Die rote Trendlinie bildet den monetären Schwellenwert der Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2013 von 3,97€ ab.



Insgesamt besaßen 24 von 21.894 Beobachtungen einen nicht feststellbaren p-value, 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 seit diesem Prüfzyklus in Anlage 2 der Prüfmitteilungen aufgeführt. Ebenfalls wird die minimale, bei einer einzelnen Krankenkasse festgestellte HMG-Belegung in der Prüfmeldung mit ausgewiesen, die in diesem Prüfzyklus einer HMG-Belegung von 3 entsprach. Bei diesen niedrigen Belegzahlen wird davon ausgegangen, dass keine Indikation für einen Verdacht auf unrechtmäßiges Einwirken auf die Meldungen vorliegt.

## 2.1. Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 nach Kassenart und -größe

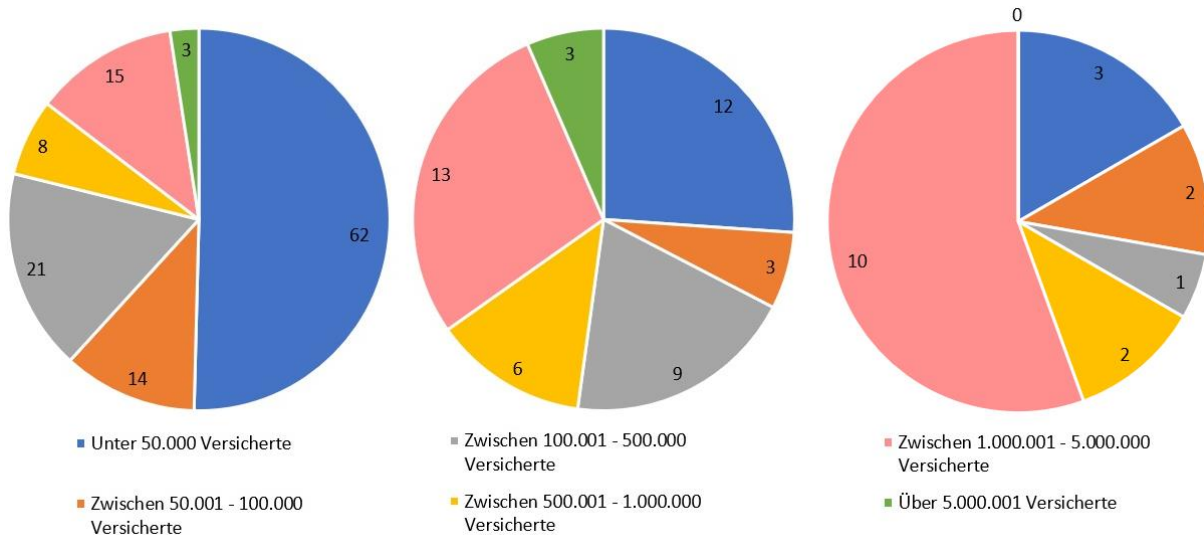


**Abbildung 2 Geprüfte Krankenkassen im Berichtsjahr 2013 nach Kassenart:** Links ist die Verteilung der insgesamt geprüften Krankenkassen nach Kassenart zu sehen. Mittig sind die statistischen Auffälligkeiten dargestellt; rechts die monetär erheblichen Auffälligkeiten.

In der Abbildung ist die Verteilung der Kassenarten im Berichtsjahr 2013, sowie die resultierenden statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten zu erkennen.

Nach dem beschriebenen, neuen Prüfverfahren ist die Mehrheit der Krankenkassen mit statistischer und monetärer Auffälligkeit den AOKn zuzuordnen. Da die monetäre Erheblichkeitsprüfung auf die Summe des Zugewinns je Versicherten bei aller statistisch auffälligen HMGn abstellt, überschreiten insbesondere Krankenkassen mit vielen statistischen Auffälligkeiten hier den Schwellenwert. Anders ausgedrückt, je höher der Zugewinn je Versicherten bei der monetären Erheblichkeitsprüfung, desto mehr auffällige HMGn weist die Krankenkasse in der Regel aus. Dieser Effekt ist bei vielen AOKn zu beobachten. Während

die Krankenkassen mit Überschreitung des monetären Schwellenwertes durchschnittlich in 11,6 HMGn auffällig werden, werden die AOKn allein betrachtet durchschnittlich in 17,4 HMGn auffällig. Betrachtet man die gesamte Kassenlandschaft, wird jede Krankenkasse durchschnittlich in 2,1 HMGn auffällig.



**Abbildung 3 Geprüfte Krankenkassen nach Kassengröße:** Links ist die Verteilung der insgesamt geprüften Krankenkassen nach Kassengröße zu sehen. Mittig sind die statistischen Auffälligkeiten dargestellt; rechts die monetär erheblichen Auffälligkeiten.

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 Abbildung 2 ist die Verteilung der Kassengrößen im Berichtsjahr 2013 zu erkennen, sowie die Verteilungen der statistischen und monetär erheblichen Auffälligkeiten.

In den vergangenen Prüfungen sind vor allem im Bereich der stationären Diagnosen besonders häufig kleine Krankenkassen auffällig geworden. Dieser Effekt ist in dieser Prüfung, welche eine Gesamtgruppierung bestehend aus stationären und ambulanten Diagnosen als Grundlage hat, nicht zu beobachten. Auffällig ist, dass besonders viele moderat große Krankenkassen, mit mehr als 1.000.000 Versicherten und weniger als 5.000.000 Versicherten, auffällig werden. Dieser Effekt ist jedoch nicht auf die Anzahl der Versicherten zurückzuführen, sondern vielmehr auf die Kassenart, da sich in dieser Größenordnung alle auffälligen AOKn finden. In einer internen Analyse wurde geprüft, ob sich die festgestellten Auffälligkeiten ändern, wenn alle AOKn als eine Bundeseinheitliche AOK geprüft werden, die dann mit ca. 25,8 Mio. Versicherten einen großen Teil der Gesamtversicherten stellen würde. Es ergab sich jedoch keine Veränderung in den festgestellten Auffälligkeiten. Das Prüfverfahren

benachteiligt Krankenkassen in dieser Größenordnung demnach nicht. Zudem kann über diese zusätzliche Auswertung für die AOKn ausgeschlossen werden, dass hier eine Regionalkomponente als Störfaktor fungiert, der zusätzlich berücksichtigt werden sollte. Ein Grund für die festgestellten statistischen Auffälligkeiten konnte noch nicht ermittelt werden. Eine Hypothese ist jedoch, dass die wahrscheinlich ähnlich gelagerte Struktur von Versorgungsverträgen, welche nach aktuellem Erkenntnisstand eine primäre Ursache für die gefundenen Auffälligkeiten darstellen, diesen Effekt erklären könnten.

## 2.2. Besonderheiten

Neben den Ergebnissen auf Kassenebene fanden sich in der Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2013 noch einige bemerkenswerte Entwicklungen auf Ebene der gesamten GKV in den statistischen Auffälligkeiten, die hier besondere Erwähnung finden sollten:

Die **HMG034** „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ weist die größte Steigerungsrate auf GKV-Ebene mit 317,71% zwischen dem Berichtsjahr 2012 und 2013 auf. Absolut entspricht dies einem Anstieg von 3.533 Versicherten in der Korrekturmeldung 2012 auf 14.820 Versicherten in der Korrekturmeldung 2013. Mit der Anpassung des Klassifikationsmodells des Ausgleichjahres 2014 wurde die betreffende HMG neu eingeführt. Die HMG besteht aus einer DxG mit vier ICD-Kodes, welche im Klassifikationsmodell nur dann gewertet werden, wenn sie aus dem stationären Bereich stammen. Von diesen vier Diagnosen wurden drei im Jahre 2013 neu in den ICD-Katalog aufgenommen. Dies bedeutet, dass es diese ICD-Kodes in der Referenzmeldung des Berichtsjahres 2012 noch nicht gab. Dieses Ungleichgewicht ist demnach Ursache für die große Steigerung der Fallzahlen auf GKV-Ebene. In der HMG sind bei vier Krankenkassen auffällige Steigerungen festgestellt worden, die über den allgemeinen GKV-Trend hinausgehen, die sich nun in der Prüfung befinden.

Die **HMG058** „Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ ist die drittgrößte HMG mit Blick auf die Besetzungszahlen auf Grundlage der Diagnosen des Berichtsjahres 2013. Jedoch handelt es sich hier auch um die HMG, die mit acht festgestellten Auffälligkeiten am häufigsten Gegenstand einer Einzelfallprüfung geworden ist. Es gibt demnach acht Krankenkassen, bei denen sich die Fallzahlen auffällig stärker entwickeln als in der Gesamt-GKV. Die GKV-Steigerungsrate beträgt 10,57% mit einem Anstieg von 3.184.106 gruppierten Versicherten in der Korrekturmeldung 2012 auf 3.535.417 gruppierte Versicherte in der Korrekturmeldung 2013. Es handelt sich demnach um einen Anstieg von 351.311 gruppierten Versicherten. Die Prävalenz für diese HMG in der Gesamt-GKV liegt bei 4,86% in der Korrekturmeldung 2013 und ist demnach relativ hoch und wird nur durch die Prävalenz für die HMG19 (Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) und die HMG 91 (Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne

Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen) übertroffen. Es handelt sich demnach um ein häufig auftretendes Krankheitsbild, das durch die stetig wachsende Aufmerksamkeit für psychologische Erkrankungen eine steigende Erfassung durch die Leistungserbringer erfährt. Die Entwicklung der HMG 058 ist vor allem durch den Anstieg der validierten Diagnosegruppen (DxGn) „Schwere depressive Episoden / rezidivierende depressive Störungen (Major Depression) (DxG 264)“ und „Leichte oder mittelgradige depressive Episoden (DxG 269)“ begründet.

<b>DxG</b>	<b>KM12</b>	<b>KM13</b>	<b>Differenz</b>
<b>264</b>	2.216.689	2.429.095	212.406
<b>269</b>	2.431.813	2.720.082	288.269
<b>843</b>	110.561	118.800	8.239
<b>Summe</b>	4.759.063	5.267.977	508.914

Der Anstieg der Häufigkeit der DxGn wiederum hängt von den in diesen DxGn abgebildeten ICDs ab. Im Berichtsjahr 2012 wurden 12.494.060 Diagnosen, die in die entsprechenden DxGn führen, kodiert. Im Berichtsjahr 2013 waren es bereits 14.009.918 Diagnosen. Der Anstieg betrifft vor allem die ICD-Kodes F32.0 Leichte depressive Episode“, F32.1 „Mittelgradige depressive Episode“, F33.0 „Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode“, F33.3 „Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen“. Bisher gibt es keine Hypothese, warum diese Diagnosen so viel häufiger gestellt worden sind.

Die HMG mit der zweithöchsten GKV-weiten Steigerung ist die **HMG251** „Adipositas, Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphatstoffwechsels“ mit einer Steigerungsrate von 47,48% und einem Anstieg von 594.970 gruppierten Versicherten in der Korrekturmeldung 2012 auf 836.753 gruppierte Versicherte in der Korrekturmeldung 2013. Der Anstieg in den Besetzungszahlen ist mit 271.783 der zweithöchste zahlenmäßige Anstieg über alle HMGn. Diese HMG umfasst zwei DxGn, die DxG121 „Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels“ und die DxG904 „Adipositas“. Die Krankheit wird über das Vorliegen von zwei Diagnosen aus zwei unterschiedlichen Quartalen validiert. Der beobachtete Anstieg der HMG-Besetzungszahlen ist auf den Anstieg der validierten DxG „Adipositas“ zurückzuführen, die eine GKV-Steigerungsrate von 55,3% hat. Es lässt sich jedoch keine Hypothese formulieren, wie es zu diesem Anstieg kam. Zwar gehört Übergewicht zu den häufigen Erkrankungen in den Industrienationen, jedoch lässt sich dadurch nicht der extreme Anstieg ihrer medizinischen Erfassung über ein Jahr erklären. Daher ist die Hypothese, dass Krankenkassen GKV-weit Anstrengungen unternommen haben, um die Dokumentation der Adipositas-Diagnosen zu steigern. In der HMG sind zehn Krankenkassen auffällig geworden, was bedeutet, dass deren

Steigerung der Diagnosefallzahlen signifikant höher ist als in der Gesamt-GKV. Von diesen zehn Krankenkassen kommen zudem fünf über den Schwellenwert der monetären Erheblichkeitsprüfung. In der Folge wurde bei diesen Krankenkassen eine Einzelfallprüfung eingeleitet.

### **3. Einzelfallprüfungen**

Krankenkassen, die sowohl eine statistische Auffälligkeit, als auch eine monetäre Auffälligkeit aufweisen, werden einer Einzelfallprüfung gemäß § 273 Abs. 4 SGB V unterzogen. Die dreimonatige Frist zur Abgabe einer Stellungnahme für diesen Prüfzyklus endete am 2. Juni 2021. An der Auswertung der Stellungnahmen wird momentan gearbeitet.

### **4. Ausblick auf weitere Prüfungen**

Mit Schreiben vom 29. Januar 2021 nahm der GKV-SV Stellung zum überarbeiteten Bestimmungsentwurf des BAS zur kassenübergreifenden Auffälligkeitsprüfung gemäß § 273 Abs. 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 4 SGB V. Wesentliche, nachvollziehbare Kritikpunkte am Prüfverfahren wurden infolgedessen noch vor Prüfbeginn auf Ebene der Verfahrensbestimmung geändert. Ein Anliegen des GKV-SV, das in diesem Zuge noch nicht aufgegriffen wurde (aus Zeitmangel und weil es praktisch für den vorliegenden Prüfzyklus noch keine Rolle spielte, vgl. den Abschnitt „Einbindung von Austauschsatzarten und Datenkorrekturen“), betrifft den Umgang mit Datenmeldungen, die Gegenstand einer Korrekturbetragsermittlung mittels Schätzverfahren gemäß § 21 Absatz 2 Satz 1 Nr.2 RSAV geworden sind. Die Entwicklung eines methodisch sachgemäßen Vorgehens ist nicht trivial. Die Veröffentlichung einer entsprechend aktualisierten Verfahrensbestimmung ist die Voraussetzung für die Aufnahme neuer Prüfhandlungen für das Berichtsjahr 2014. Dieser Schritt ist vor Ablauf dieses Jahres geplant.