



Bundesversicherungsamt

Erläuterungen zur

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2018

Bonn, den 29. September 2017

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
I. Einführung	1
1 Rechtsgrundlagen und Verfahrensablauf	1
1.1 Gegenstand der Festlegung	1
1.2 Einbindung des Wissenschaftlichen Beirats und Festlegungsentwurf	2
1.3 Anhörungsverfahren und Festlegung	3
2 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2018...13	
2.1 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	13
2.2 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	13
2.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	13
2.4 Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“	13
2.5 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	13
2.6 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“	13
2.7 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“	13
2.8 Hierarchien mit neuen Codes des ICD-10-GM 2017	14
II. Hierarchieübergreifende Hinweise zu Arzneimitteln	15
3 Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung	15
4 DDD-Änderungen im GKV-Arzneimittelindex	15
4.1 Hintergrund	15
4.2 Stellungnahmen	16
4.3 Bewertung	17
4.4 Ergebnis	18
III. Anpassung der Hierarchien	19
5 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	19
5.1 Festlegungsentwurf	19
5.2 Stellungnahmen	20
5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen	20
5.2.2 Bewertung	21
5.3 Festlegung	21
6 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	21
6.1 Festlegungsentwurf	21

6.2	Stellungnahmen	22
6.2.1	Zusammenfassung der Stellungnahmen	22
6.2.2	Bewertung	23
6.3	Festlegung	23
7	Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	23
7.1	Hintergrund	23
7.2	Stellungnahmen	25
7.2.1	Zusammenfassung der Stellungnahmen	25
7.2.2	Bewertung	27
7.3	Festlegung	28
8	Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“	28
8.1	Festlegungsentwurf	28
8.2	Stellungnahmen	29
8.3	Bewertung	30
8.4	Ergebnis	30
9	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	31
9.1	Festlegungsentwurf	31
9.2	Stellungnahmen	32
9.3	Bewertung	32
9.4	Ergebnis	32
10	Neue Kodes des ICD-10-GM 2017 für die Auswahlkrankheiten	33
10.1	Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	33
IV.	Anhang	34
11	Erläuterung zu den Anlagen 1 und 3	34
12	Gesamtbewertung der Anpassungen	36
13	Überblick über Fallzahlen und Kostenschätzer	37
13.1	Ausgangsmodell Ausgleichsjahr 2018	37
13.2	Festlegungsentwurf Ausgleichsjahr 2018	46
13.3	Festlegung Ausgleichsjahr 2018	55
14	Darstellung des Aufgreifalgorithmus	64
15	Übersicht über die Hierarchien	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Festlegungsentwurf der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“	20
Abbildung 2: Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“	22
Abbildung 3: Festlegungsentwurf für Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“	25
Abbildung 4: Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ im Festlegungsentwurf	29
Abbildung 5: Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ in der Festlegung	31
Abbildung 6: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2018.....	64
Abbildung 7: Sonderfall 1 – Arzneimitteldifferenzierung 183 BT	65
Abbildung 8: Sonderfall 2 – Arzneimitteldifferenzierung 42 BT	66
Abbildung 9: Sonderfall 3 – Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen	67
Abbildung 10: Sonderfall 4 – Dialysepflichtige Niereninsuffizienz.....	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stellungnahmen zu allgemeinen Aspekten der Weiterentwicklung.....	4
Tabelle 2: Stellungnahmen zu hierarchieübergreifenden Anpassungen	4
Tabelle 3: Stellungnahmen zur Überarbeitung der Hierarchien	7
Tabelle 4: Neue ICD-Kodes des ICD-10-GM 2017	11
Tabelle 5: Redaktionelle Anmerkungen	11
Tabelle 6: Übersicht über neue oder veränderte Aufgreifkriterien	23
Tabelle 7: DxG-ATC-Zuordnung für neu eingeführte Arzneimitteldifferenzierung für PNH und aHUS. 24	
Tabelle 8: Verwendung der Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2018	35
Tabelle 9: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell AJ2017 / Ausgangsmodell AJ2018.....	36
Tabelle 10: Fallzahlen und Kostenschätzer Modell AJ2017 / Ausgangsmodell AJ2018	37
Tabelle 11: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegungsentwurf AJ2018	46
Tabelle 12: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegung AJ2018	55

I. Einführung

1 Rechtsgrundlagen und Verfahrensablauf

1.1 Gegenstand der Festlegung

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf der Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen. Die Festlegung hat jeweils bis zum 30. September eines Jahres für das folgende Ausgleichsjahr zu erfolgen.

Das BVA hat diese Festlegungen im Rahmen der Vorgaben der RSAV zu treffen (BT-Drs: 16/3100, S. 205). Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nummern 2 und 3 i.V.m. Abs. 1 Satz 2 bis 4 RSAV sowie § 1 Abs. 2 Nummern 2 und 3 des Erlasses des Bundesministeriums für Gesundheit über den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (im Folgenden: „Wissenschaftlicher Beirat“) vom 3. Mai 2007 obliegt diesem die jährliche Überprüfung der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten. Wie sich aus § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ergibt, stellt das Ergebnis dieser Überprüfung eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das BVA die entsprechenden Festlegungen trifft.

Zu der bei der Überprüfung der Krankheitsauswahl anzuwendenden Methodik finden sich weder in der RSAV, noch in der Begründung des Ordnungsgebers (BT-Drs. 16/3100, S. 204 f.) konkretisierende Vorgaben. Sie ist vielmehr Teil der Überprüfung selbst und als solche grundsätzlich vom Wissenschaftlichen Beirat zu bestimmen. Während das BVA in begründeten Fällen von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abweichen kann, ist es nicht gehalten, seinerseits eine umfassende Überprüfung anzustellen. Indem der Wissenschaftliche Beirat mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Dezember 2016 für das Ausgleichsjahr 2018 von der Aufgabe der Überprüfung der Krankheitsauswahl entbunden wurde, hat das BVA für dieses Ausgleichsjahr somit keine Festlegung bzgl. der zu berücksichtigenden Krankheiten getroffen.

Die vorliegende Festlegung betrifft insofern die übrigen gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zu regelnden Bereiche und somit vor allem die Modalitäten, „die für die Ermittlung der Risikozu-

schläge für die einzelnen Morbiditätskategorien erforderlich sind. Hierzu gehören insbesondere die Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätskategorien und das Verfahren der Regressionsrechnung für die Ermittlung der Gewichtungsfaktoren“ (siehe auch BT-Drs.: 16/3100, S. 205).

Nach den „Grundsätzen für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ (§ 29 RSAV) werden mit dem vom BVA festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge gebildet, die auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Wirkstoffen abzugrenzen sind. Zudem sind bei der Gruppenbildung in der Versichertenklassifikation die Minderung der Erwerbsfähigkeit sowie das Alter und das Geschlecht der Versicherten zu berücksichtigen. Für die Standardisierung der Leistungsausgaben für das Krankengeld sind die Risikomerkmale begrenzt auf das Alter, das Geschlecht und das Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit. Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, sind gesonderte Risikogruppen nach Alter und Geschlecht zu bilden und Risikozuschläge anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln (§ 31 Abs. 5. Satz 1 RSAV). Zudem ist für Versicherte, die eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 oder § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, ebenfalls eine gesonderte Risikogruppe zu bilden, die die Risikogruppen nach § 29 Abs. 1 RSAV (die „Morbiditätszuschläge“) ersetzt (§ 31 Abs. 5 Satz 2 RSAV).

1.2 Einbindung des Wissenschaftlichen Beirats und Festlegungsentwurf

Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs die Aufgabe, einen Vorschlag für die laufende Pflege des vom BVA ausgewählten Modells zu unterbreiten.

Aufgrund der zeitgleichen Erstellung des Sondergutachtens zu den Wirkungen des Morbi-RSA hatte sich der Wissenschaftliche Beirat auf die Überprüfung von einigen noch nicht bearbeiteten Änderungsvorschlägen aus den Vorjahren und zwingend notwendige Überarbeitungen beschränkt. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seiner Sitzung am 12. Juni 2017 die Ergebnisse dieser Überarbeitungen abschließend diskutiert und seine Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells beschlossen. Der auf diesen Vorschlägen aufbauende Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2018 wurde am 7. Juli 2017 durch das BVA veröffentlicht. Zeitgleich wurde die nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV vorgesehene Anhörung des GKV-SV eingeleitet.

1.3 Anhörungsverfahren und Festlegung

Bis zum Ablauf der Anhörungsfrist am 11. August 2017 gingen beim BVA neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens der Techniker Krankenkasse (gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse, TK et al.), des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der Barmer, des BKK Dachverbandes (BKK-DV), der DAK-Gesundheit (DAK-G), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit der Bundesärztekammer (KBV-BÄK) sowie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (als Fachgesellschaft der Arbeitsgemeinschaft der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF-DGSM)) ein. Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in den Tabellen 1 bis 5.

In den sich anschließenden Unterkapiteln werden die vom BVA mit dem Festlegungsentwurf in das Anhörungsverfahren gegebenen und in den Stellungnahmen kritisch bewerteten Modellanpassungen jeweils kurz zusammengefasst, bevor eine Bewertung der im Anhörungsprozess eingegangenen, sachbezogenen Stellungnahmen erfolgt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen und Änderungen gegenüber dem Festlegungsentwurf vorgestellt.

Nach Sichtung der Stellungnahmen zu Themen, die nicht Teil der Anhörung waren, wurden folgende Themen nach Rücksprache mit dem Wissenschaftlichen Beirat aufgegriffen: „Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung“ und „DDD-Änderungen im GKV-Arzneimittelindex“.

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat erörtert worden. Sämtliche im Vergleich zur Entwurfsfassung vorgenommenen Modifikationen werden vom Wissenschaftlichen Beirat mitgetragen.

Tabelle 1: Stellungnahmen zu allgemeinen Aspekten der Weiterentwicklung

1	Allgemeine Anmerkungen	
1.1	Verfahrensablauf: Krankheitsauswahl, Vorschlagsverfahren, Festlegungsentwurf Modell, Anhörung	
	Die Aussetzung der Krankheitsauswahl wird grundsätzlich mitgetragen. Allerdings wurde die Krankheitsauswahl des Ausgleichsjahres 2017 schlicht eingefroren. Man hätte sich auch vorstellen können, zumindest die Änderungen, die sich aufgrund von Verschiebungen bei Prävalenzen und Kosten sowie der ICD-Klassifikation etc. ergeben, zu berücksichtigen. Dass dies für das Ausgleichsjahr 2018 nicht erfolgt ist, erscheint vertretbar. In Hinsicht auf die bereits angekündigte Aussetzung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2019 wäre eine technische Prüfung der Krankheitsauswahl dagegen wünschenswert, um die dann über zwei Jahre kumulierten Verschiebungen zu berücksichtigen.	BKK-DV
1.2	Festlegungsentwurf: Methodisches Vorgehen / Dokumentation	
	Die Methodik und die durchgeführten Analysen sind umfassend beschrieben und nachvollziehbar aufbereitet. Die umfangreichen Erläuterungen führen zu einer hohen Transparenz bei der Weiterentwicklung des Modells.	GKV-SV, Barmer, AOK-BV, KBV-BÄK
	Die Darstellung von Gesamtergebnissen sollte zukünftig nach der Bereinigung eventueller Hierarchieverletzungen erfolgen.	GKV-SV
	Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Kriterien zur Auswahl der im Festlegungsentwurf untersuchten Änderungsvorschläge teilweise nicht nachvollzogen werden können.	GKV-SV
	Wie gewöhnlich zeichnen sich die Erläuterungen des BVA auch in diesem Jahr durch ihre gute Verständlichkeit aus.	Barmer
	Die ausbleibende Bearbeitung - auch in Jahren ohne Sonderaufgaben - lässt den RSA hinter seinen Möglichkeiten zurückbleiben und begünstigt so Kassen mit geringer Krankheitslast.	Barmer

Tabelle 2: Stellungnahmen zu hierarchieübergreifenden Anpassungen

2	Hierarchieübergreifende Anpassungen	
2.1	Austauschfähige Arzneimittel (§ 129 Abs. 1 SGB V)	
	Es gibt bei dem Wirkstoff Bromocriptin zwei untereinander austauschfähige ATC-Kodes N04BC01 und G02CB01. Der ATC-Kode N04BC01 ist über den ATC-5-Steller N04BC Dopamin-Agonisten der DxG 847 "Morbus Parkinson mit Dauermedikation" zugeordnet. Der ATC-Kode G02CB01 fehlt in der Zuordnung zu DxG 847 und müsste aufgrund der Austauschfähigkeit ergänzt werden.	Barmer

	Doxazosin besitzt die zwei untereinander austauschfähigen ATC-Kodes C02CA04 und G04CA05. Der ATC-Kode C02CA04 ist bereits über den ATC-5-Steller C02CA Alpha-Adrenozeptor-Antagonisten den DxG 354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538, 539 zugeordnet. Aufgrund der Austauschfähigkeit sollte der ATC-Kode G04CA05 ebenfalls den aufgeführten DxGs hinzugefügt werden.	Barmer
	Wird Azulfidine z.B. bei Patienten mit Arthritis bei Crohn-Krankheit eingesetzt, so ist dies durch die Zulassung abgedeckt. Bei der Arzneimittelbestätigung der DxG 199 (Juvenile Arthritis mit Dauermedikation) wird mit der derzeitigen ATC-Abgrenzung Azulfidine (A07EC01) bei M09.2 (Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa) nicht berücksichtigt, obgleich eine Dauertherapie innerhalb der Arzneimittelzulassung vorliegt. Entsprechend schlagen wir vor, den ATC A07EC01 auch für die DxG 199, DxG 200, DxG 201, DxG 202, DxG 203, DxG 204, DxG 205, DxG 206, DxG 207 und DxG 211 zu berücksichtigen.	AOK-BV
2.2	Aufgreifkriterien: Überarbeitung der ATC-DDD-Angaben im GKV-Arzneimittelindex	
	Zwischen den Versionen 06/2016 und 06/2017 des GKV-Arzneimittelindex ergeben sich aufgrund einer Überarbeitung der ATC-DDD-Angaben teilweise bedeutende Unterschiede in den Klassifikationsergebnissen, die insbesondere Hierarchien mit Hochkostenfällen betreffen. Besonders betroffen sind die Hierarchien 4 "Metabolische Erkrankungen", 8 "Hämatologische Erkrankungen", 14 "Neurologische Erkrankungen", 19 "Erkrankungen der Lunge" und 25 "Transplantationen". In der Tendenz werden Versicherte, die vorher DXGs mit Arzneimittelprüfung zur Kostendifferenzierung zugeordnet wurden, in solche DXGs gruppiert, für die keine Arzneimittelvalidierung, sondern das M2Q- Kriterium festgelegt wurde. Handelt es sich bei den DXGs jedoch um solche mit obligater Arzneimittelprüfung, werden die Versicherten von der Gruppierung ausgeschlossen. Dies erklärt einen gleichzeitig zu beobachtenden Anstieg der Kostenschätzer für die entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen (weitere Details siehe Stellungnahme). Bei den im GKV-Arzneimittelindex 06/2017 beobachteten Änderungen ist daher zwingend fachlich zu überprüfen, inwieweit diese Anpassungen der Aufgreifkriterien bzw. des Klassifikationsmodelles erfordern. Es wird vorgeschlagen, für den Jahresausgleich 2017 die Berechnung der Behandlungstage in den betreffenden ATCs der oben genannten Hierarchiestränge auf Basis der DDD-Angaben der "amtlichen" Version des GKV-Arzneimittelindex durchzuführen.	GKV-SV, AOK-BV, Barmer, BKK-DV
	Es wird vorgeschlagen, die Bereitstellung der Informationen des GKV-Arzneimittelindex auf eine breitere, nicht nur von einem Kassensystem abhängige Basis zu stellen. Die Zuständigkeit dafür liegt unseres Erachtens aufgrund der Bestimmungen der RSAV beim BVA.	Barmer

	Modellverbesserungspotential durch die Berücksichtigung von Hochkostenarzneitherapien vorausschauend nutzen	
	Die sprunghaft erhöhten Behandlungskosten bei neuartigen kostenintensiven Arzneimitteltherapien können zu Hierarchieverletzungen und infolge dessen zu einer erheblichen Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens führen. Alleine von 23 in 2017 begonnen AMNOG-Verfahren zu neuen Arzneimitteln bzw. neuen Indikationsbereichen entfallen 12 auf neuartige hochpreisige Onkologika, weitere 5 Medikamente entfallen auf hochpreisige Arzneimittel für seltene Erkrankungen und nur 6 entfallen auf alle anderen Krankheiten. Eine Arzneimitteldifferenzierung der mit monoklonalen Antikörpern bzw. Tyrosinkinasehemmern therapierten soliden Tumore sollte vorgenommen werden. Die in der Festlegung 2017 vorgetragenen Bedenken hinsichtlich der Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung sind unbegründet. Denn die Zulassung der personalisierten Arzneimittel und monoklonalen Antikörper ist eng begrenzt auf Patienten mit bestimmten Tumoren und nachgewiesenen genetischen Eigenschaften.	AOK-BV
2.4	Alterseinschränkungen der Q-Diagnosen	
	Es wird angeregt, das Thema Alterseinschränkungen aufzugreifen. Speziell geht es um die angeborenen Diagnosen aus dem Kapitel XVII Q00 – Q99 "Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien". Die vorgenommene Einschränkung auf z.B. die Altersstufe 17 in den DxGs 374, 395 und 396 findet keinerlei Stütze in den Dokumentationsvorschriften, sondern gilt ausschließlich für Zwecke des Morbi-RSA. Eine Schweregrad differenzierung durch Alterssplits erscheint sachgerecht, eine medizinisch nicht begründbare Einführung von Alterseinschränkungen jedoch nicht. Auch wird unspezifisches Codieren, ggf. sogar manipulatives "badcoding" begünstigt (Details siehe Stellungnahme).	Barmer
2.5	Erweiterte Diagnosevalidierung	
	Ansatzpunkte besonderer Relevanz (aufgrund unspezifischer Abgrenzung und hoher Fallzahlsteigerungen) bestehen bei folgenden HMG: HMG252/253 "Chronischer Schmerz ohne/mit Dauermedikation", HMG092 "Näher bezeichnete Arrhythmien", HMG019 "Diabetes ohne Komplikationen", HMG103 "Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen" und HMG115 "Atherosklerose der Extremitätengefäße"	BKK-DV
2.6	Ist-Kostenausgleiche	
	Die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte sind konsequent als standardisierte Leistungsausgaben und ohne Berücksichtigung von IST-Kosten zu bemessen und das bis 2012 angewendete Berechnungsverfahren umzusetzen. Es ist zwingend erforderlich, die Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte und Krankengeld auf der Grundlage der Gutachten nach § 269 SGB V kurzfristig anzupassen.	AOK-BV

2.7	Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
	<p>Die fehlerhafte Sonderregelung der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben führt zu systematischen Über- und Unterdeckungen und damit vermeidbaren Risikoselektionsanreizen. Trotz der Korrektur des Berechnungsfehlers bestehen weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten.</p> <p>Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Bestimmung des Volumens der sogenannten nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben weiterhin die übrigen Erstattungen für Ausgaben unberücksichtigt bleiben.</p> <p>Das BVA ist verpflichtet, die Auswirkungen der Sonderregel vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und Korrekturen vorzunehmen (siehe auch detaillierte Ausführungen in der Stellungnahme).</p>	AOK-BV

Tabelle 3: Stellungnahmen zur Überarbeitung der Hierarchien

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.1	Hierarchie 02: Neubildungen	
	Eine Differenzierung von mit Monoklonalen Antikörpern und Proteinkinaseinhibitoren behandelten Patienten wird weiterhin für notwendig gehalten (detaillierte Hinweise finden sich in der Stellungnahme).	AOK-BV, Barmer
3.2	Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen	
	Der Vorschlag des BVA, die Prüfung der vorgeschlagenen arzneimittelbasierten Differenzierung der Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels (Verordnung von Alpha-1-Antitrypsin für Versicherte mit der Diagnose E88.0 "Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts klassifiziert") auf den nächsten Anhörungszyklus zu verschieben, ist nicht nachvollziehbar.	AOK-BV
	Zur Therapie der Erkrankung Hypophosphatasie (E83.38) wurde mit Asfotase alfa ein neues Arzneimittel zugelassen. Aufgrund der immens hohen Behandlungskosten wird vorgeschlagen, bereits im Klassifikationsmodell 2018 eine eigene arzneimittelvalidierte HMG für die mit dem Wirkstoff therapierten Versicherten zu bilden und diese in den oberen Teil der Hierarchie 4 einzuordnen.	AOK-BV
	Die Aufnahme der neuen DxG 141 "Mukopolysaccharidose Typ IV (Morbus Morquio Typ a) mit ERT" in die HMG284 "Morbus Pompe, Morbus Morquio Typ a mit ERT" erscheint nachvollziehbar, da dadurch eine Modellverbesserung erreicht wird.	Barmer, TK et al.
	Die Prüfung einer Ausgliederung von E32.1 "Abszess des Thymus" und des Aufgreifkriteriums scheint im Kontext des diesjährigen Anpassungsverfahrens und der Relevanz verzichtbar.	DAK-G

3.3	Hierarchie 05: Leber	
	Es überrascht, dass die bestehende Hierarchieverletzung zwischen HMG026 "Leberzirrhose" und HMG029 "Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma" genannt wird, der Versuch sie zu beheben aber unterbleibt.	Barmer
	Mit Sofosbuvir wird eine chronische Hepatitis C behandelt. In der Regel dauert die Standardtherapie 12 Wochen und soll eine Heilung bei 90% der betroffenen Patienten erreichen. Dieser medizinische Erfolg ist in einem prospektiven Verfahren nicht abbildbar. Die Lösung des Problems könnte eher im Rahmen des Evaluationsgutachtens und ganz speziell mit der Einführung eines Risikopools erreicht werden.	Barmer
	Das vorgesehene Vorgehen ist sinnvoll.	TK et al.
3.4	Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen	
	Für die Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie wird vorgeschlagen, die Zuordnung der selektiven Immunsuppressiva auf Eculizumab L04AA25 zu begrenzen (detaillierte Begründungen siehe Stellungnahmen).	GKV-SV, AOK-BV, TK et al.
	Da das typische HUS-Syndrom zwingend einer stationären Behandlung bedarf und zudem davon ausgegangen werden kann, dass das atypische HUS-Syndrom vor einer ambulanten Behandlung mit Eculizumab ebenfalls stationär behandelt werden muss, sollte eine Wiedereinführung des Aufgreifkriteriums "stationär erforderlich" für die DXG 241 geprüft werden.	GKV-SV, AOK-BV, TK et al.
	Aufgrund der geringen Fallzahl von 78 Versicherten in der HMG "Atypisches HUS" wird vorgeschlagen, diese HMG mit der HMG 192 "Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie mit Dauermedikation" zusammenzufassen, obwohl die Kostenschätzer einen Unterschied von über 110.00 Euro aufweisen.	GKV-SV
	Es wird vorgeschlagen, die zusätzliche Zuordnung der ICD-Kodes D59.1 "Sonstige autoimmunhämolytische Anämien", D59.8 "Sonstige erworbene hämolytische Anämien" und D59.9 "Erworbene hämolytische Anämien" in die DXG 240 "Hämolytisch-urämisches Syndrom mit Dauermedikation" zu prüfen.	GKV-SV, AOK-BV
	Die Gabe des neu zugelassenen Faktor-X-Präparats Coagadex® ist hoch spezifisch für einen Faktor-X-Mangel. Es wird daher vorgeschlagen, die DxG 225 "Hämophilie mit Dauermedikation" und DxG 226 "Hämophilie Männer mit Bedarfsmedikation" um D68.24 zu ergänzen und in die Arzneimittelzuordnung den ATC-Code D02BD13 aufzunehmen. Aufgrund der Lokalisation des Gens auf Chromosom 13 sollten in der DxG 226 auch Frauen mit ICD D68.24 und ATC-Code D02BD13 berücksichtigt werden.	AOK-BV
	Es wird erneut vorgeschlagen, für die Diagnose D69.3 "Idiopathische thrombozytopenische Purpura" eine neue HMG zu bilden und diese über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag zu validieren.	Barmer
	Die Anpassungen beim hämolytisch-urämischem-Syndrom (HUS) für die Arzneimittelvalidierung sind nachvollziehbar.	DAK-G

	Die Zusammenfassung von HMG193 und HMG047 als Berechnungsschritt M15 in Tabelle 13 wird für nicht erforderlich gehalten. Der Kostenunterschied von über 3.000 Euro sind ein Drittel der HMG047 und beide HMG sind ausreichend besetzt.	DAK-G
	Die vom BVA vorgesehene Trennung der beiden HUS-Formen und Eingliederung in unterschiedliche DxG ist inhaltlich sinnvoll (detaillierte Begründung siehe Stellungnahme).	TK et al.
	Für die DxG 240 / atypisches HUS (zugeordnet zur HMG 195) sollte eine Arzneimitteldifferenzierung anhand ATC L04AA25 "Eculizumab" vorgenommen werden sollte (detaillierte Begründung siehe Stellungnahme).	TK et al.
3.5	Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch	
	Die Analyse für die HMG 052 "Alkohol- oder Drogenabhängigkeit" sollte auf DXG-Ebene durchgeführt werden, um die Auswirkungen für die DXG 926 "Opiatsubstitution" abschließend bewerten zu können. Zudem ist die durch die vorgeschlagene Erweiterung der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel entstehende Off-Label-Use-Problematik in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Die Zuordnung sollte auf Ebene der ATC-7 Steller zu erfolgen, um die Auswahl der Arzneimittelwirkstoffe auf diejenigen zu begrenzen, die im Rahmen der Substitutionstherapie eingesetzt werden.	GKV-SV
	Die Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln wird ausdrücklich befürwortet. Daher wird die Aufnahme neuer ATC-Codes in der Hierarchie 10 begrüßt.	Barmer
	Die Heranziehung der zusätzlichen ATC-Gruppen N02AA, N02AC, N02AE und N02CX zur Arzneimittelvalidierung halten wir für nicht nachvollziehbar. Insgesamt sollte die Erweiterung der ATC-Liste zur Berücksichtigung für die DxG926 auf diejenigen ATC-Siebensteller beschränkt werden, die tatsächlich zur Substitution eingesetzt werden dürfen. Von darüber hinausgehenden Erweiterungen der ATC-Liste ist zur Vermeidung von weiteren Manipulationsmöglichkeiten abzusehen (detaillierte Ausführungen siehe Stellungnahme).	TK et al.
	Die zusätzliche Berücksichtigung von ATC-Kodes für die Arzneimittelbestätigung der DXG 926 "Opiatsubstitution" wird begrüßt.	AOK-BV
3.6	Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen	
	Es wird dem BVA zugestimmt, dass die Berücksichtigung von Versicherten mit Morbus Duchenne im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 nicht möglich ist.	Barmer
	Bei Ataluren wird entgegen der bisherigen Vorgehensweise auf eine HMG verzichtet, da für das Ausgleichsjahr 2018 keine Relevanz besteht. Dieses Vorgehen ist auf den ersten Blick nachvollziehbar. Auf den zweiten Blick wird so allerdings die Möglichkeit genommen, ein Arzneimittel, das 2019 oder 2020 für die gleiche Erkrankung auf den Markt kommen könnte, frühzeitig in einer HMG abzubilden. Diesem möglicherweise "unsinnigen Gedanken" eines Platzhalters sei hier noch einmal entgegenzusetzen, dass neue Arzneimittel ohne jegliche Kalkulation "automatisch" berücksichtigt werden, sofern es bereits eine HMG mit Arzneimittelvalidierung gibt.	DAK-G

	Die Begründung, mit der das BVA eine Arzneimitteldifferenzierung bei Morbus Duchenne ablehnt, ist schlüssig. Das Klassifikationsmodell sollte daher in der Hierarchie 14 nicht verändert werden.	TK et al.
	Es wird empfohlen, anstelle des Begriffs "Schlafapnoe" den Begriff "Schlafbezogene Atmungsstörungen" zu wählen.	AWMF-DGSM
	Bei Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung (SBAS) besteht ein erhöhtes Risiko zu kardiovaskulären Erkrankungen und Störungen des Stoffwechsels. Vice versa erhöht sich das Morbiditätsrisiko bei Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, des Stoffwechsels und bei Atemwegserkrankungen, wenn der Patient gleichzeitig von einer SBAS betroffen ist. Wir empfehlen, dass diese Wechselwirkung im RSA entsprechend Berücksichtigung findet.	AWMF-DGSM
3.7	Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks	
	Aufgrund der sehr hohen Kosten wird vorgeschlagen, das bei der hereditären spinalen Muskelatrophie mit Mutationen im SMN1-Gen neu gelassene Medikament Nusinersen bereits im Ausgleichsjahr 2018 zu berücksichtigen. Da die Applikation stationär und ambulant erfolgen kann und für die stationäre Applikation keine Arzneimittelabrechnungsdaten vorliegen, wird vorgeschlagen die erbliche spinale Muskelatrophie durch die ICD-Codes G12.0 "Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]" und G12.1 "Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie" aufzugreifen und mit einer Prüfung der Nusinersen-Therapie aufgrund von klinischer Relevanz zu versehen. Auf diese Weise würden sowohl stationär behandelte Patienten als auch ambulant behandelte Patienten aufgegriffen. Da es sich um eine Stoffwechselerkrankung handelt, bei der durch die Antisens-Behandlung wirksames Protein substituiert wird und aufgrund der Höhe der Kosten im zweiten Behandlungsjahr sollten die ICDs G12.0 und G12.1 zunächst der HMG281 "Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT" in Hierarchie 04 Metabolische Erkrankungen zugeordnet werden.	AOK-BV
3.8	Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen	
	Die HMG106 wird aufgrund des negativen Kostenschätzers auf 0 € gesetzt. Die Erkrankung hat aber bei der Krankheitsauswahl seit Jahren eine hinreichende Relevanz für die Aufnahme in die Liste der 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Zur Lösung wird eine der Varianten "Zusammenlegung mit anderer HMG" oder Verwendung des Arzneimittelkriteriums "wegen klinischer Relevanz" vorgeschlagen.	Barmer
3.9	Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems	
	Das BVA akzeptiert die Hierarchieverletzung und verschiebt die Überprüfung auf die nächste Anpassungsperiode. Da diese Differenz sehr gering ist, ist die technische Anpassung an dieser Stelle nachvollziehbar. Der Einsatz der personellen Ressourcen muss nach Wichtigkeit des Sachverhaltes erfolgen.	Barmer
	Das Vorgehen zur Beseitigung der Hierarchieverletzung entspricht dem üblichen Verfahren und wird von uns unterstützt.	TK et al.

Tabelle 4: Neue ICD-Kodes des ICD-10-GM 2017

4	Neue ICD-Kodes des ICD-10-GM 2017 für die Auswahlkrankheiten	
	Die beiden neuen ICD-Kodes G95.10 "Nichttraumatische spinale Blutung" und G95.18 "Sonstige vaskuläre Myelopathien" fehlen bei der Zuordnung für das Ausgleichsjahr 2018.	GKV-SV, DAK-G
	Die Einführung der mit dem ICD-10-GM 2017 neu eingeführten Diagnosen in die Hierarchien erscheint sachgerecht.	Barmer, KBV-BÄK, TK et al.

Tabelle 5: Redaktionelle Anmerkungen

5	Sonstige und redaktionelle Anmerkungen	
5.1	Anlage 2	
	Zur Klarstellung sollte der Begriff "Dialysekennzeichen" durch "Kennzeichen für extrakorporale Blutreinigung" ersetzt werden. Dies betrifft das Dokument Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2018 als auch die Anlage 2 Aufgreifkriterien.	GKV-SV
	Im Tabellenblatt Erläuterungen der Anlage 2 Aufgreifkriterien ist unter Verlauf die Ausnahmeregel für Nebendiagnosen bzw. stationäre Diagnosen bei der Prüfung der Behandlungstage gemäß Punkt 1.3.2.4.2 der Festlegungen nicht vollständig bzw. nicht richtig umgesetzt: Für das akut-rezidivierende Krankheitsgeschehen fehlt der Hinweis, dass stationäre Nebendiagnosen den Hauptdiagnosen gleichgestellt sind. Für das chronische Krankheitsgeschehen fehlt der Hinweis, dass die Menge an Behandlungstagen (BT) beim Vorliegen einer stationären Diagnose um 8 BT zu reduzieren ist. Für den Wert 1331 wird anstelle von 8 um 10 BT reduziert.	GKV-SV
5.2	Anlage 3	
	In Anlage 3 DXG-ATC fehlt für die DXG 924 "Entzündliche Darmerkrankung (Alter < 18 Jahre) mit Dauermedikation" der ATC-Code L04AB Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren.	GKV-SV, BKK-DV
5.3	Dokument "Erläuterungen"	
	Gemäß den Erläuterungen zu den Festlegungen lautet die Bezeichnung der DXG 218 "Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie mit Dauermedikation". In den Anlagen findet sich hingegen die Bezeichnung "PnH".	GKV-SV
	Kapitel 15 fehlt.	GKV-SV
	Auf den Seiten 10, 17 und 81 ist die HMG282 als HMG0282 bezeichnet.	GKV-SV
	Auf Seite 27 fehlt der Bezug zur Verweisquelle (Tabelle 9).	GKV-SV
	Auf Seite 28 (Tabelle 9) sind in der schematischen Darstellung für das Modell M05 die HMG193 und HMG194 vertauscht.	GKV-SV

	Auf Seite 32 muss es "...DXG 223 'Erworbene hämolytische Anämien'" heißen.	GKV-SV
	Auf Seite 33 ist die HMG-Nummer für die aplastischen Anämien mit HMG045 angegeben, es handelt sich aber um die HMG044.	GKV-SV
	Auf Seite 35 wird in der Erläuterung zur Tabelle 12 im Hinblick auf den Übergang von Modell M12 zu M13 (HMG195 wird an die Hierarchiespitze gestellt) von "einer weiteren Verbesserung der Kennzahlen" ausgegangen. Die ausgewiesenen Kennzahlen in der Tabelle sinken allerdings geringfügig.	GKV-SV
	Auf Seite 53 zeigt Tabelle 20 nicht die Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell 2015, sondern zum Klassifikationsmodell 2017 bzw. zum Ausgangsmodell 2018.	GKV-SV
	Im Kapitel 12 Neue Kodes des ICD-10-GM 2017 für die Auswahlkrankheiten sollte die Sortierung entsprechend der Hierarchienummern erfolgen. Folglich wäre der Gliederungspunkt 12.4 als Punkt 12.2 einzuordnen.	GKV-SV
	Seite 27: der Verweis auf die Ergebnisse der Überprüfung der Kostenhomogenität der in HMG 045 verbliebenen Gruppen fehlt.	AOK-BV
	In der Darstellung für den Sonderfall 1 und Sonderfall 2 fehlt die Auflistung der DxGs, die als Sonderfall 1 bzw. 2 gelten auf S. 73 und 74.	Barmer
	Das BVA stellt im Bereich der Hierarchien 05 und 20 Hierarchieverletzungen fest. Allerdings werden die entsprechenden HMG bei der Berechnung der Fallzahlen und Kostenschätzer nicht zusammengelegt. Dies mindert die Aussagekraft der Tabelle. Eine Neuberechnung sollte ergänzt werden.	BKK-DV
	Erläuterung zum Festlegungsentwurf (S. 6): "Es findet sich eine Hierarchieverletzung zwischen HMG026 "Leberzirrhose" und HMG029 "Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung". Die korrekte Bezeichnung für HMG029 lautet: "Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma".	BKK-DV
5.4	Excel-Anlage 2	
	In der Festlegung ist eine Reduzierung der BT um 8 BT vorgesehen. In der Excel-Anlage fehlt jeder Hinweis auf eine Reduzierung.	BKK-DV

2 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2018

Für das Ausgleichsjahr 2018 besteht kein hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf. Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen in den einzelnen Hierarchien im Vergleich zum Festlegungsentwurf aufgeführt.

2.1 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.3 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.4 Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“

Von den fünf im Festlegungsentwurf für die Arzneimitteldifferenzierung in der DxG926 hinzugefügten ATC-Kodes N02AA, N02AC, N02AE, N02CX und V70AA werden bis auf N02AE „Oripavin-Derivate“ alle in die Festlegung übernommen.

2.5 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.6 Hierarchie 20 „Erkrankungen des Urogenitalsystems“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.7 Hierarchie 27 „Erkrankungen des Neugeborenen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.8 Hierarchien mit neuen Kodes des ICD-10-GM 2017

Zwei weitere neue ICD-Kodes werden der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“ zugeordnet.

II. Hierarchieübergreifende Hinweise zu Arzneimitteln

3 Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung

Zu diesem Punkt sind Stellungnahmen der Barmer und von AOK-BV eingegangen.

Obwohl dieses Thema nicht Teil der Anhörung war, wird im folgenden Abschnitt ein kurzer erläuternder Hinweis gegeben.

Im Kapitel 7 der Festlegung für AJ 2017 (Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung) wird unter der Annahme einer routinemäßigen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells in 2017 die Bearbeitung des Themas auf den nächsten Anpassungszyklus verschoben. Vor dem Hintergrund der in diesem Jahr gleichzeitig stattfindenden Evaluation des Morbi-RSA wurde im Frühjahr 2017 in Abstimmung mit dem Beirat von einer Bearbeitung des Themas abgesehen.

Die in Tabelle 7 (Weitere ATC-Kodes zur Überprüfung auf Ergänzung in Anlage 3) des o. g. Kapitels genannten Wirkstoffe werden so bald wie möglich bearbeitet. In Bezug auf Methotrexat werden die Diagnosegruppen 243, 457, 737, 741 - 749 und 846 schnellstmöglich einer erneuten Analyse unterzogen.

4 DDD-Änderungen im GKV-Arzneimittelindex

4.1 Hintergrund

Bestimmten Diagnosegruppen (und damit HMGs) werden Versicherte nur zugeordnet, wenn sie einen bestimmten Wert an Behandlungstagen (BT) erreicht haben. Die Behandlungstage ergeben sich aus dem Produkt der Tagesdosen (DDD) je Packung und der Anzahl an Packungen, für die ein Patient eine Verordnung in der Apotheke eingelöst hat. Die so berechneten BT werden gemäß der für eine Diagnosegruppe berücksichtigungsfähigen Wirkstoffe (Anlage 3 der jeweiligen Festlegung) den DxGs zugeordnet und Versicherten- und DxG-spezifisch aufsummiert.

Die DDD je Packung werden für jede dem BVA in der Satzart 400 gemeldete Verordnung (Anzahl der Packungen je Pseudonym/Versicherten, Verordnungsdatum und Pharmazent-

ralnummer) über den GKV-Arzneimittelindex ermittelt. Mit der Aktualisierung der dem Klassifikationssystem zugrunde liegenden Morbiditätsdaten erfolgt routinemäßig eine Versionsanpassung des GKV-Arzneimittelindex. Für das Ausgleichsjahr 2018 werden die Versionen Stand 06/2016, 06/2017 und 06/2018 Anwendung finden.

Vor allem im Bereich der Blutgerinnungsfaktoren (B02BD) ergeben sich zwischen den Ständen 2016 und 2017 teilweise große Unterschiede bei den DDD-Angaben, so dass größere Änderungen bei der Zuordnung von Versicherten in diesem Bereich zu erwarten sind.

Im Oktober 2015 hat die ATC/DDD Arbeitsgruppe der WHO entschieden, alle DDDs für Blutgerinnungsfaktoren in der Gruppe B02BD zu streichen, weil der Verbrauch von Blutgerinnungsfaktoren in Faktoreinheiten (IU) gemessen werden kann. Die Dosierung ist in diesem Bereich sehr variabel, abhängig vom Behandlungsziel und dem (individuellen) Ansprechen der Patienten. Daher haben nach Ansicht der WHO Arbeitsgruppe DDDs für Blutfaktor-Produkte keinen hohen Aussagewert. Von Seiten der WHO wurden die DDDs 2016 (mit Wirkung ab dem Jahr 2017) gelöscht.

Das WIdO hat daraufhin in der Sitzung der Arbeitsgruppe ATC/DDD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen am 25. November 2016 den Auftrag erhalten, die DDDs der Blutgerinnungsfaktoren zu prüfen und an die Marktgegebenheiten in Deutschland anzupassen.

Die Überarbeitung der Tagesdosen der Blutgerinnungsfaktoren ist entsprechend der üblichen wissenschaftlichen Vorgehensweise des WIdO erfolgt (vgl. Fricke et al., Methodik der ATC Klassifikation 2017, Mai 2017). Entsprechend wurden die Blutgerinnungsfaktoren in der Stammdatei des WIdO seit Mai 2017 mit den neuen Tagesdosen berechnet.

4.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV führt aus, dass sich aufgrund dieser Sachlage für das RSA-Verfahren teilweise bedeutende Unterschiede in den Klassifikationsergebnissen, die insbesondere Hierarchien mit Hochkostenfällen betreffen, ergeben. Mit der Versionsumstellung von 2016 auf 2017 verändern sich nach Berechnungen des GKV-SV die Modellkennzahlen R-Quadrat, CPM und MAPE nicht einheitlich. R-Quadrat wird besser, CPM und MAPE werden schlechter. Laut GKV-SV werden dabei tendenziell Versicherte, die vorher DxGs mit Arzneimittelkriterium zugeordnet wurden, in solche DxGs gruppiert, für die das M2Q-Kriterium festgelegt wurde. Handelt es sich jedoch um solche mit obligater Arzneimittelprüfung, werden die Versicherten von der Gruppierung ausgeschlossen. Dies erklärt einen gleichzeitig zu beobachtenden Anstieg der Kostenschätzer für die entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen. Es werden dazu einige Beispiele aufgeführt.

Es sei vor diesem Hintergrund von grundlegender Bedeutung, dass die ATC-DDD-Angaben im laufenden Verfahren eine gewisse Beständigkeit aufweisen. Daher sei zwingend fachlich

zu prüfen, inwieweit die Änderungen im GKV-Arzneimittelindex Anpassungen der Aufgreifkriterien bzw. des Klassifikationsmodelles erfordern.

Der BKK Dachverband legt dar, dass nach § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV das Bundesversicherungsamt nach Anhörung des GKV-SV die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpasst, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Eine (technische) Anpassung sei daher nicht zwingend. Zur Vermeidung der beschriebenen Verzerrungen unterstützen sie den Vorschlag des GKV-SV, für das Ausgleichsjahr 2018 die Aufgreifkriterien anzupassen und bei der Hierarchie 8 auf den Sonderfall 3 (Diagnosevalidierung nach Ordnungsquartalen) zurückzugreifen.

Die Barmer führt aus, dass die flächendeckende Veränderung von DDD-Bewertungen um die Hälfte und mehr (überwiegend als DDD-Absenkung) inhaltlich auch die Klassifikation substantiell verändere. Sie gehen davon aus, dass die Festlegung der DDD-Grenzen in der Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ in Kenntnis der geänderten DDD-Bewertung anders erfolgt wäre. Die Anwendbarkeit der DDD-Änderungen für den Zweck des Morbi-RSA sei daher ausdrücklich zu prüfen. Auch die Barmer stimmt dem o. g. Vorschlag des GKV-SV grundsätzlich zu. Notwendige Anpassungen sollen an den Grenzen für Dauer- und Bedarfsmedikation vorgenommen werden. Der GKV-Arzneimittelindex erweise sich für den Morbi-RSA als Datengrundlage, die zu Verzerrungen innerhalb eines Ausgleichsjahres führen kann. Die Barmer schlägt daher vor, die Bereitstellung der Informationen des GKV-Arzneimittelindex auf eine breitere, nicht nur von einem Kassensystem abhängige Basis zu stellen. Die Zuständigkeit dafür liege ihres Erachtens beim BVA. Das BVA solle in Abstimmung mit dem GKV-SV und in Rücksprache mit dem BMG neue Regelungen festlegen. Die Barmer bietet ihre eigene Expertise zur Unterstützung an.

Der AOK-BV bittet den Wissenschaftlichen Beirat und das BVA, die Auswirkungen der deutlich veränderten Tagesdosen zu untersuchen. In diesem Zusammenhang seien insbesondere die Aufgreifkriterien und die festgesetzten BT-Grenzen empirisch zu prüfen und erforderliche Modellanpassungen gegebenenfalls vorzunehmen. AOK-Analysen und Analysen des GKV-SV zeigten, dass andernfalls mit einer deutlichen Verschlechterung der Modellgüte zu rechnen sei.

4.3 Bewertung

Die routinemäßige Anpassung an die aktuellere Version des GKV-Arzneimittelindex (hier Übergang von 06/2016 auf 06/2017) erfolgt vor dem Hintergrund der Vorschrift nach § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV (Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells): Das Bundesversicherungsamt kann nach Anhörung des GKV-SV die Festlegungen nach Satz 1 unterjährig anpassen, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Genau dies ist im Vergleich der beiden Versionen passiert. Das

WIdO hat die DDDs der Blutgerinnungsfaktoren geprüft und an die Marktgegebenheiten in Deutschland angepasst, d.h. aktualisiert.

Insofern ergibt sich kein Grund für ein Abweichen von der üblichen Vorgehensweise.

Aufgrund der großen Auswirkungen innerhalb des Klassifikationssystems sollten trotzdem andere Modifikationen für das Ausgleichsjahr 2019 geprüft werden. Aus Kapazitätsgründen ist dies im Rahmen dieser Festlegung nicht mehr möglich.

4.4 Ergebnis

In Abstimmung mit dem Wissenschaftlichen Beirat passt das BVA die Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel an den GKV-Arzneimittelindex, Stand 06/2017, an.

III. Anpassung der Hierarchien

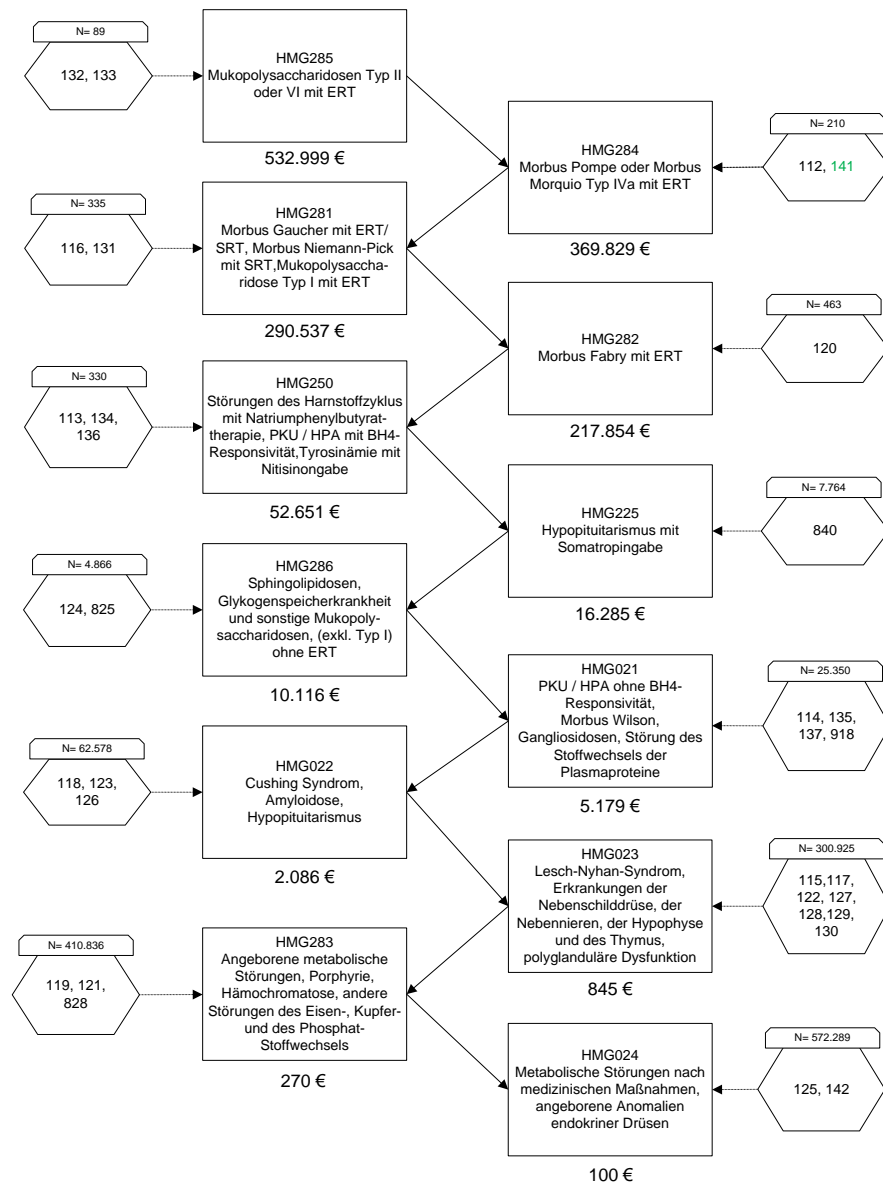
5 Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

5.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2018 wurde folgende Anpassung in der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ vorgeschlagen: Versicherte mit ICD-Kode E76.2 oder E76.3, welche mindestens 42 Behandlungstage (Kinder unter 12: 21 Behandlungstage) mit A16AB12 aufweisen, erhalten die DxG141 „Morbus Morquio Typ a“. DxG141 führt in HMG284. Diese wird umbenannt in „Morbus Pompe oder Morbus Morquio Typ a mit ERT“.

Abbildung 1 fasst die Änderungen zusammen.

Abbildung 1: Festlegungsentwurf der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“



5.2 Stellungnahmen

5.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Zum Festlegungsentwurf in der Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“ gingen Stellungnahmen des AOK-BV, der Barmer, der DAK-G und von TK et al. ein. Inhaltliche Kritik zum gemachten Vorschlag gab es keine. TK et al. bezeichneten die Zuordnung von Versicherten mit Morbus Morquio Typ a zu HMG294 unter Anwendung des Sonderfalls Arzneimitteldifferenzierung über 42 / 21 Behandlungstage als „fachlich sinnvoll“. Die DAK-G bezeichnete die dadurch erreichte Verbesserung der Kennzahlen als „erwartet“.

Kritik entzündete sich primär an den nicht durchgeführten Überprüfungen einer Arzneimitteldifferenzierung des Alpha-1-Antitrypsinmangels, die weder von AOK-BV noch von Barmer

nachvollzogen werden konnte. Die Barmer erinnerte darüber hinaus an die in Aussicht gestellte Überprüfung des Aufgreifkriteriums für den „Abszess des Thymus“. Der DAK-G erschien die Aussetzung der Überprüfung des „Abszess des Thymus“ im Kontext des diesjährigen Anpassungsverfahrens und der Relevanz hingegen als nachvollziehbar.

5.2.2 Bewertung

Die weitere Verschiebung der Überprüfung von Anpassungen im Bereich „Alpha-1-Antitrypsinmangel“ und „Abszess des Thymus“ ist durch die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen begründet. Die Überarbeitung im Rahmen des diesjährigen Anpassungszyklus war zu einem Zeitpunkt in Aussicht gestellt worden, als die Erstellung eines Sondergutachtens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA nicht zu erwarten war und daher in der internen Ressourcenplanung nicht berücksichtigt werden konnte.

Für die Priorisierung der zu untersuchenden Vorschläge wurden neben den zur Verfügung stehenden Ressourcen u.a. der erwartete Untersuchungsaufwand und der Zeitpunkt des Einbringens eines Vorschlags im Rahmen der vergangenen Vorschlagsverfahren in die Entscheidungsfindung einbezogen. Dass veränderte Rahmenbedingungen veränderte Entscheidungen in der Ressourcenplanung nach sich ziehen, wurde von der Mehrheit der Anhörungsteilnehmer nicht in Frage gestellt und sollte prinzipiell nachvollziehbar sein.

Die Vorschläge werden in einem der kommenden Anpassungszyklen überprüft werden, sobald die zur Verfügung stehenden Ressourcen dieses zulassen.

5.3 Festlegung

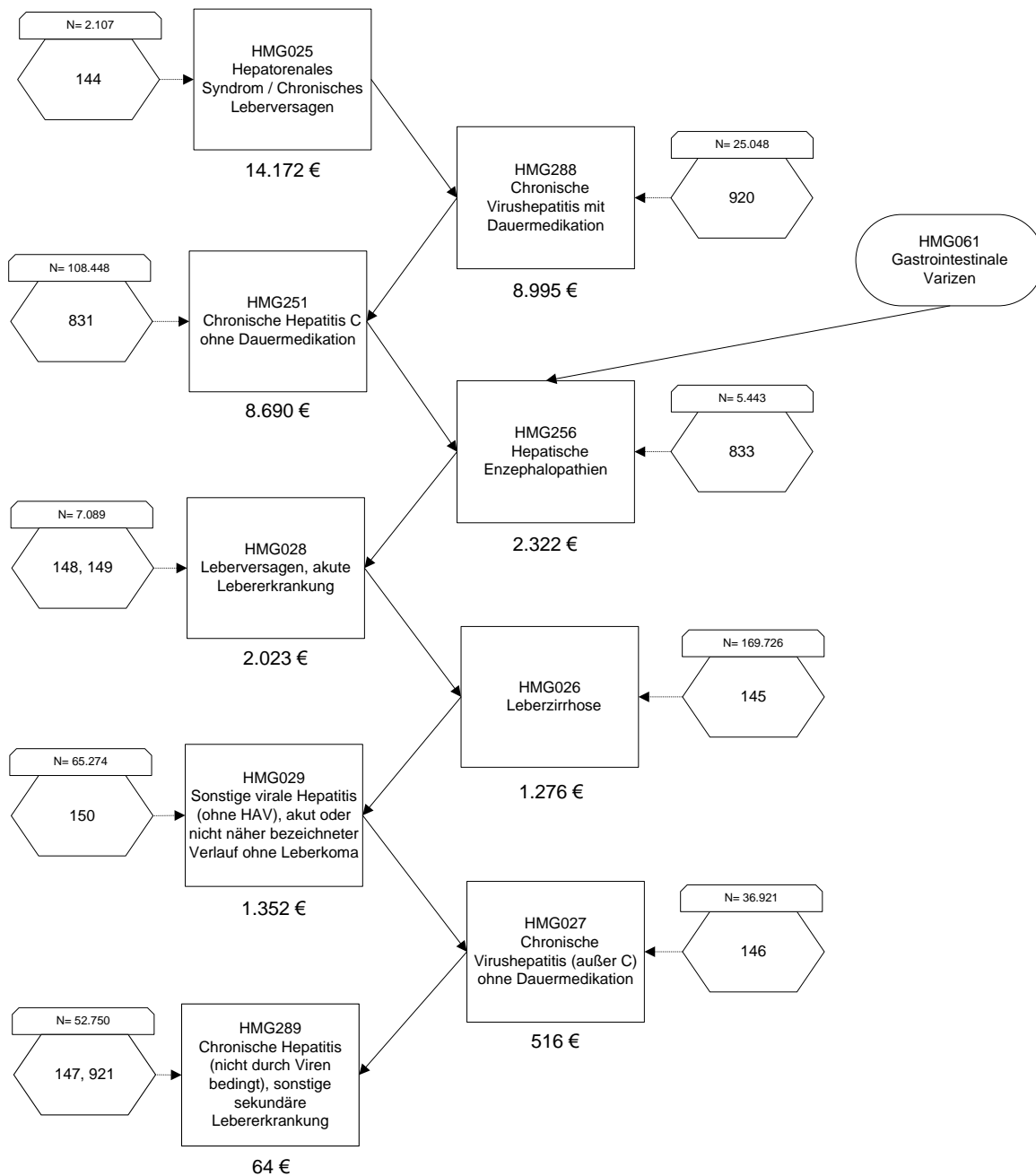
Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

6 Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

6.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2018 wurde trotz einer vorliegenden Hierarchieverletzung keine Anpassungen vorgenommen. Die Hierarchie 05 behielt die in Abbildung 2 zusammengefasste Ausgestaltung.

Abbildung 2: Festlegungsentwurf der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“



6.2 Stellungnahmen

6.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Barmer bezeichnet es als überraschend, dass der Versuch, die Hierachieverletzung zwischen HMG026 „Leberzirrhose“ und HMG029 „Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma“ zu beheben, unterbleibt. TK et al. bezeichnen das vorgesehene Vorgehen hingegen als sinnvoll.

6.2.2 Bewertung

Grundsätzlich ist es wünschenswert eine inhaltliche Lösung für die Behebung der Hierarchieverletzung zwischen HMG026 „Leberzirrhose“ und HMG029 „Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma“ zu erreichen. Eine solche inhaltliche Behebung hätte jedoch weitergehende Untersuchungen erfordert, die innerhalb der gegebenen, zeitlichen Rahmenbedingungen nicht geleistet werden konnten.

Laut Festlegung werden zwei Hierarchien vereinigt und als einheitliches Risikomerkmals in der Regression berücksichtigt, falls eine Hierarchieverletzung auftritt. Diese Regelung wird umgesetzt. Eine Überarbeitung der Hierarchie wird angestrebt, sobald die Ressourcen im Rahmen der Festlegungen dies erlauben.

6.3 Festlegung

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

7 Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

7.1 Hintergrund

Im Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2018 wurde die vorgeschlagene Arzneimitteldifferenzierung von paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH) und atypischen hämolytisch-urämisches Syndrom (aHUS) geprüft, erläutert und beschlossen. Für die Ausgliederung der ICD-Kodes der PNH und des (a)HUS wurden neue Dx-Gruppen geschaffen und mit entsprechenden Aufgreifkriterien verknüpft (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Übersicht über neue oder veränderte Aufgreifkriterien

DxG	DxG_Bezeichnung	Stationär erforderlich	Arzneimittel	BT
218	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) mit Dauermedikation	nein	Sonderfall 1	183
219	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) ohne Dauermedikation	nein	nein	0
240	Atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom mit Eculizumab	nein	Sonderfall 1	183
241	Typisches hämolytisch-urämisches Syndrom	nein	nein	0

Die im Falle einer Arzneimitteldifferenzierung verwendeten ATC-Kodes werden in Tabelle 7 zusammengefasst.

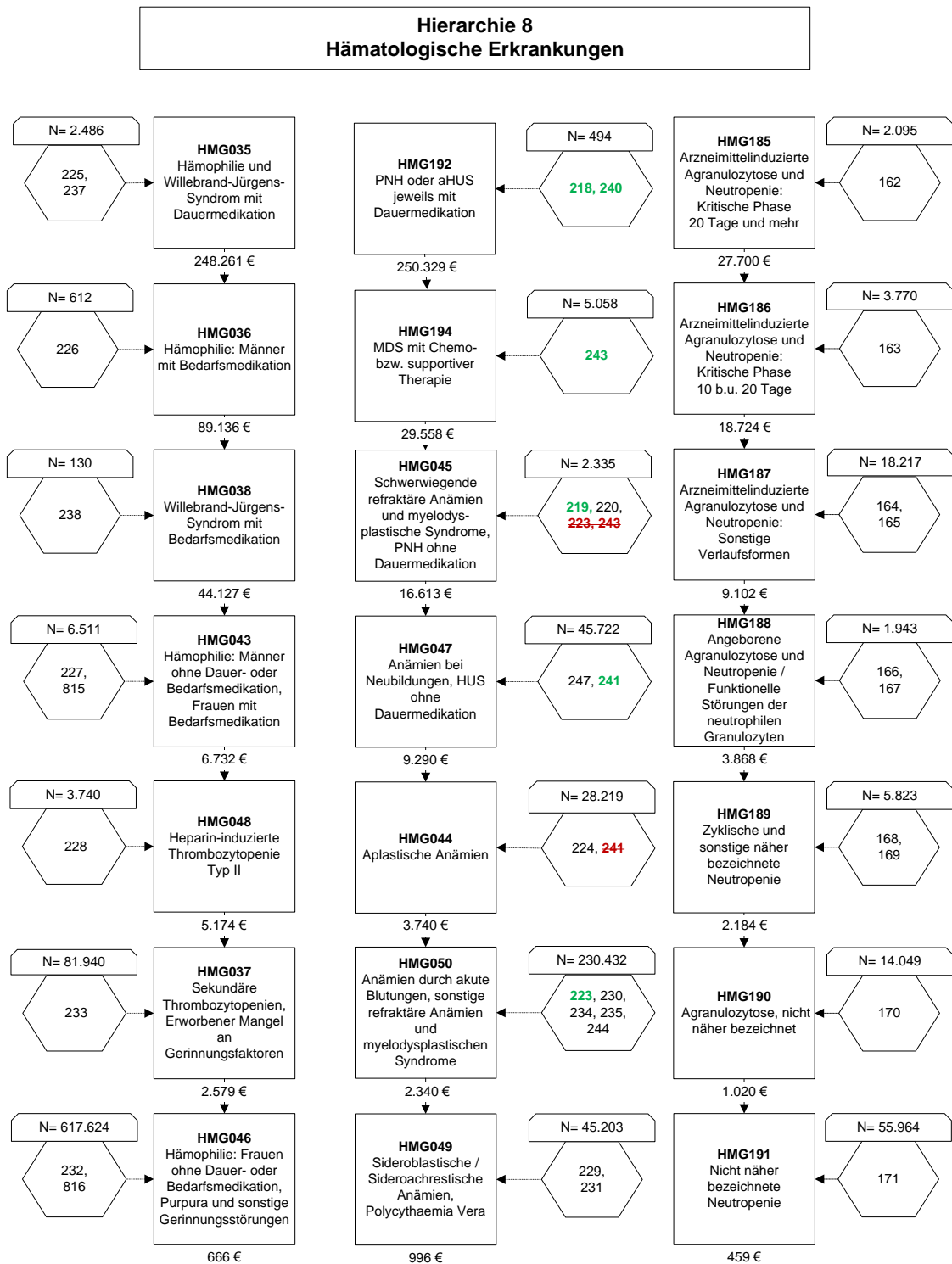
Tabelle 7: DxG-ATC-Zuordnung für neu eingeführte Arzneimitteldifferenzierung für PNH und aHUS

DxG	ATC	ATC-Bezeichnung
218	B01AA	Vitamin-K-Antagonisten
218	B01AB	Heparine
218	H02AB	Glucocorticoide
218	L04AA02	Muromonab-CD3
218	L04AA03	Antilymphozytäres Immunglobulin (Pferd)
218	L04AA04	Antithymozytäres Immunglobulin (Kaninchen)
218	L04AA06	Mycophenolsäure
218	L04AA10	Sirolimus
218	L04AA13	Leflunomid
218	L04AA15	Alefacept
218	L04AA18	Everolimus
218	L04AA19	Gusperimus
218	L04AA21	Efalizumab
218	L04AA22	Abetimus
218	L04AA23	Natalizumab
218	L04AA24	Abatacept
218	L04AA25	Eculizumab
218	L04AA26	Belimumab
218	L04AA27	Fingolimod
218	L04AA28	Belatacept
218	L04AA29	Tofacitinib
218	L04AA31	Teriflunomide
218	L04AA34	Alemtuzumab
240	L04AA25	Eculizumab

Die Ausgliederung und Arzneimitteldifferenzierung der PNH aus der bisherigen DxG223 und die notwendigen Anpassungen der Aufgreifkriterien im Bereich des HUS erzeugten Verwerfungen der Kostenstruktur des Hierarchiestrangs der Erkrankungen der Blutbildung und zogen in Folge eine ausführliche Überarbeitung des Hierarchiestrangs nach sich.

Der Festlegungsentwurf für die Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ ist in Abbildung 3 zusammengefasst.

Abbildung 3: Festlegungsentwurf für Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“



7.2 Stellungnahmen

7.2.1 Zusammenfassung der Stellungnahmen

Die Stellungnahmen zur Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ konzentrierten sich im Wesentlichen auf die Abgrenzung der Arzneimittel, die zur Arzneimittelprüfung der

DxG218 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie mit Dauermedikation“ festgesetzt wurden, sowie auf die Festlegung des Aufgreifkriteriums für DxG241 „Typisches hämolytisch-urämisches Syndrom“.

Grundsätzlich wurde die Ausgliederung und Arzneimitteldifferenzierung der PNH aus ihrer bisherigen DxG von den Anhörungsteilnehmern begrüßt. Kritisiert wurde jedoch zum einen die Tatsache, dass für die Arzneimittelprüfung der DxG218 „Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie mit Dauermedikation“ ein breiter Prüfungsansatz gewählt wurde. Zum anderen führte die angestrebte Zusammenlegung von PNH bzw. aHUS mit Dauermedikation zu Rückfragen einzelner Anhörungspartner.

So schlägt der GKV-SV vor zu prüfen, ob die ausschließliche Berücksichtigung von Eculizumab für die Verifizierung der PNH mit Dauermedikation zu besseren Modellergebnissen führt. Des Weiteren wird vorgeschlagen, im Rahmen der Neuordnung des Hierarchiestrangs der Erkrankungen der Blutbildung die vermutete Überschneidung der Kostenverteilung für die DxG218 „PNH mit Dauermedikation“ und DxG240 „Atypisch urämisches Syndrom mit Dauermedikation“ anhand von Boxplots weitergehend zu analysieren. Barmer und TK et al. kritisieren die Auswahl der Wirkstoffe für die Arzneimitteldifferenzierung der PNH als zu unspezifisch, da die vorgesehenen Wirkstoffe mit Ausnahme von Eculizumab keine Indikation zur Behandlung der PNH besitzen. Der GKV-SV und der AOK-BV schlagen vor, Patienten mit den Diagnosen D59.1 „Sonstige autoimmunhämolytische Anämien“, D59.8 „Sonstige erworbene hämolytische Anämien“ und D59.9 „Erworbene hämolytische Anämie“ ebenfalls in die DxG240 „Atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom mit Dauermedikation“ aufzunehmen, da Eculizumab hochspezifisch sei.

Der GKV-SV, Barmer und TK et al. stellen die Frage nach einer Wiedereinführung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für das typische HUS und führen an, dass die Erkrankung sehr schwerwiegend und lebensbedrohlich sei und eine sachgerechte Behandlung nur im Krankenhaus erfolgen kann.

Der AOK-BV schlägt vor, den Faktor X-Mangel in die Arzneimittelprüfung der Dx-Gruppen 225 „Hämophilie mit Dauermedikation“ und 226 „Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation“ unter Verwendung des in 2016 zugelassenen Coagadex (B02BD13) mit aufzunehmen.

Die Barmer erinnert an ihren Vorschlag, eine Arzneimittelprüfung der idiopathischen Thrombozytopenie unter Verwendung der Wirkstoffe Romiplostim (ATC-Kode B02BX04) und Eltrombopag (ATC-Kode B02BX05) einzuführen.

7.2.2 Bewertung

7.2.2.1 *Arzneimittelprüfung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie*

Der Hauptkritikpunkt der Stellungnahmen bezieht sich auf die fehlende Spezifität jener ATC-Kodes, die über die Verwendung von Eculizumab hinausgehen. Es sei an dieser Stelle auf die Erläuterung zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2017 verwiesen in der festgehalten wird, dass Arzneimittel im Klassifikationssystem generell zu zwei Zwecken eingesetzt werden: „zur Diagnosevalidierung (Verifizierung der Richtigkeit oder des klinischen Gehalts der Diagnose) und zur Differenzierung [...]“. Beide Arzneimittelzuordnungen erfolgen grundsätzlich anhand einer so breit wie möglich ausgelegten Wirkstoffauswahl. Es sollen alle Arzneimittelverordnungen erfasst bzw. entsprechende Wirkstoffe herangezogen werden, die plausibel als Therapie zu einer bestimmten Diagnosegruppe passen (Versorgungs[form]neutralität).“ (vgl. Bundesversicherungsamt¹, 2017, S. 30). Die Spezifität des ATC-Kodes ist kein grundsätzliches Kriterium für die Aufnahme des ATC-Kodes in die Arzneimittelprüfung. Die in Tabelle 7 ausgewählten ATC-Kodes erfüllen die vom BVA verwendeten Kriterien. Darüber hinaus ist zu ergänzen, dass die ausgewählten Wirkstoffe den Leitlinien zur Behandlung der PNH entsprechen.

Es werden bei der Arzneimittelprüfung der PNH daher keine Änderungen vorgenommen.

7.2.2.2 *Aufgreifkriterium für DxG241 „Typisches urämisches-hämolytisches Syndrom“*

Die Aufhebung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ ist alleine durch die Standards der Klassifikationssystematik begründet. So wird das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ grundsätzlich nur dann vergeben, wenn die unter einem ICD-Kode zusammengefassten Ausprägungen der Diagnose zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssen. Dass dies bei vielen Fällen des HUS so ist, wird nicht in Frage gestellt. Dennoch kann das Kriterium nicht angewendet werden, wenn – wie in diesem Fall durch einige atypische Ausprägungen des HUS – unter dem ICD-Kode auch Zustände subsumiert werden können, die *nicht* zwingend im Krankenhaus therapiert werden müssen. Dies ist an dieser Stelle der Fall. Sollte eine Anpassung im ICD-Kode die Differenzierung auf Grundlage der Diagnose erlauben, wäre die Voraussetzung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ möglich.

Eine Abweichung von diesem Grundsatz bzw. Anpassung desselben müsste aufgrund der Rückwirkungen für das Klassifikationssystem an anderer Stelle umfassend diskutiert und geprüft werden. Dies konnte im gegebenen Zeitrahmen nicht geleistet werden.

¹ Bundesversicherungsamt, „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2017,“ 2016.

7.2.2.3 Aufnahme der Diagnosen D59.1, D59.8 und D59.9 in DxG240 „Atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom“

Eculizumab ist für die Therapie der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie und des atypischen HUS zugelassen. Anders als von den Anhörungspartnern dargelegt, ist also das Vorliegen einer Verordnung mit Eculizumab zwar ein Hinweis auf das Vorliegen des atypischen HUS, der Wirkstoff kann jedoch auch bei PNH eingesetzt werden. Die Tatsache, dass sich in Tabelle 7 des Festlegungsentwurfs im Übergang von Modell M01 auf M02 einige Fälle der HMG045 auch in den darüber liegenden HMGs finden, kann als Hinweis gesehen werden, dass es auch für Versicherte mit PNH Überschneidungen in der Vergabe weiterer ICD-Kodes gibt (vgl. Bundesversicherungsamt², 2017, S. 26). Somit ist eine Zuordnung zur DxG240 „Atypisch hämolytisch-urämisches Syndrom“ nicht zwingend eindeutig und daher auch systematisch nicht zu begründen.

7.2.2.4 Weitere Anpassungsvorschläge

Weitere Anpassungsvorschläge zur Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“ werden untersucht, sobald es die vorhandenen Kapazitäten erlauben.

7.3 Festlegung

Es werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf keine Änderungen vorgenommen.

8 Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“

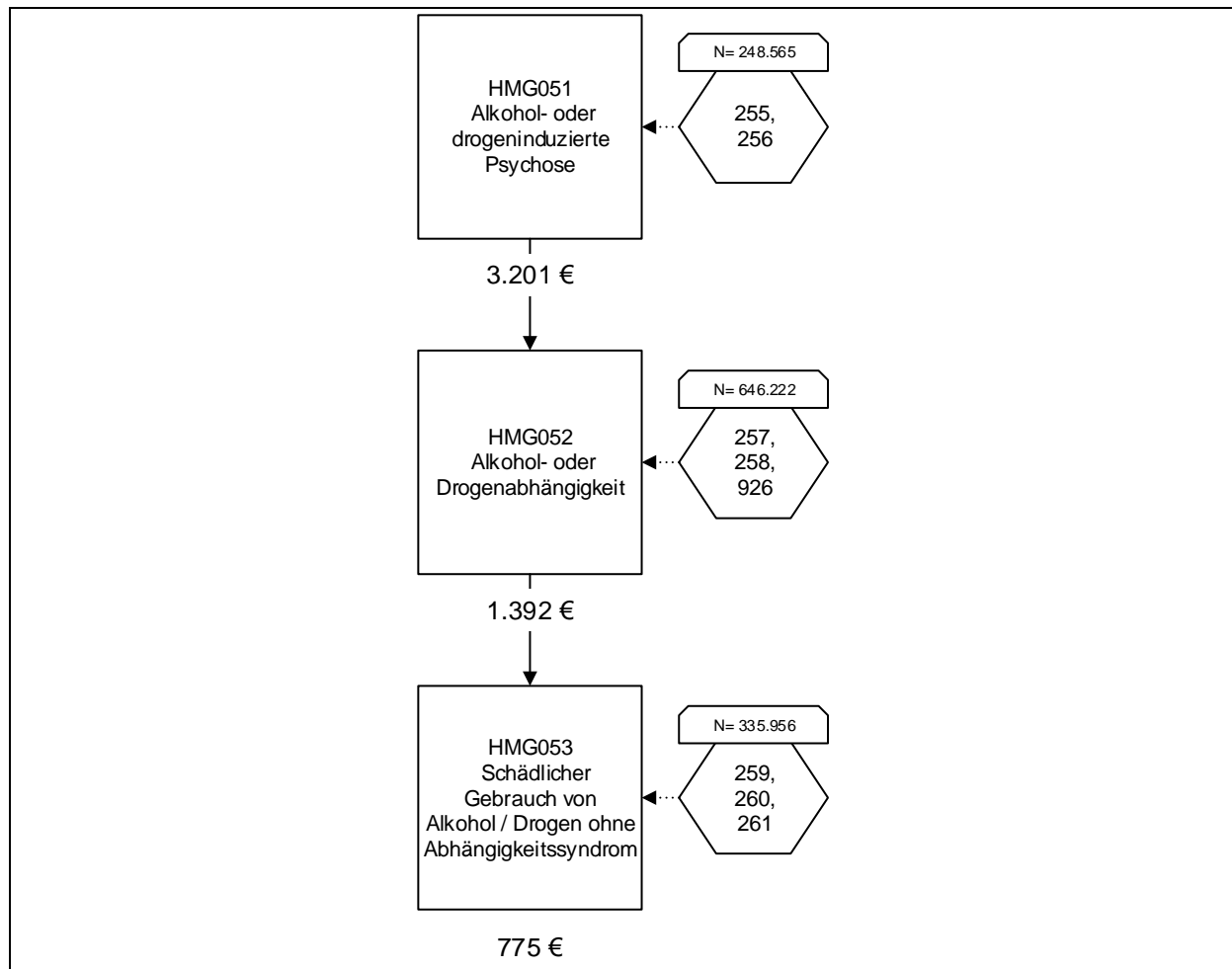
8.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden nach Prüfung und Diskussion der Anpassungsvorschläge in der Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ für die DxG926 „Opiatsubstitution“ in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zusätzlich die ATC-Kodes N02AA, N02AC, N02AE, N02CX und V70AA berücksichtigt.

Die Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ im Festlegungsentwurf wird in Abbildung 4 zusammengefasst. Diese enthält die Kostenschätzer der Vollerhebung.

² Bundesversicherungsamt, „Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2018,“ 2017.

Abbildung 4: Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ im Festlegungsentwurf



8.2 Stellungnahmen

Die zusätzliche Berücksichtigung der genannten ATC-Kodes wird von AOK-BV und Barmer begrüßt.

TK et al können die Heranziehung der ATC-Fünfsteller hingegen nicht nachvollziehen und schlagen stattdessen eine Beschränkung auf ausschließlich diejenigen ATC-Siebensteller vor, die zur Substitution eingesetzt werden dürfen.

Der GKV-SV spricht sich ebenfalls für eine Berücksichtigung von ATC-Siebenstellern aus und bittet bei der Überprüfung die Auswirkungen auf DxG-Ebene sowie die Off-label-Problematik mit einzubeziehen.

8.3 Bewertung

Die Aufnahme der Gruppe des ATC-Fünfstellers V70AA „Rezepturen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit“ in die Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel für die DxG926 „Opiatsubstitution“ ist als unstrittig anzusehen.

In der Gruppe des ATC-Fünfstellers N02AA „Natürliche Opium-Alkaloide“ sind neben Morphin, Codein und Dihydrocodein, die (in Ausnahmefällen) zur Drogensubstitution von Opiatabhängigen eingesetzt werden, weitere Wirkstoffe enthalten, die nicht zu diesem Zweck eingesetzt werden. Dies liegt an der standardmäßigen Berücksichtigung von Wirkstoffgruppen (ATC-Fünfsteller) in der Anlage 3. Dasselbe gilt auch für die Gruppe N02AC „Diphenylpropylamin-Derivate“. An dieser Stelle ergibt sich keine Änderung zum Festlegungsentwurf.

Die Gruppe der ATC-Fünfsteller N02CX „Andere Migränemittel“ enthält u.a. Codein, das (in Ausnahmefällen) zur Drogensubstitution eingesetzt werden kann. Die breit angelegte Arzneimittelauswahl in der Anlage 3 beinhaltet keine Prüfung, ob derzeit je gelistetem Wirkstoff auch entsprechende Präparate am Markt verfügbar sind. Auch wenn derzeit kein Präparat erhältlich ist, ist die Beibehaltung des Fünfstellers vor dem Hintergrund der bisherigen Vorgehensweise konsistent und nicht schädlich.

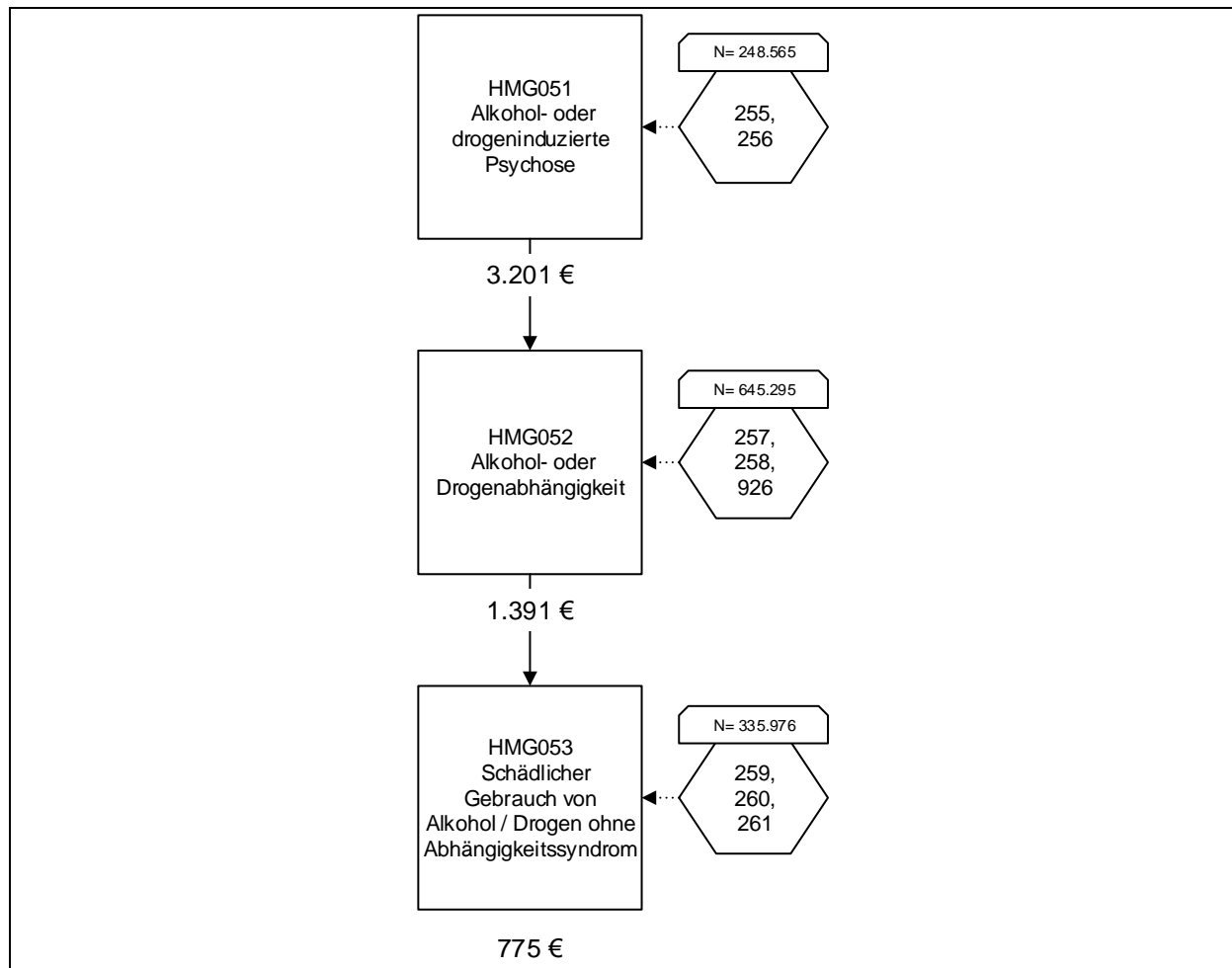
Aufgrund der Hinweise aus den Stellungnahmen wurde die ATC-Fünfsteller-Gruppe N02AE „Oripavin-Derivate“ im Detail betrachtet. Buprenorphin mit dem ATC-Kode N02AE01 ist der einzige Wirkstoff dieser Gruppe. Er ist in unterschiedlichen Präparaten verfügbar: z.B. in Subutex® (ATC-Kode N07BC01) und Temgesic® (ATC-Kode N02AE01), jeweils mit 0,4 mg Buprenorphin pro Sublingualtablette. Während Subutex® zur Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit indiziert ist, ist Temgesic® zur Schmerztherapie indiziert und zur Drogensubstitution kontraindiziert. Auch die anderen Darreichungsformen von Präparaten des Wirkstoffes Buprenorphin mit dem ATC-Kode N02AE01 (transdermale Pflaster und Injektionslösungen) sind zur Drogensubstitution kontraindiziert. Die Verordnung eines entsprechenden Arzneimittels unterstützt daher nicht die Validität der Diagnose „Opiatsubstitution“ (Z51.83). Der ATC-Kode N02AE sollte somit nicht zum Aufgreifen der DxG926 „Opiatsubstitution“ in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel verwendet werden.

8.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird der ATC-Fünfsteller N02AE „Oripavin-Derivate“ für die DxG926 „Opiatsubstitution“ aus der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel herausgenommen. Die Fallzahlen und Kostenschätzer der Vollerhebung für die Hierarchie

10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2018 gibt Abbildung 5 wieder.

Abbildung 5: Hierarchie 10 „Drogen- / Alkoholmissbrauch“ in der Festlegung



9 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

9.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde dargelegt, dass eine Differenzierung der Indikation G71.0 „Muskeldystrophie“ (unter die Morbus Duchenne fällt) über die Verordnung von Ataluren im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 prinzipiell denkbar ist. Einschränkend wurde gesagt, dass die Zahl der Versicherten mit der Diagnose G71.0 und gleichzeitig mindestens einer Verordnung von Ataluren mit 36 sehr klein ist. Gegen eine Differenzierung spricht auch, dass eine Berücksichtigung im Jahresausgleich 2018 selbst nicht möglich ist. Diesem werden die Morbiditätsdaten 2017 (Korrekturmeldung) zugrunde liegen. Zum Zeitpunkt des Festlegungsentwurfs und auch derzeit (September 2017) ist Translarna® in

Deutschland nicht (mehr) auf dem Markt und findet sich daher in den Daten der GKV nicht mit entsprechender PZN wieder.

9.2 Stellungnahmen

Die Barmer stimmt zu, dass die Berücksichtigung von Versicherten mit Morbus Duchenne im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 nicht möglich ist. Auch TK et al. halten die Begründung, mit der das BVA eine Arzneimitteldifferenzierung bei Morbus Duchenne ablehnt, für schlüssig. Das Klassifikationsmodell sollte daher in der Hierarchie 14 nicht verändert werden.

Die DAK-G schreibt dagegen, dass bei Ataluren entgegen der bisherigen Vorgehensweise auf eine HMG verzichtet wird, da für das Ausgleichsjahr 2018 keine Relevanz besteht. Dieses Vorgehen sei auf den ersten Blick nachvollziehbar. Auf den zweiten Blick werde so allerdings die Möglichkeit genommen, ein Arzneimittel, das 2019 oder 2020 für die gleiche Erkrankung auf den Markt kommen könnte, frühzeitig in einer HMG abzubilden. Diesem möglicherweise „unsinnigen Gedanken“ eines Platzhalters setzen sie noch einmal folgendes entgegen: Neue Arzneimittel würden ohne jegliche Kalkulation „automatisch“ über die Anpassung einer Anlage berücksichtigt, sofern es bereits eine Diagnosegruppe mit einer entsprechenden Gruppe von Arzneimitteln als Aufgreifkriterium gebe. In allen anderen Fällen würden vier Jahre vergehen, bis eine Berücksichtigung in einer HMG möglich sei.

9.3 Bewertung

Auch das BVA und der Wissenschaftliche Beirat sehen die Möglichkeit einer Wiedereinführung von Ataluren auf dem deutschen Markt. Allerdings ist hier die Ausgestaltung für das Ausgleichsjahr 2018 zu bewerten. Einer Diagnosegruppe mit den Kriterien ICD-Kode G71.0 und gleichzeitige Verordnung von Ataluren wären im zugehörigen Jahresausgleich keine Versicherten zugeordnet (sofern Ataluren in diesem Jahr nicht neu vermarktet wird). Sollte Ataluren in den letzten Monaten dieses Jahres doch wieder in Deutschland verfügbar sein, würde die Besetzung der Diagnosegruppe im Jahresausgleich nur diesen kurzen Zeitraum wiedergeben. Insofern ist eine Berücksichtigung in der aktuellen Festlegung nicht möglich. Darüber hinaus besteht nach wie vor die Einschränkung durch die begrenzte Anzahl von betroffenen Versicherten.

9.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergibt sich keine Änderung. Eine Berücksichtigung im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2018 wird abgelehnt. Die Hierarchie bleibt unverändert.

10 Neue Kodes des ICD-10-GM 2017 für die Auswahlkrankheiten

Ergänzend zum Festlegungsentwurf sind noch zwei neue ICD-Kodes, die einer Ausdifferenzierung des vierstelligen ICD-Kodes G95.1 „Vaskuläre Myelopathien“ entsprechen, einer Auswahlkrankheit zuzuordnen.

10.1 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

Die beiden neuen ICD-Kodes

- G95.10 "Nichttraumatische spinale Blutung" und
- G95.18 "Sonstige vaskuläre Myelopathien"

werden der DxG309 „Sonstige Myelopathien“ zugeordnet; diese DxG wird der HMG039 „Sonstige Myelopathien“ zugeordnet.

IV. Anhang

11 Erläuterung zu den Anlagen 1 und 3

Anlage 1 beschreibt die beabsichtigte Zuordnung von ICD-Diagnosen zu DxGs, MGs und Krankheiten für das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahrs 2018.

Für die Versichertenklassifikation der Meldungen aus den einzelnen Morbiditätsjahren sind nur jene Diagnoseschlüssel zulässig, die die Plausibilisierungskriterien des DIMDI gemäß §§ 295 und 301 SGB V erfüllen (d.h. die Kennzeichen „O“, „P“ oder „Z“ tragen und keine Muss-Fehler in Alter und Geschlecht aufweisen). Dabei werden für die Diagnosen die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr und bei sogenannten „Jahresüberlieger-Diagnosen“ aus der stationären Versorgung die Kriterien aus dem Morbiditätsjahr vorangegangenen Jahr zugrunde gelegt.

Anlage 3 ordnet den DxGs die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zu. Die Zuordnung erfolgt auf Basis der im GKV-Arzneimittelindex gelisteten ATC-Kodes (Stand Juni des auf das Morbiditätsjahr folgenden Jahres). Bei der Anlage 3 werden jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist eine mögliche Umklassifizierung von ATC-Kodes. ATC-Kodes erhalten u. U. eine neue Bedeutung, während die ursprüngliche Bedeutung einem anderen (neuen) ATC-Kode zugewiesen wird. Einzelne ATC-Kodes können daher eine unterschiedliche Bedeutung in verschiedenen Jahren haben.

Die Anlage 3 wird im Rahmen dieser Festlegung für die Morbiditätsjahre 2014 bis 2016 (d.h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2015 bis 6/2017) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2017 (auf Grundlage des GKV-Arzneimittelindex 6/2018) erfolgt im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das Ausgleichsjahr 2018.

Tabelle 8: Verwendung der Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2018

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	GKV- Arzneimittelindex
Festlegung	2014	2014	6/2015
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2015	2015	6/2016
GLB I	2016	2016	6/2017
GLB II	2016	2016	6/2017
GLB III	2017	2017	6/2018
Gewichtungsfaktoren für GLB IV	2016	2016	6/2017
GLB IV	2017	2017	6/2018
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2017	2017	6/2018
Jahresausgleich	2017	2017	6/2018

12 Gesamtbewertung der Anpassungen

In Tabelle 9 werden die Gütemaße des Ausgangsmodells für das Ausgleichsjahr 2018 (welches aufgrund der Aussetzung der Krankheitsauswahl dem Klassifikationsmodell für das AJ2017 entspricht) denen des Entwurfs sowie denen der Festlegung für das Klassifikationsmodell 2018 gegenübergestellt. Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle Modelle die Vollerhebung der Morbiditätsdaten des Jahres 2014 bzw. der Leistungsausgaben des Jahres 2015.

Tabelle 9: Entwicklung der Modellgüte im Vergleich zum Klassifikationsmodell AJ2017 / Ausgangsmodell AJ2018

Modell	R ²	CPM	MAPE
Klassifikationsmodell AJ2017 / Ausgangsmodell AJ2018	24,70%	23,82%	2.204,86 €
Entwurf Klassifikationsmodell AJ2018	25,41%	23,88%	2.203,05 €
Festlegung Klassifikationsmodell AJ2018	25,41%	23,88%	2.203,05 €

13 Überblick über Fallzahlen und Kostenschätzer

13.1 Ausgangsmodell Ausgleichsjahr 2018

Tabelle 10: Fallzahlen und Kostenschätzer Modell AJ2017 / Ausgangsmodell AJ2018

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	318.827	4.426,92 €	19,49 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.518.881	794,63 €	6,34 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.115.199	847,65 €	5,35 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.675.891	1.315,01 €	6,00 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.777.059	1.020,62 €	4,74 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.431.986	1.242,01 €	5,12 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.324.947	1.422,06 €	5,26 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.232.693	1.280,50 €	5,29 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.217.101	1.074,03 €	5,27 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.907.779	1.095,27 €	4,61 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.118.536	1.183,24 €	4,51 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.720.392	1.225,17 €	4,86 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.355.751	1.280,48 €	5,38 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.991.001	1.563,14 €	5,73 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	1.907.832	1.866,05 €	5,94 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.198.988	2.120,74 €	5,72 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.445.818	2.334,20 €	7,06 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	986.978	2.538,91 €	8,59 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	492.151	2.658,76 €	12,13 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	125.363	2.566,24 €	24,16 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	336.398	5.137,32 €	19,00 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.599.862	983,89 €	6,18 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.231.024	1.055,83 €	5,22 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.773.242	1.014,27 €	5,84 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.946.059	658,06 €	4,62 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.522.966	616,44 €	5,00 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.361.555	652,48 €	5,14 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.169.686	702,13 €	5,35 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.083.115	762,92 €	5,46 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.689.248	855,08 €	4,80 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.885.434	995,38 €	4,70 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.465.149	1.203,48 €	5,12 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.048.754	1.381,93 €	5,80 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.679.539	1.758,04 €	6,25 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.532.750	2.163,05 €	6,64 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.648.039	2.412,42 €	6,59 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	936.865	2.507,30 €	8,68 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	484.256	2.605,97 €	11,98 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	145.846	2.799,14 €	21,76 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	25.749	3.117,41 €	53,20 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	129.484	2.664,72 €	21,89 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	319.854	1.697,47 €	14,21 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	459.890	912,56 €	12,08 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	118.805	2.172,84 €	22,90 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	304.905	1.483,42 €	14,57 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	467.840	1.185,44 €	12,11 €
HMG001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	52.895	15.690,10 €	34,46 €
HMG002	Sepsis	125.122	3.137,03 €	24,23 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.961	10.271,25 €	130,58 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	3.068	4.982,09 €	145,87 €
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kaposi-Dose / PML	44.378	4.324,91 €	38,85 €
HMG006	SIRS	7.446	1.692,30 €	93,72 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	612.363	1.187,16 €	10,83 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	723.168	787,49 €	10,06 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	846.176	1.600,32 €	10,57 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	957.555	1.001,81 €	9,14 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	362.845	657,55 €	13,44 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.354	6.096,80 €	80,02 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.339.902	386,23 €	4,20 €
HMG020	Insulintherapie	1.372.725	2.359,31 €	8,73 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	25.350	5.178,77 €	49,24 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	62.578	2.085,69 €	31,19 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	300.925	844,85 €	14,79 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	572.289	100,13 €	10,36 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	2.107	14.171,85 €	184,23 €
HMG026	Leberzirrhose	169.726	1.275,60 €	19,40 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	36.921	515,73 €	40,39 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.089	2.022,92 €	96,90 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	65.274	1.351,97 €	30,42 €
HMG031	Ileus	148.051	2.517,83 €	21,15 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.544	449,58 €	117,35 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	245.512	752,40 €	15,71 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	12.233	3.206,88 €	74,17 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.486	248.249,77 €	155,23 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	612	89.136,53 €	312,92 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	81.940	2.595,40 €	28,67 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	130	44.126,66 €	676,80 €
HMG039	Sonstige Myelopathien	1.320.925	696,43 €	7,08 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	1.015.524	1.306,33 €	8,29 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.413	2.566,73 €	28,35 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	81.650	824,89 €	27,28 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.511	6.726,82 €	96,30 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	28.531	4.486,63 €	47,89 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	10.880	26.955,60 €	78,60 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	617.624	680,53 €	10,11 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.779	9.234,73 €	44,03 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	3.740	5.143,09 €	132,77 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	45.203	996,70 €	37,08 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	227.645	2.364,43 €	19,26 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	248.565	3.194,49 €	16,08 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	639.244	1.365,55 €	10,05 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	336.164	773,97 €	13,55 €
HMG054	Schizophrenie	314.627	4.390,45 €	14,26 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	88.377	2.851,87 €	26,23 €
HMG056	Psychosen, Wahn	187.186	1.033,98 €	18,30 €
HMG057	Sonstige depressive Störungen und Episoden	2.418.829	479,62 €	5,23 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.875.569	1.024,19 €	4,30 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	95.238	2.268,06 €	25,21 €
HMG061	Gastroösophageale Varizen	40.204	6.358,16 €	41,11 €
HMG063	Peritonitis	32.187	1.787,26 €	45,38 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	96.329	927,58 €	25,48 €
HMG065	Meläna und Hämatemesis	60.197	2.459,08 €	32,92 €
HMG071	Polyneuropathie	1.189.189	716,14 €	7,60 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	119.761	3.006,62 €	22,70 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	180.171	1.210,42 €	19,07 €
HMG074	Epilepsie	791.678	1.633,25 €	9,07 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	73.711	3.269,81 €	29,24 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	55.220	2.324,12 €	33,78 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	296.248	3.126,35 €	15,60 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	43.083	1.425,26 €	38,08 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.497.943	1.004,82 €	5,99 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.079	1.776,53 €	15,76 €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.361.087	672,49 €	7,30 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.829.909	494,58 €	5,43 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.919.188	512,38 €	6,16 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	828	14.420,93 €	274,73 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	39.253	2.261,50 €	39,13 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.714.287	234,96 €	3,12 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	2.102.888	1.110,42 €	6,14 €
HMG095	Zerebrale Blutung	34.633	5.463,21 €	43,77 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	188.357	2.240,51 €	18,79 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	53.183	6.850,57 €	36,68 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	86.070	55,48 €	26,69 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	398.605	2.120,49 €	13,01 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	89.273	1.548,02 €	26,20 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	630.231	564,67 €	10,27 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	45.120	5.861,33 €	38,36 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	786.164	806,49 €	9,15 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	971.413	-136,31 €	8,17 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	45.505	4.257,79 €	37,86 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax	417.841	3.279,83 €	13,10 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.556	16.648,07 €	50,71 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	450.961	1.321,35 €	11,88 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	18.162	224,23 €	57,73 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	591.002	1.520,70 €	10,59 €
HMG117	Pleuraerguss	113.245	2.865,02 €	24,98 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	50.252	1.082,57 €	35,04 €
HMG130	Dialysestatus	77.016	42.931,48 €	33,17 €
HMG131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit / Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.855.584	812,49 €	6,52 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	207.450	378,51 €	17,10 €
HMG133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	315.126	1.507,57 €	14,25 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	244.970	3.842,03 €	17,53 €
HMG136	Nierenversagen	118.907	3.185,91 €	24,72 €
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	18.273	831,50 €	57,32 €
HMG144	Mechanische Komplikation und durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	37.914	4.693,50 €	42,68 €
HMG146	Schwangerschaft	839.459	1.269,02 €	8,85 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	20.062	2.143,52 €	54,66 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	214.878	2.908,15 €	17,38 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.354.348	1.004,95 €	6,85 €
HMG153	Femurfraktur	118.923	1.322,76 €	23,75 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation	254.314	1.108,00 €	15,74 €
HMG157	Andere Verletzungen	167.133	770,31 €	19,25 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	459	18.765,06 €	380,59 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.570	3.493,55 €	72,40 €
HMG161	Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	25.280	1.785,03 €	50,90 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	25.263	2.626,46 €	49,95 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	100.966	6.901,82 €	26,26 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	78.306	2.152,38 €	28,74 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	225.548	580,91 €	16,55 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.747	19.288,96 €	186,31 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.809	5.824,11 €	181,92 €
HMG172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	1.773	20.464,34 €	188,07 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.828	12.266,63 €	113,06 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.626	10.666,84 €	96,06 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.948	6.729,33 €	46,98 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	36.687	2.033,88 €	41,60 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.118	25.131,00 €	249,38 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.168	8.665,10 €	180,01 €
HMG184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	10.561	4.669,39 €	75,92 €
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.095	27.416,13 €	194,10 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.770	18.460,56 €	139,60 €
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	18.217	9.113,06 €	64,31 €
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.943	3.911,31 €	176,55 €
HMG189	Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.823	2.132,85 €	103,76 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	14.049	1.015,43 €	66,04 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	55.964	458,29 €	32,98 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.950	8.143,15 €	61,30 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	112.065	6.927,30 €	23,25 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	418.500	3.441,44 €	12,27 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.271	4.045,59 €	52,45 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	57.280	2.029,75 €	33,21 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	99.015	747,56 €	24,72 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.283.963	1.921,85 €	7,35 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	136.995	9.169,07 €	22,59 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	5.064	29.755,24 €	109,94 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.717	16.924,84 €	186,45 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	40.266	4.758,07 €	38,74 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.085.564	222,08 €	7,62 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.764	16.285,04 €	87,67 €
HMG226	Juvenile Arthritis	22.202	1.292,05 €	51,95 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	257.738	597,78 €	15,49 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.304.703	220,11 €	7,01 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	922.779	963,41 €	8,37 €
HMG231	Dysthymie	298.825	568,31 €	14,27 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	23.800	4.165,10 €	50,64 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.599	14.772,07 €	128,98 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	102.575	14.028,74 €	24,40 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	162.642	5.445,17 €	19,95 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.668.411	273,03 €	6,25 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.578	7.279,81 €	194,99 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	330	52.650,62 €	425,67 €
HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	108.448	8.690,25 €	24,02 €
HMG252	Chronischer Schmerz	1.372.958	251,48 €	6,85 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.247.339	2.073,37 €	7,75 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	104.544	2.399,20 €	24,06 €
HMG256	Hepatische Enzephalopathien	5.443	2.322,14 €	108,62 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	1.022.547	683,12 €	7,92 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	171	86.652,06 €	620,24 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.824	37.734,86 €	94,23 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	51.668	12.082,98 €	36,10 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	21.141	7.258,13 €	54,56 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	134.918	3.539,12 €	21,52 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	106.011	3.164,64 €	24,35 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	26.030	1.431,55 €	48,25 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	130.723	22.087,68 €	24,49 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	662	32.806,61 €	347,60 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	86.054	14.924,73 €	28,45 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	106.847	8.004,85 €	24,70 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	63.486	6.113,28 €	31,89 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge	14.465	5.336,89 €	65,90 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels	78.028	3.681,04 €	28,70 €
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	67.227	4.407,18 €	30,24 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	335	290.536,86 €	422,65 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	463	217.855,06 €	359,94 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie, Hämochromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	410.836	269,87 €	12,18 €
HMG284	Morbus Pompe mit ERT	180	360.698,02 €	578,71 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II oder VI mit ERT	89	532.999,28 €	822,78 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.896	12.666,01 €	111,39 €
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	189.035	2.700,13 €	18,14 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	25.048	8.995,35 €	50,12 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	52.750	63,57 €	33,89 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	201.771	4.303,34 €	17,36 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	792	36.202,50 €	285,25 €
HMG293	Unvollständige zervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen	37.519	17.351,03 €	41,12 €
HMG294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	113.983	8.443,86 €	23,83 €
HMG295	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	85.030	4.727,30 €	27,14 €
HMG296	Spastische diplegische Cerebralparese / Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	89.159	2.505,55 €	26,21 €
HMG297	Apallisches Syndrom	8.076	39.870,59 €	90,75 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	11.280	2.517,69 €	75,01 €
HMG299	Status epilepticus	11.168	9.627,78 €	76,79 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	72.691	1.076,62 €	28,80 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.942	5.241,03 €	73,99 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	231.165	2.032,28 €	16,43 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (Alter > 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom	1.167.807	1.255,80 €	7,42 €
HMG313	Bösartige Neubildung des Kolons / andere, nicht näher bezeichnete der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere und des Nierenbeckens / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation / der Gebärmutter	345.064	683,37 €	13,39 €
KEG001	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	17.605	-37,61 €	58,51 €
KEG002	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	34.820	337,20 €	41,49 €
KEG003	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	15.465	925,60 €	62,22 €
KEG004	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.313	1.852,50 €	54,40 €
KEG005	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	12.412	3.374,63 €	70,73 €
KEG006	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.087	-433,20 €	99,01 €
KEG007	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	767	-320,01 €	278,70 €

13.2 Festlegungsentwurf Ausgleichsjahr 2018

Tabelle 11: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegungsentwurf AJ2018

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	318.827	4.426,92 €	19,42 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.518.881	794,31 €	6,31 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.115.199	846,59 €	5,33 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.675.891	1.313,68 €	5,98 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.777.059	1.019,65 €	4,72 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.431.986	1.239,52 €	5,10 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.324.947	1.420,10 €	5,24 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.232.693	1.279,46 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.217.101	1.073,57 €	5,25 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.907.779	1.095,44 €	4,59 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.118.536	1.183,75 €	4,50 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.720.392	1.225,62 €	4,84 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.355.751	1.280,32 €	5,36 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.991.001	1.562,52 €	5,71 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	1.907.832	1.867,29 €	5,91 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.198.988	2.121,72 €	5,69 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.445.818	2.336,51 €	7,03 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	986.978	2.540,79 €	8,56 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	492.151	2.660,21 €	12,08 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	125.363	2.568,92 €	24,06 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	336.398	5.137,32 €	18,93 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.599.862	983,38 €	6,15 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.231.024	1.054,79 €	5,20 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.773.242	1.013,62 €	5,82 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.946.059	657,37 €	4,60 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.522.966	614,85 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.361.555	651,00 €	5,12 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.169.686	700,03 €	5,33 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.083.115	762,42 €	5,44 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.689.248	853,81 €	4,78 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.885.434	994,95 €	4,68 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.465.149	1.203,06 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.048.754	1.382,00 €	5,78 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.679.539	1.759,21 €	6,23 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.532.750	2.163,07 €	6,61 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.648.039	2.415,04 €	6,57 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	936.865	2.510,70 €	8,65 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	484.256	2.610,73 €	11,93 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	145.846	2.799,34 €	21,67 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	25.749	3.117,01 €	53,00 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	129.484	2.635,91 €	21,81 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	319.854	1.684,99 €	14,16 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	459.890	910,55 €	12,03 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	118.805	2.159,96 €	22,82 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	304.905	1.483,23 €	14,51 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	467.840	1.180,93 €	12,07 €
HMG001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	52.895	15.699,20 €	34,33 €
HMG002	Sepsis	125.122	3.136,17 €	24,14 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.961	10.362,07 €	130,09 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	3.068	4.928,91 €	145,32 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	44.378	4.345,61 €	38,70 €
HMG006	SIRS	7.446	1.711,71 €	93,36 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	612.363	1.188,05 €	10,79 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	723.168	789,83 €	10,02 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	846.176	1.601,45 €	10,53 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	957.555	1.002,40 €	9,11 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	362.845	656,93 €	13,39 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.354	6.097,05 €	79,71 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.339.902	387,08 €	4,19 €
HMG020	Insulintherapie	1.372.725	2.361,89 €	8,70 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	25.350	5.185,66 €	49,05 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	62.578	2.087,25 €	31,07 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	300.925	849,92 €	14,73 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	572.289	98,82 €	10,32 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	2.107	14.243,32 €	183,54 €
HMG026	Leberzirrhose	169.726	1.278,14 €	19,33 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	36.921	515,67 €	40,24 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.089	1.983,63 €	96,54 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	65.274	1.343,03 €	30,31 €
HMG031	Ileus	148.051	2.515,68 €	21,07 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.544	457,78 €	116,91 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	245.512	753,52 €	15,65 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	12.233	3.217,56 €	73,89 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.486	248.261,07 €	154,65 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	612	89.137,11 €	311,74 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	81.940	2.577,28 €	28,56 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	130	44.127,68 €	674,25 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG039	Sonstige Myelopathien	1.320.925	696,10 €	7,06 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	1.015.524	1.304,57 €	8,26 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.413	2.567,47 €	28,24 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	81.650	824,04 €	27,18 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.511	6.732,04 €	95,94 €
HMG044	Aplastische Anämien	28.219	3.743,09 €	47,99 €
HMG045	Schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	2.335	16.604,99 €	170,19 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	617.624	666,63 €	10,07 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen, HUS ohne Dauermedikation	45.722	9.287,34 €	43,25 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	3.740	5.172,56 €	132,27 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	45.203	997,12 €	36,94 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, hämolytische Anämien, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	230.432	2.338,76 €	19,03 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	248.565	3.200,72 €	16,02 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	646.222	1.391,82 €	9,96 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	335.956	775,19 €	13,50 €
HMG054	Schizophrenie	314.627	4.392,84 €	14,21 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	88.377	2.854,13 €	26,13 €
HMG056	Psychosen, Wahn	187.186	1.022,71 €	18,23 €
HMG057	Sonstige depressive Störungen und Episoden	2.418.829	479,92 €	5,21 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.875.569	1.024,72 €	4,28 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	95.238	2.271,25 €	25,12 €
HMG061	Gastroösophageale Varizen	40.204	6.379,10 €	40,96 €
HMG063	Peritonitis	32.187	1.791,39 €	45,21 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	96.329	933,48 €	25,38 €
HMG065	Meläna und Hämatemesis	60.197	2.454,79 €	32,80 €
HMG071	Polyneuropathie	1.189.189	718,68 €	7,57 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	119.761	3.010,06 €	22,62 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	180.171	1.206,24 €	19,00 €
HMG074	Epilepsie	791.678	1.635,75 €	9,03 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	73.711	3.276,86 €	29,13 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	55.220	2.326,16 €	33,66 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	296.248	3.120,74 €	15,54 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	43.083	1.430,64 €	37,94 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.497.943	1.005,72 €	5,97 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.079	1.771,15 €	15,70 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.361.087	672,89 €	7,28 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.829.909	494,45 €	5,41 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.919.188	513,46 €	6,14 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	828	14.432,99 €	273,69 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	39.253	2.265,47 €	38,98 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.714.287	234,18 €	3,11 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	2.102.888	1.107,04 €	6,12 €
HMG095	Zerebrale Blutung	34.633	5.453,15 €	43,60 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	188.357	2.238,81 €	18,72 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	53.183	6.861,96 €	36,54 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	86.070	60,51 €	26,59 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	398.605	2.120,50 €	12,96 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	89.273	1.550,27 €	26,10 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	630.231	566,24 €	10,23 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	45.120	5.862,19 €	38,21 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	786.164	808,18 €	9,11 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	971.413	-136,12 €	8,14 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	45.505	4.256,50 €	37,71 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax	417.841	3.278,31 €	13,05 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.556	16.658,46 €	50,51 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	450.961	1.319,82 €	11,83 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	18.162	222,96 €	57,51 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	591.002	1.523,35 €	10,55 €
HMG117	Pleuraerguss	113.245	2.877,71 €	24,89 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	50.252	1.085,76 €	34,90 €
HMG130	Dialysestatus	77.016	42.901,82 €	33,00 €
HMG131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit / Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.855.584	809,29 €	6,49 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	207.450	371,79 €	17,03 €
HMG133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	315.126	1.509,92 €	14,19 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	244.970	3.835,85 €	17,46 €
HMG136	Nierenversagen	118.907	3.161,22 €	24,63 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	18.273	818,15 €	57,10 €
HMG144	Mechanische Komplikation und durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	37.914	4.681,97 €	42,52 €
HMG146	Schwangerschaft	839.459	1.270,42 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	20.062	2.134,98 €	54,45 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	214.878	2.909,32 €	17,32 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.354.348	1.002,73 €	6,82 €
HMG153	Femurfraktur	118.923	1.325,80 €	23,66 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation	254.314	1.111,87 €	15,68 €
HMG157	Andere Verletzungen	167.133	770,25 €	19,18 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	459	18.760,26 €	379,16 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.570	3.495,93 €	72,12 €
HMG161	Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	25.280	1.793,22 €	50,70 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	25.263	2.629,55 €	49,76 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	100.966	6.917,23 €	26,16 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	78.306	2.156,01 €	28,63 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	225.548	579,98 €	16,49 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.747	19.306,69 €	185,60 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.809	5.819,07 €	181,24 €
HMG172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	1.773	20.565,67 €	187,36 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.828	12.254,49 €	112,63 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.626	10.548,32 €	95,69 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.948	6.575,78 €	46,79 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	36.687	2.061,32 €	41,44 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.118	25.352,58 €	248,51 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.168	8.649,83 €	179,40 €
HMG184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	10.561	4.688,56 €	75,64 €
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.095	27.664,49 €	193,37 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.770	18.728,23 €	139,07 €
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsfor-	18.217	9.099,00 €	64,06 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
	men			
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.943	3.866,92 €	175,89 €
HMG189	Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.823	2.181,56 €	103,37 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	14.049	1.019,96 €	65,79 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	55.964	458,22 €	32,86 €
HMG192	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) od. aHUS jeweils mit Dauermedikation	494	250.320,94 €	350,18 €
HMG194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	5.058	29.556,14 €	117,55 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.950	8.147,26 €	61,07 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	112.065	6.920,00 €	23,16 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	418.500	3.431,14 €	12,22 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.271	4.050,25 €	52,25 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	57.280	2.033,03 €	33,08 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	99.015	748,67 €	24,63 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.283.963	1.921,84 €	7,33 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	136.995	9.168,23 €	22,50 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	5.064	29.760,00 €	109,53 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.717	16.928,56 €	185,75 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	40.266	4.741,30 €	38,59 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.085.564	222,43 €	7,59 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.764	16.294,07 €	87,34 €
HMG226	Juvenile Arthritis	22.202	1.287,24 €	51,75 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	257.738	600,29 €	15,43 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.304.703	222,82 €	6,98 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	922.779	965,08 €	8,34 €
HMG231	Dysthymie	298.825	567,05 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	23.800	4.169,56 €	50,45 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.599	14.768,98 €	128,50 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	102.575	14.026,58 €	24,31 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	162.642	5.444,42 €	19,87 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.668.411	274,83 €	6,23 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.578	7.279,35 €	194,25 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	330	52.651,41 €	424,06 €
HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	108.448	8.687,58 €	23,93 €
HMG252	Chronischer Schmerz	1.372.958	252,01 €	6,83 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.247.339	2.071,75 €	7,72 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	104.544	2.400,04 €	23,97 €
HMG256	Hepatische Enzephalopathien	5.443	2.340,26 €	108,21 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	1.022.547	683,38 €	7,89 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	171	86.650,86 €	617,90 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.824	37.743,69 €	93,88 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	51.668	12.105,00 €	35,97 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	21.141	7.250,23 €	54,35 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	134.918	3.547,55 €	21,44 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	106.011	3.160,92 €	24,26 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	26.030	1.441,87 €	48,07 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	130.723	22.096,36 €	24,40 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	662	32.797,59 €	346,28 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	86.054	14.919,22 €	28,34 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	106.847	8.006,98 €	24,61 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	63.486	6.113,90 €	31,77 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge	14.465	5.327,97 €	65,65 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels	78.028	3.679,18 €	28,59 €
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	67.227	4.406,16 €	30,12 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	335	290.578,34 €	421,05 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	463	217.867,85 €	358,58 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrrie, Hämachromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	410.836	269,09 €	12,13 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG284	Morbus Pompe, Morbus Morquio Typ a mit ERT	210	369.823,61 €	533,23 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II oder VI mit ERT	89	532.999,00 €	819,68 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.867	10.129,27 €	111,31 €
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	189.035	2.698,87 €	18,07 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	25.048	9.002,33 €	49,93 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	52.750	68,06 €	33,76 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	201.771	4.301,76 €	17,29 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	792	36.198,89 €	284,18 €
HMG293	Unvollständige zervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen	37.519	17.353,38 €	40,96 €
HMG294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	113.983	8.448,07 €	23,74 €
HMG295	Angeborene und kindliche Lähmungsercheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	85.030	4.729,05 €	27,04 €
HMG296	Spastische diplegische Cerebralparese / Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	89.159	2.499,21 €	26,11 €
HMG297	Apallisches Syndrom	8.076	39.872,46 €	90,41 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	11.280	2.516,89 €	74,73 €
HMG299	Status epilepticus	11.168	9.621,74 €	76,50 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	72.691	1.077,95 €	28,69 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.942	5.248,53 €	73,71 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	231.165	2.037,64 €	16,37 €
HMG306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (Alter > 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom	1.167.807	1.257,99 €	7,39 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG313	Bösartige Neubildung des Kolons / andere, nicht näher bezeichnete der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere und des Nierenbeckens / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation / der Gebärmutter	345.064	686,27 €	13,34 €
KEG001	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	17.605	-36,46 €	58,29 €
KEG002	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	34.820	337,81 €	41,34 €
KEG003	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	15.465	925,65 €	61,99 €
KEG004	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.313	1.851,28 €	54,20 €
KEG005	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	12.412	3.371,93 €	70,47 €
KEG006	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.087	-432,33 €	98,63 €
KEG007	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	767	-320,61 €	277,65 €

13.3 Festlegung Ausgleichsjahr 2018

Tabelle 12: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegung AJ2018

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	318.827	4.426,92 €	19,42 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.518.881	794,31 €	6,31 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.115.199	846,59 €	5,33 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.675.891	1.313,67 €	5,98 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.777.059	1.019,65 €	4,72 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.431.986	1.239,52 €	5,10 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.324.947	1.420,09 €	5,24 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.232.693	1.279,45 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.217.101	1.073,56 €	5,25 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.907.779	1.095,44 €	4,59 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.118.536	1.183,74 €	4,50 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.720.392	1.225,61 €	4,84 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.355.751	1.280,31 €	5,36 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.991.001	1.562,50 €	5,71 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	1.907.832	1.867,27 €	5,91 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.198.988	2.121,71 €	5,69 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.445.818	2.336,54 €	7,03 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	986.978	2.540,86 €	8,56 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	492.151	2.660,30 €	12,08 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	125.363	2.569,04 €	24,06 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	336.398	5.137,32 €	18,93 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.599.862	983,38 €	6,15 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.231.024	1.054,79 €	5,20 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.773.242	1.013,62 €	5,82 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.946.059	657,37 €	4,60 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.522.966	614,85 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.361.555	651,01 €	5,12 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.169.686	700,03 €	5,33 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.083.115	762,42 €	5,44 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.689.248	853,81 €	4,78 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.885.434	994,95 €	4,68 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.465.149	1.203,05 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.048.754	1.381,99 €	5,78 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.679.539	1.759,20 €	6,23 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.532.750	2.163,05 €	6,61 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.648.039	2.415,02 €	6,57 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	936.865	2.510,67 €	8,65 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	484.256	2.610,73 €	11,93 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	145.846	2.799,37 €	21,67 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	25.749	3.117,07 €	53,00 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	129.484	2.635,89 €	21,81 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	319.854	1.684,96 €	14,16 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	459.890	910,53 €	12,03 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	118.805	2.159,96 €	22,82 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	304.905	1.483,21 €	14,51 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	467.840	1.180,92 €	12,07 €
HMG001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	52.895	15.699,19 €	34,33 €
HMG002	Sepsis	125.122	3.136,26 €	24,14 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.961	10.362,25 €	130,09 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	3.068	4.928,75 €	145,32 €
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	44.378	4.345,71 €	38,70 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG006	SIRS	7.446	1.711,72 €	93,36 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	612.363	1.188,13 €	10,79 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	723.168	789,90 €	10,02 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	846.176	1.601,46 €	10,53 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	957.555	1.002,38 €	9,11 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	362.845	656,91 €	13,39 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.354	6.097,05 €	79,71 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.339.902	387,07 €	4,19 €
HMG020	Insulintherapie	1.372.725	2.361,88 €	8,70 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	25.350	5.185,78 €	49,05 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	62.578	2.087,28 €	31,07 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	300.925	849,96 €	14,73 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	572.289	98,82 €	10,32 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	2.107	14.243,95 €	183,54 €
HMG026	Leberzirrhose	169.726	1.278,21 €	19,33 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	36.921	515,79 €	40,24 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.089	1.983,69 €	96,54 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	65.274	1.343,07 €	30,31 €
HMG031	Ileus	148.051	2.515,92 €	21,07 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.544	457,69 €	116,91 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	245.512	753,53 €	15,65 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	12.233	3.217,80 €	73,89 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.486	248.261,01 €	154,65 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	612	89.137,06 €	311,74 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	81.940	2.577,30 €	28,56 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	130	44.127,62 €	674,25 €
HMG039	Sonstige Myelopathien	1.320.925	696,13 €	7,06 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	1.015.524	1.304,68 €	8,26 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.413	2.567,56 €	28,24 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	81.650	824,01 €	27,18 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.511	6.731,99 €	95,94 €
HMG044	Aplastische Anämien	28.219	3.743,14 €	47,99 €
HMG045	Schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	2.335	16.604,82 €	170,19 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	617.624	666,63 €	10,07 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen, HUS ohne Dauermedikation	45.722	9.287,33 €	43,25 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	3.740	5.173,43 €	132,27 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	45.203	997,13 €	36,94 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, hämolytische Anämien, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	230.432	2.338,87 €	19,03 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	248.565	3.200,62 €	16,02 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	645.295	1.391,20 €	9,97 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	335.976	775,21 €	13,50 €
HMG054	Schizophrenie	314.627	4.392,87 €	14,21 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	88.377	2.854,14 €	26,13 €
HMG056	Psychosen, Wahn	187.186	1.022,81 €	18,23 €
HMG057	Sonstige depressive Störungen und Episoden	2.418.829	479,93 €	5,21 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.875.569	1.024,71 €	4,28 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	95.238	2.271,27 €	25,12 €
HMG061	Gastroösophageale Varizen	40.204	6.379,22 €	40,96 €
HMG063	Peritonitis	32.187	1.791,35 €	45,21 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	96.329	933,52 €	25,38 €
HMG065	Meläna und Hämatemesis	60.197	2.454,81 €	32,80 €
HMG071	Polyneuropathie	1.189.189	718,74 €	7,57 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	119.761	3.010,12 €	22,62 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	180.171	1.206,37 €	19,00 €
HMG074	Epilepsie	791.678	1.635,77 €	9,03 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	73.711	3.276,84 €	29,13 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	55.220	2.326,15 €	33,66 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	296.248	3.120,80 €	15,54 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	43.083	1.430,69 €	37,94 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.497.943	1.005,73 €	5,97 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.079	1.771,17 €	15,70 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.361.087	672,91 €	7,28 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.829.909	494,47 €	5,41 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.919.188	513,47 €	6,14 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	828	14.432,83 €	273,69 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	39.253	2.265,46 €	38,98 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.714.287	234,17 €	3,11 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	2.102.888	1.107,05 €	6,12 €
HMG095	Zerebrale Blutung	34.633	5.453,15 €	43,60 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	188.357	2.238,79 €	18,72 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	53.183	6.862,15 €	36,54 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	86.070	60,52 €	26,59 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	398.605	2.120,52 €	12,96 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	89.273	1.550,30 €	26,10 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	630.231	566,25 €	10,23 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	45.120	5.862,29 €	38,21 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	786.164	808,20 €	9,11 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	971.413	-136,11 €	8,14 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	45.505	4.256,61 €	37,71 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax	417.841	3.278,34 €	13,05 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.556	16.658,42 €	50,51 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	450.961	1.319,83 €	11,83 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	18.162	222,91 €	57,51 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	591.002	1.523,37 €	10,55 €
HMG117	Pleuraerguss	113.245	2.877,82 €	24,89 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	50.252	1.085,76 €	34,90 €
HMG130	Dialysestatus	77.016	42.902,16 €	33,00 €
HMG131	Hypertensive und / oder chronische Nierenkrankheit / Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.855.584	809,32 €	6,49 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen	207.450	371,78 €	17,03 €
HMG133	Neurogene Blase / Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	315.126	1.509,96 €	14,19 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	244.970	3.836,08 €	17,46 €
HMG136	Nierenversagen	118.907	3.161,31 €	24,63 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	18.273	818,12 €	57,10 €
HMG144	Mechanische Komplikation und durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	37.914	4.681,97 €	42,52 €
HMG146	Schwangerschaft	839.459	1.270,42 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	20.062	2.134,98 €	54,45 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	214.878	2.909,40 €	17,32 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.354.348	1.002,75 €	6,82 €
HMG153	Femurfraktur	118.923	1.325,95 €	23,66 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation	254.314	1.112,05 €	15,68 €
HMG157	Andere Verletzungen	167.133	770,29 €	19,18 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	459	18.760,13 €	379,16 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.570	3.496,11 €	72,12 €
HMG161	Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	25.280	1.793,40 €	50,70 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	25.263	2.629,53 €	49,76 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	100.966	6.917,34 €	26,16 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	78.306	2.155,93 €	28,63 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	225.548	580,01 €	16,49 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.747	19.306,61 €	185,60 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.809	5.819,04 €	181,24 €
HMG172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	1.773	20.565,36 €	187,36 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.828	12.254,61 €	112,63 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.626	10.548,59 €	95,69 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.948	6.575,62 €	46,79 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	36.687	2.061,38 €	41,44 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.118	25.352,69 €	248,51 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.168	8.651,12 €	179,40 €
HMG184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	10.561	4.688,55 €	75,64 €
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.095	27.664,01 €	193,37 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.770	18.727,82 €	139,07 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	18.217	9.098,93 €	64,06 €
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.943	3.867,58 €	175,89 €
HMG189	Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.823	2.181,71 €	103,37 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	14.049	1.019,88 €	65,79 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	55.964	458,23 €	32,86 €
HMG192	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) od. aHUS jeweils mit Dauermedikation	494	250.320,86 €	350,18 €
HMG194	MDS mit Chemo- bzw. supportiver Therapie	5.058	29.557,32 €	117,55 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.950	8.147,19 €	61,07 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	112.065	6.920,06 €	23,16 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	418.500	3.431,15 €	12,22 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.271	4.050,46 €	52,25 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	57.280	2.033,32 €	33,08 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	99.015	748,64 €	24,63 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.283.963	1.921,87 €	7,33 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	136.995	9.168,41 €	22,50 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	5.064	29.759,94 €	109,53 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.717	16.928,54 €	185,75 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	40.266	4.741,32 €	38,59 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.085.564	222,43 €	7,59 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.764	16.294,06 €	87,34 €
HMG226	Juvenile Arthritis	22.202	1.287,26 €	51,75 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	257.738	600,29 €	15,43 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.304.703	222,79 €	6,98 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	922.779	965,10 €	8,34 €
HMG231	Dysthymie	298.825	567,05 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	23.800	4.169,69 €	50,45 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.599	14.768,96 €	128,50 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	102.575	14.026,56 €	24,31 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	162.642	5.444,60 €	19,87 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.668.411	274,83 €	6,23 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.578	7.279,34 €	194,25 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	330	52.651,39 €	424,06 €
HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	108.448	8.687,72 €	23,93 €
HMG252	Chronischer Schmerz	1.372.958	252,10 €	6,83 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.247.339	2.072,30 €	7,72 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	104.544	2.400,03 €	23,97 €
HMG256	Hepatische Enzephalopathien	5.443	2.340,56 €	108,21 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	1.022.547	683,37 €	7,89 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	171	86.650,65 €	617,90 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.824	37.743,63 €	93,88 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	51.668	12.105,13 €	35,97 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	21.141	7.250,13 €	54,35 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	134.918	3.547,59 €	21,44 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	106.011	3.160,92 €	24,26 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	26.030	1.441,85 €	48,07 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	130.723	22.096,40 €	24,40 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	662	32.797,47 €	346,28 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	86.054	14.919,23 €	28,34 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	106.847	8.007,04 €	24,61 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	63.486	6.113,89 €	31,77 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge	14.465	5.327,90 €	65,65 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels	78.028	3.679,19 €	28,59 €
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	67.227	4.406,23 €	30,12 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose Typ I mit ERT	335	290.578,29 €	421,05 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	463	217.870,79 €	358,58 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrrie, Hämachromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels	410.836	269,10 €	12,13 €
HMG284	Morbus Pompe, Morbus Morquio Typ a mit ERT	210	369.823,52 €	533,23 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II oder VI mit ERT	89	532.998,92 €	819,68 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.867	10.129,19 €	111,31 €
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	189.035	2.698,87 €	18,07 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	25.048	9.002,41 €	49,93 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	52.750	68,03 €	33,76 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	201.771	4.301,75 €	17,29 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	792	36.198,67 €	284,18 €
HMG293	Unvollständige zervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen	37.519	17.353,46 €	40,96 €
HMG294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	113.983	8.448,09 €	23,74 €
HMG295	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	85.030	4.729,17 €	27,04 €
HMG296	Spastische diplegische Cerebralparese / Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	89.159	2.499,20 €	26,11 €
HMG297	Apallisches Syndrom	8.076	39.872,71 €	90,41 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	11.280	2.516,91 €	74,73 €
HMG299	Status epilepticus	11.168	9.621,90 €	76,50 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	72.691	1.077,95 €	28,69 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.942	5.248,52 €	73,71 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	231.165	2.037,66 €	16,37 €

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (Alter > 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weiblichen Genitalorgane / multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom	1.167.807	1.258,00 €	7,39 €
HMG313	Bösartige Neubildung des Kolons / andere, nicht näher bezeichnete der Verdauungsorgane / des Peritoneums / der Haut / der männlichen Geschlechtsorgane / der Niere und des Nierenbeckens / anderer ungenügend bezeichneter Lokalisation / der Gebärmutter	345.064	686,26 €	13,34 €
KEG001	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	17.605	-36,46 €	58,29 €
KEG002	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	34.820	337,81 €	41,34 €
KEG003	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	15.465	925,66 €	61,99 €
KEG004	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.313	1.851,30 €	54,20 €
KEG005	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	12.412	3.371,90 €	70,47 €
KEG006	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.087	-432,32 €	98,63 €
KEG007	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	767	-320,59 €	277,65 €

14 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung 6: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2018

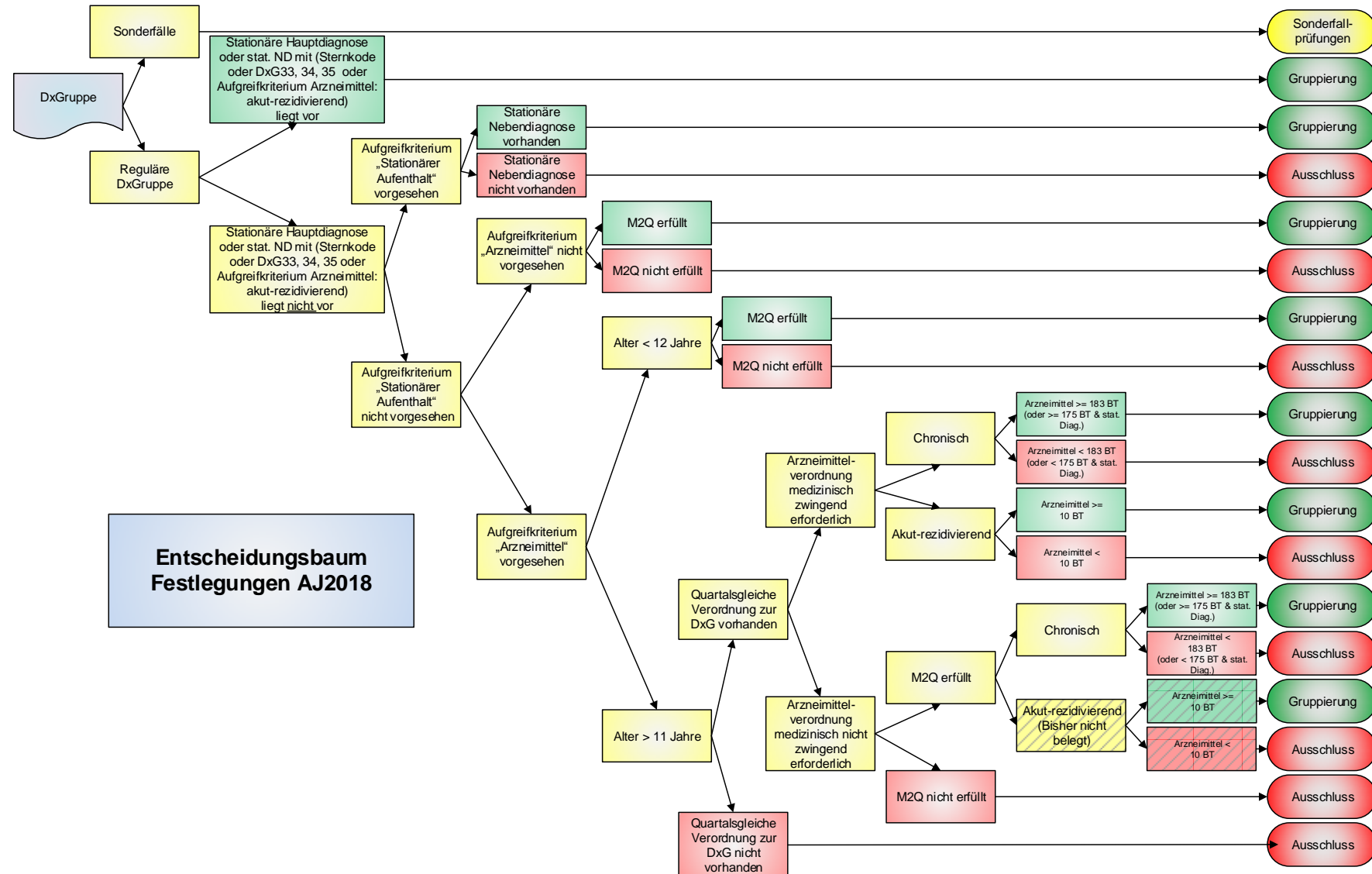


Abbildung 7: Sonderfall 1 – Arzneimitteldifferenzierung 183 BT

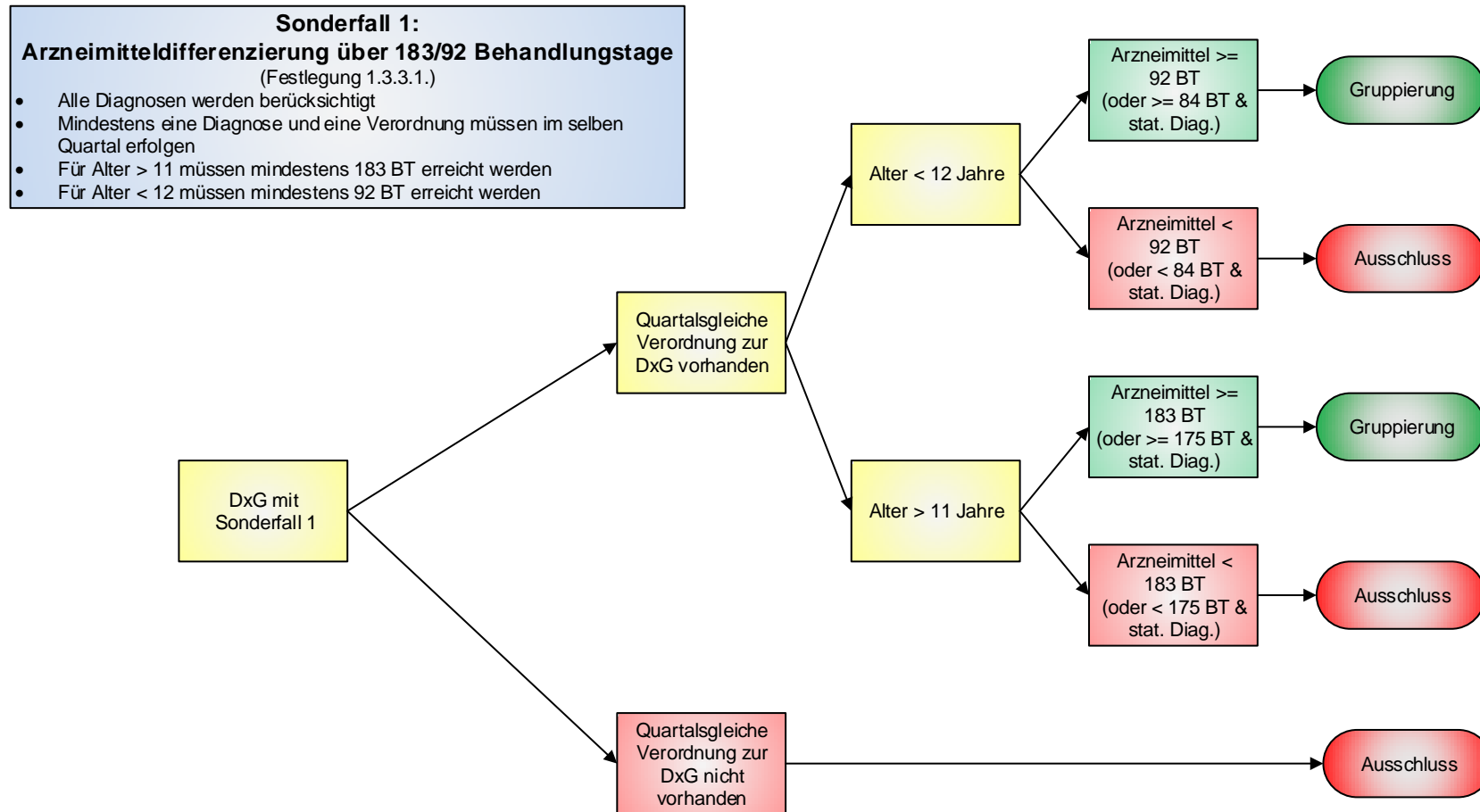


Abbildung 8: Sonderfall 2 – Arzneimitteldifferenzierung 42 BT

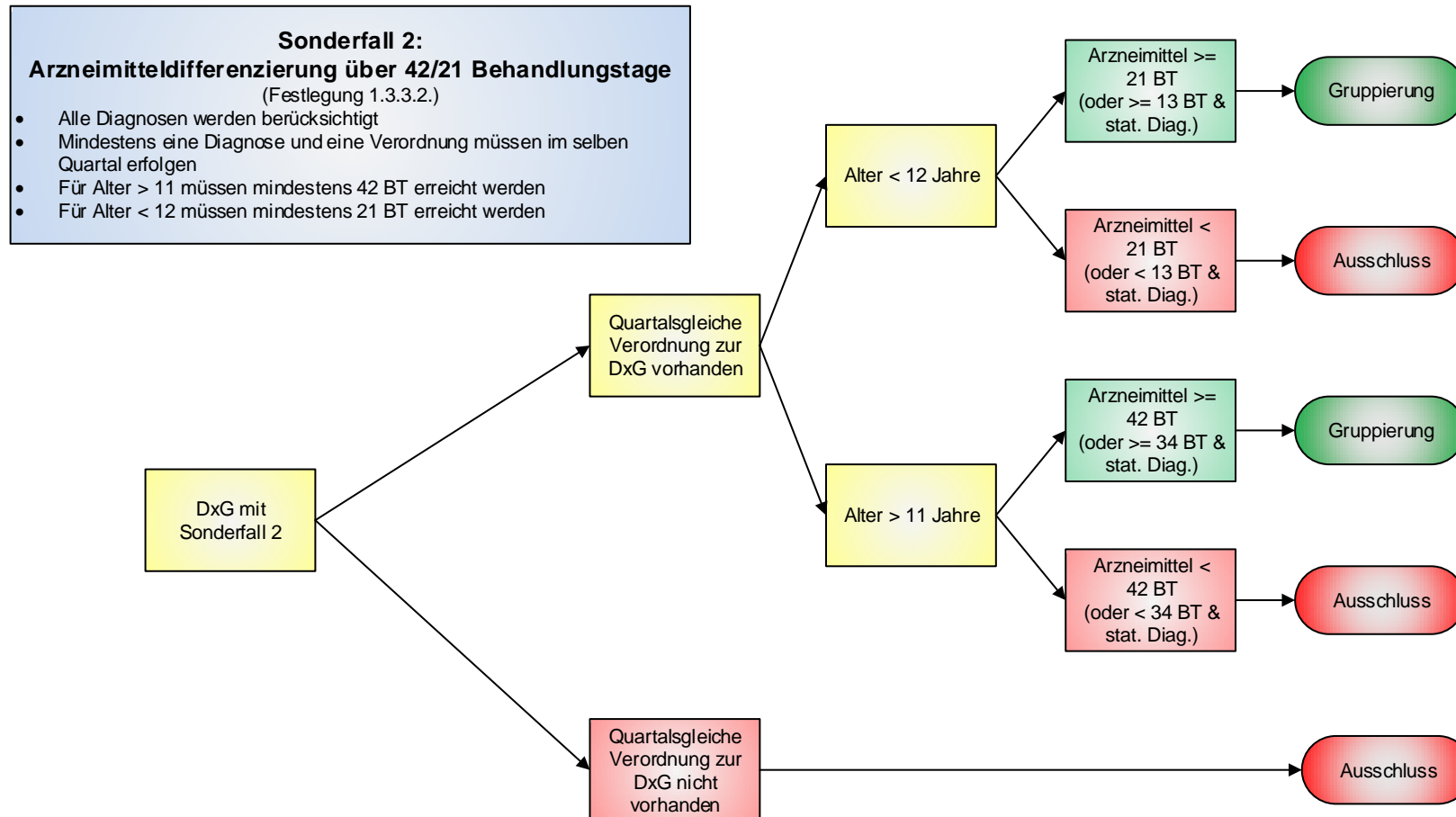


Abbildung 9: Sonderfall 3 – Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen

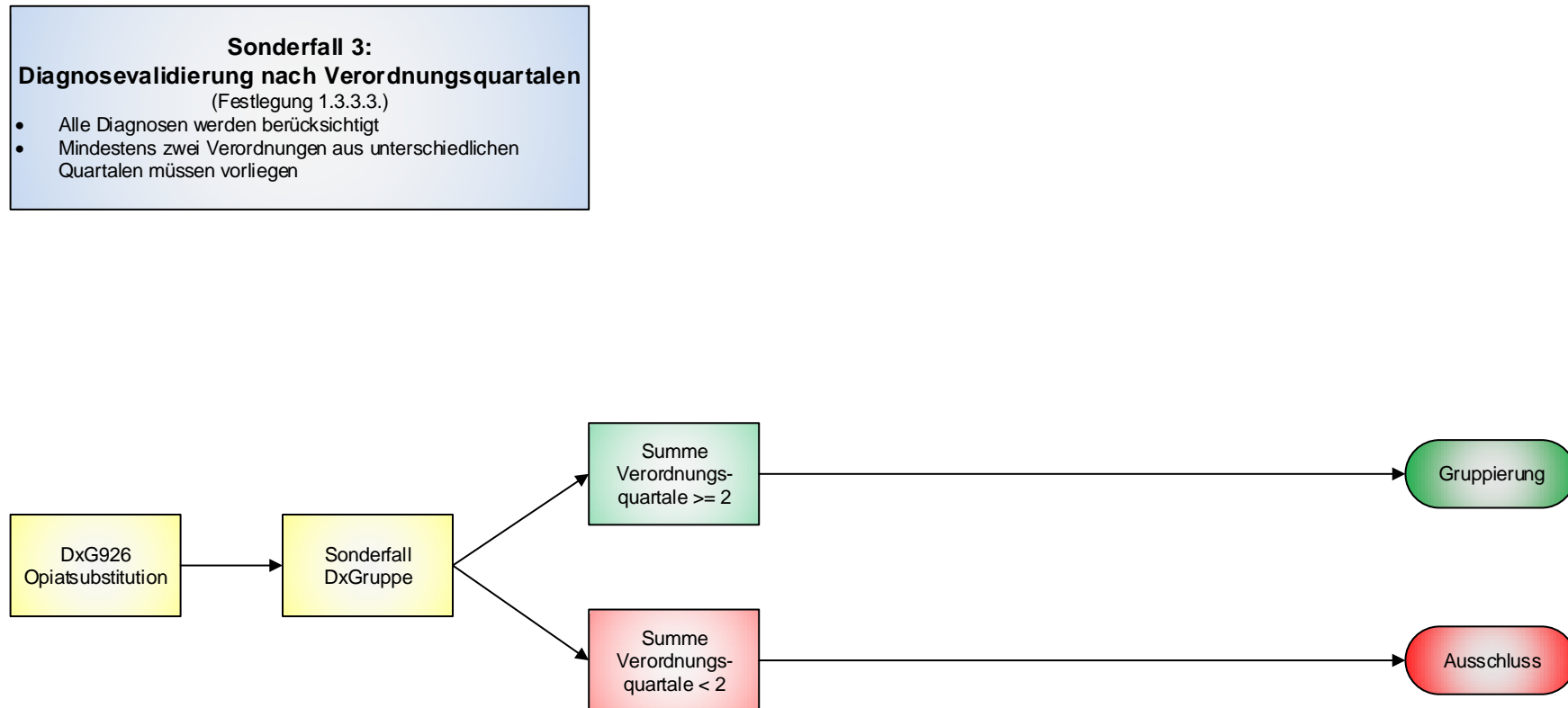
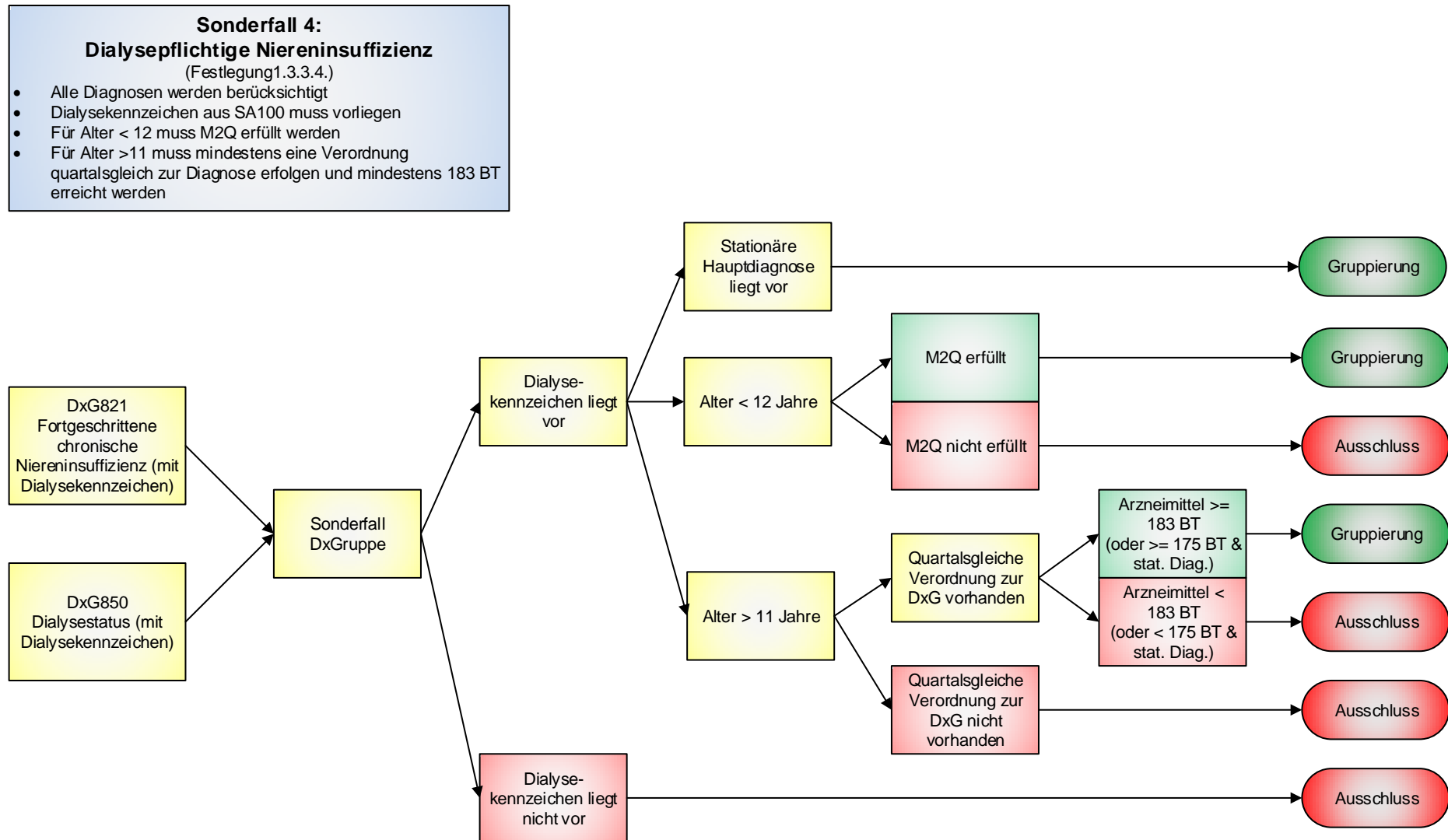
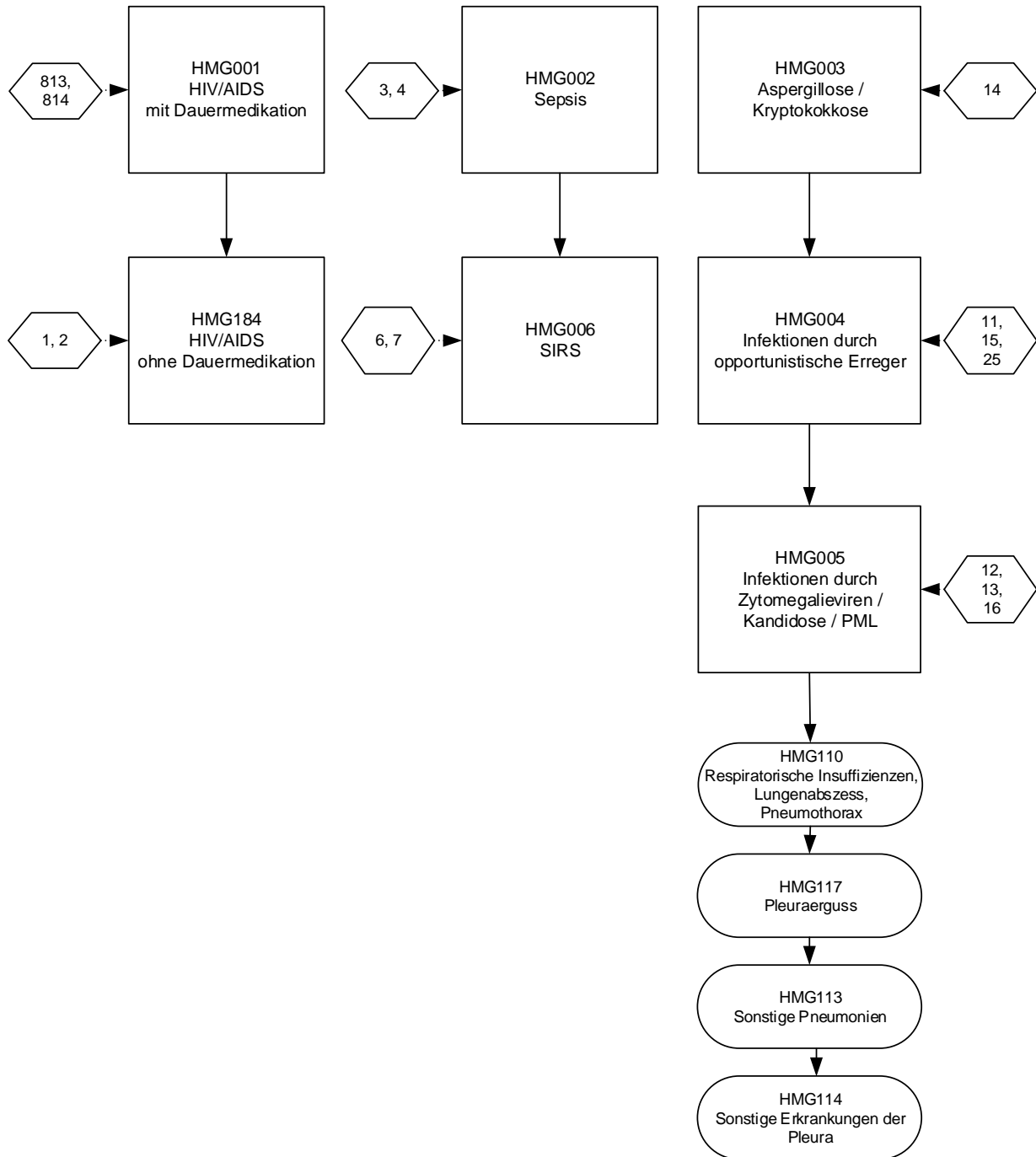


Abbildung 10: Sonderfall 4 – Dialysepflichtige Niereninsuffizienz



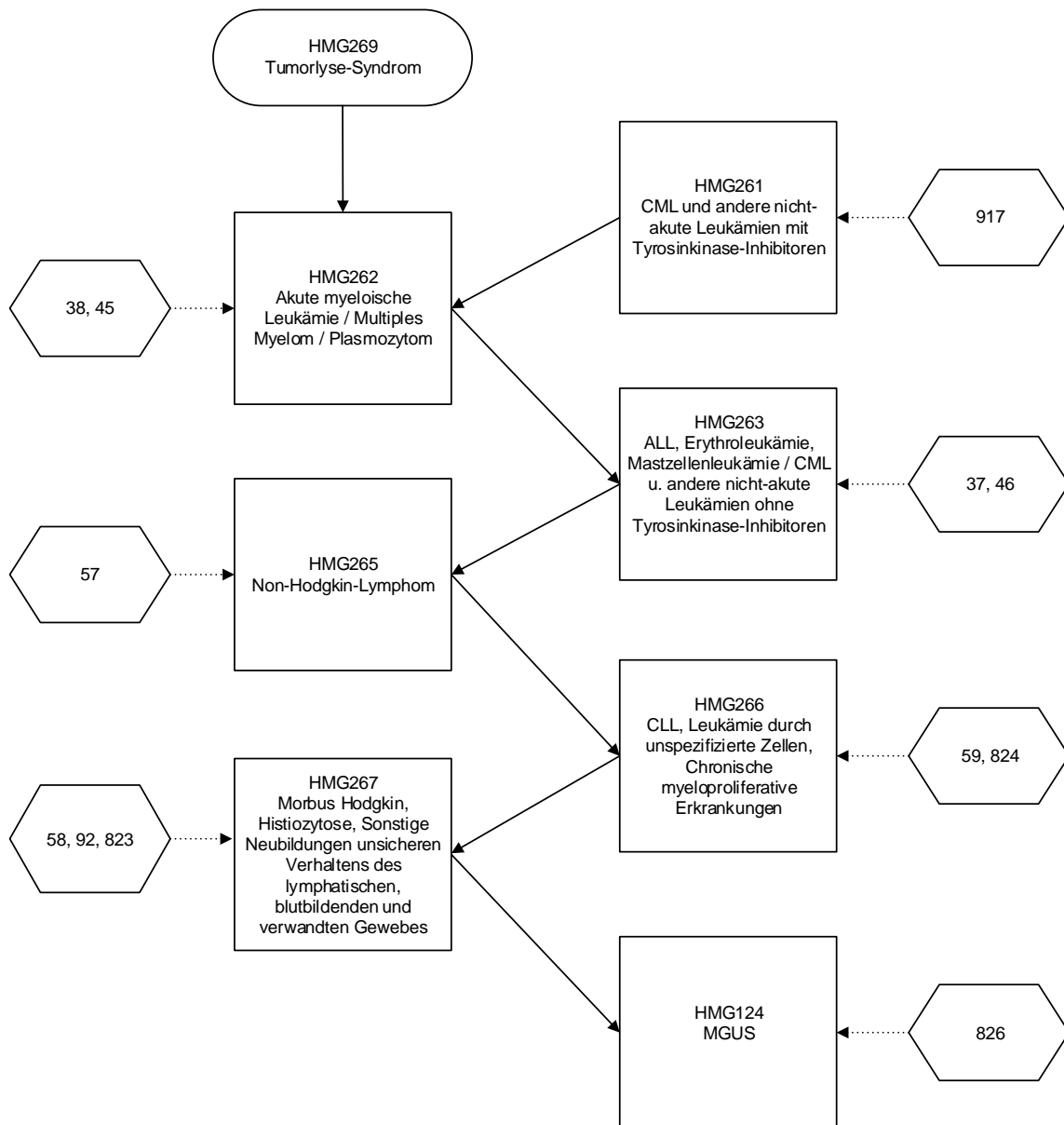
15 Übersicht über die Hierarchien

Hierarchie 1: Infektionen

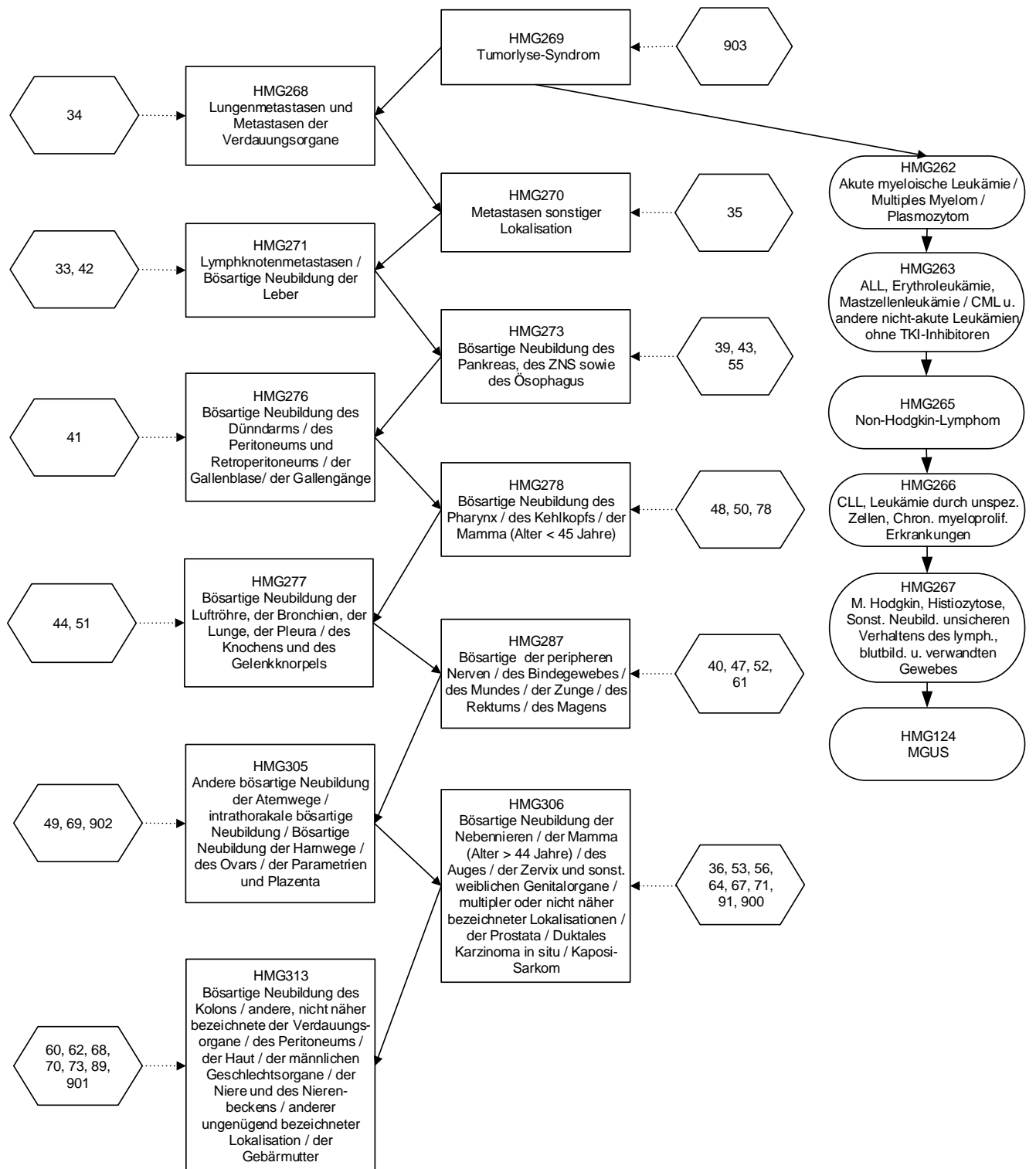


Hierarchie 2: Neubildungen

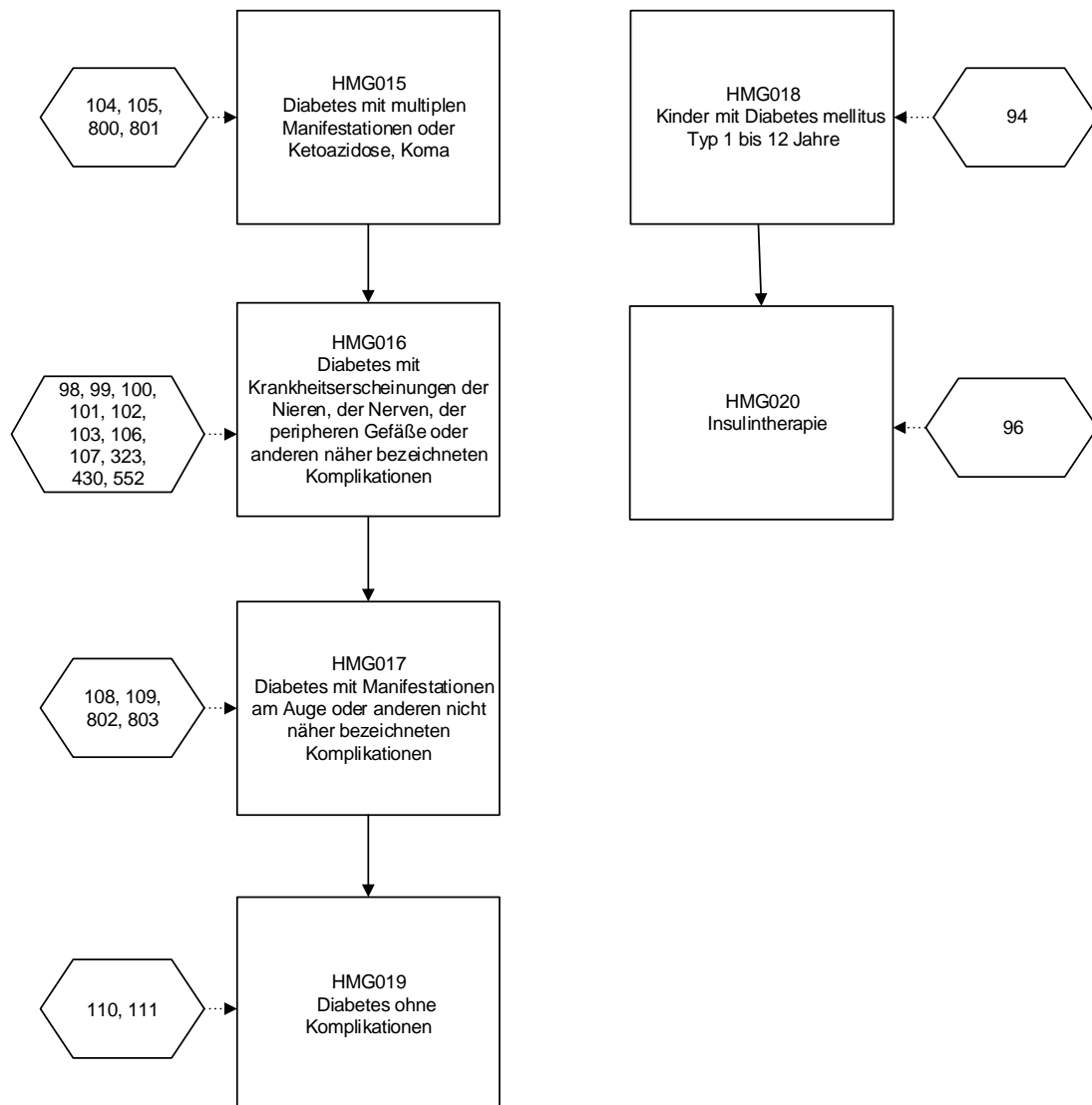
Hierarchiestrang 2a: Hämatologische Neubildungen



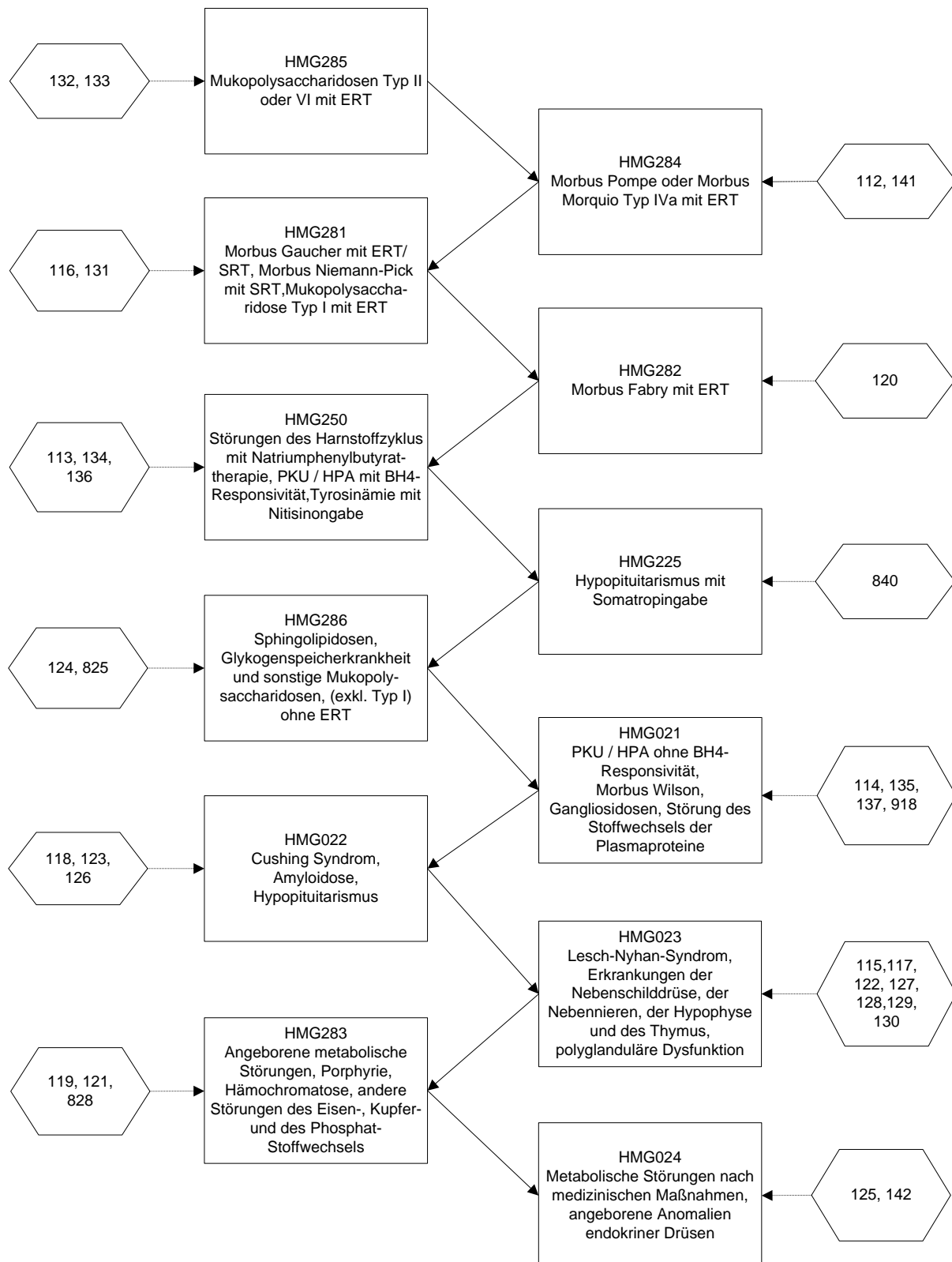
Hierarchiestrang 2b: Solide Tumoren



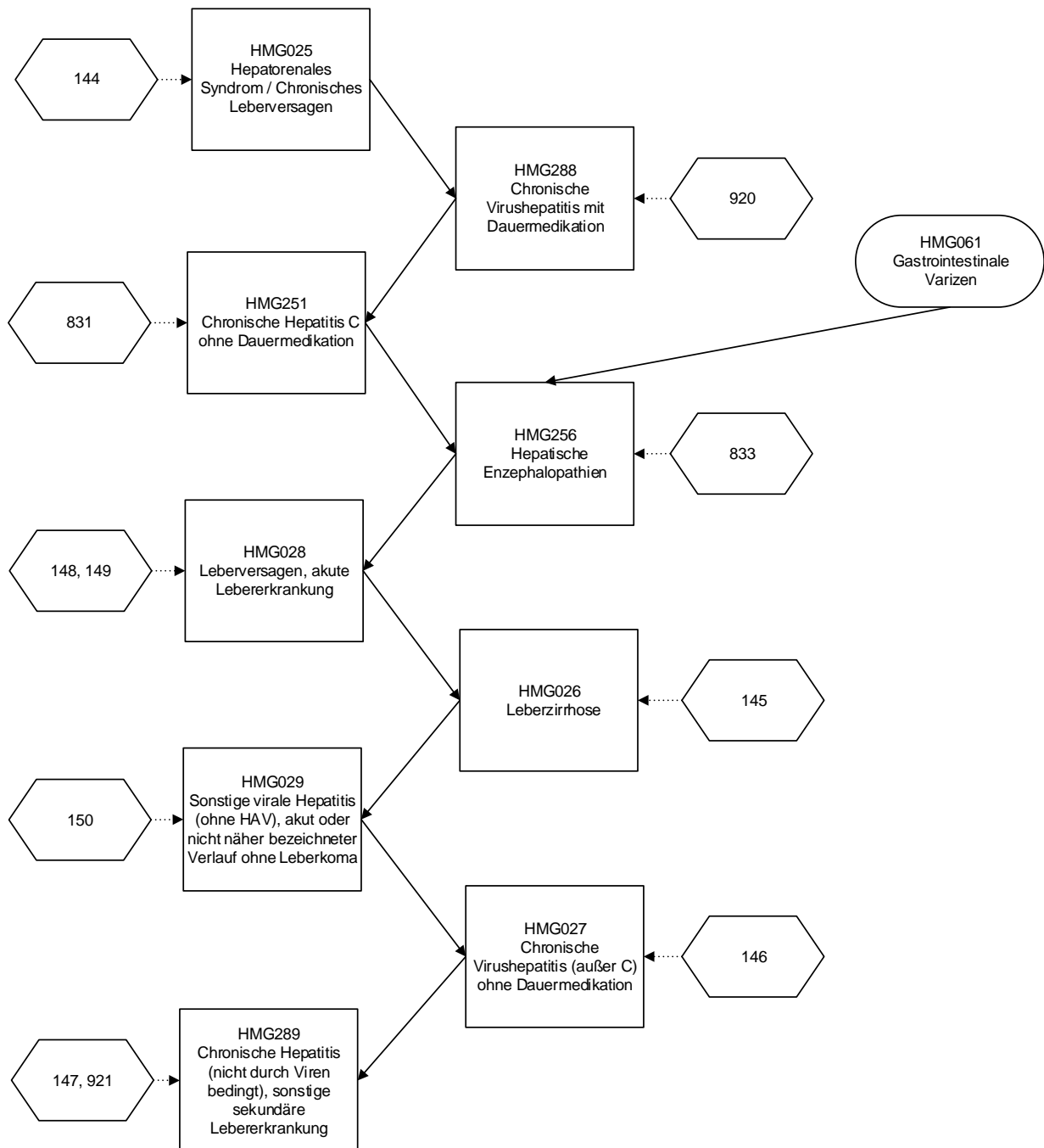
Hierarchie 3: Diabetes



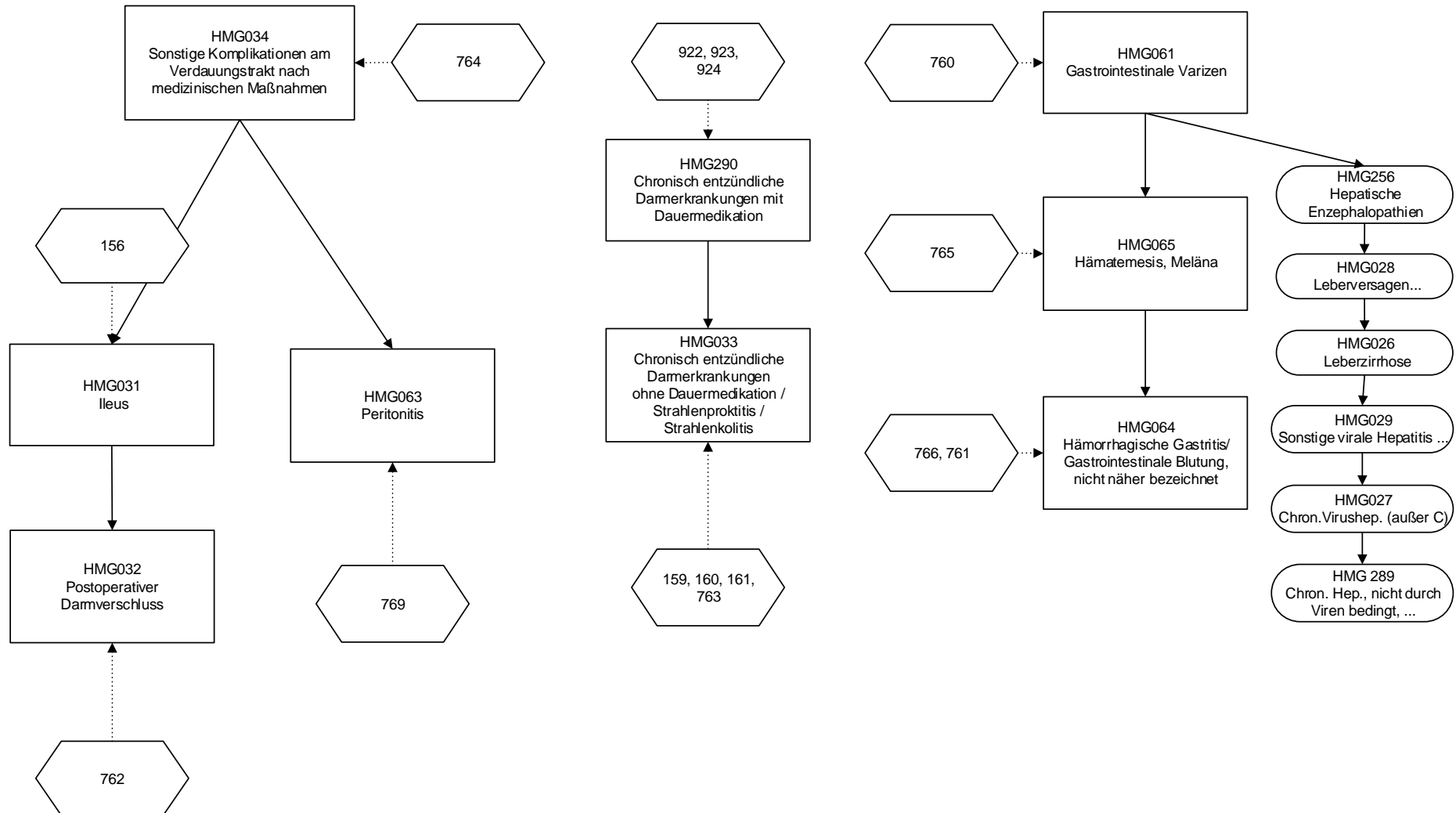
Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



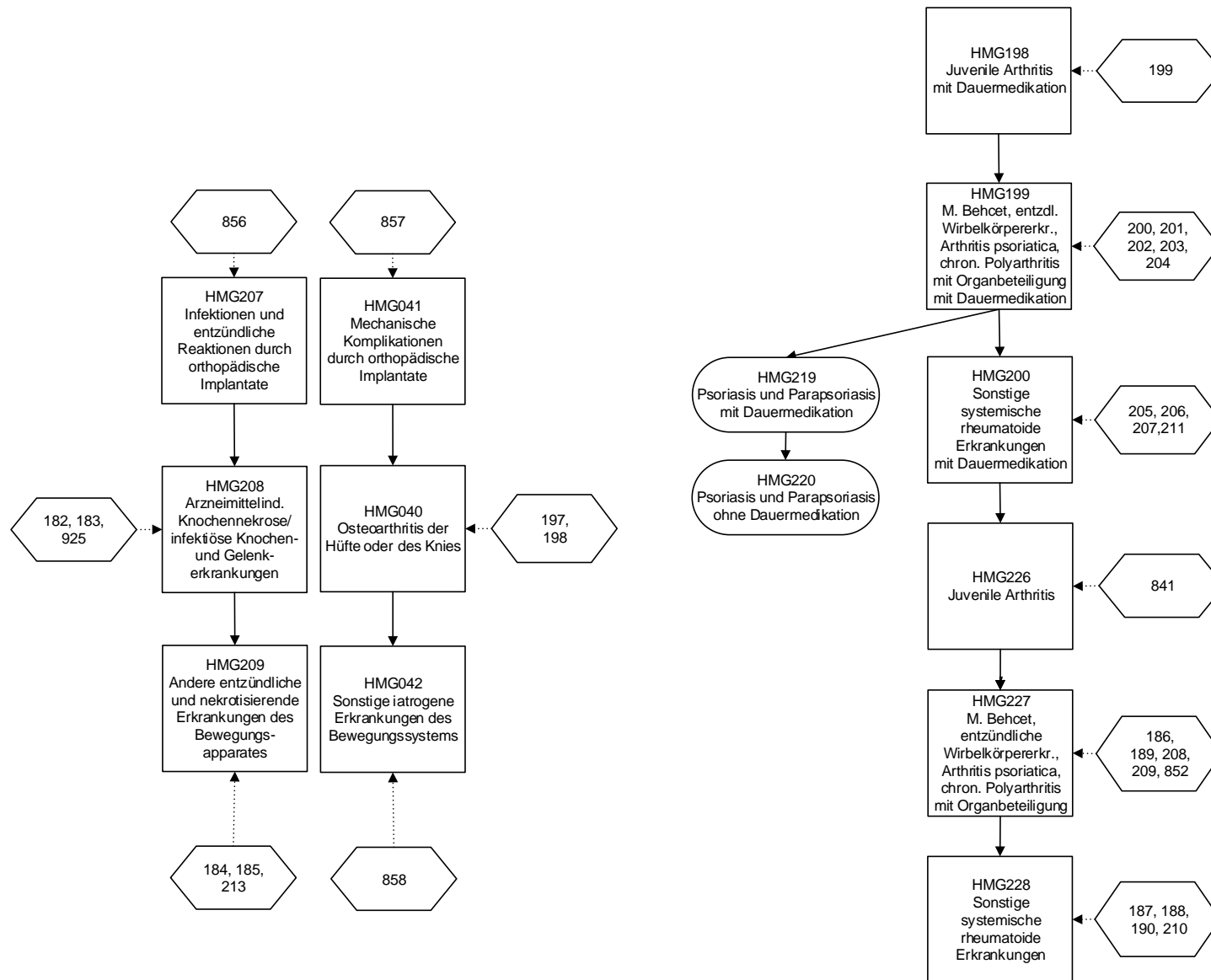
Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



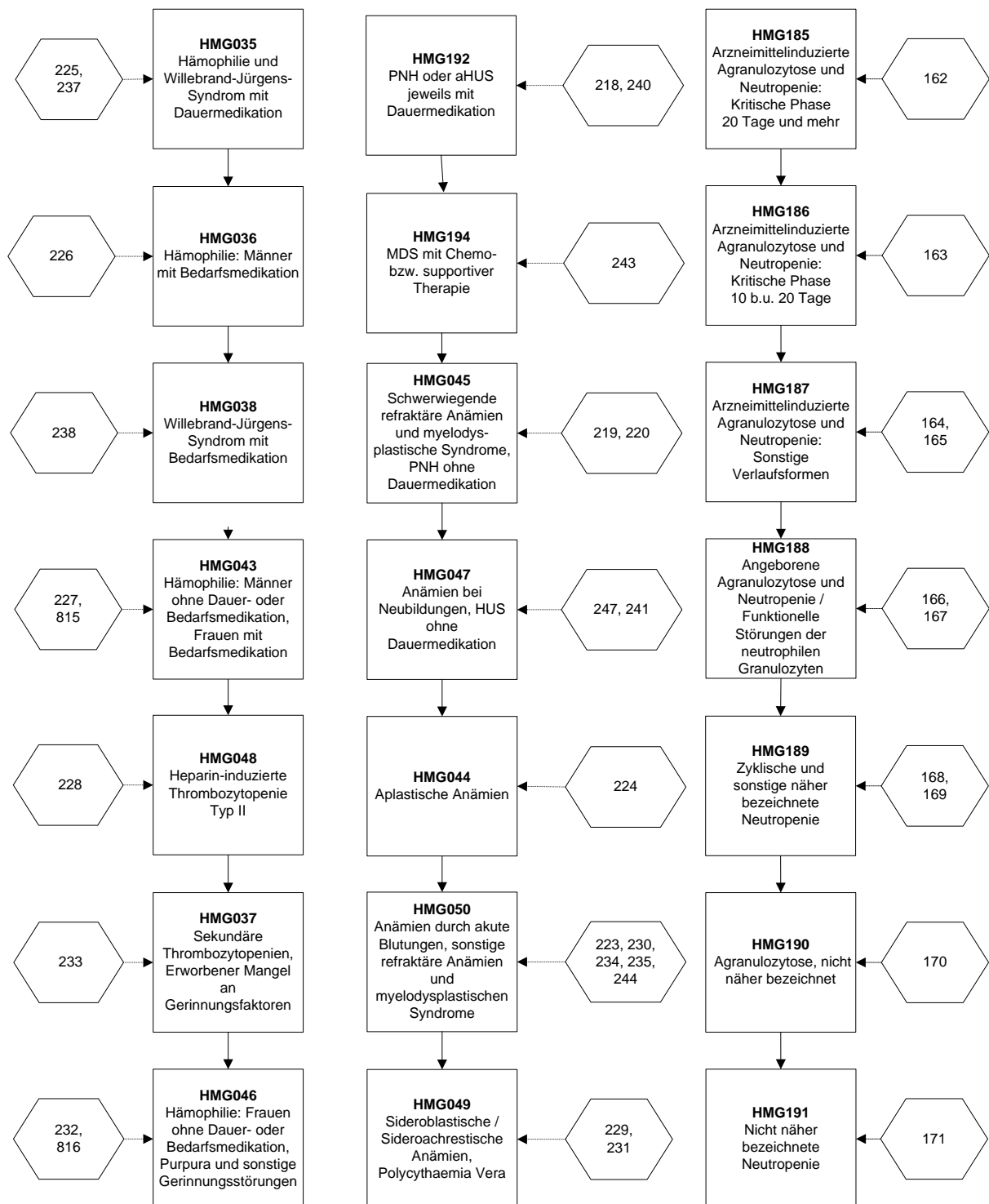
Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



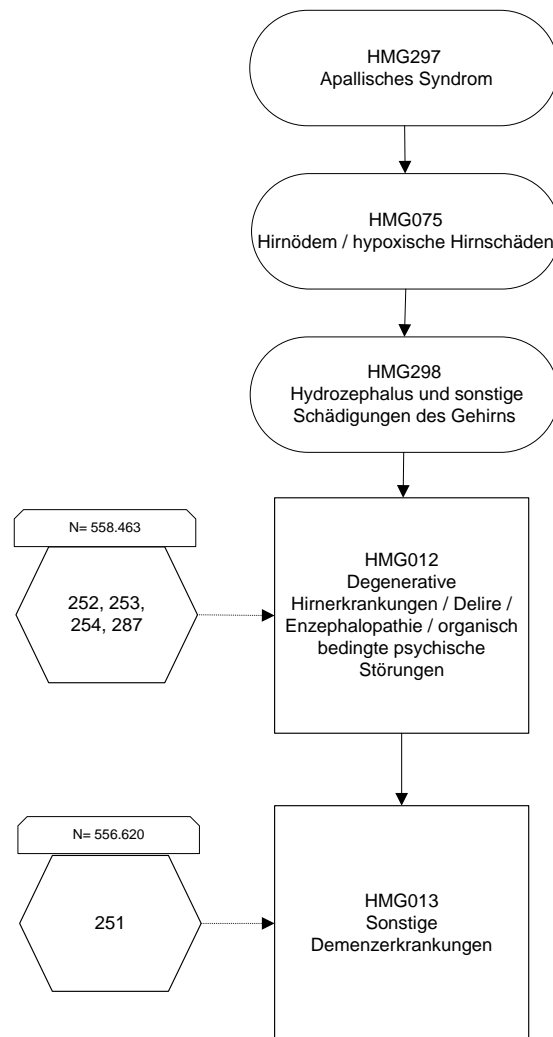
Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems



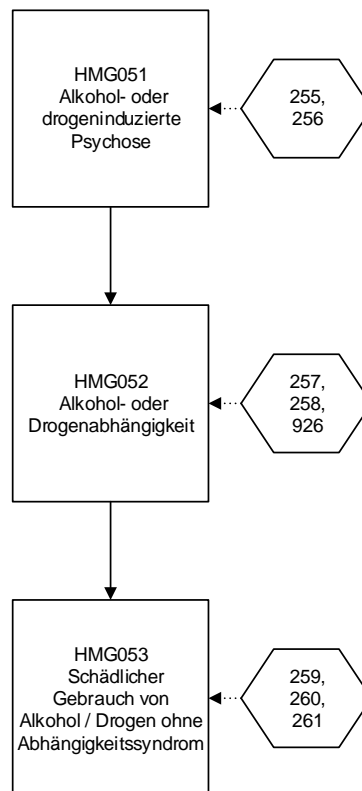
Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen



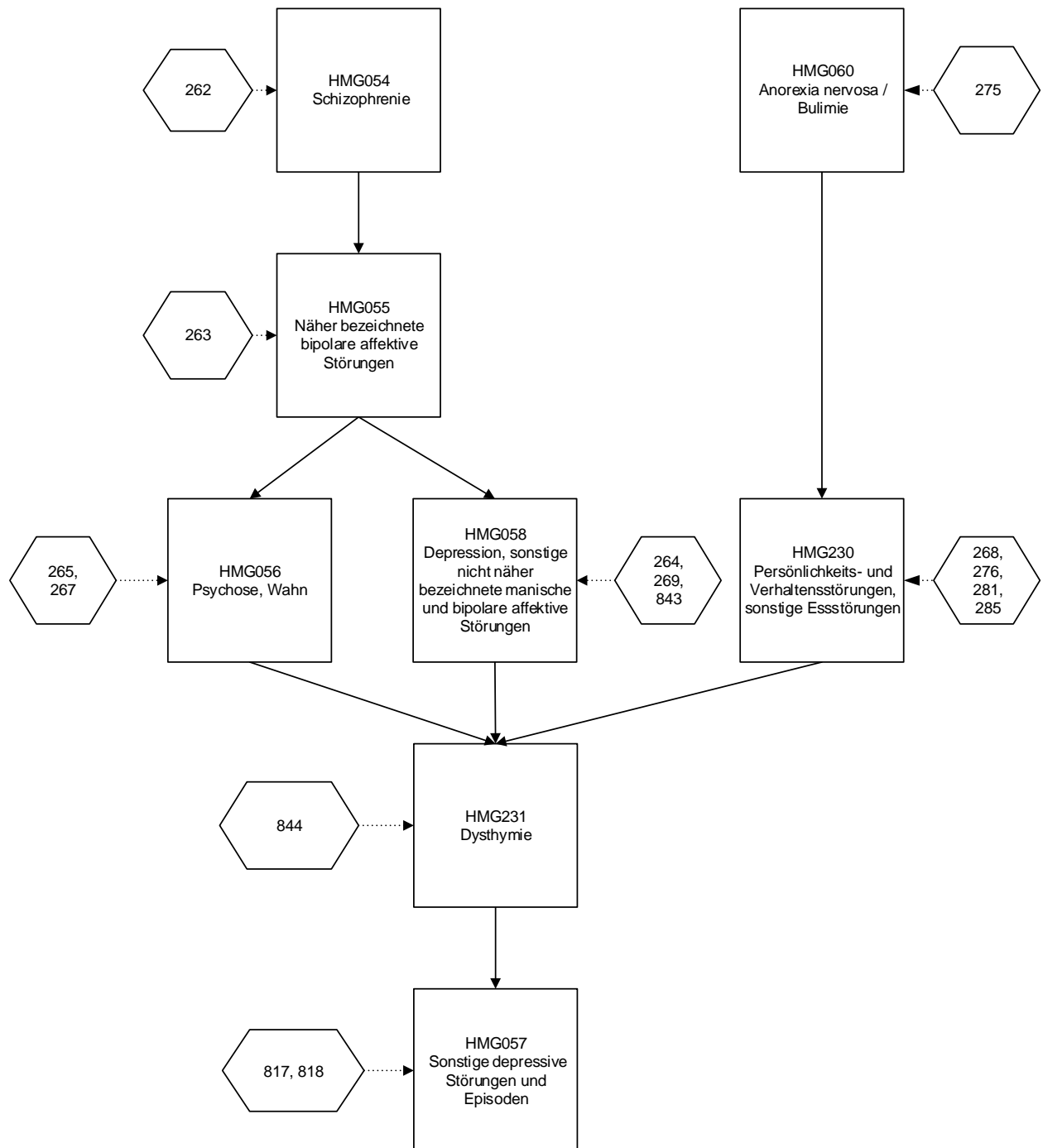
Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen



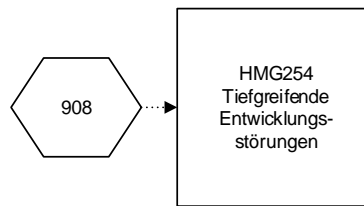
Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch



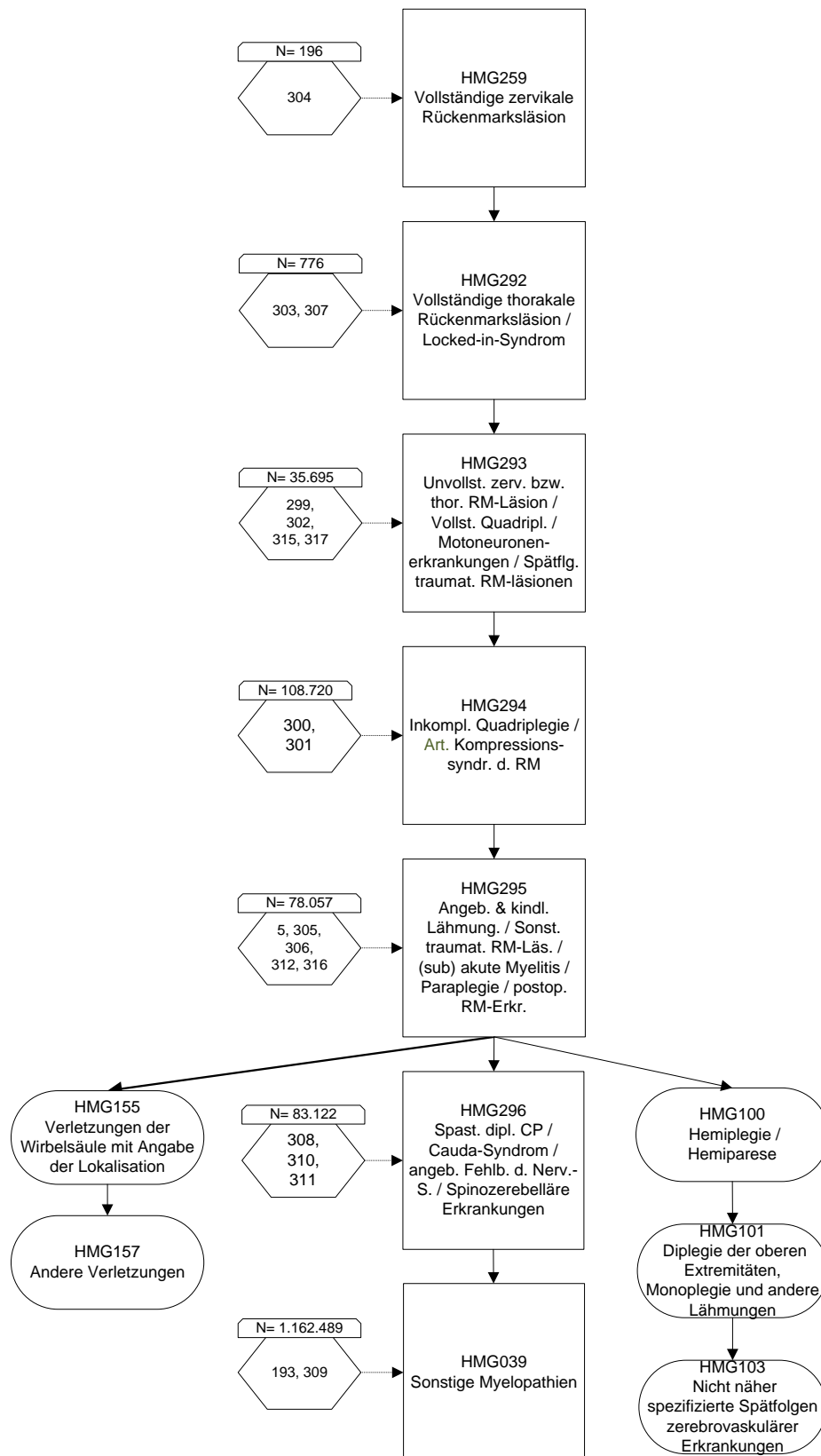
Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



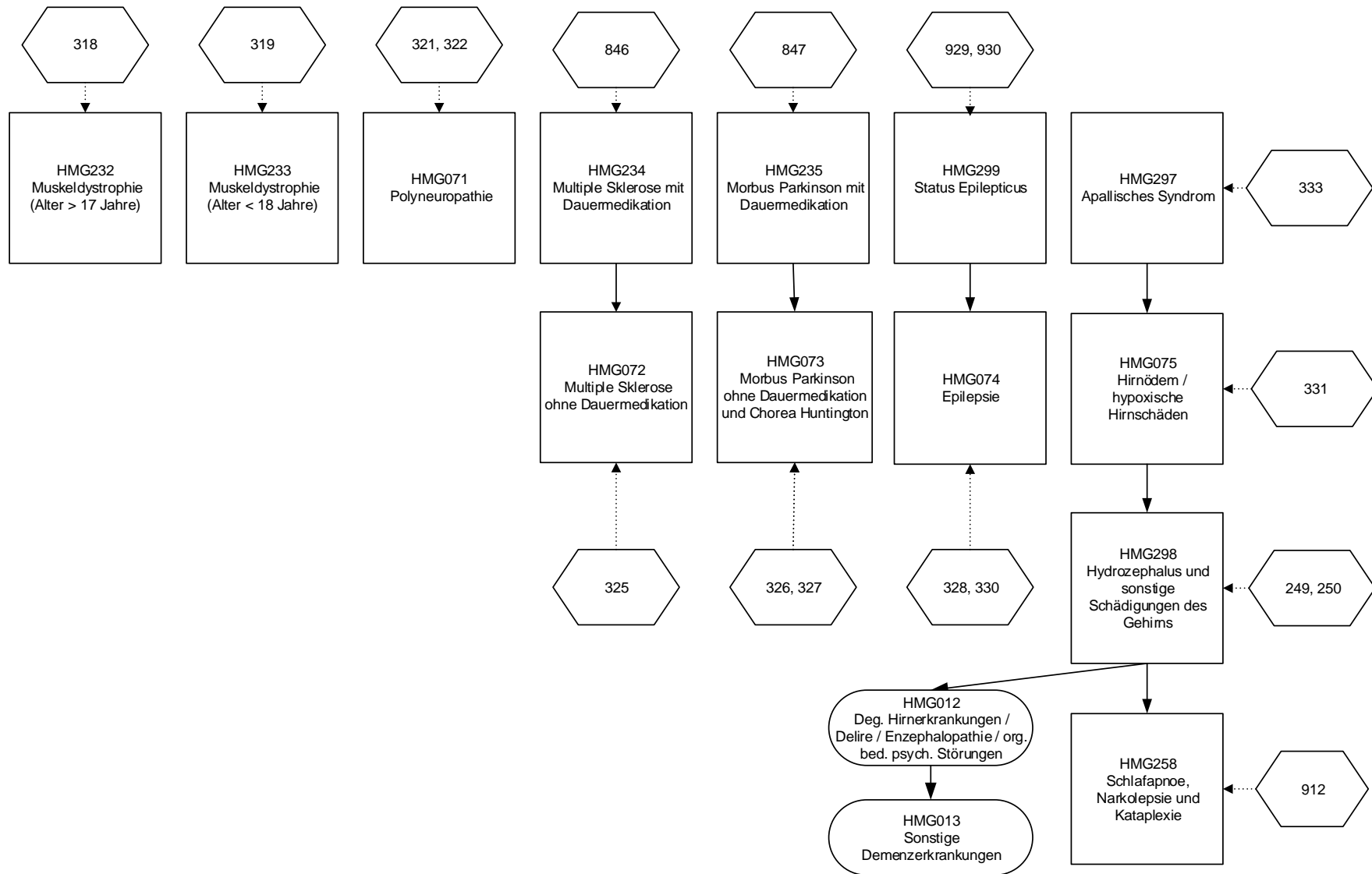
Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen



Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



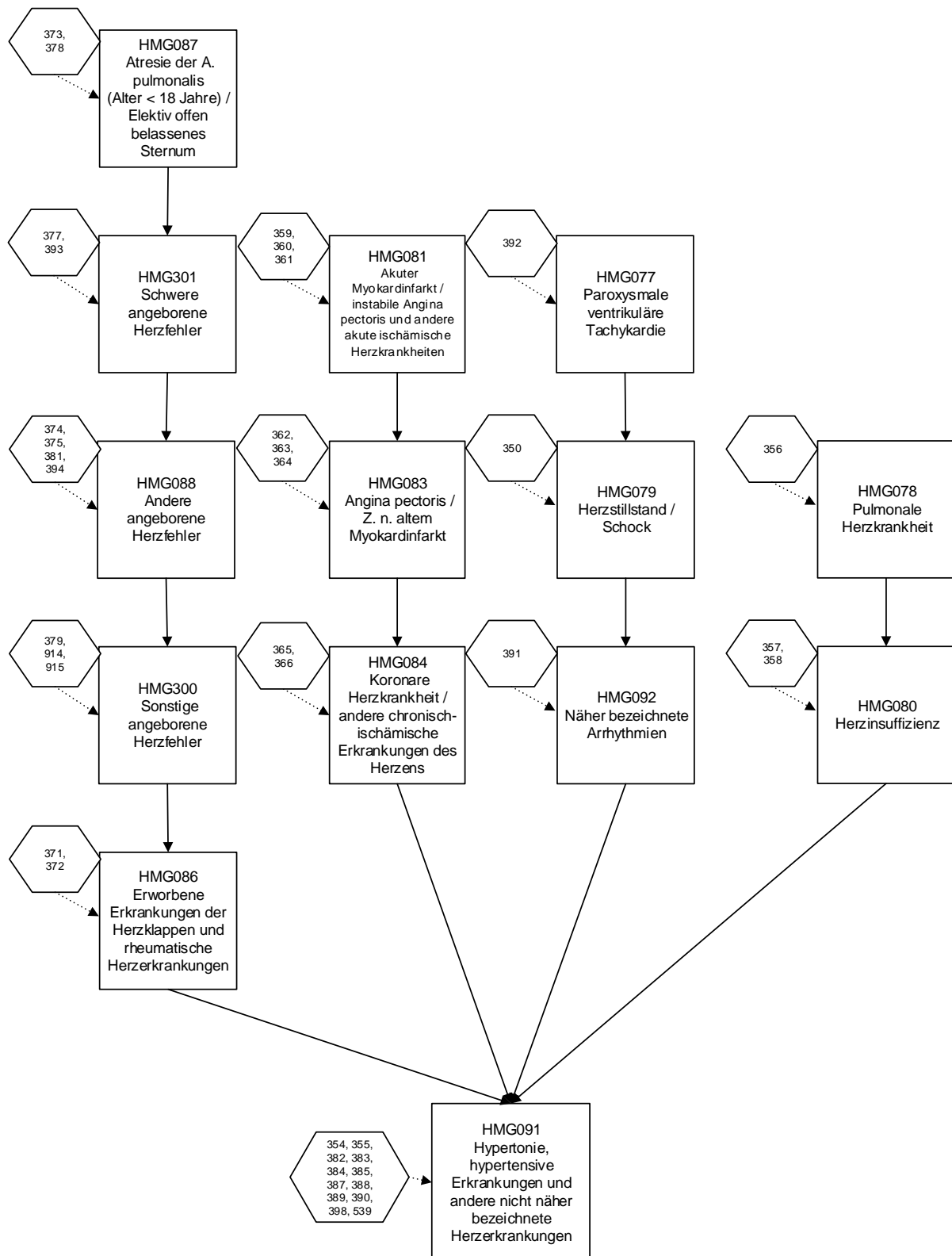
Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen



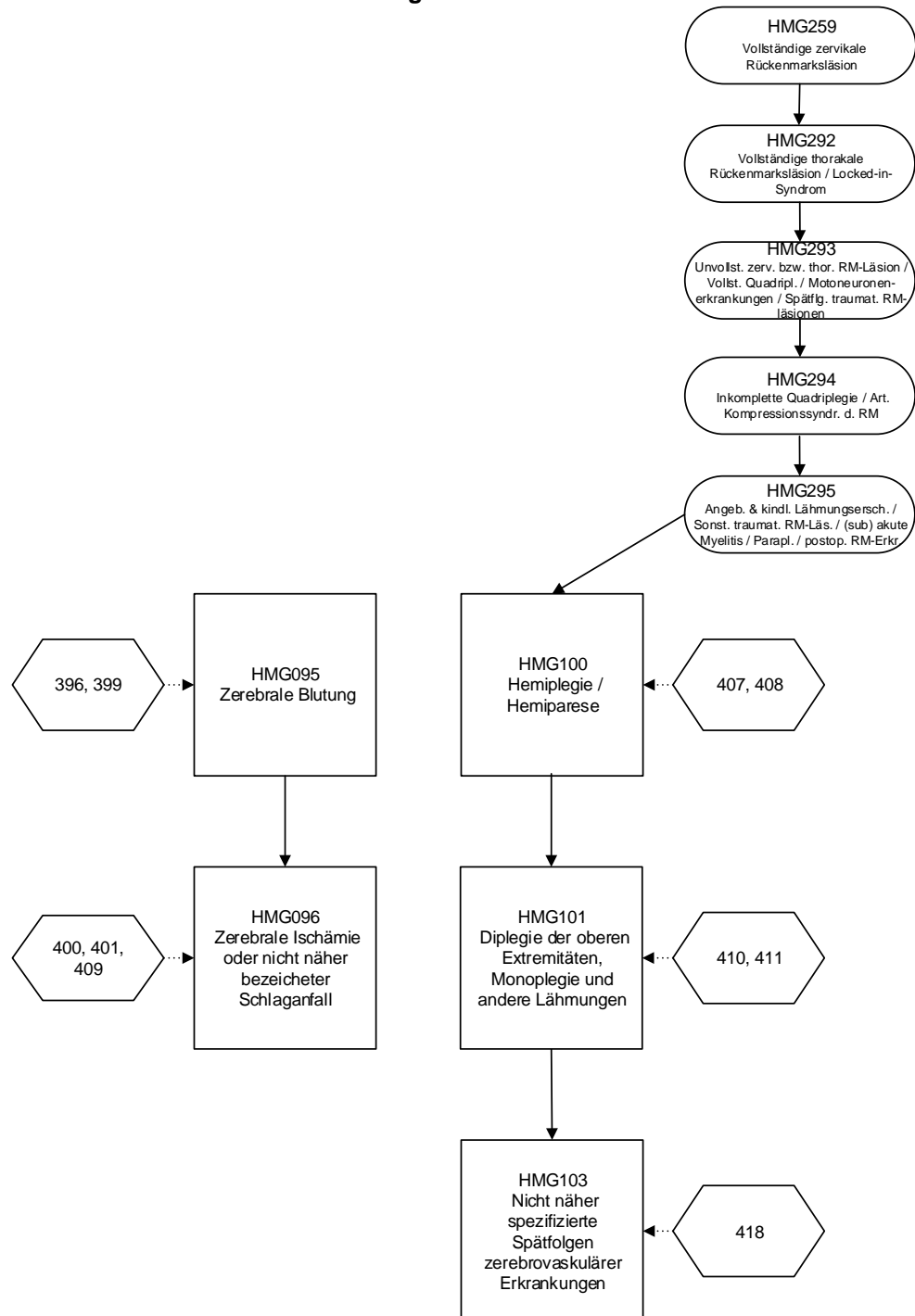
Hierarchie 15: Herz- und Atemstillstand

Mit Festlegung zum Ausgleichsjahr 2011 entfallen.

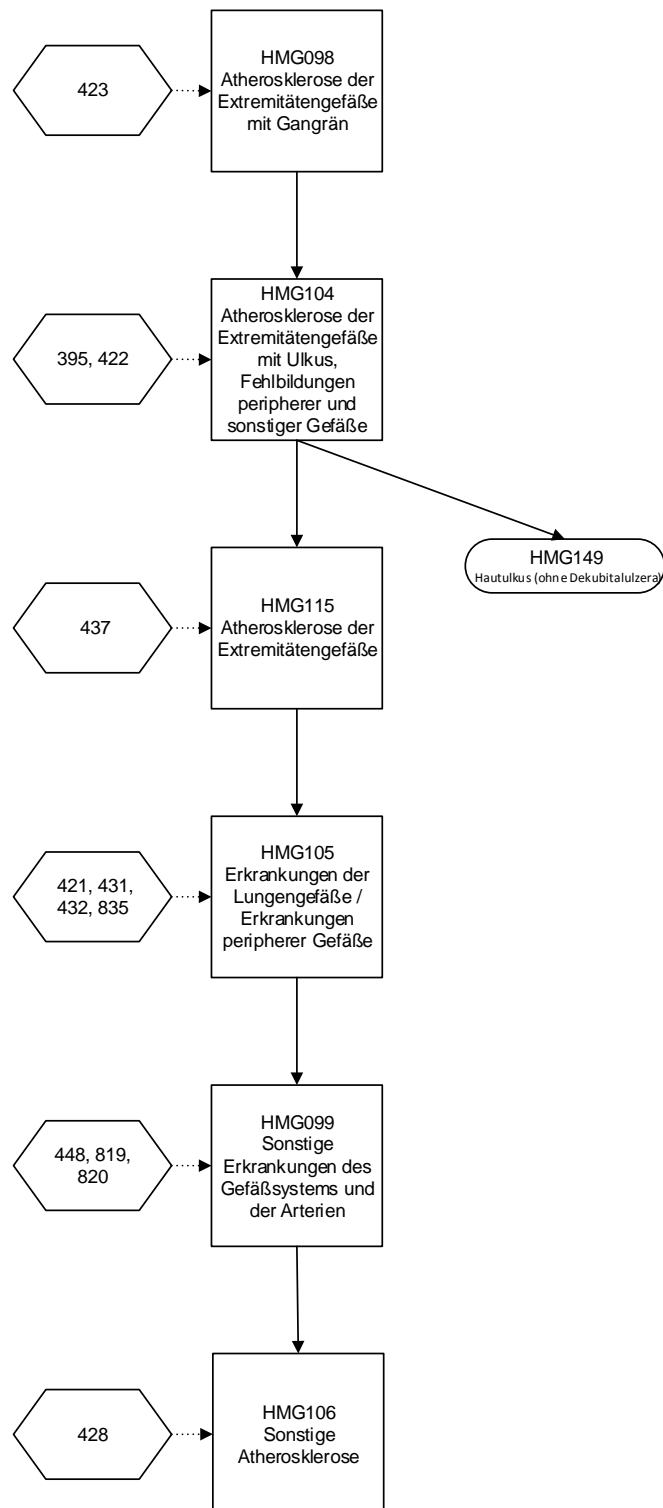
Hierarchie 16: Herzerkrankungen



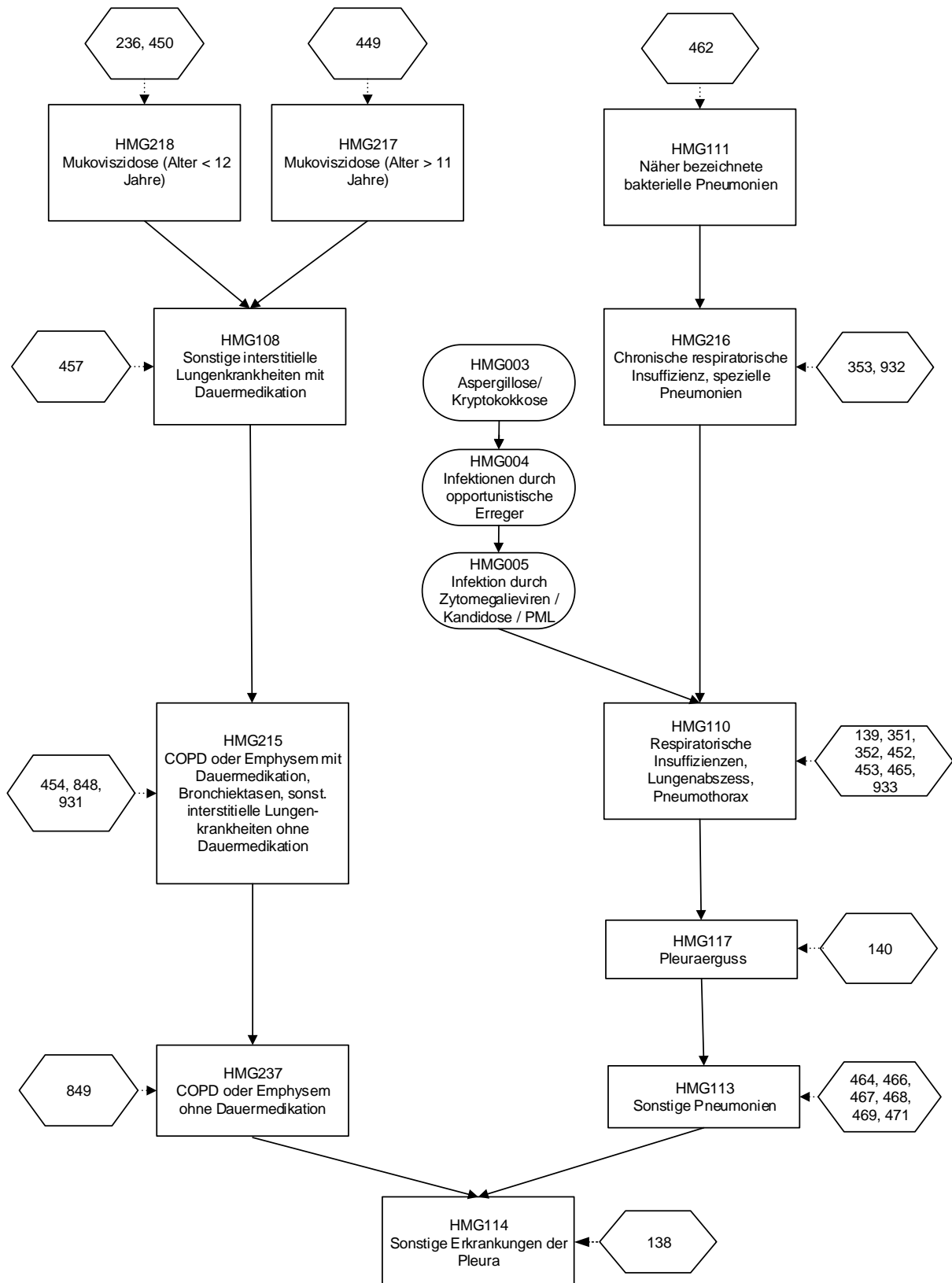
Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



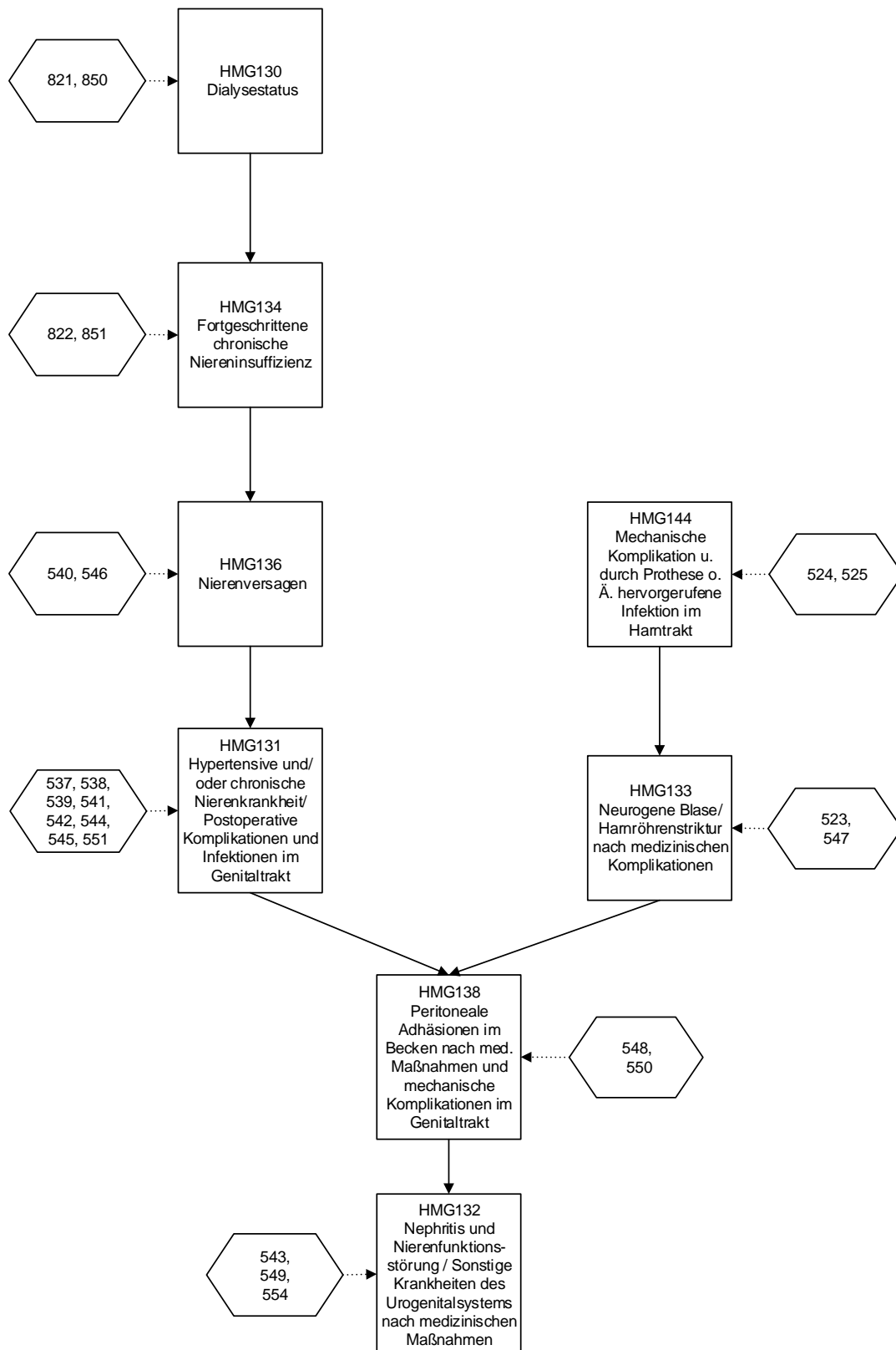
Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



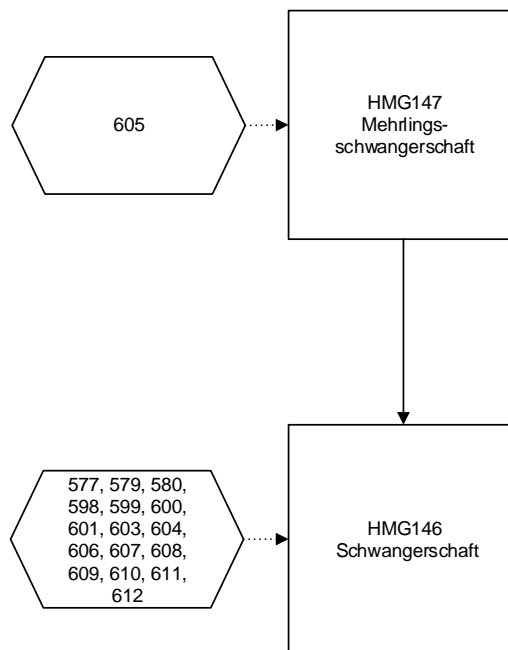
Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



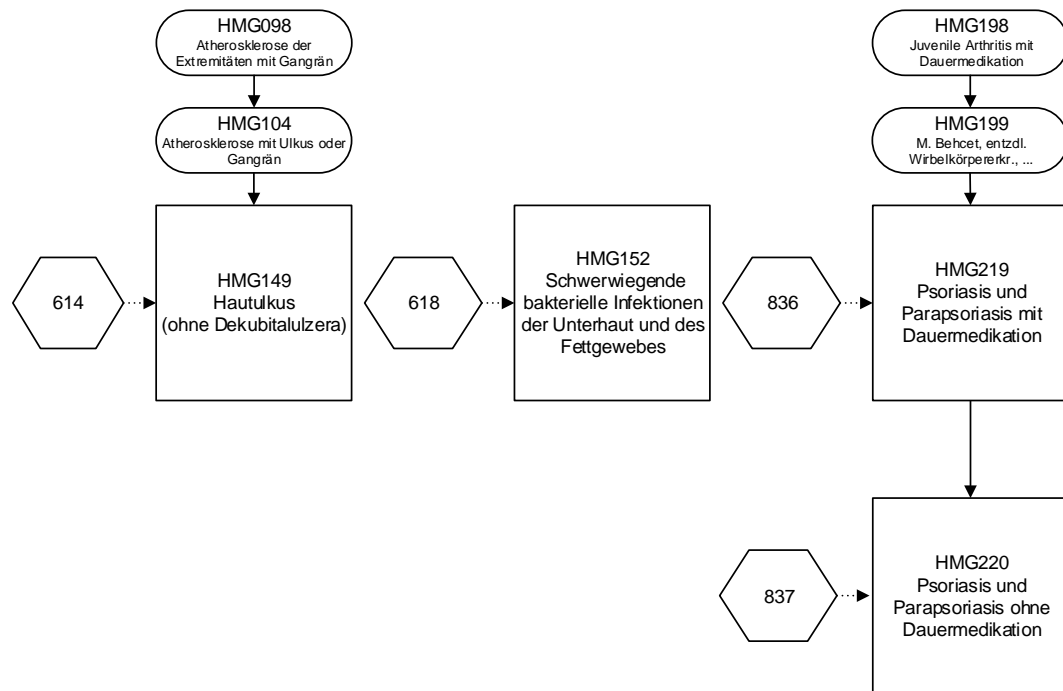
Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems



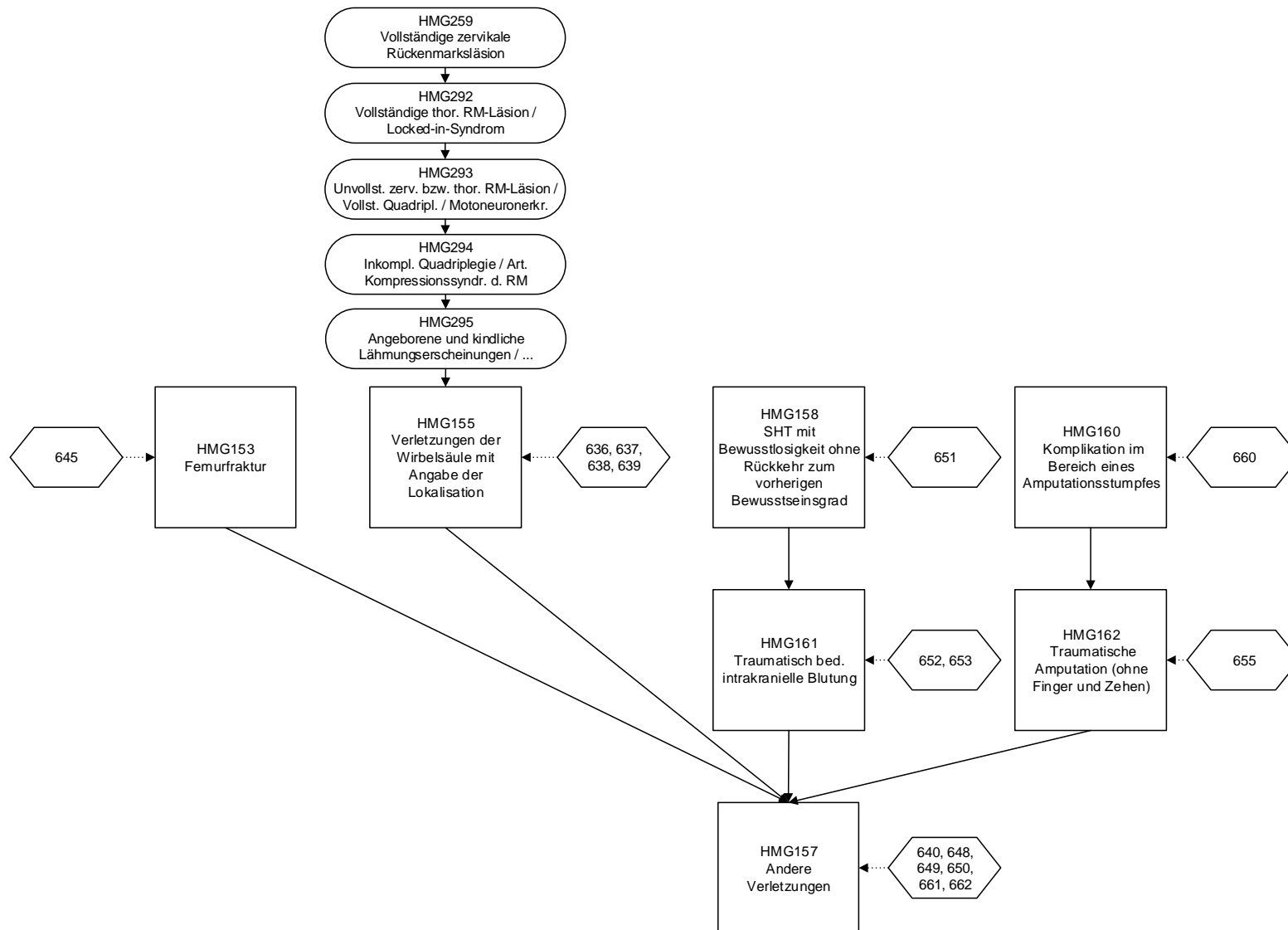
Hierarchie 21: Schwangerschaft



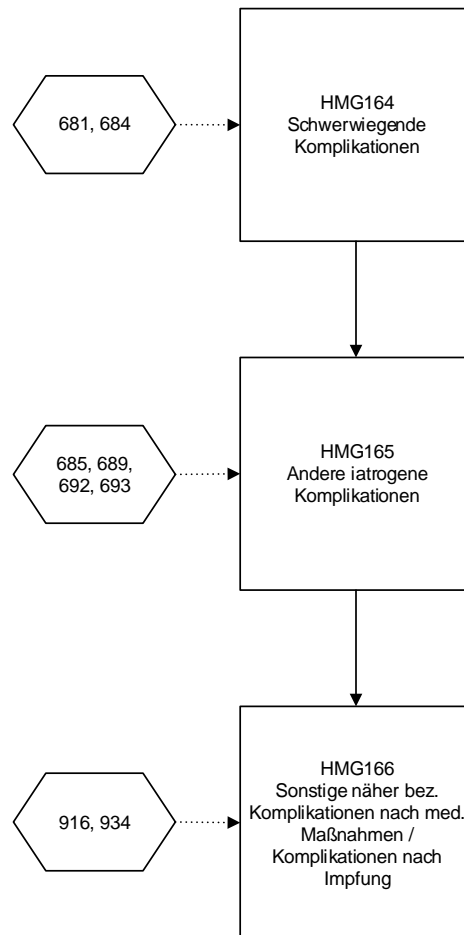
Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



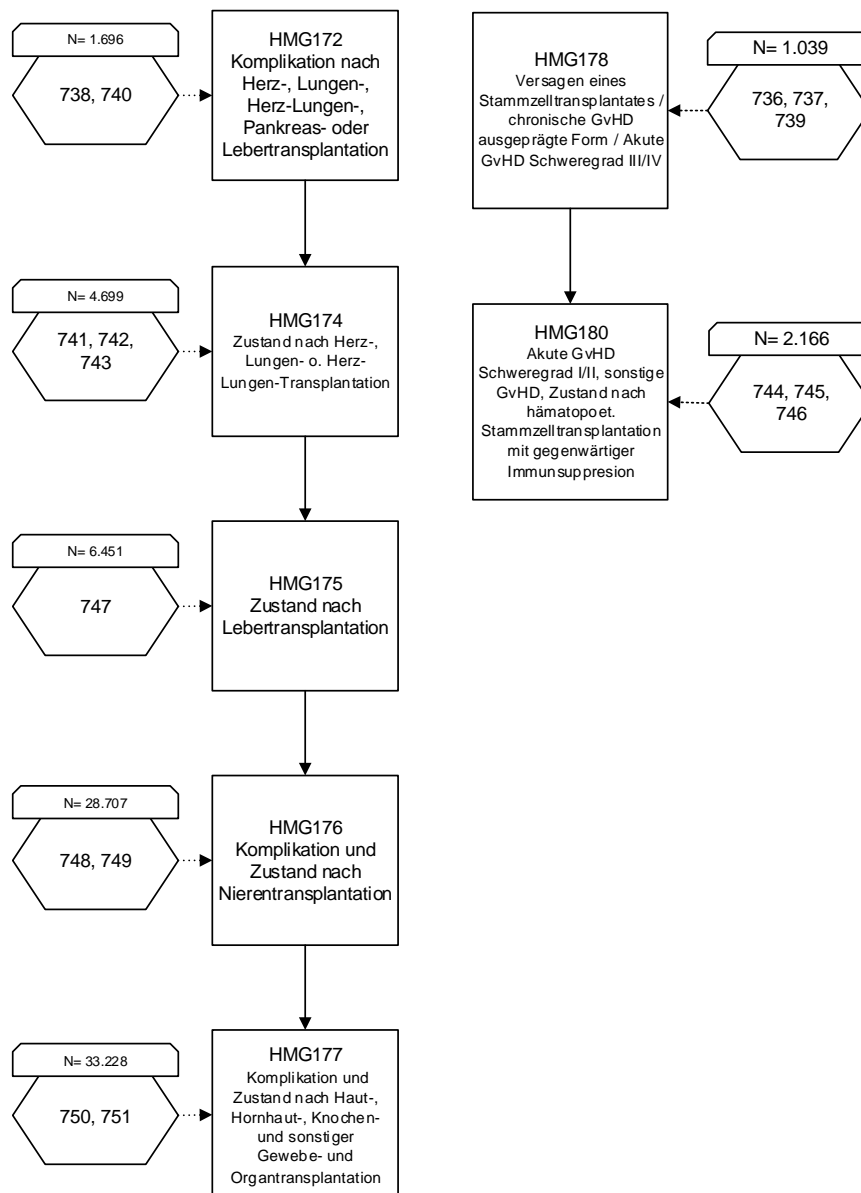
Hierarchie 23: Verletzungen



Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



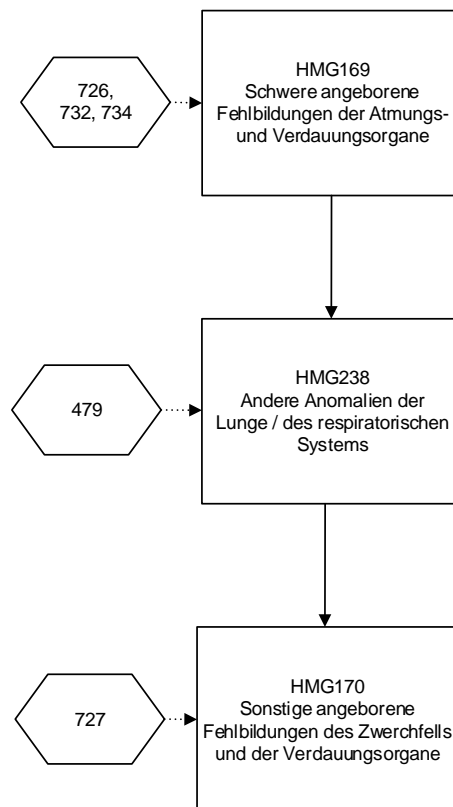
Hierarchie 25: Transplantationen



Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges

Mit Festlegung zum Ausgleichsjahr 2015 entfallen.

Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen



Hierarchie 28: Chronischer Schmerz

