



Bundesversicherungsamt

Erläuterungen zur

Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren

für das RSA-Ausgleichsjahr 2017

Bonn, den 30. September 2016

2017

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
I Einführung	1
1 Rechtsgrundlagen und Verfahrensablauf	1
1.1 Gegenstand der Festlegung	1
1.2 Vorschlagsverfahren, Einbindung des Wissenschaftlichen Beirats und Festlegungsentwurf	2
1.3 Anhörungsverfahren und Festlegung	2
2 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2017...20	
2.1 Hierarchieübergreifende Anpassungen	20
2.1.1 Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung	20
2.1.2 Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka	20
2.1.3 Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen	20
2.1.4 Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp	20
2.2 Anpassung der Hierarchien	20
2.2.1 Hierarchie 1 „Infektionen“	20
2.2.2 Hierarchie 2 „Neubildungen“	20
2.2.3 Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“	20
2.2.4 Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“	21
2.2.5 Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	21
2.2.6 Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	21
2.2.7 Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“	21
2.2.8 Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“	21
2.2.9 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	21
2.2.10 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	21
2.2.11 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	22
2.2.12 Hierarchie 23 „Verletzungen“	22
2.2.13 Hierarchie 25 „Transplantationen“	22
2.3 Anpassung weiterer Risikogruppen	22
2.3.1 Kostenerstattergruppen (KEGs)	22
2.3.2 Erwerbsminderungsrentengruppen (EMGs)	22
2.4 Anpassung des Berechnungsverfahrens	22
II Allgemeine Stellungnahmen	23
3 Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV – Verfahrensablauf	23
3.1 Verfahrensablauf	23
3.2 Stellungnahmen	23
3.3 Bewertung / Ergebnis	23

4	Datenbasis, Methodik und Dokumentation.....	25
4.1	Stellungnahmen	25
4.2	Bewertung	25
4.3	Ergebnis	26
5	Anpassung des Modells ohne empirische Datengrundlage.....	27
5.1	Festlegungsentwurf.....	27
5.2	Stellungnahmen	27
5.3	Bewertung	27
5.4	Ergebnis	28
III	Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf	29
6	Hinweis zur Arzneimitteldifferenzierung.....	29
6.1	Festlegungsentwurf.....	29
6.2	Stellungnahmen	29
6.3	Bewertung	30
6.4	Ergebnis	32
7	Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung	33
7.1	Festlegungsentwurf.....	33
7.2	Stellungnahmen	33
7.3	Bewertung	34
7.4	Ergebnis	35
8	Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka.....	36
8.1	Festlegungsentwurf.....	36
8.2	Stellungnahmen	36
8.3	Bewertung	36
8.4	Ergebnis	37
9	Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen...	38
9.1	Festlegungsentwurf.....	38
9.2	Stellungnahmen	38
9.3	Bewertung	39
9.4	Ergebnis	42
10	Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp.....	43
10.1	Festlegungsentwurf.....	43
10.2	Stellungnahmen	43
10.3	Bewertung	43
10.4	Ergebnis	43

IV	Anpassung der Hierarchien	44
11	Hierarchie 1 „Infektionen“	44
11.1	Festlegungsentwurf	44
11.2	Stellungnahmen	45
11.3	Bewertung	45
11.4	Ergebnis	46
12	Hierarchie 2 „Neubildungen“	47
12.1	Festlegungsentwurf	47
12.2	Stellungnahmen	50
12.3	Bewertung	51
12.3.1	Neugliederung der HMG276	51
12.3.2	Neugliederung der HMG277	53
12.3.3	Tumorlyse-Syndrom in nicht-hierarchisierter HMG	55
12.3.4	Arzneimitteldifferenzierungen	56
12.3.5	Endmodell	57
12.4	Ergebnis	59
13	Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“	62
13.1	Festlegungsentwurf	62
13.2	Stellungnahmen	62
13.3	Bewertung	63
13.4	Ergebnis	63
14	Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“	64
14.1	Festlegungsentwurf	64
14.2	Stellungnahmen	66
14.3	Bewertung	66
14.3.1	DxG/HMG für Versicherte mit einer chronischen Hepatitis C (ohne Dauermedikation)	66
14.3.2	DxG/HMG für Versicherte mit einer akuten Hepatitis C	69
14.3.3	Verschiebung der ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien aus Hierarchie 6 in Hierarchie 5	69
14.4	Ergebnis	73
15	Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	75
15.1	Festlegungsentwurf	75
15.2	Stellungnahmen	78
15.3	Bewertung	79
15.3.1	Redaktioneller Fehler in der visuellen Darstellung der HMG065 „Hämatemesis und Meläna“ und HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“	79
15.3.2	Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ und Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	82
15.3.3	Prüfung neuer Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 6 Gastrointestinale Erkrankungen“ und 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	84
15.3.4	Zusammenlegung von HMG062 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ und HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“ sowie „fehlende Ausgliederung“ des ICD-Kodes K92.2	84

15.3.5	Dominanzbeziehungen von der HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ auf die anderen Hierarchiestränge der Hierarchie 6	86
15.4	Ergebnis der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	87
16	Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	90
16.1	Festlegungsentwurf	90
16.2	Stellungnahmen	92
16.3	Bewertung	92
16.4	Ergebnis	95
17	Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“	96
17.1	Festlegungsentwurf	96
17.1.1	Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung	96
17.1.2	Anpassungen im Bereich der Blutbildung	96
17.1.3	Therapie der Thrombozytopenien	98
17.1.4	Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation	98
17.1.5	Endmodell	98
17.2	Stellungnahmen	101
17.2.1	Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung	101
17.2.2	Anpassungen im Bereich der Blutbildung	101
17.2.3	Therapie der Thrombozytopenien	101
17.2.4	Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation	101
17.2.5	Sonstiges	102
17.3	Bewertung	102
17.3.1	Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung	102
17.3.2	Anpassungen im Bereich der Blutbildung	102
17.3.3	Therapie der Thrombozytopenien	104
17.3.4	Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation	104
17.3.5	Sonstiges	104
17.4	Ergebnis	104
18	Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“	105
18.1	Festlegungsentwurf	105
18.2	Stellungnahmen	107
18.3	Bewertung	107
18.4	Ergebnis	107
19	Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	109
19.1	Festlegungsentwurf	109
19.2	Stellungnahmen	111
19.3	Bewertung	111
19.3.1	Einordnung der DxGs 307 und 317	113
19.3.2	Einordnung der DxG315	115
19.3.3	Einordnung der DxG305	117
19.4	Ergebnis	117
20	Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	120
20.1	Festlegungsentwurf	120
20.2	Stellungnahmen	122

20.3	Bewertung	122
20.3.1	Dominanzbezeichnung	122
20.3.2	Daclizumab	123
20.3.3	Ataluren.....	123
20.3.4	Multisystem-Atrophien	123
20.3.5	G23.3 und P91.7	125
20.4	Ergebnis	125
21	Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“	127
21.1	Festlegungsentwurf.....	127
21.2	Stellungnahmen	127
21.3	Bewertung	128
21.4	Ergebnis	128
22	Hierarchie 23 „Verletzungen“	129
22.1	Festlegungsentwurf.....	129
22.2	Stellungnahmen	131
22.3	Bewertung	131
22.4	Ergebnis	131
23	Hierarchie 25 „Transplantationen“	132
23.1	Festlegungsentwurf.....	132
23.2	Stellungnahmen	132
23.3	Bewertung	132
23.4	Ergebnis	132
V	Abgrenzung weiterer Risikogruppen	134
24	Kostenerstattergruppen (KEGs).....	134
24.1	Festlegungsentwurf.....	134
24.2	Stellungnahmen	134
24.3	Bewertung	134
24.4	Ergebnis	134
25	Erwerbsminderungsgruppen (EMGs).....	135
25.1	Festlegungsentwurf.....	135
25.2	Stellungnahmen	135
25.3	Bewertung	135
25.4	Ergebnis	135
VI	Berechnungsverfahren	136
26	Begrenzung der Zuweisungen für „Auslandsversicherte“ (AusAGGs).....	136
26.1	Festlegungsentwurf.....	136
26.2	Stellungnahmen	136
26.2.1	Nennung der Konten zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte.....	136

26.2.2	Durchführung der Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V	136
26.3	Bewertung	137
26.3.1	Nennung der Konten	137
26.3.2	Weitere Anmerkungen	138
26.4	Ergebnis	140
VII	Anhang.....	141
27	Erläuterung zu den Anlagen 1 und 3.....	141
28	Gesamtbewertung der Anpassungen.....	143
29	Überblick über Fallzahlen und Kostenschätzer.....	144
29.1	Modell Ausgleichsjahr 2016	144
29.2	Ausgangsmodell zur Anpassung Ausgleichsjahr 2017	153
29.3	Festlegungsentwurf Ausgleichsjahr 2017	161
29.4	Festlegung Ausgleichsjahr 2017	170
30	Darstellung des Aufgreifalgorithmus.....	179
31	Übersicht über die Hierarchien.....	184

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf.....	45
Abbildung 2: Entwurf zur Anpassung des Hierarchiestrangs "Hämatologische Neubildungen" in der Hierarchie 2 "Neubildungen"	49
Abbildung 3: Entwurf zur Anpassung des Hierarchiestrangs "Solide Tumoren" in der Hierarchie 2 "Neubildungen"	50
Abbildung 4: Hierarchie 2 Neubildungen, Strang "Hämatologische Neubildungen" gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017	60
Abbildung 5: Hierarchie 2 Neubildungen, Strang "Solide Tumoren" gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017	61
Abbildung 6: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 05 "Erkrankungen der Leber"	65
Abbildung 7: Festlegung für Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Ausgleichsjahr 2017	74
Abbildung 8: Festlegungsentwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“	77
Abbildung 9: Festlegung für die Hierarchie 6 "Gastrointestinale Erkrankungen"	89
Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“	91
Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“	100
Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“	106
Abbildung 13: Festlegung für Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ im Ausgleichsjahr 2017	108
Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“	110
Abbildung 15: Festlegung für die Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“	119
Abbildung 16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf.....	121
Abbildung 17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“	126
Abbildung 18: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 22 „Haut“	127
Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“	130
Abbildung 20: Festlegung für die Hierarchie 25 „Transplantationen“	133
Abbildung 21: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2017	179
Abbildung 22: Sonderfall 1 – Arzneimitteldifferenzierung 183 BT	180
Abbildung 23: Sonderfall 2 – Arzneimitteldifferenzierung 42 BT	181
Abbildung 24: Sonderfall 3 – Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen	182
Abbildung 25: Sonderfall 4 – Dialysepflichtige Niereninsuffizienz.....	183

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stellungnahmen zu allgemeinen Aspekten der Weiterentwicklung.....	4
Tabelle 2: Stellungnahmen zu hierarchieübergreifenden Anpassungen	6
Tabelle 3: Stellungnahmen zur Überarbeitung der Hierarchien	9
Tabelle 4: Stellungnahmen zur Abgrenzung weiterer Risikogruppen	16
Tabelle 5: Stellungnahmen zum Regressions- und Berechnungsverfahren.....	16
Tabelle 6: Redaktionelle Anmerkungen	18
Tabelle 7: Weitere ATC-Kodes zur Überprüfung auf Ergänzung in Anlage 3.....	34
Tabelle 8: Aufgreifkriterium Arzneimittel – Kennzahlen	38
Tabelle 9: Betroffene HMG	41
Tabelle 10: Hierarchiestrang „Solide Tumoren“, Neugliederung der HMG276	52
Tabelle 11: Hierarchiestrang "Solide Tumoren", Neugliederung der HMG277	54
Tabelle 12: Freistellung der HMG269	56
Tabelle 13: Endmodell.....	58
Tabelle 14: Eigene DxG/HMG für Versicherte mit chronischer Hepatitis C ohne Dauermedikation.....	68
Tabelle 15: Hepatische Enzephalopathien	69
Tabelle 16: Verschiebung der ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien aus Hierarchie 9 in Hierarchie 5	70
Tabelle 17: Festlegungsentwurf versus Festlegung (Vollerhebung)	72
Tabelle 18: Korrigierte Darstellung der Tabelle 43 des Festlegungsentwurfes	80
Tabelle 19: Korrigierte visuelle Darstellung der Tabelle 45 "Ausgangs- versus Endmodell" des Festlegungsentwurfes	81
Tabelle 20: Umkehr der Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 5 und 6	83
Tabelle 21: Zuordnung der DxG761 zur HMG064	85
Tabelle 22: Ausgangsmodell versus Endmodell	88
Tabelle 23: Hierarchieübergreifende Dominanzen bei rheumatischen Erkrankungen des Bewegungssystems.....	93
Tabelle 24: Hierarchie 8 – Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf AJ2017.....	99
Tabelle 25: Vergleich der Aufgreifkriterien	103
Tabelle 26: Restrukturierung der Hierarchie 13 (entspricht Tabelle 61 in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf)	112
Tabelle 27: Einordnung der DxGs 307 und 317	114
Tabelle 28: Einordnung der DxG315	116
Tabelle 29: Hierarchie 13 - Ausgangsmodell, Entwurf, Festlegung	118
Tabelle 30: Zuordnung des ICD G23.2 in HMG073 bzw. HMG235 & Berücksichtigung ATC L04AC zum Aufgreifen der DxG846.....	124
Tabelle 31: Verwendung der Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2017	142
Tabelle 32: Entwicklung der Modellgüte.....	143
Tabelle 33: Fallzahlen und Kostenschätzer Klassifikationsmodell AJ2016 – Neue Daten	144
Tabelle 34: Fallzahlen und Kostenschätzer Klassifikationsmodell AJ2017 – Ausgangsmodell.....	153
Tabelle 35: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegungsentwurf AJ2017	161
Tabelle 36: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegung AJ2017	170

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.

Nachdem die Festlegung der im Ausgleichsjahr 2017 im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten bereits zum 29. Februar 2016 erfolgt ist, betrifft die vorliegende Festlegung die übrigen gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zu regelnden Bereiche und somit vor allem die Modalitäten, „die für die Ermittlung der Risikozuschläge 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 (die „Morbiditätszuschläge“) ersetzt (§ 31 Abs. 5 Satz 2).

1.2 Vorschlagsverfahren, 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. Um schon vorab die Gesetzlichen Krankenkassen an dieser Modellpflege zu beteiligen, führte das BVA auch in diesem Jahr ein fakultatives Vorschlagsverfahren durch, zu dessen Zweck der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) dazu aufgerufen wurde, den zwischen seinen Mitgliedskassen konsentierten Anpassungsbedarf zu benennen bzw. dem BVA und dem Beirat konkrete Überarbeitungsvorschläge zu unterbreiten. Auf Grundlage einer vom GKV-SV am 29. Januar 2016 übermittelten Liste hat sich der Wissenschaftliche Beirat in seiner Sitzung am 20. Juni 2016 hierzu abschließend beraten und seine Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells beschlossen. Der auf diesen Vorschlägen aufbauende Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2017 wurde am 08. Juli 2016 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 12. August 2016 gingen beim BVA neben der Stellungnahme des GKV-SV weitere schriftliche Ausführungen seitens der BAG-Selbsthilfe, der Techniker Krankenkasse (gemeinsam mit der Handelskrankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse, TK et al.), des AOK Bundesverbandes (AOK-BV), der AOK Rheinland/Hamburg (AOK Rhld.-H.), der Barmer GEK, des BKK Dachverbandes (BKK-DV), der DAK-Gesundheit (DAK-G) sowie der Gemeinsamen Vertretung der Innungskrankenkassen (IKK e.V.) ein.¹ Eine Übersicht über die im Anhörungsverfahren vorgetragenen Anmerkungen und Änderungsvorschläge findet sich ab der folgenden Seite in den Tabellen 1 bis 6.

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

¹ Weitere Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer beinhalten keine konkreten Anmerkungen zum Festlegungsentwurf und können an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben.

Alle vom BVA vorgenommenen Änderungen am Festlegungsentwurf sind mit dem Wissenschaftlichen Beirat auf einer gemeinsamen Sitzung am 13. September 2016 ausführlich 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	
	Der GKV-SV bittet um eine zeitliche Entzerrung von Krankheitsauswahl und Vorschlagsverfahren. Die Festlegung der Krankheitsauswahl solle regelmäßig vor Beginn des Vorschlagsverfahrens erfolgen.	GKV-SV
	Die Trennung von Krankheitsauswahl und Weiterentwicklung des Modells wird kritisch gesehen. Das BKK-System spricht sich dafür aus, die Festlegungen von Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell im Rahmen eines gemeinsamen Prozesses zu treffen.	BKK-DV
	Es wird darauf hingewiesen, dass Vorschläge, die zwar in der entsprechenden Übersicht genannt, die vom BVA aber inhaltlich nicht bearbeitet worden sind, auch weiterhin als offene Vorschläge zu berücksichtigen seien. Hinsichtlich der Gestaltung künftiger Vorschlagslisten werden konkrete Vorschläge unterbreitet.	BKK-DV
	Es wird moniert, dass das BVA Fehler in den Arzneimittelzuordnungslisten am 20.7. korrigiert habe und sich die ohnehin kurze Bearbeitungszeit dadurch unnötig verkürzt habe.	BKK-DV
1.2	Festlegungsentwurf: Methodisches Vorgehen / Dokumentation	
	Methodik und durchgeführten Analysen sind umfassend beschrieben und nachvollziehbar aufbereitet. Die umfangreichen Erläuterungen führen zu einer hohen Transparenz bei der Weiterentwicklung des Modells.	GKV-SV, Barmer GEK
	Das strukturierte Vorgehen bei der Abarbeitung der Vorschlagsliste sowie die Dokumentation der Berechnungsergebnisse werden begrüßt ebenso wie die durchgängige Darstellung der Standardfehler der Kostenschätzer.	BKK-DV
	Die Einbeziehung der Vorschlagsnummern des GKV-SV führt dabei zu einer verbesserten Übersichtlichkeit. Bei der Übersicht über alle Vorschläge (Tabelle 1 im Festlegungsentwurf) sollte jedoch künftig die ursprüngliche Spaltenbeschriftung der Liste des GKV-SV beibehalten werden. Wünschenswert wäre noch eine Übersicht über die noch ausstehenden bzw. noch ungeprüften Vorschläge.	GKV-SV, IKK e.V.
	Es wird angeregt, die in Anhang IV der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dokumentierten Kostenschätzer und Fallzahlen künftig auch als Excel-Dateien zur Verfügung zu stellen.	GKV-SV, Barmer GEK
	Zur Verbesserung der Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit des Weiterentwicklungsverfahrens wird vorgeschlagen, künftig die Überprüfung einer Hierarchie auf Kostenhomogenität grundsätzlich erst dann durchzuführen, wenn alle Anpassungs- und Änderungsvorschläge zu der Hierarchie untersucht sind (in Hierarchie 05 "Erkrankungen der Leber" anderes Vorgehen gewählt). Es wird empfohlen, für alle Hierarchien, in denen sich Veränderungen ergeben, systematisch auf die Zusammensetzung ihrer Kostenschätzer zu überprüfen. Analog der Vorgehensweise in Hierarchie 2 sollte die Untersuchung der DxG-HMG-Zuordnung durch eine vollständige Aufhebung der Hierarchiestruktur, mit Freistellen aller DxG und anschließender Zusammenführung ähnlicher Kostenschätzer, erfolgen.	IKK e.V.
	Zuschlagsgruppen mit negativen Kostenschätzern sind mit dem Wert 0 Euro am Hierarchieende einzubinden. Eine Zusammenlegung mit positiven Zuschlagsgruppen führt zu einer ungerechtfertigten Verwässerung der Kostenschätzer und wird abgelehnt.	IKK e.V.

1	Allgemeine Anmerkungen	
	Eine Diskussion um grundlegende Fragen der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sollte auch alle weiteren, seit mittlerweile mehreren Jahren nicht mehr bearbeiteten methodischen Fragen zum Thema haben (z.B. Arzneimitteldifferenzierung, Alterssplits, Sensitivitätsanalysen, grundsätzliche Fragen zur Robustheit und Versorgungsneutralität in Hinblick auf Präventionsanreize).	IKK e.V.
	Dem Aspekt der Manipulationsresistenz sei bei der Modellanpassung eine höhere Bedeutung beizumessen als einer "evtl. zufällig verursachten Verschlechterung der statistischen Kennzahlen."	BKK-DV
1.3	Datenbasis: Verwendung von Stichprobe und Vollerhebung	
	Zur besseren Bewertbarkeit von Abweichungen der Ergebnisse zwischen Stichprobe und Vollerhebung wird um eine genauere Beschreibung der Stichprobe gebeten. Zudem sei es sinnvoll möglichst alle Berechnungen (oder aber zumindest einige Zwischenergebnisse) mit einer Berechnung auf der Vollerhebung zu validieren.	GKV-SV
	Erfreulicherweise haben sich die Differenzen in den Gütemaßen zwischen Vollerhebung und 30%-Stichprobe im Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert.	IKK e.V.
	Es sollte jeweils begründet werden, wenn in den Analysen von der 30%-Stichprobe abgewichen wird. Hierzu sollten feste Kriterien definiert werden. Sofern in der Analyse eines Modells auf die Vollerhebung zurückgegriffen wird, sollten auch die anderen zu prüfenden (für einen Vergleich relevanten) Modelle auf dieser Datenbasis simuliert werden.	BKK-DV
	Die Stichprobenziehung sollte nach Definition von mit dem GKV-SV vereinbarten Kriterien (bzgl. der Stichprobenrepräsentativität) erfolgen. Der GKV-SV sollte zudem in der Lage sein, die Stichprobe nachzubilden. So ließen sich (vermutete) Fehler in Berechnungen des BVA (auch auf Stichprobenebene) von einer weiteren Stelle bestätigen bzw. ausschließen.	BKK-DV
1.4	Weitere allgemeine Themen	
	Mit Blick auf die seit dem Ausgleichsjahr 2009 in Kraft getretenen Verfahrensänderungen solle eine erneute (und wenn möglich regelmäßige) wissenschaftliche Evaluation des Risikostrukturausgleichs erfolgen.	BKK-DV
	Die Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten wird kritisiert. Zudem wird darauf hingewiesen, dass der Ausgleich von Durchschnittskosten in zusammengefassten Zuschlagsgruppen der hohen Streubreite der tatsächlichen Ausgaben nicht immer gerecht würden. Gerade bei Erkrankungen mit besonders hohen Kosten führe dies in der Praxis noch immer zu aktiven Risikoselektionsstrategien gegenüber betroffenen Patienten.	BAG Selbsthilfe

Tabelle 2: Stellungnahmen zu hierarchieübergreifenden Anpassungen

2	Hierarchieübergreifende Anpassungen	
2.1	Austauschfähige Arzneimittel (§ 129 Abs. 1 SGB V)	
	Der Verzicht auf eine systematische Überprüfung der Thematik aufgrund fehlender Kapazitäten kann nachvollzogen werden. Eine Einzelfallprüfung erscheint angemessen.	GKV-SV, TK et al., BKK-DV, Barmer GEK, DAK-G
	Zwar kann die Begründung, eine systematische Überprüfung aus Kapazitätsgründen zu unterlassen, nachvollzogen werden; allerdings wird es kritisch gesehen, wenn einzelne Vorschläge von Einzelkassen ohne einheitliches Prüfverfahren umgesetzt werden. Eine Sammlung von Vorschlägen, die dann bei Überarbeitung des Modells im kommenden Jahr gleichzeitig geprüft werden könnten, sei zu bevorzugen.	IKK e.V.
	Es wird angeregt, für Wirkstoffe "mit mehreren Indikationen, die vom WIdO in der ATC-Klassifikation priorisiert werden, stets alle ATC-Codes endstellig synonym" zu berücksichtigen.	AOK-BV
	Die Entscheidung, nicht alle Methotrexatzubereitungen für das Aufgreifen von DxGs zu nutzen, die bislang über L04AX aufgegriffen werden, wird als unsachgerecht kritisiert.	AOK-BV
	Zur weiteren Überprüfung werden folgende Wirkstoffe vorgeschlagen: - Bromocriptin (G02CB01, DxG847 - M. Parkinson) [GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK]; - Doxazosin (G04CA05, DxGs 354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538, 539) [GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK]; - Duloxetine (G04BX21, DxGs 263, 843, 907) [GKV-SV, BKK-DV, AOK-BV]; - Sulfasalazin (A07EC01, DxGs 199, 204) [GKV-SV]; - Wirkstoffe aus den Gruppen der Opioidie bzw. der Anderen Migränemittel (N07BC bzw. N02CX, DxG926 - Opiatsubstitution) [GKV-SV]; - Calciumhaltige Monopräparate (A12AA/V03AE) [AOK-BV, Barmer GEK]; - Doxazosin (C02CA04/G04CA05) [AOK-BV]; - Methotrexathaltige Zubereitungen (L01BA01/L04AX03/M01CX01) [AOK-BV]; - Topiramat (N02CX12/N03AX11) [AOK-BV].	GKV-SV, BKK-DV, AOK-BV, Barmer GEK
2.2	Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka (HAP)	
	Eine Bereinigung der zur Validierung herangezogenen ATCs um HAP erscheint nach wie vor sinnvoll. Es sollte zumindest der endstellige ATC-Code verwendet werden. Anhand der geringen Anzahl der betroffenen Eingruppierungen ist das pragmatische Vorgehen des BVA dennoch verständlich.	TK et al.
	Es wird begrüßt, dass das BVA bezüglich der genannten Arzneimittel keine Ausweitung in ihrer Nutzung zum Aufgreifen von Diagnosen vorgenommen hat.	BKK-DV
	Aus Sicht des AOK-Systems dürfen für die Arzneimittelbestätigung von DxGs keine Homöopathika, Anthroposophika oder pflanzliche Arzneimittel berücksichtigt werden..	AOK-BV

2	Hierarchieübergreifende Anpassungen	
	Eine systematische Überprüfung der DxG-ATC-Zuordnungsliste wird für notwendig gehalten. Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht als nachgewiesen bewertet wird, dürfen zu einer Diagnosevalidierung grundsätzlich nicht herangezogen werden.	IKK e.V.
	Die Auffassung des BVA wird geteilt.	Barmer GEK
2.3	Umstellung des Aufgreifkriteriums "Arzneimittel obligat mit akut rezidivierendem Verlauf" bei Kindern	
	Aufgrund einer fehlenden Darstellung von Fallzahlen und Regressionskoeffizienten kann die rückläufige Modellgüte bei Umsetzung des Vorschlages nicht bewertet werden. Davon unabhängig sei ein wichtiges normatives Ziel - eine systematische Gleichbehandlung von Erwachsenen und Kindern im Modell - bei den Erwägungen des BVA nicht beachtet worden. Um dies zu erreichen sei ggf. auch eine marginale Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Modells hinzunehmen.	GKV-SV, TK et al.
	Die Begründung zum Festhalten an der bisherigen Systematik ist aufgrund der im Entwurf nicht dargestellten Analyseergebnisse (insbesondere der Fallzahlen) nicht bewertbar. Ohne weitere Diskussion der Analyseergebnisse sollte keine Änderung vorgenommen werden.	AOK-BV
	Auch wenn der Vorschlag nicht umgesetzt wird, wäre in Tabelle 12 neben den Gütemaßen die Darstellung von Fallzahlen wünschenswert.	Barmer GEK
	Die Entscheidung des BVA, keine Anpassung vorzunehmen, wird bedauert. Die ermittelte (geringe) Modellverschlechterung könne u.U. auf einen Stichprobeneffekt zurückzuführen sein. Unabhängig davon sei die Validierung einer Diagnose durch eine Arzneimittelverordnung der Validierung über eine zweite Diagnose vorzuziehen.	BKK-DV
2.4	(Nicht-)Berücksichtigung neuer Wirkstoffe	
	Mit Blick auf die ablehnende Haltung des BVAs gegenüber der Berücksichtigung neuer Wirkstoffe, für die noch keine Informationen in den Datenmeldungen enthalten sind, begrüßt der BKK-DV das "Angebot des wissenschaftlichen Beirats, im Bereich der Arzneimitteldifferenzierung einen vertieften fachlichen Austausch mit dem GKV-SV durchzuführen". Hinsichtlich der abgelehnten Differenzierung des ICD-Kodes E88.0 "Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels,..." sei eine Nicht-Berücksichtigung des ATC-Kodes B02AB02 (Alfa1-Antitrypsin) zur Differenzierung von Versicherten mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel nicht nachvollziehbar. Unlogisch sei insbesondere, dass neue ICD-Kodes ohne Vorliegen entsprechender Daten zur Klassifikation zugelassen würden, neue Wirkstoffe hingegen nicht (s. Hierarchie 04 - Metabolische Erkrankungen).	BKK-DV
	Das BVA wird gebeten, seinen "dogmatischen Standpunkt" hinsichtlich einer "vorausschauenden Modellanpassung" zu überdenken. Zwar sei eine empirische Bewertung hochpreisiger, innovativer Wirkstoffe grundsätzlich notwendig, in Einzelfällen aber müssten absehbare, durch Hochkostentherapien bedingte negative Auswirkungen auf die Modellgüte bereits vorher abgefangen werden. Für notwendige empirische Analysen könne auf sekundäre Datenquellen bzw. auf die Verwaltungsdaten der Erstmeldung bzw. (soweit vorliegend) die jeweils aktuellsten Daten zurückgegriffen werden (vgl. Stellungnahme AOK-BV zu Hierarchie 5).	AOK-BV
2.5	Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp (Dauermedikation, Bedarfsmedikation, ohne Medikation)	
	Es kann nachvollzogen werden, dass dieser Bereich ohne konkrete Vorschläge nicht bearbeitet worden ist. Das BKK-System wird ggf. zu einem späteren Zeitpunkt entsprechende Vorschläge unterbreiten.	BKK-DV

2	Hierarchieübergreifende Anpassungen	
	Bezüglich der [in diesem Kapitel des Festlegungsentwurfes dokumentierten,] die Krankheitsauswahl betreffenden Ausführungen wird darauf hingewiesen, dass sich die medizinische Behandlung von jungen Versicherten häufig von der Behandlung von älteren unterscheide. Dies könne dazu führen, dass Krankheiten, bei denen für junge Patienten hohe Folgekosten entstünden, nicht ausgewählt würden, wenn die Betroffenen höherer Jahrgänge entsprechend niedrigere Folgekosten aufwiesen und den für die Krankheit ermittelten Kostenschätzer so "verwässerten".	BKK-DV
2.6	Gestaffelte Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Schweregraddifferenzierung	
	Der GKV-SV stellt in Aussicht, die Möglichkeit eines fachlichen Austauschs mit BVA und Beirat GKV-intern zu erörtern.	GKV-SV
	Bezogen auf Hierarchie 2 (Neubildungen, s.u.) wird hervorgehoben, dass der vom GKV-SV unterbreitete Anpassungsvorschlag gerade keine derartige wirkstoffbasierte Zuschlagsdifferenzierung vorgesehen habe. Die vom BVA diesbezüglich vorgetragene Ablehnungsbegründung kann nicht nachvollzogen werden.	GKV-SV, Barmer GEK, DAK-G
	Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen innerhalb eines Hierarchiestrangs wird in der GKV sehr kontrovers diskutiert. Insofern wird die Position des BVA, in diesem Thema derzeit keine Änderungen vorzusehen, begrüßt.	TK et al.
	Den Dialog zu einer verstärkten Arzneimitteldifferenzierung immer wieder einzufordern, wird der Stellung von BVA und Beirat im Anhörungs- und Festlegungsprozess nicht gerecht. Alleine weil sich der GKVSV als Wunschpartner zur Erarbeitung einer wissenschaftlich abgesicherten Herangehensweise an die Berücksichtigung innovativer Arzneimittel im MRSA als gehindert erweist, vermindert dies nicht die Pflicht des BVA, sich mit dieser Berücksichtigung auseinanderzusetzen. Warum sich das BVA zur Umsetzung mehrfacher Zuschläge in der Hierarchie "Diabetes mellitus" auch ohne Austausch mit dem GKV-SV in der Lage sah, eine Prüfung weiterer Arzneimitteldifferenzierungen aber mit Hinweis auf diesen Austausch verweigert, bleibt weiter unerklärt.	Bamer GEK
	Der Verzicht auf eine Untersuchung der konkreten Vorschläge zu gestaffelten Arzneimittelzuschlägen wird bedauert. Analysen des GKV-SV und des Beirats hätten ein erhebliches Verbesserungspotenzial des Modells aufgezeigt. Analysen des GKV-SV legten darüber hinaus nahe, dass die Sorge bzgl. einer vermehrten Arzneimitteltherapie unbegründet sei. Beirat und BVA werden daher darum gebeten, mit dem GKV-SV in einen fachlichen Austausch zu dieser Thematik zu treten.	AOK-BV
2.7	Arzneimittel mit Indikation, die auf mehrere Krankheiten aufgeteilt ist	
	Am Beispiel von Azulfidine (A07EC01), das zur Behandlung von CEDs mit/ohne Gelenkbeteiligung zugelassen sei, aber nur im Bereich der Darmerkrankungen (DxGs 922-924), nicht aber im Bereich der rheumatoiden Arthritiden (DxGs 199-207 und DxG211) zur Zuordnung in eine "Dauermedikationsgruppe" führt, wird auf eine mögliche Problematik bei "Arzneimitteln deren Indikation auf mehrere Krankheiten aufgeteilt wurde" hingewiesen.	AOK-BV
2.8	Aufgreifkriterien: Sonstige Anmerkungen	
	In der Klassifikation werden die Aufgreifkriterien nicht einheitlich angewendet. Bei dem inzwischen sehr differenzierten System Bedarf es hier einer klaren Positionierung, um die Richtung von Anpassungen im Klassifikationsmodell vorzugeben (Liste von Beispielen siehe Stellungnahme). Die Frage, ob in der Klassifikation alle Therapien zu einer Krankheit zugelassen werden müssen, ist berechtigt. Nach unserer Einschätzung ist diese	DAK-G

2	Hierarchieübergreifende Anpassungen	
	nicht beantwortet und uneinheitlich umgesetzt.	
2.9	Dominanzbeziehungen	
	Zur Vermeidung von Doppelzuweisungen und Sicherung der Schweregraddifferenzierung sollte die bereits bezüglich der Arthritiden bei Psoriasis vorgesehene Vorgehensweise konsequent im gesamten Klassifikationssystem umgesetzt werden.	TK et al.
	Durch Einführung der "Leberdominanz" wird das Modell manipulationsresistenter ausgestaltet.	BKK-DV
	Es wird vorgeschlagen, die Umsetzung, für die sich das BVA bei Diabetes mellitus entschieden hat [Manifestationskodes werden Grunderkrankung zugeordnet] konsequent in allen Hierarchien anzuwenden (genannte Beispiele: hepatische Enzephalopathie, Psoriasis-Arthropathie und Arthritis bei M. Crohn und Collitis ulcerosa).	DAK-G

Tabelle 3: Stellungnahmen zur Überarbeitung der Hierarchien

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.1	Hierarchie 01: Infektionen	
	Die zusätzliche Berücksichtigung des ATC-5-Stellers J04AM in Anlage 3 zum Aufgreifen der DxG011 ist korrekt.	TK et al., DAK-G
3.2	Hierarchie 02: Neubildungen	
	Es wird darauf hingewiesen, dass die ins Vorschlagsverfahren eingebrachten Anregungen zur Berücksichtigung von Arzneimitteln in der Neubildungshierarchie nicht mit der Einführung von gestaffelten Arzneimittelzuschlagsgruppen zu verwechseln sind. Die Begründung zur Ablehnung der Vorschläge durch das BVA sei diesbezüglich nicht sachrichtig.	GKV-SV, Barmer GEK, DAK-G
	Die Möglichkeiten einer Arzneimitteldifferenzierungen im Bereich der Neubildungen sollen empirisch untersucht und unter Einbeziehung spezifischer Fragestellungen (etwa unterschiedlicher Therapieoptionen) auch hinsichtlich ihrer Versorgungsneutralität bewertet werden.	GKV-SV
	Die Anpassungen in den Hierarchiesträngen 2a und 2b wird medizinisch-inhaltlich für angemessen gehalten.	TK et al., IKK e.V., Barmer GEK
	Angesichts der zunächst grundsätzlich zu klärenden Fragen bzgl. Arzneimitteldifferenzierung und Alterssplits wird es für angemessen gehalten, dass das BVA keine entsprechenden Änderungen in der Hierarchie 02 vorsieht.	TK et al.
	Wieso eine eine Arzneimitteldifferenzierung in der HMG261 "Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren" angezeigt erscheint, aufgrund der genauso spezifischen klinischen Informationen aus den Verordnungen der in den	Barmer GEK

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
	Stellungnahmen genannten Wirkstoffe aber nicht, ist über drei Jahre unerklärt.	
	Bei der DXG-Neuzuordnung wird bei den soliden Tumoren keine Notwendigkeit gesehen, die HMG- Anzahl zu reduzieren und so auf eine Differenzierung zu verzichten. So könnte aus dem Modell 9 die HMG276 auch eigenständig vor den zusammenfassenden HMG278, 279 und 291 im System verbleiben. Aus Modell 11 könnten die HMG277 und HMG280 zusammengefasst und über den zusammenfassenden HMG287, HMG302, HMG303 und HMG304 angeordnet werden.	DAK-G
	Die Abbildung des Tumorlysesyndroms in einem separaten Hierarchiestrang (der darüber hinaus auch die Metastasen-HMG enthalten könnte) würde nach Einschätzung der DAK-G zu einer zielgenaueren Abbildung führen. Eine Doppelzuweisung soll bei nicht relevanten Manipulationsanreizen die Zielgenauigkeit erhöhen.	DAK-G
	Wirkstoffe wie Trastuzumab, Gefitinib, Erlotinib, Afatinib, Vemurafenib, Dabrafenib, Trametinib, Cobimetinib oder Crizotinib seien in ihrer Zulassung auf bestimmte Tumoren mit ebenfalls bestimmten genetischen Eigenschaften begrenzt und eigneten sich zur spezifischen Differenzierung zwischen Tumoren mit unterschiedlichen Kosten. Diese Eigenschaft habe das BVA in der Vergangenheit bereits zur Differenzierung der CML genutzt. Für die genannten Wirkstoffe habe der GBA einen Zusatznutzen gegenüber der Standardtherapie festgestellt. Die Gabe der Wirkstoffe erfolge als Dauertherapie bis zur nachgewiesenen Tumorprogression. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in der Hierarchie 02b (Solide Tumoren) für alle im Strang abgebildeten Tumorarten (zusätzlich) eine gemeinsame, nicht hierarchisierte Zuschlagsgruppe zu bilden, die bei Dauertherapie mit Wirkstoffen der ATC-Gruppen L01XE und L01XC die entsprechenden Behandlungskosten der neuen Onkologika abbilden sollten. Weiterer zukünftiger Anpassungsbedarf ergäbe sich hierdurch nicht, da neue Onkologika automatisch den genannten ATC-Kodes zugeordnet würden.	AOK-BV
3.3	Hierarchie 03: Diabetes	
	Es sollte eine Anhebung der Altersgrenze für die DDD-Zuordnung von 11 auf 15 Jahre erfolgen.	BKK-DV
	Das Festhalten am Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für Diabetesformen mit Ketoazidose wird begrüßt.	BKK-DV
3.4	Hierarchie 04: Metabolische Erkrankungen	
	Die Prüfung des Vorschlags einer arzneimittelbasierten Differenzierung für die Diagnose E88.0 (Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts nicht klassifiziert) kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der Daten 2013/2014 erfolgen.	GKV-SV, BKK-DV, Barmer GEK, AOK-BV
	Die Prüfung des Vorschlags zur Ausgliederung des Codes E32.1 (Abszess des Thymus) und seines Aufgreifens über das Kriterium "stationär erforderlich" kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der Daten 2013/2014 erfolgen.	GKV-SV, Barmer GEK
	Es wird angeregt, die Bezeichnungen der HMG284 sowie der DxGs 112, 131, 132 und 133 mit dem Zusatz "mit ERT" zu versehen.	GKV-SV, DAK-G

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
	Versicherte mit "Alpha-1-Antitrypsin-Mangel" sind der HMG021 und nicht wie beschrieben der HMG012 zuzuordnen.	IKK e.V.
	Es fallen erhebliche Steigerungen der Fallzahl in dieser Hierarchie auf. Hier wäre eine inhaltliche Überprüfung dieser Entwicklung durch das BVA wünschenswert.	IKK e.V.
	Der Wirkstoff Elosulfase alfa (ATC A16AB12) sollte bereits im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2017 zur Differenzierung von Versicherten mit Mukopolysaccharidose TYP IV A genutzt werden.	BKK-DV
	Die Enzyersatztherapie ist ein Beispiel für neue Behandlungsmöglichkeiten mit sehr hohen Kosten. Die Systematik des Morbi-RSA ist ungeeignet, zeitnah eine zielgenaue HMG-Zuweisung zu ermöglichen. Unter Betrachtung der Arzneimittel-Entwicklung in den letzten Jahren und den Erwartungen in den nächsten Jahren muss hier dringend eine Lösung herbeigeführt werden, um einer massiven Ungenauigkeit entgegenzuwirken.	DAK-G
	Die zur Behandlung der Hypophosphatasie (E83.38) neu zugelassene Asfotase alfa (A16AB13) führe zu jährlichen Behandlungskosten i.H.v. etwa 600.000 €. Für die betroffenen Versicherten solle daher eine eigene DxG (mit Sonderfall II [42/21 BT]) gebildet werden, die in einer HMG im oberen Teil der Hierarchie zu einem Zuschlag führt.	AOK-BV
3.5	Hierarchie 05: Erkrankungen der Leber	
	Zur Vermeidung von Doppelzuschlägen bei Vorliegen von Ösophagusvarizen (in Hierarchie 06 verortet) ist die vorgeschlagene Dominanzbeziehung nicht zielführend. Diese müsse von der Komplikation (HMG061 - Gastrointestinale Varizen) ausgehen und auf die HMGs 026, 029 und 289 wirken. Alternativ sei eine Verschiebung der Ösophagusvarizen (zurück) in Hierarchie 05 denkbar.	GKV-SV, TK et al., DAK-G
	Die Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 05 und Hierarchie 09 (Kognitive Erkrankungen) wird kritisiert, da nur ein ICD Kode innerhalb der dominierten HMGs 012 und 013 (K72.7 - Hepatische Enzephalopathie) in medizinischem Zusammenhang zu den Erkrankungen der Leber stehe. Der Kode solle in Hierarchie 05 berücksichtigt und die Dominanz aufgehoben werden.	GKV-SV, DAK-G, AOK-BV
	Die Hierarchisierung der HMGs 026, 028 und 030 wird ausdrücklich für sinnvoll gehalten. Das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für die DxG 148 und 149 wird ebenfalls unterstützt. Auch die Komposition und Hierarchisierung der HMGs 025, 029, 030 und 289 ist inhaltlich nachvollziehbar.	TK et al., Barmer GEK
	Das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" für die DxG149 ("Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma") ist sachgerecht.	AOK-BV
	Angeregt wird, Versicherte mit einer chronischen Virushepatitis C [ohne Dauermedikation] (B18.2) aus der HMG027 auszugliedern und diese in einer eigenständigen DxG/HMG abzubilden. Die neue DxG solle über das Kriterium M2Q aufgegriffen werden, die neue HMG zwischen den bestehenden HMGs 288 und 028 in den Hierarchiestrang aufgenommen werden. Darüber hinaus sei ein analoges Vorgehen für die akute Hepatitis C (B17.1) zu prüfen. Eine Überprüfung der HMG288 mit dem gleichen Ziel erscheint ebenfalls angezeigt.	GKV-SV, AOK-BV, DAK-G
	Zur empirischen Beantwortung der vom BVA in den Festlegungsdokumenten für das Ausgleichsjahr 2016 zur Behandlung der Hepatitis C aufgeworfenen Fragen (Anteil der Fälle mit chronischer Virushepatitis C, der mit innovativen Arzneimitteln versorgt wird; Art der Betroffenen, die mit innovativen Arzneimitteln therapiert wird; Ausheilungsquote) könne auf die Datenmeldung der Jahre 2014/2015 zurückgegriffen werden. Der AOK-BV liefert hierzu in seiner Stellungnahme Werte auf Grundlage der Daten des AOK-Systems. Das BVA wird aufgefordert, den Vorschlag des	AOK-BV

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
	AOK-Systems zur Generierung einer eigenständigen HMG für den ICD-Kode B18.2 (s.o.) auf Grundlage der "aktuell nach § 30 RSAV erhobenen Daten der Jahre 2014 und 2015 zu prüfen".	
	Das Vorgehen des BVA, Vorschläge erst bei Vorliegen der dazu notwendigen Datengrundlagen zu prüfen, wird unterstützt.	TK et al., Barmer GEK
3.6	Hierarchie 06: Gastrointestinale Erkrankungen	
	Zur Vermeidung von Doppelzuschlägen bei Vorliegen von Ösophagusvarizen ist die vorgeschlagene Dominanzbeziehung (von Hierarchie 05 ausgehend) nicht zielführend. Diese müsse von der Komplikation (HMG061 - Gastrointestinale Varizen) ausgehen und auf die HMGs 026, 029 und 289 wirken. Alternativ sei eine Verschiebung der Ösophagusvarizen (zurück) in Hierarchie 05 denkbar.	GKV-SV, Barmer GEK, AOK-BV
	Es wird angeregt, die Einführung einer hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zwischen der HMG199 - M. Behcet,... (Hierarchie 07) und den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen mit Dauermedikation (Hierarchie 06, HMG290) zu prüfen.	GKV-SV
	Es wird bemängelt, dass eine vollständige Bewertung der vorgenommenen Berechnungen aufgrund einer fehlenden Darstellung des Modells 14 (auf Basis der Vollerhebung) nicht möglich sei. Zudem wird um Klarstellung gebeten, ob es sich bei der in den Modellen 13, 14 und 15 dargestellten Dominanzbeziehung ('teure' HMG065 -> 'günstige' HMG064) um einen redaktionellen Fehler handelt.	GKV-SV, IKK e.V.
	Die Gliederung und Hierarchisierung der alten und neuen ICD-Kodes zu gastrointestinalen Blutungen und Festlegung des jeweiligen Aufgreifkriteriums ist sinnvoll und nachvollziehbar.	TK et al.
	Die nicht erfolgte Ausgliederung des ICD-Kodes K92.2 in eine DxG mit Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" wird nach wie vor für kritisch gehalten. Spezifischeres Kodieren sollte nicht durch niedrigere Zuschläge bestraft werden. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass Fälle aufgegriffen werden, die hinsichtlich Krankheitsschwere und Folgekosten nicht mit den üblicherweise bei dieser Diagnose zu erwartenden Krankheitsverläufen vergleichbar sind.	TK et al.
	Die Kappung der Dominanzen von HMG034 auf HMG290 und HMG061 ist medizinisch-inhaltlich nicht vollständig nachvollziehbar ... aus Modell-sicht ist jedoch nachvollziehbar, dass Hierarchieverletzungen behoben werden müssen.	TK et al.
	Die Entscheidung des BVA, aus Gründen der Manipulationssicherheit und zur Vermeidung von Doppelzuschlägen trotz des sich leicht verschlechternden MAPE eine Dominanzbeziehung von der HMG025/288 (Hierarchie 05) zur HMG061 "Gastrointestinale Varizen" umzusetzen, ist sinnvoll und zielführend.	IKK e.V.
	Die Anpassungen sind bis auf die Hierarchisierung nachvollziehbar.	DAK-G
	Bei der HMG034 ist es nicht nachvollziehbar, dass eine Hierarchiebeziehung in einem Jahr wegen betroffener Fälle in allen Hierarchiesträngen begründet wird und im nächsten Jahr wegen einer Hierarchieverletzung einfach wieder aufgelöst wird. Es wird [erneut] vorgeschlagen, die Komplikations-HMG aus der Komplikationshierarchie als eigenen Hierarchiestrang bei den jeweiligen Erkrankungen abzubilden.	DAK-G

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.7	Hierarchie 07: Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems	
	Es wird angeregt, die Einführung einer hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zwischen der HMG199 - M. Behcet,... (Hierarchie 07) und den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen mit Dauermedikation (Hierarchie 06, HMG290) zu prüfen (vgl. Stellungnahme des GKV-SV zu Hierarchie 06).	GKV-SV, TK et al.
3.8	Hierarchie 08: Hämatologische Erkrankungen	
	Es fehlt eine farbliche Kennzeichnung der Änderungen im Ausgangsmodell.	TK et al.
	Die Beseitigung der Hierarchieverletzung durch Tausch der HMGs innerhalb des Hierarchiestrangs ist sinnvoll.	TK et al.
	Bei der Beseitigung der Hierarchieverletzung von HMG036 und HMG038 stellt sich die Frage, warum bei der Differenz von mehr als 30.000 Euro (75% der HMG038) das Standardverfahren bei einer Hierarchieverletzung (Zusammenlegung beider HMG) überhaupt in Erwägung gezogen wird, wenn ein zielgenaues Klassifikationssystem erreicht werden soll. Das Ergebnis mit der Einsortierung der HMG036 und HMG038 entsprechend ihres Kostenschätzers wäre hier die primär anzustrebende Lösung.	DAK-G
	Aufgrund stark unterschiedlicher Kostenschätzer für die ICD-Kodes D70.0 (Angeborene Agranulozytose und Neutropenie) bzw. D71.- (Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten) wird deren Berücksichtigung in getrennten HMGs angeregt.	GKV-SV, DAK-G
	Die Ausgestaltung der neuen Erkrankung Agranulozytose und Neutropenien wird begrüßt.	Barmer GEK
	Bei der Einordnung neuer Diagnosen aus der Krankheitsauswahl wird unterstützt, für alle Diagnosen des D70.1- zusätzlich das Aufgreifkriterium "stationär erforderlich" zu setzen.	TK et al.
	Das Kriterium "stationär erforderlich" zum Aufgreifen der (arzneimittelinduzierten) Agranulozytose und Neutropenie wird kritisiert, da es deren leitliniengerechte (teilweise ambulant vollzogene) Therapie nicht berücksichtigt. Es wird daher vorgeschlagen, die arzneimittelinduzierte Agranulozytose über das Kriterium "Arzneimittel obligat, akut, 10 BT" aufzugreifen.	AOK-BV
	Hinsichtlich der Therapie der Thrombozytopenien wird ausgeführt, dass das Ziel des im Vorschlagsverfahren eingebrachten Ansatzes gewesen sei, Versicherte mit einer anhaltenden Idiopathischen Thrombozytopenischen Purpura (ITP) zu identifizieren. Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode D69.3 (ITP) aus der DxG232 auszugliedern und im Rahmen einer Schweregraddifferenzierung über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag in zwei unterschiedlichen HMGs abzubilden (siehe auch ausführliche Begründung in der Stellungnahme der Barmer GEK).	GKV-SV, Barmer GEK, DAK-G
	Die Analyse des BVA zeigt, dass eine Veränderung bei der Therapie der Thrombozytopenien zur Validierung herangezogenen Arzneimittel nicht sinnvoll ist. Auch der Verzicht auf eine Prüfung höherer BT-Grenzen ist nachvollziehbar.	TK et al.
	Die Prüfung des Vorschlags zur Schweregraddifferenzierung von aHUS und PNH über den Wirkstoff Eculizumab noch in diesem Anpassungszyklus wird für erforderlich gehalten.	GKV-SV
	Es wird vorgeschlagen die ICD-Kodes D59.5 (PNH) und D59.3 (HUS) aus der HMG045 "Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome" herauszulösen und eine neue DxG / HMG mit dem Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat unter	Barmer GEK

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
	Berücksichtigung des Wirkstoffs Eculizimab einzuführen.	
	Aufgrund einer variierenden (gleichwohl aber korrekten) Kodierung von Patienten mit aHUS bzw. PNH wird vorgeschlagen, die fraglichen Codes (D59.3, D59.5, D59.8, D59.9) einer (zusätzlichen) gemeinsamen DxG zuzuordnen und diese über den Wirkstoff Eculizumab (L04AA25) aufzugreifen.	AOK-BV
	Es wird begrüßt, dass das BVA an der bisherigen Logik, keine weitere Ausdifferenzierung durchzuführen, festhält (Vorschlag, weitere Stufen der Dauermedikation für die HMG035). Dies würde das Verfahren unnötig verkomplizieren und in Richtung Einzelfall- bzw. Ist-Kostenausgleich führen.	IKK e.V.
3.9	Hierarchie 09: Kognitive Erkrankungen	
	Die Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 05 (Erkrankungen der Leber) und Hierarchie 09 wird als unsachgerecht kritisiert, da nur ein ICD-Kode innerhalb der dominierten HMGs 012 und 013 (K72.7 - Hepatische Enzephalopathie) in einem medizinischen Zusammenhang zu den Erkrankungen der Leber stehe. Es wird angeregt, den Code in Hierarchie 05 zu berücksichtigen und die Dominanzbeziehung aufzuheben.	GKV-SV, Barmer GEK, AOK-BV
	Die Begründung der Zuordnung der ICD-Sterndiagnosen F02.1-4 wirft inhaltliche Fragen auf. Grundsätzlich sollten Sterndiagnosen - sofern eine direkte Zuordnung zu einer Grunderkrankung möglich ist - der Grundkrankheit zugeordnet werden. Dies sollte bereits im Rahmen der Krankheitsauswahl erfolgen.	TK et al.
	Einige Kassen hatten eine Überprüfung der Kostenzusammensetzung gefordert. Die Analyse der Kostenschätzer für jede DxG der HMG013 ist im Modell 3 jedoch nicht dokumentiert.	IKK e.V.
	Die Überprüfung der Kostenhomogenität von Hierarchie 09 wird begrüßt.	Barmer GEK
	Die Zusammenfassung von HMG011/HMG012 und die Verschiebung der Diagnose Delir bei Demenz entsprechen einschließlich der Begründung dem Vorschlag aus dem letzten Anpassungsverfahren.	DAK-G
3.10	Hierarchie 10: Drogen- und Alkoholmissbrauch	
	Die Liste der Substitutionspräparate für Opiatabhängige ist unvollständig und sollte ergänzt werden um diverse ATC-Kodes aus den Bereichen N02AA, N02AC, N02AE, N02CX und V70AA. Der hiervon betroffene Wirkstoff Substitol sei mit seinem ATC-Kode (N02AA01) nicht spezifisch zu erfassen. Hier könnte auf die jeweiligen Pharmazentralnummern zurückgegriffen werden.	AOK-BV
3.11	Hierarchie 13: Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	
	Es wird eine feinere Ausgestaltung der Hierarchie angeregt, bei der die DxGs 307 und 317 bzw. die DxGs 299 und 302 jeweils gemeinsam eine HMG bilden sollen. Des weiteren soll die DxG315 eine eigenständige HMG bilden. Die DxG305 soll von HMG295 in HMG296 verschoben werden.	GKV-SV
	Die vorgesehenen Verschiebungen von DxG in HMGs und die in der Konsequenz erfolgten Umbenennungen der betroffenen HMGs sind sinnvoll und nachvollziehbar. Auch die geänderten Dominanzbeziehungen sind angemessen.	TK et al.
	Es wird vorgeschlagen, die DxG 307 und DxG 317 aus der HMG293 in eine eigene HMG zusammenzufassen. Darüber hinaus sollte das Herauslösen der DxG 315 aus der HMG294 zu einer weiteren Verbesserung des Klassifikationssystems führen.	DAK-G

3	Klassifikationsmodell: Überarbeitung der Hierarchien	
3.12	Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen	
	Laut Grafiken der Dokumentation dominieren die HMGs 297, 075 und 298 die HMG011. Die Dominanz müsse (laut Anlage 1 zum Festlegungsentwurf) allerdings auf HMG012 wirken.	GKV-SV
	Das Vorhaben des BVA, abgesehen von den durch die Überarbeitung der Krankheitsauswahl neu in das Modell zu integrierenden ICD-Kodes keine weiteren inhaltlichen Veränderungen in dieser Hierarchie vorzunehmen, wird unterstützt.	TK et al.
	Sobald Daten zu den neu eingeführten ICD-Kodes G23.3 und P91.7 vorliegen, sollte eine empirische Einordnung nachgeholt werden.	IKK e.V.
	Nach Streichung des ICD-Kodes G90.3 "Multisystem-Atrophie" und Bildung der neuen Codes G23.2 "Multiple Systematrophie vom Parkinsontyp", G23.8 "Sonst. n. bez. degenerative Krankheiten der Basalganglien" und G23.9 "Degenerative Krankheit der Basalganglien, n. n. bez." sollten die drei genannten ICD-Schlüssel nicht nur in HMG073 "M. Parkinson ohne Dauermedikation", sondern auch in HMG235 "M. Parkinson mit Dauermedikation" einen Zuschlag auslösen können.	AOK-BV
	Es wird frühzeitig auf die anstehende Zulassung des Wirkstoffes Daclizumab hingewiesen, der künftig zur Behandlung der Multiplen Sklerose eingesetzt werden dürfe. Das BVA wird darum gebeten, den Wirkstoff zu gegebener Zeit im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen.	BKK-DV
	Es wird auf den im Jahr 2014 für die Behandlung des M. Duchenne (G71.0) neu zugelassenen Wirkstoff Ataluren (M09AX03) hingewiesen, der nur bei Vorliegen einer spezifischen Genmutation eingesetzt wird. Mit Blick auf die sehr hohen Jahrestherapiekosten wird angeregt, eine über den Wirkstoff getriggerte Differenzierung in zwei HMGs vorzunehmen.	AOK-BV
3.13	Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut	
	Die Erweiterung der Anlage 3 für DxG836 sowie die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen den HMGs 198 und 199 in der Hierarchie 7 und 219 und 220 in der Hierarchie 22 ist nachvollziehbar.	TK et al.
	Zahlreiche Diagnosen werden in Hierarchie-übergreifende Dominanzbeziehungen gebracht, was weder sinnvoll noch erforderlich ist. Der Systematik folgend – analog Diabetes mellitus und Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung – schlagen wir eine Verschiebung dieser Diagnoseschlüssel in die Hierarchie 22 vor.	DAK-G
	Die vorgenommene, von Hierarchie 07 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) ausgehende Dominanzbeziehung wird als medizinisch sachgerecht begrüßt.	AOK-BV
3.14	Hierarchie 23: Verletzungen	
	Die vorgesehenen Veränderungen werden für sinnvoll gehalten und unterstützt.	TK et al.
3.15	Hierarchie 25: Transplantationen	
	Die Anpassungen in der Hierarchie zur Beseitigung der Hierarchieverletzung ist sinnvoll.	TK et al.

Tabelle 4: Stellungnahmen zur Abgrenzung weiterer Risikogruppen

4	Bildung und Abgrenzung weiterer Risikogruppen: "Kostenerstatter" und "Erwerbsminderungsrentner"	
	Die für das Ausgleichsjahr 2016 vorgenommene Altersdifferenzierung der Kostenerstattergruppen wird abgelehnt, da die ggf. resultierenden geringen Gruppenbesetzungen zu einem Ist-Kostenausgleich führten, der mit dem Grundprinzipien der Standardisierung von Leistungsausgaben entgegenstünde. Prinzipiell müsste die Abgrenzung ohnehin jährlich neu erfolgen. Überdies sei das Einvernehmen mit dem GKV-SV nach § 31 Abs. 4 Satz 3 zur Abgrenzung der Altersgruppen für Kostenerstatter zustande gekommen, ohne dass der Spitzenverband ein entsprechendes Mandat besessen habe.	AOK-BV
	BVA und Beirat werden aufgefordert, einen Verzicht auf den Erwerbsminderungsstatus im RSA zu prüfen.	BKK-DV

Tabelle 5: Stellungnahmen zum Regressions- und Berechnungsverfahren

5	Berechnungs- und Regressionsverfahren	
5.1	Allgemeines zu den Übergangsregelungen nach § 269 SGB V (Krankengeld & Auslandsversicherte)	
	Nach Ansicht des AOK-BV wurden mit Inkrafttreten des GKV-FQWG Ist-Kostenausgleiche für die Zuweisungsbereiche Krankengeld und Auslandsversicherte etabliert, die hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) zu Fehlanreizen führten und daher vom AOK-System abgelehnt würden. Sowohl die Zuweisungen für das Krankengeld als auch die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollten daher konsequent als standardisierte Leistungsausgaben ermittelt werden.	AOK-BV
	Nach Auffassung des AOK-Systems handelt es sich bei der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf deren tatsächliche Leistungsausgaben um einen unerwünschten Ist-Kostenausgleich (s.o.). Aus dem Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V gehe zudem deutlich hervor, dass eine belastbare Aussage zu bestehenden Über- und Unterdeckungen im fraglichen Zuweisungsbereich nicht möglich sei bzw. dass die Regelung nicht zu einer Verbesserung des Zuweisungsverfahrens führe. Selbst wenn bestehende Überdeckungen [einzelner Kassen] reduziert würden, würden bestehende Unterdeckungen durch die Kappingsregelung weiter verschärft.	AOK-BV
5.2	Auslandsversicherte: Abgrenzung der Konten nach § 31 Abs. 5 Satz 5 und 6 / Ermittlung des Kappungsbetrages für die AusAGG-Zuweisungen	
	Aus Sicht der AOK Rheinland-Hamburg verstößt das vom BVA vorgesehene Berechnungsverfahren zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte (§ 269 Abs. 2 SGB V) gegen geltendes Recht, da § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV eine Kürzung der Zuschläge nach § 31 Abs. 5 RSAV, nicht aber eine Einbeziehung der Grundpauschale nach § 36 RSAV vorsehe.	AOK-Rhld.-H.
	Der AOK-BV führt aus, dass die "vorgesehene IST-Kostenausgleich bei Auslandsversicherten im Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen gem. GKV-FQWG steht, da auch die Grundpauschale bei Auslandsversicherten durch den IST-Kostenausgleich verändert wird, während hingegen die gesetzliche Vorgabe ausschließlich die Anpassung der Zuschläge vorsieht."	AOK-BV
	Die Definition der zu berücksichtigenden Konten sollte über die "Kontenarten 480 und 483" erfolgen.	GKV-SV, AOK-Rhld.-H.
	Die vom BVA vorgesehene redaktionelle Anpassung hinsichtlich der berücksichtigungsfähigen Konten erscheine zunächst sachgerecht, da der bisherige Verweis auf die Konten 4800 und 4830 nicht genüge. Allerdings sei es üblich und übersichtlicher, zur Definition nicht die Einzelkonten,	AOK-BV

5	Berechnungs- und Regressionsverfahren	
	sondern die jeweils übergeordneten Kontenarten (480 und 483) heranzuziehen. Abschnitt 2.5.7 der Festlegung sei entsprechend anzupassen.	
	<p>Mit Blick auf die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Festlegungsentwurfes vorgesehene Anpassung des Kontenrahmens wird gefordert, dass bei einer (grundsätzlich befürworteten) geänderten Berechnung des Kappungsbetrages nicht nur die Urlaubsberechnungen von Inlandsversicherten von den KJ1-Beträgen der KAen 480 und 483 abzusetzen, sondern auch die Inlandsinanspruchnahmen von Auslandsversicherten/Grenzgängern hinzuzurechnen seien. Beide Anpassungen seien zum gleichen Zeitpunkt einzuführen.</p> <p>Hinsichtlich der Inlandsinanspruchnahmen der Auslandsversicherten solle das BVA auf die in SA700 gemeldeten Leistungsausgaben der entsprechenden Personengruppe zurückgreifen, hierbei allerdings den Hauptleistungsbereich 5 ("Sonstige Ausgaben") vernachlässigen, da dieser z.T. auch im Ausland entstandene Ausgaben beinhalte.</p>	IKK e.V.
5.3	Nicht-morbiditätsbezogene Leistungsausgaben	
	Es kann nicht nachvollzogen werden, weshalb die sog. "Nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben" um die Rabatte auf Impfstoffe (KA 519) gemindert würden, andere Erstattungen im Gegensatz hierzu aber hiervon unberücksichtigt blieben. Generell seien die entsprechenden Werte der betroffenen KJ1-Konten mit dem Verhältnis der Nettoleistungsausgaben (ohne KG) zu den Bruttoleistungsausgaben (ohne KG) zu multiplizieren. Abschnitt 2.1.2 der Festlegung sei entsprechend anzupassen.	AOK-BV
	<p>Es wird bemängelt, dass das BVA nicht belege, dass die Abgrenzung der "Nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben" zu einer Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit führe. In der Vergangenheit vom BVA vorgenommene empirische Analysen zu Detailfragen der abzugrenzenden Konten blieben hier unberücksichtigt. Analysen des AOK-Systems zeigten, dass das derzeitige Verfahren die Zielgenauigkeit negativ beeinträchtige. Für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 lägen "gesicherte Ergebnisse des GKV-SV vor", die zeigten, dass "weiterhin Überdeckungen bei jüngeren Versicherten und Unterdeckungen bei älteren Versicherten" bestünden. Dies sei alleine darauf zurückzuführen, "dass eine Sonderregelung für Pro-Kopf-Verteilung der Zuweisungen für die sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben" bestehe.</p> <p>Mit Blick auf die Zielsetzung des § 266 SGB V sei das BVA verpflichtet, die Abgrenzung von sog. nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben grundsätzlich zu beenden.</p> <p>Geschehe dies nicht, so müssten die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zumindest über die AGGs verteilt werden, die Abgrenzung der berücksichtigten Konten auf Grundlage der BVA-Analysen angepasst und alle Erstattungen auch im Bereich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben in Abzug gebracht werden.</p>	AOK-BV

Tabelle 6: Redaktionelle Anmerkungen

6	Redaktionelle Anmerkungen	
6.1	Anlage 1	
	Anlage 1: Es fehlt die Bezeichnung der DxG826 "Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]".	GKV-SV, Barmer GEK
	Anlage 1 (betrifft auch die Erläuterungen, S. 179): Die Bezeichnungen der HMGs 039 und 295 unterscheiden sich zwischen Anlage 1 und Festlegungsdokumentation (bzw. sind auch innerhalb der Dokumentation widersprüchlich)	Barmer GEK
6.2	Anlage 4	
	Die Nummerierung einiger Krankheiten bezieht sich auf die "Ursprungsliste" aller abgegrenzter Krankheiten und nicht auf die Liste der 80 festgelegten Krankheiten (Agranulozytose und Neutropenie, Akute schwere Lebererkrankung, Leberzirrhose, Gastrointestinale Blutungen und gastrointestinale Varizen).	GKV-SV
	Abweichende Bezeichnungen im Vergleich zu den Anlagen für die HMGs 012, 013, 061, 065 und 157 bzw. für die DxGs 652 und 760.	GKV-SV
	S. 60ff.: Die Kopfzeile fehlt ab Kapitel III.	DAK-G
	S. 66 (Hierarchie 02): „Der Kostenschätzer für die HMG 124 in Tabelle 14...“.	IKK e.V.
	S. 84 (Hierarchie 02): Hierarchiebaum zu Hierarchie 2a Hämatologische Neubildungen: S. 84 und S. 250 passen nicht zueinander.	Barmer GEK
	S. 86 (Hierarchie 02): „Es wird eine Neuordnung der Hierarchiestränge 2a und 2b entsprechend dem Modell 5 empfohlen.“	IKK e.V.
	S. 102 (Hierarchie 05): „Auf Basis des Modells 2 (Tabelle 31) soll ...“.	IKK e.V.
	S. 105 (Hierarchie 05): „Hier könnte eine Zusammenlegung der HMGs 030 und ...“.	IKK e.V.
	S. 110 (Hierarchie 05): In Abbildung 11 fehlt die HMG064.	GKV-SV AOK-BV
	S. 126 (Hierarchie 06): In Tabelle 43, Modell 14 sind in der Grafik HMG064 und HMG065 vertauscht.	DAK-G
	S. 157 (Hierarchie 09): „Abbildung 18 stellt die ...“.	IKK e.V.
	S. 164 (Hierarchie 09), in Tabelle 56, Modell 03: statt HMG287 muss dort DxG 287 angegeben werden.	DAK-G
	S. 166 (Hierarchie 09): In Abbildung 19 sind die HMG-Bezeichnung für HMG012 und HMG013 nicht angepasst, im Anhang S. 258 ist das richtig.	DAK-G
	S. 167 (Hierarchie 09): „In Abbildung 20 wird ...“.	IKK e.V.
	S. 170 (Hierarchie 13): In Tabelle 58 sollte es "DxG287", nicht "HMG287" heißen.	GKV-SV
	S. 172 (Hierarchie 13): In Tabelle 59, DxG-Hierarchisierung muss die Richtung der Hierarchie in Grafik 299->302 korrigiert werden.	GKV-SV DAK-G

6	Redaktionelle Anmerkungen	
	S. 179 (Hierarchie 13): „Die HMGs 259,292,293,294 und 295 aus der Hierarchie 13 dominieren ...“.	IKK e.V.
	S. 179 (Hierarchie 13): „Abbildung 21 zeigt darüber hinaus ...“.	IKK e.V.
	S. 184 (Hierarchie 22): „Die Tabelle 64 zeigt ...“.	IKK e.V.
	S. 216 (Gesamtbewertung der Anpassungen): Falsche Jahreszahl in Beschriftung der Tabelle 78.	GKV-SV, DAK-G

2 Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen für das Ausgleichsjahr 2017

2.1 Hierarchieübergreifende Anpassungen

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

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.1.2 Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.1.3 Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.1.4 Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2 Anpassung der Hierarchien

2.2.1 Hierarchie 1 „Infektionen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.2 Hierarchie 2 „Neubildungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden zwei HMGs des Hierarchiestrangs 2b „Solide Tumoren“ neu gegliedert, indem sie auf jeweils zwei neue HMGs aufgeteilt werden. Der Hierarchiestrang umfasst deshalb zwölf HMGs.

2.2.3 Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.4 Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird eine gesonderte HMG für den ICD-Kode „Hepatitis C ohne Dauermedikation“ gebildet. Des Weiteren werden die ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien, die bisher der Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ zugeordnet sind, einer gesonderten HMG zugeordnet und in den Hierarchiestrang der Hierarchie 5 eingeordnet. Hierdurch entfällt die Hierarchiebeziehung zwischen den Hierarchien 5 und 9. Die Hierarchiebeziehung zur Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ wird geändert. Die Dominanz wirkt nunmehr aus der Hierarchie 6 auf Hierarchie 5.

2.2.5 Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird die Dominanzbeziehung von der Leberhierarchie auf die HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ aufgehoben. Stattdessen wird eine Dominanzbeziehung von der HMG061 auf die neu geschaffene HMG256 „Hepatische Enzephalopathien“ und nachfolgende HMGs in der Leberhierarchie eingeführt. Die DxG761 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ wird der HMG064 zugeordnet, die den neuen Namen „Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ erhält. Die HMG062 entfällt, da ihr keine DxGs mehr zugeordnet werden.

2.2.6 Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.7 Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.8 Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien einer HMG der Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ zugeordnet (siehe auch Erläuterungen zur Hierarchie 5).

2.2.9 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden die DxGs 307 und 315 in andere HMGs verschoben. Die drei hiervon betroffenen HMGs (292-294) werden entsprechend umbenannt.

2.2.10 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird in Anlage 3 der ATC-Kode L04AC zum Aufgreifen von Multipler Sklerose mit Dauermedikation ergänzt. Außerdem wird ein ICD-Kode verschoben.

ben und bei Vorliegen der entsprechenden Aufgreifkriterien dem Morbus Parkinson entweder mit oder ohne Dauermedikation zugeordnet.

2.2.11 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.12 Hierarchie 23 „Verletzungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.2.13 Hierarchie 25 „Transplantationen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.3 Anpassung weiterer Risikogruppen

2.3.1 Kostenerstattergruppen (KEGs)

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.3.2 Erwerbsminderungsrentengruppen (EMGs)

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine weitere Änderung vorgenommen.

2.4 Anpassung des Berechnungsverfahrens

Bezüglich der für die Begrenzung der Zuweisungen für „Auslandsversicherte“ heranzuziehenden tatsächlichen Leistungsausgaben wird Punkt 2.5.7. der Festlegung dem Vorschlag des GKV-SV folgend redaktionell angepasst.

II Allgemeine Stellungnahmen

3 Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV – Verfahrensablauf

3.1 Verfahrensablauf

Der zeitliche Ablauf bei der jährlichen Überarbeitung der Festlegungen wird bereits unter dem Abschnitt I1 „Rechtsgrundlagen und Verfahrensablauf“ skizziert. Er gliedert sich – grob zusammengefasst – in die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen und die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells, des Regressions- und des Berechnungsverfahrens. Die Abgrenzung und Auswahl der Krankheiten finden dabei in einem ersten Verfahrensschritt statt. Die Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfolgt nach Anhörung des GKV-SV. Hieran anknüpfend schließt sich ein fakultatives Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells sowie der darauf aufbauenden rechnerischen Verfahren an. Die eingehenden Vorschläge nutzt das BVA in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat zur Erarbeitung eines Festlegungsentwurfs, der – wiederum nach Anhörung des GKV-SV – zur endgültigen (hiermit vorliegenden) Festlegung von Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmen, sowie des Regressions- und des Berechnungsverfahrens führt

3.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV bittet in seiner Stellungnahme um eine zeitliche Entzerrung von der Festlegung der Krankheitsauswahl und dem Beginn des Vorschlagsverfahrens. Der BKK-DV spricht sich dagegen für eine Integration der Krankheitsauswahl in den Prozess der Weiterentwicklung und Festlegung des Klassifikationsmodells aus.

Generell kritisiert der BKK-DV die verhältnismäßig kurze Bearbeitungszeit, die für die Kassen zur Verfügung stehe. Diese habe sich im laufenden Jahr durch eine nachträgliche Korrektur der Arzneimittelzuordnungslisten durch das BVA zudem unnötig verkürzt.

3.3 Bewertung / Ergebnis

Der grundsätzliche Wunsch nach zeitlicher Entzerrung der einzelnen Verfahrensabschnitte und möglichst langen Bearbeitungszeiten auf Seiten des GKV-SV bzw. der einzelnen Krankenkassen kann nachvollzogen werden. Sofern die Vorgabe zur jährlichen Durchführung der

Krankheitsauswahl bestehen bleibt, wird aber eine weitere zeitliche Entzerrung der Schritte aus praktischen Gründen kaum möglich sein.

Die vom BKK-DV angeregte gleichzeitige Anpassung von Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell erscheint nicht sachgerecht. Änderungen in der Krankheitsauswahl zeigen immer direkte Auswirkungen auf das nachgelagerte Klassifikationssystem. Die Stellungnahme des GKV-SV zeigt, dass schon heute zeitliche Überschneidungen der Anhörung zur Krankheitsauswahl und der Eröffnung des Vorschlagsverfahrens problematisiert werden. So kann es vorkommen, dass von den Kassen Vorschläge zu Krankheiten erarbeitet werden, die dann letztlich doch nicht in der endgültigen Krankheitsauswahl enthalten sind. Würden die Entwürfe zur Krankheitsauswahl und Klassifikation gemeinsam angehört, so wäre zum einen ein vorgelagertes Vorschlagsverfahren deutlich unspezifischer als heute, zum anderen könnten aus der Anhörung resultierende Änderungen der Krankheitsauswahl dazu führen, dass in der Festlegung komplett bearbeitete Hierarchien entfallen und im Gegenzug neue Erkrankungen ohne jede weitere Anhörung ins Klassifikationssystem integriert werden müssten.

Im Ergebnis bleibt der Verfahrensablauf unverändert.

4 Datenbasis, Methodik und Dokumentation

4.1 Stellungnahmen

Die genutzte Methodik sowie die Aufbereitung und Dokumentation der Analysen werden insgesamt positiv bewertet.

GKV-SV und Barmer GEK bitten um eine Veröffentlichung der in Anhang IV der Dokumentation zum Festlegungsentwurf gezeigten Kostenschätzer und Fallzahlen auch im Excel-Format.

Der IKK e.V. regt an, dass die Überprüfung der Kostenhomogenität eines Hierarchiestranges erst dann vorgenommen wird, wenn die übrigen Anpassungen daran bereits umgesetzt worden sind. Sollten sich bei der Analyse der Kostenhomogenität einzelne Gruppen mit einem negativen Kostenschätzer ergeben, so seien diese strikt von Gruppen mit positivem Kostenschätzer zu trennen.

GKV-SV, IKK e.V. und BKK-DV thematisieren Art und Umfang der vom BVA in den einzelnen Berechnungsschritten verwendeten Datengrundlage (30%-Stichprobe bzw. Vollerhebung). Während der IKK e.V. die im Vergleich zum Vorjahr geringer ausfallenden Unterschiede zwischen Stichprobe und Vollerhebung positiv hervorhebt, plädieren GKV-SV und BKK-DV dafür, bei den durchgeführten Analysen nur in begründeten Fällen auf die Stichprobe zurückzugreifen oder aber wesentliche Zwischenergebnisse auf der Vollerhebung zu validieren. Die Stichprobenziehung solle hinsichtlich ihrer Repräsentativität nach mit dem GKV-SV vereinbarten Kriterien gezogen werden; zudem solle der GKV-SV in die Lage versetzt werden, die BVA-Stichprobe nachzubilden (BKK-DV). Zumindest aber solle die verwendete Stichprobe genauer beschrieben werden, um Abweichungen zur Vollerhebung genauer bewerten zu können.

4.2 Bewertung

Das BVA stellt bei Versand des Festlegungsentwurfs und der Festlegung jeweils umfangreiche Festlegungsdokumente, diesbezügliche Erläuterungen sowie ergänzende Excel-Tabellen zu den Anlagen 1-3 zur Verfügung. Gerade die ergänzenden Tabellen können dabei jeweils erst nach dem vollständigen Abschluss aller Anpassungen generiert werden. Dem Wunsch, auch die Kostenschätzer und Fallzahlen des Endmodells in dieser Dokumentation auszuweisen, wird nun bereits im zweiten Jahr in den Erläuterungen zur Festlegung Rechnung getragen. Eine darüber hinausgehende Erstellung und Pflege weiterer Dateien in der abschließenden Phase des jeweiligen Festlegungsprozess muss aber abgelehnt werden. Das BVA weist allerdings darauf hin, dass auch der GKV-SV in der Lage ist, im Anschluss an die Bekanntgabe der Festlegung entsprechende Übersichten zu erstellen und seinen Mitgliedskassen zur Verfügung zu stellen.

Der Einwand des IKK e.V. hinsichtlich eines stringenteren Vorgehens bei der Prüfung der Kostenhomogenität kann nachvollzogen werden, bleibt aber für diesen Anpassungsprozess ohne Auswirkungen. Eine strikte Trennung von positiven und negativen Kostenschätzern hingegen wird nicht immer als zielführend erachtet. Für die Entscheidung einer Zusammenlegung oder Trennung zweier Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen ist vorwiegend der absolute Abstand ihrer Kostenschätzer und nicht zwangsläufig deren Vorzeichen ausschlaggebend.

Bezüglich der in den Stellungnahmen erfragten Art bzw. des Umfangs der Stichprobe sei an dieser Stelle noch einmal auf die Ausführungen in der Dokumentation des Festlegungsentwurfs verwiesen. Es wurde eine einfache, nicht stratifizierte Zufallsstichprobe von 30% der Versicherten aus der Grundgesamtheit der Vollerhebung gezogen.

Die Auswahl der verwendeten Stichprobengröße unterliegt immer einer Abwägung zwischen Vollständigkeit, Genauigkeit und Repräsentativität auf der einen Seite und den zur Verfügung stehenden Analysekapazitäten auf der anderen Seite. Aktuell (d.h. für die Analysen im aktuellen Festlegungsprozess) erscheint aus Sicht des BVA an dieser Stelle die Nutzung der 30%-Stichprobe als guter Kompromiss bezüglich der Erfüllung dieser konfligierenden Anforderungen. Selbstverständlich wird dieser Kompromiss regelmäßig überprüft und ggfs. an geänderte Rahmenbedingungen und Ressourcen angepasst.

Eine Abstimmung der gezogenen Stichprobe mit dem GKV-SV wird als nicht sinnvoll erachtet. Sollte der GKV-SV mit eigenen Berechnungen auf Grundlage einer selbst gezogenen Stichprobe (bzw. der Vollerhebung) zu abweichenden Resultaten und Bewertungen bei einzelnen Anpassungsschritten kommen, so wären diese Ergebnisse ein wertvoller Hinweis im Anhörungsverfahren, dessen Nutzen über eine reine Reproduktion des gleichen Ergebnisses auf exakt derselben Datenbasis hinausgehen würde.

Hinsichtlich der Frage, wann im Anpassungsprozess die Stichprobe verwendet wurde bzw. wann diese zugunsten der Vollerhebung zurückgestellt wurde, hat das BVA bereits in der Dokumentation des Festlegungsentwurfes Stellung bezogen. Betont wurde dabei u.a., dass alle zur Umsetzung vorgesehenen Modellanpassungen abschließend auf Grundlage der Vollerhebung gerechnet worden sind, d.h. es werden keine Änderungen vorgeschlagen, die sich nicht auch auf einer Analyse der Vollerhebung bewährt haben. Sofern es die zeitlichen Kapazitäten zulassen, werden auch vorgelagerte Berechnungen und Zwischenschritte vorzugsweise auf Grundlage der Vollerhebung durchgeführt.

4.3 Ergebnis

Es werden im Vergleich zur Erarbeitung des Festlegungsentwurfes keine methodischen Änderungen vorgenommen.

5 Anpassung des Modells ohne empirische Datengrundlage

5.1 Festlegungsentwurf

Die eher grundsätzliche Frage der „Anpassung ohne empirische Datengrundlage“ wurde im Festlegungsentwurf nicht gesondert thematisiert. Im Anhörungsverfahren gingen jedoch entsprechende Stellungnahmen zu unterschiedlichen Hierarchien ein, weshalb an dieser Stelle kurz gebündelt darauf eingegangen wird.

5.2 Stellungnahmen

Der BKK-DV merkt an, dass es sachlich unlogisch sei, ICD-Kodes, die in den zur Bewertung des kommenden Klassifikationsmodells genutzten Daten nicht vorhanden sind, in die Klassifikation einzubinden und bereits definierte ATC-Kodes nicht. Als Beispiel wird der Fall Alpha-1-Antitrypsin (ATC-Code B02AB02) angeführt. Dessen Aufnahme zur Identifizierung von Versicherten mit Alpha-1-Antitrypsin-Mangel werde mit dem Hinweis, dass hierfür keine Daten vorliegen, abgelehnt.

Laut BKK-DV solle der Wirkstoff Elosulfase alfa (ATC A16AB12) bereits im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2017 zur Differenzierung von Versicherten mit Mukopolysaccharidose TYP IV A genutzt werden.

Nach Meinung des AOK-BV führe der zur Behandlung der Hypophosphatasie (E83.38) neu zugelassene Wirkstoff Asfotase alfa (A16AB13) zu jährlichen Behandlungskosten i.H.v. etwa 600.000 €. Für die betroffenen Versicherten solle daher eine eigene DxG (mit Sonderfall II [42/21 BT]) gebildet werden, die in einer HMG im oberen Teil der Hierarchie zu einem Zuschlag führt.

5.3 Bewertung

Üblicherweise werden im GKV-AI neu aufgenommene ATC-Kodes (bzw. der entsprechende Fünfsteller eines neuen Wirkstoffs) einer zu einer DxG bestehenden Wirkstoffauswahl in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel hinzugefügt. Dies geschieht unabhängig davon, ob der Wirkstoff bzw. ein entsprechendes Fertigarzneimittel bereits in aktuellen Verordnungsdaten gelistet ist oder noch nicht. In Fällen, in denen auf Grundlage des neuen Wirkstoffes die Zuordnung zu einer neu abgegrenzten DxG (bzw. HMG) erfolgen würde, ist dies ohne vorherige empirische Prüfung der sich hierfür ergebenden Folgekosten nicht möglich. Eine Anpassung wird daher auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem Verordnungsdaten für eine empirische Analyse vorliegen. Dies trifft für die Wirkstoffe Elosulfase alfa (A16AB12) und Asfotase alfa (A16AB13) zu.

Elosulfase alfa ist am 01.04.2014, Asfotase alfa am 01.10.2015 auf den Markt gekommen. Das Klassifikationsmodell für das AJ 2017 wird basierend auf der Korrekturmeldung 2013 festgelegt, die Verordnungen zu den beiden Wirkstoffen noch nicht enthalten kann. Verordnungen für Elosulfase alfa wird es erstmals in den Daten 2014, für Asfotase alfa in den Daten 2015 geben. Zu Elosulfase alfa wurde daher bereits im Festlegungsentwurf ausgeführt, dass die Anpassung des Klassifikationssystems bezüglich der Aufnahme der Elosulfase alfa zur Validierung der Mukopolysaccharidose Typ IVa erst für das Ausgleichsjahr 2018 erfolgen kann.

Im Fall der Anmerkung zu Alpha-1-Antitrypsin und dessen Mangel liegt ein Missverständnis vor. Die Bearbeitung des Vorschlags wurde aus Kapazitätsgründen auf das nächste Jahr verschoben, da dann bereits eine andere Prüfung in der Hierarchie 4 ansteht (Elosulfase alfa s. o.).

5.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

III Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf

6 Hinweis zur Arzneimitteldifferenzierung

6.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde darauf hingewiesen, dass der Wissenschaftliche Beirat von der Bildung unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen derzeit abrät. Die Gründe hierfür sind den Erläuterungen zur Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 zu entnehmen. Das Gesprächsangebot an den GKV-SV wurde erneuert.

Im Kapitel zu den Neubildungen (Hierarchie 2) wurden u. a. unter Bezugnahme auf diesen Hinweis Vorschläge zur Arzneimitteldifferenzierung nicht aufgegriffen.

6.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV stellt in Aussicht, einen vertieften fachlichen Austausch zum Thema „Unterschiedliche Arzneimittel-Zuschlagsgruppen zur Arzneimitteldifferenzierung“ mit dem BVA GKV-intern zu erörtern und verweist auf seine Stellungnahme zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2015.

Darüber hinaus merkt er an, dass die Vorschläge zur Einführung einer Differenzierung des Schweregrades über Wirkstoffe für die Hierarchie Neubildungen eine Arzneimitteldifferenzierung im Sinne des bestehenden Aufgreifalgorithmus enthalten. Die Diskussion zur Bildung unterschiedlicher Zuschlagsgruppen soll nicht mit der Frage zur bereits implementierten Form einer Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln vermischt werden.

Weiterhin führt der GKV-SV im Zusammenhang der Hierarchie Neubildungen aus, dass es sich hier bei den Vorschlägen einer Arzneimitteldifferenzierung gerade nicht um die Einführung von gestaffelten Arzneimittelzuschlagsgruppen handelt, sondern um eine Schweregraddifferenzierung unterschiedlicher Krankheitsausprägungen auf Basis von Arzneimittelinformationen, die an anderen Stellen im Klassifikationsmodell bereits erfolge. Daher wird der vom BVA angeregte Diskussionsbedarf zu diesem Thema nicht gesehen. Eine Begründung mit dem Hinweis auf Kapitel 5 der Erläuterungen des Festlegungsentwurfs kann nicht nachvollzogen werden.

BKK-DV und IKK e. V. begrüßen einen möglichen vertieften fachlichen Austausch zur Arzneimitteldifferenzierung zwischen GKV-SV und dem BVA sowie Wissenschaftlichem Beirat.

Laut IKK e. V. sollte diese Diskussion jedoch auch alle weiteren nicht bearbeiteten methodischen Fragestellungen umfassen.

TK et al. befürworten die Position des BVA, zu diesem Thema derzeit keine Änderungen vorzusehen. Die Sinnhaftigkeit unterschiedlicher Arzneimittel-Zuschlagsgruppen werde in der GKV kontrovers diskutiert.

DAK-G und Barmer GEK fordern dagegen die Bearbeitung konkreter Vorschläge zum Thema Arzneimitteldifferenzierung, auch wenn es keinen fachlichen Austausch mit dem GKV-SV gebe. Es wird als Pflicht des BVA bzw. des Beirats gesehen, sich mit einer sachgerechten Ausgestaltung der Berücksichtigung von Arzneimitteln im Morbi-RSA auseinanderzusetzen

Die Barmer GEK führt darüber hinaus aus, dass das BVA bei der Hierarchie der Neubildungen auch die Ablehnung „klassischer“ Arzneimitteldifferenzierung mit Bezug auf den „Hinweis zur Arzneimitteldifferenzierung“ begründe, obwohl dieser sich nur auf gestaffelte Arzneimittelzuschläge beziehe.

Bezogen auf die Hierarchie Diabetes mellitus kann die Barmer GEK nicht nachvollziehen, warum das BVA mehrfache Zuschläge umsetze, aber eine Prüfung weiterer Arzneimitteldifferenzierungen mit Hinweis auf fehlenden Austausch verweigere. In der Hierarchie sei der Zuschlag durch die HMG20 additiv zu jeder HMG des linken Strangs möglich. Dieser enthalte überwiegend DxGs mit Arzneimittelvalidierungen. Somit handele es sich hier um mehrfache Arzneimittelzuschläge.

Das AOK-System bedauert, dass auf eine Untersuchung der konkreten Vorschläge zu gestaffelten Arzneimittelzuschlägen mit Verweis auf den seit 2013 fehlenden fachlichen Austausch zwischen Wissenschaftlichen Beirats und GKV-SV zu diesem Thema verzichtet wird. Analysen des GKV-SV und des Beirats würden zeigen, dass durch gesonderte Arzneimittelzuschläge eine deutliche Verbesserung der Güte des Klassifikationsmodells erreicht werden kann. Hinsichtlich der Sorge vor Fehlanreizen hätten empirische Untersuchungen des GKV-SV gezeigt, dass keine Aussagen zum Einfluss der Arzneimittelschweregraddifferenzierung auf die Arzneimittelverordnungen möglich seien. Die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells bleibe also ohne erkennbare Auswirkung auf das Verordnungsverhalten. Beirat und BVA werden gebeten, den fachlichen Austausch zu dieser Thematik mit dem GKV-SV durchzuführen, damit alle bisherigen Vorschläge zu diesem Thema hinsichtlich möglicher Verbesserungen des Modells bewertet werden können.

6.3 Bewertung

Arzneimittel werden im Klassifikationssystem generell zu zwei Zwecken eingesetzt: zur Diagnosevalidierung (Verifizierung der Richtigkeit oder des klinischen Gehalts der Diagnose) und zur Differenzierung (vgl. Festlegung AJ 2015, Kap. 6). 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).

Weitere Möglichkeiten der Ausgestaltung einer Arzneimitteldifferenzierung wären gestaffelte Arzneimittelzuschläge. Dabei funktioniert die Zuordnung zu Diagnosegruppen anhand eines eingeschränkten Spektrums an möglichen Wirkstoffen.

Die Vorschläge zur Arzneimitteldifferenzierung aus dem Vorschlagsverfahren für das Klassifikationsmodell Ausgleichsjahr 2017 (3.9 – 3.15, Offene Vorschläge AJ 2016) zielen grundsätzlich auf eine Differenzierung mit einer eingeschränkten Auswahl an Wirkstoffen (Monoklonale Antikörper, Tyrosinkinasehemmer) für Neubildungen. Die Pharmakotherapie mit zytotoxischen Wirkstoffen wird dabei nicht berücksichtigt. Damit handelt es sich nicht um eine Arzneimitteldifferenzierung im bisherigen Sinn, sondern um eine Differenzierung mit gestaffelten Arzneimittelzuschlägen mit eingegrenzter Wirkstoffauswahl.

Es gibt im Klassifikationssystem zwei Arzneimittelzuordnungen, die von der oben dargestellten grundsätzlichen Herangehensweise abweichen. Die Zuschläge für die Verordnung von Insulin (HMG20, Insulintherapie) in der Hierarchie Diabetes mellitus und für die Verordnung von Proteinkinase-Inhibitoren (HMG261, Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren) in der Hierarchie Neubildungen.

Beim Zuschlag für die Insulintherapie handelt es sich – wie der Name bereits ausdrückt – um einen Zuschlag, der bei einer Insulinverordnung gezahlt wird. Er wird additiv zu einem Zuschlag für die entsprechende Diabetes-Erkrankung (im linken Hierarchiestrang) vergeben. Das Spektrum an Insulin und Insulin-Analoga ist dasselbe (größtmögliche) wie bei den Validierungen im linken Strang der Hierarchie. Insofern kann hier von einem „mehrfachen“ Arzneimittelzuschlag gesprochen werden, allerdings nicht von gestaffelten Zuschlägen.

Zur Differenzierung der chronisch myeloischen Leukämie mittels Proteinkinase-Inhibitoren wurde die enge Arzneimittelauswahl klinisch begründet. Proteinkinase-Inhibitoren (namentlich Imatinib) stellten 2012 den Standard für die Erstlinientherapie aller CML-Patienten in chronischer Phase nach Sicherung der BCR-ABL-Positivität dar und dienten damit einer klinischen Differenzierung. Mittlerweile erfolgt seit dem ICD-10-GM-2011 die Differenzierung nach BCR-ABL-Status über die Diagnoseinformation (C92.1- und C92.2-). Konsequenterweise ist demnach zu prüfen, ob die Arzneimittelinformation an dieser Stelle zur Differenzierung entfallen kann.

Aufgrund bestehender Bedenken hinsichtlich möglicher Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen rät der Beirat, derzeit keine unterschiedlichen Arzneimittel-Zuschlagsgruppen innerhalb eines Hierarchiestrangs zu bilden. Der GKV-SV hat hierzu Analysen durchgeführt. Da die Ergebnisse jedoch kein einheitliches Bild liefern, konnte hinsichtlich einer möglichen Leistungsausweitung von Arzneimittelverordnungen durch die

Einführung einer Arzneimittelvalidierung keine Aussage getroffen werden. Die Schlussfolgerung vom AOK-BV, die Ausgestaltung des Klassifikationsmodells bleibe also ohne erkennbare Auswirkung auf das Ordnungsverhalten, kann nicht nachvollzogen werden.

6.4 Ergebnis

Gestaffelte Arzneimittel-Zuschlagsgruppen bzw. Gruppen mit eingeschränkter Wirkstoffliste werden derzeit nicht analysiert bzw. umgesetzt. Die Notwendigkeit der Arzneimitteldifferenzierung im Rahmen der Chronisch myeloischen Leukämie wird überprüft. Die Ausgestaltung einer Arzneimittelzuordnung innerhalb der Hierarchie Neubildungen wird im Wissenschaftlichen Beirat diskutiert.

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

7.1 Festlegungsentwurf

Allgemeine Untersuchungen haben ergeben, dass sich eine systematische Überprüfung der austauschfähigen Arzneimittel sehr komplex und zeitintensiv gestalten würde. BVA und Beirat haben sich daher wegen mangelnder Kapazitäten für die Bearbeitung von Einzelfällen entschieden und um weitere Nennungen gebeten.

Bearbeitet wurden die Zuordnung von Methotrexat zu den Diagnosegruppen sowie die Gruppe L04 - Immunsuppressiva.

Vor dem Hintergrund der Austauschbarkeit von Methotrexat (ATC-Kodes M01CX01, L04AX03, L01BA01) wurden im Festlegungsentwurf verschiedene DxGruppen um die entsprechenden fünfstelligen ATC-Kodes ergänzt.

Für die DxGs 922, 923 und 924, die sich auf Morbus Crohn und Colitis ulcerosa beziehen, wird der Fünfsteller M01CX als Aufgreifkriterium hinzugefügt.

Die Arzneimittel-Zuordnungen der DxGs 199 bis 207 und 211 im Bereich der Muskel-Skelett-System-Erkrankungen werden durch L01BA vervollständigt.

Der DxG836 werden die in Bezug auf Methotrexat fehlenden Fünfsteller M01CX und L01BA zugewiesen.

Bei den DxGruppen 243, 457, 737, 741 - 749, 846, die L04AX gelistet haben, wurde dagegen keine Ergänzung der anderen Fünfsteller für Methotrexat vorgenommen.

7.2 Stellungnahmen

Der Verzicht auf eine systematische Überprüfung der Thematik aufgrund fehlender Kapazitäten kann von GKV-SV, TK et al., BKK-DV, Barmer GEK, IKK e. V. und DAK-G nachvollzogen werden. Eine Einzelfallprüfung erscheint für diesen Sachverhalt angemessen.

Der IKK e. V. merkt darüber hinaus an, dass eine selektive Auswahl und Prüfung einzelner Wirkstoffe, die bereits von einzelnen Krankenkassen gemeldet wurden, kritisch gesehen wird, soweit kein einheitliches Prüfverfahren vorhanden ist. Sie schlagen vor, dass sich BVA und WiB vor der Erarbeitung des nächsten Klassifikationsmodells auf eine oder mehrere zu prüfende Wirkstoff- bzw. Diagnosegruppen festlegt.

Die DAK-G führt weiter aus, dass – wie am Beispiel Methotrexat zu sehen – die Ausweitung der ATC-Kodes primär nicht zu einer Verbesserung führt. Grundsätzlich sei abzuwägen, ob alle Behandlungsmöglichkeiten, nur ein „relevanter“ Teil oder die Abhängigkeit von System-

kennzahlen berücksichtigt werden sollen. Die geänderte Zuordnung von Methotrexat in der Hierarchie 22 (Haut) scheint insofern verzichtbar.

Der AOK-BV kritisiert, dass das BVA bei den DxGruppen 243, 457, 737, 741 – 749, 846, die fehlenden Fünfsteller, die Methotrexat abdecken, nicht ergänzt. Der Hintergrund für diese Entscheidung war, dass Methotrexat nicht primär zur Behandlung der Krankheiten in diesen Diagnosegruppen eingesetzt wird.

GKV-SV, BKK-DV, AOK-BV und Barmer GEK schlagen weitere Wirkstoffe zur Ergänzung/Überprüfung vor (s.).

Tabelle 7).

Tabelle 7: Weitere ATC-Kodes zur Überprüfung auf Ergänzung in Anlage 3

Wirkstoff	Zu prüfende ATC-Kodes	DxGruppe	Vorschlag von
Bromocriptin	G02CB01	847	GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK
Doxazosin	G04CA05	354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538, 539	GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK
Duloxetin	G04BX18	263, 843, 907	GKV-SV, BKK-DV
Sulfasalazin	A07EC01	199, 204 (199-207, 211)	GKV-SV (AOK-BV)
Opiode	N02A	926	GKV-SV
Andere Migränemittel	N02CX	926	
Calcium-haltige Monopräparate	A12AA, V03AE		AOK-BV, Barmer GEK
Methotrexathaltige Zubereitungen	L01BA01, L04AX03, M01CX01		AOK-BV
Topiramat	N02CX12, N03AX11		AOK-BV

7.3 Bewertung

Das BVA und der Wissenschaftliche Beirat bedanken sich für die Wirkstoffvorschläge zur Einzelprüfung. Die weitere Bearbeitung erfolgt im nächsten Anpassungszyklus.

In Bezug auf Methotrexat werden die Diagnosegruppen 243, 457, 737, 741 - 749 und 846 schnellstmöglich einer erneuten Analyse unterzogen.

7.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen in der Hierarchie.

8 Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka

8.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde nach Prüfung und Diskussion der Anpassungsvorschläge entschieden, die bisherige Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka (HAP) im Klassifikationsmodell unverändert beizubehalten.

8.2 Stellungnahmen

Die Barmer GEK teilt die Auffassung des BVA.

Der BKK-DV begrüßt ausdrücklich, dass bezüglich der genannten Arzneimittel keine Ausweitung in ihrer Nutzung zum Aufgreifen von Diagnosen vorgenommen wurde.

Für die TK et al. erscheint eine Bereinigung der zur Validierung herangezogenen ATCs nach wie vor sinnvoll – es solle zumindest der endstellige ATC-Kode verwendet werden. Anhand der geringen Anzahl der betroffenen Eingruppierungen sei das pragmatische Vorgehen dennoch verständlich.

Der IKK e.V. hält eine systematische Überprüfung der DxG-ATC-Zuordnungsliste für notwendig. Arzneimittel, deren therapeutischer Nutzen nach allgemein anerkanntem Stand der Wissenschaft nicht als nachgewiesen bewertet werde, dürften zu einer Diagnosevalidierung grundsätzlich nicht herangezogen werden.

Aus Sicht des AOK-BV dürfen für die Arzneimittelbestätigung von DxGs keine Homöopathika, Anthroposophika oder Phytopharmaka berücksichtigt werden.

8.3 Bewertung

Neben zustimmenden Stellungnahmen und Verständnis für das pragmatische Vorgehen, gab es Kritik an der bzw. Hinweise zur weiteren Berücksichtigung von HAP im Klassifikationsmodell.

Bezüglich des Hinweises im Falle der HAP auf endstellige ATC-Kodes zurückzugreifen ist folgendes anzumerken: Generell werden in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel ATC-5-Steller, d.h. Wirkstoffgruppen, verwendet. Endstellige ATC-Kodes, d.h. ATC-7-Steller, die einen Wirkstoff und nicht die Wirkstoffgruppe abbilden, werden in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel nur im Einzelfall verwendet. Dieser Einzelfall entsteht dann, wenn es sich um spezifische Arzneimittel handelt bzw. ausschließlich einzelne Wirkstoffe der jeweiligen Wirkstoffgruppe zur Therapie der betreffenden Erkrankung eingesetzt werden. Ein Sonderfall bildet darüber hinaus eine programmiertechnische Notwendigkeit zur Verwendung von ATC-7-Stellern. Da es sich bei den HAP weder um spe-

zifische Arzneimittel handelt, noch eine programmiertechnische Notwendigkeit vorliegt, wird im Fall der HAP an der derzeitigen Verwendung von ATC-5-Stellern festgehalten.

Definitionsgemäß werden nur zu Lasten der GKV abgerechnete, also erstattungsfähige, Arzneimittel in den Daten für den Morbi-RSA gelistet. In der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel ist die Arzneimittelauswahl breit angelegt. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sind nach der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA explizit nicht von der Versorgung ausgeschlossen. Aufgrund dessen werden HAP nicht gänzlich von der Berücksichtigung im Klassifikationssystem ausgeschlossen.

8.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

9 Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen

9.1 Festlegungsentwurf

Auf Anregung des GKV-SV wurde eine mögliche Veränderung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen“ überprüft. Es wurde vorgeschlagen, abweichend von der bisher in diesem Fall verwendeten M2Q-Prüfung eine Prüfung der Behandlungstage mit der Forderung mindestens eines nachgewiesenen Behandlungstages vorzunehmen. Im Rahmen des Festlegungsentwurfs wurden daher mehrere Modelle einer möglichen Umstellung des Aufgreifkriteriums berechnet (die sich jeweils durch die Zahl der zur Auslösung eines Zuschlags geforderten Behandlungstage unterscheiden, vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Aufgreifkriterium Arzneimittel – Kennzahlen

Modell	Arzneimittelprüfung				R ²	CPM	MAPE
	Akut-rezidivierend		Chronisch				
	< 12 Jahre	> 11 Jahre	< 12 Jahre	> 11 Jahre			
Status quo	M2Q	10	M2Q	183	24,7177%	23,7968%	2.140,00 €
M1	1	10	92	183	24,7106%	23,7881%	2.140,25 €
M2	1	10	M2Q	183	24,7133%	23,7889%	2.140,22 €
M3	5	10	92	183	24,7111%	23,7892%	2.140,21 €
M4	5	10	M2Q	183	24,7138%	23,7900%	2.140,19 €
M5	10	10	183	183	24,7117%	23,7923%	2.140,13 €
M6	10	10	M2Q	183	24,7156%	23,7939%	2.140,08 €

Die Analyse zeigt auf, dass keines der geprüften Modelle geeignet erscheint, die Zielgenauigkeit des Verfahrens im Vergleich zum Status quo zu erhöhen. Vielmehr zeigt sich, dass das Klassifikationsmodell (im Vergleich zum Status quo mit seiner M2Q-Regelung) umso schlechter wird, je weniger Behandlungstage für das Aufgreifen der Diagnosen von Kindern gefordert werden. Von einer Änderung der Arzneimittelprüfung für Kinder bei akut-rezidivierenden Krankheitsgeschehen wurde daher im Festlegungsentwurf abgesehen.

9.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV führt in seiner Stellungnahme aus, dass das normative Ziel des Anpassungsvorschlages eine Gleichbehandlung von Kindern und Erwachsenen sein solle. Dieses normative Ziel sei vom BVA jedoch nicht in den Entscheidungsprozess miteinbezogen worden. Stattdessen sei der Vorschlag aufgrund einer „marginalen“ Verschlechterung der Gütemaße im Vergleich zum Ausgangsmodell abgelehnt worden. Für eine Bewertung des Sachverhalts sei die Darstellung der Entwicklung der Fallzahlen und Regressionskoeffizienten der entsprechenden Morbiditätsgruppen unerlässlich. Da beides vom BVA nicht

dokumentiert worden sei, könne seitens des GKV-SV nicht bewertet werden, worauf die geringfügige Verschlechterung der Modelle zurückzuführen sei. Auch Barmer GEK, AOK-BV, BKK-DV und TK et al. halten den Vorschlag ohne weitere Angaben zu Besetzungszahlen und Kostenschätzern für nicht ausreichend bewertbar.

9.3 Bewertung

Die Ausführung des GKV-SV, dass die Gleichbehandlung von Kindern und Erwachsenen normatives Ziel einer möglichen Anpassung der Aufgreifkriterien sein solle, wird der eigentlichen Problemstellung nicht gerecht. Ausgangspunkt der unterschiedlichen Behandlung von Kindern und Erwachsenen ist ja gerade die – schon in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargelegte – Problematik, dass die DDD (und damit auch die daraus abgeleiteten Behandlungstage) für bzgl. des Körpergewichts „durchschnittliche“ Erwachsene bestimmt wurden und nicht ohne weiteres auf Kinder übertragbar sind. Insbesondere weil die zur Behandlung benötigten DDD im betrachteten Alters- und Entwicklungsspektrum fortlaufend variieren, ist die Festlegung einer für alle Kinder optimalen DDD-Grenze, ab der von einer zur Diagnose passenden Behandlung ausgegangen werden kann, schlichtweg nicht durchführbar.

Es kann also in der vorliegenden Betrachtung schon rein klassifikationstechnisch nicht um die Gleichbehandlung von Kindern und Erwachsenen gehen, sondern lediglich darum, wie Kinder, für die das für Erwachsene verwendete Aufgreifkriterium nur eingeschränkt anwendbar ist, trotzdem möglichst gut im Klassifikationssystem berücksichtigt und abgebildet werden können:

Hierfür wurden unterschiedliche Ansätze überprüft und in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf ausführlich dargestellt. Insbesondere wurde die anzulegende Behandlungstaggrenze über das gesamte Spektrum von 1 BT (d.h. Kinder erhalten den Zuschlag faktisch mit jeder Verordnung eines Arzneimittels) bis hin zu 10 BT (der Zuschlag für Kinder wird nach denselben Anforderungen wie der für Erwachsene vergeben) variiert und mit dem Status quo-Verfahren – welches für Kinder komplett auf die Verwendung von Arzneimittelinformationen verzichtet und stattdessen über das M2Q-Kriterium den rezidivierenden Charakter der akut-rezidivierenden Erkrankungen in den Vordergrund der Betrachtung stellt – verglichen. Die Auswertung der Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigt deutlich und über alle Kennzahlen, dass von allen geprüften Ansätzen die Verwendung des M2Q-Kriteriums zur besten Abbildung der Versichertenstruktur im Klassifikationssystem führt.

Anpassungen der Aufgreifkriterien zeigen in aller Regel Auswirkungen auf alle Risikogruppen des vollständigen Klassifikationssystems. Daher haben die Besetzungszahlen und Schätzer einzelner Risikofaktoren bei der Evaluation von Anpassungen der Aufgreifkriterien nur eine

begrenzte Aussagekraft. Dennoch werden in Tabelle 9 exemplarisch die Modelle M2 (GKV-SV-Modell) und M6 (Gleichbehandlung von Kindern und Erwachsenen) dem Status quo-Modell gegenübergestellt. Auch im vorliegenden Fall zeigt die alleinige Betrachtung der HMGs, die DxGs mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen“ enthalten, ein vergleichsweise uneinheitliches Bild: in einigen HMGs (HMG003 „Aspergillose / Kryptokokkose“, HMG005 „Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML“, HMG056 „Psychosen, Wahn“) werden bei der Verwendung von Behandlungstagen zur Validierung der Kinderdiagnosen weniger Versicherte (Kinder) erfasst, der Kostenschätzer steigt dabei. In anderen HMGs (HMG004 „Infektionen durch opportunistische Erreger“, HMG0110 „Respiratorische Insuffizienzen, Lunge“, HMG113 „Sonstige Pneumonien“, HMG152 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes“, HMG216 „Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien“) steigen sowohl die Zahl der erfassten Versicherten als auch die jeweiligen Kostenschätzer an. Die gegenläufigen Änderungen in HMG003, HMG004 und HMG005 zeigen auf, dass die Änderungsrichtung unabhängig von der Stellung der jeweiligen HMG im Hierarchiestrang ist.

Auffallend ist jedoch, dass mit Ausnahme der HMG113 „Sonstige Pneumonien“ und der HMG152 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes“ die Änderungen der HMG-Besetzungen in einem sehr überschaubaren Rahmen erfolgen, d.h. für die meisten HMGs resultieren vergleichsweise geringe Änderungen in den Kostenschätzern und Besetzungszahlen. So werden z.B. in Modell 2 in der HMG110 „Respiratorische Insuffizienzen, Lunge“ mit 406.827 Versicherten 50 Versicherte mehr als im Status quo erfasst, der Schätzer sinkt um 7,18 €.

Deutliche Änderungen ergeben sich demgegenüber in HMG113 „Sonstige Pneumonien“ und HMG152 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes“. In beiden HMGs führt die Umstellung von M2Q auf die Behandlungstagemodelle jeweils dazu, dass einerseits deutlich mehr Versicherte erfasst werden, andererseits die Schätzer der HMGs jedoch merklich absinken. Bei Verwendung der Behandlungstage werden somit in großem Umfang Versicherte erfasst, deren prospektive Kostenrisiken kaum über die bisher schon durch den AGG-Anteil der Zuweisungen gedeckten Risiken hinausgehen und deren explizite Berücksichtigung nur eine geringe Aussagefähigkeit im Modell aufweist, während im Gegenzug die Ausgaben der bisher in den beiden HMGs erfassten Versicherten nicht mehr ausreichend gedeckt werden. Dies führt dazu, dass sich neben den beiden betroffenen HMG-Schätzern auch alle AGG-Schätzer ändern. Während die Schätzer für die AGGs der 1 bis 12-Jährigen (ca. 7,5 Mio. Versicherte) sinken, erhöhen sich die Schätzer aller anderen Altersklassen (insgesamt ca. 64 Mio. Versicherte, mit Ausnahme der 0-Jährigen). Insgesamt führt dies zu einer merklich verringerten Prognosefähigkeit des Klassifikationssystems im Vergleich zum Status quo, die in allen Modellkennzahlen deutlich zum Ausdruck kommt.

Tabelle 9: Betroffene HMG

Auswertung Aufgreifkriterien Arzneimittel (Vollerhebung)		Ausgangsmodell 2017		M2				M6			
		Status quo		GKV-SV (1/10/M2Q/183)				(10/10/M2Q/183)			
		Kennzahl	Wert	Kennzahl	Wert	ΔSq		Kennzahl	Wert	ΔSq	
		R²	24,7177%	R²	24,7133%	(-0,0044%)		R²	24,7156%	(-0,0021%)	
		CPM	23,7968%	CPM	23,7889%	(-0,0079%)		CPM	23,7939%	(-0,0028%)	
MAPE	2.140,00 €	MAPE	2.140,22 €	(+0,2214 €)		MAPE	2.140,08 €	(+0,0797 €)			
Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert	ΔSq N	ΔSq €	Versicherte	Jahreswert	ΔSq N	ΔSq €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.904	10.148,63 €	3.881	10.214,28	-23	65,65 €	3.879	10.223,37	-25	74,74 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.872	6.213,73 €	2.920	6.088,66	48	-125,07 €	2.904	6.126,90	32	-86,83 €
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	43.716	3.921,83 €	43.059	3.945,34	-657	23,51 €	43.005	3.953,41	-711	31,58 €
HMG056	Psychosen, Wahn	186.108	1.072,29 €	186.046	1.072,51	-62	0,22 €	186.046	1.071,96	-62	-0,33 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lunge	406.777	3.194,27 €	406.827	3.187,09	50	-7,18 €	406.800	3.189,66	23	-4,61 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	500.836	1.194,70 €	638.456	972,75	137.620	-221,95 €	587.517	1.054,94	86.681	-139,76 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.350.967	937,23 €	1.585.394	820,21	234.427	-117,02 €	1.504.849	864,76	153.882	-72,47 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	109.253	9.758,21 €	109.263	9.747,45	10	-10,76 €	109.259	9.751,19	6	-7,02 €

9.4 Ergebnis

Es werden im Vergleich zum Festlegungsentwurf keine Änderungen vorgenommen. Allerdings sollten die HMG152 „Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes“ und die HMG113 „Sonstige Pneumonien“ bei zukünftigen Anpassungen der jeweiligen Hierarchien auf ihre interne Konsistenz (insbesondere auch in Bezug auf die abgebildete Altersstruktur) überprüft werden. Sollten daraus Änderungen der Hierarchiezusammensetzung resultieren, wäre eine erneute Prüfung des Aufgreifkriteriums „Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen“ anzudenken. Ein dringender Handlungsbedarf wird an dieser Stelle jedoch nicht gesehen.

10 Prüfung der Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach Medikationstyp

10.1 Festlegungsentwurf

In Vorschlag 2017_4 wurde die Prüfung von Differenzierungsmöglichkeiten je Krankheit nach HMGs „mit Dauermedikation“, „Bedarfsmedikation/abgesenkte BT“ und „ohne Dauermedikation“ (analog Hämophilie) zwecks Angleichung der Krankheitsauswahl an das Regelwerk der Klassifikation sowie Berücksichtigung einer alters- und krankheitsspezifischen Arzneimitteldosierung angeregt. Auf Basis des dargelegten Vorschlags konnte jedoch kein sinnvoller Analyseansatz abgeleitet werden, daher wurden der GKV-SV und die beteiligten Institutionen gebeten, den Vorschlag zu prüfen und gegebenenfalls im nächsten Jahr neu einzubringen.

10.2 Stellungnahmen

BKK-BV und TK et al. können die Entscheidung von Wissenschaftlichem Beirat und BVA nachvollziehen. Der BKK-DV kündigt an, konkrete Einzelvorschläge aus dem im Vorschlag dargestellten Themenkomplex in späteren Anpassungsverfahren einzubringen. Aus Sicht der DAK-G wird der abgelehnte Vorschlag im Festlegungsentwurf nicht ausreichend gewürdigt.

10.3 Bewertung

Wissenschaftlicher Beirat und BVA bleiben auch nach Lektüre der ergänzenden Ausführungen der DAK-G bei ihrer Ansicht, dass sich auf Basis des dargelegten Vorschlags kein sinnvoller Analyseansatz ableiten lässt. Die Ankündigung des BKK-DV, ausgewählte und konkretisierte Einzelvorschläge in zukünftigen Anpassungszyklen erneut einzubringen, wird begrüßt.

10.4 Ergebnis

Es werden keine Änderungen zum Festlegungsentwurf vorgenommen.

IV Anpassung der Hierarchien

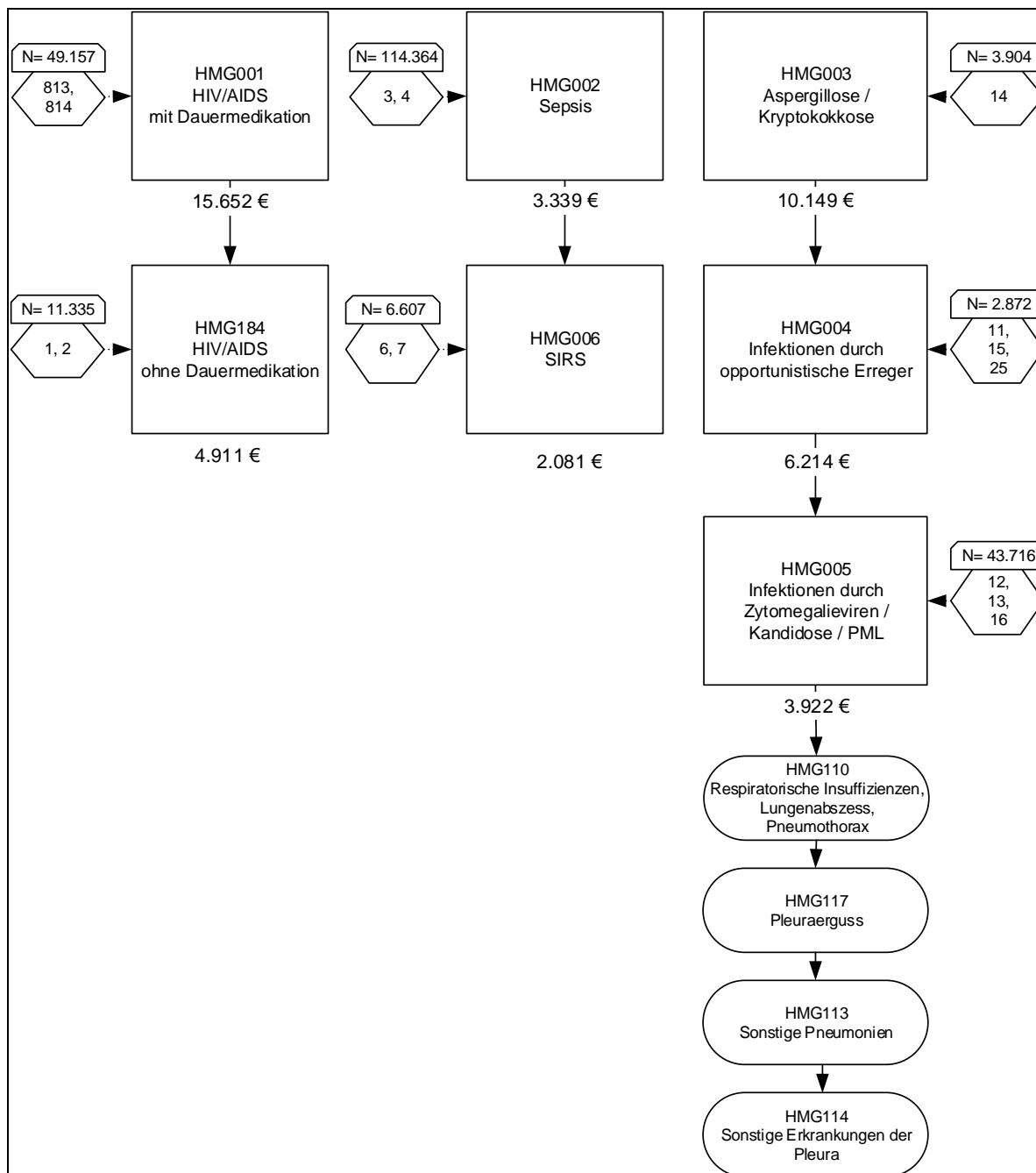
11 Hierarchie 1 „Infektionen“

11.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurde vorgeschlagen, in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel den ATC-5-Steller J04AM „Kombinationen von Mitteln zur Behandlung der Tuberkulose“ zum Aufgreifen der DxG011 „Infektion der Lunge durch Mykobakterien / Lungenkryptokokkose / Lungentoxoplasmose / Mukormykose der Lunge“ zusätzlich aufzunehmen.

Die Hierarchie in der Fassung des Festlegungsentwurfs wird in Abbildung 1 zusammengefasst. Diese enthält die Kostenschätzer der Vollerhebung.

Abbildung 1: Hierarchie 01 „Infektionen“ im Festlegungsentwurf



11.2 Stellungnahmen

Der Festlegungsentwurf wird von drei Anhörungspartnern kommentiert. Die zusätzliche Berücksichtigung des ATC-5-Stellers J04AM zum Aufgreifen der DxG011 ist nach Einschätzung von TK et al. korrekt. Die Berechnungen entsprechen den Erwartungen von DAK-G. Der Vorschlag diene der Vervollständigung.

11.3 Bewertung

Es ergibt sich kein Anpassungsbedarf für die Hierarchie.

11.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen in der Hierarchie 01 „Infektionen“.

12 Hierarchie 2 „Neubildungen“

12.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden die folgenden Anpassungen im Hierarchiestrang 2a „Hämatologische Neubildungen“ vorgeschlagen:

- Der ICD-Kode D47.2 „Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]“, der bisher der DxG092 „Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes“ zugeordnet war, wird einer neuen DxG826, die nur den ICD-Kode D47.2 enthält sowie einer neuen HMG124, die nur die DxG826 enthält, zugeordnet. Die DxG826 und die HMG124 werden identisch zum ICD-Kode D47.2 „Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]“ benannt. Als Aufgreifkriterium für die DxG826 wird das M2Q-Kriterium verwendet.
- Die DxG-HMG-Zuordnungen und Dominanzbeziehungen zwischen den HMGs werden entsprechend Abbildung 2 vorgenommen.
- Die HMG262 „Akute myeloische Leukämie“ wird umbenannt in „Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom“.
- Die HMG263 „Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie, Multiples Myelom / Plasmozytom“ wird umbenannt in „Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren“.
- Die HMG264 „Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren“ entfällt.
- Eine Umbenennung oder Änderung der Aufgreifkriterien bestehender DxGs erfolgt nicht.

Die folgenden Anpassungen wurden im Hierarchiestrang 2b „Solide Tumoren“ vorgeschlagen:

- Die DxG-HMG-Zuordnungen und Dominanzbeziehungen zwischen den HMGs werden entsprechend Abbildung 3 vorgenommen.
- Die HMGs 272 „Bösartige Neubildung des Ösophagus, Dünndarms, Peritoneums und Retroperitoneums, der Gallenblase, der Gallengänge“, 274 „Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums“, 275 „Bösartige Neubildung des Magens, der Nebennieren, weitere intrathorakale bösartige Neubildungen der Atemwege“ und 278 „Bösartige Neubildung der Niere, des Auges, der Gebärmutter, der männlichen Geschlechtsorgane sowie ungenau bezeichneter Lokalisation“ entfallen.
- Die neue HMG305 wird „Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / Bösartige Neubildung des Ovars, der Parametrien und Plazenta“ benannt.

- Die neue HMG306 wird „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“ benannt.
- Die neue HMG313 wird „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“ benannt.
- Die HMG268 „Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumorlyse-Syndrom“ wird umbenannt in „Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane“.
- Die HMG269 „Metastasen sonstiger Lokalisation“ wird umbenannt in „Tumorlyse-Syndrom“.
- Die HMG270 „Lymphknotenmetastasen“ wird umbenannt in „Metastasen sonstiger Lokalisation“.
- Die HMG271 „Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS“ wird umbenannt in „Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber“.
- Die HMG273 „Bösartige Neubildung des Pharynx, Larynx, der Luftröhre, Bronchien, Lunge, Pleura, des Stütz- und Bindegewebes sowie der Mamma (Alter < 45 Jahre)“ wird umbenannt in „Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus“.
- Die HMG276 „Bösartige Neubildung der Harnwege, Haut, Zervix, Ovarien und spezifische Neubildungen unklarer Dignität, Kaposi-Sarkom“ wird umbenannt in „Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)“.
- Die HMG277 „Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen“ wird umbenannt in „Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens“.
- Eine Umbenennung oder Änderung der Aufgreifkriterien bestehender DxGs erfolgt nicht.
- Eine Änderung der bisherigen ICD-Kode-DxG-Zuordnung erfolgt nicht.

Abbildung 2 und Abbildung 3 geben ergänzend einen grafischen Gesamtüberblick über die Hierarchie nach Überarbeitung im Rahmen des Festlegungsentwurfs.

Abbildung 2: Entwurf zur Anpassung des Hierarchiestrangs "Hämatologische Neubildungen" in der Hierarchie 2 "Neubildungen"

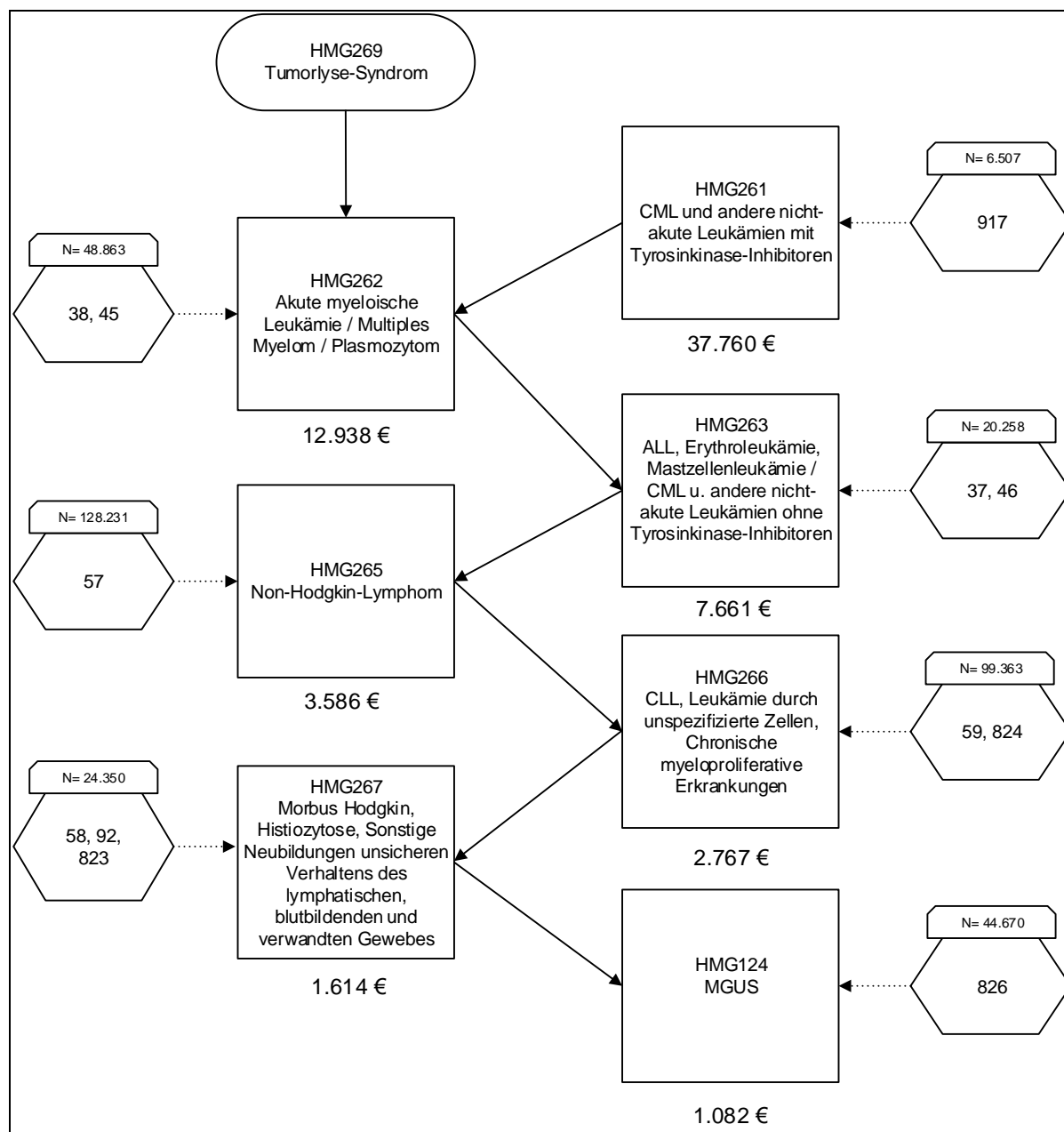
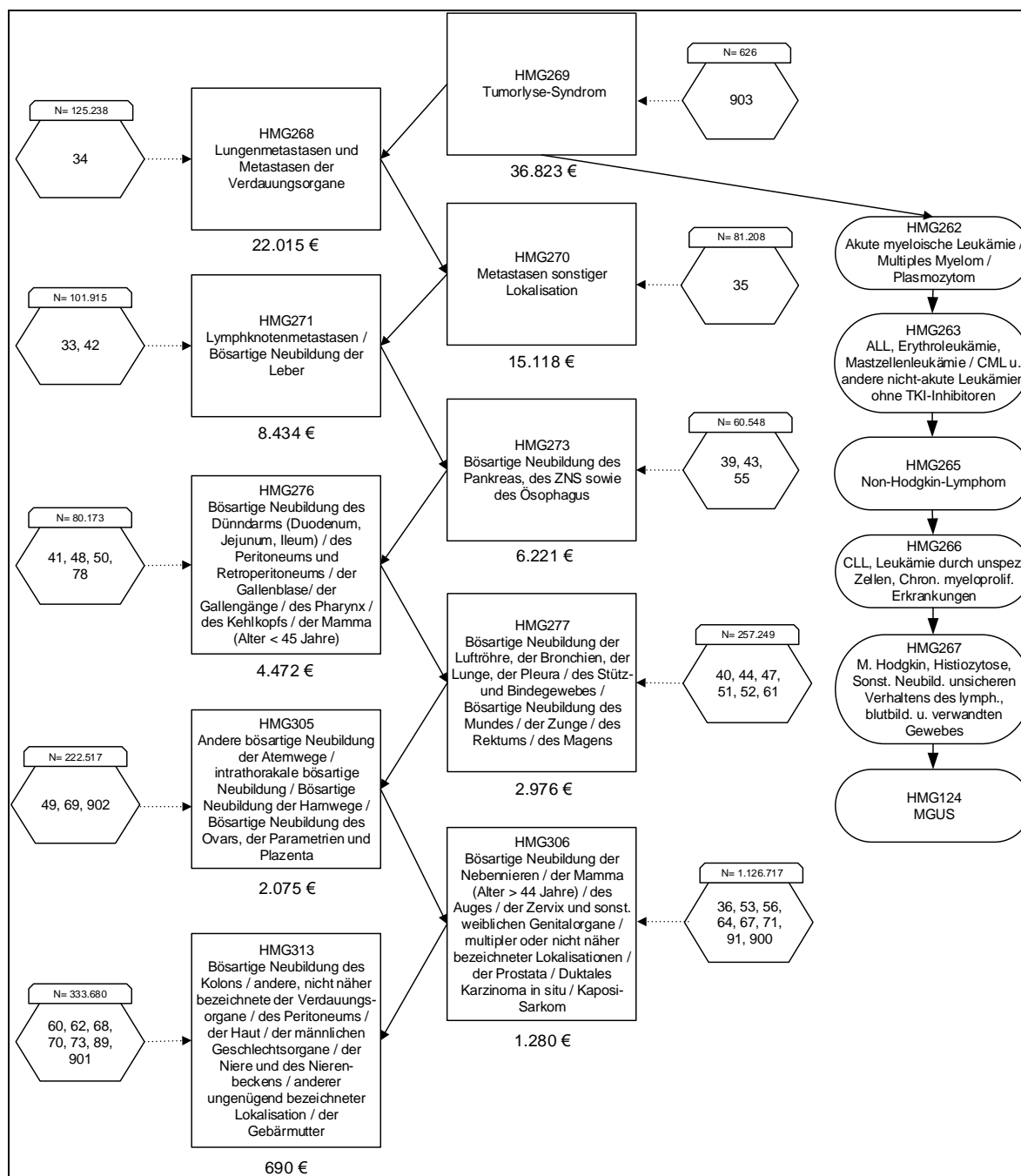


Abbildung 3: Entwurf zur Anpassung des Hierarchiestrangs "Solide Tumoren" in der Hierarchie 2 "Neubildungen"



12.2 Stellungnahmen

Die TK et al., der IKK e.V. und die Barmer GEK halten die Anpassungen für medizinisch-inhaltlich angemessen. Die DAK-G schlägt eine stärkere Ausdifferenzierung vor. Auch könnte das Tumorlyse-Syndrom in einem separaten Hierarchiestrang abgebildet werden.

Der GKV-SV, die Barmer GEK und der AOK-BV plädieren für die Prüfung von Arzneimitteldifferenzierungen. Der AOK-BV schlägt hierzu die Bildung einer einzigen, nicht-hierarchisierten Zuschlagsgruppe für die ATC L01XE „Proteinkinase-Inhibitoren“ und L01XC „Monoklonale Antikörper“, die alle neuen Onkologika enthalten würden.

Die TK et al. halten es angesichts der zunächst grundsätzlich zu klärenden Fragen für angemessen, dass das BVA keine Änderungen bezüglich Arzneimitteldifferenzierung und Alterssplits in der Hierarchie 2 vorsieht.

12.3 Bewertung

12.3.1 Neugliederung der HMG276

Im Festlegungsentwurf waren die ursprünglichen HMGs 276, 278, 279 und 291 zur HMG276 „Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)“ zusammengefasst worden. Die DAK-G sieht keine Notwendigkeit, die HMG-Anzahl zu reduzieren und so auf eine Differenzierung zu verzichten. Im Gegensatz zum Hierarchiestrang „Hämatologische Neubildungen“ wurden bei den soliden Tumoren weit größere Abstände der Kostenschätzer zusammengefasst, was nicht erforderlich erscheint. Es wird vorgeschlagen, die ursprüngliche HMG276 „Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge“ wieder auszugliedern, sodass in der neuen HMG278, die nunmehr die Diagnosen der ursprünglichen HMGs 278, 279 und 291 umfasst, folgende DxG enthalten sind: „Bösartige Neubildung des Pharynx / Bösartige Neubildung des Kehlkopfs / Bösartige Neubildung der Mamma (Alter < 45 Jahre)“.

Das BVA hält die Argumentation für schlüssig und nimmt eine Überprüfung des Vorschlags vor. Entsprechend den bekannten Kostenschätzern aus dem Festlegungsentwurf wird die neue HMG276 im Hierarchiestrang über die neue HMG278 gestellt. Tabelle 10 zeigt die entsprechenden Kostenschätzer und Kennzahlen. Die Hierarchisierung ist aus ökonomischen Gesichtspunkten korrekt.

Im Ergebnis kommt es zu einer geringfügigen Verbesserung des R^2 um ca. 0,0002% im Vergleich zum Endmodell in der Hierarchie 2 aus den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf. Das CPM und das MAPE unterscheiden sich nicht. Die beiden Kostenschätzer für die neue HMG276 mit 4.425 € und die neue HMG278 mit 5.526 € zeigen sowohl untereinander als auch im Vergleich mit der darüber liegenden HMG273 mit 6.405 € als auch zur darunter liegenden HMG277 mit 2.937 € deutliche Differenzen, sodass die vorgeschlagene Neugliederung der HMG276 ökonomisch sinnvoll erscheint und angenommen wird.

Tabelle 10: Hierarchiestrang „Solide Tumoren“, Neugliederung der HMG276

Datengrundlage. 30% Stichprobe		Endmodell Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf			Modell 1		
		R ²	25,1895%	(+0,0069%)	R ²	25,1897%	(+0,0071%)
		CPM	23,8201%	(+0,0075%)	CPM	23,8201%	(+0,0075%)
		MAPE	2.139,60 €	(-0,21 €)	MAPE	2.139,60 €	(-0,21 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	37.542	21.831,71 €	45,65 €	37.542	21.832,39 €	45,65 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	181	38.005,98 €	639,32 €	181	38.009,05 €	639,32 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	24.374	15.130,19 €	53,42 €	24.374	15.130,61 €	53,42 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	30.514	8.441,76 €	46,20 €	30.514	8.442,22 €	46,20 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas / des ZNS sowie des Ösophagus	18.338	6.404,67 €	59,44 €	18.338	6.404,84 €	59,44 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	24.108	4.608,94 €	50,59 €	4.114	5.525,88 €	123,63 €
	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge						
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)				19.994	4.425,06 €	55,42 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	77.079	2.936,47 €	28,62 €	77.079	2.936,76 €	28,62 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	66.694	2.114,69 €	30,57 €	66.694	2.114,93 €	30,57 €
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	338.084	1.279,89 €	13,77 €	338.084	1.280,12 €	13,77 €
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	100.542	664,60 €	24,80 €	100.542	664,95 €	24,80 €

12.3.2 Neugliederung der HMG277

Die DAK-G schlägt vor, die sechs im Festlegungsentwurf zusammengefassten HMGs 277, 280, 287, 302, 303 und 304 auf zwei HMGs zu verteilen. Hier wären HMGs zusammengefasst worden, deren höchster Kostenschätzer 50% über dem niedrigsten liegt. Auch hier erscheint eine Prüfung zielführend.

Die ehemaligen HMGs 277 „Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura“ und 280 „Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels“ sollten zur neuen HMG277 „Bösartige Neubildung der Luftröhre / der Bronchien / der Lunge / der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels“, die HMGs 287 „Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor“, 302 „Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge“, 303 „Bösartige Neubildung des Rektums“ und 304 „Bösartige Neubildung des Magens“ zur neuen HMG 287 „Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens“ zusammengefasst werden. Tabelle 11 zeigt in Modell 2 die sich durch diese Neuordnung ergebenden Kostenschätzer und Kennzahlen. Es kommt zu einer deutlichen Verbesserung der Kennzahlen. Das MAPE verbessert sich um ca. -3 Cent im Vergleich zum Endmodell in der Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf. Angesichts dieser Kennzahlverbesserungen und der akzeptablen Abstände zwischen den Kostenschätzern wird dieser Änderungsvorschlag umgesetzt.

Die DxG052 „Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor“ wird umbenannt, obwohl sich keine inhaltlichen Änderungen ergeben haben. Da dieser DxG die ICDs C47.- „Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems“ sowie die ICDs C49.- „Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe“ zugeordnet sind, wird die Benennung „Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor“ in Hinblick auf die Neubildungen der peripheren Nerven zielführender in „Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes“ geändert.

Tabelle 11: Hierarchiestrang "Solide Tumoren", Neugliederung der HMG277

Datengrundlage. 30% Stichprobe		Endmodell Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf			Modell 2		
		R ²	25,1895%	(+0,0069%)	R ²	25,1901%	(+0,0075%)
		CPM	23,8201%	(+0,0075%)	CPM	23,8212%	(+0,0086%)
		MAPE	2.139,60 €	(-0,21 €)	MAPE	2.139,57 €	(-0,24 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	37.542	21.831,71 €	45,65 €	37.542	21.832,24 €	45,65 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	181	38.005,98 €	639,32 €	181	38.004,78 €	639,31 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	24.374	15.130,19 €	53,42 €	24.374	15.130,62 €	53,42 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	30.514	8.441,76 €	46,20 €	30.514	8.441,88 €	46,20 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas / des ZNS sowie des Ösophagus	18.338	6.404,67 €	59,44 €	18.338	6.404,79 €	59,44 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	24.108	4.608,94 €	50,59 €	24.108	4.609,36 €	50,59 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	77.079	2.936,47 €	28,62 €	22.467	3.630,21 €	53,46 €
	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels						
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens				54.612	2.661,87 €	33,74 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	66.694	2.114,69 €	30,57 €	66.694	2.114,87 €	30,57 €
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 Karzinomea in situ / Kaposi-Sarkom	338.084	1.279,89 €	13,77 €	338.084	1.279,82 €	13,77 €
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	100.542	664,60 €	24,80 €	100.542	664,33 €	24,80 €

12.3.3 Tumorlyse-Syndrom in nicht-hierarchisierter HMG

Die DAK-G schlägt vor, das Tumorlyse-Syndrom in einem separaten Hierarchiestrang darzustellen, was gleichbedeutend mit einer Freistellung der HMG269 im Modell ist und mit einer zielgenaueren Abbildung einhergeht. Es käme durch die Hierarchisierung zu einer Verschlechterung der Kennzahlen und Doppelzuschläge wären nicht vollständig verhindert.

Tabelle 12 zeigt im Modell 3 das Ergebnis in Hinblick auf die Kostenschätzer und Kennzahlen. Im Vergleich zum Endmodell in der Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf verändern sich MAPE und CPM nicht, das R^2 nimmt um ca. +0,0003% zu. Der Kostenschätzer für die HMG269 sinkt um ca. 11.000 € von 36.823 € auf 25.827€. Dieser Betrag würde somit zusätzlich im Rahmen eines Doppelzuschlags zugewiesen werden. Angesichts des geringen Einflusses auf die Zielgenauigkeit erscheint dies nicht gerechtfertigt. Im Ergebnis erfolgt keine Freistellung der HMG269.

Tabelle 12: Freistellung der HMG269

Datengrundlage: Vollerhebung		Endmodell Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf			Modell 3		
		R ²	24,7236%	(+0,0059%)	R ²	24,7238%	(+0,0062%)
		CPM	23,8050%	(+0,0082%)	CPM	23,8049%	(+0,0082%)
		MAPE	2.139,77 €	(-0,23 €)	MAPE	2.139,77 €	(-0,23 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.759,93 €	94,35 €	6.507	37.779,82 €	94,35 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	48.863	12.938,31 €	35,97 €	49.001	12.968,04 €	35,95 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	20.258	7.660,84 €	54,35 €	20.376	7.722,53 €	54,24 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.231	3.585,68 €	21,55 €	128.420	3.580,70 €	21,54 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch unspezifizierte Zellen, exkl. akute Leukämien / Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.363	2.767,49 €	24,57 €	99.398	2.764,58 €	24,56 €
HMG267	Morbus Hodgkin / Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes / Histiozytose	24.350	1.614,00 €	48,75 €	24.353	1.612,06 €	48,75 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS)	44.670	1.081,99 €	36,27 €	44.671	1.081,89 €	36,27 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	626	36.823,18 €	342,12 €	626	25.826,70 €	342,32 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	125.238	22.015,03 €	24,44 €	125.331	22.008,20 €	24,44 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	15.117,71 €	28,62 €	81.297	15.109,01 €	28,61 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	101.915	8.434,09 €	24,72 €	101.943	8.431,29 €	24,71 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas / des ZNS sowie des Ösophagus	60.548	6.221,21 €	31,94 €	60.549	6.222,48 €	31,94 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	80.173	4.471,51 €	27,11 €	80.177	4.470,17 €	27,11 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	257.249	2.976,38 €	15,31 €	257.264	2.976,02 €	15,31 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und der Plazenta	222.517	2.074,53 €	16,36 €	222.527	2.074,59 €	16,36 €
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	1.126.717	1.280,09 €	7,37 €	1.126.745	1.279,82 €	7,37 €
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	333.680	690,37 €	13,30 €	333.690	690,34 €	13,30 €

12.3.4 Arzneimitteldifferenzierungen

In Bezug auf die Vorschläge zu Arzneimitteldifferenzierungen wird auf die Ausführungen in Abschnitt III6 dieses Dokumentes verwiesen.

12.3.5 Endmodell

Tabelle 13 zeigt das Endmodell auf der Basis der Vollerhebung, das die Änderungen aus Modell 1 und Modell 2 enthält. Die Verbesserung der Kennzahlen entspricht weitgehend der Größenordnung, die schon in Modell 2 beobachtet werden konnte. Im Vergleich zum Ausgangsmodell kommt es z.B. im MAPE zu einer Verbesserung von ca. -26 Cent. Im Vergleich zum Endmodell in Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf verbessert sich das MAPE um ca. -3 Cent.

Bei der Benennung der HMG276 wird der redundante Klammerzusatz „(Duodenum, Jejunum, Ileum)“ gestrichen und die HMG276 in „Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge“ umbenannt. Entsprechend wird die DxG041 umbenannt in „Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge“.

Tabelle 13: Endmodell

Datengrundlage: Vollerhebung		Endmodell Hierarchie 2 im Festlegungsentwurf			Modell 4 (Endmodell)		
		R ²	24,7236%	(+0,0059%)	R ²	24,7244%	(+0,0067%)
		CPM	23,8050%	(+0,0082%)	CPM	23,8061%	(+0,0094%)
		MAPE	2.139,77 €	(-0,23 €)	MAPE	2.139,74 €	(-0,26 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.759,93 €	94,35 €	6.507	37.761,26 €	94,35 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	48.863	12.938,31 €	35,97 €	48.863	12.936,01 €	35,97 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	20.258	7.660,84 €	54,35 €	20.258	7.661,13 €	54,35 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.231	3.585,68 €	21,55 €	128.231	3.585,20 €	21,55 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch unspezifizierte Zellen, exkl. akute Leukämien / Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.363	2.767,49 €	24,57 €	99.363	2.767,13 €	24,57 €
HMG267	Morbus Hodgkin / Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes / Histiozytose	24.350	1.614,00 €	48,75 €	24.350	1.613,05 €	48,75 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS)	44.670	1.081,99 €	36,27 €	44.670	1.081,53 €	36,27 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	125.238	22.015,03 €	24,44 €	125.238	22.016,09 €	24,44 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	626	36.823,18 €	342,12 €	626	36.823,46 €	342,12 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	15.117,71 €	28,62 €	81.208	15.118,46 €	28,62 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	101.915	8.434,09 €	24,72 €	101.915	8.434,54 €	24,72 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas / des ZNS sowie des Ösophagus	60.548	6.221,21 €	31,94 €	60.548	6.221,46 €	31,94 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	80.173	4.471,51 €	27,11 €	13.732	5.117,26 €	66,03 €
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)				66.441	4.341,58 €	29,71 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	257.249	2.976,38 €	15,31 €	74.856	3.726,41 €	28,63 €
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens				182.393	2.680,85 €	18,04 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	222.517	2.074,53 €	16,36 €	222.517	2.074,86 €	16,36 €
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	1.126.717	1.280,09 €	7,37 €	1.126.717	1.280,17 €	7,37 €
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	333.680	690,37 €	13,30 €	333.680	690,34 €	13,30 €

12.4 Ergebnis

Die obenstehenden Überlegungen führen zu folgenden Anpassungen des Klassifikationsmodells, die mit dem Wissenschaftlichen Beirat erörtert und konsentiert wurden:

- Die DxGs 048 „Bösartige Neubildung des Pharynx“, 050 „Bösartige Neubildung des Kehlkopfs“ und 078 „Bösartige Neubildung der Mamma (Alter <45 Jahre)“ aus der HMG276 „Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)“ werden in die neue HMG278 „Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)“ verschoben.
- Die HMG276 und die DxG041 werden umbenannt in „Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge“.
- Die DxGs 040 „Bösartige Neubildung des Magens“, 047 „Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge“, 052 „Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor“ und 061 „Bösartige Neubildung des Rektums“ werden aus der HMG277 „Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens“ in die neue HMG287 „Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens“ verschoben.
- Die HMG277 wird umbenannt in „Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels“.
- Die DxG052 „Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor“ wird umbenannt in „Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes“.
- Die HMG278 wird im Hierarchiestrang zwischen HMG276 und HMG277 eingefügt (dominierend über die HMG277 und dominiert unter die HMG276).
- Die HMG287 wird im Hierarchiestrang zwischen HMG277 und HMG305 eingefügt (dominierend über die HMG305 und dominiert unter die HMG277).

Die nachfolgenden Abbildung 4 und Abbildung 5 stellen die Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 nochmals schematisch dar.

Abbildung 4: Hierarchie 2 Neubildungen, Strang "Hämatologische Neubildungen" gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017

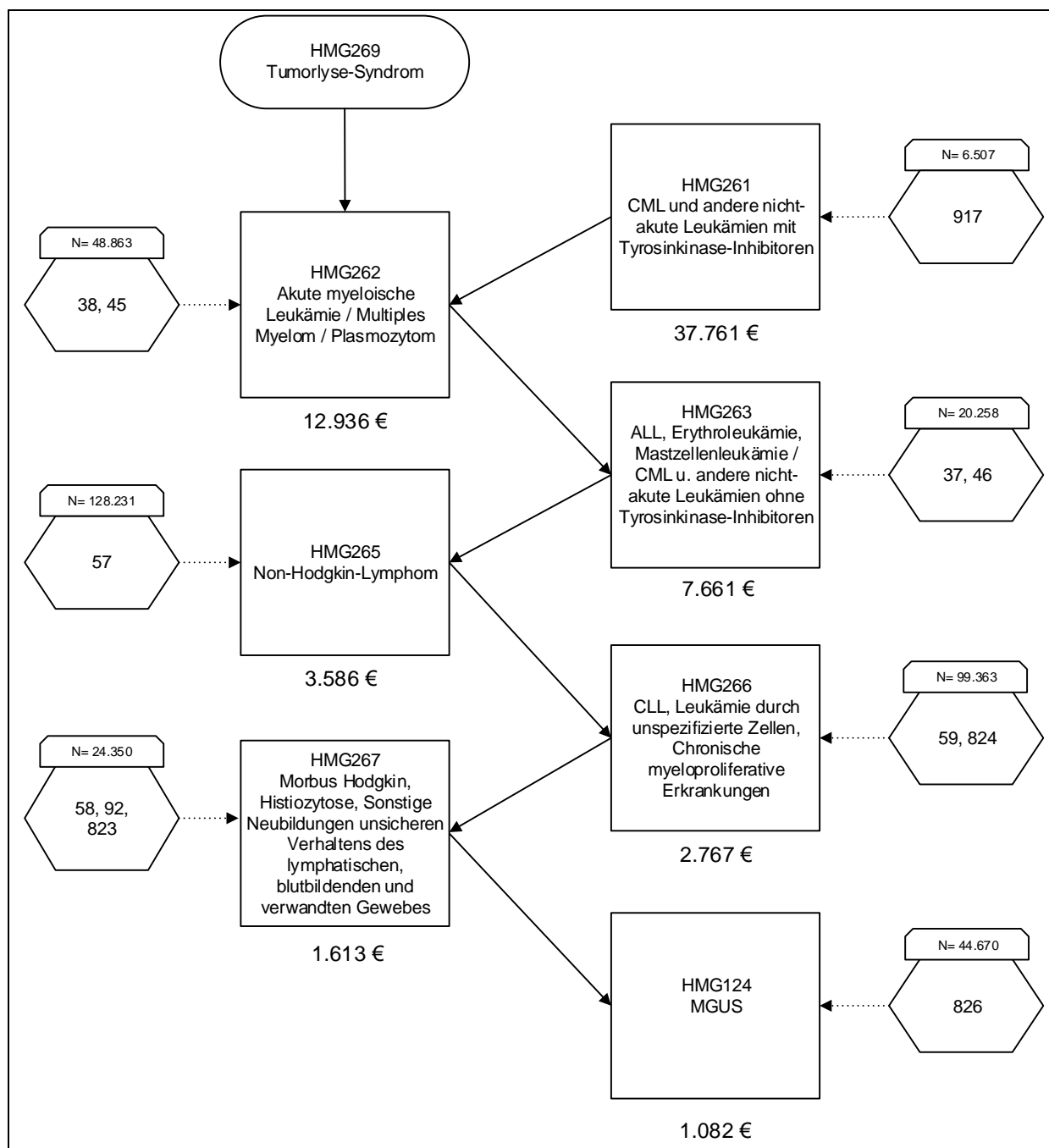
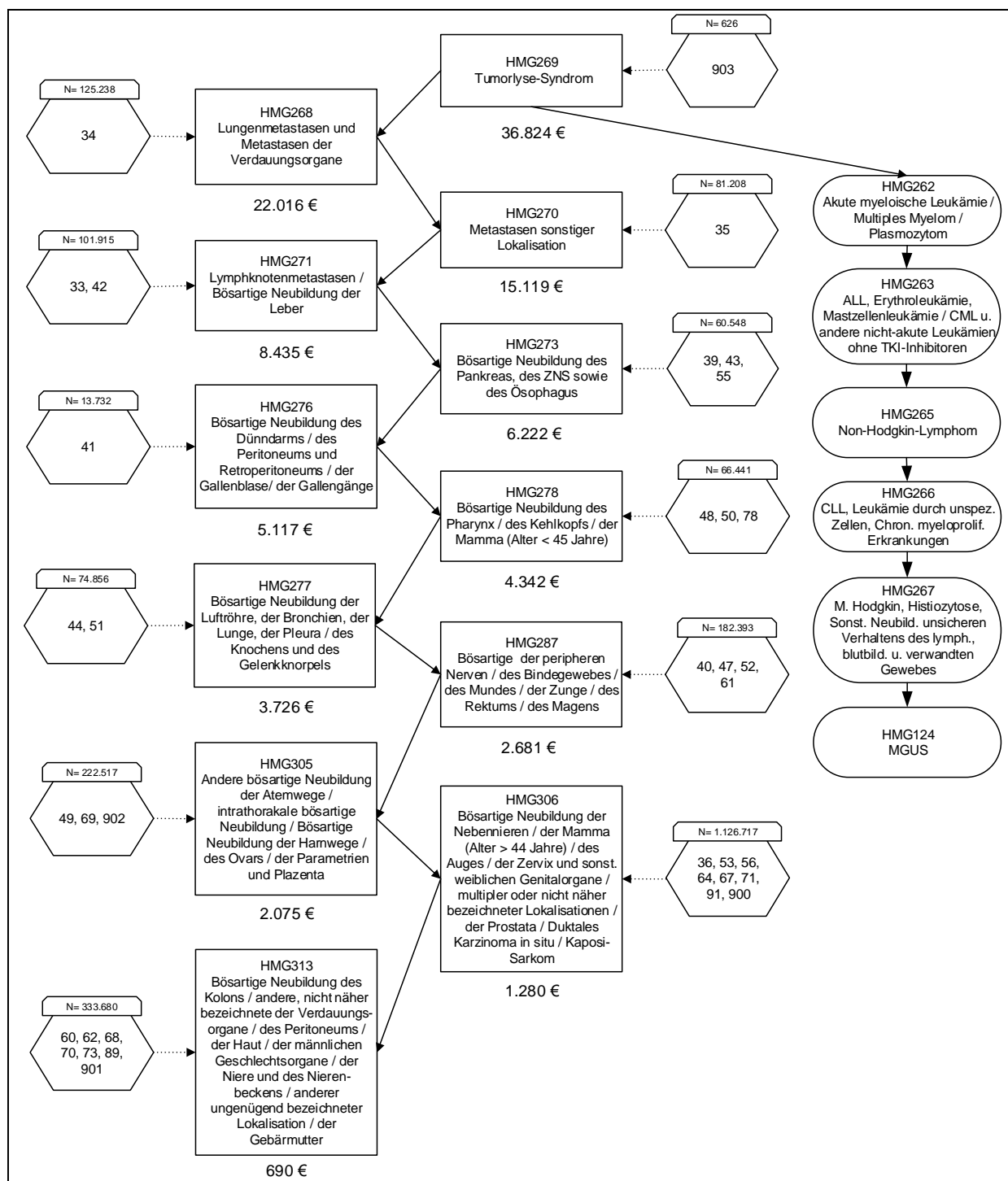


Abbildung 5: Hierarchie 2 Neubildungen, Strang "Solide Tumoren" gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017



13 Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

13.1 Festlegungsentwurf

Durch den Wegfall der Krankheit „Adipositas“ entfällt im Hierarchiestrang die HMG251 „Adipositas“. Anpassungen des Klassifikationsmodells erfolgen hier nicht. Für den nächsten Anpassungszyklus werden drei Prüfungen vorgesehen:

1. Mit Hilfe einer möglichen Verordnung von Alpha-1-Antitrypsin sollen aus der Gruppe der Versicherten mit der Diagnose E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts nicht klassifiziert“ der Personenkreis gefiltert werden, der unter einem Mangel an Alpha-1-Antitrypsin leidet.
2. Die Diagnose E32.1 „Abszess des Thymus“ soll aus der DxG117 ausgegliedert und mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ versehen werden. Dabei soll der Anteil an stationären Diagnosen ermittelt und darüber die Notwendigkeit des Aufgreifkriteriums eingeschätzt werden.
3. Die Prüfung der Aufnahme von Elosulfase alfa zur Validierung der Mukopolysaccharidose Typ IVa erfolgt im AJ 2018.

13.2 Stellungnahmen

GKV-SV und Barmer GEK merken an, dass die Prüfung des Vorschlags zur Ausgliederung des Kodes E32.1 (Abszess des Thymus) und seines Aufgreifens über das Kriterium „stationär erforderlich“ bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der Daten 2013/2014 erfolgen kann.

GKV-SV, BKK-DV, Barmer GEK und AOK-BV weisen darauf hin, dass die Prüfung des Vorschlags einer arzneimittelbasierten Differenzierung für die Diagnose E88.0 (Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts nicht klassifiziert) bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der Daten 2013/2014 erfolgen kann.

Der BKK-DV ist der Meinung, dass der Wirkstoff Elosulfase alfa (ATC A16AB12) bereits im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2017 zur Differenzierung von Versicherten mit Mukopolysaccharidose TYP IV A genutzt werden solle.

Laut AOK-BV führt der zur Behandlung der Hypophosphatasie (E83.38) neu zugelassene Wirkstoff Asfotase alfa (A16AB13) zu jährlichen Behandlungskosten i.H.v. etwa 600.000 €. Für die betroffenen Versicherten solle daher eine eigene DxG (mit Sonderfall II [42/21 BT]) gebildet werden, die in einer HMG im oberen Teil der Hierarchie zu einem Zuschlag führt.

GKV-SV und DAK-G regen an, dass die Bezeichnungen der HMG284 sowie der DxGs 112, 131, 132 und 133 mit dem Zusatz "mit ERT" zu versehen werden.

Der IKK e. V. schreibt, dass Versicherte mit „Alpha-1-Antitrypsin-Mangel“ der HMG021 und nicht wie beschrieben der HMG012 zuzuordnen sind.

13.3 Bewertung

Im Fall der Anmerkungen zu den Diagnose E88.0 „Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, andernorts nicht klassifiziert“ und E32.1 „Abszess des Thymus“ liegt ein Missverständnis vor. Die Bearbeitung der Vorschläge wurde aus Kapazitätsgründen auf das nächste Jahr verschoben.

Für die Bewertung der Aufnahme der Wirkstoffe Elosulfase alfa und Asfotase alfa wird auf Kapitel 5 „Anpassung des Modells ohne empirische Datengrundlage“ verwiesen.

Die Bezeichnungen der HMG284 und der DxGs 112, 131, 132 und 133 werden um den Zusatz „mit ERT“ ergänzt.

13.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich bis auf die Namensanpassungen keine Änderungen.

14 Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“

14.1 Festlegungsentwurf

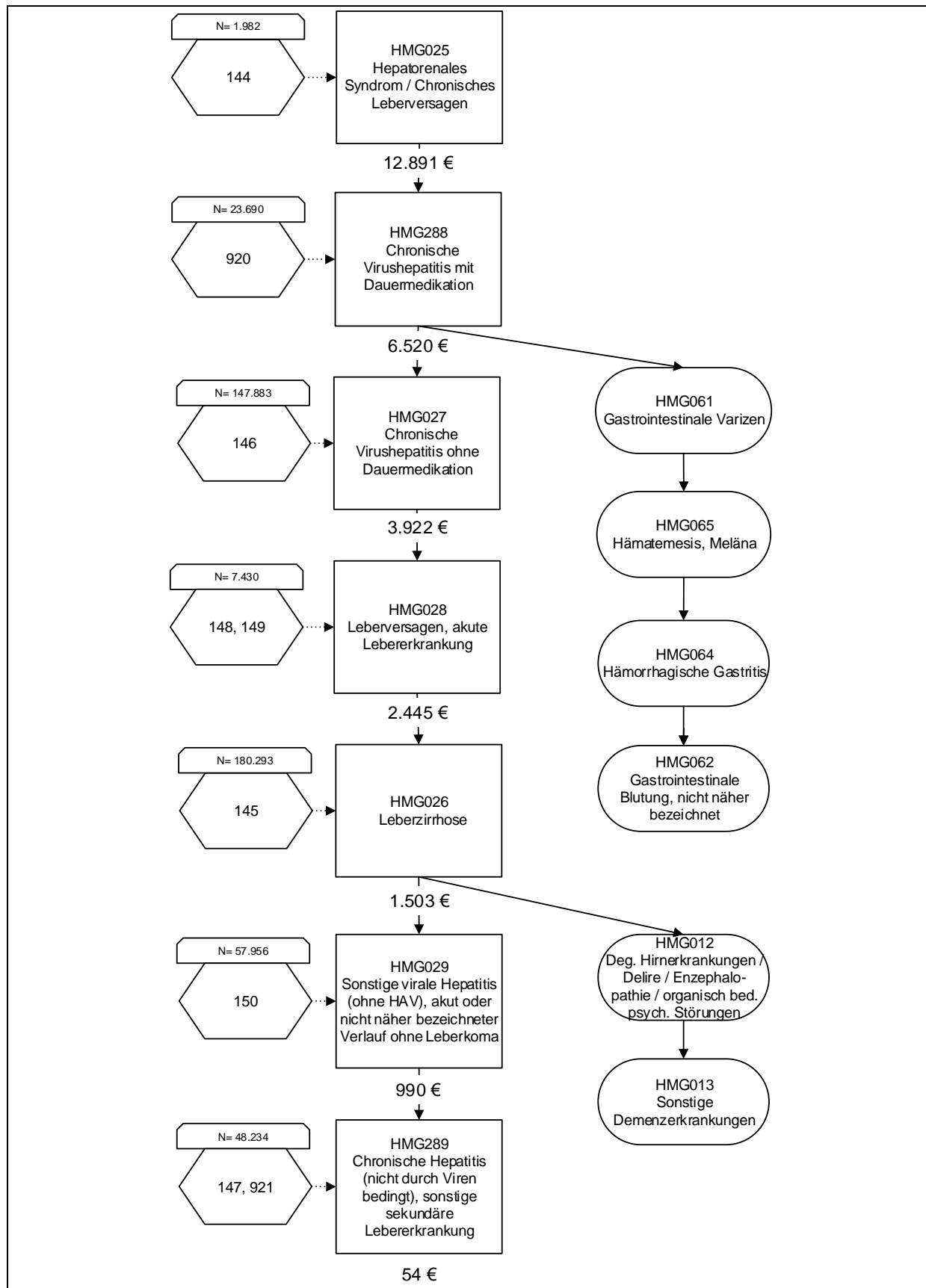
Im Festlegungsentwurf wurden die folgenden Anpassungen in der Hierarchie vorgeschlagen:

- Das Aufgreifkriterium für die der HMG028 zugeordneten DxG148 und DxG149 wird auf „stationär erforderlich“ gesetzt.
- Die DxG144 und die HMG025 werden umbenannt in „Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen“.
- Das Aufgreifkriterium für die DxG144 wird in „Arzneimittel obligat chronisch“ geändert.
- Die HMG030 entfällt.
- Die Hierarchisierung erfolgt in einem Strang in folgender Reihenfolge von oben nach unten: HMG025 → HMG288 → HMG027 → HMG028 → HMG026 → HMG029 → HMG289.
- Aufgrund einer Änderung im Bereich der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ kommt es künftig zu einer Dominanz der HMG288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ auf die neu abgegrenzten HMGs 061 „Gastrointestinale Varizen“, 065 „Hämatemesis, Meläna“, 064 „Hämorrhagische Gastritis“ und 062 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“.
- Aufgrund einer Änderung im Bereich der Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ kommt es künftig zu einer Dominanz der HMG026 „Leberzirrhose“ auf die HMGs 012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“ und 013 „Sonstige Demenzerkrankungen“.

Abbildung 6 gibt ergänzend einen grafischen Gesamtüberblick über die Hierarchie nach Überarbeitung im Rahmen des Festlegungsentwurfs.²

² Im Festlegungsentwurf fehlte in der entsprechenden Abbildung die HMG064

Abbildung 6: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 05 "Erkrankungen der Leber"



14.2 Stellungnahmen

TK et al. und Barmer GEK halten die innerhalb der Hierarchie 5 vorgesehenen Hierarchisierungen für sinnvoll. Ebenso wie der AOK-BV erachten sie auch das Aufgreifkriterium für die DxG149 „Virale Hepatitis, akut oder nicht näher bezeichnet, mit Leberkoma“ für sachgerecht.

Der GKV-SV, TK et al. und DAK-G halten die vorgesehene Dominanzbeziehung zur Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ dagegen für nicht zielführend. Diese müsse von der Komplikation (HMG061 „Gastrointestinale Varizen“) ausgehen und in Hierarchie 5 wirken. Vom GKV-SV, der DAK-G und vom AOK-BV wird auch die Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 5 und Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ kritisiert, da nur ein ICD-Kode innerhalb der dominierten HMGs 012 und 013 (K72.2- Hepatische Enzephalopathie) in medizinischem Zusammenhang zu den Erkrankungen der Leber stehe.

Der GKV-SV, der AOK-BV und DAK-G regen an, Versicherte mit einer chronischen Hepatitis C (ohne Dauermedikation, ICD-Kode B18.2) aus der HMG027 auszugliedern und in einer eigenständigen DxG/HMG abzubilden. Der AOK-BV fordert, die Einordnung dieser eigenständigen HMG auf der Grundlage der aktuell nach § 30 RSAV erhobenen Daten der Jahre 2014 und 2015 zu prüfen. TK et al. und Barmer unterstützen das Vorgehen des BVA, Vorschläge erst bei Vorliegen der dazu notwendigen Datengrundlagen zu prüfen.

14.3 Bewertung

Die Weiterentwicklung wird ausgehend vom Endmodell aus den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf dargestellt. Da in diesem Modell noch nicht die Hierarchiebeziehungen zu Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ sowie zur Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ des hierarchieübergreifenden Endmodells aus den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf bestehen und auf der Basis der im Rahmen der Anhörung zum Festlegungsentwurf eingegangenen Stellungnahmen sowohl die Hierarchiebeziehung zur Hierarchie 6 als auch zur Hierarchie 9 untersucht bzw. aufgelöst werden sollen, eignet es sich gut als Basismodell zur Darstellung der weiteren Entwicklungsschritte. Die jeweiligen modellbezogenen Änderungen der Kennzahlen werden in den tabellarischen Darstellungen weiterhin als Differenzen zum ursprünglichen Ausgangsmodell dargestellt.

14.3.1 DxG/HMG für Versicherte mit einer chronischen Hepatitis C (ohne Dauermedikation)

Tabelle 14 zeigt das Endmodell zu Hierarchie 5 aus dem Kapitel zur Hierarchie 5 in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2017.

Darüber hinaus wird in Modell 2 die Aufteilung der DxG146 und der gleichnamigen HMG027 „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation“ in die umbenannten DxG146 / HMG027 „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)“ und die neue HMG251 „Chro-

nische Hepatitis C ohne Dauermedikation“ dargestellt. Die HMG251 enthält dabei lediglich die neue gleichnamige DxG831 „Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation“, die wiederum lediglich den einzelnen ICD-Kode B18.2 „Chronische Virushepatitis C“ umfasst. Aufgegriffen wird die neue DxG über das Kriterium „M2Q“.

In Modell 1 waren die beiden HMGs 027 „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)“ und 251 „Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation“ auf gleicher Ebene im Hierarchiestrang entsprechend der HMG027 aus dem Endmodell im Festlegungsentwurf eingeordnet (in Tabelle 14 nicht dargestellt). Dabei zeigte sich für die HMG027 ein erheblich niedriger Kostenschätzer, sodass diese zur Beseitigung einer hieraus resultierenden Hierarchieverletzung entsprechend Modell 2 deutlich tiefer im Hierarchiestrang eingeordnet werden musste. Die Kennzahlen verbessern sich erheblich sowohl gegenüber dem Ausgangsmodell (z.B. MAPE: -10 Cent) als auch gegenüber dem Endmodell aus dem Festlegungsentwurf (z.B. MAPE: -7 Cent).

Tabelle 14: Eigene DxG/HMG für Versicherte mit chronischer Hepatitis C ohne Dauermedikation

Datengrundlage: 30% Stichprobe		Endmodell Hierarchie 5 im Festlegungsentwurf			Datengrundlage: 30% Stichprobe		Modell 2		
		R ²	CPM	MAPE			R ²	CPM	MAPE
		25,1846%	(+0,0020%)				25,1990%	(+0,0165%)	
		23,8137%	(+0,0011%)				23,8160%	(+0,0035%)	
		2.139,78 €	(-0,03 €)				2.139,72 €	(-0,10 €)	
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	583	12.496,95 €	347,07 €	HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	583	12.527,37 €	347,05 €
HMG026	Leberzirrhose	54.015	1.447,30 €	34,80 €	HMG026	Leberzirrhose	54.565	1.477,73 €	34,63 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	44.376	3.982,73 €	37,41 €	HMG027	Chronische Virushepatitis (außer C) ohne Dauermedikation	10.284	524,13 €	76,53 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	2.269	2.868,54 €	172,36 €	HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	2.275	2.849,93 €	172,16 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	17.553	752,18 €	58,71 €	HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	19.540	822,50 €	55,64 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	7.067	6.714,92 €	94,38 €	HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	7.067	6.725,14 €	94,37 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	14.482	-107,41 €	64,62 €	HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	14.482	-105,05 €	64,62 €
<pre> graph TD 025[025] --> 288[288] 288 --> 027[027] 027 --> 028[028] 028 --> 026[026] 026 --> 029[029] 029 --> 289[289] </pre>					<pre> graph TD 025[025] --> 288[288] 288 --> 251[251] 251 --> 028[028] 028 --> 026[026] 026 --> 029[029] 029 --> 027[027] 027 --> 289[289] </pre>				

14.3.2 DxG/HMG für Versicherte mit einer akuten Hepatitis C

In den nicht als Tabellen dargestellten Modellen 3 und 4 wurde der ICD-Kode B17.1 „Akute Virushepatitis C“ aus der DxG150 „Virale Hepatitis, exkl. durch HAV oder nicht näher bezeichnete Erreger, akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf, ohne Leberkoma“ in die neue DxG832 „Akute Hepatitis C“ und gleichnamige neue HMG255 verlagert und auf gleicher Ebene wie DxG150 ins Modell gestellt. Entsprechend des höheren Kostenschätzers für die HMG255 (2.061 €) wurde diese in Modell 4 über HMG026 und unter HMG028 ins Modell gestellt. Hierdurch kam es zu einer Verschlechterung der Kennzahlen (z.B. im MAPE um +2 Cent), sodass das Modell verworfen wurde.

14.3.3 Verschiebung der ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien aus Hierarchie 6 in Hierarchie 5

In Modell 5 (siehe Tabelle 16) wurden zunächst die im Festlegungsentwurf vorgesehenen Änderungen in Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ – abgesehen von der hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 5 und 9 – umgesetzt. Hierdurch liegt ein Vergleichsmodell zur Beurteilung der Folgen einer Verlegung der ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien (siehe Tabelle 15) aus Hierarchie 9 in Hierarchie 5 vor.

Tabelle 15: Hepatische Enzephalopathien

ICD	Bezeichnung
K72.7	Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet

Die bisher der DxG254 „Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie“ und HMG012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“ (in Hierarchie 9) zugeordneten hepatischen Enzephalopathien wurden der neuen DxG833 „Hepatische Enzephalopathien“ und diese als einzige DxG der gleichnamigen neuen HMG256 zugeordnet. Die HMG256 wurde zunächst entsprechend der Höhe des Kostenschätzers der HMG012 in Modell 6 (siehe Tabelle 16) in den Hierarchiestrang eingeordnet.

Tabelle 16: Verschiebung der ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien aus Hierarchie 9 in Hierarchie 5

Datengrundlage: 30% Stichprobe		Modell 5			Modell 6			Modell 7		
		R ²	25,2005%	(+0,0180%)	R ²	25,1997%	(+0,0171%)	R ²	25,2003%	(+0,0177%)
		CPM	23,8187%	(+0,0062%)	CPM	23,8176%	(+0,0051%)	CPM	23,8179%	(+0,0053%)
		MAPE	2.139,64 €	(-0,17 €)	MAPE	2.139,67 €	(-0,14 €)	MAPE	2.139,66 €	(-0,15 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG012	Deg. Hirnerkr. / Delire / Enzeph. / org. bed. psych. St.	172.469	1.251,58 €	20,27 €	170.607	1.220,61 €	20,38 €	170.607	1.215,73 €	20,38 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	169.674	829,06 €	20,60 €	169.746	825,04 €	20,60 €	169.746	824,66 €	20,60 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	583	12.477,15 €	346,92 €	583	12.762,83 €	346,87 €	583	12.779,71 €	346,87 €
HMG026	Leberzirrhose	54.565	1.472,88 €	34,62 €	54.565	1.497,83 €	34,61 €	53.019	1.435,81 €	35,03 €
HMG027	Chronische Virushepatitis (außer C) ohne Dauermedikation	10.284	524,02 €	76,53 €	10.274	525,61 €	76,56 €	10.274	525,87 €	76,56 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	2.275	2.843,34 €	172,15 €	2.275	2.878,21 €	172,15 €	2.119	2.323,66 €	177,49 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	19.540	822,51 €	55,64 €	19.510	823,29 €	55,68 €	19.510	823,75 €	55,68 €
HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	31.549	5.342,98 €	44,54 €	31.549	5.346,93 €	44,54 €	31.549	5.348,86 €	44,54 €
HMG256	Hepatische Enzephalopathien				340	1.227,90 €	427,30 €	2042	3.910,49 €	179,98 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	7.067	6.724,56 €	94,37 €	7.067	6.727,87 €	94,37 €	7.067	6.729,20 €	94,37 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	14.482	-105,39 €	64,62 €	14.478	-104,81 €	64,63 €	14.478	-104,54 €	64,63 €

Es kommt dabei zwar zu einer Verschlechterung gegenüber dem Vergleichsmodell 5 von ca. +3 Cent im MAPE, gegenüber dem Ausgangsmodell bleibt es aber bei einer recht deutlichen Verbesserung von -14 Cent im MAPE aufgrund der Veränderungen in den Hierarchien 5 und 9. Aus medizinischen Überlegungen heraus wurden die hepatischen Enzephalopathien als Komplikationen einer schweren Lebererkrankung höher im Hierarchiestrang eingeordnet (Modell 7 in Tabelle 16). Da es hierbei auch zu einer Verbesserung aller Kennzahlen kommt, wurde Modell 7 als mögliches Endmodell gewählt und anhand der Vollerhebung geprüft.

Tabelle 17 zeigt den Festlegungsentwurf für die Hierarchie 5 im Vergleich zum Endmodell für die Festlegung auf Basis der Vollerhebung (ohne Berücksichtigung der Hierarchiebeziehung zur Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“; diese wird dort abgehandelt). Aufgrund der Änderungen in Hierarchie 5 und 9 kommt es zu einer deutlichen Verbesserung der Kennzahlen sowohl im Vergleich zum Ausgangsmodell als auch zum Festlegungsentwurf (z.B. MAPE ca. -0,14 bzw. -0,11 Cent).

Tabelle 17: Festlegungsentwurf versus Festlegung (Vollerhebung)

Datengrundlage: Vollerhebung		Endmodell Hierarchie 5 im Festlegungsentwurf			Datengrundlage: Vollerhebung		Modell 7 (Endmodell)		
		R ²					R ²		
		CPM	23,7979%	(+0,0011%)			CPM	23,8017%	(+0,0049%)
		MAPE	2.139,97 €	(-0,03 €)			MAPE	2.139,86 €	(-0,14 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE
					HMG012	Deg. Hirnerkr. / Delire / Enzeph. / org. bed. psych. St.	567.250	1.204,02 €	10,92 €
					HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	563.753	800,69 €	11,04 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	1.982	12.890,86 €	185,42 €	HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	1.982	13.167,48 €	185,31 €
HMG026	Leberzirrhose	180.293	1.502,62 €	18,61 €	HMG026	Leberzirrhose	177.054	1.489,15 €	18,73 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	147.883	3.922,33 €	20,03 €	HMG027	Chronische Virushepatitis (außer C) ohne Dauermedikation	34.205	468,30 €	41,01 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.430	2.445,04 €	92,98 €	HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.035	2.081,55 €	95,22 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	57.956	989,68 €	31,58 €	HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	64.395	1.037,78 €	29,96 €
					HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	105.130	5.279,74 €	23,85 €
					HMG256	Hepatische Enzephalopathien	6.783	3.770,13 €	96,50 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.690	6.519,46 €	50,37 €	HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.690	6.533,94 €	50,37 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	48.234	53,84 €	34,62 €	HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	48.213	55,83 €	34,62 €
<pre> graph TD 025[025] --> 288[288] 288 --> 027[027] 027 --> 028[028] 028 --> 026[026] 026 --> 029[029] 029 --> 289[289] </pre>					<pre> graph TD 025[025] --> 288[288] 288 --> 251[251] 251 --> 256[256] 256 --> 028[028] 028 --> 026[026] 026 --> 029[029] 029 --> 027[027] 027 --> 289[289] 012((012)) --> 013((013)) </pre>				

14.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf kommt es zu folgenden Änderungen:

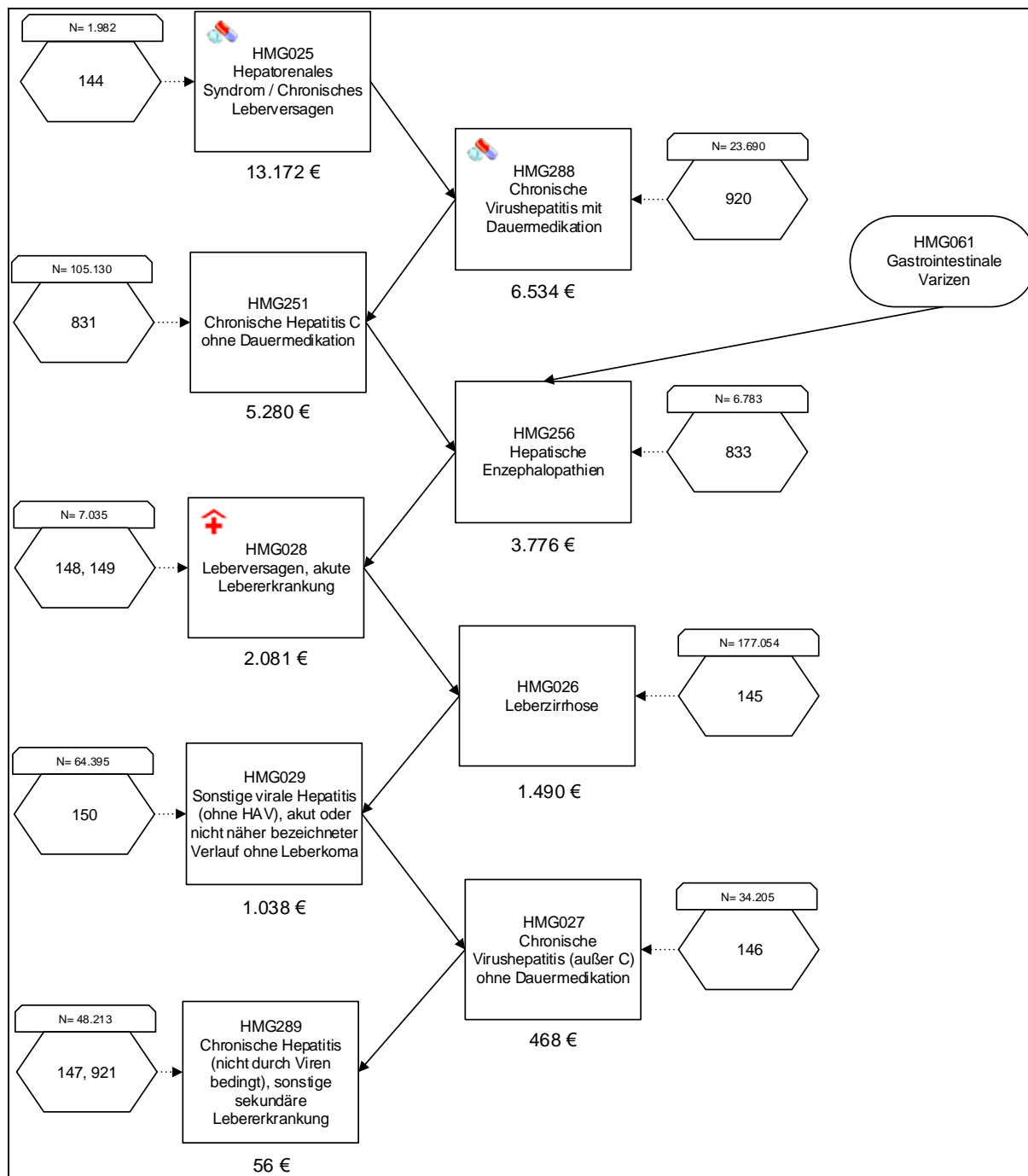
- Der bisher der DxG146 zugeordnete ICD-Kode B18.2 wird der neuen DxG831 „Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation“ und diese der gleichnamigen neuen HMG251 zugeordnet.
- Die DxG146 und die gleichnamige HMG027 werden umbenannt in „Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)“.
- Die ICD-Kodes K72.7, K72.71, K72.72, K72.73, K72.74 und K72.79 werden aus der DxG254 in die neue DxG833 verschoben, diese wird als einzige DxG der neuen HMG256 zugeordnet.
- Die DxG833 und HMG256 werden identisch „Hepatische Enzephalopathien“ benannt.
- Die Hierarchisierung wird in folgender Weise geändert: HMG025 → HGM288 → HGM251 → HGM256 → HGM028 → HGM026 → HGM029 → HGM027 → HGM289.

Die Untersuchung und Bewertung der Vorschläge zur Änderung der Dominanzbeziehung zur Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ erfolgt im Kapitel zur Hierarchie 6.

Die nachfolgende Abbildung 7 stellt die Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 nochmals schematisch dar.³

³ Die Berechnung der Kostenschätzer erfolgte ohne Berücksichtigung der externen Dominanz aus der Hierarchie „Gastrointestinale Erkrankungen“.

Abbildung 7: Festlegung für Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ im Ausgleichsjahr 2017



15 Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

15.1 Festlegungsentwurf

Die Anpassungen, die im Festlegungsentwurf gemacht wurden, umfassen folgende Änderungen:

Änderungen im Bereich des „Blutungsstranges“:

- Die Ösophagusvarizen werden nicht mehr der HMG028 der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ zugeordnet, sondern der DxG760, die der HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ der Hierarchie 06 zugeordnet wird.
- Die DxG760 und die HMG061 werden umbenannt in „Gastrointestinale Varizen“.
- Die HMG063 „Peritonitis“ (gleichnamige DxG769) wird aus dem sog. „Blutungsstrang“ herausgelöst und eigenständig als Strang unter die HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ gestellt.
- Die DxG761 „Gastrointestinale Blutungen, nicht näher bezeichnet“ behält das Aufgreifkriterium „M2Q“ und wird der gleichnamigen HMG062 zugeordnet.
- Aus der HMG061 werden die ICD-Kodes K92.1 „Meläna“ und K92.0 „Hämatemesis“ herausgelöst. Die ICD-Kodes bilden eine neue DxG765 mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“.
- Die neue DxG765 „Meläna und Hämatemesis“ wird einer neuen HMG065 mit demselben Namen zugeordnet, die hierarchisch unter HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ steht.
- Der ICD-Kode K29.0 „Akute hämorrhagische Gastritis“ wird in die neue DxG766 und in die neue HMG064 einsortiert, die jeweils den Namen „Hämorrhagische Gastritis“ tragen.
- Die DxG766 erhält das Aufgreifkriterium „M2Q“.
- Die HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“ wird hierarchisch zwischen die neue HMG065 und HMG062 „Gastrointestinale Blutungen, nicht näher bezeichnet“ eingeordnet.
- Ausgehend von der HMG025 „Schwere chronische Lebererkrankung mit Dauermedikation“ und der HMG288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ aus der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ wird eine neue Dominanz auf die HMGs 061, 065, 064 und 062 aufgebaut.

Änderungen im Bereich des Stranges mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

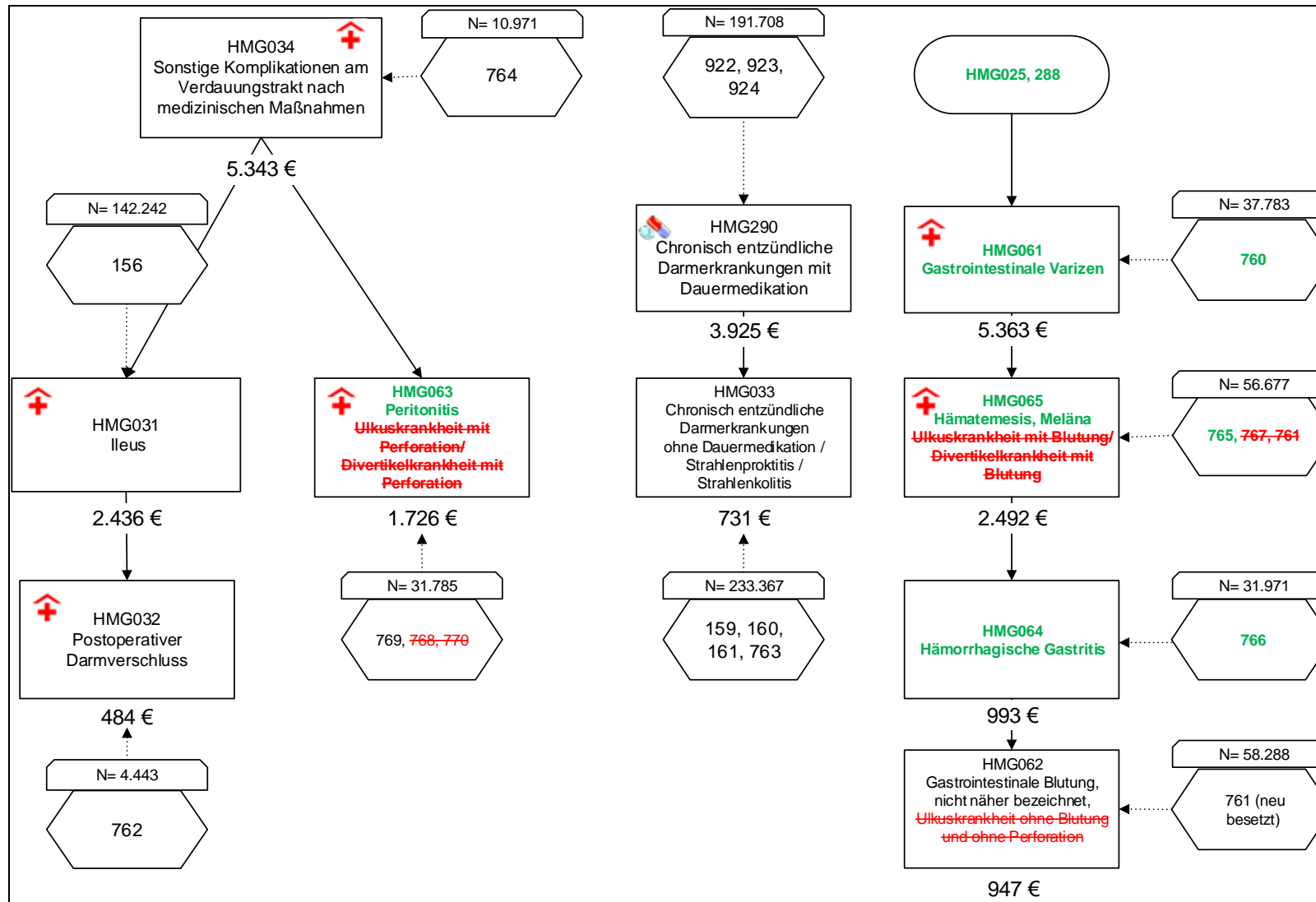
- Der ATC-5-Steller M01CX wird beim Aufgreifen der DxGs 922 „Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre) mit Dauermedikation“, 923 „Colitis ulcerosa (Alter >17 Jahre) mit Dauermedikation“ und 924 „Entzündliche Darmerkrankung (Alter < 18 Jahre) mit Dauermedikation“ ergänzt.

Weitere Änderungen im Bereich der Dominanzbeziehungen:

- Die Dominanz von der HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ zu der HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ und zu der HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation“ wird gestrichen.

Die Kostenschätzer und Fallzahlen der Hierarchie in der Fassung des Festlegungsentwurfes sind in der Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Festlegungsentwurf zur Anpassung der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“



15.2 Stellungnahmen

Die im Festlegungsentwurf vorgestellten Anpassungen für die Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ wurden bis auf die Einführung der Dominanz von der Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ (ausgehend von HMG288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ auf die HMG061 „Gastrointestinalen Varizen“) weitgehend als „zielführend“ bewertet. Die Gliederung und Hierarchisierung der alten und neuen ICD-Kodes zu gastrointestinalen Blutungen und Festlegung des jeweiligen Aufgreifkriteriums ist sinnvoll und nachvollziehbar (u.a. TK et al.). Die Kritik bzw. über den Festlegungsentwurf hinausgehende Anmerkungen betreffen folgende Punkte:

1. Es wird um Klarstellung gebeten, ob es sich bei der in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf in den Modellen 13, 14 und 15 dargestellten Dominanzbeziehung ('teure' HMG065 -> 'günstige' HMG064) um einen redaktionellen Fehler handelt. Zudem wird gewünscht, die Darstellung des Modells 14 auf Basis der Vollerhebung anstelle der Stichprobe vorzunehmen, um eine vollständige Bewertung der vorgenommenen Berechnungen vornehmen zu können (GKV-SV).
2. Die Entscheidung des BVA, aus Gründen der Manipulationssicherheit und zur Vermeidung von Doppelzuschlägen trotz des sich leicht verschlechternden MAPE eine Dominanzbeziehung von der HMG025 und HMG288 (Hierarchie 05 – „Erkrankungen der Leber“) zur HMG061 "Gastrointestinale Varizen" umzusetzen, sei sinnvoll und zielführend, jedoch soll eine umgekehrte Dominanzwirkung geprüft werden (IKK e.V.). Um eine Vermeidung von Doppelzuschlägen bei Vorliegen von Ösophagusvarizen zu erreichen, müsse die vorgeschlagene Dominanzbeziehung von den (teureren) Komplikationen von Hierarchie 06 (HMG061 „Gastrointestinale Varizen“) ausgehen und beispielsweise auf die HMGs 026, 029 und 289 („Leberzirrhose“/ „Sonstige virale Hepatitis“ / „Sonstige, nicht viral bedingte chronische Hepatitis“) in der Hierarchie 05 erfolgen. Alternativ sei eine Verschiebung der Ösophagusvarizen (zurück) in Hierarchie 05 denkbar (GKV-SV, AOK-BV, Barmer GEK, TK et al., DAK-G).
3. Es wird erstmalig darum gebeten, Dominanzbezüge zwischen Hierarchie 7 „Muskel-Skelett-System“ (HMG199 „Morbus Behcet“) und den HMGs 290 und 033 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit und ohne Dauermedikation“ zu prüfen (GKV-SV).
4. IKK e.V. bittet um Prüfung, ob eine Zusammenlegung der HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“ und HMG062 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ möglicherweise zu einem besseren Modell führe.
5. TK et al. führen aus, die nicht erfolgte Ausgliederung des ICD-Kodes K92.2 in eine DxG mit Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ nach wie vor für kritisch zu halten. Insgesamt sei die Gliederung und Hierarchisierung der alten und neuen ICD-Kodes zu gastrointestinalen Blutungen und die Festlegung des jeweiligen Aufgreifkriteriums sinnvoll. Es sei

verständlich, dass spezifischeres Kodieren nicht durch niedrigere Zuschläge bestraft werden solle. Allerdings dürfe dies nicht dazu führen, dass Fälle aufgegriffen werden, die hinsichtlich Krankheitsschwere und Folgekosten nicht mit den üblicherweise bei dieser Diagnose zu erwartenden Krankheitsverläufen vergleichbar seien.

Die DAK-G stellt klar, dass sie in der Vergangenheit nicht vorgeschlagen habe, den ICD-Kode K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ nicht stationär aufzugreifen.

6. Die DAK-G merkt an, dass die Anpassungen bei den gastrointestinalen Erkrankungen bis auf die Hierarchisierung nachvollziehbar seien. Bei der HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ habe sie auf stark schwankende Kosten bei geringer Fallzahl hingewiesen, die in der Folge zu Problemen führen könne. Die DAK-G schlägt vor, alle Dominanzbeziehungen von der HMG034 ausgehend zu lösen und diese sog „Komplikations-HMG034“ einzeln als eigenen Hierarchiestrang wieder einzuführen.

15.3 Bewertung

15.3.1 Redaktioneller Fehler in der visuellen Darstellung der HMG065 „Hämatemesis und Meläna“ und HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“

Bei der Darstellung der Modelle 13 und 14 in den Tabellen 43 und 45 des Festlegungsentwurfes wurden bei der enthaltenen schematischen Darstellung des Hierarchiestranges die HMGs 064 und 065 vertauscht. Die Modellierung der Anpassungen wurde ohne diese Vertauschung umgesetzt. Die Fall- und Kennzahlen der Tabelle 45 waren korrekt. Die Fallzahlen der Tabelle 43 waren ebenfalls korrekt, allerdings wurden die Kennzahlen versehentlich auf die 2. Nachkommastelle gerundet. Der Vollständigkeit halber sind nachfolgend in Tabelle 18 und Tabelle 19 die Tabellen 43 und 45 des Festlegungsentwurfes noch einmal mit korrigierten Abbildungen und Kennzahlen dargestellt. Dabei wurde die Bezeichnung des „Endmodells“ des Festlegungsentwurfes von „Modell 14“ in „Modell 15“ korrigiert.

Tabelle 18: Korrigierte Darstellung der Tabelle 43 des Festlegungsentwurfes

Datengrundlage 30%		Modell 13			Modell 14		
		Modell 12 ergänzt um neu strukturierte Leberhierarchie ohne Dominanz			Einführung der Leberdominanz auf HMG061		
		R ²	25,1861%	(0,0035%)	R ²	25,1833%	(0,0007%)
		CPM	23,8143%	(0,0018%)	CPM	23,8135%	(0,0009%)
		MAPE	2.139,76	(-0,05 €)	MAPE	2.139,79	(-0,03 €)
HMG	Bezeichnung	N	Beta	SE	N	Beta	SE
HMG031	Ileus	42.524	2.416 €	39 €	42.524	2.417 €	39 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	1.338	697 €	217 €	1.338	695 €	217 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	70.598	703 €	29 €	70.598	703 €	29 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	56.742	3.937 €	33 €	56.742	3.937 €	33 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	3.240	7.067 €	143 €	3.240	7.061 €	143 €
HMG061	Ösophagusvarizen (alle)	11.754	5.788 €	77 €	11.444	5.439 €	78 €
HMG065	Hämatemesis und Meläna	17.081	2.430 €	62 €	17.056	2.432 €	62 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis	9.534	1.141 €	81 €	9.524	1.143 €	81 €
HMG062	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	17.410	915 €	60 €	17.387	909 €	60 €
HMG063	Peritonitis	9.426	1.739 €	84 €	9.426	1.759 €	84 €

Tabelle 19: Korrigierte visuelle Darstellung der Tabelle 45 "Ausgangs- versus Endmodell" des Festlegungsentwurfes

Datengrundlage 100%		Modell 00 Ausgangsmodell			Modell 15 Endmodell		
		R ²	24,7177%		R ²	24,7186%	(0,0009%)
		CPM	23,7968%		CPM	23,7971%	(0,0003%)
		MAPE	2.140,00 €		MAPE	2.139,99 €	(-0,01 €)
HMG	Bezeichnung	N	Beta	SE	N	Beta	SE
HMG031	Ileus	142.242	2.423 €	21 €	142.242	2.436 €	21 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.443	506 €	116 €	4.443	484 €	116 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	237.370	707 €	16 €	233.367	731 €	16 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	186.682	4.016 €	18 €	191.708	3.925 €	17 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	5.670 €	76 €	10.971	5.343 €	76 €
HMG061	Ösophagusvarizen (alle)	129.622	3.350 €	22 €	37.783	5.363 €	42 €
HMG065	Hämatemesis und Meläna				56.677	2.492 €	33 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis				31.917	993 €	43 €
HMG062	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	58.524	953 €	32 €	58.288	947 €	32 €
HMG063	Peritonitis	29.381	1.480 €	46 €	31.785	1.726 €	45 €

Hinsichtlich der Verwendung von Stichprobe und Vollerhebung ist anzumerken, dass insbesondere bei komplexen Hierarchien und vielen Vorschlägen schon alleine aus Zeitgründen häufig auf Basis der 30%-Stichprobe gerechnet werden muss. Sofern es im Arbeitsprozess möglich und für die Ergebnisse notwendig ist, wird auf Basis der zeitaufwändigeren Vollerhebung gerechnet.

Wie bereits im Festlegungsentwurf erläutert wurde, sind Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“, Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ und Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“ miteinander verwoben und beeinflussen sich wechselseitig. Da nach der Berechnung des Modells 14 im Festlegungsentwurf in Hierarchie 5 (Leber) noch Änderungen vorgenommen wurden, die sich auch auf beide anderen Hierarchien auswirkten, ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Berechnung mit Daten des nun nicht mehr gültigen „Zwischenstandes“

der „Leberhierarchie-Struktur“ auf Basis der Vollerhebung für die Hierarchie 6 nicht zielführend.

15.3.2 Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ und Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Die Verbindung der Hierarchien 5 (Leber) und 6 (Gastrointestinaltrakt) ist bereits oben beschrieben. Aus medizinischer Sicht ist die Ursache von gastrointestinalen Varizen häufig die Leberzirrhose. Im Festlegungsentwurf wurde daher eine Dominanz von Hierarchie 5 auf Hierarchie 6 vorgeschlagen, die aus ökonomischen Gründen jedoch von den „teureren“ HMGs 288 „chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ und HMG025 „Hepatorenales Syndrom / Leberversagen“ erfolgen musste. Die empirischen Analysen legen jedoch offen, dass die Folgekomplikation „Gastrointestinale Varizen“ (HMG061) mit deutlich höheren Folgekosten einhergeht als die „Leberzirrhose“ (HMG026) bzw. als die HMG028 „Leberversagen, akute Lebererkrankung“ und HMG256 „Hepatische Enzephalopathien“, die im Hierarchiestrang über der HMG026 (Leberzirrhose) liegen. Das BVA stimmt den Krankenkassen dahingehend zu, dass die Dominanz der Hierarchien umgekehrt werden müsste. Jedoch sollte aus ökonomischen Gründen die Dominanz von HMG061 „Ösophagusvarizen“ mit einem Kostenschätzer von 5.363 € (Festlegungsentwurf) auf eine HMG in der Leberhierarchie erfolgen, die hinsichtlich der Folgekosten unterhalb dieses Wertes liegt, jedoch auch Fälle von „Leberzirrhose“ bzw. „Leberzirrhose mit Komplikationen“ (z.B. hepatische Enzephalopathie) enthält.

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Berechnungen zur „Umkehr der Dominanzbeziehungen“ sei darauf hingewiesen, dass die Analysen von der nun erneut angepassten Hierarchie „Erkrankungen der Leber“ ausgehen und die in der „Hierarchie 5“ (Kapitel 14) beschriebenen Modellveränderungen an dieser Stelle bereits mitberücksichtigt werden. Aus Zeitgründen wird das Modell erneut auf Basis der 30%-Stichprobe simuliert.

In der Tabelle 20 wird zunächst das „Ausgangsmodell des Festlegungsentwurfes“ auf Basis der 30%-Stichprobe dargestellt. Die Differenzen der Kennzahlen in den nachfolgenden Modellen 15, 16, 17 und 18 der Tabelle 20 beziehen sich alle auf dieses Ausgangsmodell (Modell 01). Es wird schrittweise dargestellt, wie die Dominanz von HMG288 „Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ auf HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ zunächst aufgehoben und dann von HMG061 auf HMG256 „Hepatische Enzephalopathien“ wieder eingeführt wird. Der Unterschied von Modell 15 (alte Leberstruktur) und Modell 16 (neue Leberstruktur) besteht darin, dass in Modell 16 die neue Struktur der Erkrankungen der Leber (zum Stand des Festlegungsentwurfes) berücksichtigt wurde.

Tabelle 20: Umkehr der Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 5 und 6

Datengrundlage 30%		M01 Ausgangsmodell			Modell 15: Festlegungsentwurf			Modell 16: Festlegungsentwurf mit geänderter Leberhierarchie			Modell 17: Aufhebung der Dominanzbeziehung			Modell 18: Einführung der umgekehrten Dominanz		
		R ²	25,1826%		R ²	25,1823%	(-0,0003%)	R ²	25,1974%	(0,0148%)	R ²	25,2004%	(0,0178%)	R ²	25,1996%	(0,0171%)
		CPM	23,8126%		CPM	23,8131%	(0,0005%)	CPM	23,8163%	(0,0037%)	CPM	23,8172%	(0,0046%)	CPM	23,8162%	(0,0036%)
		MAPE	2.139,81 €		MAPE	2.139,80 €	(-0,01 €)	MAPE	2.139,71 €	(-0,10 €)	MAPE	2.139,68 €	(-0,13 €)	MAPE	2.139,71 €	(-0,10 €)
HMG	Bezeichnung	N	Beta	SE	N	Beta	SE	N	Beta	SE	N	Beta	SE	N	Beta	SE
31	Ileus	42.524	2.401,34	39,35	42.524	2.419,30	39,35	42.524	2.420,94	39,35	42.524	2.420,17	39,35	42.524	2.417,99	39,35
32	Postoperativer Darmverschluss	1.338	708,04	217,00	1.338	695,82	216,99	1.338	701,53	216,98	1.338	704,34	216,97	1.338	699,97	216,97
33	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	71.347	694,11	29,14	70.166	717,92	29,39	70.166	718,54	29,38	70.166	718,38	29,38	70.166	718,41	29,38
290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	55.938	3.986,32	32,94	57.433	3.895,92	32,53	57.433	3.897,44	32,52	57.433	3.897,65	32,52	57.433	3.897,57	32,52
34	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	3.240	7.097,23	143,41	3.240	6.796,24	143,43	3.240	6.813,23	143,42	3.240	6.816,81	143,42	3.240	6.814,85	143,42
61	Ösophagusvarizen	39.158	3.395,48	41,39	11.420	5.393,90	77,83	11.420	5.283,61	78,03	11.780	5.676,88	77,24	11.780	6.332,00	75,75
65	Hämatemesis und Meläna				17.133	2.403,25	61,60	17.133	2.401,79	61,59	17.161	2.396,91	61,55	17.161	2.396,89	61,55
64	Hämorrhagische Gastritis				9.534	1.126,90	80,53	9.534	1.128,66	80,53	9.544	1.127,03	80,48	9.544	1.127,79	80,48
62	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	17.481	908,03	59,76	17.430	903,46	59,86	17.430	904,43	59,86	17.453	910,47	59,82	17.453	910,89	59,82
63	Peritonitis	8.672	1.630,30	86,84	9.426	1.755,64	83,90	9.426	1.752,08	83,90	9.426	1.730,91	83,90	9.426	1.754,72	83,89

Zwischenergebnis:

Die Veränderung der Dominanzbeziehungen führt – wie oben dargestellt – nicht dazu, dass sich die Zielgenauigkeit des Modells nennenswert verändert; das Bestimmtheitsmaß R^2 steigt leicht an, während das CPM um 0,0001 Prozentpunkte fällt. Das MAPE bleibt mit -10 Cent gleich von Modell 16 zu Modell 18 im Vergleich zum Ausgangsmodell. Insgesamt ist die getestete Umkehr der Dominanz jedoch ein Anliegen sowohl des GKV-Spitzenverbandes als auch fast aller Krankenkassen und zudem können so voraussichtlich „Doppelzuweisungen“ besser vermieden werden bei gleichem Krankheitsbild (Leberzirrhose) mit verschiedenen Ausprägungen (mit und ohne gastrointestinale Varizen).

Das BVA führt daher die hier getestete und vorgeschlagene Dominanzbeziehung von HMG061 „Ösophagusvarizen“ auf die HMG256 „Hepatische Enzephalopathie“ und nachfolgende HMGs der Leber ein.

15.3.3 Prüfung neuer Dominanzbeziehungen zwischen Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ und 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Die Prüfung des Vorschlages einer neuen hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 7 „Muskel-Skelett-System“ (HMG199 „Morbus Behcet“) und Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“ (HMGs290 und 033 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit und ohne Dauermedikation“) wird im Abschnitt „Hierarchie 7 - Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ vorgenommen. Im Ergebnis wird dieser Vorschlag jedoch nicht umgesetzt.

15.3.4 Zusammenlegung von HMG062 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ und HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“ sowie „fehlende Ausgliederung“ des ICD-Kodes K92.2

Das BVA hat im vergangenen Jahr auf Vorschlag einiger Krankenkassen den ICD-Kodes K92.2 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ aufgrund der „nicht spezifischen“ Blutung aus einer DxG und HMG mit hauptsächlich „spezifischen Blutungen“ herausgelöst und der eigenen DxG761 bzw. HMG062 mit demselben Namen zugeordnet. Eine Ausgliederung des ICD-Kode hat somit bereits stattgefunden. Damals wurde allerdings das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ in „M2Q“ geändert, da sich unter diesen unspezifischen Blutungen sowohl leichte Zufallsbefunden, die nicht zwingend stationär behandelt werden müssen, als auch „schwere“ Blutungen verbergen können. Da kein Anhaltspunkt für (in der überwiegenden Zahl der Fälle) „zwingende stationäre Einweisung“ vorliegt und sich nach empirischer Analyse ergibt, dass ähnlich viele Patienten durch „M2Q“ und durch „stationär erforderlich“ aufgegriffen werden, hält das BVA am Aufgreifkriterium fest. Gleichwohl

wird anerkannt, dass die Entscheidung weniger eindeutig ist als beispielsweise im Falle eines Herzinfarktes (zwingend stationär).

Der diesjährige Vorschlag des IKK e.V. zielt nun genau in die entgegengesetzte Richtung und wünscht die Prüfung, ob eine Zusammenlegung der HMG064 „Hämorrhagische Gastritis“ und HMG062 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ möglicherweise zu einer Verbesserung des Modells führe. Da in den beiden DxGs, die jeweils in die HMGs 062 bzw. 064 führen, tatsächlich jeweils nur ein ICD-Code aufgegriffen wird und die Kostenschätzer nahe beieinander liegen, wurde die Zuordnung beider DxGs (761 und 766, beide M2Q) in eine einzige HMG064 nachfolgend getestet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Zuordnung der DxG761 zur HMG064

Datengrundlage 30%		Modell 18: Einführung der umgekehrten Dominanz			Modell 19: Zusammenlegung von HMG064 und HMG062		
		R ²	25,1996%	(0,0171%)	R ²	25,1996%	(0,0170%)
		CPM	23,8162%	(0,0036%)	CPM	23,8162%	(0,0036%)
		MAPE	2.139,71 €	(-0,10 €)	MAPE	2.139,71 €	(-0,10 €)
HMG	Bezeichnung	N	Beta	SE	N	Beta	SE
31	Ileus	42.524	2.417,99	39,35	42.524	2.418,10	39,35
32	Postoperativer Darmverschluss	1.338	699,97	216,97	1.338	699,67	216,97
33	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	70.166	718,41	29,38	70.166	718,27	29,38
290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	57.433	3.897,57	32,52	57.433	3.897,29	32,52
34	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	3.240	6.814,85	143,42	3.240	6.814,35	143,42
61	Ösophagusvarizen	11.780	6.332,00	75,75	11.780	6.332,02	75,75
65	Hämatemesis und Meläna	17.161	2.396,89	61,55	17.161	2.396,90	61,55
64	Hämorrhagische Gastritis	9.544	1.127,79	80,48	26.997	988,00	48,07
62	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	17.453	910,89	59,82	Die einzige DxG761 der HMG062 wird der HMG064 zugeordnet		
63	Peritonitis	9.426	1.754,72	83,89	9.426	1.754,77	83,89

Zwischenergebnis:

Bei minimaler Verschlechterung des R² und gleichbleibendem MAPE und CPM werden die HMGs 062 und 064 vereinigt: Sowohl die DxG766 „Hämorrhagische Gastritis“ und die

DxG761 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ werden beide der HMG064 zugeordnet, die nun den Namen „Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ erhält. Die Komplexität der Hierarchie nimmt somit ab ohne Verschlechterung der Kennzahlen.

15.3.5 Dominanzbeziehungen von der HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ auf die anderen Hierarchiestränge der Hierarchie 6

Das BVA hatte im vergangenen Jahr eine Dominanzbeziehung von der HMG034 „Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen“ auf die anderen Hierarchiestränge (Ileus / Chronisch entzündliche Darmerkrankungen etc.) eingeführt, da erstens der Kostenschätzer der HMG034 über die Jahre eine zunehmende Tendenz aufwies und zweitens ein medizinischer Sachzusammenhang z.B. zwischen „Anastomoseninsuffizienzen“ (als Komplikation einer Intervention) und den Hierarchiesträngen mit „Darmerkrankungen“ gegeben schien. Bei Berechnung des „Endmodells“, in welchem alle Änderungen in allen Hierarchien einbezogen wurden, traten in diesem Jahr jedoch Hierarchieverletzungen auf, die behoben werden mussten. Daher wurden die Dominanzbeziehungen von HMG034 sowohl zum Strang „Blutungen“ (intuitiv eher verständlich) als auch zum Strang „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ (intuitiv eher nicht so verständlich) aufgehoben.

Die DAK-G schlägt nun als einzige Krankenkasse – wie bereits im letzten Jahr – vor, dass die sog. „Komplikations-HMG034“ als eigenständiger Hierarchiestrang neben alle anderen Hierarchien gestellt werden solle, da unterschiedliche medizinische Verläufe bei geringer Fallzahl zu schwankenden Kostenschätzern führen können.

Zwischenergebnis:

Da der Kostenschätzer von HMG034 „Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen“ in Modell 20 (Endmodell berechnet auf der Datengrundlage der Vollerhebung) noch 1.427 Euro über dem Kostenschätzer der HMG290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) mit Dauermedikation“ liegt, erschien die bisher bestehende Dominanzbeziehung zunächst unproblematisch. Bei Berechnung des Gesamtmodells entstand jedoch trotzdem eine Hierarchieverletzung. Daher hält das BVA derzeit an der im Festlegungsentwurf getroffenen Entscheidung fest, die Dominanzbeziehungen von HMG034 zu HMG290 „CED mit Dauermedikation“ und zu HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ aufzuheben. Eine Herauslösung der HMG034 wird zu diesem Zeitpunkt nicht mehr getestet. Das BVA behält sich jedoch vor, die Einsortierung, den Inhalt und die Konsistenz der HMG034 in einem der nächsten Anpassungszyklen erneut zu prüfen.

15.4 Ergebnis der Hierarchie 6 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf werden im Bereich des „Blutungsstranges“ folgende Anpassungen vorgenommen:

- Die HMG061 „Gastrointestinale Varizen“ wird nicht mehr von der der HMG288 „chronische Virushepatitis mit Dauermedikation“ dominiert. Die HMG061 dominiert ihrerseits die in der Leberhierarchie neu geschaffene HMG256 „Hepatische Enzephalopathien“ und die darunter liegende HMG028 „Leberversagen, akute Lebererkrankung“, HMG026 „Leberzirrhose“ sowie die HMGs 029, 027 und 289 (Hierarchie 5).
- Die DxG761 „Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“ wird der HMG064 zugeordnet. Die HMG064 erhält den neuen Namen „Hämorrhagische Gastritis/ Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet“.
- Die HMG062 entfällt, da ihr keine DxGs mehr zugeordnet werden.

Eine tabellarische Gegenüberstellung des Endmodells der Hierarchie 06 im Vergleich zum Ausgangsmodell auf Basis der Vollerhebung erfolgt in Tabelle 22. Einen schematischen Überblick über die vorgenommenen Anpassungen bietet zudem die abschließende Abbildung 9.

Tabelle 22: Ausgangsmodell versus Endmodell

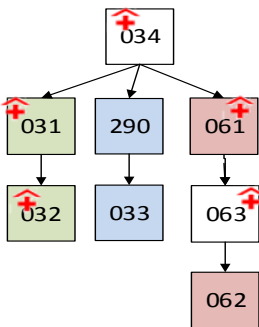
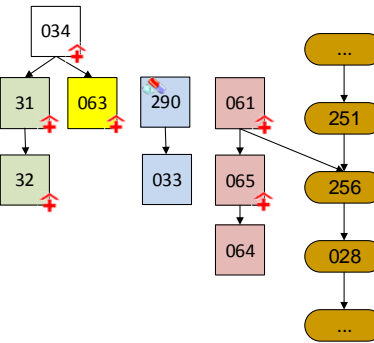
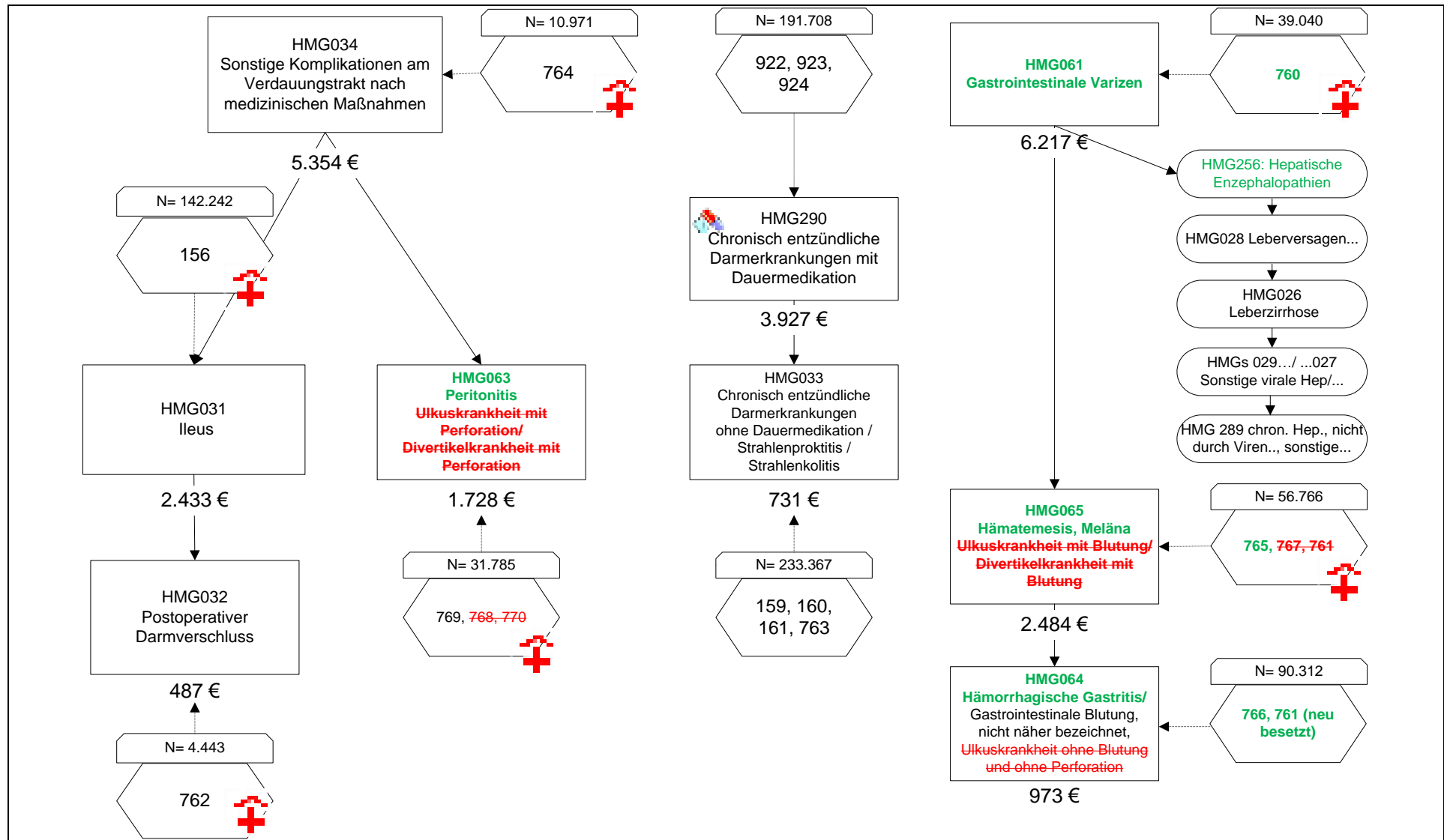
Datengrundlage 100%		M01 Ausgangsmodell			Modell 20 Endmodell		
		R ²	24,7177%		R ²	24,7347%	(0,0170%)
		CPM	23,7968%		CPM	23,7997%	(0,0030%)
		MAPE	2.140,00 €		MAPE	2.139,92 €	(-0,08 €)
HMG	Bezeichnung	N	Beta	SE	N	Beta	SE
31	Ileus	142.242	2.423 €	21 €	142.242	2.433 €	21 €
32	Postoperativer Darmverschluss	4.443	506 €	116 €	4.443	487 €	116 €
33	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	237.370	707 €	16 €	233.367	731 €	16 €
290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	186.682	4.016 €	18 €	191.708	3.927 €	17 €
34	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	5.670 €	76 €	10.971	5.354 €	76 €
61	Ösophagusvarizen	129.622	3.350 €	22 €	39.040	6.217 €	41 €
65	Hämatemesis und Meläna				56.766	2.484 €	33 €
64	Hämorrhagische Gastritis				90.312	973 €	26 €
62	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	58.524	953 €	32 €			
63	Peritonitis	29.381	1.480 €	46 €	31.785	1.728 €	45 €
							

Abbildung 9: Festlegung für die Hierarchie 6 "Gastrointestinale Erkrankungen"



16 Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

16.1 Festlegungsentwurf

Durch den Wegfall der Osteoporose aus der Krankheitsauswahl sieht der Festlegungsentwurf die Streichung folgender DxGs

- 810 „Postmenopausale Osteoporose“,
- 829 „Osteoporose nach Ovariectomie oder sonst. chirurgischem Eingriff (Frauen)“,
- 830 „Osteoporose nach chirurgischem Eingriff (Männer)“,
- 831 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Frauen)“,
- 832 „Arzneimittelinduzierte Osteoporose (Männer)“,
- 833 „Sonstige Osteoporose (Frauen)“ und
- 834 „Sonstige Osteoporose (Männer)“ vor.

Aus demselben Grund entfallen die HMGs

- 204 „Osteoporose bei Frauen“,
- 205 „Osteoporose bei Männern“,
- 221 „Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen“ und
- 222 „Schwerwiegende Osteoporose bei Männern“.

Im Bereich der rheumatoiden Erkrankungen soll bei der Arzneimitteldifferenzierung zum Aufgreifen der DxGs

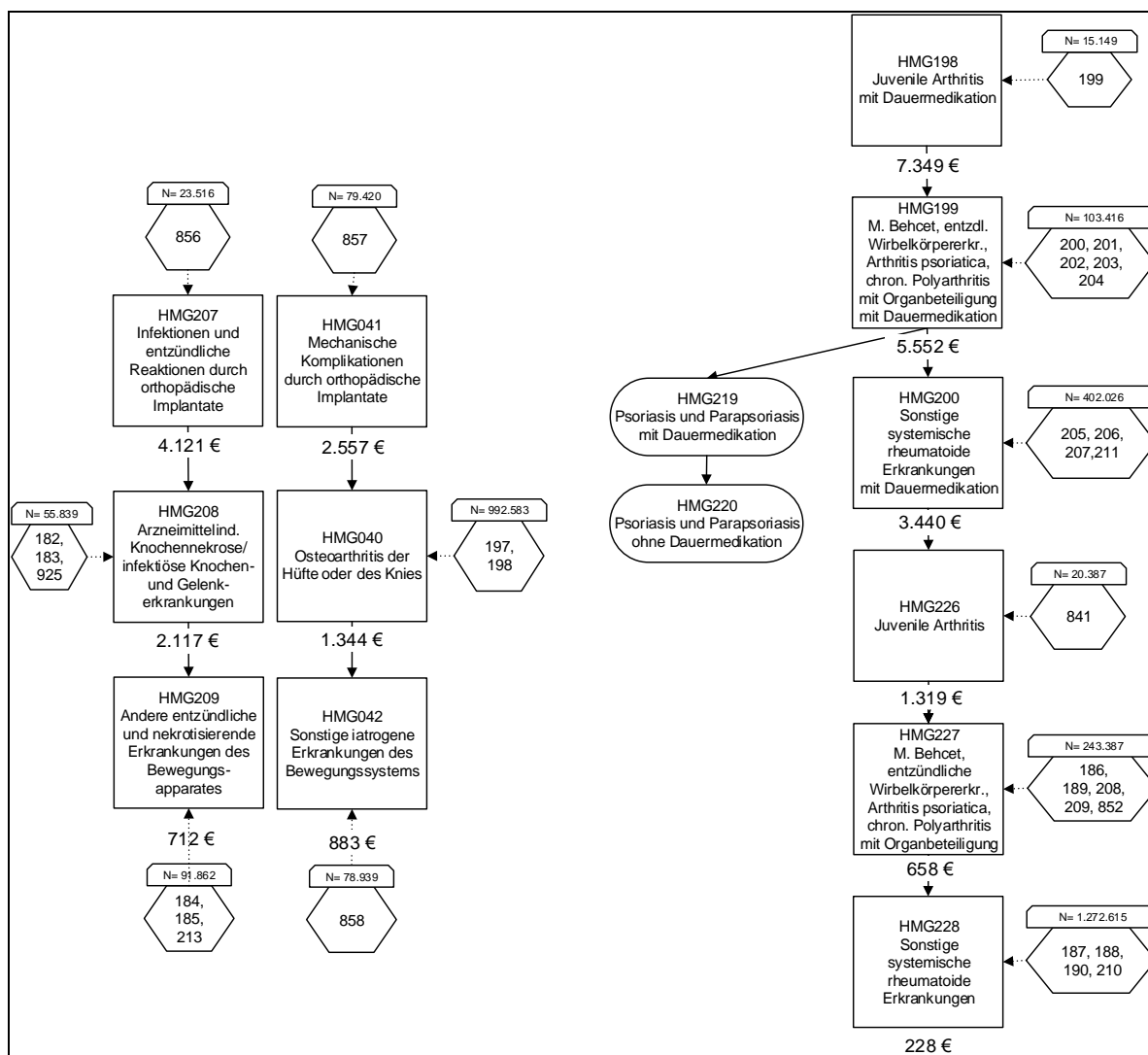
- 199 „Juvenile Arthritis mit Dauermedikation“,
- 200 „Morbus Behcet mit Dauermedikation“,
- 201 „Entzündliche Wirbelerkrankungen mit Dauermedikation“,
- 202 „Näher bezeichnete Arthritis psoriatica mit Dauermedikation“,
- 203 „Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie mit Dauermedikation“,
- 204 „Chronische Polyarthrititis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation“,
- 205 „Systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes mit Dauermedikation“,
- 206 „Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien mit Dauermedikation“,
- 207 „Polymyalgia rheumatica mit Dauermedikation“ und
- 211 „Nicht näher bezeichneter Rheumatismus mit Dauermedikation“

künftig auch der ATC-5-Steller L01BA „Folsäure-Analoga“ berücksichtigt werden.

Ausgehend von der HMG199 „M. Behcet, (...) Arthritis psoriatica, (...)“ wird zudem eine Dominanzbeziehung auf die HMG219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ sowie auf die darunter angeordnete HMG220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation“ (beide in Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“) eingeführt. Als vollständige Dominanzregel ergibt sich hieraus: HMG198 → HMG199 → HMG219 → HMG220.

Einen schematischen Überblick über die Hierarchie 7 in der Fassung des Festlegungsentwurfes bietet Abbildung 10.

Abbildung 10: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“



16.2 Stellungnahmen

Die neu eingeführte Dominanzbeziehung zwischen der Hierarchie 07 und den HMGs 219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ und 220 „Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation“ (beide in Hierarchie 22, „Erkrankungen der Haut“) wird als medizinisch sinnvoll erachtet. TK et al. sprechen sich vor diesem Hintergrund für eine insgesamt konsequentere Vermeidung von Doppelzuschlägen über das bezüglich der Arthritiden bei Psoriasis gewählte Vorgehen im gesamten Klassifikationssystem aus.

Der GKV-SV und TK et al. plädieren vor diesem Hintergrund dafür zu prüfen, ob eine weitere, vom Hierarchiestrang der rheumatischen Erkrankungen ausgehende Dominanzbeziehung zu einer Verbesserung des Modells führe. Konkret solle eine Dominanz der HMG199 „M. Behcet, (...), chron. Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation“ auf die HMGs 290 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation“ und 033 „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis“ aus der Hierarchie 06 (Gastrointestinale Erkrankungen) geprüft werden. Begründet wird dies damit, dass die der HMG199 zugeordnete DxG204 „Chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation“ die ICD-Kodes M07.4- (Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]) und M07.5- (Arthritis bei Colitis ulcerosa) enthält, die eine Komplikation der in Hierarchie 6 abgebildeten Grunderkrankungen darstellen.

16.3 Bewertung

Vom Grundsatz her kann der Vorschlag des GKV-SV bzw. von TK et al. nachvollzogen werden, da eine Analogie zur Einführung der Dominanzbeziehungen zu den Erkrankungen der Haut vorliegt. Diese wurde geprüft, weil die beiden in Frage stehenden HMGs (HMG199 „M. Behcet, (...), Arthritis psoriatica, (...) mit Dauermedikation“ einerseits und HMG219 „Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation“ andererseits) Versicherte mit einer identischen Grunderkrankung (Psoriasis) umfassen, deren Hauptmanifestation in der Hierarchie 22 abgebildet wird, wohingegen sich deren Gelenkmanifestation in Hierarchie 7 befindet. Da diese hierarchieübergreifende Verknüpfung der Zuschlagsgruppen die Modellgüte verbesserte, haben sich Beirat und BVA für die Umsetzung dieser Option entschieden. Wie TK et al. und GKV-SV zutreffend ausführen, stellen auch die in HMG199 abgebildeten Arthritiden bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen die Gelenkmanifestation einer rheumatischen Grunderkrankung dar, die im Klassifikationsmodell an anderer Stelle (bei den gastrointestinalen Erkrankungen) abgebildet wird.

Tabelle 23: Hierarchieübergreifende Dominanzen bei rheumatischen Erkrankungen des Bewegungssystems

Datengrundlage: Vollerhebung	Modell 0: Ausgangsmodell			Modell 1: Berücksichtigung austauschfähiger AM in den Hierarchien 6, 7 und 22			Modell 2: Dominanz HMG199 -> HMG219			Modell 3: HMG199 -> HMG033		
	R ²	24,7177%		R ²	24,6814% (-0,0363%)		R ²	24,6853% (-0,0324%)		R ²	24,6841% (-0,0336%)	
	CPM	23,7968%		CPM	23,7465% (-0,0503%)		CPM	23,7500% (-0,0467%)		CPM	23,7485% (-0,0483%)	
	MAPE	2.140,00 €		MAPE	2.141,41 € (+1,41 €)		MAPE	2.141,31 € (+1,31 €)		MAPE	2.141,36 € (+1,36 €)	
Risikofaktor	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG198 Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.132	7.350 €	62 €	15.149	7.445 €	62 €	15.149	8.041 €	62 €	15.149	8.169 €	61 €
HMG199 M. Behcet, entzdl. Wirbelkörpererkr., Arthritis psoriatica, chron. Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	103.339	5.555 €	25 €	103.413	5.637 €	26 €	103.413	6.850 €	24 €	103.413	7.138 €	24 €
HMG200 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	401.714	3.439 €	12 €	402.026	3.425 €	12 €	402.026	3.395 €	12 €	402.026	3.394 €	12 €
HMG226 Juvenile Arthritis	20.403	1.323 €	53 €	20.387	1.318 €	53 €	20.387	1.311 €	53 €	20.387	1.311 €	53 €
HMG227 M. Behcet, entzdl. Wirbelkörpererkr., Arthritis psoriatica, chron. Polyarthritis mit Organbeteiligung	243.847	658 €	16 €	243.782	660 €	16 €	243.782	642 €	16 €	243.782	642 €	16 €
HMG228 Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.272.899	229 €	7 €	1.272.615	227 €	7 €	1.272.615	228 €	7 €	1.272.615	228 €	7 €
HMG219 Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	47.561	6.937 €	36 €	81.444	3.065 €	30 €	38.515	4.490 €	39 €	38.515	4.488 €	39 €
HMG220 Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.091.652	111 €	7 €	1.058.988	184 €	8 €	1.050.177	211 €	8 €	1.050.177	211 €	8 €
HMG290 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	186.682	4.016 €	18 €	191.358	3.953 €	17 €	191.358	3.909 €	17 €	183.293	3.956 €	18 €
HMG033 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / ...	237.370	707 €	16 €	233.056	723 €	16 €	233.056	723 €	16 €	232.912	723 €	16 €

Um den neuen Vorschlag von GKV-SV und TK et al. empirisch beurteilen zu können, erscheint es mit Blick auf die bei der Erstellung des Festlegungsentwurfs vorgenommenen hierarchieübergreifenden Anpassungen sinnvoll, einige dieser Überarbeitungsschritte hier nochmals isoliert darzustellen (Tabelle 23): Beginnend mit dem Ausgangsmodell (Modell 0) wurde zunächst beschlossen, die Arzneimittelzuordnung (Anlage 3) für verschiedene Diagnosegruppen um sog „Austauschfähige Arzneimittel nach § 129 SGB V“ (vgl. Kapitel 7) zu erweitern. Der Effekt dieses Schrittes wird separat für die Hierarchien 6, 7 und 22 dargestellt. Zur Simulation des Modells werden die DxGs 922, 923 und 924 (alle in HMG290, Hierarchie 6, Erweiterung der Wirkstoffzuordnung um den ATC-Kodes M01CX), die DxG836 (HMG219, Hierarchie 22, L01BA und M01CX) sowie für alle DxGs in den HMGs 198 bis 200 (Hierarchie 7, L01BA) mittels der angepassten Wirkstoffliste aufgegriffen. Es zeigt sich, dass die Berücksichtigung austauschfähiger Präparate in diesen drei Hierarchiesträngen eine deutliche Verschlechterung der Zuweisungsgenauigkeit nach sich zieht.

In Modell 2 wird nun auch die von der HMG199 ausgehende Dominanzbeziehung zur HMG219 berücksichtigt. Diese führt im Vergleich zu Modell 1 zu einer Steigerung der Modellgüte. Modell 2 entspricht hinsichtlich der genannten Anpassungen dem Festlegungsentwurf. Der Anpassungsvorschlag von GKV-SV und TK et al. schließlich findet sich in der Tabelle als Modell 3 wieder. Die von HMG199 ausgehende Dominanz der HMGs 290 und 033 würde die Modellgüte nicht weiter verbessern, sondern diese wieder etwas verschlechtern. Die vom GKV-SV aufgeworfene Frage, ob die vorgeschlagene Hierarchisierung zu einer Modellverbesserung führe, ist somit zu verneinen.

Die Entscheidung für bzw. gegen die in Modell 3 vorgestellte hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung wird auf Grundlage der empirischen Bewertung getroffen, wobei jedoch weitere Zielsetzungen entscheidungsrelevant sein können. Wie aus den „Modellbildungsprinzipien“ der Entwickler des ursprünglichen DCG/HCC-Modells hervorgeht, an denen sich auch das BVA bei der Weiterentwicklung weiterhin orientiert, dienen Dominanzbeziehungen zwischen den Morbiditätsgruppen (innerhalb einer Hierarchie) der Bildung individueller klinischer Profile. Letztlich „sollen Hierarchien zur Abbildung des Schweregrads (klinisch) verwandter HMG[s] genutzt werden, in denen die schweren Ausprägungen einer Hierarchie die weniger schweren Ausprägungen dominieren. Nicht miteinander verwandte HMG[s] sollen jeweils eigenständig in die Ausgabenschätzung eingehen“ (vgl. Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus und Berechnungsverfahren für da Ausgleichsjahr 2009, S. 9). Zu beachten ist dabei ferner, dass das Modell nicht anfällig sein soll gegenüber zusätzlichen Diagnosen desselben Krankheitsbildes. „Die mehrfache Kodierung einer Diagnose bzw. die zusätzliche Kodierung einer eng verwandten Diagnose soll nicht zum Anwachsen der Kostenschätzung führen“ (ebd.).

Zu beachten ist darüber hinaus auch die Überlegung, dass hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen die Komplexität der Modellanpassung insofern erhöhen, als dass sie zu

Interdependenzen von Hierarchien führen, die im Anpassungsprozess innerhalb eines Überarbeitungszyklus ggf. zeitgleich weiterentwickelt werden müssen.⁴

Die Umsetzung des Vorschlags von GKV-SV und TK et al. zum jetzigen Zeitpunkt erscheint nicht geboten, da diese weitere hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung zwar die Komplexität der Modellanpassung erhöhen, im Gegenzug aber – anders als im Fall der Dominanzbeziehungen zu den Erkrankungen der Haut – nicht die Prädiktionsgüte des Modells verbessern würde.

16.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine Änderung an der Hierarchie 7 vorgenommen.

⁴ Erwähnenswert ist vor diesem Hintergrund, dass das DCG/HCC-Modell überhaupt keine hierarchieübergreifende Dominanzbeziehung vorgesehen war und diese erst nach und nach durch das Bundesversicherungsamt eingeführt wurden.

17 Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

17.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden die nachfolgend dargestellten Anpassungen des Klassifikationsmodells vorgeschlagen.

17.1.1 Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung

Zur Auflösung der Hierarchieverletzung im Hierarchiestrang „Erkrankungen der Blutgerinnung“ wurde die Rangfolge der HMGs 038 „Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation“ und 036 „Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation“ getauscht, d.h. die HMG036 dominiert nun die HMG038.

17.1.2 Anpassungen im Bereich der Blutbildung

Die „Erkrankungen der Blutbildung“ werden zukünftig in den beiden voneinander unabhängigen Hierarchiesträngen „Anämien“ und „Neutropenien“ abgebildet. Im Hierarchiestrang „Anämien“ wurden keine Änderungen im Vergleich zum Status quo vorgenommen. Der durch die Krankheitsauswahl neu hinzugekommene Hierarchiestrang „Neutropenien“ wurde wie nachfolgend dargestellt im Modell abgebildet.

Die Zuordnungen des Ausgangsmodells wurden aufgelöst:

- Die durch Berücksichtigung der Krankheit 51 „Agranulozytose und Neutropenie“ im Ausgangsmodell neu aufgenommene HMG059 „Agranulozytose und Neutropenie“ sowie die die HMG konstituierenden DxGs 221 „Agranulozytose und Neutropenie (Alter < 18 Jahre)“ und 222 „Agranulozytose und Neutropenie (Alter > 17 Jahre)“ wurden aufgelöst.

Die der Krankheit 51 „Agranulozytose und Neutropenie“ zugeordneten Diagnosen werden wie folgt im Klassifikationsmodell berücksichtigt:

- Der ICD-Kode D70.12 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr“ wird der neuen DxG162 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr“ zugeordnet. Die DxG162 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.
- Der ICD-Kode D70.11 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage“ wird der neuen DxG163 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 bis unter 20 Tage“ zugeordnet. Die DxG163 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.
- Die ICD-Kodes D70.10 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage“, D70.13 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage“ und D70.14 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage“ werden der neuen

DxG164 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase weniger als 10 Tage“ zugeordnet. Die DxG164 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.

- Die ICD-Kodes D70.1- „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie“, D70.18 „Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie“ und D70.19 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet“ werden der neuen DxG165 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Sonstige Verlaufsformen“ zugeordnet. Die DxG165 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.
- Der ICD-Kode D70.0 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie“ wird der neuen DxG166 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie“ zugeordnet.
- Der ICD-Kode D71 „Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ wird der neuen DxG167 „Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ zugeordnet.
- Der ICD-Kode D70.5 „Zyklische Neutropenie“ wird der neuen DxG168 „Zyklische Neutropenie“ zugeordnet.
- Der ICD-Kode D70.6 „Sonstige Neutropenie“ wird der neuen DxG169 „Sonstige näher bezeichnete Neutropenie“ zugeordnet.
- Der ICD-Kode D70.3 „Sonstige Agranulozytose“ wird der neuen DxG170 „Agranulozytose, nicht näher bezeichnet“ zugeordnet.
- Der ICD-Kode D70.7 „Neutropenie, nicht näher bezeichnet“ wird der neuen DxG171 „Neutropenie, nicht näher bezeichnet“ zugeordnet.

Die neuen DxGs werden wie folgt im Klassifikationssystem berücksichtigt:

- Die DxG162 wird der neuen HMG185 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr“ zugeordnet.
- Die DxG163 wird der neuen HMG186 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 bis unter 20 Tage“ zugeordnet.
- Die DxGs164 und 165 werden der neuen HMG187 „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen“ zugeordnet.
- Die DxGs166 und 167 werden der neuen HMG188 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ zugeordnet.
- Die DxGs168 und 169 werden der neuen HMG189 „Zyklische & sonstige näher bezeichnete Neutropenie“ zugeordnet.
- Die DxG170 wird der neuen HMG190 „Agranulozytose, nicht näher bezeichnet“ zugeordnet.
- Die DxG171 wird der neuen HMG191 „Neutropenie, nicht näher bezeichnet“ zugeordnet.

Die neuen HMGs werden strikt hierarchisiert:

- HMG185 → HMG186 → HMG 187 → HMG188 → HMG189 → HMG190 → HMG191

17.1.3 Therapie der Thrombozytopenien

Die Prüfung, ob die Versorgungsrealität im Bereich der Thrombozytopenien durch Berücksichtigung der Verordnung von Romiplostim und Eltrombopag besser abgebildet werden kann, wurde als nicht sachgerecht angesehen und daher nicht durchgeführt.

17.1.4 Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation

Die Komplexität im Bereich der Hämophilie und der hohe DDD-Verbrauch in Einzelfällen werden vom BVA anerkannt. Vor dem Hintergrund der in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegungen diskutierten Logik der Behandlungstage, wurde eine Prüfung höherer BT-Grenzen jedoch als nicht sachgerecht angesehen und daher abgelehnt.

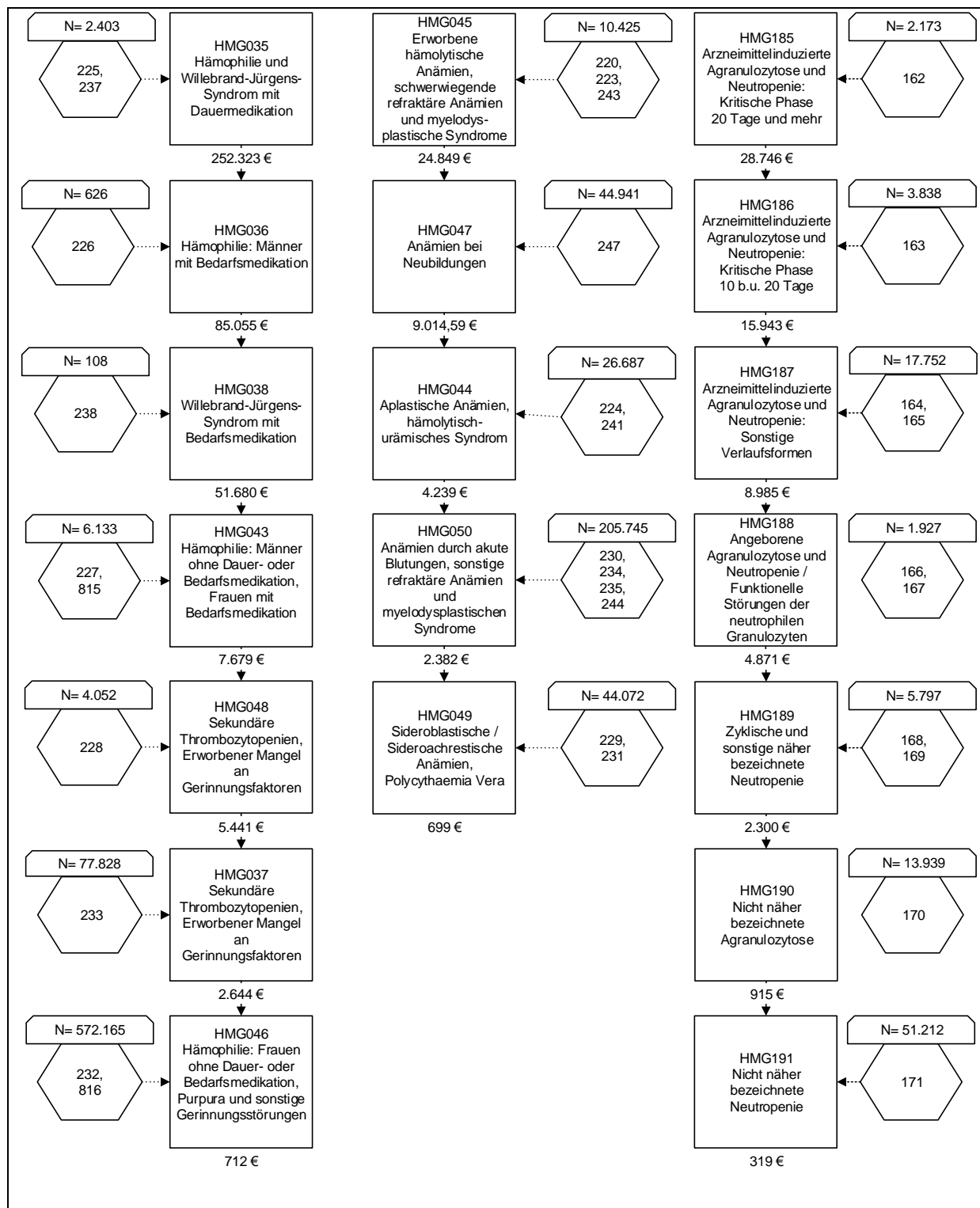
17.1.5 Endmodell

Eine tabellarische Gegenüberstellung der Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“ im Ausgangsmodell mit der Fassung des Festlegungsentwurfes folgt als Tabelle 24. Einen schematischen Überblick über die vorgenommenen Anpassungen bietet zudem die Abbildung 11.

Tabelle 24: Hierarchie 8 – Ausgangsmodell und Festlegungsentwurf AJ2017

Hierarchie 8 Hämatologische Erkrankungen (Vollerhebung)		Ausgangsmodell AJ2017 (Sq) (Datengrundlage 2014EM/2013KM)			Endmodell AJ2017 (Datengrundlage 2014EM/2013KM)		
		N	71.736.579		N	71.736.579	
		R ²	24,7177%		R ²	24,7647%	(+0,0470%)
		CPM	23,7968%		CPM	23,8210%	(+0,0242%)
		MAPE	2.140,00 €		MAPE	2.139,32 €	(-0,68 €)
Risikofaktor		Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.403	252.322 €	155 €	2.403	252.323 €	155 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	596	87.033 €	310 €	626	85.055 €	302 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	138	50.252 €	650 €	108	51.680 €	734 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.133	7.683 €	97 €	6.133	7.679 €	97 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.052	5.438 €	124 €	4.052	5.441 €	124 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	77.828	3.175 €	29 €	77.828	2.644 €	29 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	572.165	697 €	10 €	572.165	712 €	10,25 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	10.425	25.228 €	78 €	10.425	24.849 €	78 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.941	10.668 €	42 €	44.941	9.015 €	43 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	26.687	5.063 €	48 €	26.687	4.239 €	48 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	205.745	2.367 €	20 €	205.745	2.382 €	20 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	44.072	690 €	37 €	44.072	699 €	37 €
HMG059	Agranulozytose und Neutropenie	84433	1524,34	26,74	-	-	-
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	-	-	-	2.173	28.746 €	189 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	-	-	-	3.838	15.943 €	136 €
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Sonstige Verlaufsformen	-	-	-	17.752	8.985 €	64 €
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	-	-	-	1.927	4.871 €	173 €
HMG189	Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	-	-	-	5.797	2.300 €	102 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	-	-	-	13.939	915 €	65 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	-	-	-	51.212	319 €	34 €

Abbildung 11: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“



17.2 Stellungnahmen

17.2.1 Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung

Die Auflösung der Hierarchieverletzung im Hierarchiestrang „Blutgerinnung“ wird von TK et al. als sinnvoll erachtet.

17.2.2 Anpassungen im Bereich der Blutbildung

Die Integration der durch die Krankheitsauswahl neu zu berücksichtigenden Erkrankungen „Agranulozytose und Neutropenie“ wird durch die Barmer GEK ausdrücklich begrüßt. GKV-SV und DAK-G können nicht nachvollziehen, warum die Diagnosen D71 „Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ und D70 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie“ in der HMG188 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ trotz stark unterschiedlicher Kostenschätzer zusammengefasst werden.

TK et al. unterstützen die Entscheidung des BVA, für alle Diagnosen des D70.1- „Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie“ das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ zu setzen, während der AOK-BV dies ablehnt und stattdessen für diese Diagnosegruppe das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen“ fordert.

17.2.3 Therapie der Thrombozytopenien

Hinsichtlich der Therapie der Thrombozytopenien wird von GKV-SV, Barmer GEK und DAK-G ausgeführt, dass das Ziel des im Vorschlagsverfahren eingebrachten Ansatzes gewesen sei, Versicherte mit einer „anhaltenden“ „Idiopathischen Thrombozytopenischen Purpura (ITP)“ zu identifizieren. Es wird vorgeschlagen, den ICD-Kode D69.3 (ITP) aus der DxG232 in eine eigene DxG/HMG auszugliedern und eine Arzneimittelvalidierung oder -differenzierung über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag (ggf. Rituximab) zu prüfen.

Demgegenüber stellen TK et al. fest, dass die Analyse des BVA zeige, dass eine Veränderung der bei der Therapie der Thrombozytopenien zur Validierung herangezogenen Arzneimittel nicht sinnvoll sei.

17.2.4 Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation

Der IKK e.V. begrüßt, dass das BVA an seiner bisherigen Logik, keine weiteren Ausdifferenzierungen durchzuführen, festhält. Auch TK et al. halten den Verzicht auf eine Prüfung höherer BT-Grenzen für nachvollziehbar.

17.2.5 Sonstiges

GKV-SV, Barmer GEK und AOK-BV stellen fest, dass der Vorschlag 2016_3.82 aus dem Vorschlagsverfahren 2016 für das atypische hämolytisch-urämische Syndrom (aHUS) bzw. die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) eine Arzneimitteldifferenzierung oder Validierung (obligat) mit dem Wirkstoff Eculizumab zu prüfen, vom BVA im Rahmen der Überarbeitungen für das Ausgleichsjahr 2017 nicht bearbeitet wurde. Aufgrund der deutlich steigenden Anzahl an Versicherten mit einer entsprechenden Arzneimitteltherapie sei laut GKV-SV eine Prüfung noch in diesem Anpassungszyklus erforderlich.

Die Barmer GEK schlägt vor, die ICD-Kodes D59.5 (PNH) und D59.3 (HUS) aus der HMG045 „Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome“ herauszulösen und eine neue DxG/HMG mit dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat“ einzuführen. Aufgrund einer variierenden, gleichwohl aber korrekten Kodierung von Patienten mit aHUS bzw. PNH schlägt der AOK-BV vor, die Codes D59.3, D59.5, D59.8 und D59.9 einer zusätzlichen DxG zuzuordnen und diese über den Wirkstoff Eculizumab (L04AA25) aufzugreifen.

17.3 **Bewertung**

17.3.1 Anpassungen im Bereich der Blutgerinnung

Die Auflösung der Hierarchieverletzung im Hierarchiestrang „Blutgerinnung“ wurde in der Anhörung nicht kritisiert.




17.3.2 Anpassungen im Bereich der Blutbildung

Die in der Anhörung vorgeschlagene Einordnung der Erkrankung „Agranulozytose und Neutropenie“ wurde weitgehend begrüßt. Die Diagnosen D71 „Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ und D70 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie“ wurden dabei in der HMG188 „Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten“ zusammengefasst, da sich ihre Schätzer im Zuge der Re-Hierarchisierung des Hierarchiestrangs so stark einander angenähert haben, dass weder eine Einordnung der jeweiligen DxGs in andere hierarchisch über- oder untergeordnete HMGs, noch die Berücksichtigung dieser relativ schwach besetzten DxGs als einzelne HMG sachgerecht erscheint.

Die Setzung des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ für die Diagnosegruppen der HMGs 185-187 wird von BVA und Wissenschaftlichem Beirat weiterhin für medizinisch sinnvoll und sachgerecht gehalten. Die empirische Analyse des AOK-Vorschlags (vgl. Tabelle 25) zeigt zudem auf, dass nach diesem Vorschlag selbst in der Vollerhebung in den drei betroffenen HMGs insgesamt nur acht Versicherte zusätzlich aufgegriffen würden (von denen

zudem vier aus hierarchisch untergeordneten HMGs stammen). Diese acht zusätzlich aufgegriffenen Versicherten weisen dabei so niedrige Folgekosten auf, dass sie die Kostenschätzer der bisher in den drei HMGs berücksichtigten fast 24.000 Versicherten merklich absenken, was dann auch zu einer messbaren Verschlechterung der Modellkennzahlen führt.

Tabelle 25: Vergleich der Aufgreifkriterien

Hierarchie 8 Hämatologische Erkrankungen (Vollerhebung)	Eingliederung der neuen Diagnosen HMGs 185-187 "stationär erforderlich"			Eingliederung der neuen Diagnosen HMGs 185-187 "Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen"		
	Kennzahl	Wert	ΔSq	Kennzahl	Wert	ΔSq
	R ²	24,7647%	(+0,0470%)	R ²	24,7647%	(+0,0470%)
	CPM	23,8210%	(+0,0242%)	CPM	23,8209%	(+0,0241%)
Risikofaktor	MAPE	2.139,32 €	(-0,6793 €)	MAPE	2.139,32 €	(-0,6788 €)
	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG059a  Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie Kritische Phase ≥ 20d	2.173	28.746 €	189 €	2.173	28.745 €	189 €
HMG059b  Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie 10d ≤ Kritische Phase < 20d	3.838	15.943 €	136 €	3.839	15.939 €	136 €
HMG059c  Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie Sonstige Verlaufsformen	17.752	8.985 €	64 €	17.759	8.979 €	64 €
HMG059d Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.927	4.871 €	173 €	1.926	4.875 €	173 €
HMG059e Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.797	2.300 €	102 €	5.795	2.301 €	102 €
HMG059f Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	13.939	915 €	65 €	13.938	915 €	65 €
HMG059g Neutropenie, nicht näher bezeichnet	51.212	319 €	34 €	51.211	319 €	34 €

Dass die HMG-Belegung bei einer Änderung des Aufgreifkriteriums nahezu konstant bleibt (und insbesondere dass die bisher über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffenen Versicherten tatsächlich 1:1 auch über das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat bei akut rezidivierendem Krankheitsgeschehen“ aufgegriffen werden), erklärt sich aus der in 1.3.2.2.c) der Festlegungen zum Klassifikationssystem spezifizierten Ausnahmeregelung für die Zuordnung stationärer Nebendiagnosen bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen. Hiernach werden stationäre Nebendiagnosen für DxGs, bei denen eine Prüfung der Behandlungstage bei akut-rezidivierendem Krankheitsgeschehen nach 1.3.2.4.2.a) der Festlegungen vorgesehen ist, den Hauptdiagnosen gemäß 1.3.1 gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bei diesem Aufgreifkriterium wie im Falle des Aufgreifkriteriums „stationär erforderlich“ alle stationären Haupt- und Nebendiagnosen direkt im Klassifikationssystem aufgegriffen werden und dann zusätzlich noch Diagnosen aus dem ambulanten Sektor mit passender Verordnung zugeordnet werden. Dass durch die zusätzliche Berücksichtigung ambulanter Diagnosen und Verordnungen lediglich acht weitere (und dazu aus ökonometrischer Sicht unpassende) Versicherte aufgegriffen werden, spricht deutlich für ein Festhalten an der im Festlegungsentwurf vorgesehenen Regelung.

17.3.3 Therapie der Thrombozytopenien

Der ursprünglich vorgebrachte Vorschlag bezog sich auf „spezifische und unspezifische Thrombozytopenien“, die mit Hilfe der Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag aufzugreifen seien. Die nun neu vorgebrachten Argumente für eine Herauslösung des ICD-Kodes D69.3 („Idiopathische Thrombozytopenische Purpura – ITP“) aus der DxG232 und eine Arzneimittelvalidierung oder -differenzierung über die o. g. Wirkstoffe (ggf. zusätzlich Rituximab) sind grundsätzlich nachvollziehbar. Es ist jedoch anzumerken, dass die ITP je nach Schweregrad, Symptomen und Thrombozytenzahl erstens nicht zwingend mit Arzneimitteln und zweitens nicht ausschließlich mit den oben genannten Wirkstoffen behandelt werden muss. Die abschließende Prüfung, ob die vorgeschlagene Ausgestaltung ins Modell passt und dessen Erklärungskraft verbessert wird für den nächsten Anpassungszyklus vorgesehen.

17.3.4 Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation

Der Verzicht auf die Prüfung weiterer DDD-Stufen der Dauermedikation wird nicht kritisiert, es sind keine Änderungen erforderlich.

17.3.5 Sonstiges

Im Vorschlagsverfahren AJ 2017 gab es keine Hinweise zu einer besonderen Bedeutung der aHUS-Problematik. Da die Überarbeitung der Hierarchie 8 erneut umfangreich war, konnten aus Kapazitätsgründen nicht alle offenen Vorschläge bearbeitet werden. Sollte eine bevorzugte Bearbeitung einzelner Vorschläge vom GKV-SV als notwendig / dringend angesehen werden, so bitten wir zukünftig um einen entsprechenden Hinweis im Vorschlagsverfahren. Eine Bearbeitung wird für den nächsten Anpassungszyklus vorgesehen.

17.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf wird keine Änderung an der Hierarchie 8 vorgenommen.

18 Hierarchie 9 „Kognitive Erkrankungen“

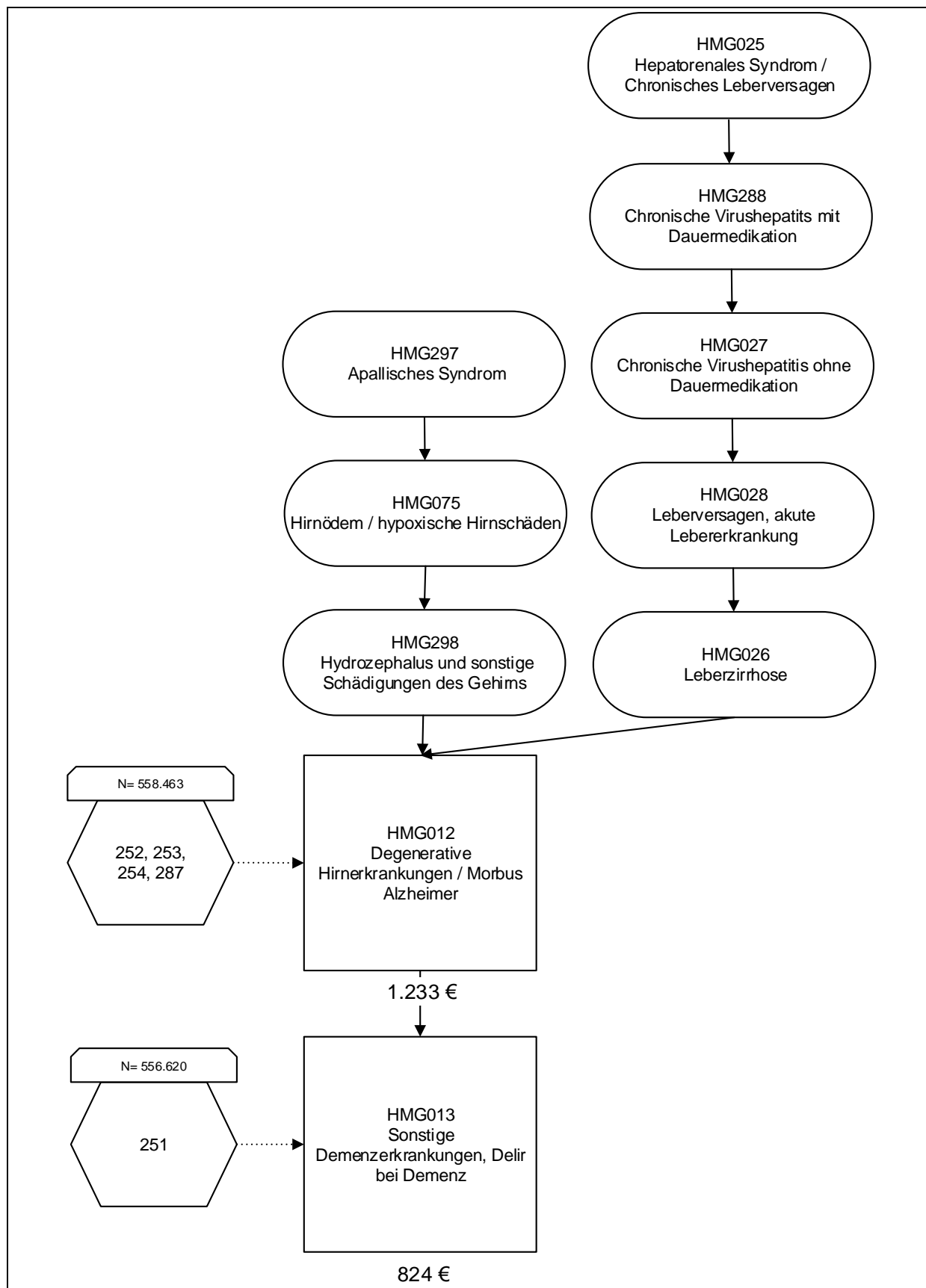
18.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden die folgenden Anpassungen in der Hierarchie vorgeschlagen:

- Folgende DxGs werden in HMG012 verschoben:
 - DxG253 „Vorübergehende organische Psychose (akute exogene Reaktionstypen) mit Delir, Wahn oder Halluzination“;
 - DxG254 „Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie“;
 - DxG287 „Delir bei Demenz“;
- HMG012 trägt fortan die Bezeichnung „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“;
- HMG013 trägt fortan die Bezeichnung „Sonstige Demenzerkrankungen“;
- Folgende externe Dominanz wird von Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ eingeführt:
HMG025 → HMG288 → HMG027 → HMG028 → HMG026 → HMG012 → HMG013.

Abbildung 12 gibt ergänzend einen grafischen Gesamtüberblick über die Hierarchie nach Überarbeitung im Rahmen des Festlegungsentwurfs.

Abbildung 12: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“



18.2 Stellungnahmen

Der GKV-SV, die Barmer GEK und der AOK-BV regen an, die ICD-Kodes zur hepatischen Enzephalopathie in die Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ zu verschieben. TK et al. sind der Auffassung, dass Sterndiagnosen (hier F02.1-4) grundsätzlich der Grunderkrankung zugeordnet werden sollten. Die Barmer GEK begrüßt die Untersuchung der Kostenhomogenität, laut IKK e.V. ist diese aber nicht für jede DxG dokumentiert. Für die DAK-G entspricht die Zusammenfassung der HMGs 011 und 012 und die Verschiebung der Diagnose Delir bei Demenz dem Vorschlag aus dem letzten Anpassungsverfahren.

18.3 Bewertung

Die ICD-Kodes zu hepatischen Enzephalopathien werden – wie in den Erläuterungen zu Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ (Kapitel 14) dargestellt – aus der DxG254 „Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie“ in die neue DxG833 „Hepatische Enzephalopathien“ verschoben und der Hierarchie 5 zugeordnet. Die Kostenschätzer für die HMG012 „Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer“ und HMG013 „Sonstige Demenzerkrankungen“ bleiben bei Umsetzung dieser Anpassung stabil. Von einer erneuten Untersuchung der Kostenhomogenität wird daher abgesehen.

Wie schon im Festlegungsentwurf (S. 159) erörtert, ist die Ausgangslage für die ICD-Sternkodes F02.1-4 „Demenz bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, Parkinson und HIV“ sehr unterschiedlich und es sind mehrere Hierarchien betroffen. Das weitere Vorgehen wird in einem der nächsten Anpassungszyklen entschieden werden, ggf. auch in Abhängigkeit von einer weiteren Diskussion zum grundsätzlichen Umgang mit untereinander in Beziehung stehenden Kreuz- und Sternkodes.

18.4 Ergebnis

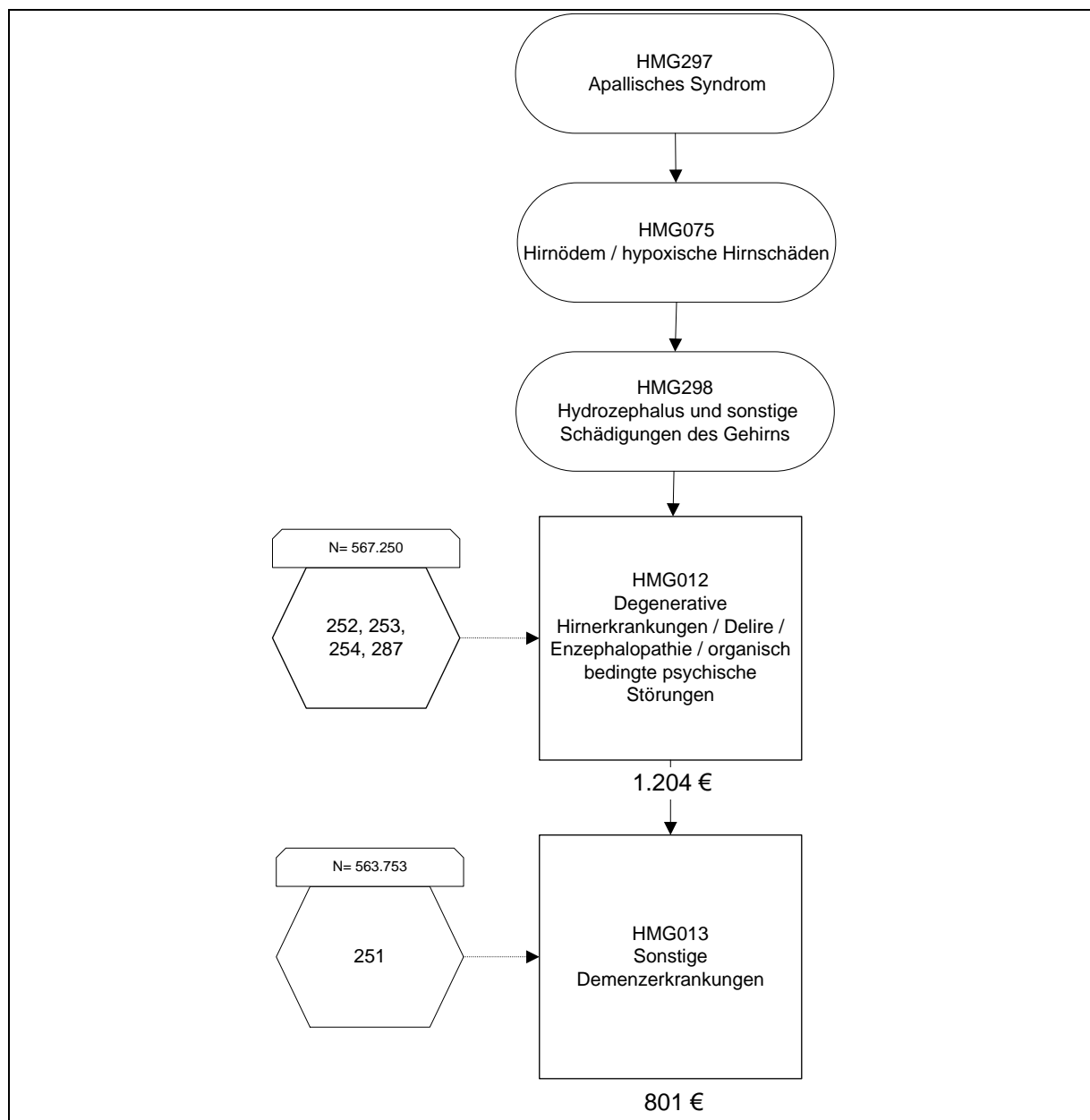
Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich folgenden Anpassungen an der Hierarchie 9:

- Die ICD-Kodes K72.7, K72.71, K72.72, K72.73, K72.74 und K72.79 werden aus der DxG254 in die neue DxG833 in der Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ verschoben, diese wird als einzige DxG der neuen HMG256 zugeordnet (weiteres siehe Kapitel 14).
- Die Dominanzbeziehung zwischen Hierarchie 9 und Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ wird aufgelöst.

In Bezug auf die sich ergebenden Änderungen der Kennzahlen wird auf die Erläuterungen zur Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ verwiesen.

Die nachfolgende Abbildung 13 stellt die Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 nochmals schematisch dar.⁵

Abbildung 13: Festlegung für Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ im Ausgleichsjahr 2017



⁵ Die Berechnung der Kostenschätzer erfolgte im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 5 „Erkrankungen der Leber“ (siehe bei Bedarf dort).

19 Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

19.1 Festlegungsentwurf

In der Fassung des Festlegungsentwurfes ist insbesondere die HMG-Zusammensetzung der Hierarchie überarbeitet worden. Die folgende Zusammenfassung der vorgenommenen Anpassungen berücksichtigt Anmerkungen von GKV-SV, IKK e.V., Barmer GEK und DAK-G zu redaktionellen Fehlern in der Dokumentation des Festlegungsentwurfes und korrigiert diese.

Es werden die nachfolgend aufgelisteten Diagnosegruppen aus ihrer bisherigen HMG herausgelöst und in eine andere HMG verschoben:

- DxG307 wird aus HMG292 in HMG293 verschoben,
- DxG315 wird aus HMG293 in HMG294 verschoben,
- DxG306 wird aus HMG294 in HMG295 verschoben,
- DxG316 wird aus HMG294 in HMG295 verschoben,
- DxG300 wird aus HMG295 in HMG294 verschoben,
- DxG311 wird aus HMG295 in HMG296 verschoben und
- DxG309 wird aus HMG296 in HMG039 verschoben.

Infolge dieser Neuabgrenzung ändern sich die Bezeichnungen einiger HMGs:

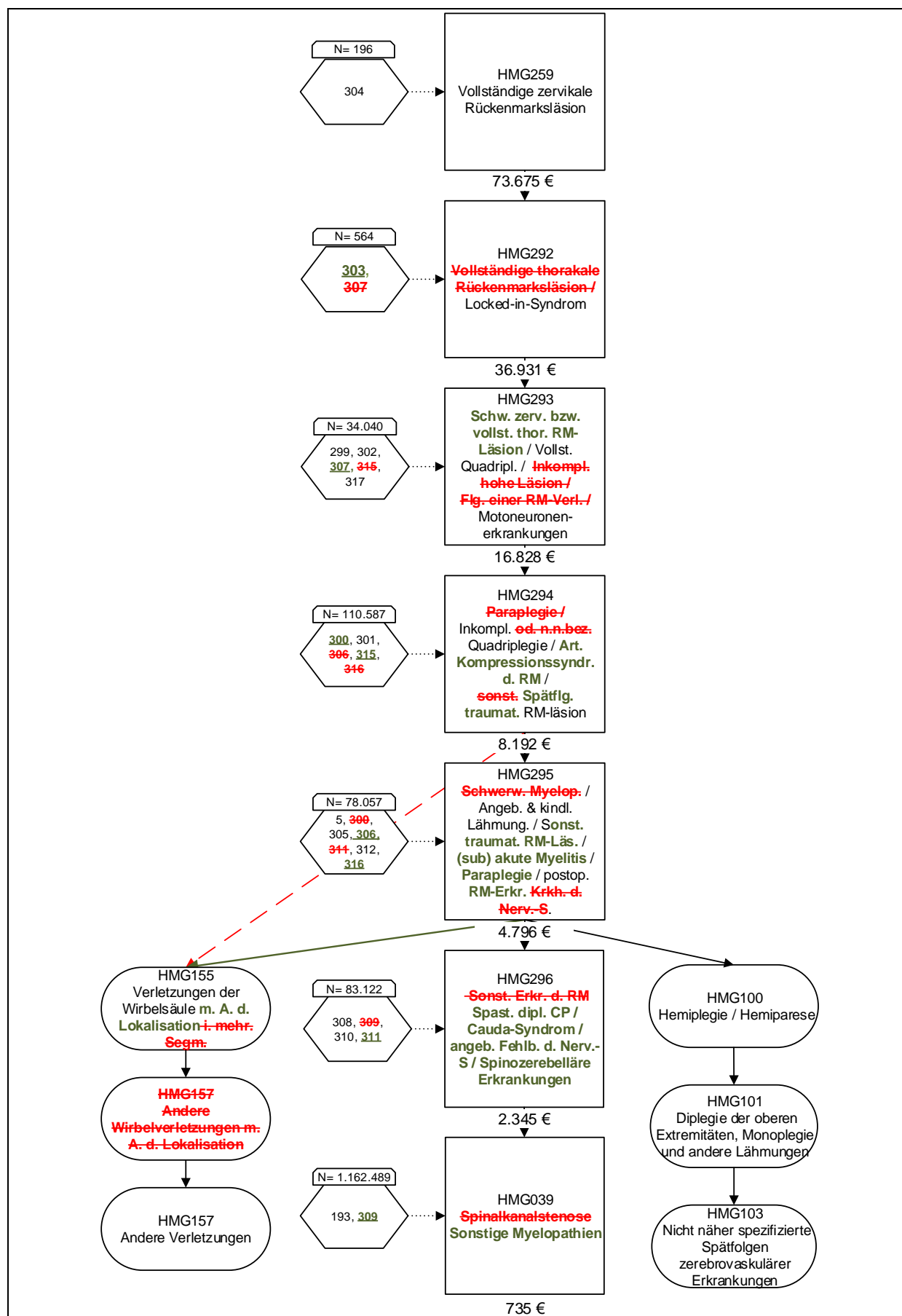
- HMG292 wird umbenannt in „Locked-in-Syndrom“,
- HMG293 wird umbenannt in „Schwere zervikale bzw. vollständige thorakale Rückenmarksläsion / vollständige Quadriplegie / Motoneuronerkrankungen“,
- HMG294 wird umbenannt in „Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen“,
- HMG295 wird umbenannt in „Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen“,
- HMG296 wird umbenannt in „Spastische diplegische Cerebralparese / Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen“ und
- HMG039 wird umbenannt in „Sonstige Myelopathien“.

Die Dominanzbeziehung zur Hierarchie 23 „Verletzungen“ ändert sich:

- Die HMGs 259, 292, 293, 294 und 295 dominieren die HMGs 155 „Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation“ und 157 „Andere Verletzungen“.

Abbildung 10 fasst die obenstehend beschriebenen Anpassungen schematisch zusammen.

Abbildung 14: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“



19.2 Stellungnahmen

Während die vorgenommene Untersuchung der Kostenhomogenität und die darauf aufbauende Neustrukturierung der Hierarchie seitens TK et al. als nachvollziehbar und sinnvoll bezeichnet werden, schlugen GKV-SV und DAK-G eine weitere Untergliederung des Hierarchiestranges vor:

Es solle geprüft werden, ob die DxGs 307 „Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)“ und 317 „Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion“ aus der HMG293 ausgegliedert werden und in einer neuen HMG zusammengefasst werden könnten.

Darüber hinaus könne ggf. die DxG315 „Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks“ aus HMG294 ausgegliedert und ebenfalls in eine eigenständige HMG überführt werden.

Schließlich solle die Eingruppierung der DxG305 „Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie“ in die HMG295 überdacht werden, da diese aus Sicht von GKV-SV und DAK-G aufgrund ihres Kostenschätzers eher der HMG296 zuzuordnen sei.

19.3 Bewertung

Grundlage der Neuabgrenzung der HMGs 292 bis 296 war eine Zerlegung des gesamten Hierarchiestranges auf Ebene der Diagnosegruppen. Diese Gruppen wurden in einem iterativen Vorgehen in eine strikte Hierarchiereihung gebracht und anschließend wieder zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Die Ergebnisse dieses Vorgehens werden in der folgenden Tabelle 26 nochmals veranschaulicht.

Tabelle 26: Restrukturierung der Hierarchie 13 (entspricht Tabelle 61 in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf)

	DxG-Hierarchisierung III			<div><div>259</div><div>↓</div><div>292</div><div>↓</div><div>293</div><div>↓</div><div>294</div><div>↓</div><div>295</div><div>↓</div><div>296</div><div>↓</div><div>039</div></div>		Ausgangsmodell**		Neuabgrenzung Festlegungsentwurf	
Datengrundlage: 30 %-Stichprobe	R ²	25,1975%	(+0,0094%)		R ²	25,1881%	25,1956%	(+0,0075%)	
	CPM	23,8203%	(+0,0016%)		CPM	23,8187%	23,8189%	(+0,0001%)	
	MAPE	2.139,60 €	(-0,04 €)		MAPE	2.139,64 €	2.139,64 €	(-0,01 €)	
DxG	Versicherte	Jahreswert	Rang		HMG	Versicherte	Jahreswert	Versicherte	Jahreswert
DxG304 Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	63	71.842 €	1	HMG259	63	72.720 €	63	71.832 €	
DxG303 Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	179	37.249 €	2	HMG292	246	33.755 €	179	37.267 €	
DxG307 Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	67	22.635 €	3	HMG293	10.496	15.403 €	10.020	15.132 €	
DxG317 Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	217	17.733 €	4						
DxG299 Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	5.518	15.059 €	5						
DxG302 Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	4.218	14.961 €	6						
DxG315 Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	543	11.802 €	7	HMG294	52.082	6.745 €	32.871	7.159 €	
DxG300 Arteria-spinalis-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom	66	7.893 €	8						
DxG301 Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	32.262	7.070 €	9	HMG295	21.051	2.946 €	23.394	3.966 €	
DxG316 Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	160	5.680 €	10						
DxG005 (Sub)akute Myelitis	121	4.717 €	11						
DxG306 Paraplegie	19.627	4.165 €	12						
DxG312 Postoperative Krankheiten des Nervensystems	451	3.725 €	13	HMG296	38.948	1.077 €	25.019	2.295 €	
DxG305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie*	2.706	1.994 €	15*						
DxG311 Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	17.740	2.657 €	14	HMG039	317.226	745 €	348.566	755 €	
DxG310 Läsionen der Cauda equina	2.026	1.820 €	16						
DxG308 Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	5.582	1.599 €	17						
DxG193 Spinalkanalstenose	330.233	760 €	18						
DxG309 Sonstige Myelopathien	18.333	658 €	19						

* DxG305 verbleibt aus medizinischen Gründen in der HMG295

** Ausgangsmodell ohne hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen

19.3.1 Einordnung der DxGs 307 und 317

GKV-SV und DAK-G schlagen nun aufgrund der sich aus Tabelle 26 ergebenden Kostenschätzer der einzelnen Diagnosegruppen (s. Modell „DxG-Hierarchisierung III“) vor, die DxG307 „Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)“ sowie die DxG317 „Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion“ in einer eigenen HMG abzubilden. Zur Modellierung des Vorschlags werden die beiden Diagnosegruppen in eine neue HMG223 verschoben, die im Hierarchiestrang zwischen den HMGs 292 und 293 eingeordnet wird (Modell 2). Als Vergleichsmodell dient die HMG-Abgrenzung des Festlegungsentwurfes (Modell 1). Die Dominanzbeziehungen zu den Hierarchien „Verletzungen“ bzw. „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ bleiben in beiden Modellen unberücksichtigt. Im Gegensatz zu den Berechnungen für den Festlegungsentwurf werden die folgenden Auswertungen auf Grundlage der Vollerhebung erstellt.

Zudem werden nochmals die Fallzahlen und Kostenschätzer der einzelnen Diagnosegruppen, diesmal ebenfalls auf Grundlage der Vollerhebung, dargestellt (Modell 0). Alle DxGs der Hierarchie wurden dabei strikt untereinander hierarchisiert. Die Reihenfolge der Dominanzbeziehungen entspricht – von oben beginnend – der Auflistung in (DxG304 → DxG303 → ... → DxG193 → DxG309). Es fällt auf, dass die Kostenschätzer einiger Diagnosegruppen im Vergleich von 30 %-Stichprobe und Vollerhebung spürbar voneinander abweichen. Betroffen hiervon sind auch die in den Stellungnahmen thematisierten DxGs 307, 315 und 317.

Bei Umsetzung des Vorschlages von GKV-SV und DAK-G verbessern sich die Gütemaße im Vergleich zur DxG-Abgrenzung des Festlegungsentwurfes leicht (Tabelle 27, Modell 2). Dem in den Stellungnahmen vorgetragenen Einwand, das Modell sei über eine alternative Abgrenzung der DxGs zu HMGs weiter zu verbessern, kann somit grundsätzlich gefolgt werden. Mit Blick auf die einzelnen „hierarchisierten“ DxG-Kostenschätzer (Modell 0) stellt sich jedoch die Frage, ob eine Modellverbesserung nicht auch ohne Bildung einer neuen HMG möglich ist. Um dies zu prüfen, wird in einem weiteren Modell (Modell 3) versuchsweise die DxG307 von HMG293 in die darüber stehende HMG292 verschoben. Dabei zeigt sich eine noch etwas bessere Prädiktionsgüte über alle drei betrachteten Maße R^2 , CPM und MAPE.

Tabelle 27: Einordnung der DxGs 307 und 317

Datengrundlage: Vollerhebung	O: "Hierarchisierte DxGs": Fallzahlen und Schätzer		1: Neuabgrenzung gem. Festlegungsentwurf			2: Eigene HMG223 für DxGs 307 & 317			3: Höhergruppierung DxG307 (in HMG292)		
			R ²	24,7298%		R ²	24,7306%	(+0,0008%)	R ²	24,7310%	(+0,0012%)
			CPM	23,8029%		CPM	23,8033%	(+0,0005%)	CPM	23,8036%	(+0,0008%)
			MAPE	2.139,83 €		MAPE	2.139,82 €	(-0,01 €)	MAPE	2.139,81 €	(-0,02 €)
DxG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert
DxG304 Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	196	72.735 €		196	72.719 €		196	72.729 €		196	72.728 €
DxG303 Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	564	35.987 €	259	564	36.017 €	259	564	36.011 €	259		
DxG307 Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	212	32.879 €	↓			↓	998	22.336 €	↓	776	35.137 €
DxG317 Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	786	19.527 €	292	34.040	16.317 €	292			292		
DxG299 Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	18.564	16.305 €	↓			↓			↓	33.828	16.213 €
DxG302 Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	14.478	15.913 €	293			223	33.042	16.135 €	293		
DxG315 Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	1.867	13.024 €	↓			↓			↓		
DxG300 Arteria-spinalis-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom	204	8.213 €	294	110.587	7.359 €	293	110.587	7.358 €	294	110.587	7.358 €
DxG301 Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	108.516	7.250 €	↓			↓			↓		
DxG316 Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	558	6.974 €	295			294			295		
DxG005 (Sub)akute Myelitis	404	4.776 €	↓	78.057	4.102 €	↓	78.057	4.102 €	↓	78.057	4.102 €
DxG306 Paraplegie	65.511	4.286 €	↓			↓			↓		
DxG312 Postoperative Krankheiten des Nervensystems	1.393	3.869 €	296			295			296		
DxG305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	10.191	2.778 €	↓			↓			↓		
DxG311 Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	58.233	2.610 €	↓			↓			↓		
DxG310 Läsionen der Cauda equina	6.483	1.915 €	039	83.122	2.332 €	↓	83.122	2.332 €	039	83.122	2.332 €
DxG308 Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	18.406	1.570 €				039					
DxG193 Spinalkanalstenose	1.101.005	736 €		1.162.489	732 €		1.162.489	732 €		1.162.489	732 €
DxG309 Sonstige Myelopathien	61.484	656 €									

Gerade mit Blick auf die niedrigen Fallzahlen und den möglichen Einfluss, den einzelne Versicherte mit besonders hohen Leistungsausgaben auf die Ermittlung der Kostenschätzer der hier untersuchten Diagnose- bzw. Morbiditätsgruppen haben können, ist die Abgrenzung weiterer HMGs mit niedrigen Fallzahlen in dieser Hierarchie gegenwärtig nicht empfehlenswert. Zielführender als das von den Anhörungspartnern vorgeschlagene Modell 2 ist es, die DxG307 aus HMG293 in HMG292 zu verschieben und die DxG317 in HMG293 zu belassen (Modell 3). Damit entspricht die Zuordnung der DxG307 wieder ihrer Eingliederung im Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2016.

19.3.2 Einordnung der DxG315

Unter Verweis auf deren isolierten Kostenschätzer regeln GKV-SV und DAK-G die gesonderte Abbildung der DxG315 „Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks“ in einer eigenständigen HMG an. In Analogie zu der im vorigen Abschnitt diskutierten Neueinordnung der DxGs 307 und 317 sollen im Folgenden zwei Modelle simuliert werden: Zunächst wird die DxG315 – den Stellungnahmen folgend – in eine eigenständige HMG224 eingeordnet (Modell 4). Darüber hinaus wird die DxG315 ohne Bildung einer zusätzlichen HMG in Modell 5 aus HMG294 in HMG293 verschoben.

Die Ergebnisse dieser beiden Anpassungsalternativen lassen sich Tabelle 28 entnehmen. Es zeigt sich, dass die Verschiebung der Diagnosegruppe in die schon bestehende HMG292 (Modell 5) die Gütemaße des Modells deutlicher verbessert als die Bildung einer eigenständigen HMG für die DxG315 (Modell 4). Somit ist Modell 5 sowohl hinsichtlich der geringeren Hierarchiekomplexität als auch unter Berücksichtigung der Kennzahlen Vorzug zu geben.

Tabelle 28: Einordnung der DxG315

Datengrundlage: Vollerhebung	0: "Hierarchisierte DxGs": Fallzahlen und Schätzer		3: Höhergruppierung DxG307 (in HMG292)			4: Eigene HMG224 für DxG315			5: Höhergruppierung der DxG315 (in HMG293)		
			R ²	24,7310%	(+0,0012%)	R ²	24,7324%	(+0,0018%)	R ²	24,7320%	(+0,0022%)
			CPM	23,8036%	(+0,0008%)	CPM	23,8050%	(+0,0016%)	CPM	23,8054%	(+0,0026%)
			MAPE	2.139,81 €	(-0,02 €)	MAPE	2.139,77 €	(-0,05 €)	MAPE	2.139,76 €	(-0,07 €)
DxG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert	HMG	Versicherte	Jahreswert
DxG304 Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion (C1-C7)	196	72.735 €		196	72.728 €		196	72.731 €		196	72.733 €
DxG303 Supranukleär deafferentierter Zustand (Locked-in-Syndrom)	564	35.987 €	259			259			259		
DxG307 Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)	212	32.879 €	259	776	35.137 €	259	776	35.129 €	259	776	35.125 €
DxG317 Schwere zervikale / thorakale Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. vollständige Läsion	786	19.527 €	292			292			292		
DxG299 Motoneuronerkrankungen (einschließlich Amyotrophe Lateralsklerose) und spinalen Muskelatrophien	18.564	16.305 €	292	33.828	16.213 €	292	33.828	16.211 €	292	35.695	16.040 €
DxG302 Quadriplegie, (C1-C7), vollständig	14.478	15.913 €	293			293			293		
DxG315 Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks	1.867	13.024 €	293			293	1.867	13.024 €	293		
DxG300 Arteria-spinalis-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom	204	8.213 €	294	110.587	7.358 €	224	108.720	7.256 €	294	108.720	7.256 €
DxG301 Quadriplegie, inkomplett oder nicht näher bezeichnet	108.516	7.250 €	294			294			294		
DxG316 Traumatische Rückenmarksläsion ohne Wirbelkörperfraktur, exkl. schwere zervikale / thorakale Läsion	558	6.974 €	295			294			295		
DxG005 (Sub)akute Myelitis	404	4.776 €	295	78.057	4.102 €	295	78.057	4.101 €	295	78.057	4.102 €
DxG306 Paraplegie	65.511	4.286 €	296			295			296		
DxG312 Postoperative Krankheiten des Nervensystems	1.393	3.869 €	296			296			296		
DxG305 Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie	10.191	2.778 €	296			296			296		
DxG311 Spina bifida, Hydrozephalus, andere angeborene Anomalien des Nervensystems	58.233	2.610 €	039			296			039		
DxG310 Läsionen der Cauda equina	6.483	1.915 €	039	83.122	2.332 €	039	83.122	2.331 €	039	83.122	2.331 €
DxG308 Spinozerebellare Erkrankungen, einschließlich Friedreich-Ataxie	18.406	1.570 €									
DxG193 Spinalkanalstenose	1.101.005	736 €		1.162.489	732 €		1.162.489	732 €		1.162.489	732 €
DxG309 Sonstige Myelopathien	61.484	656 €									

19.3.3 Einordnung der DxG305

Der Verbleib der DxG305 „Angeborene / kindliche Diplegie / Paraplegie“ in HMG295 wurde in der Dokumentation zum Festlegungsentwurf (S. 174) begründet. Die dort dargestellten Bedenken des BVA gegen eine getrennte Einstufung der angeborenen Paraplegie (DxG305) und (beispielsweise) der hereditären Paraplegie (DxG306) werden in den Stellungnahmen von GKV-SV und DAK-G inhaltlich nicht aufgegriffen. Es ist nicht ersichtlich, weshalb GKV-SV und DAK-G die Bedenken des BVA nicht teilen. Aus diesem Grund verbleibt die DxG305 bis auf weiteres in HMG295.

19.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf kommt es zu den folgenden Änderungen in der Hierarchie 13 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“:

- Die DxG307 „Vollständige traumatische thorakale Rückenmarksläsion (Th1-Th12)“ wird aus HMG293 in HMG292 verschoben.
- Die DxG 315 „Spätfolgen von traumatischen Läsionen des Rückenmarks“ wird aus HMG294 in HMG293 verschoben.
- Die HMG292 wird umbenannt in „Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom“
- Die HMG293 wird umbenannt in „Unvollständige zervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen“.
- Die HMG294 wird umbenannt in „Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressions-syndrome des Rückenmarks“.

Die folgende Tabelle 29 stellt die Hierarchie in den Fassungen des Ausgangsmodells, des Festlegungsentwurfes, und der endgültigen Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 gegenüber. Bei dieser Übersicht werden die hierarchieübergreifenden Dominanzbeziehungen zu den Hierarchien 17 „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ und 23 „Verletzungen“ wieder berücksichtigt.⁶

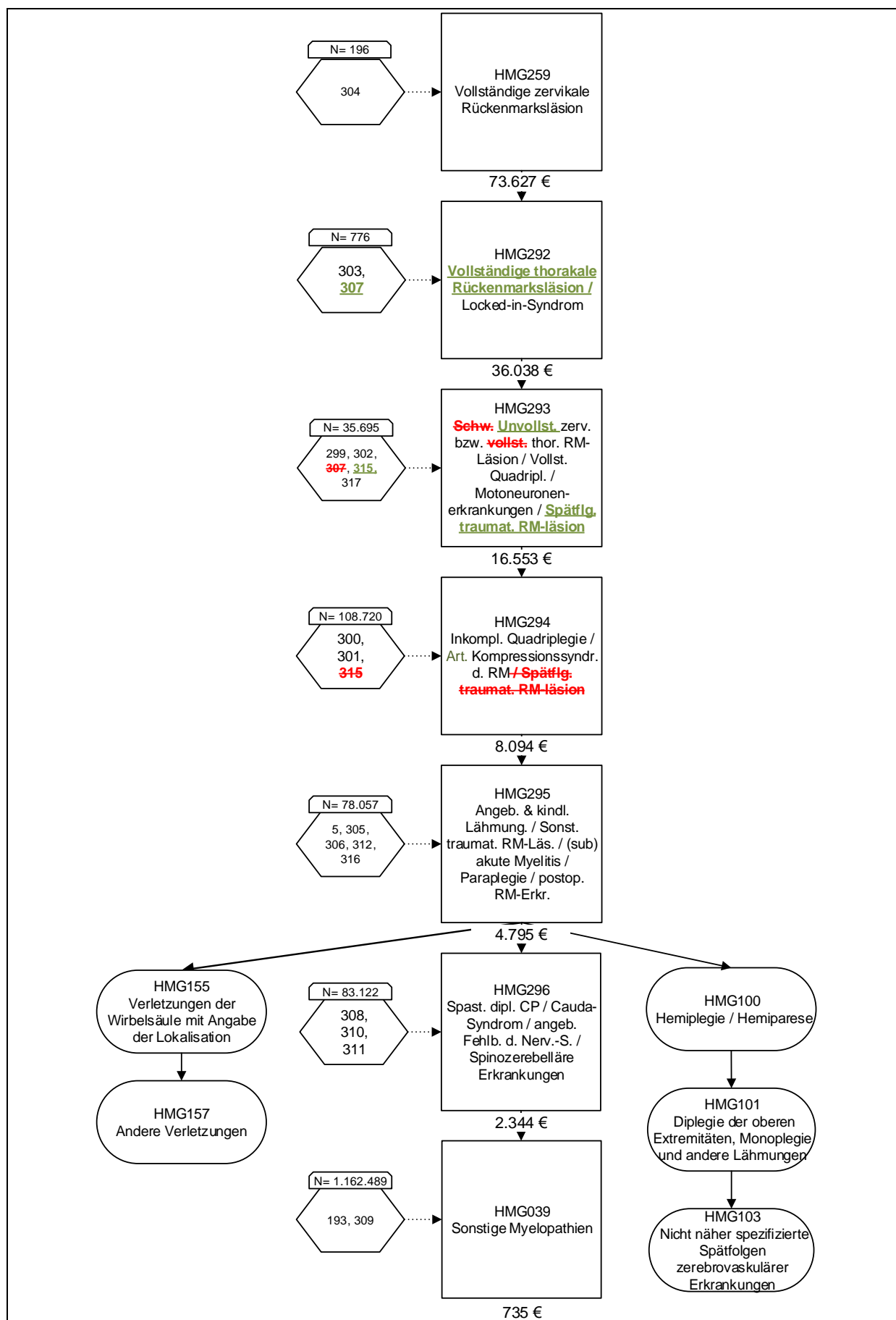
In Abbildung 15 werden die Änderungen an der Hierarchie 13 im Vergleich zum Festlegungsentwurf nochmals schematisch dargestellt.

⁶ Hierbei ist zu beachten, dass das Ergebnis der Überarbeitung der Hierarchie 23 nicht umgesetzt wird. Im endgültigen Modell (vgl. Abbildung 15) wirkt die Dominanzbeziehung der Hierarchie 13 auf die HMGs 155 und 157, da die HMG156 im Rahmen der Überarbeitung der Hierarchie 23 entfällt. Die Fallzahlen und Kostenschätzer des „Gesamtmodells“, das alle Anpassungen in diesem Überarbeitungszyklus zusammenführt, lassen sich dem Anhang dieses Dokuments entnehmen.

Tabelle 29: Hierarchie 13 - Ausgangsmodell, Entwurf, Festlegung

Ausgangsmodell				Festlegungsentwurf mit externen Dominanzbeziehungen				Festlegung mit externen Dominanzbeziehungen			
Datengrundlage: Vollerhebung		R ²	24,7177%			24,7259% (+0,0082%)			24,7280% (+0,0103%)		
		CPM	23,7968%			23,8002% (+0,0034%)			23,8027% (+0,0059%)		
		MAPE	2.140,00 €			2.139,91 € (-0,10 €)			2.139,84 € (-0,17 €)		
HMG	Bezeichnung (alt)	Versicherte	Jahreswert	Bezeichnung (neu)	Versicherte	Jahreswert	Bezeichnung (neu)	Versicherte	Jahreswert		
HMG259	Vollständige zervikale Rückenmarksläsion	196	73.617 €	Vollständige zervikale Rückenmarksläsion	196	73.617 €	Vollständige zervikale Rückenmarksläsion	196	73.627 €		
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	776	35.923 €	Locked-in-Syndrom	564	36.922 €	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	776	36.038 €		
HMG293	Vollständige Quadriplegie / Inkomplette hohe Läsion / Folgen einer Rückenmarksverl. / Motoneuronenerkrankungen	35.695	16.535 €	Schwere zervikale bzw. vollständige thorakale Rückenmarksläsion / vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen	34.040	16.826 €	Unvollständige ervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen	35.695	16.553 €		
HMG294	Paraplegie / Inkompl. od. n.n.bez. Quadriplegie / sonst. Rückenmarksläsion	174.720	6.900 €	Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks / inkomplette Quadriplegie	110.587	8.191 €	Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks / inkomplette Quadriplegie	108.720	8.094 €		
HMG295	Schwerwiegende Myelopathien / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems	70.290	2.998 €	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsion / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	78.057	4.794 €	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsion / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	78.057	4.795 €		
HMG296	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks	130.191	1.047 €	Cauda-Syndrom / angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	83.122	2.345 €	Cauda-Syndrom / angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	83.122	2.344 €		
HMG039	Spinalkanalstenose	1.057.187	724 €	Sonstige Myelopathien	1.162.489	735 €	Sonstige Myelopathien	1.162.489	735 €		
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule in mehreren Segmenten	2.235	928 €	Verletzungen der Wirbelsäule in mehreren Segmenten	2.235	925 €	Verletzungen der Wirbelsäule in mehreren Segmenten	2.235	925 €		
HMG156	Andere Wirbelverletzungen mit Angabe der Lokalisation	226.919	1.136 €	Andere Wirbelverletzungen mit Angabe der Lokalisation	226.848	1.132 €	Andere Wirbelverletzungen mit Angabe der Lokalisation	226.848	1.132 €		
HMG157	Andere Verletzungen	111.777	772 €	Andere Verletzungen	111.755	769 €	Andere Verletzungen	111.755	769 €		
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	372.552	2.098 €	Hemiplegie / Hemiparese	375.747	2.106 €	Hemiplegie / Hemiparese	375.747	2.105 €		
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	80.460	1.328 €	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	84.116	1.530 €	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	84.116	1.529 €		
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.488	582 €	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.999	582 €	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.999	582 €		

Abbildung 15: Festlegung für die Hierarchie 13 „Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks“



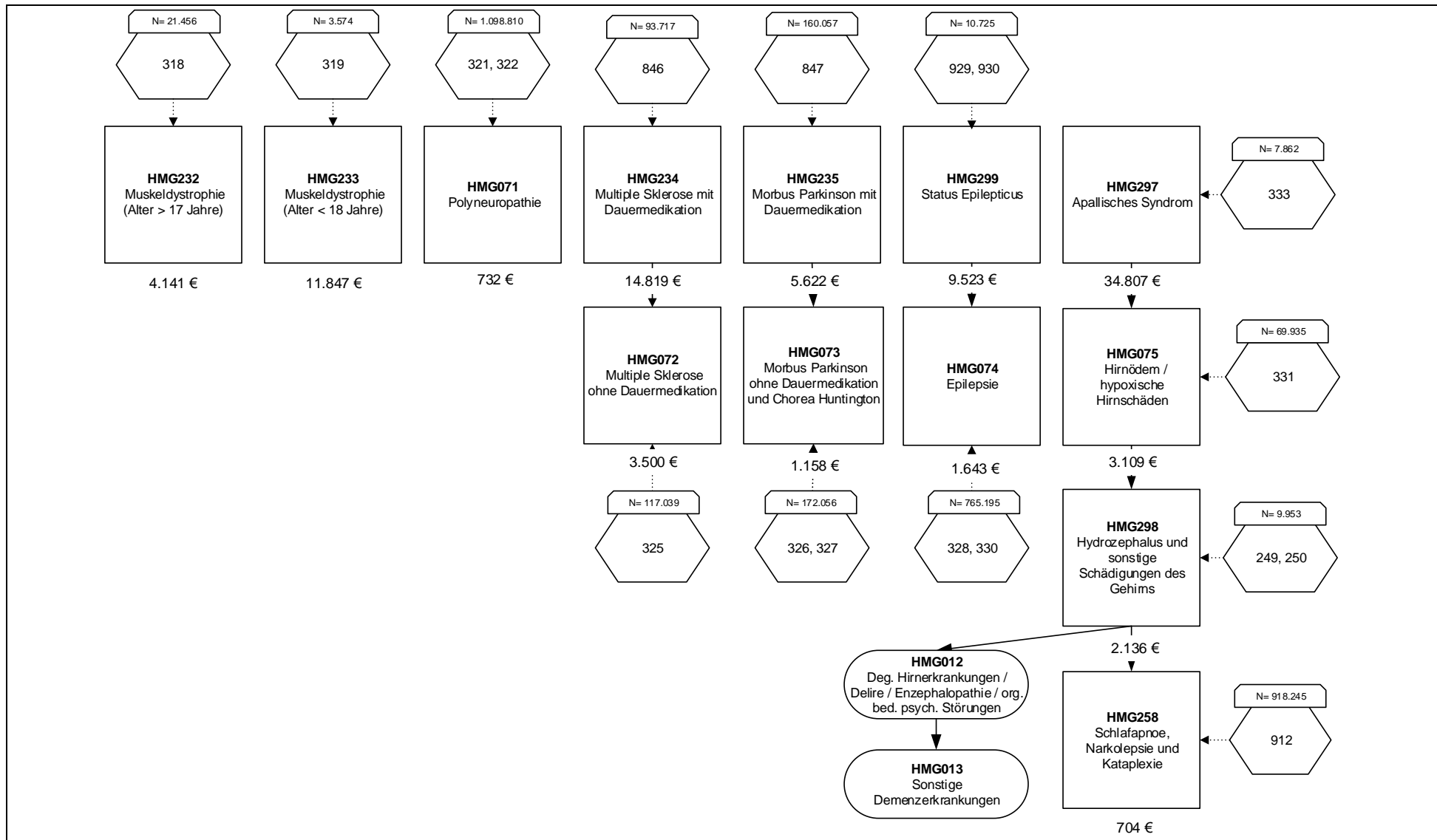
20 Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

20.1 Festlegungsentwurf

Im Festlegungsentwurf wurden den Neurologischen Erkrankungen durch die Krankheitsauswahl zwei neue ICD-Kodes zugeordnet: der ICD-Kode G23.3 „Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]“ in der DxG327 „Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ / HMG073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington“ und der ICD-Kode P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ in der DxG250 „Normotensiver Hydrozephalus“ / HMG298 „Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns“. Abgesehen von diesen Folgeänderungen durch die Krankheitsauswahl ergaben sich in der Hierarchie 14 keine Änderungen im Vergleich zum Ausgangsmodell.

Die Hierarchie in der Fassung des Festlegungsentwurfs wird in Abbildung 16 zusammengefasst (geändert aufgrund eines redaktionellen Fehlers, s. Stellungnahme GKV-SV). Diese enthält die Kostenschätzer der Vollerhebung.

Abbildung 16: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ im Festlegungsentwurf



20.2 Stellungnahmen

TK et al. befürworten, dass abgesehen von den durch die Überarbeitung der Krankheitsauswahl neu in das Modell zu integrierenden ICD-Kodes keine weiteren inhaltlichen Veränderungen in dieser Hierarchie vorgenommen wurden.

Der GKV-SV weist daraufhin, dass laut Grafiken der Dokumentation die HMGs 075, 297 und 298 die HMG011 dominieren, die Dominanz (laut Anlage 1 zum Festlegungsentwurf) allerdings auf die HMG012 wirken müsse.

Der BKK-DV möchte mit seiner Stellungnahme frühzeitig auf die anstehende Zulassung des Wirkstoffs Daclizumab zur Behandlung der Multiplen Sklerose hinweisen und bittet zu gegebener Zeit um Berücksichtigung im Klassifikationsmodell.

Der AOK-BV weist auf den im Jahr 2014 für die Behandlung des M. Duchenne (G71.0) neu zugelassenen Wirkstoff Ataluren (M09AX03) hin, der nur bei Vorliegen einer spezifischen Genmutation eingesetzt werde. Mit Blick auf die sehr hohen Jahrestherapiekosten wird angeregt, eine über den Wirkstoff getriggerte Differenzierung in zwei HMGs vorzunehmen.

Der AOK-BV weist außerdem über den Festlegungsentwurf hinaus daraufhin, dass der bisherige ICD-Kode G90.3 „Multisystem-Atrophie“ mit der Einführung des ICD-10-GM 2016 gestrichen wurde und dessen Inhalte bei G23.- „Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien“ differenziert verortet wurden. Nach Ansicht des AOK-BV sollten die darunter fallenden Codes G23.2 "Multiple Systematrophie vom Parkinsonstyp", G23.8 "Sonst. n. bez. degenerative Krankheiten der Basalganglien" und G23.9 "Degenerative Krankheit der Basalganglien, n. n. bez." nicht nur in der HMG073 "Morbus Parkinson ohne Dauermedikation", sondern auch in der HMG235 "Morbus Parkinson mit Dauermedikation" einen Zuschlag auslösen können, da sich bei einem Drittel der Patienten mit dem früheren ICD G90.3 Antiparkinsonmittel in den Abrechnungsdaten fänden.

Der IKK e.V. regt eine empirische Einordnung der neu eingeführten ICD-Kodes G23.3 und P91.7 an – sobald entsprechende Daten dazu vorliegen.

20.3 Bewertung

20.3.1 Dominanzbezeichnung

Die Anmerkung des GKV-SV ist korrekt: Die HMGs 075, 297 und 298 dominieren die HMG012, die im Ausgangsmodell als „Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer“ und in der Entwurfsfassung mit „Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen“ bezeichnet wurde.

20.3.2 Daclizumab

Der im Juli 2016 in Europa zugelassene Wirkstoff Daclizumab zur Therapie der Multiplen Sklerose hat den ATC-Kode L04AC01. Dieser neue Wirkstoff ist bisher nicht in der Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel zum Aufgreifen der Multiplen Sklerose mit Dauermedikation enthalten. Da es sich bei diesem Vorschlag um die Ergänzung einer bestehenden Arzneimittelliste – entsprechend dem Vorgehen bei den technischen Anpassungen – handelt (und nicht wie in Kapitel 20.3.3 um die Abgrenzung einer eigenständigen DxG bzw. HMG), wird dem Vorschlag gefolgt. Der ATC-5-Steller L04AC „Interleukin-Inhibitoren“ wird zusätzlich zum Aufgreifen der DxG846 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“ aufgenommen.

Die Auswirkungen der Zuordnung von Daclizumab können erst nach Vorliegen der entsprechenden Verordnungsdaten empirisch abgebildet werden. Allerdings kommt es durch die Berücksichtigung des übergeordneten ATC-Fünfstellers bereits jetzt zu geringfügigen Fallzahlveränderungen in den HMGs 234 und 072 (vgl. Tabelle 30).

20.3.3 Ataluren

Bei neuen spezifischen Wirkstoffen kann erst nach Vorliegen der entsprechenden Verordnungsdaten empirisch geprüft werden, ob die Abgrenzung einer eigenständigen Dx-Gruppe und ggfs. Morbiditätsgruppe angezeigt ist. Für die Abgrenzung des M. Duchenne über die Verordnung von Ataluren kann dies erstmalig für das Ausgleichsjahr 2018 erfolgen.

20.3.4 Multisystem-Atrophien

Mit dem ICD-10-GM 2016 wurde die Multisystem-Atrophie (G90.3) gestrichen. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Pflege von OPS und ICD-10-GM für Zwecke der Entgeltsysteme beim DIMDI wird dazu bereits im Änderungsvorschlag für den ICD-10-GM 2014 von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie folgendes ausgeführt: „Die Multisystematrophie wird nach neuerer Klassifikation [...] in zwei Typen eingeteilt, und zwar in die Multisystematrophie vom Parkinson-Typ (MSA-P), die bisher mit dem Begriff striatonigrale Degeneration ([...] G23.2) bezeichnet wurde, und die cerebelläre Multisystematrophie (MSA-C), früher als olivopontocerebelläre Atrophie (OPCA) bezeichnet. Der veraltete Begriff OPCA wird im ICD-10 nicht erwähnt, wäre aber in die G23.8 einzuordnen. [...] Das Shy-Drager-Syndrom ist ein früherer Begriff, der bisher für eine MSA-P oder MSA-C mit schweren autonomen Störungen verwendet wurde. Dieser Begriff kann deshalb noch unter der G23.8

aufgeführt werden, er stellt jedoch keine eigene Krankheitsentität dar und sollte ausschließlich verwendet werden, wenn keine extrapyramidal motorischen Symptome auftreten.“⁷

Der Vorschlag des AOK-BV, dass der ICD-Kode G23.2 „Multiple Systematrophie vom Parkinsonstyp“ auch einen Zuschlag in der HMG „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ auslösen kann, wird als sachgerecht angesehen. Der ICD-Kode G23.8, der z.T. explizit nur dann verwendet wird, wenn keine extrapyramidal motorischen Symptome vorliegen (s.o.), kann nicht dem Morbus Parkinson zugeordnet werden. Dies gilt ebenfalls für den G23.9, der eine nicht näher bezeichnete degenerative Krankheit der Basalganglien abbildet.

Demzufolge wird der ICD-Kode G23.2 aus der DxG327 „Chorea Huntington und degenerative Basalganglienerkrankungen“ in die DxG326 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation“ / HMG073 „Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington“ bzw. bei Vorliegen der Aufgreifkriterien der DxG847 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ / HMG235 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ zugeordnet.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dieser geänderten Zuordnung sind in Tabelle 30 ersichtlich.

Tabelle 30: Zuordnung des ICD G23.2 in HMG073 bzw. HMG235 & Berücksichtigung ATC L04AC zum Aufgreifen der DxG846

Datengrundlage: Vollerhebung		Ausgangsmodell			Angepasstes Modell		
		R ²	24,7177%		R ²	24,7178%	0,0001%
		CPM	23,7968%		CPM	23,7968%	0,0001%
Risikofaktor		MAPE	2.140,00 €		MAPE	2.140,00 € -	0,00 €
HMG	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE	Versicherte	Jahreswert	SE
071	Polyneuropathie	1.098.810	732 €	8 €	1.098.810	732 €	8 €
072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	117.039	3.500 €	22 €	117.022	3.499 €	22 €
073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	172.056	1.158 €	19 €	172.049	1.157 €	19 €
074	Epilepsie	765.195	1.643 €	9 €	765.195	1.643 €	9 €
075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	69.935	3.109 €	29 €	69.935	3.109 €	29 €
232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	21.456	4.141 €	52 €	21.456	4.141 €	52 €
233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.574	11.847 €	126 €	3.574	11.847 €	126 €
234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	93.717	14.819 €	25 €	93.739	14.819 €	25 €
235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	160.057	5.622 €	20 €	160.065	5.622 €	20 €
258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	918.245	704 €	8 €	918.245	704 €	8 €
297	Apallisches Syndrom	7.862	34.807 €	89 €	7.862	34.807 €	89 €
298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	9.953	2.136 €	78 €	9.953	2.136 €	78 €
299	Status epilepticus	10.725	9.523 €	76 €	10.725	9.522 €	76 €

⁷ s. 7.a im Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2014 vom DIMDI (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2014/027-multisystatrophie-trenkwalder.pdf> aufgerufen am 01.09.2016)

Die Verschiebung des ICD-Kodes G23.2 hat geringe Auswirkungen auf die Fallzahlen und Schätzer der HMG073 und HMG235, auf die Kennzahlen selbst hat sie keine Auswirkung. Medizinisch-pharmazeutisch ist sie sinnvoll.

20.3.5 G23.3 und P91.7

Eine empirische Einordnung der neu eingeführten ICD-Kodes G23.3 und P91.7 kann – wie der IKK e.V. richtig anmerkt – frühestens erfolgen, wenn die entsprechenden Daten vorliegen. Dies wird bei der erstmaligen Anpassung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2020 der Fall sein.

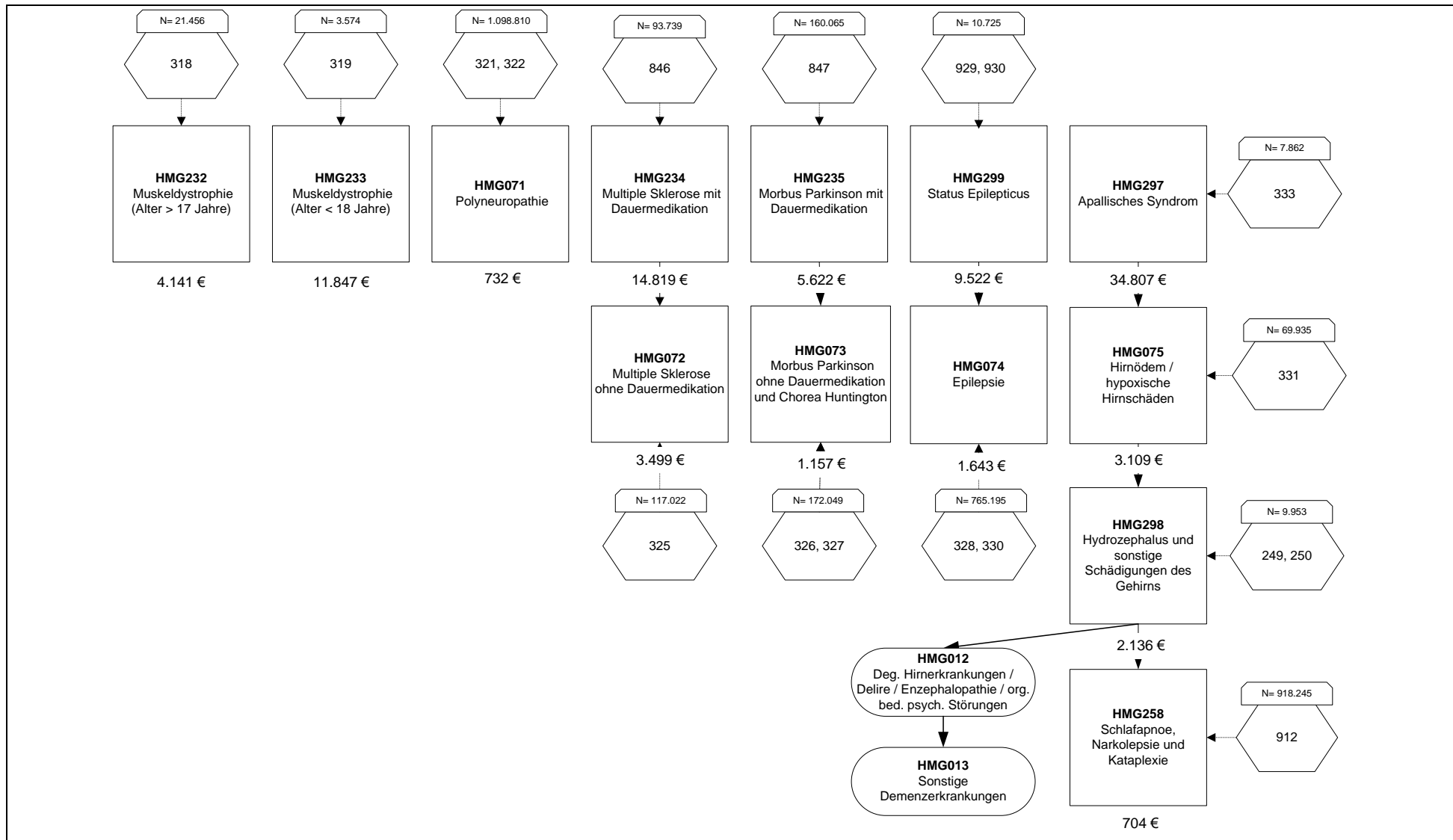
20.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich folgende Änderungen in der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“:

- Der ICD-Kode G23.2 wird – bei Vorliegen der entsprechenden Aufgreifkriterien – entweder der DxG326 oder der DxG847 zugeordnet.
- Der ATC-Kode L04AC wird zum Aufgreifen der DxG846 in der Anlage 3 ergänzt.

Die schematische Darstellung der Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“ in der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2017 findet sich in Abbildung 17.

Abbildung 17: Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“



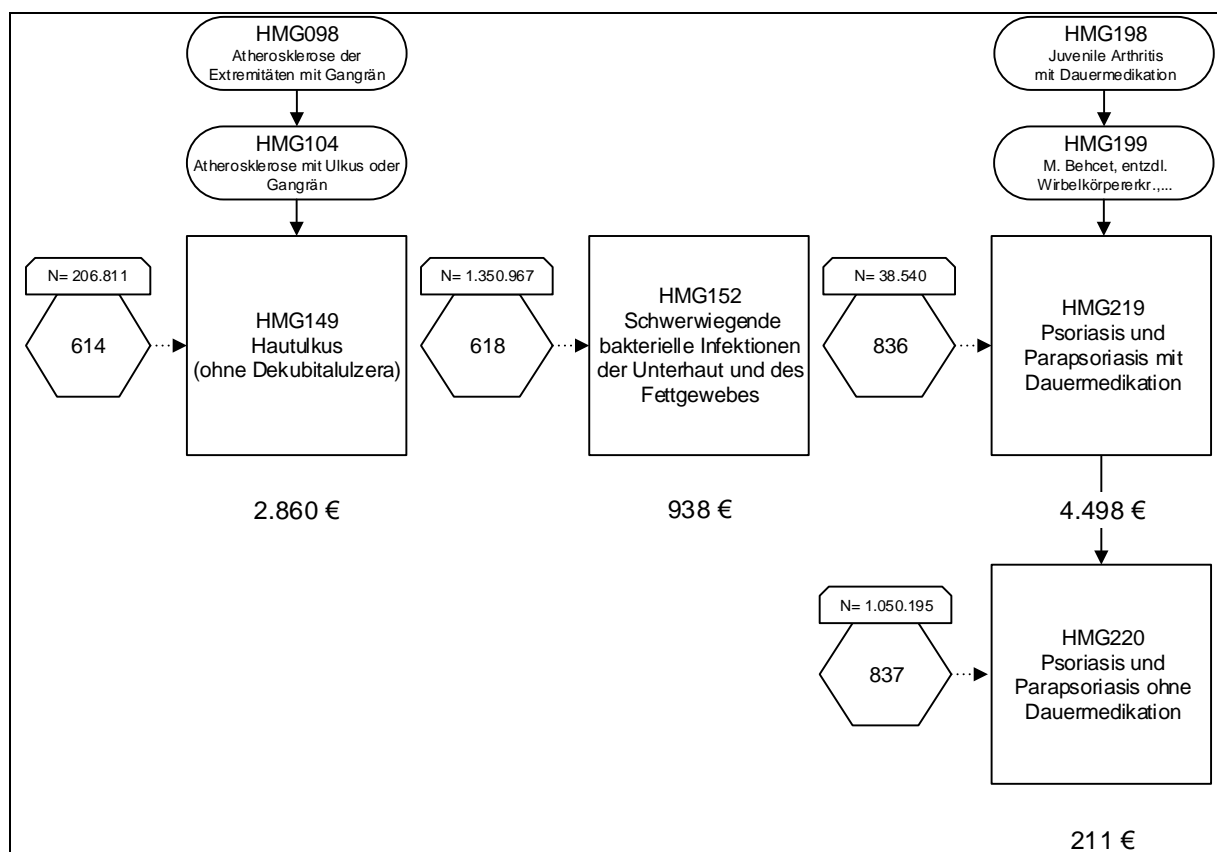
21 Hierarchie 22 „Erkrankungen der Haut“

21.1 Festlegungsentwurf

Vor dem Hintergrund der Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln (hier Wirkstoff Methotrexat) wurden die beiden ATC-5-Steller L01BA (Folsäure-Analoga) und M01CX (Andere spezifische Antirheumatika) in die Anlage 3 der berücksichtigungsfähigen Arzneimittel unter DxG836 (Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation) aufgenommen. Darüber hinaus wurde zwischen der Hierarchie 7 (Muskel-Skelett-Erkrankungen) und der Hierarchie 22 über die HMGs 198 und 199 in Hierarchie 7 eine Dominanz zur HMG219 bzw. HMG220 erstellt.

Eine schematische Darstellung der vorgeschlagenen Hierarchieausgestaltung ist in Abbildung 18 zu sehen.

Abbildung 18: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 22 „Haut“



21.2 Stellungnahmen

TK et al. bezeichnen die Erweiterung der Anlage 3 für die DxG836 sowie die Einführung einer Dominanzbeziehung zwischen den HMGs 198 und 199 in der Hierarchie 7 und 219 und 220 in der Hierarchie 22 als nachvollziehbar. Der AOK-BV begrüßt die vorgenommene, von

Hierarchie 7 (Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) ausgehende Dominanzbeziehung als medizinisch sachgerecht. Die DAK-G kritisiert dagegen, dass neben Psoriasis und Arthritis psoriatica zahlreiche andere Diagnosen in hierarchieübergreifende Dominanzbeziehungen gebracht werden. Dies sei weder sinnvoll noch erforderlich. Der Systematik folgend – analog Diabetes mellitus und Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung – schlagen sie eine Verschiebung dieser Diagnoseschlüssel in die Hierarchie 22 vor.

21.3 Bewertung

Da durch die eingeführte Dominanzbeziehung das Modell verbessert und sie von TK et al. und AOK-BV begrüßt bzw. von der Mehrheit der Kassen nicht kommentiert wird, wird von BVA und Wissenschaftlichem Beirat kein Veränderungsbedarf gesehen.

21.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf ergeben sich keine Änderungen.

22 Hierarchie 23 „Verletzungen“

22.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf sieht die folgenden Änderungen für die Hierarchie 23 vor:

Anpassungen im Bereich der Verletzungen der Wirbelsäule:

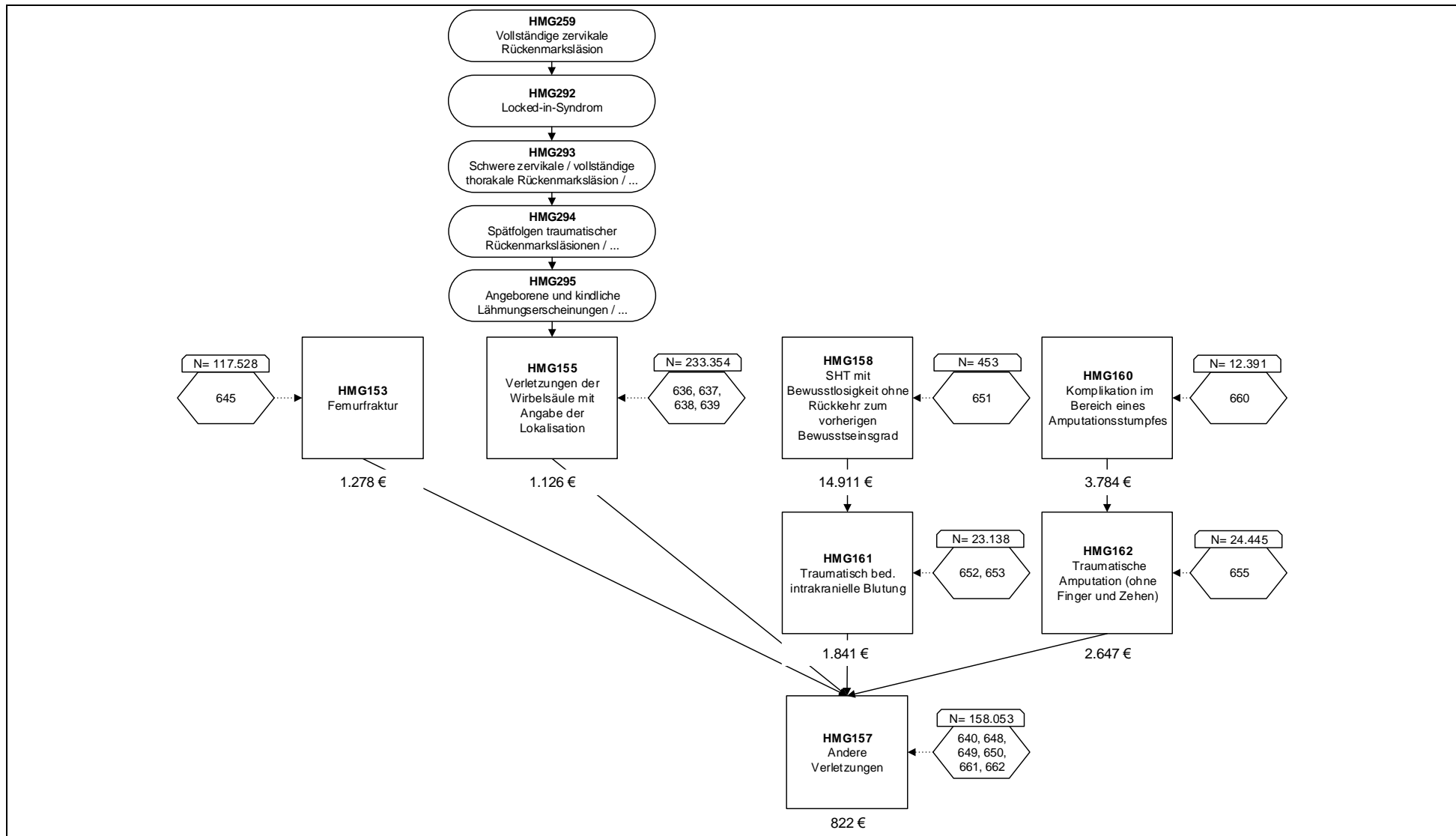
- Die DxGs 636 „Verletzungen der HWS“, 637 „Verletzungen der BWS“ und 638 „Verletzungen der Wirbelsäule im LWS- oder Sakralbereich“ werden aus der HMG156 „Andere Wirbelverletzung mit Angabe der Lokalisation“ in die HMG155 verschoben.
- Die HMG155 wird umbenannt in „Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation“.
- Die HMG156 und die bislang auf sie wirkenden Dominanzbeziehungen entfallen.

Anpassungen im Bereich der Schädel-Hirn-Traumata:

- Die ICD-Kodes S06.4, S06.5, S06.6 werden in die neue DxG652 „Traumatische intrakranielle Blutungen“ verschoben. Die DxG652 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.
- Die ICD-Kodes S06.23, S06.33 und S06.34 werden in die neue DxG653 „Andere intrakranielle Hämatome“ verschoben. Die DxG653 wird über das Kriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen.
- Die DxG652 und DxG653 werden der neuen HMG161 „Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen“ zugeordnet.
- Die HMG161 wird dominiert von der HMG158 „SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad“. Die HMG161 dominiert ihrerseits die HMG157 „Andere Verletzungen“.
- Die DxG648 „Diffuse Hirnverletzungen / Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome“ wird aus der HMG159 in die HMG157 verschoben. Sie erhält die neue Bezeichnung „Diffuse Hirnverletzungen“.
- Die DxG649 „Umschriebene Hirnverletzungen“ wird aus der HMG159 in die HMG157 verschoben.
- Die DxG650 „Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad“ wird aus der HMG159 in die HMG157 verschoben.
- Die HMG159 „Sonstige schwere Schädel-Hirn-Traumata“ sowie die bislang auf sie wirkenden Dominanzbeziehungen entfallen.

Abbildung 10 zeigt die Struktur, Fallzahlen und Kostenschätzer der Hierarchie 23 nach der Anpassung.

Abbildung 19: Entwurf zur Anpassung der Hierarchie 23 „Verletzungen“



22.2 Stellungnahmen

TK et al. halten die vorgenommenen Änderungen für sinnvoll.

22.3 Bewertung

Es liegt kein weiterer Anpassungsbedarf vor.

22.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf kommt es zu keinen weiteren Anpassungen der Hierarchie 23 „Verletzungen“.

23 Hierarchie 25 „Transplantationen“

23.1 Festlegungsentwurf

Der Festlegungsentwurf sieht die folgenden Änderungen für die Hierarchie 25 vor:

- Die DxG740 „Komplikation nach Lebertransplantation“ wird in die HMG172 „Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates“ verschoben und umbenannt in „Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates“.
- Die DxG738 „Versagen und Abstoßung Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- und Lebertransplantat“ wird umbenannt in „Versagen und Abstoßung eines Herz-, Lungen-, Herz-Lungen- oder Pankreastransplantates“.
- Die HMG173 „Komplikation nach Lebertransplantation“ wird aufgelöst.
- Die HMG172 wird umbenannt in „Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation“.

Abbildung 20 zeigt die Struktur, Fallzahlen und Kostenschätzer der Hierarchie 25 nach der Anpassung.

23.2 Stellungnahmen

TK et al. halten die vorgenommenen Änderungen für sinnvoll.

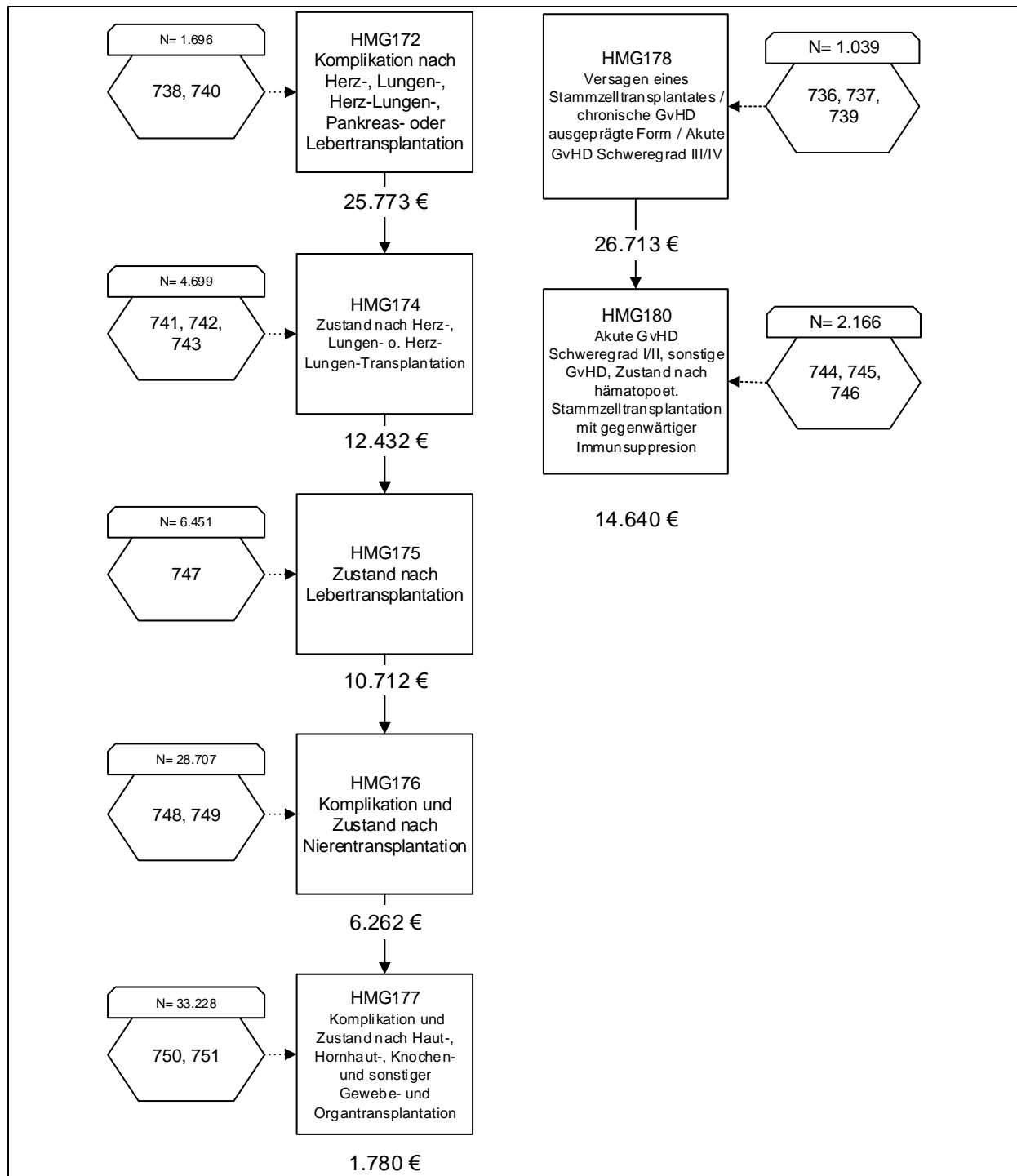
23.3 Bewertung

Es liegt kein weiterer Anpassungsbedarf vor.

23.4 Ergebnis

Im Vergleich zum Festlegungsentwurf kommt es zu keinen weiteren Anpassungen der Hierarchie 25 „Transplantationen“.

Abbildung 20: Festlegung für die Hierarchie 25 „Transplantationen“



V Abgrenzung weiterer Risikogruppen

24 Kostenerstattergruppen (KEGs)

24.1 Festlegungsentwurf

Es wurde keine Änderung im Vergleich zum Vorjahr vorgenommen.

24.2 Stellungnahmen

Der AOK-BV spricht sich für eine Anpassung der KEGs aus. Die im Vorjahr vorgenommene altersbezogene Differenzierung der Gruppen solle zurückgenommen werden, da der GKV-SV kein Mandat gehabt habe, sein Einvernehmen zum Anpassungsvorschlag zu erklären. Zudem stehe die mit der Aufteilung der Gruppen erreichte Verbesserung des Modells nicht in einem sinnvollen Verhältnis zu dessen Komplexitätszunahme.

24.3 Bewertung

Die Vornahme einer weiteren Differenzierung der KEGs für das Ausgleichsjahr 2016 wurde, wie in § 31 Abs. 5 Satz 3 RSAV vorgesehen, im Einvernehmen mit dem GKV-SV umgesetzt. Dieser hatte dem vom BVA vorgeschlagenen Modell mit Schreiben vom 9. September 2015 explizit zugestimmt, sodass das BVA davon ausgehen durfte, das erforderliche Einvernehmen hergestellt zu haben.

Die Einführung einer altersspezifischen Differenzierung der KEGs wurde in den vergangenen Jahren ausführlich diskutiert und erst nach wiederholten empirischen Untersuchungen getroffen. Zwar wird das BVA die Entwicklung von Fallzahlen und Kostenschätzern der KEGs im Zeitverlauf beobachten; ein Bedarf zur Neuabgrenzung der Gruppen, insbesondere einer Rücknahme der vorgenommenen Differenzierung, wird gegenwärtig jedoch nicht gesehen.

24.4 Ergebnis

Es wird keine Änderung vorgenommen.

25 Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)

25.1 Festlegungsentwurf

Es wurden keine Anpassungen vorgenommen.

25.2 Stellungnahmen

Unter Verweis auf das Gutachten „Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren“ des IGES-Instituts fordert der BKK-DV das BVA dazu auf, einen Verzicht auf die EMGs im Klassifikationsmodell zu prüfen.

25.3 Bewertung

Die Berücksichtigung des Merkmals „Bezug von Erwerbsminderungsrente“ als Ausgleichsfaktor bei der Ermittlung der Zuweisungen ist nach § 266 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V gesetzlich vorgegeben. Die Entscheidung über einen Verzicht auf die EMGs im Ausgleichsverfahren liegt somit außerhalb des Gestaltungspielraums von Wissenschaftlichem Beirat und BVA i.R.d. § 31 RSAV.

Gleichwohl hat das BVA die Auswirkungen, die ein Verzicht auf die EMGs nach sich ziehen würde, auf Grundlage der GKV-Vollerhebung simuliert. Die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung widerlegen die zentralen Aussagen des o.g. Gutachtens. Der Wegfall dieses Risikomerkmals würde zu einer deutlichen Abnahme der Prädiktionsgüte des Modells auf Ebene der versicherten Individuen führen; die Varianz der Deckungsquoten auf Ebene der Krankenkassen würde jedoch nicht abnehmen. Darüber hinaus würde die Streichung dieser Risikogruppen keine nennenswerte Verfahrensvereinfachung darstellen.

25.4 Ergebnis

Es wird keine Änderung vorgenommen.

VI Berechnungsverfahren

26 Begrenzung der Zuweisungen für „Auslandsversicherte“ (AusAGGs)

26.1 Festlegungsentwurf

Das Berechnungsverfahren zur Begrenzung der Zuweisungen für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt oder Wohnsitz im Ausland (Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V, § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV) wurde im Vergleich zu den Vorjahren nicht geändert. Allerdings hat das BVA unter Punkt 2.5.7. der diesjährigen Festlegung („Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte“) eine redaktionelle Konkretisierung bei der Nennung der zur Ermittlung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte heranzuziehenden KJ1-Konten vorgenommen. Damit wurde klargestellt, dass alle Einzelkonten der Kontenarten 480 und 483 (4800, 4801, 4802, 4830 und 4831) zur Berechnung der Leistungsausgaben der Auslandsversicherten herangezogen werden.

26.2 Stellungnahmen

Die Stellungnahmen zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte gehen größtenteils auf die vom BVA vorgenommene Klarstellung bzgl. der zu berücksichtigenden Konten ein. Weitere Stellungnahmen setzen sich auch mit grundsätzlichen Aspekten der Durchführung der Sonderregelung auseinander.

26.2.1 Nennung der Konten zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte

GKV-SV, AOK-BV, IKK e.V. sowie die AOK-Rhld.-H. sprechen sich dafür aus, bei der Definition der „Leistungsausgaben für Auslandsversicherte nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV“ nicht auf die o.g. Einzelkonten, sondern auf die in der KJ1 übergeordneten Kontenarten 480 und 483 abzustellen.

26.2.2 Durchführung der Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V

Die AOK-Rhld.-H. wiederholt ihren bereits in den Vorjahren vorgetragenen Standpunkt, dass die in Punkt 2.5.7. der Festlegung (i.V.m. der entsprechenden Verfahrensbestimmung nach § 39 Abs. 3 Satz 6 und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV) unverändert vorgesehene „Einbeziehung der Grundpauschale nach § 36 RSAV in die Zuweisungsbegrenzung“ gegen die Vorgaben

der RSAV verstoße, da die entsprechende, in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV geregelte Vorgabe die Begrenzung von „Risikozuschlägen“ und somit gerade nicht der Grundpauschale vorsehe.

Auch der AOK-BV kritisiert, dass das vom BVA gewählte Verfahren zur Kürzung der Zuweisungen den gesetzlichen Regelungen widerspreche, „da auch die Grundpauschale bei den Auslandsversicherten verändert“ werde.

Darüber hinaus stellt die Sonderregelung des § 269 Abs. 2 SGB V nach Auffassung des AOK-BV einen „IST-Kostenausgleich“ dar, der „Fehlanreize in Bezug auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V)“ setze und deshalb vom AOK-System abgelehnt werde.

26.3 Bewertung

26.3.1 Nennung der Konten

Gemäß § 31 Abs. 5 RSAV werden als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte die von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen zu Grunde gelegt. Danach sind – entsprechend den Bestimmungen des Kontenrahmens – die Bereiche pauschalierter oder nach dem tatsächlichen Aufwand berechneter Erstattungen an ausländische Versicherungsträger sowie Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V zu berücksichtigen.

Die vom BVA in der Entwurfsfassung der Festlegung aufgezählten Konten 4800, 4801 und 4802 umfassen die Einzelkonten der Kontenart 480 („Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht“). Ebenso sind die im Festlegungsentwurf genannten Einzelkonten 4830 und 4831 deckungsgleich mit der Kontenart 483 („Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V“).

Im Laufe des Jahres 2016 ist im Rahmen der AG Rechnungswesen und Statistik in der GKV eine Änderung des Kontenrahmens diskutiert worden, die in der Kontenart 480 die Bildung weiterer Unterkonten (Konten 4803-4805) nach sich gezogen hätte, um die Leistungsausgaben von Inlandsversicherten mit vorübergehendem Aufenthalt im Ausland (sog. „Urlauberrechnungen“) genauer abzugrenzen. Die im Rahmen des Festlegungsentwurfs vorgesehene explizite Begrenzung auf die Einzelkonten 4800 bis 4802 hätte bei Einführung der Konten 4803-4805 – anders, als die Nennung der übergeordneten Kontenarten – zu einer Verminderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte um die Summe der Urlauberrechnungen geführt, da diese in den nicht explizit aufgeführten Konten 4803 bis 4805 hätten gebucht werden sollen. Zwar erscheint dies aus Sicht einzelner Krankenkassen sachgerecht (IKK e.V.), da sich die Urlauberrechnungen auf die Leistungsausgaben von Inlandsversicherten im Ausland beziehen; allerdings wird von den Innungskrankenkassen vertreten, eine derartige inhaltliche Abgrenzung der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte solle erst

dann erfolgen, wenn im Gegenzug auch die – bislang bei der Berechnung der Zuweisungsbegrenzung nicht mit einbezogenen – Inlandsausgaben von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland in die Definition der zu berücksichtigenden Ausgaben einbezogen würden. Hierfür schlägt der IKK e.V. in seiner Stellungnahme ein konkretes Verfahren⁸ vor, das aus Sicht des BVA eine fundierte Diskussionsgrundlage für eine künftige Anpassung darstellt.

Das BVA stimmt mit der Auffassung überein, dass die Vornahme einer „einseitigen“ Änderung bei der Abgrenzung der Auslandsversicherten nicht zielführend ist. Festzuhalten ist jedoch, dass es bis zum Zeitpunkt des Festlegungsentwurfs nicht zu der beschriebenen Änderung des Kontenrahmens gekommen ist. Das BVA hat somit bei der Erarbeitung des Festlegungsentwurfes den zu diesem Zeitpunkt gültigen Kontenrahmen zugrunde gelegt. Im Falle einer Erweiterung des Kontenrahmens um die Konten 4803 bis 4805 sieht § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV vor, dass sich GKV-SV und BVA einvernehmlich auf die Berücksichtigung der neuen Konten verständigen.

Da gegenwärtig inhaltlich kein Unterschied darin besteht, ob unter Punkt 2.5.7. der Festlegung die beiden Kontenarten 480 und 483 oder aber deren untergeordneten Einzelkonten genannt werden, kommt das BVA dem mehrheitlichen Wunsch der Kassen nach und stellt in der aktuellen Festlegung auf die „Kontenarten 480 und 483“ ab.

26.3.2 Weitere Anmerkungen

§ 269 Abs. 2 SGB V gibt vor, dass für Auslandsversicherte „die **Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben** auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen“ ist. § 41 Abs. 1. Satz 2 RSAV konkretisiert, dass „die **Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1** (...) auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen“ ist.

Die Behauptung der AOK-Rhld.-H., diese Begrenzung werde vom BVA fehlerhaft umgesetzt, fußt auf einer fehlgeleiteten Auslegung des Begriffs „Risikozuschläge“, indem dieser als Synonym der „Zu- und Abschläge“ nach § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V verwendet wird. Es ist jedoch sachfremd und spricht für eine rein interessengeleitete Argumentation der AOK-Rhld.-H., die Auslegung des Begriffs „Risikozuschläge“ losgelöst von den systemimmanenten Zusammenhängen des RSA-Verfahrens ausschließlich an dessen Wortsinn festzumachen. So sind „Risikozuschläge“ dem SGB V fremd; im Rahmen der RSAV wird der Begriff im Zusammenhang mit dem Festlegungsprozess nach § 31 RSAV gebraucht. So ergeben sich die

⁸ Der IKK e.V. schlägt vor, die Nutzung der in der SA700 gemeldeten Inlandsausgaben der Auslandsversicherten dem Begrenzungsbetrag aufzuschlagen. Fraglich ist hierbei lediglich der Umgang mit den „Sonstigen Leistungsausgaben“ (HLB5), die auch versichertenbezogene Ausgaben für Auslandsleistungen enthalten können.

Risikozuschläge für die in § 29 RSAV genannten Risikomerkmale bzw. die nach diesen Merkmalen zu bildenden Risikogruppen auf Grundlage des Versichertenklassifikationsmodells. Die Verfahren zur Berechnung der Risikozuschläge („Regressions-„ und „Berechnungsverfahren“) sind Bestandteil der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV und werden vom BVA jährlich nach Anhörung des GKV-SV bekanntgegeben.

Seit der ersten Festlegung zum Morbi-RSA für das Ausgleichsjahr 2009 verstehen sich dabei die vom BVA ermittelten **Risikozuschläge als Größen vor Abzug der Grundpauschale**. Denn die Ermittlung der Grundpauschale nach § 36 RSAV selbst war nie Bestandteil der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV und erfolgt seit jeher erst **nach** Durchführung des Regressions- bzw. des Berechnungsverfahrens. Die Grundpauschale ist letztlich ein rein artifizielles Konstrukt, das dem Regressionsverfahren sowie den sich bei der Durchführung der Regression ergebenden Gewichtungsfaktoren bzw. den sich daraus ergebenden Risikozuschlägen fremd ist.

Relevant wird die Grundpauschale hingegen bei der – sich an die Durchführung des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens anschließenden – Ermittlung der Zuweisungen gem. § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 39 RSAV. Hierzu bestimmt das BVA gemäß § 39 Abs. 3 Satz 6 RSAV nach Anhörung des GKV-SV „das Nähere zum Verfahren“. In der hierfür jährlich aktualisierten Verfahrensbestimmung wird dementsprechend u.a. die Ermittlung der „Zu- und Abschläge“ detailliert beschrieben. Die **„alters-, geschlechts- und risikoadjustierte[n] Zu- und Abschläge“** (i.S.d. § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V) ergeben sich demnach für die AGGs bzw. die AusAGGs jeweils **durch den Abzug der Grundpauschale von den Risikozuschlägen** für die AGGs bzw. die AusAGGs.

Diesem Gang des Verfahrens zur Zuweisungsberechnung entsprechend kürzt das BVA bei der Umsetzung der Vorgaben des § 269 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV insofern folgerichtig die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten auf das Niveau der tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Risikogruppen, was – wie bereits dargestellt – bedeutet, dass der sich ergebende Betrag die Grundpauschale (bzw. einen der Grundpauschale entsprechenden Betrag) beinhaltet. Dies ist sachgerecht und rechtmäßig, da § 269 Abs. 2 SGB V auf eine Zuweisungsbegrenzung abzielt und sich die Zuweisungen für eine Risikogruppe aus der Addition der Zu- und Abschläge (d.h. Risikozuschläge minus Grundpauschale) und der Grundpauschale ergeben, vgl. § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Insofern ignoriert die AOK Rhld.-H. in ihrer Argumentation völlig die Unterschiede wesentlicher (jeweils in Abstimmung mit dem GKV-SV entwickelter) Begrifflichkeiten und Verfahrensabläufe, die bereits seit Einführung des morbiditätsorientierten RSA bestehen.

Unzutreffend ist insofern auch die Darstellung des AOK-BV, wonach die Kürzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen stehe, weil

dadurch „die Grundpauschale bei den Auslandsversicherten verändert“ werde. Für Versicherte mit Wohnort bzw. dauerhaftem Aufenthalt im Ausland erhalten die Krankenkassen Zuweisungen in Höhe der Grundpauschale (die der Grundpauschale der Inlandsversicherten entspricht) sowie der altersspezifischen Zu- und Abschläge (über die AusAGGs). Die Begrenzung der Zuweisungen der Auslandsversicherten auf deren tatsächlichen Leistungsausgaben verändert lediglich die Höhe der Zu- und Abschläge für die AusAGGs; die Höhe der Grundpauschale bleibt hiervon unberührt.

Die vom AOK-BV formulierte Begründung für eine grundsätzliche Ablehnung der Zuweisungsbegrenzung nach § 269 Abs. 2 SGB V kann ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Die Kürzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte ist gesetzlich geregelt und daher vom BVA bei seinen Festlegungen bzw. der Durchführung des Verfahrens zwingend – und so, wie in § 269 Abs. 2 SGB V vorgegeben – umzusetzen. Abgesehen davon verfängt die Argumentation, es handle sich hierbei um den Ausgleich von Ist-Kosten, nicht. § 269 Abs. 2 SGB V begrenzt lediglich die Höhe der GKV-weiten Zuweisungsvolumens für die Auslandsversicherten auf die Höhe der tatsächlichen GKV-weiten Leistungsausgaben für diese Versichertengruppen. Mit einem Ausgleich von Ist-Ausgaben auf Ebene der einzelnen Kassen hat dies nichts zu tun.

26.4 Ergebnis

Unter Punkt 2.5.7. der Festlegung wird der zweite Absatz wie folgt gefasst:

„Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1 **unter den Kontenarten 480 und 483** gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung.“

VII Anhang

27 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 2017. Seit dem Ausgleichsjahr 2016 werden – entsprechend dem Vorgehen in Anlage 3 – jahresspezifische Zuordnungslisten für die einzelnen Morbiditätsjahre erstellt. Grund hierfür ist die mögliche Umklassifizierung von ICD-Kodes im Zeitverlauf.

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 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 2013 bis 2015 (d.h. auf Grundlage der GKV-Arzneimittelindizes 6/2014 bis 6/2016) bekannt gegeben. Die Festlegung für das Morbiditätsjahr 2016 (auf Grundlage des GKV-Arzneimittelindex 6/2017) erfolgt im Rahmen einer technischen Anpassung nach § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV.

Tabelle 31 gibt einen Überblick über die Verwendung der einzelnen Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen (Morbiditätsjahr) für das Ausgleichsjahr 2017.

Tabelle 31: Verwendung der Zuordnungstabellen in Abhängigkeit von den Datenmeldungen im Ausgleichsjahr 2017

Verwendungskontext	Anlage 1	Anlage 3	GKV- Arzneimittelindex
Festlegung	2013	2013	6/2014
Gewichtungsfaktoren Abschlagsverfahren	2014	2014	6/2015
GLB I	2015	2015	6/2016
GLB II	2015	2015	6/2016
GLB III	2016	2016	6/2017
Gewichtungsfaktoren für GLB IV	2015	2015	6/2016
GLB IV	2016	2016	6/2017
Gewichtungsfaktoren Jahresausgleich	2016	2016	6/2017
Jahresausgleich	2016	2016	6/2017

28 Gesamtbewertung der Anpassungen

In Tabelle 32 werden die Gütemaße des Klassifikationsmodells des laufenden Ausgleichsjahres 2016 denen des für den Überarbeitungsprozess angepassten Ausgangsmodells 2017, denen des Entwurfs sowie denen der Festlegung für das Klassifikationsmodell 2017 gegenübergestellt. Als einheitliche Datenbasis für den Vergleich dient für alle Modelle die Vollerhebung der Morbiditätsdaten des Jahres 2013 bzw. der Leistungsausgaben des Jahres 2014.

Tabelle 32: Entwicklung der Modellgüte

Modell	R ²	CPM	MAPE
Klassifikationsmodell 2016	24,73%	23,83%	2.139,00 €
Ausgangsmodell 2017	24,72%	23,80%	2.140,00 €
Entwurf Klassifikationsmodell 2017	24,75%	23,79%	2.140,20 €
Festlegung Klassifikationsmodell 2017	24,77%	23,79%	2.140,06 €

29 Überblick über Fallzahlen und Kostenschätzer

29.1 Modell Ausgleichsjahr 2016

Tabelle 33: Fallzahlen und Kostenschätzer Klassifikationsmodell AJ2016 – Neue Daten

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	310.324	4.478,67 €	19,30 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.475.955	808,41 €	6,28 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.108.581	835,14 €	5,23 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.703.560	1.285,63 €	5,81 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.806.489	1.017,23 €	4,61 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.371.116	1.228,13 €	5,07 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.308.438	1.397,06 €	5,16 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.147.835	1.262,31 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.305.876	1.059,67 €	5,05 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.995.507	1.082,40 €	4,44 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.070.931	1.163,45 €	4,45 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.625.979	1.198,06 €	4,84 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.336.490	1.239,77 €	5,27 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.843.599	1.525,06 €	5,82 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	2.133.745	1.802,26 €	5,54 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.129.786	2.042,87 €	5,70 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.384.935	2.248,08 €	7,07 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	976.886	2.441,72 €	8,46 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	483.921	2.533,13 €	11,91 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	105.316	2.430,67 €	25,46 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	326.795	5.172,97 €	18,82 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.555.224	990,04 €	6,12 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.223.090	1.043,68 €	5,11 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.798.593	988,94 €	5,66 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.944.790	645,12 €	4,51 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.420.787	613,66 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.302.607	644,36 €	5,08 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.055.745	701,19 €	5,37 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.138.383	757,47 €	5,26 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.760.613	851,54 €	4,63 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.827.348	985,94 €	4,64 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.373.551	1.173,52 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.023.896	1.362,84 €	5,70 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.556.150	1.712,58 €	6,34 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.723.490	2.113,84 €	6,17 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.588.725	2.364,91 €	6,58 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	878.731	2.491,00 €	8,75 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	454.763	2.611,85 €	12,04 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	137.455	2.748,70 €	21,78 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	20.574	3.035,11 €	57,69 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	131.484	2.730,25 €	21,26 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	312.915	1.634,64 €	14,05 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	428.110	885,37 €	12,20 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	122.925	2.126,46 €	22,03 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	307.099	1.419,93 €	14,20 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	448.828	1.140,43 €	12,06 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG001	HIV/AIDS mit Dauermedikation	49.157	15.680,41 €	34,93 €
HMG002	Sepsis	114.364	3.361,05 €	24,58 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.904	10.245,45 €	127,87 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.872	6.246,96 €	146,40 €
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	43.716	3.949,83 €	38,19 €
HMG006	SIRS	6.607	2.083,75 €	96,60 €
HMG011	Delir (exkl. bei Demenz) und Enzephalopathie	202.907	1.067,81 €	17,75 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer	414.202	1.072,55 €	12,84 €
HMG013	Demenz bei anderen Erkrankungen / Delir bei Demenz	737.223	699,88 €	9,65 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	736.797	1.582,00 €	10,92 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	954.443	1.011,92 €	9,02 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	383.328	643,31 €	12,83 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.194	5.719,26 €	78,90 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.328.765	377,15 €	4,13 €
HMG020	Insulintherapie	1.350.367	2.321,66 €	8,58 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	23.030	4.978,44 €	50,41 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose	58.442	2.087,29 €	31,53 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	278.777	867,07 €	15,00 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	502.270	112,96 €	10,80 €
HMG025	Schwere chronische Lebererkrankung mit Dauermedikation	1.629	13.822,85 €	202,72 €
HMG026	Leberzirrhose	143.531	1.191,85 €	20,57 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	142.858	3.465,35 €	20,35 €
HMG028	Ösophagusvarizen	59.436	4.344,49 €	32,28 €
HMG030	Schwere chronische Lebererkrankung ohne Dauermedikation	6.823	3.261,90 €	95,20 €
HMG031	Ileus	142.242	2.412,69 €	21,05 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.443	453,95 €	116,31 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	237.370	703,03 €	15,61 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	5.744,82 €	76,06 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.403	252.397,22 €	154,64 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	596	87.122,20 €	309,96 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	77.828	3.236,79 €	28,54 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	138	50.307,73 €	649,76 €
HMG039	Spinalkanalstenose	1.057.187	708,73 €	7,67 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	992.583	1.318,61 €	8,15 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.420	2.529,63 €	27,69 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	78.939	886,98 €	27,13 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.133	7.700,98 €	97,00 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	26.687	5.195,23 €	48,04 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	10.425	25.290,65 €	78,04 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	572.165	700,20 €	10,25 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.941	10.817,80 €	42,11 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.052	5.492,21 €	124,30 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	44.072	686,21 €	36,62 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	205.745	2.375,31 €	19,82 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	238.811	3.232,02 €	16,01 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	614.754	1.439,02 €	10,00 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	316.509	775,66 €	13,64 €
HMG054	Schizophrenie	309.417	4.493,43 €	14,05 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	86.297	2.871,85 €	25,94 €
HMG056	Psychosen, Wahn	186.108	1.075,36 €	17,92 €
HMG057	Depressive Episoden und Störungen	2.427.400	481,53 €	5,10 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.450.705	1.077,56 €	4,43 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	89.799	2.277,83 €	25,38 €
HMG061	Schwere gastrointestinale Blutungen ohne peptisches Ulkus	73.044	2.744,28 €	29,31 €
HMG062	Ulkuskrankheit mit Blutung / Divertikelkrankheit mit Blutung / Meläna / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	169.947	878,79 €	18,77 €
HMG063	Peritonitis / Ulkuskrankheit mit Perforation / Divertikelkrankheit mit Perforation	37.816	1.933,63 €	40,74 €
HMG065	Ulkuskrankheit ohne Blutung / ohne Perforation	296.671	175,87 €	14,08 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG071	Polyneuropathie	1.098.810	716,93 €	7,70 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	117.039	3.486,46 €	22,44 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	172.056	1.157,45 €	19,01 €
HMG074	Epilepsie	765.195	1.623,61 €	9,00 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	69.935	3.121,63 €	29,30 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	52.508	2.318,74 €	33,83 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	275.875	3.163,81 €	15,70 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	41.529	1.419,08 €	37,88 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.426.788	1.002,14 €	5,91 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.224	1.780,09 €	15,39 €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.317.499	708,31 €	7,23 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.836.054	527,38 €	5,30 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.797.135	512,60 €	6,18 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	747	16.296,25 €	282,72 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	36.586	2.371,35 €	39,63 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.583.858	242,00 €	3,07 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	1.937.612	1.056,83 €	6,20 €
HMG095	Zerebrale Blutung	33.733	5.348,18 €	43,02 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	187.080	2.153,27 €	18,43 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	49.122	7.220,84 €	37,20 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	76.204	154,63 €	27,70 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	372.552	2.086,39 €	13,14 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	80.460	1.320,92 €	26,94 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.488	572,94 €	10,60 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	44.352	5.744,65 €	37,72 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	783.943	790,03 €	8,95 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	882.452	-103,19 €	8,35 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenerkrankheiten mit Dauermedikation	42.530	4.044,59 €	38,23 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lunge	406.777	3.194,92 €	12,91 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.992	15.177,52 €	48,92 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	500.836	1.198,74 €	11,00 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	17.660	280,27 €	57,22 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	535.573	1.554,15 €	10,84 €
HMG117	Pleuraerguss	102.948	2.713,96 €	25,44 €
HMG130	Dialysestatus	76.456	41.703,40 €	32,61 €
HMG131	Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.698.845	847,15 €	6,61 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen	204.434	378,19 €	16,84 €
HMG133	Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	290.445	1.568,08 €	14,48 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	222.002	3.826,14 €	17,88 €
HMG136	Nierenversagen	100.451	2.939,03 €	26,01 €
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	17.885	672,46 €	56,63 €
HMG144	Mechanische Komplikation u. durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	33.722	4.078,81 €	43,96 €
HMG146	Schwangerschaft	805.341	1.288,60 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	18.970	2.164,86 €	54,99 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	206.811	2.848,39 €	17,27 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.350.967	934,80 €	6,69 €
HMG153	Femurfraktur	117.528	1.319,03 €	23,24 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule in mehreren Segmenten	2.633	1.790,48 €	150,20 €
HMG156	Andere Wirbelverletzung mit Angabe der Lokalisation	229.413	1.055,47 €	16,29 €
HMG157	Andere Verletzungen	487.617	644,07 €	11,60 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	453	14.939,44 €	370,20 €
HMG159	Sonstige schwere Schädel-Hirn-Traumata	72.126	1.237,82 €	28,85 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.391	3.809,01 €	71,28 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.445	2.617,83 €	49,60 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	98.115	6.977,28 €	25,96 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	76.703	1.937,77 €	28,34 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	217.773	577,19 €	16,44 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.673	18.953,72 €	185,64 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.836	5.360,74 €	176,60 €
HMG172	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates	888	25.257,94 €	262,41 €
HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation	808	25.865,73 €	273,24 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.699	12.239,43 €	111,84 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.451	10.377,07 €	95,03 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.707	6.263,94 €	46,14 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	33.228	1.773,88 €	42,66 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.039	26.792,36 €	251,62 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.166	14.849,79 €	173,00 €
HMG184	HIV/AIDS ohne Dauermedikation	11.335	4.957,74 €	71,62 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.132	7.308,76 €	61,63 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	103.339	5.491,11 €	24,68 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	401.714	3.341,28 €	12,24 €
HMG204	Osteoporose bei Frauen	586.153	601,43 €	10,65 €
HMG205	Osteoporose bei Männern	67.346	1.374,36 €	29,93 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.516	4.119,04 €	50,91 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	55.839	2.109,38 €	32,82 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	91.859	691,01 €	25,09 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.246.435	1.847,02 €	7,27 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	109.253	9.691,81 €	24,63 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	4.936	29.801,70 €	108,98 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.649	15.999,35 €	186,18 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	47.561	6.939,57 €	36,17 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.091.673	107,60 €	7,45 €
HMG221	Schwerwiegende Osteoporose bei Frauen	17.600	2.142,93 €	57,86 €
HMG222	Schwerwiegende Osteoporose bei Männern	5.445	3.814,83 €	104,76 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.649	16.199,08 €	86,40 €
HMG226	Juvenile Arthritis	21.054	1.299,29 €	52,14 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	243.203	644,74 €	15,57 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.272.955	213,23 €	6,93 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	840.723	1.000,65 €	8,57 €
HMG231	Dysthymie	287.398	597,02 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	21.456	4.140,70 €	52,12 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.574	11.847,73 €	126,47 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	93.717	14.805,43 €	24,95 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	160.057	5.608,23 €	19,60 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.612.374	280,97 €	6,21 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.404	7.848,73 €	201,76 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	306	50.775,05 €	433,09 €
HMG251	Adipositas	737.228	383,31 €	9,10 €
HMG252	Chronischer Schmerz	965.379	342,44 €	7,92 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.091.139	2.138,75 €	8,01 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	86.404	2.380,45 €	25,86 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	918.245	681,21 €	8,16 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	196	73.607,81 €	569,38 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.786,95 €	94,35 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie	11.773	14.749,47 €	75,04 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie, Multiples Myelom / Plasmozytom	46.860	11.586,93 €	36,14 €
HMG264	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	10.744	7.526,48 €	74,90 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.420	3.624,23 €	21,54 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.398	2.768,26 €	24,56 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	69.024	1.255,53 €	29,12 €
HMG268	Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumorlyse-Syndrom	125.864	22.084,00 €	24,39 €
HMG269	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	15.151,74 €	28,62 €
HMG270	Lymphknotenmetastasen	89.567	8.320,56 €	26,25 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG271	Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS	58.940	6.919,11 €	32,62 €
HMG272	Bösartige Neubildung des Ösophagus, Dünndarms, Peritoneums und Retroperitoneums, der Gallenblase, der Gallengänge	27.688	5.564,91 €	46,75 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pharynx, Larynx, der Luftröhre, Bronchien, Lunge, Pleura, des Stütz- und Bindegewebes sowie der Mamma (Alter < 45 Jahre)	162.371	3.844,51 €	19,23 €
HMG274	Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums	122.790	2.735,88 €	21,93 €
HMG275	Bösartige Neubildung des Magens, der Nebennieren, weitere intrathorakale bösartige Neubildungen der Atemwege	608.550	1.528,89 €	9,92 €
HMG276	Bösartige Neubildung der Harnwege, Haut, Zervix, Ovarien und spezifische Neubildungen unklarer Dignität, Kaposi-Sarkom	278.802	1.898,35 €	14,60 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen	648.913	946,90 €	9,81 €
HMG278	Bösartige Neubildung der Niere, des Auges, der Gebärmutter, der männlichen Geschlechtsorgane sowie ungenau bezeichneter Lokalisation	185.178	722,97 €	17,74 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT	320	303.257,94 €	422,23 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	419	215.531,17 €	369,70 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie, Hämatochromatose, andere Störungen des Eisen- oder des Phosphatstoffwechsels	351.377	287,57 €	12,86 €
HMG284	Morbus Pompe	160	375.150,26 €	597,21 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT	85	547.079,22 €	824,57 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.520	10.807,50 €	113,11 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.732	6.412,93 €	50,34 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	50.028	81,91 €	33,99 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	186.682	4.004,56 €	17,62 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	776	35.922,16 €	282,35 €
HMG293	Vollständige Quadriplegie / Inkomplette hohe Rückenmarksläsion / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	35.695	16.532,10 €	41,17 €
HMG294	Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	174.720	6.886,24 €	18,91 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG295	Schwerwiegende Myelopathien / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems	70.290	2.991,82 €	28,76 €
HMG296	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks	130.191	1.035,26 €	21,23 €
HMG297	Apallisches Syndrom	7.862	34.847,17 €	89,20 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	9.953	2.134,84 €	77,89 €
HMG299	Status epilepticus	10.725	9.517,37 €	76,47 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	67.371	1.099,70 €	29,25 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.381	4.714,47 €	74,28 €
KEG001	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	16.702	7,43 €	58,71 €
KEG002	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	31.041	406,58 €	42,97 €
KEG003	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	14.351	1.210,05 €	63,16 €
KEG004	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.191	1.887,66 €	53,34 €
KEG005	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	11.613	3.299,70 €	71,44 €
KEG006	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.257	-216,68 €	95,54 €
KEG007	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	1.403	-366,38 €	202,19 €

29.2 Ausgangsmodell zur Anpassung Ausgleichsjahr 2017

Tabelle 34: Fallzahlen und Kostenschätzer Klassifikationsmodell AJ2017 – Ausgangsmodell

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	310.324	4.478,67 €	19,31 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.475.955	806,64 €	6,28 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.108.581	833,99 €	5,23 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.703.560	1.283,85 €	5,81 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.806.489	1.016,00 €	4,61 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.371.116	1.227,80 €	5,07 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.308.438	1.396,33 €	5,16 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.147.835	1.261,17 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.305.876	1.058,13 €	5,05 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.995.507	1.080,66 €	4,44 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.070.931	1.162,16 €	4,45 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.625.979	1.199,47 €	4,84 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.336.490	1.247,48 €	5,27 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.843.599	1.541,91 €	5,81 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	2.133.745	1.833,27 €	5,53 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.129.786	2.088,95 €	5,67 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.384.935	2.307,77 €	7,02 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	976.886	2.499,98 €	8,41 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	483.921	2.578,24 €	11,89 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	105.316	2.456,94 €	25,47 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	326.795	5.172,97 €	18,82 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.555.224	987,84 €	6,12 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.223.090	1.042,41 €	5,11 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.798.593	987,41 €	5,67 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.944.790	644,18 €	4,51 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.420.787	612,92 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.302.607	642,92 €	5,08 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.055.745	699,00 €	5,37 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.138.383	755,19 €	5,26 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.760.613	849,66 €	4,63 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.827.348	984,73 €	4,64 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.373.551	1.173,00 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.023.896	1.363,62 €	5,70 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.556.150	1.715,98 €	6,33 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.723.490	2.118,94 €	6,17 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.588.725	2.369,88 €	6,57 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	878.731	2.496,01 €	8,75 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	454.763	2.616,26 €	12,04 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	137.455	2.751,22 €	21,78 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	20.574	3.035,22 €	57,69 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	131.484	2.739,46 €	21,26 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	312.915	1.648,23 €	14,05 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	428.110	905,56 €	12,19 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	122.925	2.145,57 €	22,03 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	307.099	1.443,22 €	14,20 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	448.828	1.164,01 €	12,06 €
HMG001	HIV/AIDS mit Dauermedikation	49.157	15.651,84 €	34,94 €
HMG002	Sepsis	114.364	3.338,59 €	24,58 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.904	10.148,63 €	127,88 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.872	6.213,73 €	146,41 €
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	43.716	3.921,83 €	38,19 €
HMG006	SIRS	6.607	2.081,05 €	96,61 €
HMG011	Delir (exkl. bei Demenz) und Enzephalopathie	202.907	1.068,61 €	17,75 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer	411.914	1.064,99 €	12,87 €
HMG013	Demenz bei anderen Erkrankungen / Delir bei Demenz	571.341	806,31 €	10,98 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	736.797	1.598,01 €	10,89 €
HMG016	Diabetes mit Krankheiterscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	954.443	1.018,22 €	9,01 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	383.328	645,19 €	12,83 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.194	5.712,74 €	78,91 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.328.765	381,14 €	4,12 €
HMG020	Insulintherapie	1.350.367	2.327,61 €	8,58 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	23.030	4.979,63 €	50,41 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose	58.442	2.137,33 €	31,52 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	278.777	891,00 €	14,99 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	520.744	126,72 €	10,61 €
HMG025	Schwere chronische Lebererkrankung mit Dauermedikation	1.629	12.788,97 €	202,88 €
HMG026	Leberzirrhose	174.857	1.468,43 €	18,86 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	144.274	3.832,82 €	20,26 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	22.178	1.934,06 €	51,85 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	57.125	969,18 €	31,81 €
HMG030	Schwere chronische Lebererkrankung ohne Dauermedikation	6.796	2.836,69 €	95,41 €
HMG031	Ileus	142.242	2.422,73 €	21,04 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.443	506,41 €	116,31 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	237.370	707,46 €	15,61 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	5.670,11 €	76,08 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.403	252.322,03 €	154,65 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	596	87.033,34 €	309,97 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	77.828	3.174,83 €	28,56 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	138	50.251,78 €	649,78 €
HMG039	Spinalkanalstenose	1.057.187	723,89 €	7,67 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	992.583	1.344,19 €	8,14 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.420	2.557,47 €	27,69 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	78.939	882,92 €	27,13 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.133	7.682,88 €	97,00 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	26.687	5.063,15 €	48,14 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	10.425	25.228,43 €	78,06 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	572.165	696,64 €	10,25 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.941	10.668,13 €	42,17 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.052	5.437,55 €	124,31 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachretische Anämien, Polycythaemia vera	44.072	690,23 €	36,62 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	205.745	2.366,85 €	19,82 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	238.811	3.210,86 €	16,01 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	614.754	1.432,96 €	10,00 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	316.509	782,32 €	13,64 €
HMG054	Schizophrenie	309.417	4.492,45 €	14,05 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	86.297	2.870,12 €	25,94 €
HMG056	Psychosen, Wahn	186.108	1.072,29 €	17,92 €
HMG057	Depressive Episoden und Störungen	2.427.400	484,12 €	5,10 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.450.705	1.081,05 €	4,43 €
HMG059	Agranulozytose und Neutropenie	84.433	1.524,34 €	26,74 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	89.799	2.279,66 €	25,38 €
HMG061	Gastrointestinale Blutungen und Ösophagusvarizen	129.622	3.350,07 €	22,21 €
HMG062	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	58.524	953,08 €	31,90 €
HMG063	Peritonitis	29.381	1.479,66 €	46,04 €
HMG071	Polyneuropathie	1.098.810	731,84 €	7,70 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	117.039	3.500,49 €	22,44 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	172.056	1.157,66 €	19,01 €
HMG074	Epilepsie	765.195	1.643,17 €	8,99 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	69.935	3.108,94 €	29,30 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	52.508	2.316,17 €	33,83 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	275.875	3.174,99 €	15,70 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	41.529	1.419,38 €	37,88 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.426.788	1.009,61 €	5,91 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.224	1.768,18 €	15,39 €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.317.499	712,83 €	7,23 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.836.054	532,45 €	5,30 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.797.135	519,69 €	6,18 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	747	16.242,27 €	282,73 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	36.586	2.369,55 €	39,63 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.583.858	247,26 €	3,07 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	1.937.612	1.057,66 €	6,20 €
HMG095	Zerebrale Blutung	33.733	5.339,26 €	43,02 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	187.080	2.142,43 €	18,43 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	49.122	7.199,99 €	37,21 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	76.204	173,21 €	27,70 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	372.552	2.097,86 €	13,12 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	80.460	1.328,48 €	26,94 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.488	582,44 €	10,60 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	44.352	5.744,21 €	37,72 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	783.943	797,22 €	8,95 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	882.452	-90,24 €	8,35 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenerkrankheiten mit Dauermedikation	42.530	4.125,95 €	38,22 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lunge	406.777	3.194,27 €	12,91 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.992	15.187,97 €	48,93 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	500.836	1.194,70 €	11,00 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	17.660	286,86 €	57,23 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	535.573	1.561,08 €	10,84 €
HMG117	Pleuraerguss	102.948	2.696,87 €	25,44 €
HMG130	Dialysestatus	76.456	41.686,77 €	32,61 €
HMG131	Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.698.845	856,42 €	6,60 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen	204.434	386,54 €	16,84 €
HMG133	Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	290.445	1.583,39 €	14,48 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	222.002	3.826,39 €	17,88 €
HMG136	Nierenversagen	100.451	2.913,65 €	26,01 €
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	17.885	679,84 €	56,63 €
HMG144	Mechanische Komplikation u. durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	33.722	4.073,77 €	43,97 €
HMG146	Schwangerschaft	805.341	1.290,03 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	18.970	2.166,52 €	54,99 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	206.811	2.862,35 €	17,26 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.350.967	937,23 €	6,69 €
HMG153	Femurfraktur	117.528	1.310,69 €	23,23 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule in mehreren Segmenten	2.235	928,02 €	161,79 €
HMG156	Andere Wirbelverletzung mit Angabe der Lokalisation	226.919	1.135,56 €	16,23 €
HMG157	Andere Verletzungen	111.777	771,52 €	22,98 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	453	14.945,61 €	370,21 €
HMG159	Sonstige schwere Schädel-Hirn-Traumata	72.130	1.226,24 €	28,85 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.391	3.781,73 €	71,28 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.445	2.603,99 €	49,60 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	98.115	6.959,53 €	25,96 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	76.703	1.972,16 €	28,34 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	217.773	584,82 €	16,45 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.673	18.921,48 €	185,64 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.836	5.358,62 €	176,60 €
HMG172	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates	888	25.546,34 €	262,37 €
HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation	808	26.018,75 €	273,21 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.699	12.431,93 €	111,81 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.451	10.712,85 €	95,00 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.707	6.262,25 €	46,14 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	33.228	1.779,77 €	42,66 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.039	26.712,85 €	251,64 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.166	14.639,53 €	173,04 €
HMG184	HIV/AIDS ohne Dauermedikation	11.335	4.910,86 €	71,63 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.132	7.350,49 €	61,63 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	103.339	5.554,82 €	24,67 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	401.714	3.439,41 €	12,20 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.516	4.121,21 €	50,91 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	55.839	2.117,35 €	32,82 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	91.862	711,82 €	25,09 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation	1.246.435	1.878,16 €	7,26 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	109.253	9.758,21 €	24,62 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	4.936	29.881,86 €	108,98 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.649	15.996,67 €	186,19 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	47.561	6.937,07 €	36,17 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.091.652	111,45 €	7,45 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.649	16.204,26 €	86,40 €
HMG226	Juvenile Arthritis	20.403	1.322,96 €	52,97 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	243.847	657,75 €	15,55 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.272.899	228,92 €	6,93 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	840.723	1.006,20 €	8,57 €
HMG231	Dysthymie	287.398	599,94 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	21.456	4.141,25 €	52,13 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.574	11.846,67 €	126,48 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	93.717	14.819,02 €	24,95 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	160.057	5.621,59 €	19,60 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.612.374	290,86 €	6,21 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.404	7.841,40 €	201,76 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	306	50.760,71 €	433,10 €
HMG252	Chronischer Schmerz	965.379	365,88 €	7,91 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.091.139	2.174,06 €	8,00 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	86.404	2.383,97 €	25,86 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	918.245	704,30 €	8,14 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	196	73.616,63 €	569,40 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.792,39 €	94,35 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie	11.773	14.610,36 €	75,08 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie, Multiples Myelom / Plasmozytom	46.860	11.580,92 €	36,14 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG264	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	10.744	7.527,57 €	74,90 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.420	3.600,46 €	21,54 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.398	2.769,91 €	24,56 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	69.024	1.271,59 €	29,12 €
HMG268	Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumolyse-Syndrom	125.864	22.055,44 €	24,39 €
HMG269	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	15.150,97 €	28,63 €
HMG270	Lymphknotenmetastasen	89.567	8.289,52 €	26,25 €
HMG271	Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS	58.940	6.924,93 €	32,61 €
HMG272	Bösartige Neubildung des Ösophagus, Dünndarms, Peritoneums und Retroperitoneums, der Gallenblase, der Gallengänge	27.688	5.579,52 €	46,75 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pharynx, Larynx, der Luftröhre, Bronchien, Lunge, Pleura, des Stütz- und Bindegewebes sowie der Mamma (Alter < 45 Jahre)	162.371	3.839,51 €	19,23 €
HMG274	Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums	122.790	2.730,28 €	21,93 €
HMG275	Bösartige Neubildung des Magens, der Nebennieren, weitere intrathorakale bösartige Neubildungen der Atemwege	608.550	1.535,45 €	9,92 €
HMG276	Bösartige Neubildung der Harnwege, Haut, Zervix, Ovarien und spezifische Neubildungen unklarer Dignität, Kaposi-Sarkom	278.802	1.902,62 €	14,60 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen	648.913	952,98 €	9,81 €
HMG278	Bösartige Neubildung der Niere, des Auges, der Gebärmutter, der männlichen Geschlechtsorgane sowie ungenau bezeichneter Lokalisation	185.178	728,25 €	17,74 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT	320	303.272,89 €	422,24 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	419	215.552,30 €	369,72 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrrie, Häma-chromatose, andere Störungen des Eisen- oder des Phosphat-stoffwechsels	361.319	279,54 €	12,69 €
HMG284	Morbus Pompe	160	375.118,25 €	597,23 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT	85	547.057,20 €	824,59 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogen-speicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.520	10.807,11 €	113,11 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.732	6.468,69 €	50,34 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige	48.061	55,27 €	34,68 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
	sekundäre Lebererkrankung			
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	186.682	4.015,82 €	17,62 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	776	35.923,09 €	282,36 €
HMG293	Vollständige Quadriplegie / Inkomplette hohe Rückenmarksläsion / Folgen einer Rückenmarksverletzung / Motoneuronenerkrankungen	35.695	16.534,94 €	41,17 €
HMG294	Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	174.720	6.899,79 €	18,90 €
HMG295	Schwerwiegende Myelopathien / angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / postoperative Krankheiten des Nervensystems	70.290	2.997,62 €	28,76 €
HMG296	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks	130.191	1.047,47 €	21,23 €
HMG297	Apallisches Syndrom	7.862	34.806,79 €	89,20 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	9.953	2.136,02 €	77,89 €
HMG299	Status epilepticus	10.725	9.523,46 €	76,47 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	67.371	1.097,14 €	29,25 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.381	4.707,58 €	74,29 €
KEG001	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	16.702	8,59 €	58,72 €
KEG002	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	31.041	407,39 €	42,98 €
KEG003	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	14.351	1.201,15 €	63,16 €
KEG004	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.191	1.863,54 €	53,34 €
KEG005	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	11.613	3.267,55 €	71,44 €
KEG006	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.257	-216,46 €	95,54 €
KEG007	mind. 183 Tage Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	1.403	-380,01 €	202,20 €

29.3 Festlegungsentwurf Ausgleichsjahr 2017

Tabelle 35: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegungsentwurf AJ2017

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	310.324	4.478,67 €	19,30 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.475.955	808,09 €	6,28 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.108.581	834,36 €	5,23 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.703.560	1.283,46 €	5,81 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.806.489	1.015,98 €	4,60 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.371.116	1.227,55 €	5,06 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.308.438	1.396,08 €	5,16 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.147.835	1.260,53 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.305.876	1.056,10 €	5,05 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.995.507	1.082,60 €	4,43 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.070.931	1.166,43 €	4,45 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.625.979	1.204,98 €	4,83 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.336.490	1.253,53 €	5,26 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.843.599	1.550,39 €	5,81 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	2.133.745	1.844,57 €	5,52 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.129.786	2.099,67 €	5,66 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.384.935	2.318,38 €	7,02 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	976.886	2.508,41 €	8,40 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	483.921	2.582,08 €	11,88 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	105.316	2.452,74 €	25,45 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	326.795	5.172,97 €	18,81 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.555.224	988,77 €	6,12 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.223.090	1.042,86 €	5,10 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.798.593	986,73 €	5,66 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.944.790	643,61 €	4,51 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.420.787	612,41 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.302.607	642,79 €	5,08 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.055.745	699,38 €	5,36 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.138.383	755,72 €	5,26 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.760.613	849,79 €	4,63 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.827.348	983,75 €	4,64 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.373.551	1.169,36 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.023.896	1.355,24 €	5,69 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.556.150	1.700,31 €	6,33 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.723.490	2.095,70 €	6,15 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.588.725	2.341,66 €	6,54 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	878.731	2.463,45 €	8,71 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	454.763	2.580,89 €	12,00 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	137.455	2.711,60 €	21,76 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	20.574	2.997,73 €	57,67 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	131.484	2.737,94 €	21,25 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	312.915	1.653,68 €	14,04 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	428.110	913,57 €	12,19 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	122.925	2.151,82 €	22,02 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	307.099	1.440,55 €	14,19 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	448.828	1.162,16 €	12,05 €
HMG001	HIV/AIDS mit Dauermedikation	49.157	15.672,41 €	34,93 €
HMG002	Sepsis	114.364	3.027,69 €	24,64 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.904	7.880,92 €	128,42 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.872	5.859,34 €	146,38 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	43.716	3.783,56 €	38,18 €
HMG006	SIRS	6.607	1.863,78 €	96,59 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Morbus Alzheimer	558.461	1.221,78 €	11,00 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	556.619	822,34 €	11,11 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	736.797	1.602,67 €	10,89 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	954.443	1.024,13 €	9,00 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	383.328	645,05 €	12,82 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.194	5.710,15 €	78,88 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.328.765	381,64 €	4,12 €
HMG020	Insulintherapie	1.350.367	2.328,00 €	8,57 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	23.030	4.967,63 €	50,40 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose	58.442	2.140,71 €	31,51 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	278.777	894,27 €	14,99 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	520.744	127,44 €	10,60 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	1.982	14.771,53 €	184,93 €
HMG026	Leberzirrhose	180.293	1.427,54 €	18,83 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	147.883	3.921,66 €	20,03 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	7.430	2.392,29 €	92,99 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	57.956	992,26 €	31,57 €
HMG031	Ileus	142.242	2.439,48 €	21,03 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.443	555,29 €	116,27 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	233.367	730,13 €	15,74 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	3.463,53 €	76,59 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.403	252.321,50 €	154,61 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	626	85.040,21 €	302,49 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	77.828	2.614,24 €	28,66 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	108	51.676,57 €	734,35 €
HMG039	Spinalkanalstenose	1.162.489	735,25 €	7,34 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	992.583	1.345,35 €	8,14 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.420	2.565,31 €	27,68 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	78.939	888,54 €	27,13 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.133	7.675,09 €	96,97 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	26.687	4.254,55 €	48,26 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	10.425	24.838,17 €	78,03 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	572.165	707,93 €	10,25 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.941	8.989,97 €	42,88 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.052	5.431,14 €	124,28 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	44.072	705,11 €	36,61 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	205.745	2.385,43 €	19,82 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	238.811	3.208,86 €	16,00 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	614.754	1.426,60 €	10,00 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	316.509	784,32 €	13,64 €
HMG054	Schizophrenie	309.417	4.493,47 €	14,04 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	86.297	2.868,56 €	25,93 €
HMG056	Psychosen, Wahn	186.108	1.074,80 €	17,91 €
HMG057	Depressive Episoden und Störungen	2.427.400	486,07 €	5,10 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.450.705	1.082,55 €	4,42 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	89.799	2.283,36 €	25,38 €
HMG061	Gastroösophageale Varizen	37.783	5.390,13 €	41,76 €
HMG062	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	58.288	953,42 €	31,96 €
HMG063	Peritonitis	31.785	1.783,18 €	44,56 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis	31.917	1.000,38 €	43,05 €
HMG065	Meläna und Hämatemesis	56.677	2.489,78 €	33,04 €
HMG071	Polyneuropathie	1.098.810	737,18 €	7,70 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	117.039	3.475,62 €	22,43 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	172.056	1.157,05 €	19,00 €
HMG074	Epilepsie	765.195	1.612,71 €	8,99 €
HMG075	Hirnödem / hypoxische Hirnschäden	69.935	3.060,10 €	29,29 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	52.508	2.329,87 €	33,82 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	275.875	3.200,83 €	15,70 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	41.529	1.428,37 €	37,87 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.426.788	1.016,59 €	5,91 €
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.224	1.786,30 €	15,38 €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.317.499	715,21 €	7,23 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.836.054	532,61 €	5,30 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.797.135	522,70 €	6,18 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	747	16.401,41 €	282,65 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	36.586	2.374,11 €	39,62 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.583.858	247,32 €	3,07 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	1.937.612	1.068,09 €	6,20 €
HMG095	Zerebrale Blutung	33.733	5.267,47 €	43,22 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	187.080	2.147,52 €	18,42 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	49.122	7.254,03 €	37,19 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	76.204	166,73 €	27,70 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	375.747	2.111,19 €	13,06 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	84.116	1.531,23 €	26,36 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.999	581,10 €	10,59 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	44.352	5.775,01 €	37,71 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	783.943	799,58 €	8,95 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	882.452	-90,48 €	8,35 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	42.530	4.161,30 €	38,20 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lunge	406.777	3.203,92 €	12,91 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.992	15.241,79 €	48,92 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	500.836	1.177,50 €	11,00 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	17.660	294,23 €	57,21 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	535.573	1.570,59 €	10,84 €
HMG117	Pleuraerguss	102.948	2.712,49 €	25,43 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	44.670	1.095,49 €	36,26 €
HMG130	Dialysestatus	76.456	41.740,25 €	32,60 €
HMG131	Hypertensive und/oder chronische Nierenerkrankheit/Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.698.845	861,40 €	6,60 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung/Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen	204.434	382,10 €	16,83 €
HMG133	Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	290.445	1.632,10 €	14,47 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	222.002	3.861,15 €	17,87 €
HMG136	Nierenversagen	100.451	2.884,75 €	26,03 €
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	17.885	690,41 €	56,62 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG144	Mechanische Komplikation u. durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	33.722	4.136,51 €	43,95 €
HMG146	Schwangerschaft	805.341	1.291,19 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	18.970	2.169,17 €	54,97 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	206.811	2.874,50 €	17,26 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.350.967	936,31 €	6,69 €
HMG153	Femurfraktur	117.528	1.285,44 €	23,22 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation	233.354	1.126,20 €	16,01 €
HMG157	Andere Verletzungen	158.053	819,05 €	19,33 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	453	14.965,81 €	370,11 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.391	3.804,84 €	71,26 €
HMG161	Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	23.138	1.854,27 €	51,74 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.445	2.659,03 €	49,59 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	98.115	6.745,95 €	25,97 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	76.703	2.008,98 €	28,33 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	217.773	584,86 €	16,44 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.673	19.028,87 €	185,59 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.836	5.397,16 €	176,55 €
HMG172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	1.696	25.782,07 €	189,29 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.699	12.509,16 €	111,78 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.451	10.740,44 €	94,90 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.707	6.304,03 €	46,13 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	33.228	1.781,63 €	42,60 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.039	23.601,88 €	251,49 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.166	9.164,27 €	175,30 €
HMG184	HIV/AIDS ohne Dauermedikation	11.335	4.914,81 €	71,61 €
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.173	29.111,74 €	186,37 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.838	16.134,33 €	135,61 €
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	17.752	9.016,48 €	63,62 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.927	4.880,44 €	172,98 €
HMG189	Zyklische & sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.797	2.292,22 €	101,90 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	13.939	917,96 €	64,68 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	51.212	315,40 €	33,66 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.149	8.042,87 €	61,47 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	103.413	6.847,04 €	23,65 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	402.026	3.394,71 €	12,22 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.516	4.147,12 €	50,89 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	55.839	2.144,35 €	32,81 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	91.862	725,49 €	25,08 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenerkrankungen ohne Dauermedikation	1.246.435	1.890,63 €	7,26 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	109.253	9.699,82 €	24,61 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	4.936	30.007,28 €	108,92 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.649	16.023,68 €	186,14 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	38.515	4.492,10 €	38,71 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.050.177	210,66 €	7,57 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.649	16.236,53 €	86,38 €
HMG226	Juvenile Arthritis	20.387	1.312,18 €	52,97 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	243.782	642,16 €	15,55 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.272.615	230,05 €	6,93 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	840.723	1.007,34 €	8,56 €
HMG231	Dysthymie	287.398	601,60 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	21.456	4.091,20 €	52,12 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.574	11.804,48 €	126,44 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	93.717	14.845,44 €	24,94 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	160.057	5.621,07 €	19,59 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.612.374	295,07 €	6,21 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.404	7.847,15 €	201,71 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	306	50.739,83 €	432,98 €
HMG252	Chronischer Schmerz	965.379	369,53 €	7,91 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.091.139	2.185,43 €	8,00 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	86.404	2.321,44 €	25,85 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	918.245	705,07 €	8,14 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	196	73.711,05 €	569,24 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.766,98 €	94,33 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	48.863	12.023,88 €	36,21 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	20.258	7.176,07 €	54,38 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.231	3.415,10 €	21,57 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.363	2.772,14 €	24,56 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	24.350	1.537,20 €	48,74 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	125.238	21.907,71 €	24,46 €
HMG269	Tumorlyse-Syndrom	626	30.911,12 €	343,11 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	14.985,09 €	28,63 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	101.915	8.307,37 €	24,73 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	60.548	6.215,83 €	31,94 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Dudenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge / des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	80.173	4.459,37 €	27,10 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Stütz- und Bindegewebes / Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	257.249	2.985,48 €	15,30 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT	320	303.252,54 €	422,12 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	419	215.534,07 €	369,61 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrrie, Hämachromatose, andere Störungen des Eisen- oder des Phosphatstoffwechsels	361.319	283,65 €	12,68 €
HMG284	Morbus Pompe	160	375.078,66 €	597,07 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT	85	547.059,41 €	824,36 €
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.520	10.702,81 €	113,08 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.690	6.586,22 €	50,35 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	48.234	52,06 €	34,61 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	191.708	3.921,99 €	17,39 €
HMG292	Locked-in-Syndrom	564	36.962,12 €	332,46 €
HMG293	Schwere zervikale bzw. vollständige thorakale Rückenmarksläsion / vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen	34.040	16.838,91 €	42,17 €
HMG294	Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks / inkomplette Quadriplegie	110.587	8.195,52 €	23,59 €
HMG295	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	78.057	4.801,95 €	27,64 €
HMG296	Sonstige Myelopathien	83.122	2.342,79 €	26,52 €
HMG297	Apallisches Syndrom	7.862	34.411,13 €	89,41 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	9.953	2.315,18 €	77,86 €
HMG299	Status epilepticus	10.725	9.442,51 €	76,46 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	67.371	1.099,70 €	29,24 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.381	4.720,33 €	74,27 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / Bösartige Neubildung des Ovars, der Parametrien und Plazenta	222.517	2.078,50 €	16,36 €
HMG306	Bösartige Neubildung der Nebennieren / der Mamma (Alter > 44 Jahre) / des Auges / der Zervix und sonst. weibliche Genitalorgane / multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen / der Prostata / Duktales Karzinoma in situ / Kaposi-Sarkom	1.126.717	1.274,75 €	7,37 €
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	333.680	704,91 €	13,29 €
KEG001	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	16.702	8,66 €	58,70 €
KEG002	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	31.041	406,46 €	42,96 €
KEG003	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	14.351	1.201,30 €	63,14 €
KEG004	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.191	1.867,97 €	53,32 €
KEG005	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	11.613	3.278,98 €	71,42 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren
und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
KEG006	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.257	-216,16 €	95,51 €
KEG007	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	1.403	-372,38 €	202,14 €

29.4 Festlegung Ausgleichsjahr 2017

Tabelle 36: Fallzahlen und Kostenschätzer Festlegung AJ2017

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
AGG01	weiblich, 0 Jahre	310.324	4.478,67 €	19,30 €
AGG02	weiblich 1-5 Jahre	1.475.955	808,24 €	6,28 €
AGG03	weiblich, 6-12 Jahre	2.108.581	834,55 €	5,23 €
AGG04	weiblich, 13-17 Jahre	1.703.560	1.283,67 €	5,81 €
AGG05	weiblich, 18-24 Jahre	2.806.489	1.016,45 €	4,60 €
AGG06	weiblich, 25-29 Jahre	2.371.116	1.228,42 €	5,06 €
AGG07	weiblich, 30-34 Jahre	2.308.438	1.397,25 €	5,16 €
AGG08	weiblich, 35-39 Jahre	2.147.835	1.262,38 €	5,27 €
AGG09	weiblich, 40-44 Jahre	2.305.876	1.058,38 €	5,05 €
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre	2.995.507	1.083,66 €	4,43 €
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre	3.070.931	1.167,20 €	4,45 €
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre	2.625.979	1.205,57 €	4,83 €
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre	2.336.490	1.255,05 €	5,26 €
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre	1.843.599	1.551,90 €	5,80 €
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre	2.133.745	1.845,02 €	5,52 €
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre	2.129.786	2.100,04 €	5,66 €
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre	1.384.935	2.319,55 €	7,01 €
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre	976.886	2.510,89 €	8,40 €
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre	483.921	2.586,90 €	11,88 €
AGG20	weiblich, 95+ Jahre	105.316	2.459,91 €	25,45 €
AGG21	männlich, 0 Jahre	326.795	5.172,97 €	18,81 €
AGG22	männlich 1-5 Jahre	1.555.224	989,03 €	6,12 €
AGG23	männlich, 6-12 Jahre	2.223.090	1.043,09 €	5,10 €
AGG24	männlich, 13-17 Jahre	1.798.593	987,05 €	5,66 €
AGG25	männlich, 18-24 Jahre	2.944.790	644,20 €	4,51 €
AGG26	männlich, 25-29 Jahre	2.420.787	613,15 €	4,98 €
AGG27	männlich, 30-34 Jahre	2.302.607	642,73 €	5,08 €
AGG28	männlich, 35-39 Jahre	2.055.745	698,33 €	5,36 €
AGG29	männlich, 40-44 Jahre	2.138.383	755,40 €	5,26 €
AGG30	männlich, 45-49 Jahre	2.760.613	850,02 €	4,63 €
AGG31	männlich, 50-54 Jahre	2.827.348	984,75 €	4,64 €
AGG32	männlich, 55-59 Jahre	2.373.551	1.170,56 €	5,10 €
AGG33	männlich, 60-64 Jahre	2.023.896	1.357,54 €	5,69 €
AGG34	männlich, 65-69 Jahre	1.556.150	1.703,23 €	6,33 €
AGG35	männlich, 70-74 Jahre	1.723.490	2.097,43 €	6,15 €
AGG36	männlich, 75-79 Jahre	1.588.725	2.342,95 €	6,54 €
AGG37	männlich, 80-84 Jahre	878.731	2.464,98 €	8,71 €
AGG38	männlich, 85-89 Jahre	454.763	2.583,92 €	12,00 €
AGG39	männlich, 90-94 Jahre	137.455	2.716,35 €	21,76 €
AGG40	männlich, 95+ Jahre	20.574	3.004,73 €	57,66 €
EMG1	EM-Rentner, weiblich, unter 46 Jahren	131.484	2.734,81 €	21,25 €
EMG2	EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre	312.915	1.652,09 €	14,04 €
EMG3	EM-Rentner, weiblich, 56-65 Jahre	428.110	912,97 €	12,19 €
EMG4	EM-Rentner, männlich, unter 46 Jahren	122.925	2.136,69 €	22,02 €
EMG5	EM-Rentner, männlich, 46-55 Jahre	307.099	1.434,77 €	14,19 €
EMG6	EM-Rentner, männlich, 56-65 Jahre	448.828	1.162,07 €	12,05 €
HMG001	HIV / AIDS mit Dauermedikation	49.157	15.680,45 €	34,93 €
HMG002	Sepsis	114.364	3.029,89 €	24,63 €
HMG003	Aspergillose / Kryptokokkose	3.904	7.879,49 €	128,40 €
HMG004	Infektionen durch opportunistische Erreger	2.872	5.868,71 €	146,37 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG005	Infektion durch Zytomegalieviren / Kandidose / PML	43.716	3.770,98 €	38,17 €
HMG006	SIRS	6.607	1.867,93 €	96,58 €
HMG012	Degenerative Hirnerkrankungen / Delire / Enzephalopathie / organisch bedingte psychische Störungen	567.250	1.205,74 €	10,92 €
HMG013	Sonstige Demenzerkrankungen	563.753	800,64 €	11,04 €
HMG015	Diabetes mit multiplen Manifestationen oder Ketoazidose, Koma	736.797	1.605,71 €	10,89 €
HMG016	Diabetes mit Krankheitserscheinungen der Nieren, Nerven, der peripheren Gefäße oder anderen näher bezeichneten Komplikationen	954.443	1.026,36 €	9,00 €
HMG017	Diabetes mit Manifestationen am Auge oder anderen nicht näher bezeichneten Komplikationen	383.328	647,24 €	12,82 €
HMG018	Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 unter 12 Jahre	9.194	5.710,64 €	78,88 €
HMG019	Diabetes ohne Komplikationen	4.328.765	383,40 €	4,12 €
HMG020	Insulintherapie	1.350.367	2.326,54 €	8,57 €
HMG021	Phenylketonurie ohne BH4-Responsivität, Morbus Wilson, Gangliosidosen, Störungen des Stoffwechsels der Plasmaproteine	23.030	4.970,85 €	50,39 €
HMG022	Cushing Syndrom, Amyloidose, Hypopituitarismus	58.442	2.143,45 €	31,51 €
HMG023	Lesch-Nyhan-Syndrom, Erkrankungen der Nebenschilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse und des Thymus, polyglanduläre Dysfunktion	278.777	895,47 €	14,98 €
HMG024	Metabolische Störungen nach medizinischen Maßnahmen, angeborene Anomalien endokriner Drüsen	520.744	127,62 €	10,60 €
HMG025	Hepatorenales Syndrom / Chronisches Leberversagen	1.982	11.918,07 €	185,60 €
HMG026	Leberzirrhose	161.627	1.286,75 €	19,41 €
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation (außer C)	34.176	466,43 €	41,01 €
HMG028	Leberversagen, akute Lebererkrankung	6.552	1.835,27 €	98,36 €
HMG029	Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichneter Verlauf ohne Leberkoma	64.335	1.035,73 €	29,96 €
HMG031	Ileus	142.242	2.437,53 €	21,03 €
HMG032	Postoperativer Darmverschluss	4.443	576,77 €	116,26 €
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation / Strahlenproktitis / Strahlenkolitis	233.367	732,02 €	15,74 €
HMG034	Sonstige Komplikationen am Verdauungstrakt nach medizinischen Maßnahmen	10.971	3.502,46 €	76,60 €
HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	2.403	252.148,59 €	154,60 €
HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	626	84.886,34 €	302,46 €
HMG037	Sekundäre Thrombozytopenien und erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	77.828	2.602,10 €	28,66 €
HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	108	51.598,38 €	734,28 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG039	Sonstige Myelopathien	1.162.489	735,90 €	7,34 €
HMG040	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies	992.583	1.345,93 €	8,14 €
HMG041	Mechanische Komplikationen durch orthopädische Implantate	79.420	2.561,52 €	27,68 €
HMG042	Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems	78.939	889,42 €	27,12 €
HMG043	Hämophilie: Männer ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Frauen mit Bedarfsmedikation	6.133	7.629,75 €	96,97 €
HMG044	Aplastische Anämien, hämolytisch-urämisches Syndrom	26.687	4.241,63 €	48,25 €
HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastische Syndrome	10.425	24.837,59 €	78,02 €
HMG046	Hämophilie: Frauen ohne Dauer- oder Bedarfsmedikation, Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen	572.165	706,93 €	10,25 €
HMG047	Anämien bei Neubildungen	44.941	8.989,89 €	42,88 €
HMG048	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	4.052	5.423,06 €	124,27 €
HMG049	Sideroblastische / Sideroachrestische Anämien, Polycythaemia vera	44.072	705,38 €	36,61 €
HMG050	Anämien durch akute Blutungen, sonstige refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	205.745	2.383,80 €	19,82 €
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	238.811	3.141,66 €	16,01 €
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	614.754	1.380,02 €	10,01 €
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	316.509	782,58 €	13,64 €
HMG054	Schizophrenie	309.417	4.493,77 €	14,04 €
HMG055	Näher bezeichnete bipolare affektive Störungen	86.297	2.870,63 €	25,93 €
HMG056	Psychosen, Wahn	186.108	1.073,31 €	17,91 €
HMG057	Sonstige depressive Störungen und Episoden	2.427.400	485,29 €	5,10 €
HMG058	Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	3.450.705	1.083,38 €	4,42 €
HMG060	Anorexia nervosa / Bulimie	89.799	2.283,39 €	25,38 €
HMG061	Gastroösophageale Varizen	39.040	6.247,25 €	40,61 €
HMG063	Peritonitis	31.785	1.789,06 €	44,55 €
HMG064	Hämorrhagische Gastritis / Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	90.312	981,60 €	25,68 €
HMG065	Meläna und Hämatemesis	56.766	2.484,09 €	33,01 €
HMG071	Polyneuropathie	1.098.810	739,40 €	7,70 €
HMG072	Multiple Sklerose ohne Dauermedikation	117.022	3.486,69 €	22,43 €
HMG073	Morbus Parkinson ohne Dauermedikation und Chorea Huntington	172.049	1.159,54 €	19,00 €
HMG074	Epilepsie	765.195	1.616,14 €	8,99 €
HMG075	Hirnrödem / hypoxische Hirnschäden	69.935	3.077,12 €	29,29 €
HMG077	Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	52.508	2.330,08 €	33,82 €
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	275.875	3.199,80 €	15,70 €
HMG079	Herzstillstand / Schock	41.529	1.430,69 €	37,87 €
HMG080	Herzinsuffizienz	2.426.788	1.017,41 €	5,91 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG081	Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	264.224	1.786,31 €	15,38 €
HMG083	Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	1.317.499	715,25 €	7,23 €
HMG084	Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2.836.054	532,90 €	5,30 €
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1.797.135	522,58 €	6,18 €
HMG087	Atresie der A. pulmonalis (Alter < 18 Jahre)/ Elektiv offen belassenes Sternum	747	16.415,65 €	282,62 €
HMG088	Andere angeborene Herzfehler	36.586	2.375,23 €	39,62 €
HMG091	Hypertonie, hypertensive Erkrankungen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	9.583.858	248,15 €	3,07 €
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	1.937.612	1.068,69 €	6,20 €
HMG095	Zerebrale Blutung	33.733	5.271,76 €	43,21 €
HMG096	Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	187.080	2.148,50 €	18,42 €
HMG098	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Gangrän	49.122	7.256,09 €	37,19 €
HMG099	Sonstige Erkrankungen des Gefäßsystems und der Arterien	76.204	165,92 €	27,69 €
HMG100	Hemiplegie / Hemiparese	375.747	2.112,11 €	13,06 €
HMG101	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	84.116	1.531,65 €	26,35 €
HMG103	Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	561.999	581,68 €	10,59 €
HMG104	Atherosklerose der Extremitätengefäße mit Ulkus, Fehlbildungen peripherer und sonstiger Gefäße	44.352	5.773,62 €	37,70 €
HMG105	Erkrankungen der Lungengefäße / Erkrankungen peripherer Gefäße	783.943	798,47 €	8,95 €
HMG106	Sonstige Atherosklerose	882.452	-89,79 €	8,35 €
HMG108	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation	42.530	4.154,01 €	38,20 €
HMG110	Respiratorische Insuffizienzen, Lungenabszess, Pneumothorax	406.777	3.196,70 €	12,91 €
HMG111	Näher bezeichnete bakterielle Pneumonien	27.992	15.220,88 €	48,92 €
HMG113	Sonstige Pneumonien	500.836	1.175,15 €	11,00 €
HMG114	Sonstige Erkrankungen der Pleura	17.660	292,13 €	57,20 €
HMG115	Atherosklerose der Extremitätengefäße	535.573	1.568,81 €	10,84 €
HMG117	Pleuraerguss	102.948	2.701,65 €	25,43 €
HMG124	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]	44.670	1.096,81 €	36,26 €
HMG130	Dialysestatus	76.456	41.738,14 €	32,60 €
HMG131	Hypertensive und / oder chronische Nierenerkrankheit / Postoperative Komplikationen und Infektionen im Genitaltrakt	1.698.845	861,43 €	6,60 €
HMG132	Nephritis und Nierenfunktionsstörung / Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Maßnahmen	204.434	383,07 €	16,83 €
HMG133	Neurogene Blase/Harnröhrenstriktur nach med. Maßnahmen	290.445	1.615,17 €	14,47 €
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	222.002	3.861,34 €	17,87 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG136	Nierenversagen	100.451	2.884,76 €	26,02 €
HMG138	Peritoneale Adhäsionen im Becken nach med. Maßnahmen und mechanische Komplikationen im Genitaltrakt	17.885	690,17 €	56,61 €
HMG144	Mechanische Komplikation und durch Prothese o. Ä. hervorgerufene Infektion im Harntrakt	33.722	4.132,77 €	43,95 €
HMG146	Schwangerschaft	805.341	1.292,83 €	8,82 €
HMG147	Mehrlingsschwangerschaft	18.970	2.171,45 €	54,97 €
HMG149	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera)	206.811	2.870,11 €	17,26 €
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1.350.967	934,58 €	6,69 €
HMG153	Femurfraktur	117.528	1.283,17 €	23,22 €
HMG155	Verletzungen der Wirbelsäule mit Angabe der Lokalisation	233.354	1.125,65 €	16,01 €
HMG157	Andere Verletzungen	158.053	819,15 €	19,32 €
HMG158	SHT mit Bewusstlosigkeit ohne Rückkehr zum vorherigen Bewusstseinsgrad	453	14.916,47 €	370,08 €
HMG160	Komplikationen im Bereich eines Amputationsstumpfes	12.391	3.800,26 €	71,25 €
HMG161	Traumatisch bedingte intrakranielle Blutungen	23.138	1.836,69 €	51,73 €
HMG162	Traumatische Amputation (ohne Finger und Zehen)	24.445	2.632,63 €	49,59 €
HMG164	Schwerwiegende Komplikationen	98.115	6.749,69 €	25,97 €
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	76.703	2.010,31 €	28,33 €
HMG166	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen nach med. Maßnahmen / Komplikationen nach Impfung	217.773	584,97 €	16,44 €
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1.673	19.041,61 €	185,57 €
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	1.836	5.400,01 €	176,53 €
HMG172	Komplikation nach Herz-, Lungen-, Herz-Lungen-, Pankreas- oder Lebertransplantation	1.696	25.622,71 €	189,27 €
HMG174	Zustand nach Herz-, Lungen- o. Herz-Lungen-Transplantation	4.699	12.514,78 €	111,77 €
HMG175	Zustand nach Lebertransplantation	6.451	10.743,96 €	94,91 €
HMG176	Komplikation und Zustand nach Nierentransplantation	28.707	6.297,99 €	46,12 €
HMG177	Komplikation und Zustand nach Haut-, Hornhaut-, Knochen- und sonstiger Gewebe- und Organtransplantation	33.228	1.779,62 €	42,60 €
HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form / akute GvHD Schweregrad III/IV	1.039	23.617,78 €	251,46 €
HMG180	Akute GvHD Schweregrad I/II, sonstige GvHD, Zustand nach hämatopoet. Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression	2.166	9.162,59 €	175,28 €
HMG184	HIV / AIDS ohne Dauermedikation	11.335	4.857,83 €	71,60 €
HMG185	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr	2.173	29.116,02 €	186,35 €
HMG186	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 b.u. 20 Tage	3.838	16.129,74 €	135,59 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG187	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: sonstige Verlaufsformen	17.752	9.005,18 €	63,61 €
HMG188	Angeborene Agranulozytose und Neutropenie / Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1.927	4.881,97 €	172,96 €
HMG189	Zyklische und sonstige näher bezeichnete Neutropenie	5.797	2.292,31 €	101,89 €
HMG190	Agranulozytose, nicht näher bezeichnet	13.939	918,50 €	64,68 €
HMG191	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	51.212	314,65 €	33,66 €
HMG198	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation	15.149	8.043,93 €	61,46 €
HMG199	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation	103.413	6.849,18 €	23,64 €
HMG200	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen mit Dauermedikation	402.026	3.396,24 €	12,22 €
HMG207	Infektionen und entzündliche Reaktionen durch orthopädische Implantate	23.516	4.139,13 €	50,89 €
HMG208	Arzneimittelinduzierte Knochennekrose / infektiöse Knochen- und Gelenkerkrankungen	55.839	2.134,88 €	32,81 €
HMG209	Andere entzündliche und nekrotisierende Erkrankungen des Bewegungsapparates	91.862	725,66 €	25,08 €
HMG215	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonstige interstitielle Lungenerkrankungen ohne Dauermedikation	1.246.435	1.882,74 €	7,26 €
HMG216	Chronische respiratorische Insuffizienz, spezielle Pneumonien	109.253	9.691,37 €	24,61 €
HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	4.936	30.025,50 €	108,91 €
HMG218	Mukoviszidose (Alter < 12 Jahre)	1.649	16.025,54 €	186,12 €
HMG219	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation	38.515	4.491,06 €	38,71 €
HMG220	Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1.050.177	210,73 €	7,57 €
HMG225	Hypopituitarismus mit Somatropingabe	7.649	16.238,03 €	86,37 €
HMG226	Juvenile Arthritis	20.387	1.312,48 €	52,97 €
HMG227	Morbus Behcet, entzündliche Wirbelkörpererkrankungen, Arthritis psoriatica, chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung	243.782	643,16 €	15,55 €
HMG228	Sonstige systemische rheumatoide Erkrankungen	1.272.615	231,40 €	6,93 €
HMG230	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen	840.723	1.004,22 €	8,56 €
HMG231	Dysthymie	287.398	602,13 €	14,22 €
HMG232	Muskeldystrophie (Alter > 17 Jahre)	21.456	4.118,49 €	52,11 €
HMG233	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)	3.574	11.817,59 €	126,43 €
HMG234	Multiple Sklerose mit Dauermedikation	93.739	14.855,26 €	24,94 €
HMG235	Morbus Parkinson mit Dauermedikation	160.065	5.624,97 €	19,58 €
HMG237	COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1.612.374	292,64 €	6,21 €
HMG238	Angeborene Anomalien der Lunge / des respiratorischen Systems	1.404	7.848,37 €	201,69 €
HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrattherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitisinongabe	306	50.744,34 €	432,94 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG251	Chronische Hepatitis C ohne Dauermedikation	105.130	5.230,36 €	23,84 €
HMG252	Chronischer Schmerz	965.379	369,48 €	7,91 €
HMG253	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1.091.139	2.184,13 €	8,00 €
HMG254	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	86.404	2.328,56 €	25,85 €
HMG256	Hepatische Enzephalopathien	5.061	2.370,23 €	110,14 €
HMG258	Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	918.245	706,44 €	8,14 €
HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksläsion	196	73.724,34 €	569,18 €
HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	6.507	37.770,83 €	94,32 €
HMG262	Akute myeloische Leukämie / Multiples Myelom / Plasmozytom	48.863	12.024,56 €	36,20 €
HMG263	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie / Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ohne Tyrosinkinase-Inhibitoren	20.258	7.179,20 €	54,38 €
HMG265	Non-Hodgkin-Lymphom	128.231	3.415,72 €	21,57 €
HMG266	Chronisch lymphatische Leukämie, Leukämie durch unspezifizierte Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen	99.363	2.772,46 €	24,56 €
HMG267	Morbus Hodgkin, Histiozytose, Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	24.350	1.539,58 €	48,74 €
HMG268	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	125.238	21.910,38 €	24,46 €
HMG269	Tumolyse-Syndrom	626	30.909,31 €	343,07 €
HMG270	Metastasen sonstiger Lokalisation	81.208	14.985,71 €	28,63 €
HMG271	Lymphknotenmetastasen / Bösartige Neubildung der Leber	101.915	8.299,87 €	24,73 €
HMG273	Bösartige Neubildung des Pankreas, des ZNS sowie des Ösophagus	60.548	6.217,06 €	31,93 €
HMG276	Bösartige Neubildung des Dünndarms / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase / der Gallengänge	13.732	5.145,08 €	66,00 €
HMG277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura / des Knochens und des Gelenkknorpels	74.856	3.699,29 €	28,62 €
HMG278	Bösartige Neubildung des Pharynx / des Kehlkopfs / der Mamma (Alter < 45 Jahre)	66.441	4.324,55 €	29,70 €
HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT	320	303.252,24 €	422,08 €
HMG282	Morbus Fabry mit ERT	419	215.538,48 €	369,58 €
HMG283	Angeborene metabolische Störungen, Porphyrie, Hämachromatose, andere Störungen des Eisen-, Kupfer und des Phosphat-Stoffwechsels	361.319	284,46 €	12,68 €
HMG284	Morbus Pompe	160	375.091,22 €	597,01 €
HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II oder VI mit ERT	85	547.065,73 €	824,28 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

Risikofaktor	Bezeichnung	Versicherte	Jahreswert	SE
HMG286	Sphingolipidosen, Glykogenspeicherkrankheit und sonstige Mukopolysaccharidosen (exkl. Typ I) ohne ERT	4.520	10.717,60 €	113,07 €
HMG287	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven / des Bindegewebes / des Mundes / der Zunge / des Rektums / des Magens	182.393	2.705,69 €	18,03 €
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	23.690	6.482,84 €	50,35 €
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	48.149	56,33 €	34,63 €
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	191.708	3.923,62 €	17,39 €
HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksläsion / Locked-in-Syndrom	776	36.090,71 €	282,26 €
HMG293	Unvollständige zervikale bzw. thorakale Rückenmarksläsion / Vollständige Quadriplegie / Motoneuronenerkrankungen / Spätfolgen traumatischer Rückenmarksläsionen	35.695	16.565,27 €	41,15 €
HMG294	Inkomplette Quadriplegie / Arterielle Kompressionssyndrome des Rückenmarks	108.720	8.099,38 €	23,79 €
HMG295	Angeborene und kindliche Lähmungserscheinungen / Sonstige traumatische Rückenmarksläsionen / (sub)akute Myelitis / Paraplegie / postoperative Rückenmarkserkrankungen	78.057	4.802,25 €	27,64 €
HMG296	Spastische diplegische Cerebralparese / Cauda-Syndrom / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Spinozerebelläre Erkrankungen	83.122	2.343,92 €	26,51 €
HMG297	Apallisches Syndrom	7.862	34.494,48 €	89,29 €
HMG298	Hydrozephalus und sonstige Schädigungen des Gehirns	9.953	2.317,62 €	77,85 €
HMG299	Status epilepticus	10.725	9.446,27 €	76,45 €
HMG300	Sonstige angeborene Herzfehler	67.371	1.100,49 €	29,24 €
HMG301	Schwere angeborene Herzfehler	10.381	4.721,85 €	74,26 €
HMG305	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung / Bösartige Neubildung der Harnwege / des Ovars, der Parametrien und Plazenta	222.517	2.078,74 €	16,35 €
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	1.126.717	1.275,27 €	7,37 €

Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt (Ausgleichsjahr 2017)

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	333.680	704,84 €	13,29 €
KEG001	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 0 bis 29 Jahre	16.702	8,21 €	58,69 €
KEG002	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 30 bis 59 Jahre	31.041	405,70 €	42,96 €
KEG003	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 60 bis 69 Jahre	14.351	1.199,36 €	63,13 €
KEG004	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 70 bis 79 Jahre	20.191	1.867,09 €	53,32 €
KEG005	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, 80 Jahre und älter	11.613	3.276,60 €	71,41 €
KEG006	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 0 bis 65 Jahre	6.257	-216,83 €	95,50 €
KEG007	mind. 183 Tagen Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V, 66 Jahre und älter	1.403	-374,11 €	202,12 €

30 Darstellung des Aufgreifalgorithmus

Abbildung 21: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2017

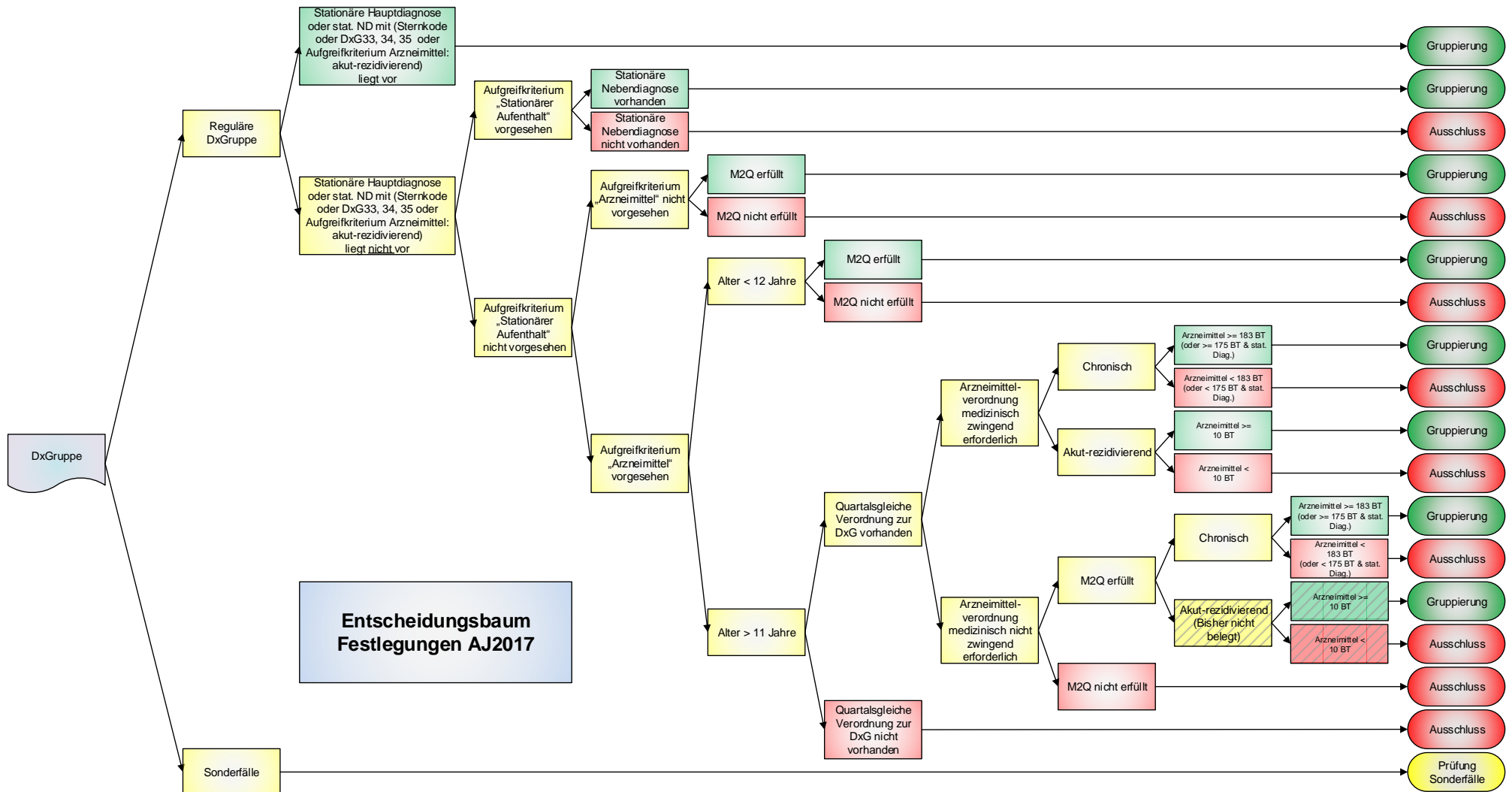


Abbildung 22: Sonderfall 1 – Arzneimitteldifferenzierung 183 BT

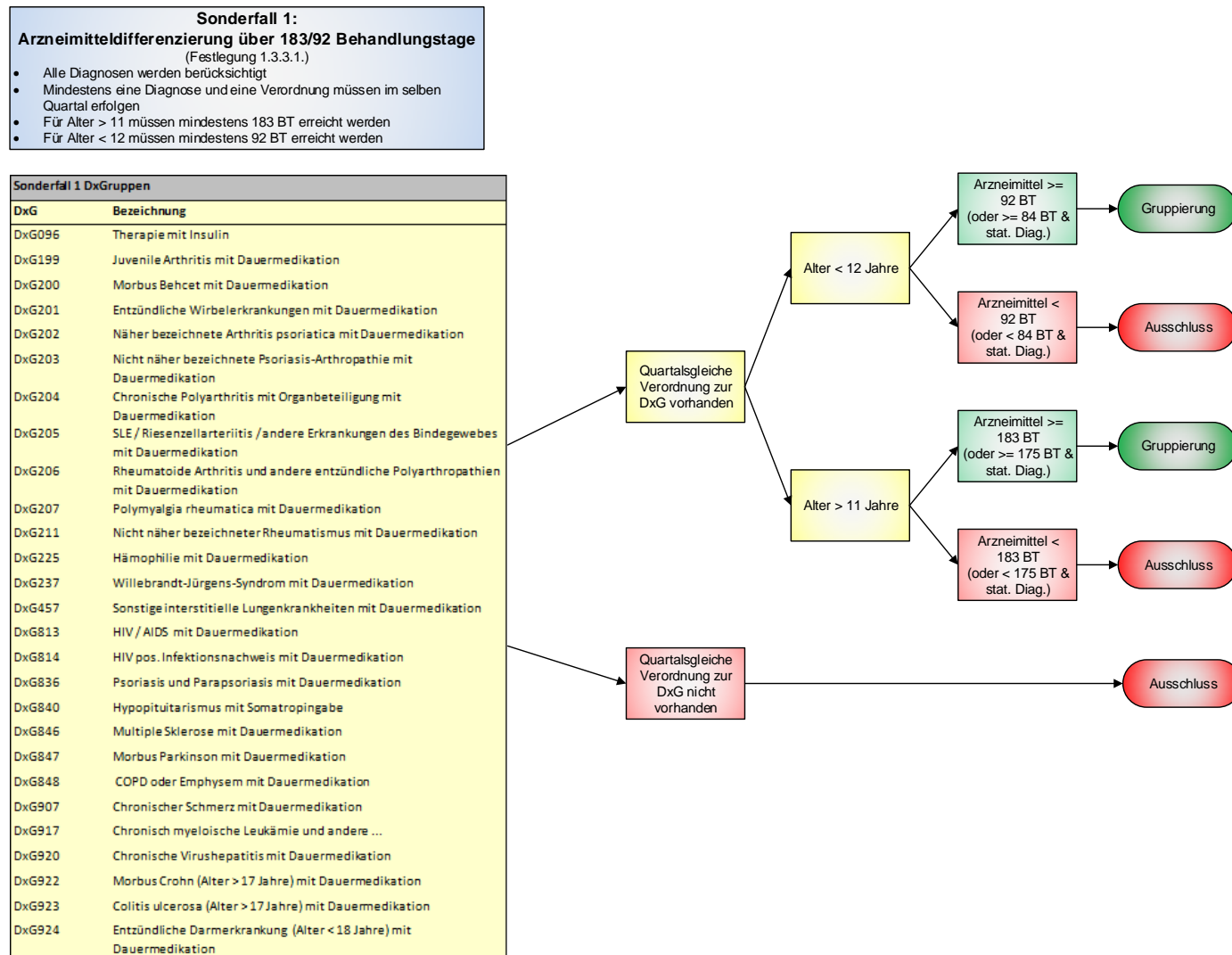


Abbildung 23: Sonderfall 2 – Arzneimitteldifferenzierung 42 BT

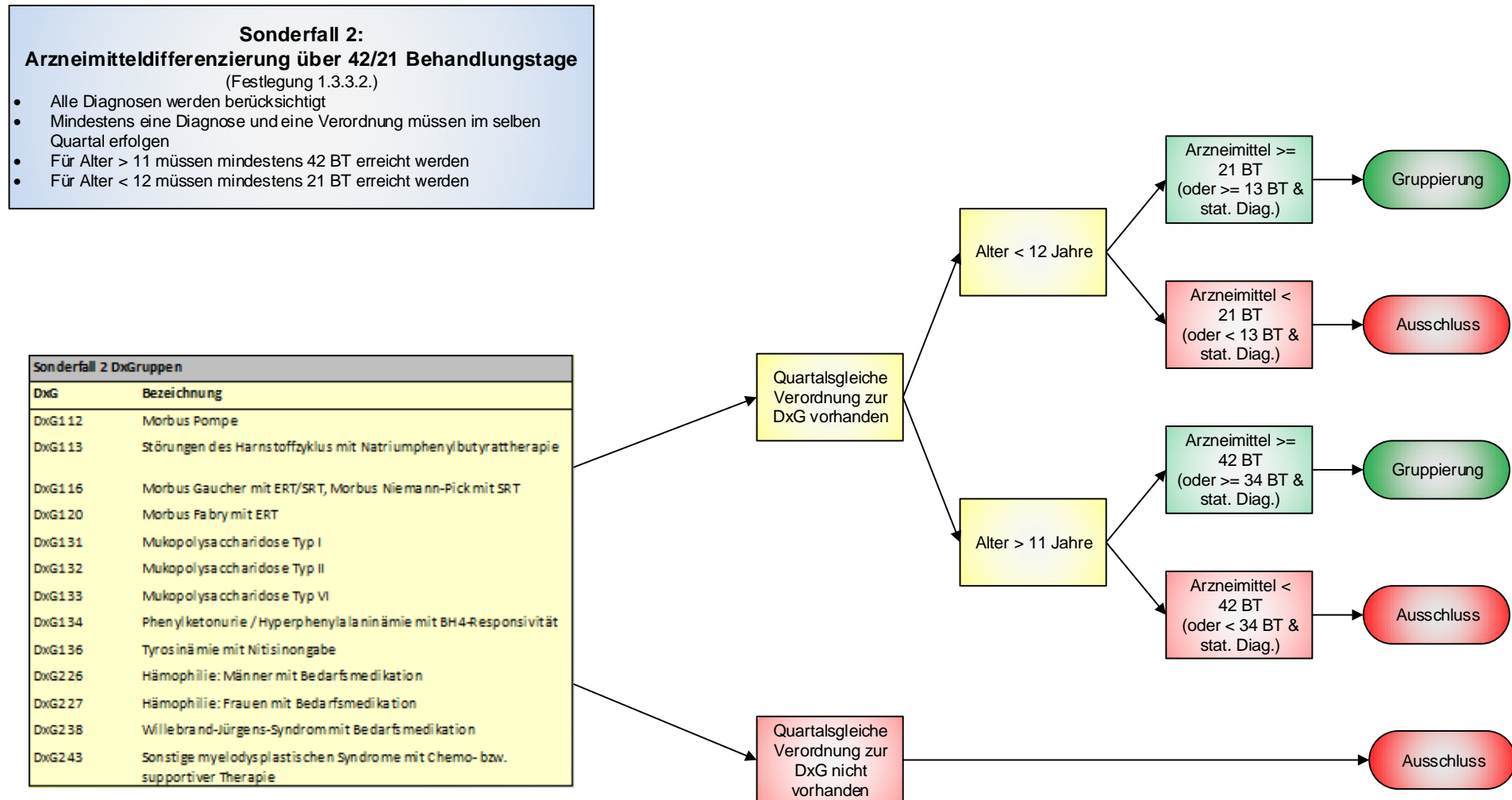


Abbildung 24: Sonderfall 3 – Diagnosevalidierung nach Verordnungsquartalen

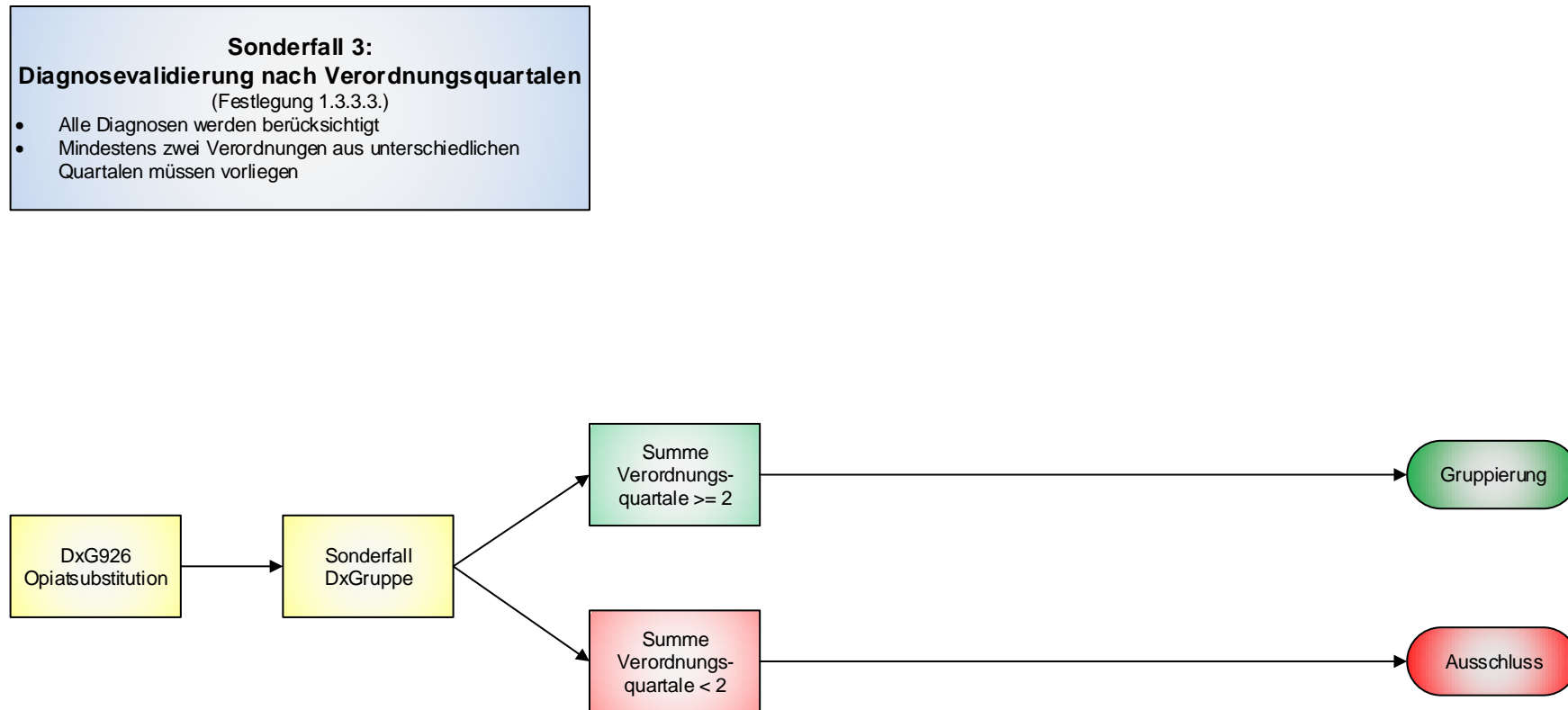
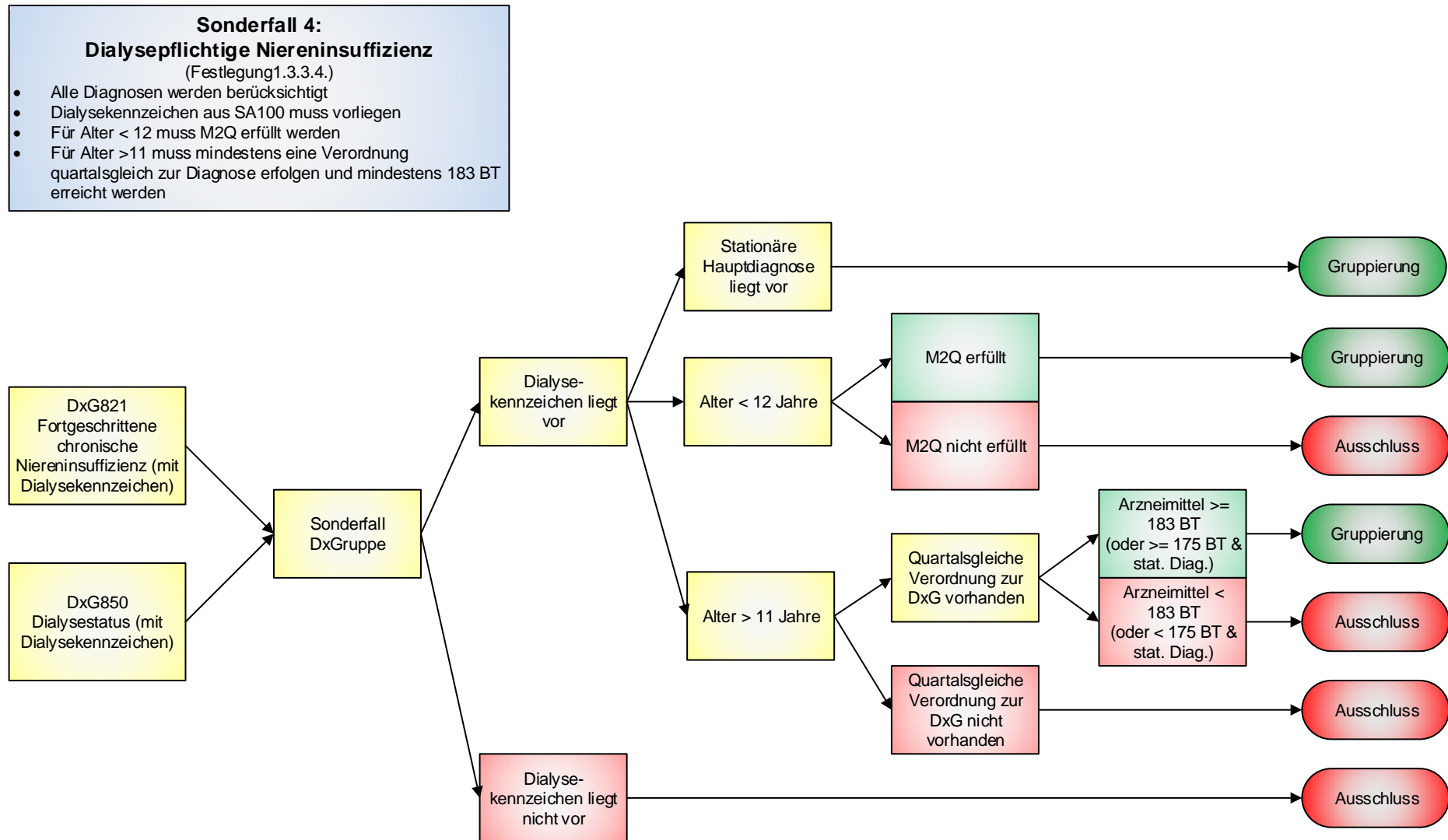
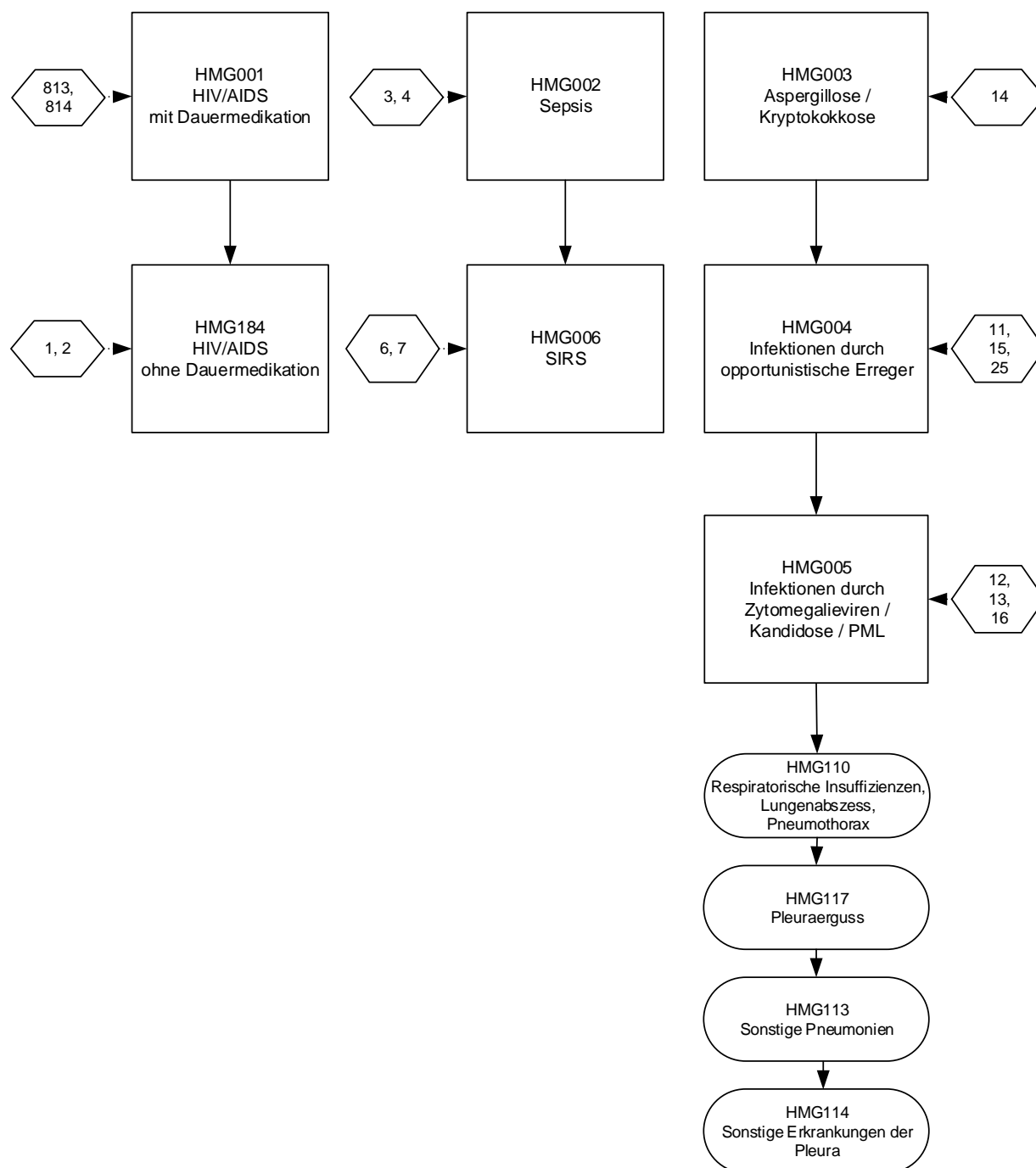


Abbildung 25: Sonderfall 4 – Dialysepflichtige Niereninsuffizienz



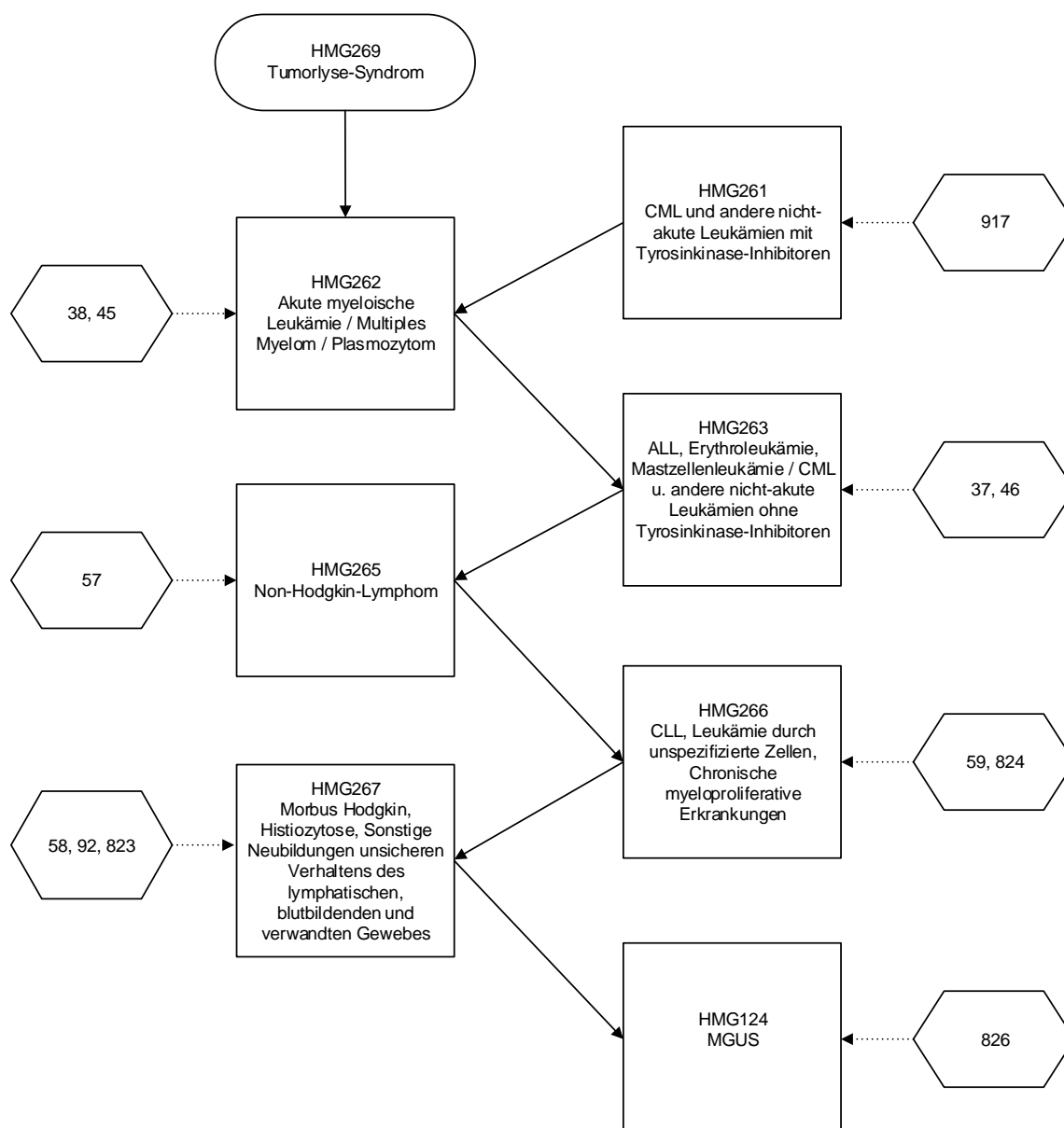
31 Übersicht über die Hierarchien

Hierarchie 1: Infektionen

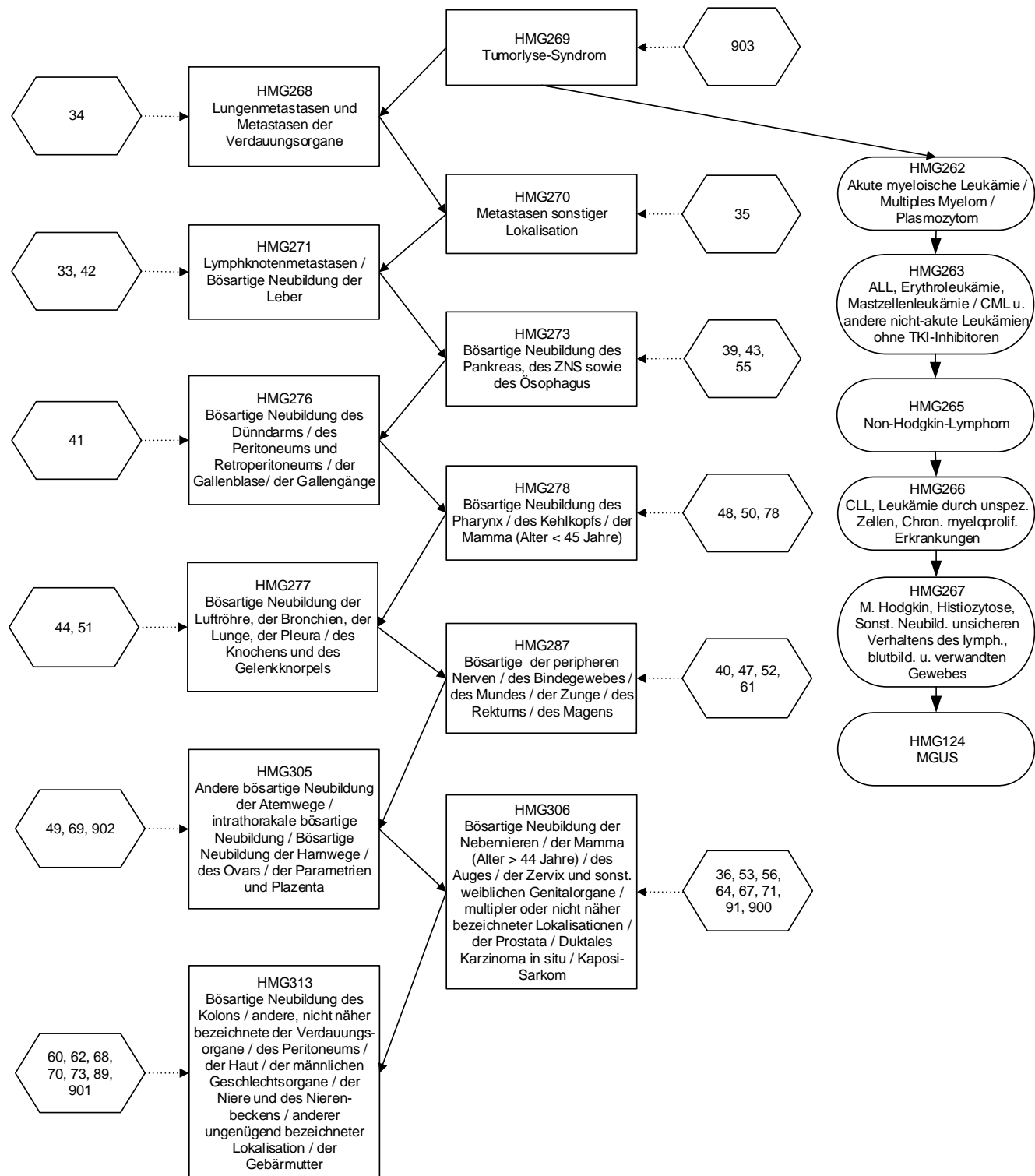


Hierarchie 2: Neubildungen

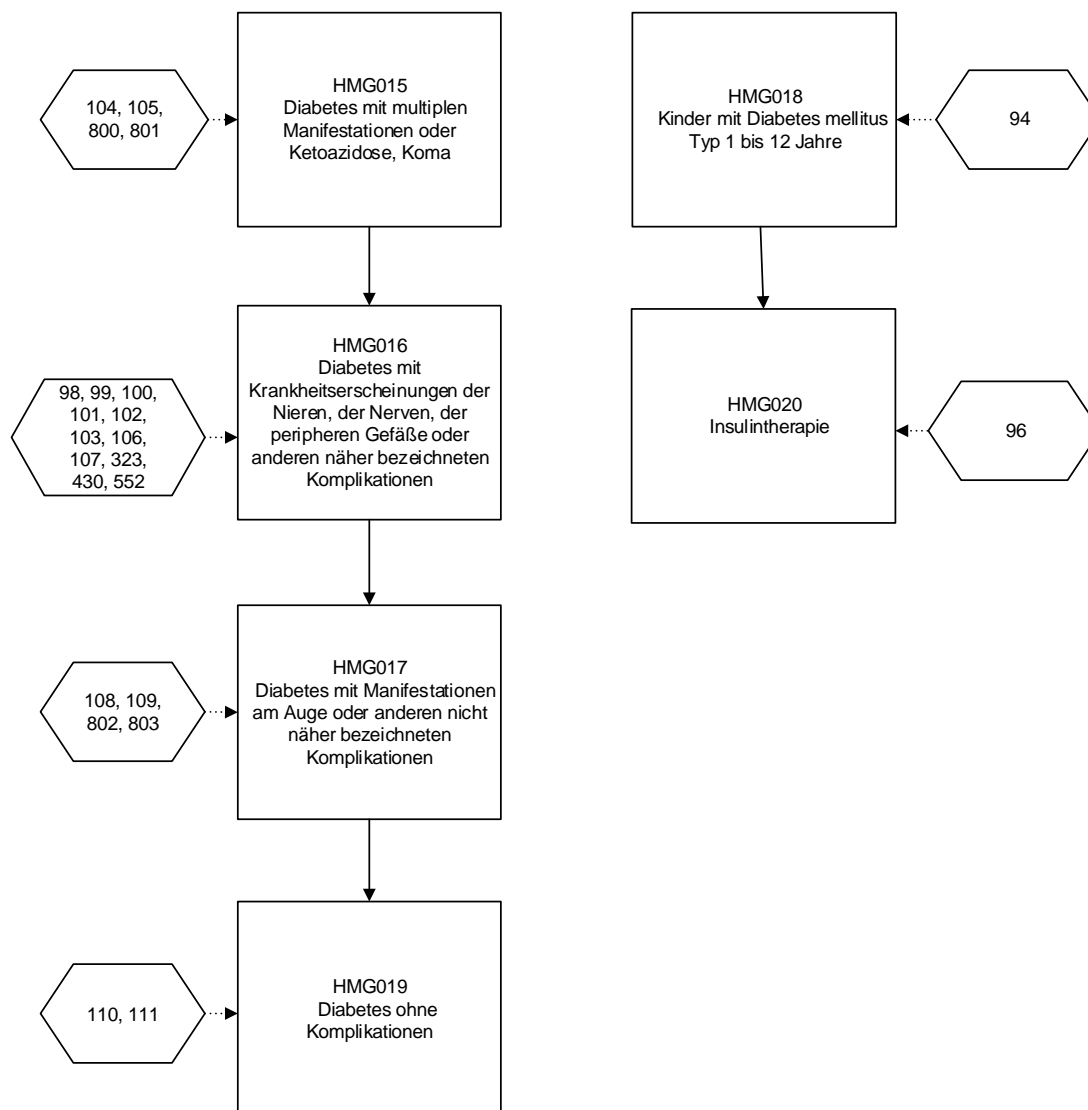
Hierarchiestrang 2a: Hämatologische Neubildungen



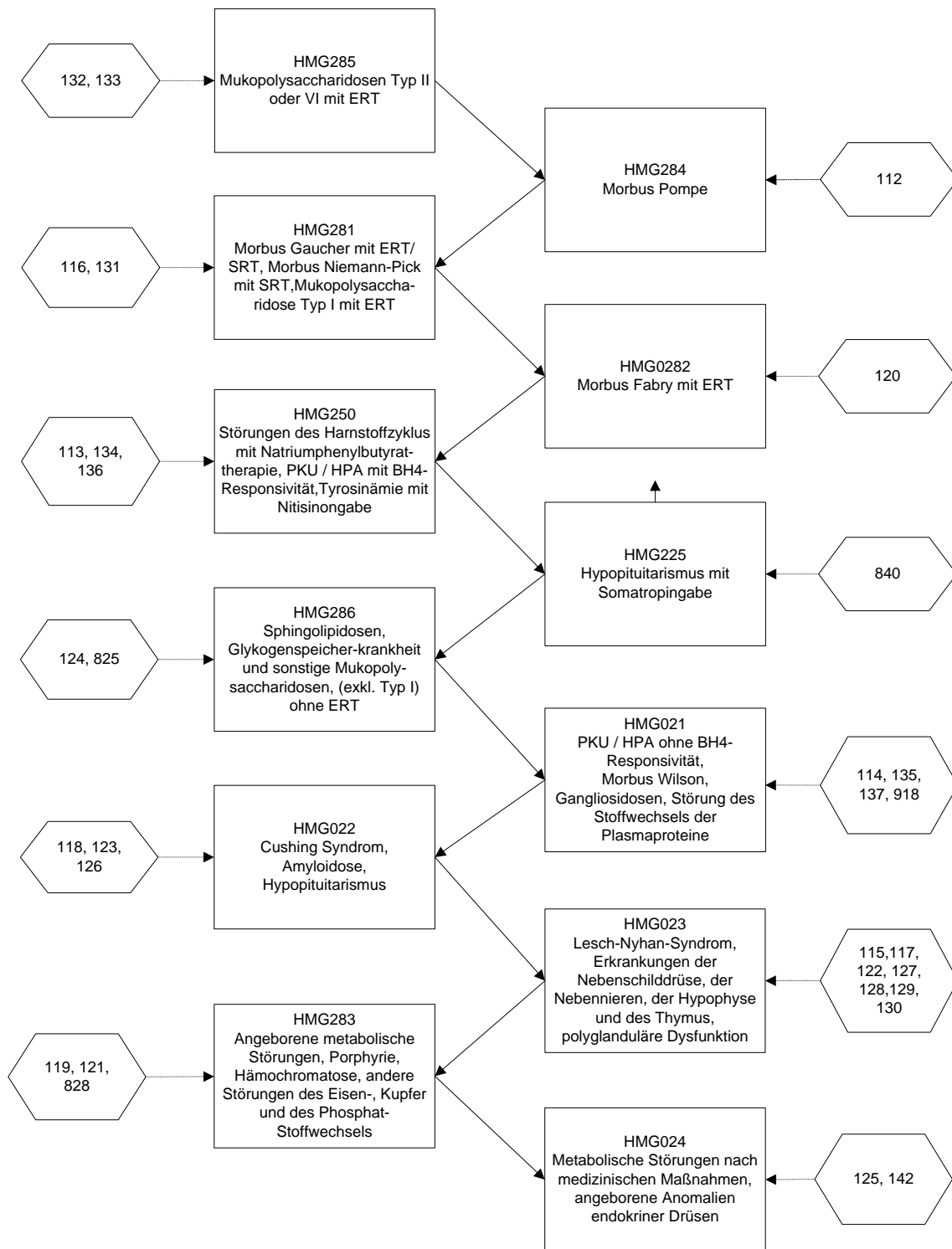
Hierarchiestrang 2b: Solide Tumoren



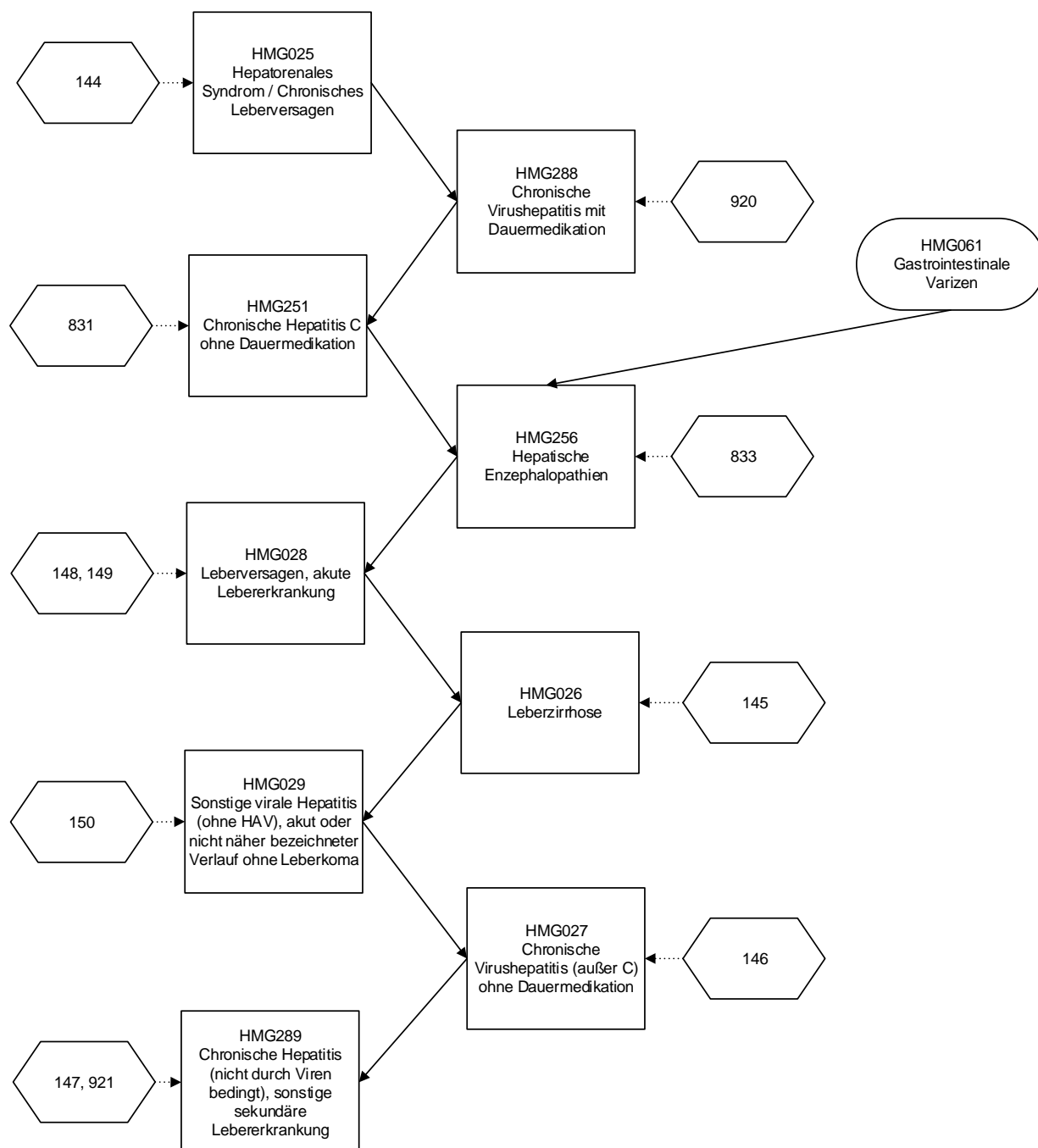
Hierarchie 3: Diabetes



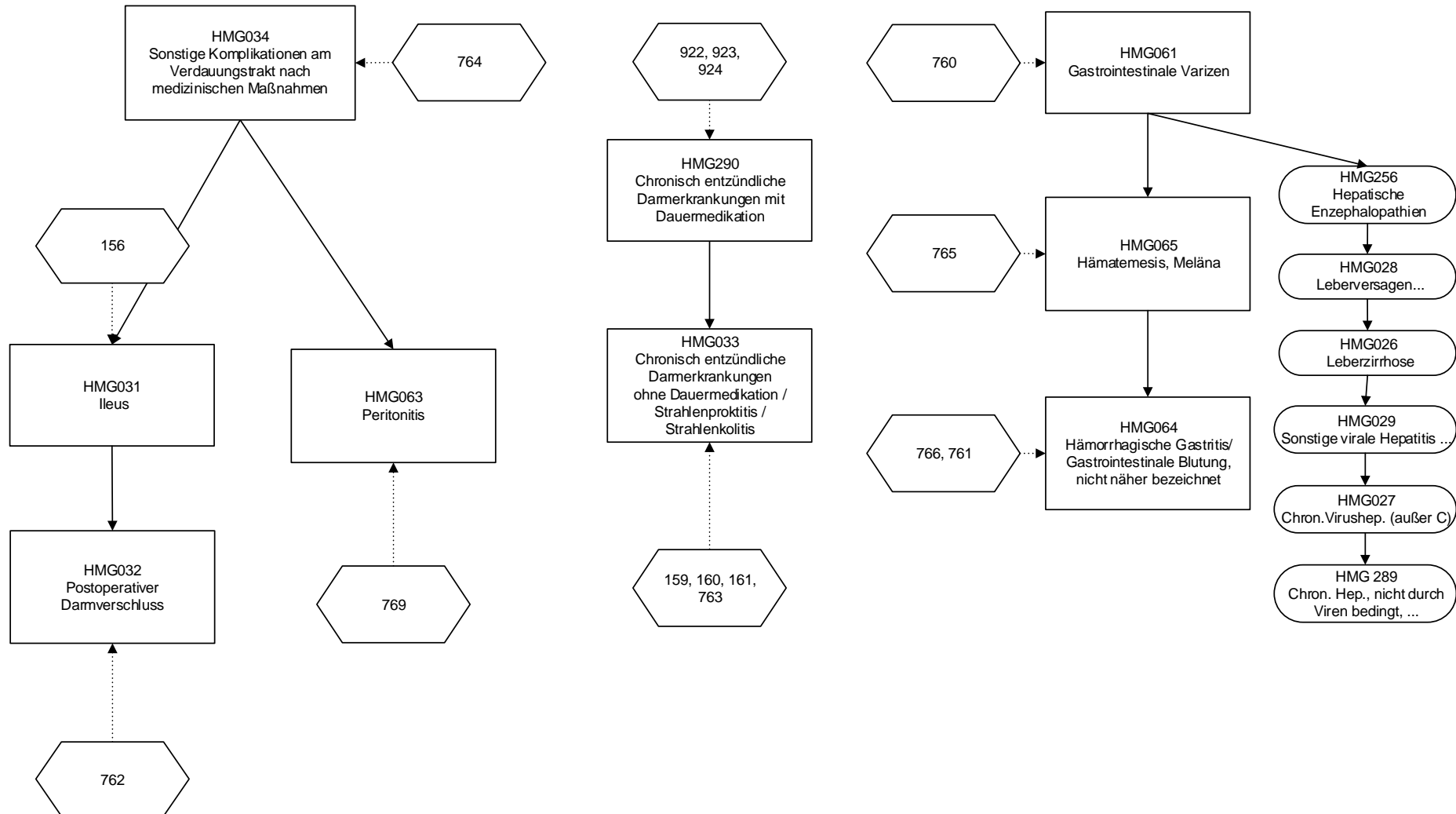
Hierarchie 4: Metabolische Erkrankungen



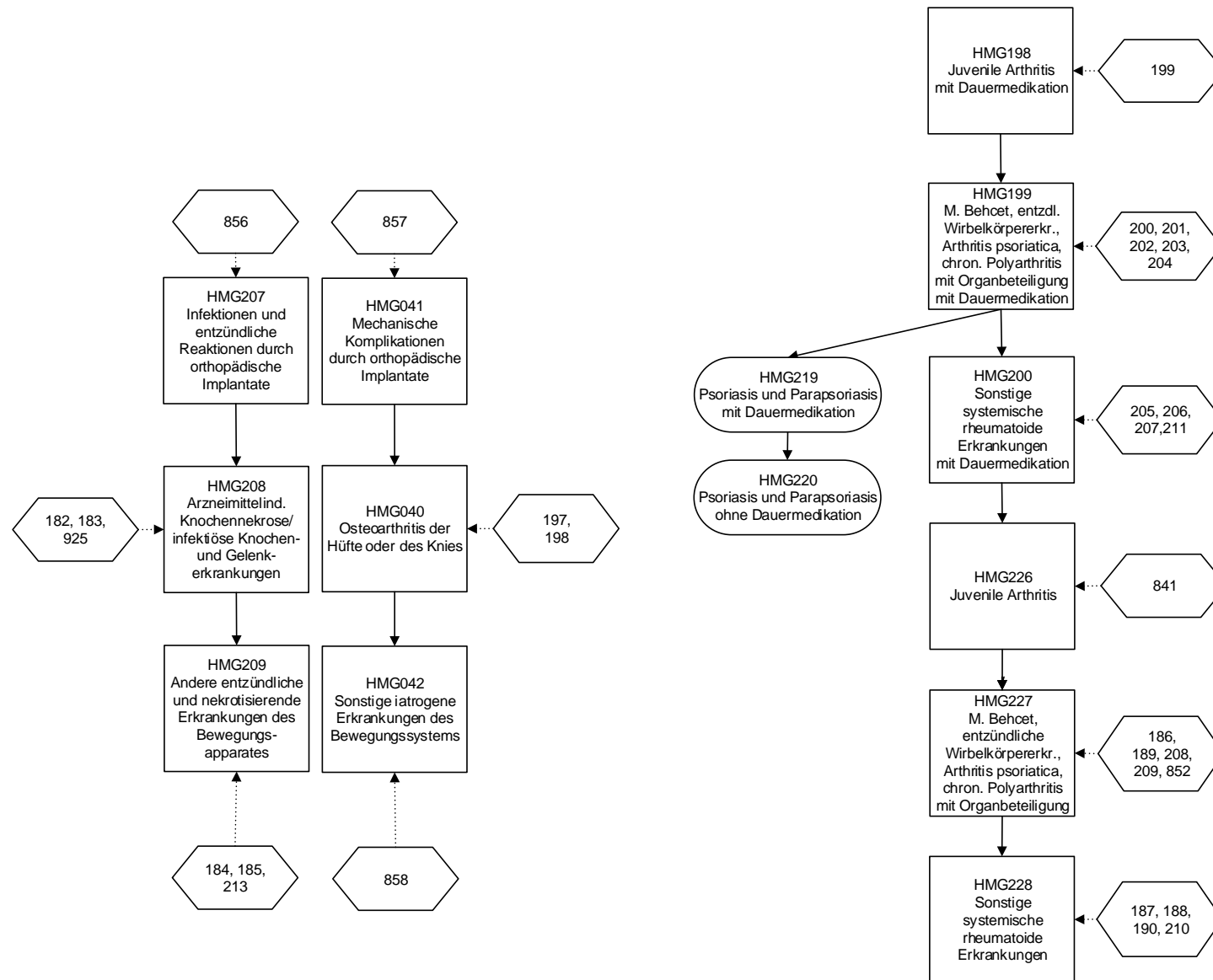
Hierarchie 5: Erkrankungen der Leber



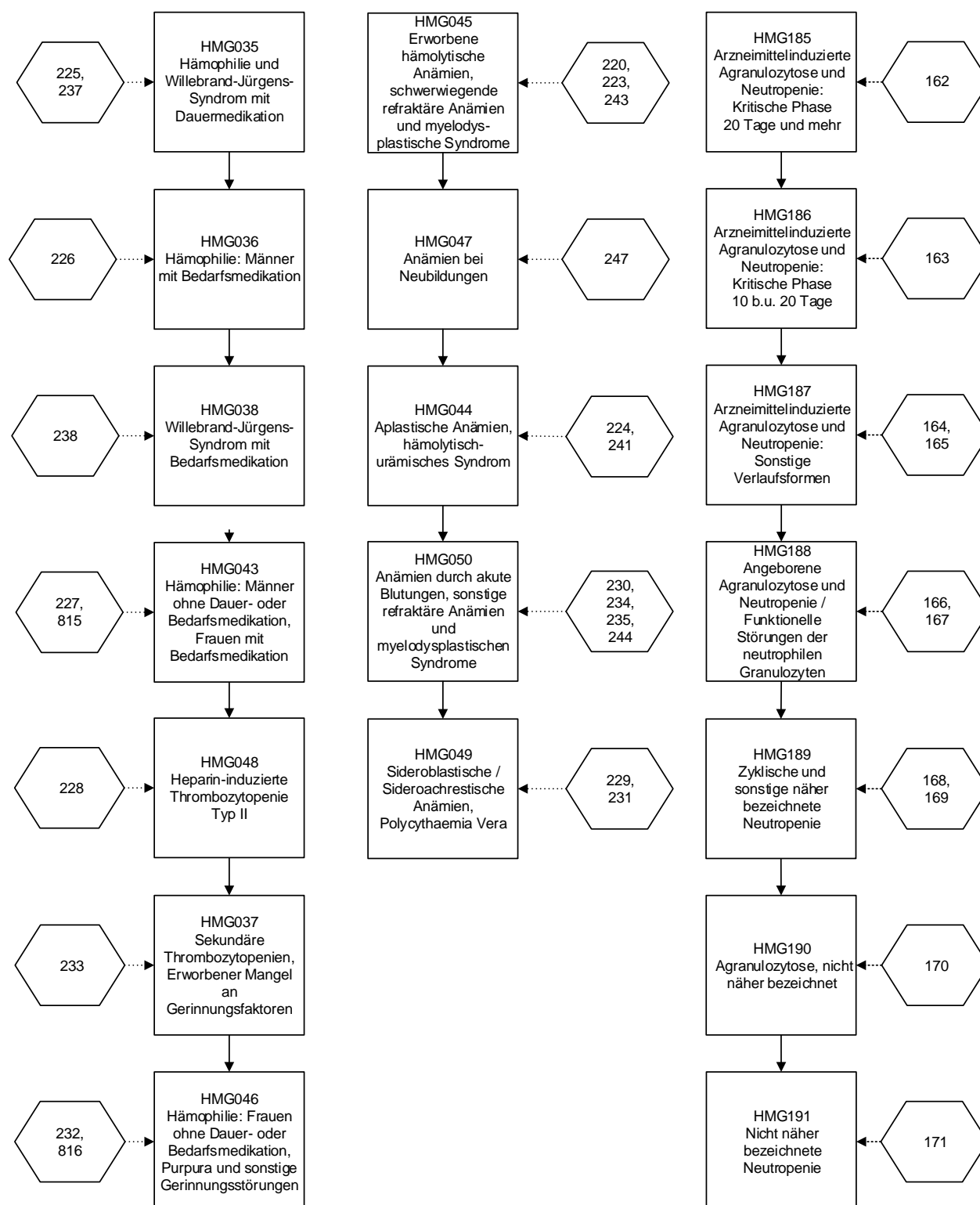
Hierarchie 6: Gastrointestinale Erkrankungen



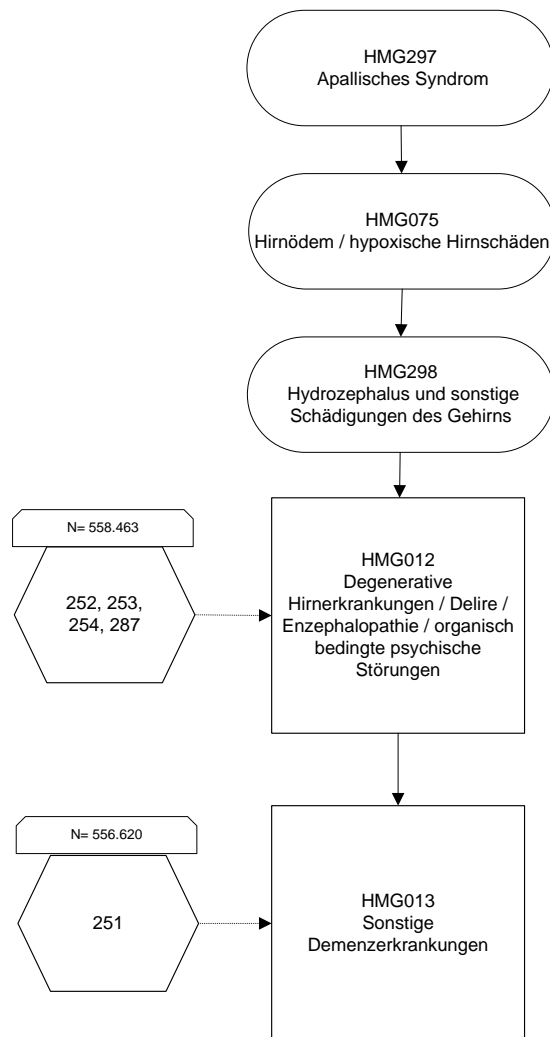
Hierarchie 7: Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems



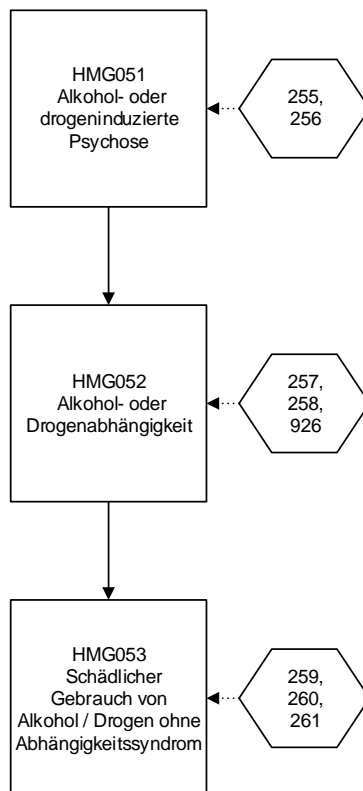
Hierarchie 8: Hämatologische Erkrankungen



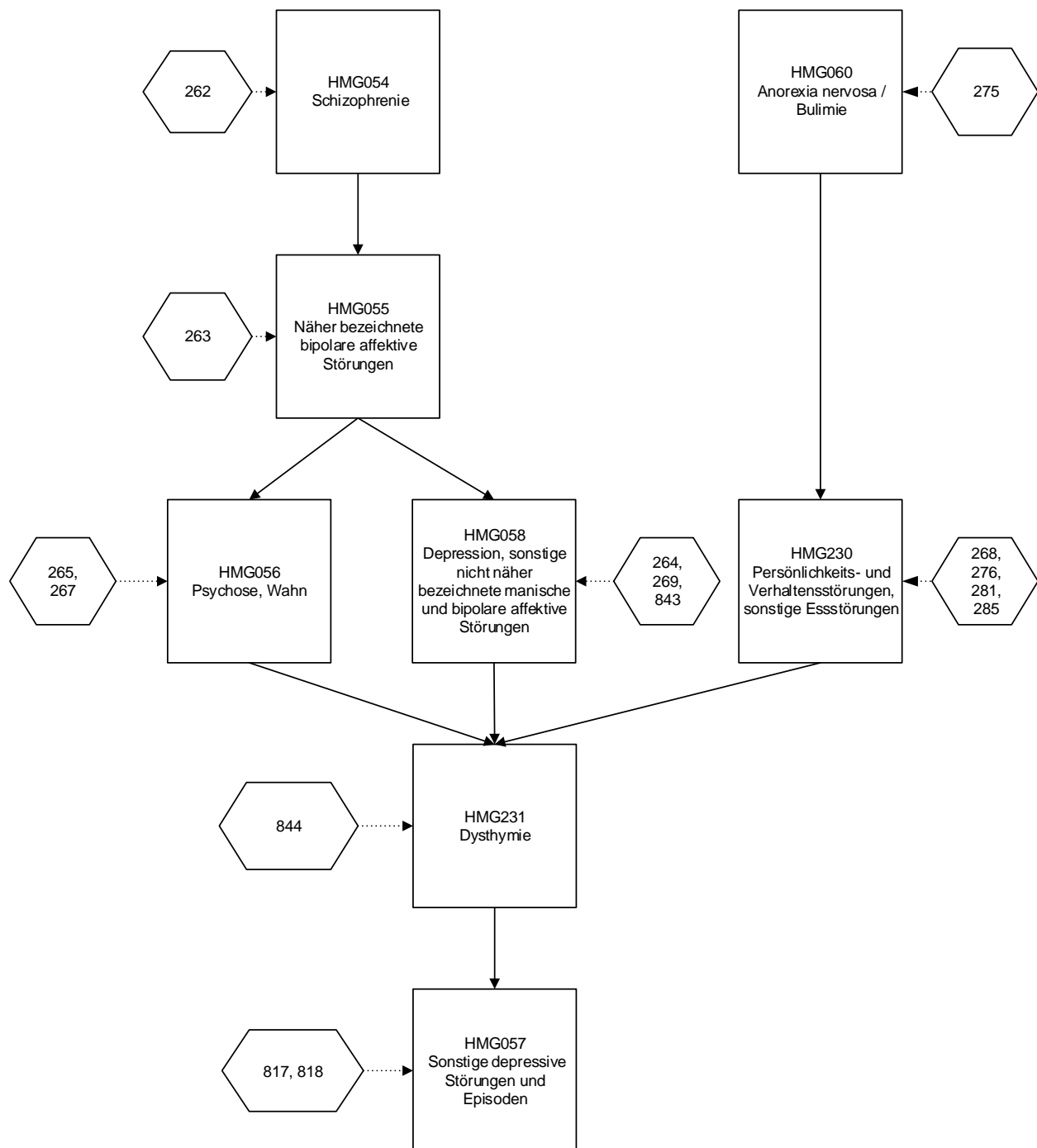
Hierarchie 9: Kognitive Erkrankungen



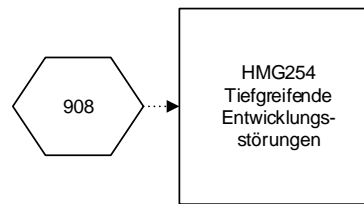
Hierarchie 10: Drogen- / Alkoholmissbrauch



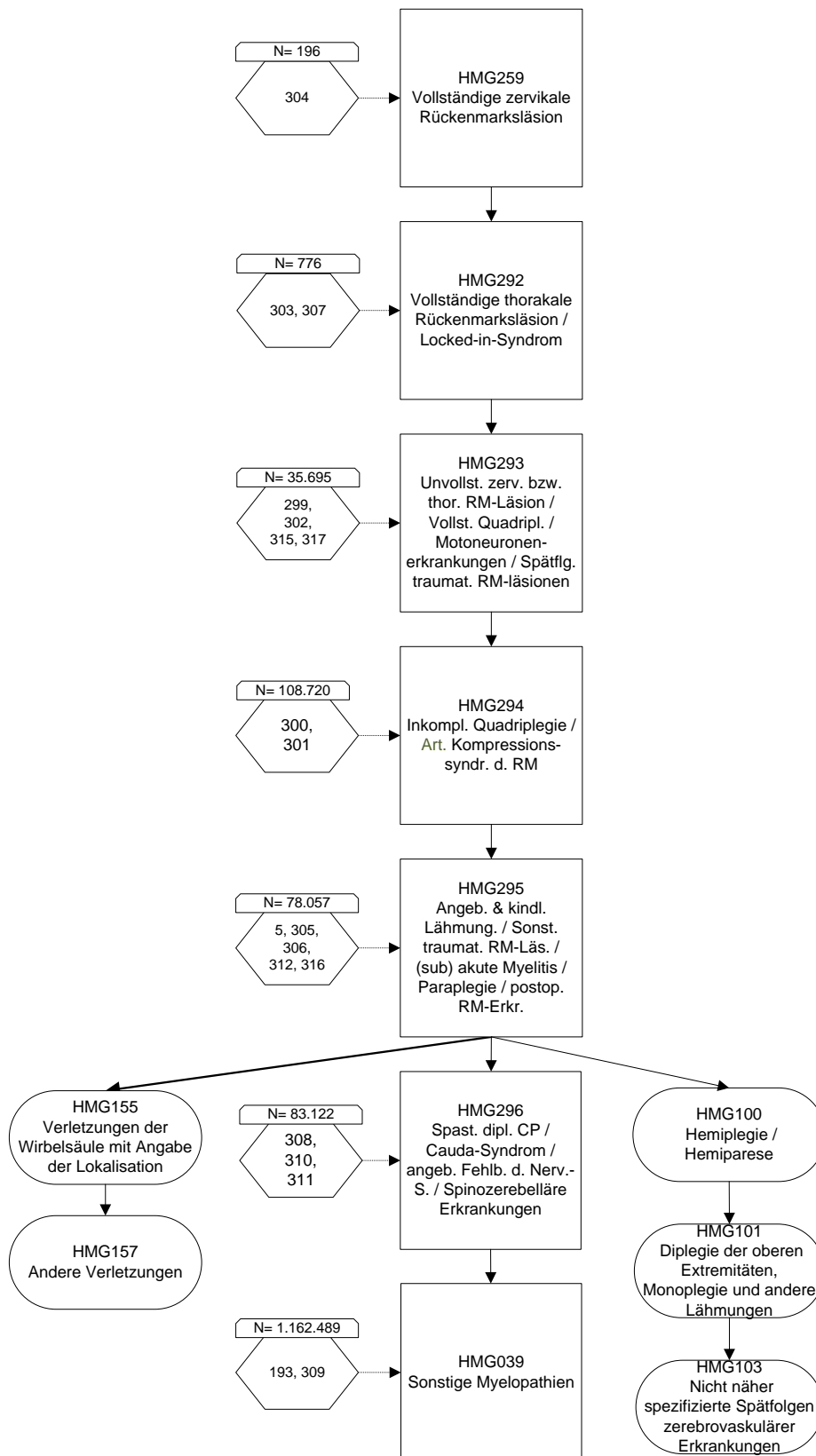
Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen



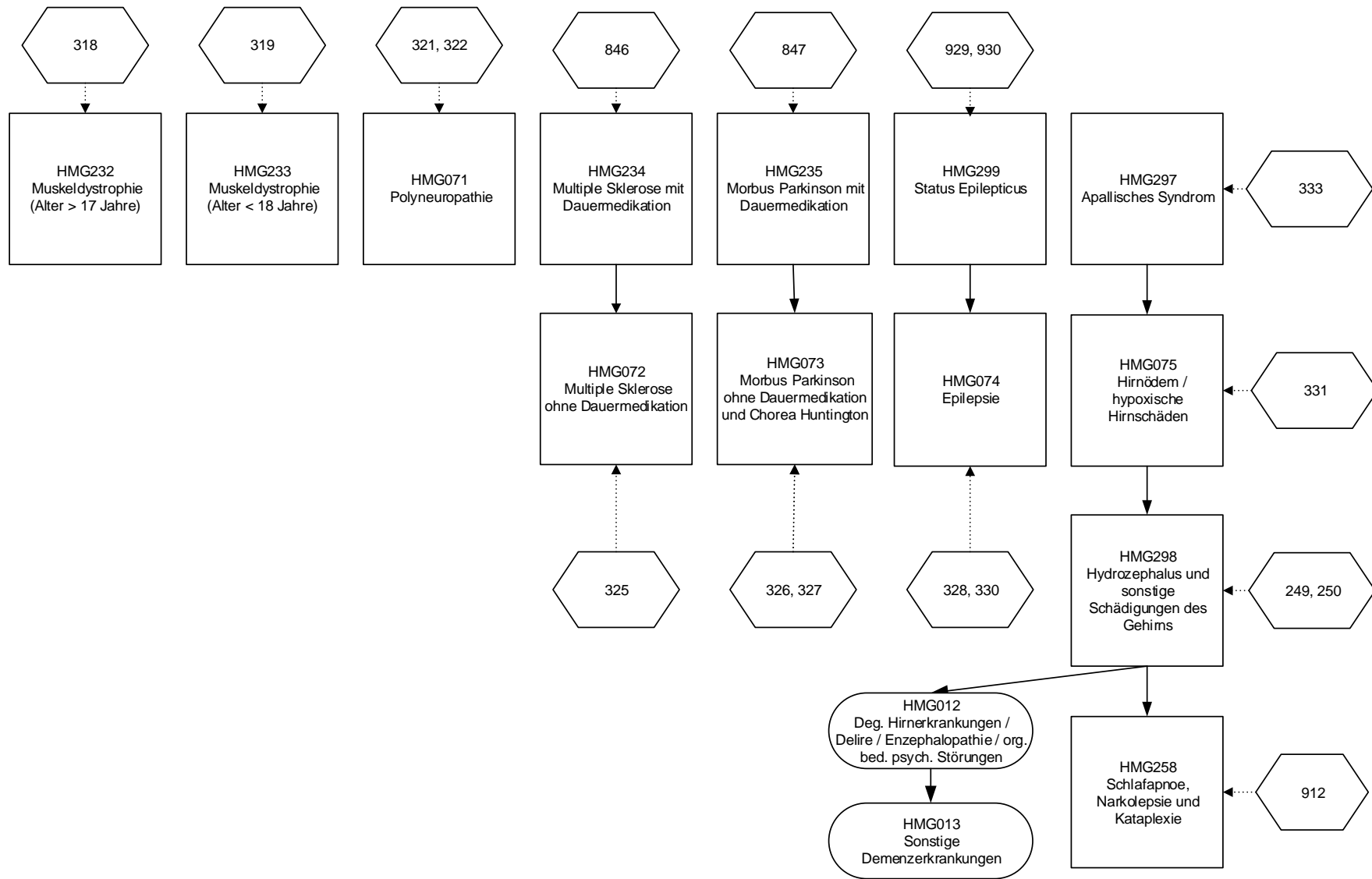
Hierarchie 12: Entwicklungsstörungen



Hierarchie 13: Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks



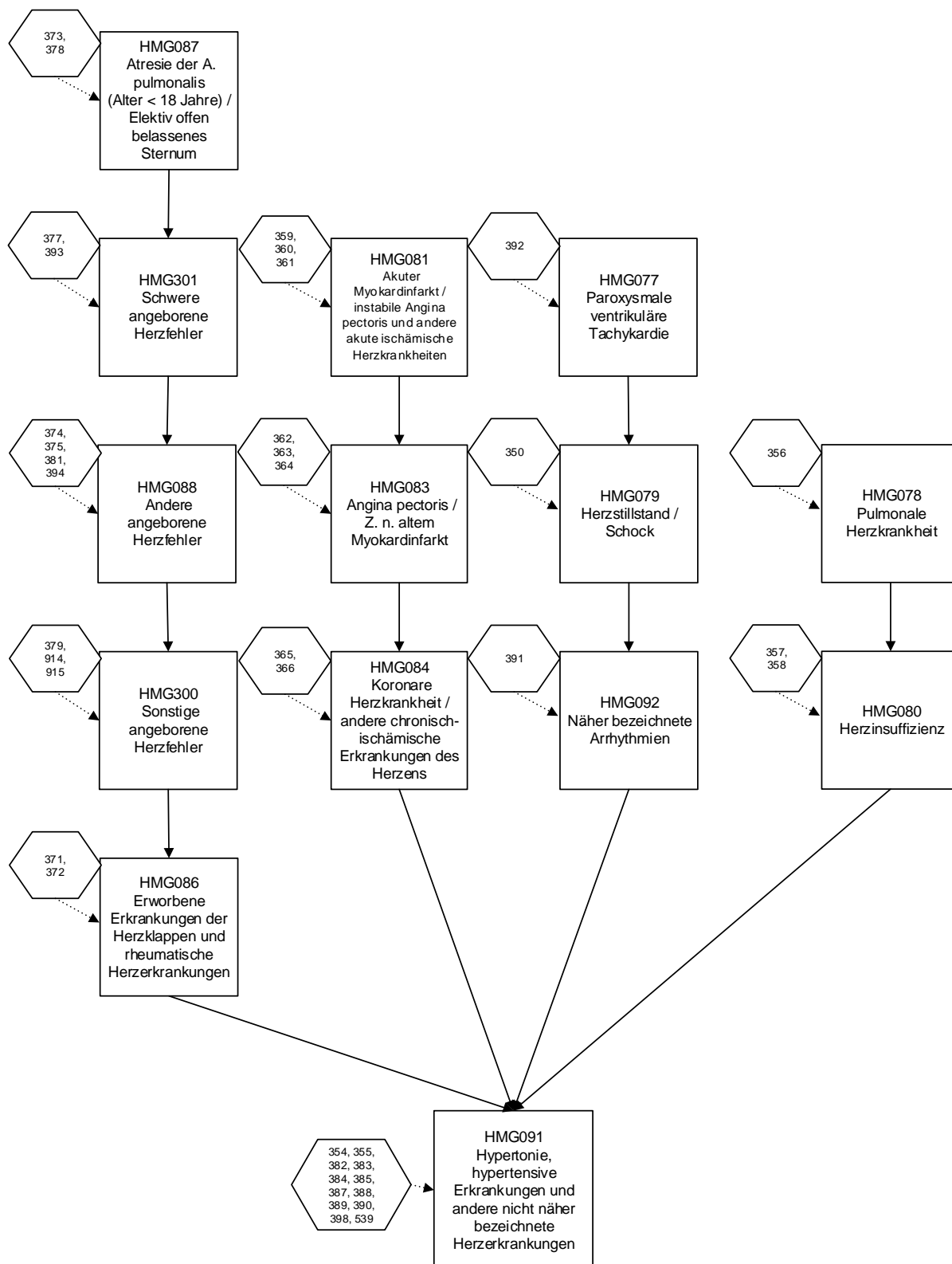
Hierarchie 14: Neurologische Erkrankungen



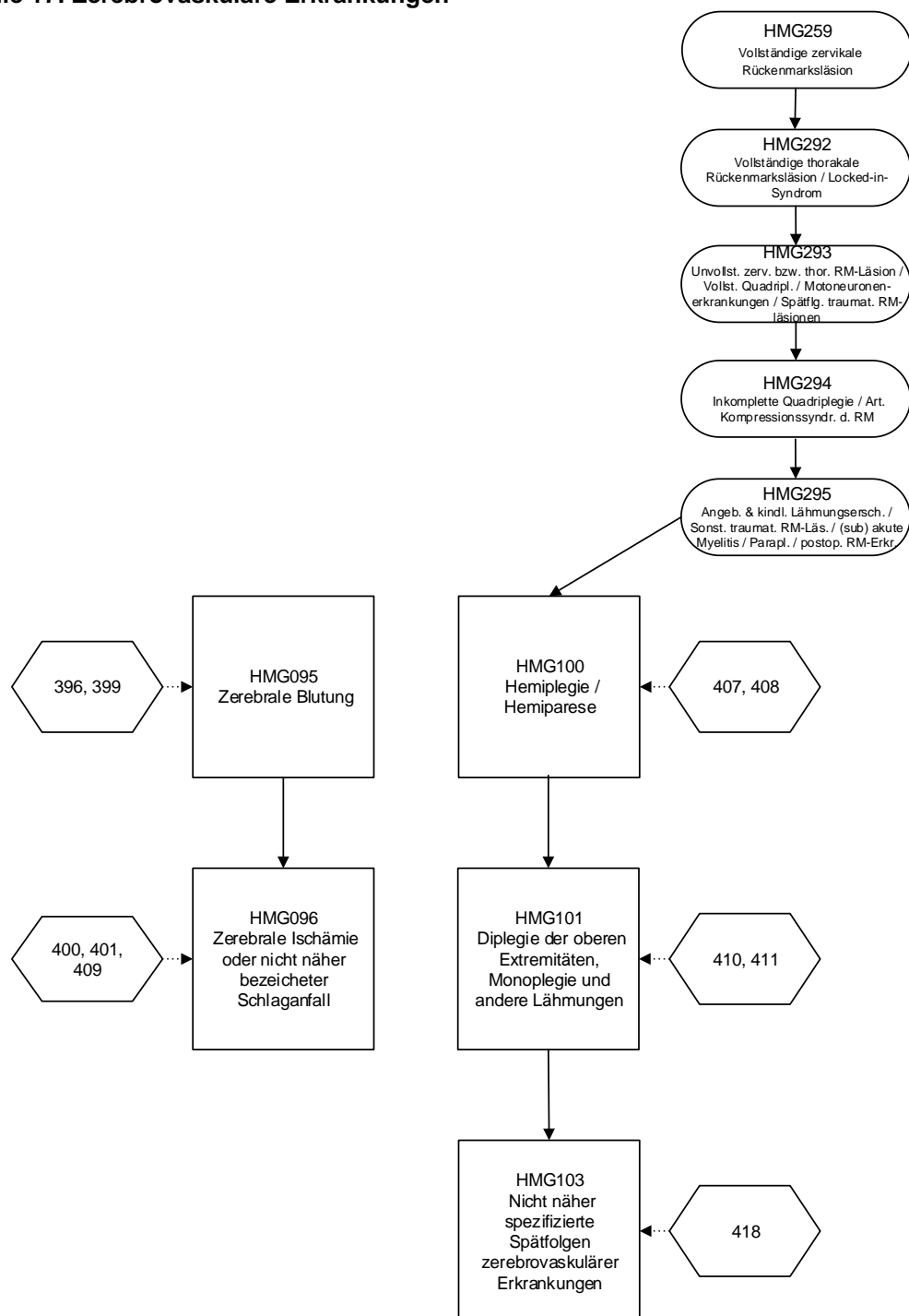
Hierarchie 15: Herz- und Atemstillstand

Mit Festlegung zum Ausgleichsjahr 2011 entfallen.

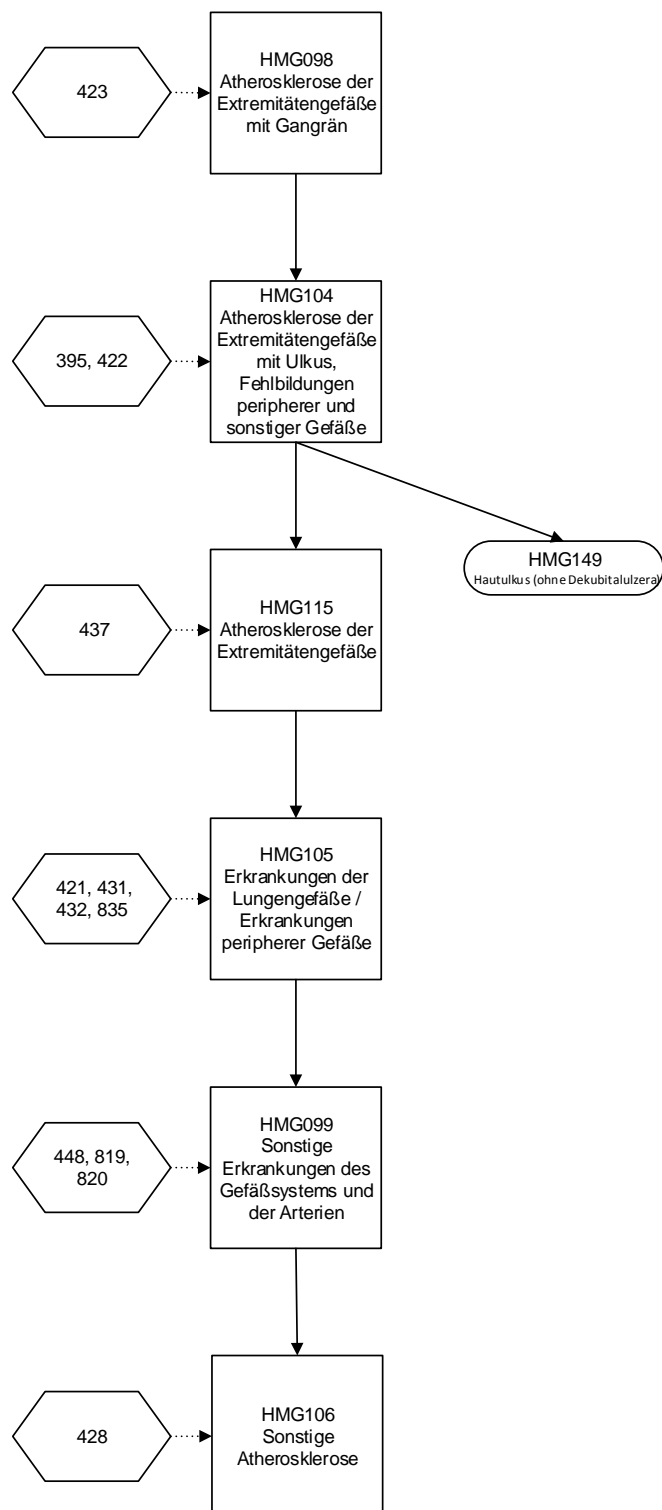
Hierarchie 16: Herzerkrankungen



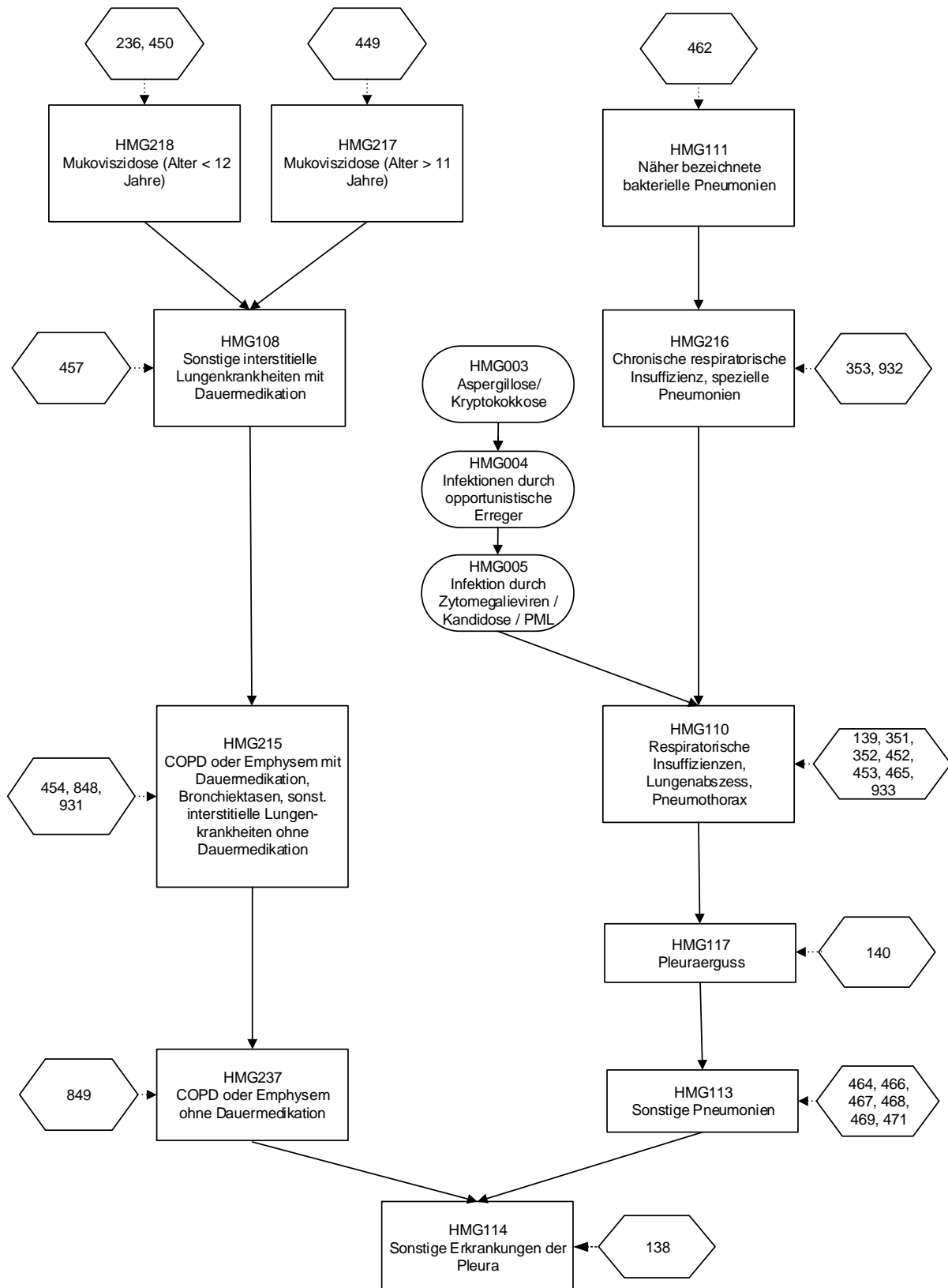
Hierarchie 17: Zerebrovaskuläre Erkrankungen



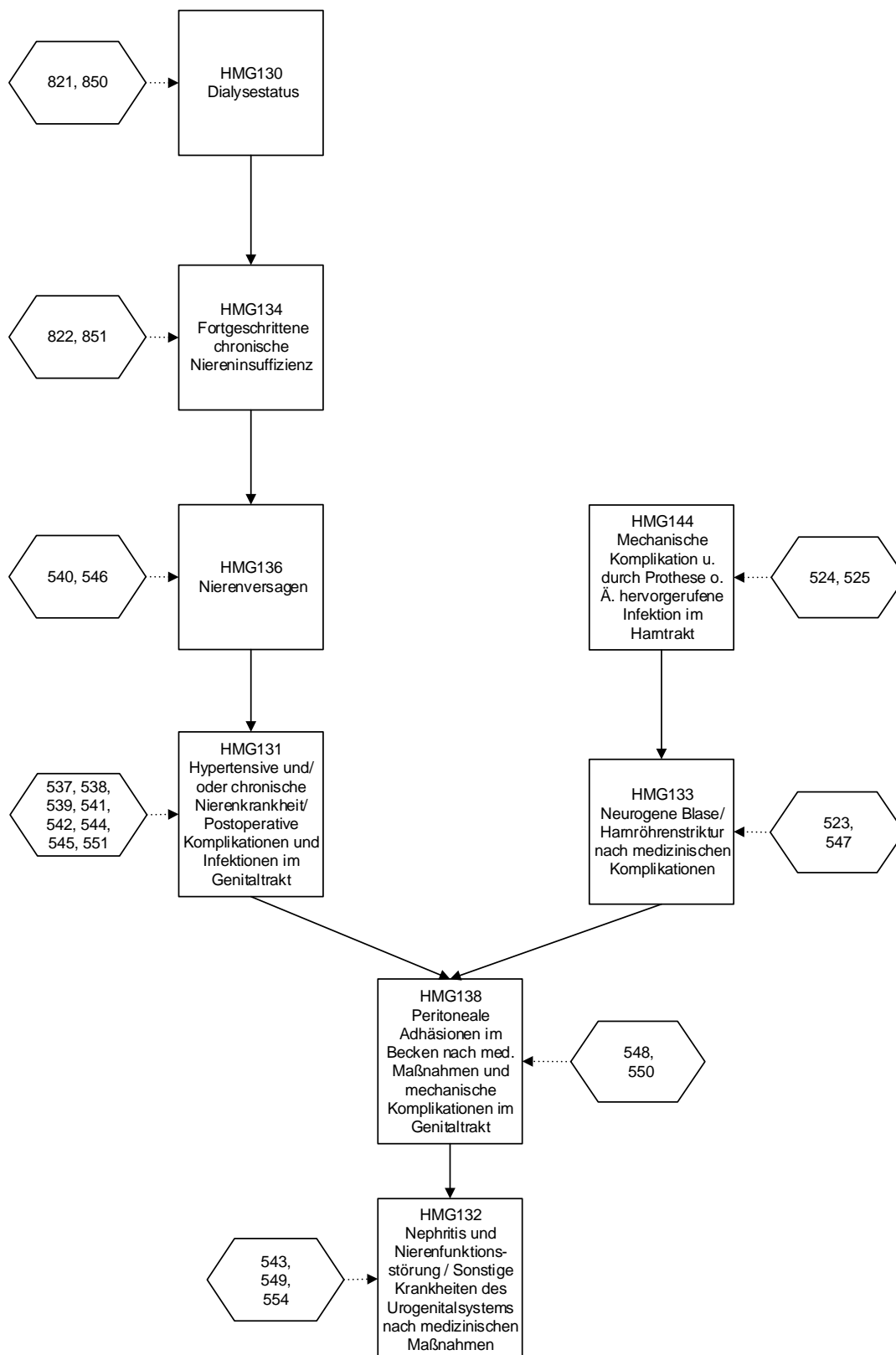
Hierarchie 18: Gefäß- und Kreislauferkrankungen



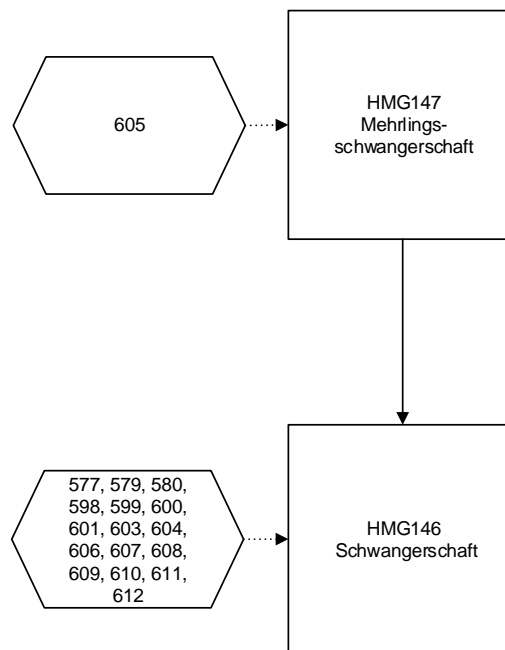
Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge



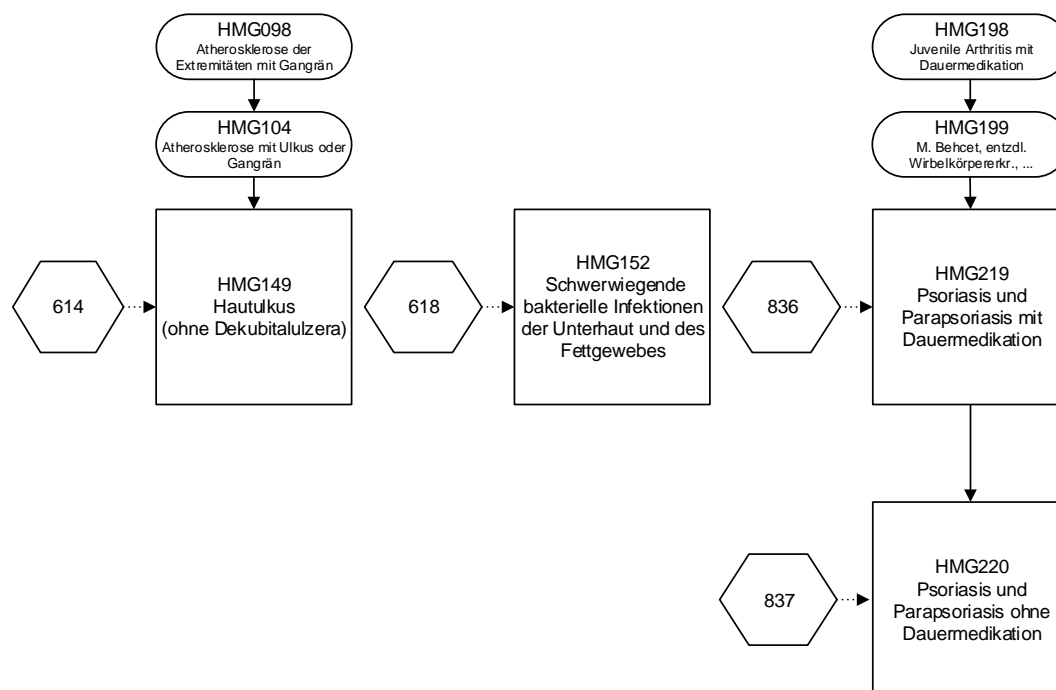
Hierarchie 20: Erkrankungen des Urogenitalsystems



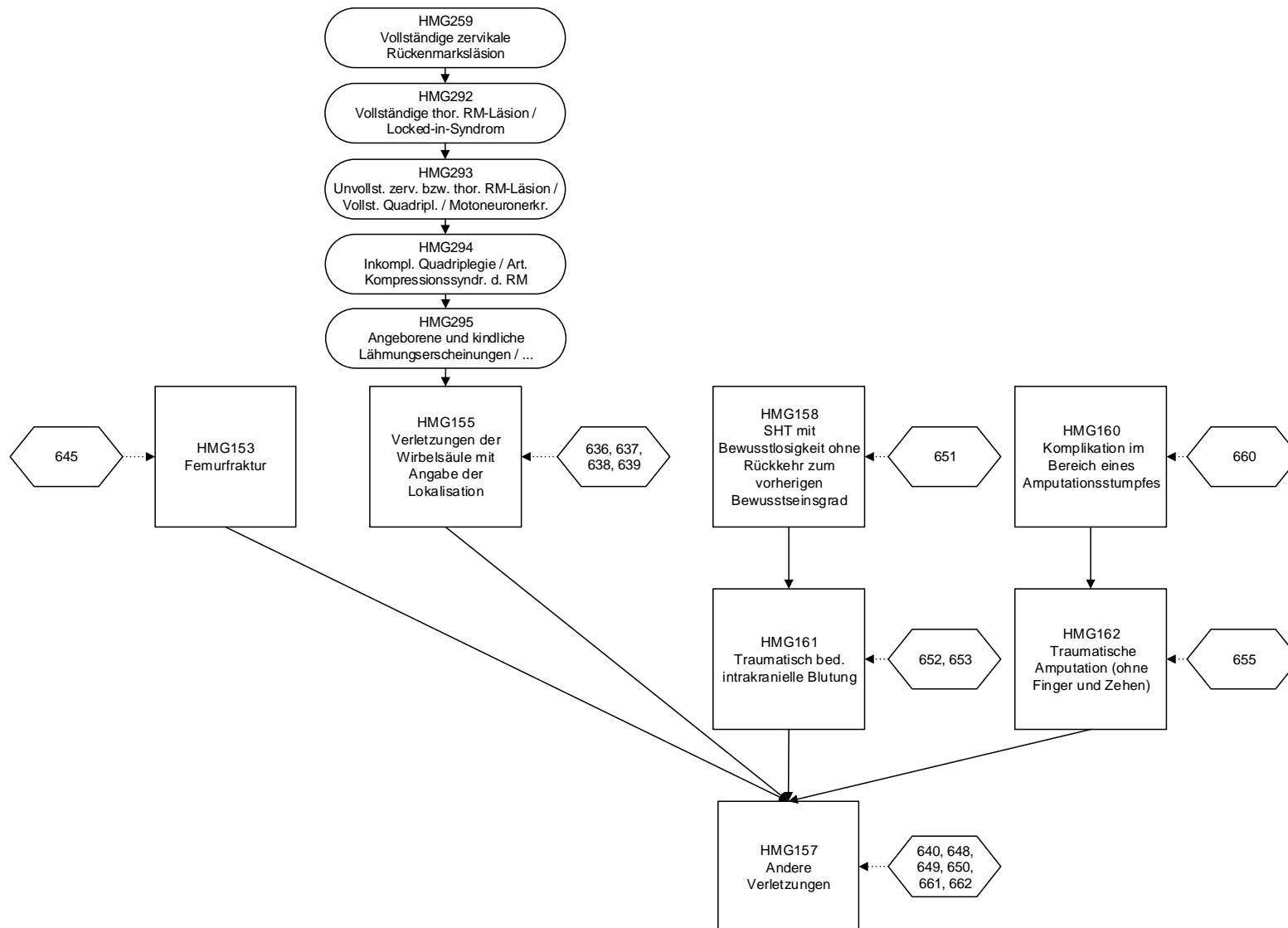
Hierarchie 21: Schwangerschaft



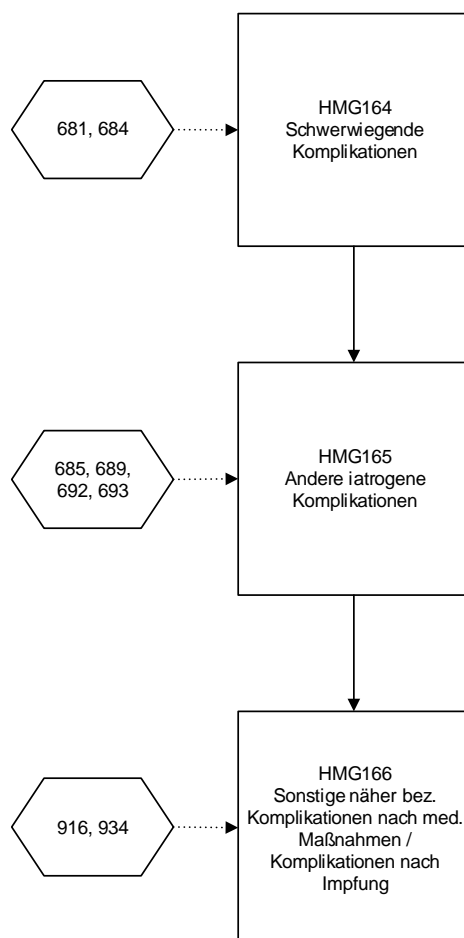
Hierarchie 22: Erkrankungen der Haut



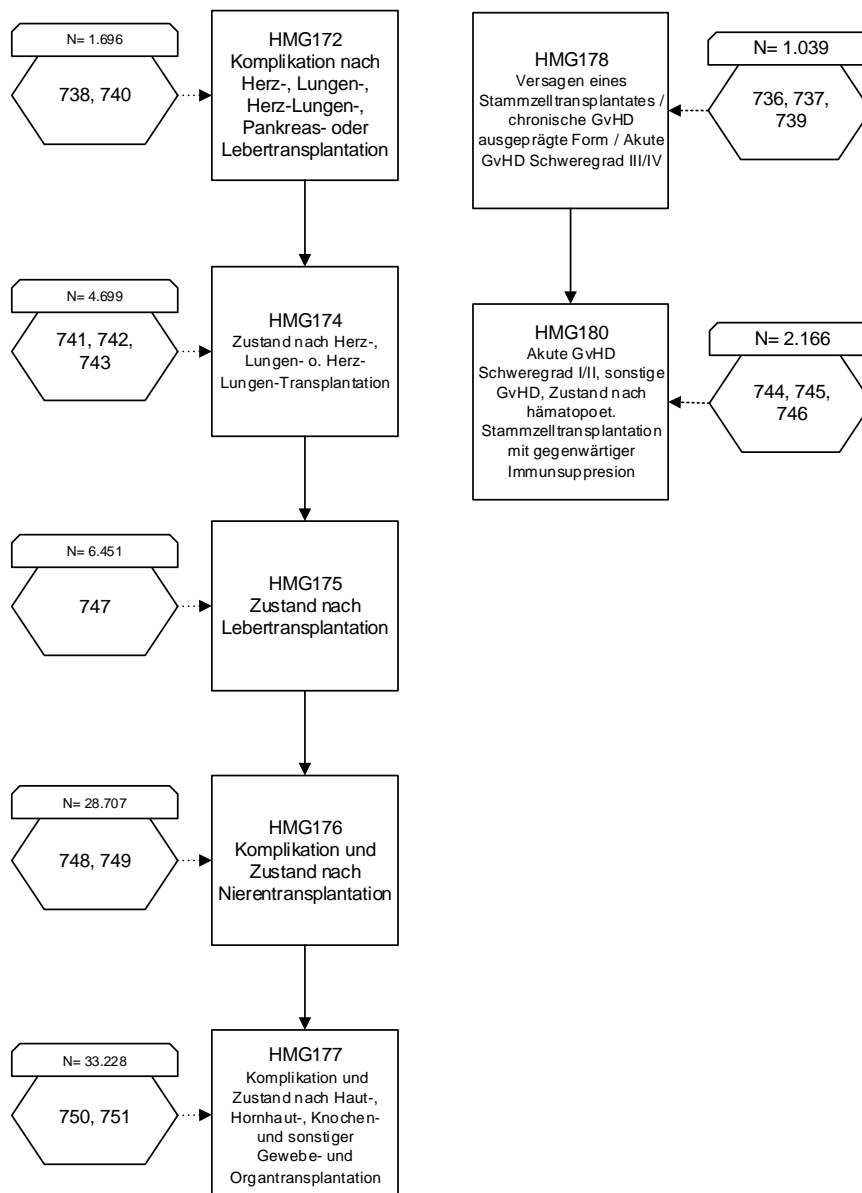
Hierarchie 23: Verletzungen



Hierarchie 24: Medizinische Komplikationen



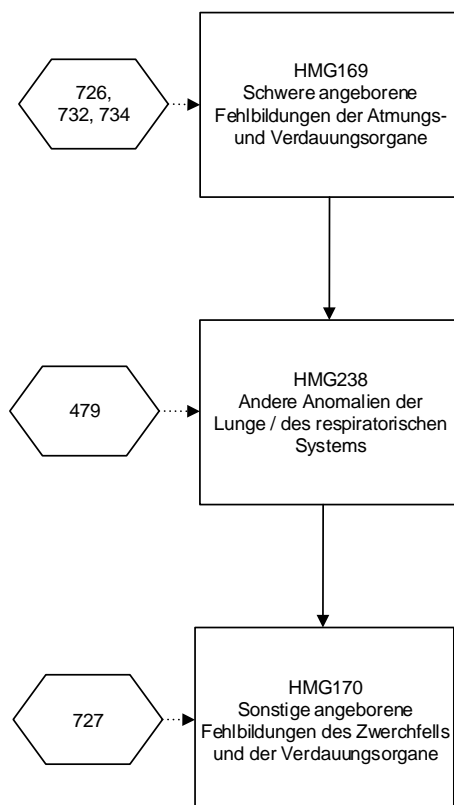
Hierarchie 25: Transplantationen



Hierarchie 26: Erkrankungen des Auges

Mit Festlegung zum Ausgleichsjahr 2015 entfallen.

Hierarchie 27: Erkrankungen des Neugeborenen



Hierarchie 28: Chronischer Schmerz

