

Fehlanreize durch arzneimittelbasierte Morbiditätszuschläge im Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich soll nach dem Willen des Gesetzgebers auf eine neue Basis gestellt werden, die an der Morbidität der Versicherten ausgerichtet ist. Nach einem Gutachtervorschlag soll dabei der Beitragsbedarf versichertenindividuell aus Sockelbeträgen (nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus) und Morbiditätszuschlägen auf der Basis stationärer Diagnosen und Arzneimittelverordnungen ermittelt werden. Insbesondere Arzneimittelverordnungen als abgeleitete Morbiditätsindikatoren lösen jedoch wegen der Mehrdeutigkeit des Morbiditätsbezuges und der vorhandenen Behandlungsspielräume erhebliche Fehlanreize in der Arzneimittelversorgung aus – mit weitreichenden Konsequenzen für das Versorgungsgeschehen und für die Finanzentwicklung der GKV. Ein wesentlich abgespecktes Modell nach holländischem Vorbild könnte bei annähernd gleich guten statistischen Eigenschaften diese Fehlanreize deutlich reduzieren.

■ Eva-Maria Malin, Peter Hernold und Christina König

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Jahr 2002 wurde die Umstellung auf eine morbiditätsorientierte Klassifikation der Versicherten im RSA angestoßen. Seit dem Frühjahr 2005 liegt eine Gutachterempfehlung vor, die eine Eingruppierung der Versicherten nach stationären Diagnosen und Arzneimittelverordnungen vorsieht. Jedem Versicherten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt oder mindestens einer Arzneimittelverordnung werden nach diesem Vorschlag bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs ergänzend zu den Sockelbeträgen nach Alter und Geschlecht ein oder mehrere ‚Morbiditätszuschläge‘ zugewiesen¹.

Die Gutachterempfehlungen werfen eine Vielzahl von Fragen zur technischen Umsetzung des Verfahrens und insbesondere auch zu den Anreizwirkungen der gewählten Lösung für Leistungserbringer und Krankenkassen auf. Den letztge nannten Fragen wird im vorliegenden Papier nachgegangen. Sie betreffen nicht nur die effiziente und manipulationsresistente Ausgestaltung des RSA-Verfahrens an sich, sondern vor allem die Effizienz des Versorgungsgeschehens und damit letztlich die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

Schon bei oberflächlicher Betrachtung wird deutlich, dass die Gutachterempfehlungen in tiefgreifender Weise das Gebot der Versorgungsneutralität verletzen, indem andere als stationäre Behandlungsformen und Arzneimitteltherapien diskriminiert werden. Bereits hierin liegen Fehlanreize für die Versorgung, die die intensiven Bemühungen um Kostendämpfung der letzten Jahre konterkarieren können. Aber auch innerhalb der Leistungsbereiche ‚stationäre Behandlung‘ und ‚Arzneimittel‘ erscheint

es, wie im Folgenden dargelegt wird, als sehr wahrscheinlich, dass einzelne Kassen durch eine verstärkte Einflussnahme auf Therapieverläufe zumindest kurzfristig finanzielle Vorteile erzielen wollen, ohne dass diese Vorteile mit der Ausschöpfung von Effizienz- und Effektivitätsreserven in der Versorgung einhergehen und damit weder zum Vorteil des Patienten noch der GKV insgesamt dienen. Es besteht die Gefahr, dass die vorgeschlagene Lösung nicht zu einer Förderung von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung beiträgt, sondern dem vom Gesetzgeber ausdrücklich für die RSA-Reform vorgegebenen Ziel zuwiderläuft².

Gestaltungselemente des morbiditätsorientierten RSA

Das vom damaligen BGMS beauftragte Gutachterkonsortium „IGES / Lauterbach / Wasem“ hat empfohlen, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der GKV ab 2007 auf der Basis des Modells RxGroups+ IPHCC³ durchzuführen, einem Modell, das anhand von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelinformationen die Bestimmung der Morbidität (Krankheitslast) eines Versicherten vornimmt und diesen in eine oder mehrere Morbiditätskategorien eingruppiert. Der Beitragsbedarf wird versichertenindividuell aus Sockelbeträgen und so genannten Morbiditätszuschlägen (Kostengewichten) additiv ermittelt. Das Modell unterscheidet sich damit grundsätzlich von der bisher im RSA angewendeten Zellensystematik, bei der jeder Versicherte genau einer Zelle zugeordnet wird. Bei dem vorgeschlagenen Modell ist es dagegen eher die Regel, dass Versicherte neben einem Sockelbetrag (nach Alter und Geschlecht) mehrere Morbiditätszuschläge erhalten, deren Anzahl (theoretisch) nur durch die Zahl der im Modell berücksichtigten Morbiditätskategorien begrenzt ist⁴.

Dr. Eva-Maria Malin, Peter Hernold, Christina König, BKK-Bundesverband, Essen

Die Ausgestaltung des vorgeschlagenen Modells soll prospektiv erfolgen, d. h. die Morbiditätsinformationen (Diagnosen und Verordnungen) stammen jeweils aus dem Vorjahr. Die Kostengewichte sind dabei so bemessen, dass nicht die Ausgaben des Erhebungsjahres, sondern die zu erwartenden Folgekosten einer Erkrankung ausgeglichen werden.

Des Weiteren empfehlen die Gutachter den Verzicht auf einen (Hoch-)Risikopool, die Herausnahme der Disease Management Programme (DMP) aus der Gruppenbildung⁵ sowie die Beibehaltung des Erwerbsminderungsstatus als Ausgleichskriterium. Der Ausgleich für Krankengeldzahlungen soll nach den bisherigen Regeln durchgeführt werden, da alle untersuchten Morbiditätsmodelle sich in Modellrechnungen als ungeeignet zur Prognose von Krankengeldleistungen erwiesen haben.

Die Morbiditätsindikatoren, die in Klassifikationsmodellen zur Gruppenbildung herangezogen werden, sollen idealtypischerweise das gesamte Leistungsspektrum abbilden⁶. In dem vorgeschlagenen Modell stehen dabei die Krankenhausdiagnosen für den stationären Bereich, die Arzneiverordnungen für den ambulanten Bereich, dabei stellen die Arzneimittel einen Ersatz für die ambulanten Diagnosen dar, die nicht in vertretbarer Qualität zeitnah zur Verfügung gestellt werden können und sich daher gegenwärtig nicht für Morbiditätsklassifikationen im Rahmen des RSA eignen⁷.

Klassifikationsmodelle auf der Basis ambulanter und/oder stationärer Diagnosen werden in den USA seit den frühen 80er Jahren entwickelt und für unterschiedlichste Zwecke eingesetzt, darunter die Beschreibung von Leistungserbringern (Profilbildung) und Budgetermittlung. Die Erfordernis alternativer Modelle auf der Basis von Arzneimittelverordnungen ist auch in den USA aus der teilweisen Nichtverfügbarkeit ambulanter Diagnosen entstanden. Vergleichende Studien zeigen aber, dass die Morbiditätsbewertung aufgrund von Diagnosen derjenigen auf der Basis von Arzneimittelverordnungen konzeptionell und statistisch überlegen ist⁸. Arzneimittel-Modelle stellen also allenfalls eine Second-Best-Lösung dar.

Das Teilmodell RxGroups ist (nach Darstellung der Entwickler) der erste und bisher einzige marktreife Gruppierungsalgorithmus, der das vollständige Arzneimittelverordnungsspektrum zugrunde legt. Für einen Einsatz zur Berechnung von Finanztransfers wurde das Modell allerdings mit Verweis auf vorhandene Fehlanreize explizit nicht konzipiert⁹, insbesondere liegen für einen derartigen Einsatz keine empirischen Erfahrungen vor. Das Modell selber verfügt nur sehr eingeschränkt über Schutzmechanismen zur Verhinderung von Missbrauch, wie sie z. B. im (stationär) diagnosebasierten Teilmodell IPHCC in Form einer Hierarchisierung von Diagnosen integriert sind.

Risiken von Arzneimittelverordnungen als Morbiditätsindikatoren

Im Zusammenhang mit dem morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) stellen Arzneimittelverordnungen als Klassifikationsmerkmale in mehrfacher Hinsicht ein besonderes Problem dar. Eine direkte Messung der Morbidität ist grundsätzlich nicht möglich, daher muss in der Praxis immer mit abgeleiteten Indikatoren gearbeitet werden. In stärkerem Maße als bei Diagnosen handelt es sich bei Arzneimittelverordnungen aber um Indikatoren der

Inanspruchnahme. Ähnlich wie Prozeduren spiegeln Verordnungen Therapie-Entscheidungen und damit bereits therapeutische Interventionen bei Erkrankungen wider. Der Verweis auf die zugrunde liegende Erkrankung ist indirekt und in aller Regel mehrdeutig. Gleichzeitig steht für eine Behandlung üblicherweise mehr als ein Wirkstoff zur Verfügung. Unterschiedliche Behandlungsoptionen schaffen nicht nur die notwendigen Spielräume für individuell zugeschnittene Behandlungskonzepte, sondern können auch manipulativ zur Steigerung der RSA-Zuweisungen genutzt werden.

Etwa 75 % einer (nicht repräsentativen) BKK-Stichprobe (N=866.000) erhielten in 2003 mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Für 70 % der Stichproben-Versicherten hätte es in 2004 einen Morbiditätszuschlag aufgrund dieser Verordnungen gegeben, falls das von den Gutachtern empfohlene Modell bereits (unverändert) eingesetzt worden wäre¹⁰, für 53 % der Versicherten mehr als einen Arzneimittel-Zuschlag und für etwa 27 % sogar mehr als 3 Zuschläge allein aus ambulanten Verordnungen. Einen Zuschlag aufgrund einer stationären Behandlung hätten dagegen nur etwa 7 % der Versicherten erhalten (bei 11 % Versichertenanteil mit stationärer Behandlung). Da in einem (prospektiven) Morbi-RSA die Zuschläge so bemessen sind, dass jeweils die gesamten (Folge-)Kosten einer Erkrankung abgedeckt sind, übersteigen die Zuschläge typischerweise die Kosten des einzelnen Medikaments. Der Anteil der in einem Morbi-RSA durch Arzneimittel-Zuschläge umverteilten Volumina übersteigt daher den Anteil der Arzneimittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben um ein Vielfaches. Jedem für Arzneimittel ausgegebenen Euro stehen 2,90 € an RSA-Zuweisungen gegenüber. 84 % aller Zuschläge, die aufgrund der so abgeleiteten Morbidität erfolgen, basieren in einem prospektiven Modell auf Arzneimittelverordnungen, lediglich 16 % auf stationären Diagnosen. (Insgesamt werden im prospektiven Modell nach eigenen Berechnungen 40 % des Beitragsbedarfs auf der Basis von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus ermittelt, 9 % auf der Basis von stationären Diagnosen und 50 % auf der Basis von Arzneimittelverordnungen.) Damit erwächst diesem Leistungsbereich unter den Bedingungen eines so konzipierten Morbi-RSA eine zusätzliche Bedeutung mit kaum absehbaren Konsequenzen.

Therapiefreiheit und RSA-Wirkungen

Die grundsätzliche Mehrdeutigkeit der Arzneiverordnungen als Morbiditätsindikatoren bedingt sowohl die Möglichkeit als auch den Anreiz gezielter strategischer Interventionen. Während für Teilbereiche des Verordnungsspektrums eine hinreichende Zielgenauigkeit bestehen dürfte (bei einer Insulinverordnung kann wohl mit einiger Sicherheit auf eine Diabetes-Erkrankung geschlossen werden), gibt es einerseits RxGruppen¹¹, die sehr unterschiedliche Erkrankungen repräsentieren und daher eine extreme Streubreite in den Folgeausgaben aufweisen, andererseits gibt es Erkrankungen, für die eine breite Palette von Arzneimittelwirkstoffen zur Verfügung stehen. Systematische Untersuchungen zur Korrespondenz zwischen Arzneimittelverordnungen und den auslösenden Erkrankungen liegen für den deutschen Arznei-

mittelmarkt nicht vor¹². Die nachfolgenden Beispiele demonstrieren die dem Modell immanenten Risiken.

- Immunmodulatoren (Wirkstoff Ciclosporin, RxGruppe 141, Zuschlag 3.860 €)¹³ werden nicht nur im Rahmen von Organtransplantationen verwendet, die durchweg mit hohen Folgekosten verbunden sind, sondern auch zur Behandlung einer (schweren, aktiven und therapie-resistanten) rheumatoiden Arthritis, die eine häufige Erkrankung mit im allgemeinen moderaten Therapiekosten darstellt. Ein Rheumapatient mit einer solchen Verordnung würde im Morbi-RSA einem Patienten mit einer Nierentransplantation gleichgestellt. Diesem Rheumapatienten wird im Vergleich zur Behandlung mit Corticosteroiden (RxGruppe 099, Zuschlag 170 €) bereits aufgrund einer einmaligen Verordnung ein mehr als 20-facher Morbiditätszuschlag zugewiesen, dem dann im Folgejahr keine entsprechend höheren Ausgaben gegenüber stünden. Moderne Therapiealternativen wie beispielsweise die Behandlung mit rekombinanten monoklonalen Antikörpern (Infliximab, RxGruppe 129, Zuschlag 530 €) hätten wegen des vergleichsweise geringeren Zuschlags (bei gleichzeitig höheren Therapiekosten) kaum eine Verordnungschance.

Weitere zugelassene Indikationen für Ciclosporin sind schwere Psoriasis oder atopische Dermatitis. Darüber hinaus gibt es für die Gruppe der Immunmodulatoren einen weit verbreiteten Off-Label-Use z. B. zur Senkung des externen Insulinbedarfs bei Diabetes mellitus Typ 1, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (ohne Morbus Crohn), Keratokonjunktivitis sicca (trockenes Auge) oder Alopezie (Haarausfall).

- Ein ähnliches Beispiel stellt die Verordnung von Antiepileptika (Wirkstoff Topiramat, RxGruppe 068, Zuschlag 910 €) zur Migräneprophylaxe dar¹⁴. Der Morbiditätszuschlag ist um den Faktor 6 erhöht gegenüber einer alleinigen Behandlung mit Migränemitteln (Sumatriptan oder Ergotamin, RxGruppe 002, Zuschlag 150 €), gegenüber einer alleinigen Behandlung mit allgemeinen Schmerzmitteln (Diclofenac oder Ibuprofen, RxGruppe 004, Zuschlag 120 €) sogar um das 7,5-Fache.
- Der Protease-Hemmer Lamivudin (RxGruppe 015, Zuschlag 6.240 €), ein hauptsächlich zur Behandlung von HIV-Patienten eingesetztes antivirales Mittel, wird in einer niedrigen Dosierung wegen der geringen Nebenwirkungen auch zur Behandlung einer chronischen Hepatitis B empfohlen¹⁵. Die Standardbehandlung mit Interferon alfa (RxGruppe 143) löst dagegen lediglich einen Zuschlag von 4.060 € aus.
- Zur primären Behandlung einer arteriellen Hypertonie stehen ACE-Hemmer (RxGruppe 038, Zuschlag 170 €), Beta-Rezeptorenblocker (RxGruppe 045, Zuschlag 160 €), Diuretika (z. B. Hydrochlorothiazid, RxGruppe 052, Zuschlag 340 €), Calciumantagonisten (z. B. Nitrendipin, RxGruppe 046, Zuschlag 270 €), Angiotensin-II-Antagonisten (z. B. Valsartan, RxGruppe 039, Zuschlag 370 €) allein oder in Kombination gleichwertig zur Verfügung¹⁶. Auch eine sequenzielle Monotherapie wird empfohlen, bei der Wirkstoffe so lange gegeneinander ausgetauscht

werden, bis eine hinreichende Blutdrucksenkung erzielt ist. Bei diesem Vorgehen können für ein Jahr gleich mehrere Morbiditätszuschläge erzielt werden (bis zu 1.310 €). Generell könnte unter einem Morbi-RSA die kombinierte Verordnung von Monopräparaten gegenüber der Verordnung fertiger Kombi-Präparate zunehmen.

Diese Beispiele demonstrieren verschiedene Aspekte der Problematik, die mit einem arzneimittelbasierten Klassifikationssystem einhergeht. Die Beispiele sind weder abschließend noch beanspruchen sie, für die wahrscheinlichsten Manipulationen oder die gravierendsten Auswirkungen zu stehen. Dennoch dürfte deutlich sein, dass durch eine bloße „Anpassung des Rx-Modells an den deutschen Arzneimittelmarkt“, wie von den Gutachtern gefordert, das Grundproblem nicht gelöst wird, dass nämlich Arzneimittel eine Behandlung oder Inanspruchnahme abbilden und damit als Morbiditätsindikatoren in mehrfacher Weise uneindeutig sind.

Auch den Entwicklern des jetzt in Rede stehenden Modells war und ist bewusst, dass Arzneimittel in der Regel keine klaren medizinischen Befunde abbilden. Der Rx-Grouper erzeugt nach eigenen Angaben klinisch heterogene Gruppen mit breit gestreuten Ausgaben¹⁷. Aus diesem Grund und wegen der auch in Amerika als problematisch erachteten Anreizwirkungen werden arzneimittelbasierte Klassifikationen dort nicht für Vergütungszwecke oder für Budgetberechnungen empfohlen¹⁸. Diese Modelle haben ihren Platz in der Beschreibung von Versichertenkollektiven (etwa zur Identifikation von Problemgruppen) oder von Leistungserbringer(-gruppen) (z. B. bei der Bildung von Fachgruppenprofilen). Aus diesen Verwertungszusammenhängen resultieren keine Fehlanreize und auch eine möglicherweise unscharfe Abbildung der Morbiditätsstrukturen ist in der Regel ohne finanzwirtschaftliche Folgen.

Theorie und Praxis der Fehlanreize durch arzneimittelbasierte RSA-Zuschläge

Gegen die oben skizzierten Fehlanreize könnte vorgebracht werden, dass diese nur theoretischer Natur ohne praktische Relevanz seien, da die beteiligten Akteure des Gesundheitssystems – Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und die Pharma-Industrie – entweder kein Interesse oder keine reale Möglichkeit für eine Einflussnahme haben.¹⁹ In Verbindung mit weiteren Deregulierungen im Gesundheitswesen besteht jedoch die Gefahr, dass diese Anreize eine Eigendynamik entwickeln, mit der Folge eines nicht zu unterschätzenden zusätzlichen Kostendrucks im Arzneimittelsektor, mitverursacht durch eine Fokussierung der Kassenbemühungen auf die Maximierung der RSA-Gewinne (bzw. Minimierung der Verluste), die mit der Einführung eines arzneimittelbasierten Zuschlagsmodells als „managementfähig“ erscheinen müssen.

Im Folgenden soll die Anreisituation für die einzelnen Akteure näher untersucht werden.

- Krankenkassen haben aufgrund des Wettbewerbsdrucks, der zu möglichst niedrigen Beitragssätzen zwingt, ein natürliches Interesse daran, ihre Zahlungen

in den RSA zu minimieren bzw. ihre Ansprüche zu maximieren. Da die Morbiditätszuschläge in der Regel die Mehrkosten eines Medikaments deutlich übersteigen, bestehen durch steuernde Eingriffe in der Arzneimittelversorgung reale Zugewinnchancen – jedenfalls solange die Zahl der solchermaßen agierenden Kassen begrenzt ist und sich die Steuerungsmaßnahmen nicht nennenswert auf die Höhe der Zuschläge auswirken. Die Zuschläge selber dürften unter diesen Umständen auch bei jährlicher Anpassung über einen längeren Zeitraum stabil bleiben²⁰ und damit eine gute Prognostizierbarkeit der Manipulationseffekte ermöglichen, sodass die Investition in solche Strategien prinzipiell lohnend erscheint.

Eine Krankenkasse würde entsprechende Therapievorgaben, sofern sie nicht verdeckt erfolgen, gegenüber ihren Versicherten immer als ‚Vorzugsbehandlung‘ darstellen können. Schließlich entspricht es der allgemeinen Erwartung, dass teurere Medikamente wirksamer oder zumindest verträglicher sind als billigere. Gerade für die behandlungsbedürftigen ‚schlechten Risiken‘ (mit hohen RSA-Zuweisungen) könnten solche ‚Vergünstigungen‘ sogar gezielt im Rahmen der Haltearbeit eingesetzt werden. Auf dem Weg über Versorgungsverträge könnten Krankenkassen – diesmal in eigenem Interesse – eine zusätzliche Nachfrage nach bestimmten teuren Medikamenten schaffen.

Sollte sich die Zahl der Krankenkassen, die eine solche Strategie verfolgen, im Laufe der Zeit erhöhen, müsste sich dies zwar negativ auf die Höhe einzelner Morbiditätszuschläge auswirken (da die entsprechenden Kategorien auch weniger kranke Versicherte repräsentieren) und damit per Saldo die erzielbaren Mehreinnahmen reduzieren. Dennoch verbliebe gerade dann ein besonderer Anreiz zur manipulativen Steuerung der Verordnungen, da anderenfalls geringere RSA-Zuweisungen und Beitragssatznachteile gegenüber den Mitbewerbern am Markt zu erwarten wären. Gleichzeitig würde sich die Zielgenauigkeit des Ausgleichssystems, das wesentliche Kriterium, mit dem die Ablösung des bestehenden RSA begründet wird, verschlechtern.

Bleibt das Problem eines möglichen Kassenwechsels: Die Krankenkasse tritt mit den zumeist erhöhten Behandlungskosten in Vorleistung ohne die Gewissheit, dass der Versicherte auch im Folgejahr noch Kassenmitglied ist. In einem prospektiven Modell bestimmen die Morbiditätsinformationen jeweils die Zuschläge für das Folgejahr. Dieses Risiko relativiert sich allerdings einerseits durch die Zahl der betroffenen Versicherten (schließlich werden nicht alle begünstigten Versicherten ihre Krankenkassen wechseln), andererseits durch die ohnehin geringere Wechselbereitschaft (akut) kranker Versicherter²¹.

- Die Hauptfrage dürfte darin bestehen, unter welchen rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen entsprechende Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten zustande kommen und wie Ärzte hierfür motiviert werden können. Derzeit sind kassenseitige

Einflussnahmen auf Therapiestandards hauptsächlich im Rahmen von Integrationsverträgen oder DMPs vorstellbar. Gerade diese Beispiele belegen auch, dass unter bestimmten Konstellationen Ärzte sich kaum entsprechenden Vertragsangeboten seitens der Kassen entziehen können. Erforderlich hierfür ist keineswegs ein eigenes materielles Interesse, vielfach sorgt bereits die Konkurrenz der Ärzte untereinander für eine ausreichende Beteiligung – zumal wenn die Möglichkeit einer direkten Patientenberatung durch die Krankenkassen im Rahmen von Versorgungsverträgen mitbedacht wird.

Auch eine ‚Sonderbehandlung‘ für Versicherte einer bestimmten Krankenkasse stellt keine grundsätzlich neue Situation dar. Bereits jetzt müssen Vertragsärzte beispielsweise unterscheiden zwischen DMP-Versicherten und Nicht-DMP-Versicherten – bei gleichem medizinischen Befund. Möglicherweise müssen sogar kassenspezifische DMPs berücksichtigt werden. Gerade diese differenzierende Vorgehensweise stellt für den einzelnen Arzt aber auch sicher, dass wegen des Casemix sein Regressrisiko gering bleibt.

- Als direkte Verträge zwischen pharmazeutischen Unternehmen und einzelnen Krankenkassen sind vor allem Rabatt-Verträge nach § 130a (SGB V) auszumachen. Nach dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG), das zum 01. April dieses Jahres in Kraft treten soll, soll es den Krankenkassen zukünftig erlaubt sein, Leistungserbringer oder Dritte direkt an solchen Verträgen zu beteiligen. Insbesondere sollen Rabatte, die für patentgeschützte Arzneimittel mit Festbetragsregelung ausgehandelt werden, auch auf andere Leistungen (z. B. andere Arzneimittel) übertragbar sein. Im Rahmen von Versorgungsverträgen (z. B. Hausarzt-Verträge, Hausapotheke-Verträge) wird auf diese Weise einerseits die Akzeptanz bei Versicherten und Ärzten für eine bestimmte Versorgungsform erhöht, andererseits eröffnen sich Spielräume, auch die Verordnung von Präparaten, die einen überdurchschnittlichen Morbiditätszuschlag erzeugen, gezielt zu forcieren.

Was im Einzelfall als ‚aufwandsneutrale Optimierung der RSA-Bilanz‘ funktioniert, muss sich für die GKV insgesamt als Kostentreiber auswirken, insbesondere wenn man davon ausgehen kann, dass die Pharma-Unternehmen als die stärkeren Verhandlungspartner die Vertragsinhalte diktieren dürften. Die nicht beteiligten Krankenkassen und deren Versicherte sind doppelt benachteiligt: kurzfristig durch geringere RSA-Ansprüche und langfristig zusätzlich durch höhere Arzneimittelpreise.

Die Gefahr eines beschleunigten Ausgabenwachstums im Arzneimittelbereich besteht offenkundig auch dann, wenn die skizzierten Fehlanreize nicht zu manipulativen Strategien bei den Krankenkassen führen. Allein die Tatsache, dass die mit zusätzlichen oder besonders teuren Verordnungen verbundenen Morbiditätszuschläge die unmittelbaren Kosten der Versorgung erheblich übersteigen (Refinanzierungsquote über 200 %), reduziert das

Interesse der Krankenkassen an einer effektiven Ausgabenbegrenzung und macht sie damit als Korrektiv gegen die Marktmacht der Pharma-Konzene obsolet.

Alternative Lösungswege – das Beispiel der Niederlande

Grundsätzlich sollte ein Klassifikationssystem, insbesondere wenn es zur Verteilung (oder Umverteilung) finanzieller Ressourcen eingesetzt werden soll, nicht unmittelbar mit konkreten Behandlungsanlässen in Verbindung stehen. Falls jedoch ‚härtere‘ Indikatoren wie z. B. die Diagnosen aus der ambulanten Behandlung nicht in zufrieden stellender Qualität zur Verfügung stehen, gibt es statistische Möglichkeiten, auch ein arzneimittelbasiertes Modell gegen Manipulationsanreize zumindest erheblich zu immunisieren – zu studieren am Beispiel der Niederlande.

Manipulationsanreize können reduziert werden durch

- eine Vergrößerung der Klassifikation (z. B. durch Aggregation vorhandener Klassen),
- eine weitgehende ‚Hierarchisierung‘ von Diagnosen (d. h. Erkrankungen, die als Folgeerkrankung einer anderen vorliegenden Erkrankung angesehen werden können, bleiben unberücksichtigt),
- die Beschränkung auf schwerwiegende chronische Erkrankungen mit einem erheblichen Therapiebedarf,
- den Ausschluss von Kategorien mit einer großen Streubreite der Ausgaben,
- den Ausschluss von Kategorien, die auf Arzneiverordnungen mit einem großen Off-Label-Use beruhen,
- den Ausschluss von Erkrankungen, die bereits durch den diagnosebasierten Teil des Groupers abgebildet sind und üblicherweise mit einer stationären Behandlung einhergehen,
- eine Erhöhung der Zugangsschwelle durch die Bindung an Mindestverordnungsmengen oder Mindest-Tagestherapiedosen,
- die Begrenzung auf maximal einen Arzneimittelzuschlag pro Person und Jahr.

In den Niederlanden wurde in mehrjähriger Forschungsarbeit ein Klassifikationssystem speziell für den dortigen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungen entwickelt. Seit 2002 werden in unserem Nachbarland Risikozuschläge auf der Basis von Arzneimittelverordnungen, seit 2004 zusätzlich auf der Basis stationärer Diagnosen ermittelt²². Lediglich 7,5 % der Versicherten erhalten dort einen Zuschlag aufgrund von Arzneimittelverordnungen (Zuschläge zwischen 876 € für Asthma/chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD) und 18.225 € für Niereninsuffizienz), 1,4 % der Versicherten einen Zuschlag aufgrund stationärer Diagnosen. Für 90 % aller Versicherten werden nur Sockelbeträge gezahlt. Mit lediglich 12 Arzneimittelgruppen (FKGs) und 13 Gruppen für stationäre Diagnosen (DKGs) wird eine im internationalen Vergleich respektable Prognosegüte

(17 % erklärter Varianzanteil) erreicht²³. Auch im Modellvergleich der Gutachter hat das niederländische Klassifikationsmodell trotz fehlender Adaptation an die zugrunde gelegten Stichprobendaten²⁴ den zweiten Rang auf der Bewertungsskala erreicht. In der Güterabwägung zwischen dem statistischen Kriterium der ‚bestmöglichen Vorhersage der individuellen Ausgaben‘ einerseits und einer verbesserten Manipulationsresistenz andererseits haben sich die Niederländer zu Gunsten des letzt genannten Kriteriums entschieden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die derzeit für den RSA diskutierte Lösung zur Morbiditätsbewertung mittels Arzneimittelverordnungen birgt erhebliche Gefahren für die Finanzentwicklung auf dem Arzneimittelsektor. Zum einen würde das grundlegende Interesse der Krankenkassen an einer sparsamen und effizienten Arzneimitteltherapie weitgehend ausgehebelt, in Teilbereichen könnte es sogar zu einer Interessenkonkurrenz von Krankenkassen und Pharma-Konzernen kommen, zum anderen entstünden erhebliche Manipulationsspielräume bei Arzneimittelverordnungen, die auch zulasten einer bedarfsgerechten Versorgung gingen. Es erscheint sehr wahrscheinlich, dass diese Spielräume anstelle eines Wettbewerbs um die beste Versorgung, einen Wettbewerb um möglichst hohe Morbiditätszuschläge im RSA hervorrufen würden. Diesen Anreizen könnte sich dabei keine Krankenkassen dauerhaft entziehen, weil allein aus der Möglichkeit, dass Mitbewerber diese Strategie verfolgen, potenzielle Verluste im RSA resultieren würden, die in Form von Beitragserhöhungen an die Versicherten weitergegeben werden müssten und somit die Wettbewerbsposition der Krankenkasse verschlechterten. Dieser Gefahr kann eine Krankenkasse nur dadurch begegnen, dass sie selbst versucht, möglichst frühzeitig vorhandene Spielräume bei der Arzneimitteltherapie zu nutzen.

Eine einfache Anpassung des Gruppierungsmodells an die Verhältnisse des deutschen Arzneimittelmarktes, wie sie von den Gutachtern vorgeschlagen wurde, ist keinesfalls ausreichend, die beschriebenen Gefahren zu bannen. Nicht ohne Grund wird das zur Diskussion stehende Modell bislang nirgendwo zu Risikoausgleichs- oder Vergütungszwecken eingesetzt. Auch die Modellentwickler selbst machen auf die erheblichen Risiken von Fehlanreizen aufmerksam und haben in der Vergangenheit die Eignung des Gruppierungsalgorithmus für die Steuerung von Finanzströmen stets verneint.

Soll trotz dieser Ausgangslage eine Morbiditätsmessung im RSA auf der Basis von Arzneimittelverordnungen vorgenommen werden, sind erhebliche Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen zur Verbesserung der Manipulationsresistenz erforderlich. Dabei kann auf die niederländischen Erfahrungen zurückgegriffen werden. Wird auf diese Anstrengungen indes verzichtet, würde eine Dynamik mit kaum absehbaren Konsequenzen für Versorgung und Beitragssatzentwicklung in Gang gesetzt.

Fußnoten

- 1 IGES / Lauterbach / Wasem (2004): Klassifikationsmodelle für einen morbiditätsorientierten Riskostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Nomos 2005
- 2 vgl.: § 268 SGB V, Abs. 1
- 3 Entwickler und Vertreiber ist die Firma DxCG, Boston (USA).
- 4 Das vorgeschlagene Modell enthält bis zu 180 Diagnosegruppen und bis zu 155 Arzneimittelgruppen.
- 5 Lediglich eine Managementpauschale für DMPs zur Abdeckung der Verwaltungsaufwendungen ist weiterhin vorgesehen.
- 6 Vgl.: IGES/Lauterbach/Wasem (2004)
- 7 Dieser Befund beruht auf den Erfahrungen bei der Stichprobenerhebung zum Gutachten nach § 268 SGB V, Abs. 2. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich durch die Einführung morbiditätsbasierter Regeleistungsvolumina in der ambulanten Vergütung die Qualität der Diagnosen und ihre Verwertbarkeit für Zwecke der Morbiditätsbewertung zukünftig erheblich verbessern werden.
- 8 vgl.: Cumming, R.B., Cameron, B.A. (2002): A Comparative Analysis of Claims-Based Methods of Health Risk Assessment for Commercial Populations, Research Study sponsored by the Society of Actuaries
- 9 vgl.: DxCG RiskSmart (2002), Models and Methodologies Guide, 3-3: „Payment models have NOT been developed for RxGroups models because of concerns about incentives created when using pharmacy data to set payment rates“.
- 10 Eigene Berechnungen, Modell RxGroups+IPHCC (DxCG RiskSmart, global edition), prospektiv (Daten aus 2003 und 2004).
- 11 Eine RxGruppe ist in der Systematik des hier diskutierten Modells eine Morbiditätsklasse auf Basis von Arzneimittelverordnungen.
- 12 Für den amerikanischen Arzneimittelmarkt wurden für einen ähnlichen Arzneimittel-Grouper je nach Art der Erkrankung Kappa-Werte (Maß für die Treffsicherheit) zwischen 10 % und 90 % beschrieben – vgl. Sloan, K.L. et.al. (2003): Construction and characteristics of the RxRisk-V, Medical Care 41, Nr. 6, 761-774.
- 13 Alle Zuschläge sind berechnet auf Basis einer BKK-Stichprobe (N=866.000) mit dem Modell RxGroups+IPHCC (DxCG RiskSmart, global edition), prospektiv.
- 14 vgl.: „Ab 2006 gelten neue Leitlinien für die Behandlung von Migräne“, Ärztezeitung vom 07.12.2005
- 15 vgl. „Lamivudin zur Therapie der Hepatitis B, Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie“, Zeitschrift für Chemotherapie 1, 2000
- 16 vgl.: Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V., AWMF-Leitlinienregister Nr. 046/01
- 17 vgl.: Zhao, Y. et. al. (2001): Measuring Population Risks Using In-patient Diagnoses and Outpatient Pharmacy Data, Health Services Research 36 (6), 180-193 sowie
Zhao, Y. et. al. (2005): Predicting Pharmacy Costs and Other Medical Costs using Diagnoses and Drug Claims, Medical Care, 43 (1), 34-43
- 18 Während für das HCC-Modell (Grouper-Software, die auf ambulanten oder stationären Diagnosen basiert) zwei Modellvarianten in die Software implementiert sind, nämlich ‚Explanation‘ (dabei werden alle Diagnosen berücksichtigt die eine Erklärungsbeitrag für die Schätzung der Ausgaben leisten können) und ‚Payment‘ (hierbei werden arbiträre Diagnosen, die nach den Erfahrungen der Modellentwickler für manipulative Strategien eingesetzt werden können, aus dem Modell ausgeschlossen), steht für das Rx-Modell ein entsprechender Modus nicht zur Verfügung.
- 19 vgl. Glaeske, G. (2005): Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV, Gutachterliche Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit
- 20 Als Frequenz für die Neuberechnung der Kostengewichte (Kalibrierung) haben die Gutachter eine Zeitspanne zwischen 1 und 5 Jahren vorgesehen. Man darf daher unterstellen, dass sie von einer relativen Stabilität der Zuschläge über mehrere Jahre ausgehen.
- 21 Vgl. van Vliet, R.C.J.A. (2005): Free Choice of Health Plan Combined with Risk-Adjusted Capitation Payments: Are Switchers and New Enrolees Good Risks?, zur Veröffentlichung eingereicht
- 22 Als Basisinformationen werden neben Alter und Geschlecht ein Indikator für den Urbanisierungsgrad sowie der Versichererstatus (beschäftigt, freiwillig versichert, erwerbsunfähig) berücksichtigt; außerdem besteht ein partieller Ausgabenausgleich (u.a. für Hochrisiken) – vgl. van de Ven, W.P.M.M., van Vliet, R.C.J.A. and L.M.Lamers (2004): Health-Adjusted Premium Subsidies in the Netherlands, Health Affairs, 32 (3), 45-55.
- 23 Eine vergleichende Untersuchung weist für unterschiedliche (prospektive) Klassifikationssysteme zwischen 10 % und 22 % erklärtem Varianzanteil aus – v gl.: Cumming, R.B., Cameron, B.A. (2002)
- 24 Fehlende Hierarchisierung von Diagnosen und Arzneimitteln, sowie die Auswahl der zu verbleibenden Morbiditätskategorien

Das gesamte **Nomos** Programm ► suchen ► finden ► bestellen unter www.nomos.de



Altersvorsorge: Wie kann freiwilliges Vorsorgesparen gefördert werden?

Eine ökonomische Analyse

Von Johannes Leinert

2006, 202 S., brosch., 34,- €, ISBN 3-8329-1653-9

(Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 17)

Trotz milliardenschwerer Förderung von Riester-Rente und betrieblicher Altersvorsorge bleiben die Abschlussquoten bei der freiwilligen Altersvorsorge deutlich hinter den Erwartungen zurück. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche Hindernisse einer freiwilligen Altersvorsorge entgegenstehen, wie diese ausgeräumt werden können und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.



Nomos