

Fehlanreize durch Arzneimittelzuschläge im Morbi-RSA

– Eine Antwort –

Im morbiditätsorientierten RSA sollen zukünftig Arzneimittelverordnungen zur Ermittlung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse herangezogen werden. In der Januar-Ausgabe dieser Zeitschrift haben die Autoren dargelegt, wie aufgrund der Vieldeutigkeit von Arzneimittelverordnungen als Morbiditätsindikatoren Fehlanreize gesetzt werden, die sowohl im Hinblick auf die Sicherheit als auch die Kosteneffektivität der Versorgung problematisch sind. Glaeske et. al. bestreiten in ihrer Erwiderung die praktische Relevanz derartiger Fehlanreize.

■ Eva-Maria Malin, Peter Hernold und Christina König

Glaeske et. al. setzen sich in ihrem Beitrag¹ kritisch mit unseren Einwänden gegen verordnungsbasierte Risikozuschläge im RSA² auseinander. Dabei konstatieren sie durchaus die (theoretische) Anreizproblematik, unterstellen jedoch, dass diese in der Praxis nicht zum Tragen komme. Empirisch belegen sollen dies Erfahrungen aus den Niederlanden, wo ein Klassifikationsmodell mit eingeschränktem Morbiditätsspektrum über die Zuweisungen aus einem Fonds entscheidet. Gerade dieses Modell wird jedoch von den o. g. Autoren für den deutschen RSA entschieden abgelehnt.

Wie realistisch oder unrealistisch die von uns entworfenen Szenarien für die Zukunft sind, lässt sich angesichts bevorstehender Umwälzungen im Gesundheitswesen nur schwer abschätzen. Die Handlungsspielräume der im Gesundheitssystem Beteiligten sind in Bewegung. DMPs und Integrationsverträge ermöglichen bereits heute versichertenindividuelle oder kassenspezifische Versorgungsformen. Der Vorschlag von IGES et. al.³, auch kassenspezifische Positivlisten zu ermöglichen, kann als Beleg für eine voraussichtlich weiter zunehmende Diversität in der Arzneimittelversorgung gesehen werden. Mit einer solchen Positivliste läge im Übrigen ein Steuerungsinstrument in Bezug auf die Medikamentenauswahl vor, über das die Krankenkasse ohne explizite Vereinbarung mit den Ärzten verfügen könnte.

Ziel unseres Beitrags ist es, auf die inhärenten Probleme eines auf Verordnungsdaten basierenden Modells aufmerksam zu machen. Die von uns aufgeführten Beispiele dienen ausdrücklich der Erläuterung und Veranschaulichung unterschiedlicher Aspekte der Problematik und beanspruchen keine Repräsentativität. Weitere Beispiele für die Mehrdeutigkeit von Arzneimitteln als Morbidi-

tätsindikatoren sind in dem Gutachten von Glaeske⁴ nachzulesen⁵. Die Erwartung, Manipulationsspielräume seien bereits mit der Anpassung des Klassifikationsmodells an die deutsche Verordnungsrealität beseitigt, ist grundlegend falsch. Vielmehr zeigt gerade das niederländische Beispiel, dass Manipulationsresistenz nur über eine Beschränkung des Modells zulasten der statistischen Gütemaße zu erreichen ist.

Technische Maßnahmen, ein Klassifikationsmodell gegen die von uns beschriebenen Gefahren bestmöglich zu immunisieren, sind:

1. Zusammenfassung von Kategorien
2. Ausschluss von Kategorien, darunter
 - Kategorien, die bereits im Diagnoseteil des Modells berücksichtigt sind,
 - Kategorien mit unscharfer Riskobewertung (große Streubreite der Ausgaben)
 - Kategorien für leichte Erkrankungen
3. Ausschluss einzelner Wirkstoffe
 - z.B. bei verbreitetem Off-Label-Use
4. Hierarchisierung von Kategorien
5. Begrenzung der Zuschlagsanzahl pro Person und Jahr
6. Definition von Mindestverordnungsmengen
 - (z.B. Tagestherapiedosen)

Jedes Klassifikationsmodell bedarf darüber hinaus einer regelmäßigen Überwachung und Weiterentwicklung sowie einer kontinuierlichen flächendeckenden Kontrolle aller beteiligten Akteure. Das gilt in besonderem Maße für Modelle, die auf Verordnungsdaten basieren. Offenkundig besteht ein Zielkonflikt zwischen einer optimalen

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

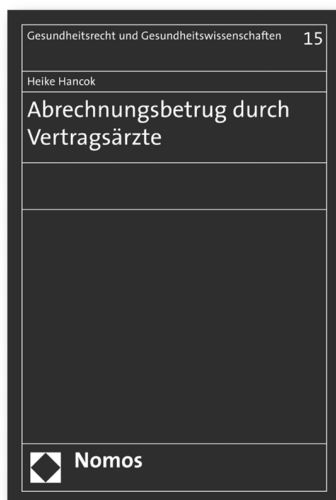
Risikoadjustierung auf der einen und Manipulations-sicherheit auf der anderen Seite.

Eine einseitige Fokussierung auf die Gefahren von Risiko-selektion aufgrund einer sparsamen Risikoadjustierung verkennt die unserer Meinung nach außerordentlichen Gefahren für die Sicherheit und Kosteneffektivität in der Arzneimittelversorgung. Dieser Bereich stellt wegen der großen finanziellen Bedeutung sowie der komplexen Steuerungsmechanismen für die GKV ein besonders sensibiles Umfeld für reformerische Großversuche dar.

Fußnoten

- 1 Glaeske, G., Göppfardt, D. und Otto, F.: Fehlanreize durch RxGroups im Risikostrukturausgleich? Eine Erwiderung, *Gesundheit und Sozialpolitik* 5-6/2006, S. 59-63
- 2 Malin, E.-M., Hernold, P. und König, C.: Fehlanreize durch arzneimittelbasierte Morbiditätszuschläge im Risikostrukturausgleich, *Gesundheit und Sozialpolitik* 1-2/2006, S. 43-48
- 3 IGES / Cassel / Wille / WidO (2006): Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie
- 4 Glaeske, G.: Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV, Köln 2005
- 5 Eine vollständige und systematische Analyse der Zuordnung aller 1.766 im Rx-Groupier geschlüsselten Arzneimittelwirkstoffe im Hinblick auf die deutsche Verordnungsrealität ist uns nicht bekannt.

Zur Kasse, bitte!



Abrechnungsbetrag durch Vertragsärzte

Von RAin Dr. Heike Hancock
2006, 295 S., brosch., 68,- €,
ISBN 3-8329-2243-1

(*Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 15)

Der vertragsärztliche Abrechnungsbetrag bei der Honorarabrechnung steht regelmäßig im Fokus der Medien. Die Autorin hat dies zum Anlass genommen, diesen bislang wenig diskutierten Tatbestand zu untersuchen. Zunächst stellt sie das komplexe Abrechnungssystem und dessen historische Entwicklung dar. Danach arbeitet sie die systemimmanenten Begünstigungsfaktoren sowie die potentiellen Betrugskonstellationen heraus. Den Schwerpunkt bildet die Betrugsprüfung der einzelnen Konstellationen. Bedeutsam ist z.B. die Frage, ob die Abrechnung bei einer Scheingemeinschaftspraxis oder unter Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot den Betrugstatbestand erfüllt.

Kritisch beleuchtet und abgelehnt wird unter anderem die vom BGH angewandte „streng formale Betrachtungsweise“ sowie die sogenannte „Schätzungsrechtsprechung“. Ein kurzer Abriss der straf-, vertragsarzt- und berufsrechtlichen Folgen rundet die Prüfung ab. Am Ende steht ein Ausblick auf eine mögliche Verminderung der systemimmanenten Begünstigungsfaktoren.

Das Werk wendet sich insbesondere an den medizinrechtlich oder strafrechtlich orientierten Juristen, an Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie an den Vertragsarzt selbst.



Nomos

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei: Nomos Verlagsgesellschaft | 76520 Baden-Baden | www.nomos.de