

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Uwe Repschläger, Claudia Schulte, Nicole Osterkamp

„Macht der medizinische Fortschritt die Wiedereinführung des Risikopools erforderlich?
Eine empirische Analyse von Hochkostenfällen“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 90–109)

Uwe Repschläger, Claudia Schulte, Nicole Osterkamp

MACHT DER MEDIZINISCHE FORTSCHRITT DIE WIEDEREINFÜHRUNG DES RISIKOPOOLS ERFORDERLICH? EINE EMPIRISCHE ANALYSE VON HOCHKOSTENFÄLLEN

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basiert auf der Solidarität zwischen den Versicherten. Das Grundprinzip der einkommensabhängigen Beiträge soll für dieses System unter anderem auch die unterschiedliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten ausgleichen. Für die Gruppe der versicherten Personen mit sehr hohen Ausgaben (Hochkostenfälle) kann es aufgrund der Erkrankungen dazu kommen, dass die tatsächlichen Ausgaben für diese Versicherten eine existenzgefährdende Belastung für einzelne Krankenkassen darstellen, für die der Ausgleichsmechanismus des Gesundheitsfonds aktuell eine Unterdeckung nicht verhindern kann. So entfallen auf nur ein Prozent der Versicherten 20 Prozent der Ausgaben in der GKV. Der Verteilung von Hochkostenfällen auf die Krankenkassen kommt demnach eine hohe Bedeutung zu, da ein Risikopool für diese Fälle nur bis in das Jahr 2008 bestand. In dem Beitrag wird die Konzentration der Kosten der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Die verschiedenen Ursachen für die Entstehung hoher Ausgaben werden dargelegt. Ziel der vorgestellten Analysen ist eine Einschätzung darüber, ob in der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin Bedarf an einer Wiedereinführung eines Risikopools besteht.

Einführung

Das Grundprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lautet Solidarität: Jüngere unterstützen ältere Versicherte, Erwerbstätige unterstützen Kinder und deren erziehende Elternteile, Gutverdiener unterstützen weniger gut verdienende Einkommensgruppen und Gesunde unterstützen Kranke. Die Ungleichverteilung von Kosten ist dabei nicht ungewöhnlich oder zu bemängeln, sondern stellt im Gegenteil das Grundprinzip der GKV in Deutschland dar. Der Versicherte zahlt einen Versicherungsbeitrag und wird damit Teil einer Gemeinschaft, die insgesamt in der Lage ist, eintretende Behandlungskosten zu tragen, mit deren Begleichung der Einzelne überfordert wäre, insbesondere wenn es sich um schwerwiegende oder chronische Erkrankungen handelt.

Die Beitragsbemessung erfolgt dabei unabhängig vom persönlichen Risiko des Versicherungsnehmers. Vorerkrankungen oder beispielsweise berufsbedingte Gefährdungen werden im Gegensatz zur Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung nicht berücksichtigt. Es besteht außerdem ein Kontrahierungszwang. Das bedeutet, keiner Person, die die gesetzlichen Voraussetzungen für den Beitritt zur GKV erfüllt, darf die Versicherung verwehrt werden.

Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig und werden von den Versicherungen an den Gesundheitsfonds abgeführt. Anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur, der Morbidität und weiterer Faktoren werden Beträge ermittelt, die der Krankenversicherung aus dem Gesundheitsfonds für die bei ihr versicherten Personen ausgezahlt werden.

Grundlage dieses Verfahrens ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Er basiert auf der Ermittlung von erwarteten Durchschnittsausgaben im Folgejahr und deren Erstattung in Form von Zuweisungen, die diesen Ausgaben im Durchschnitt möglichst entsprechen. Hierfür werden rechnerisch Kollektive von Versicherten mit ähnlicher Morbidität gebildet. Eine Entsprechung von Ausgaben und Zuweisungen für jeden einzelnen Versicherten ist hingegen nicht zu erwarten. Bei Personen mit individuell sehr hohen Ausgaben ist eine größere Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben und den Zuweisungen zu erwarten, da sie durch die Durchschnittsbildung unterschätzt werden. Diese Unterdeckungen bei einzelnen Individuen stellen aber kein grundsätzliches Problem dar, da ihnen Überdeckungen bei anderen Versicherten in insgesamt gleicher Höhe gegenüberstehen. Wettbewerblich gilt dies aber nur, solange davon ausgegangen werden kann, dass sich extreme Hochkostenfälle gleichmäßig auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilen und die Anzahl der versicherten Personen groß genug ist, um extrem hohe Kosten zu tragen.

Probleme können allerdings entstehen, wenn das Kollektiv der Versicherten einer Krankenversicherung zahlenmäßig sehr klein ist. So hatte beispielsweise die GBK (Gemeinsame Betriebskrankenkasse Köln) im Jahr 2010 als Ursache für ihre Insolvenz angeführt, dass sie zwei Hochkostenfälle zu finanzieren hatte, für deren Behandlung laut dem damaligen Vorstand in zwei Jahren 14 Millionen Euro aufgewendet werden

mussten. Diese Kosten konnten aber durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die nur etwa 30.000 Mitglieder der GBK nicht aufgebracht werden.

Auch die Deutsche BKK hat ihre Hochkostenfälle analysiert: „In 2008 gab die Deutsche BKK für den teuersten Versicherten so viel aus wie für 600 Versicherte mit durchschnittlichen Kosten.“ Für ihre sieben teuersten Versicherten stellt sie eine Unterdeckung von fast vier Millionen Euro fest (Deutsche BKK 2010). Der Verteilung der Hochkostenfälle auf die Krankenkassen kommt demnach eine besondere Bedeutung zu.

Bis zum Jahr 2008 gab es für die Deckung derartiger Hochkostenfälle im Risikostruktur- ausgleich einen Risikopool. Aus diesem Risikopool wurde den Krankenkassen für Versicherte, deren Ausgaben in den Leistungsbereichen Krankengeld, Arzneimittel, Krankenhaus und Dialysesachkosten einen Schwellenwert von etwa 20.450 Euro in den Jahren 2002 und 2003 überschritten, die den Schwellenwert überschreitende Ausgabe zu 60 Prozent erstattet. Die Beitragsbedarfszuweisungen im früheren Risikostruktur- ausgleich wurden zur Finanzierung des Risikopools entsprechend abgesenkt. Der Schwellenwert war anhand der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV fortzuschreiben und hätte im Jahr 2009 einen Betrag von 21.654,94 Euro betragen (Drösler et al. 2011).

Im Jahr 2009 entfiel jedoch der Risikopool, da man davon ausging, dass die Morbiditäts- unterschiede der Versicherten ab dem Jahr 2009 durch Morbiditätszuschläge für 50 bis 80 ausgewählte schwerwiegende und kostenintensive Krankheiten hinreichend präzise ausgeglichen würden. Seither sprechen sich jedoch verschiedene Akteure immer wieder für eine Wiedereinführung aus (BARMER GEK 2012; BKK-BV 2013). Auch der Wissen- schaftliche Beirat hat in seinem Gutachten festgestellt, „dass Krankenkassen mit einem hohen Anteil an potenziellen Risikopoolfällen leichte Unterdeckungen aufweisen, während Krankenkassen mit einem geringen Anteil an potenziellen Risikopoolfällen durchschnittliche Überdeckungen aufweisen“ (Drösler et al. 2011: 91). Der Wissenschaftliche Beirat kommt zu dem Schluss, dass die Wiedereinführung eines Risikopools die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der Individualebene erhöhen würde, allerdings sind die Ergebnisse des Gutachtens nur eingeschränkt übertragbar, da zwischenzeitlich auch die Abbildung der Verstorbenen im morbiditätsorientierten RSA angepasst wurde (BVA 2014).

In diesem Beitrag wird die Konzentration der Kosten der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Die verschiedenen Ursachen für die Entstehung be- sondern hoher Ausgaben werden dargelegt. Ziel der vorgestellten Analysen ist eine Einschätzung darüber, ob in der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin Bedarf an einer Wiedereinführung eines Risikopools besteht.

Methodik

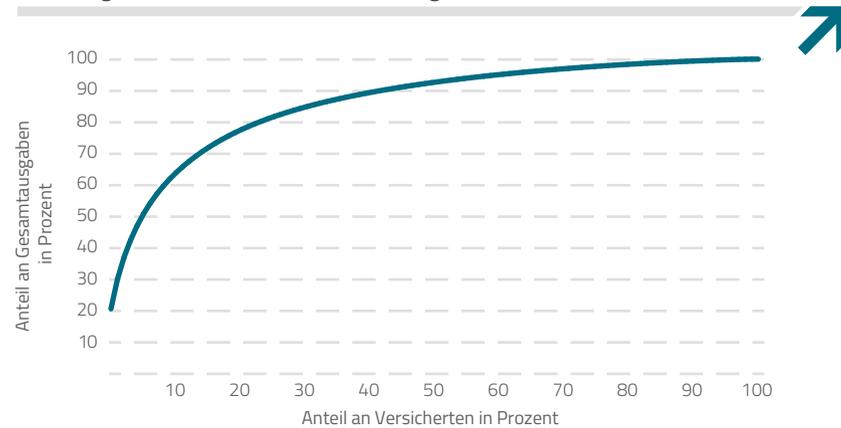
Untersucht werden die etwa 8,9 Millionen Versicherten, die im Laufe des Jahres 2011 mindestens einen Versicherungstag bei der BARMER GEK hatten. Für die Versicherten, die im Jahr 2011 zu den ausgabenstärksten ein Prozent der Versicherten gehören, wird zusätzlich noch das Jahr 2012 betrachtet. Die in den Analysen berücksichtigten Ausgaben beschränken sich auf die Bereiche ärztliche Behandlung (Ae), Arzneimittel (AM), Kranken- hausbehandlung (KH), Krankengeld (KG) und sonstige Leistungsausgaben (SLE). Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen wurden nicht erhoben, da sie für die Untersuchung nicht relevant sind. Für die Zuordnung zu Erkrankungen wird die Zuordnung zu Hierarchien im morbiditätsorientierten RSA verwendet (BVA 2013).

Die Verteilung der Ausgaben

Wie bereits erwähnt, stehen einer großen Zahl von Versicherten mit sehr geringen Ausgaben wenige Versicherte mit sehr hohen Ausgaben gegenüber. Ordnet man die Ver- sicherten nach der Höhe der durch sie verursachten Kosten, ergibt sich das in Abbildung 1 gezeigte Bild.

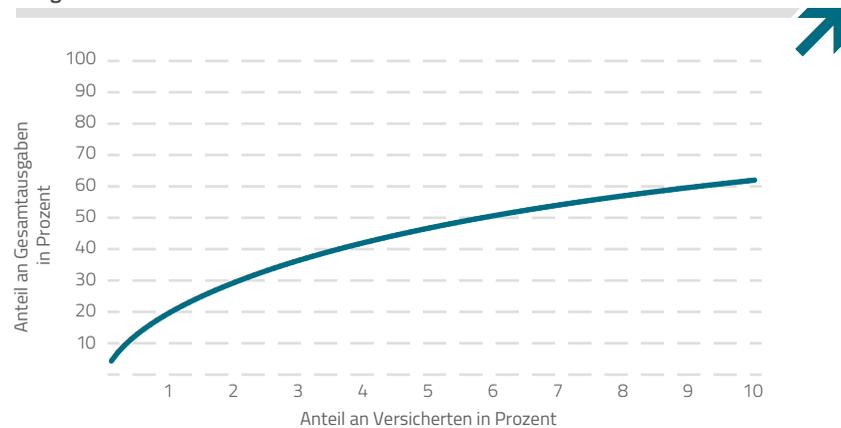
Die zehn Prozent Versicherten mit den höchsten Ausgaben verursachen bereits etwa 60 Prozent der Ausgaben. Bei Männern ist die Konzentration noch etwas stärker als bei Frauen. Bei Frauen ist die Verteilung der Ausgaben etwas gleichmäßiger als bei Män- nern. 20 Prozent der Versicherten vereinen annähernd 80 Prozent der Ausgaben auf sich. Es handelt sich gleichzeitig um die Personen, deren Kosten oberhalb der Durch- schnittskosten aller Versicherten von etwa 2.400 Euro liegen.

Abbildung 1: Konzentration der Gesamtausgaben 2011



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014

Abbildung 2: Detaildarstellung zehner Prozent Versicherte mit den höchsten Ausgaben 2011



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014

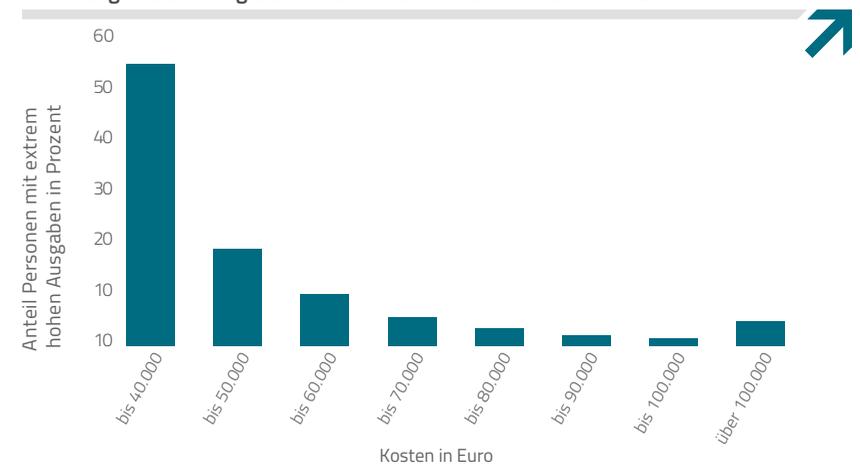
Abbildung 2 ist ein Ausschnitt aus Abbildung 1. Hier sind zur besseren Sichtbarkeit noch einmal die zehner Prozent Versicherten mit den höchsten Ausgaben dem Anteil der Gesamtausgaben gegenübergestellt, der auf sie entfällt.

Man kann ablesen, dass die ein Prozent Versicherten mit den höchsten Ausgaben (Hochkostenfälle) bereits 20 Prozent der gesamten Ausgaben verursachen. Zu diesem Ergebnis kommt der Wissenschaftliche Beirat in seinem Gutachten auch für die GKV. Er hat auch untersucht, ob potenzielle Risikopoolversicherte gleichmäßig auf die Krankenkassen verteilt sind. Dies ist jedoch nicht der Fall: „Die Quote reicht bei den einzelnen Krankenkassen von 0 % bis 2,5 %“ (Drösler et al. 2011: 95 und 111).

Die Hochkostenfälle im Jahr 2011

Es handelt sich um etwa 89.000 Personen mit Ausgaben zwischen ungefähr 27.000 Euro und 7.000.000 Euro. Diese Versichertengruppe hat durchschnittliche Ausgaben in den Bereichen ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Krankengeld und sonstige Leistungsausgaben in Höhe von etwa 50.000 Euro. Bei durchschnittlichen Zuweisungen in Höhe von etwa 14.000 Euro bleiben hiervon etwa 36.000 Euro nicht gedeckt. Insgesamt entsteht so ein Defizit von etwa 3,2 Milliarden Euro. Bereits an dieser Stelle zeigt sich, dass die Ausgaben der Hochkostenfälle mit den Methoden des morbiditätsorientierten RSA nicht ausreichend prognostizierbar sind. Dies war gemäß der zu Anfang angestellten Überlegungen auch nicht zu erwarten.

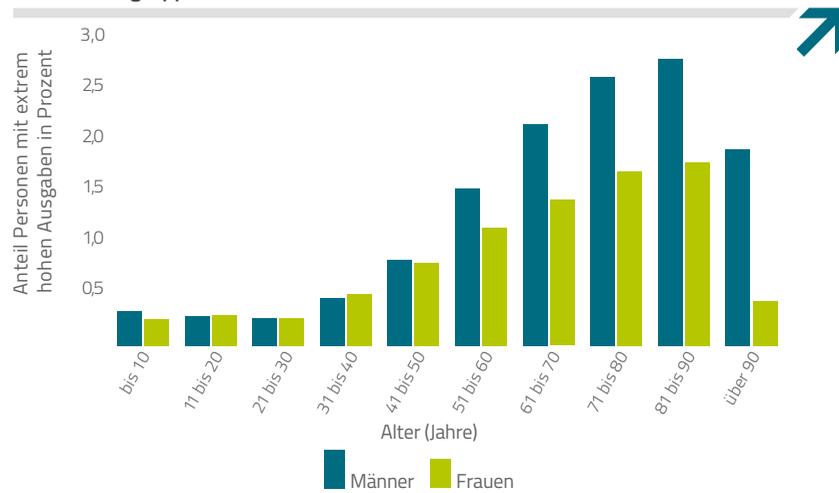
Abbildung 3: Verteilung der Hochkostenfälle auf Kostenklassen 2011



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014

Auch in der Gruppe der Hochkostenfälle sind Personen mit extrem hohen Ausgaben im Laufe eines Kalenderjahres eine Ausnahme, 95 Prozent der Versicherten haben Ausgaben bis zu 100.000 Euro. Die Ausgaben nur weniger Versicherter liegen oberhalb einer Million Euro jährlich, von diesen sind, ähnlich wie bei der GBK, auch bei der BARMER GEK der überwiegende Anteil an Hämophilie (Bluterkrankheit) erkrankt und ein kleinerer Anteil an einer besonders schweren Form einer metabolischen Erkrankung.

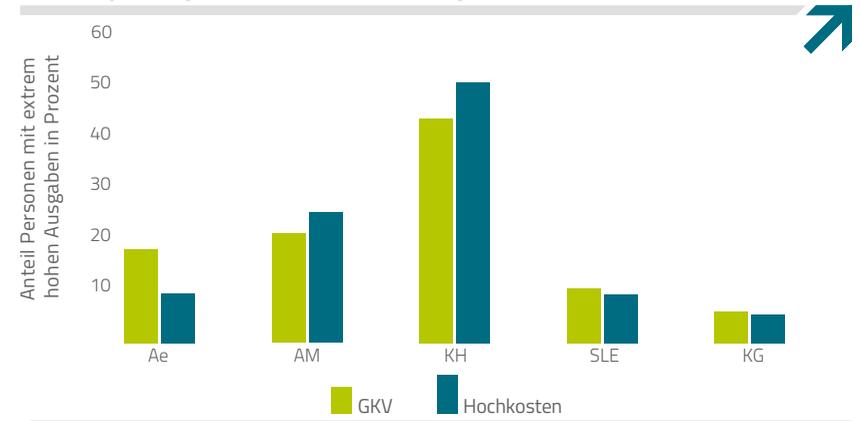
Abbildung 4: Anteil der Hochkostenfälle 2011 an der Alters- und Geschlechtsgruppe



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung

Die BARMER GEK versichert zu zwei Dritteln Frauen, daher ist hier die Verteilung als Anteil an der Gruppe gleichen Alters und Geschlechts dargestellt. Im Durchschnitt wird ein Prozent der Versicherten betrachtet. Bezogen auf die Alters- und Geschlechtsgruppen sieht man einen erhöhten Anteil an über 50-Jährigen. Auffällig ist auch, dass deutlich mehr Männer Hochkostenfälle sind.

Abbildung 5: Ausgabenanteile an den Leistungsbereichen 2011

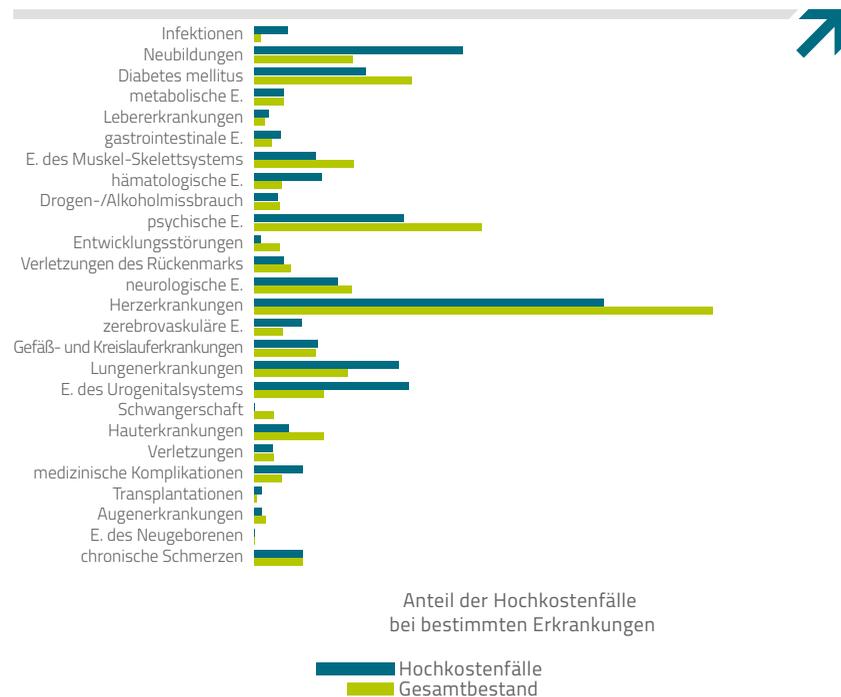


Quelle: BMG 2011, BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung
Abkürzungen: ärztliche Behandlung (Ae), Arzneimittel (AM), Krankenhausbehandlung (KH), Krankengeld (KG) und sonstige Leistungsausgaben (SLE)

Etwa die Hälfte der Ausgaben entsteht im Krankenhaus, ein Viertel im Bereich Arzneimittel. Beide Bereiche haben bei den Hochkostenfällen stärkeres Gewicht als in der GKV insgesamt. Entsprechend spielen die anderen Leistungsbereiche eine geringere Rolle.

Zur Untersuchung, welche Erkrankungen die Hochkostenfälle im Vergleich zum Gesamtbestand haben, wurden die Versicherten Erkrankungsgruppen zugeordnet. In den Erkrankungsgruppen sind mehrere Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Die Zuordnung erfolgt teils nach Erkrankungen und teils nach betroffenen Organen beziehungsweise Körperteilen.

Abbildung 6: Anteil von Erkrankungen der Hochkostenfälle im Vergleich zum Gesamtbestand 2011



Quelle: BARMER GEK 2014, sortiert nach der Nummerierung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Einige Erkrankungen, die in der allgemeinen Versorgung eine gewichtige Rolle spielen, treten bei der Betrachtung der Hochkostenfälle in den Hintergrund. Hierzu zählen erwartungsgemäß psychische und Herzerkrankungen, aber auch der Diabetes mellitus. Andere Erkrankungen sind gehäuft vertreten wie Neubildungen, Erkrankungen der Lunge und des Urogenitalsystems. Die Erkrankungen des Urogenitalsystems umfassen die Dialyse und das Nierenversagen, aufgrund der Kosten der Dialyse sind die Betroffenen Hochkostenfälle. Auch die hämatologischen Erkrankungen, zu denen die Hämophilie zählt, spielen eine größere Rolle als in der Versorgung insgesamt.

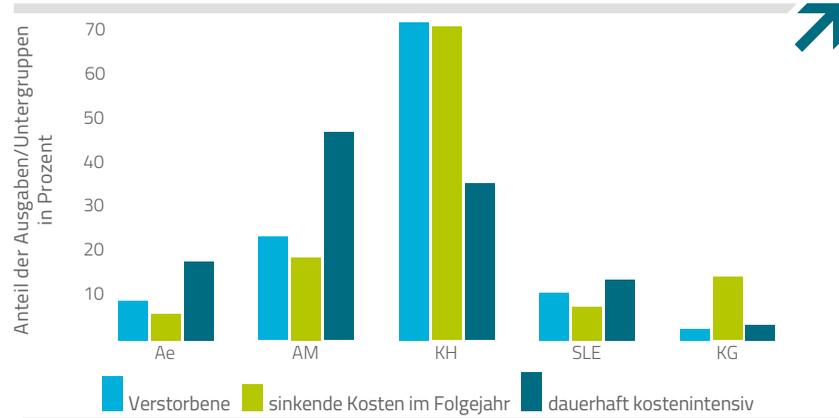
Gründe für besonders hohe Behandlungskosten

Es ist anzunehmen, dass besonders hohe Ausgaben in der Zeit unmittelbar vor dem Versterben von Betroffenen entstehen. Für diese Gruppe von Versicherten sind insbesondere hohe Krankenhauskosten zu erwarten. Gerade wenn schwerste Erkrankungen in eher jungen Jahren auftreten, erfolgt häufig jeder medizinisch mögliche Behandlungsversuch, während dies bei hochbetagt Versterbenden nicht mehr möglich ist, beispielsweise aufgrund von Operationsrisiken. Die Gruppe der im Betrachtungszeitraum Versterbenden wird daher im Folgenden gesondert betrachtet. Von den Hochkostenfällen versterben etwa 14 Prozent noch im Jahr 2011, weitere zwölf Prozent im Folgejahr.

Daneben ist zu erwarten, dass zahlreiche Versicherte nur in einem Jahr durch ein einmaliges Ereignis in der Gruppe der Hochkostenfälle zu finden sind. Als Ursache hierfür sind Verletzungen, größere Operationen oder schwere Infektionen denkbar. Diese Gruppe wird voraussichtlich eher heterogen sein. Sie wird im Folgenden als zweite Untergruppe separat dargestellt. 44 Prozent der Hochkostenfälle gehören im Folgejahr nicht mehr zu dieser Gruppe.

Eine weitere relevante Untergruppe der Hochkostenfälle stellen Versicherte dar, die unter chronischen, aber behandelbaren Erkrankungen leiden. Hierzu zählen beispielsweise Multiple Sklerose-, Hämophilie- oder Dialysepatienten. Für diese Gruppe von Versicherten sind hohe Arzneimittelausgaben zu erwarten, da die Behandlung häufig durch die Gabe hochpreisiger Medikamente erfolgt. Durch Arzneimittelinnovationen ist von einer zunehmenden Bedeutung dieser Gruppe auszugehen. Die Kosten für die Behandlung bleiben dabei dauerhaft auf hohem Niveau und steigen mit längerer Erkrankungsdauer an. Als dritte Gruppe werden daher Personen mit dauerhaft hohen Behandlungskosten untersucht. 30 Prozent der Hochkostenfälle haben auch im Folgejahr Ausgaben von mehr als 27.000 Euro und gehören damit weiterhin zu den Hochkostenfällen.

Abbildung 7: Verteilung der Ausgaben der Untergruppen der Hochkostenfälle auf die betrachteten Leistungsbereiche



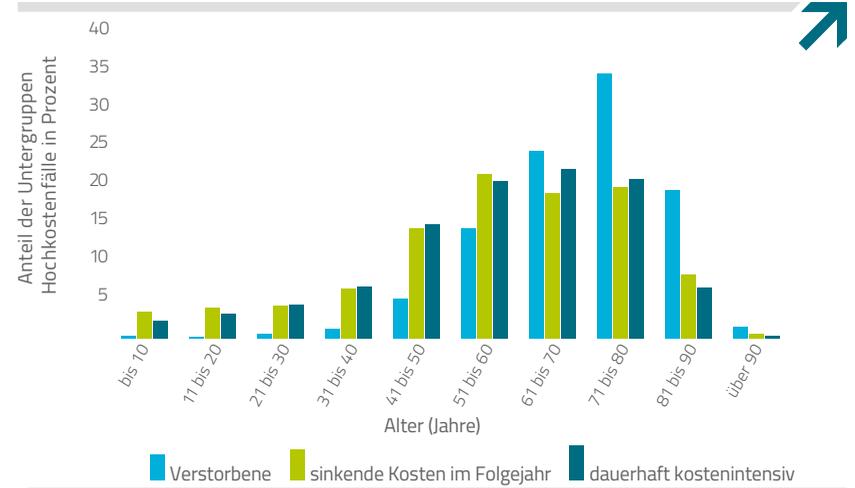
Quelle: BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung
Abkürzungen: ärztliche Behandlung (Ae), Arzneimittel (AM), Krankenhausbehandlung (KH), Krankengeld (KG) und sonstige Leistungsausgaben (SLE)

Die Gruppen 1 und 2 haben hohe Ausgabenanteile für die Krankenhausbehandlung. Der hohe Anteil der Krankengeldausgaben der Gruppe 2 deutet darauf hin, dass hier der Anteil jüngerer Personen höher ist. Bei der Gruppe 3 stehen wie erwartet die Arzneimittelausgaben im Vordergrund.

Selbstredend sind die im Betrachtungszeitraum Verstorbenen älter als die Personen der anderen Gruppen. Das Durchschnittsalter der verstorbenen Hochkostenfälle beträgt 69,7 Jahre. Die Gruppen 2 und 3 unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Altersverteilung kaum. Das Durchschnittsalter der Versicherten, die auch im Folgejahr zu den Hochkostenfällen zählen, beträgt 57,2 Jahre, das Durchschnittsalter der Gruppe 2 liegt bei 56,5 Jahren.

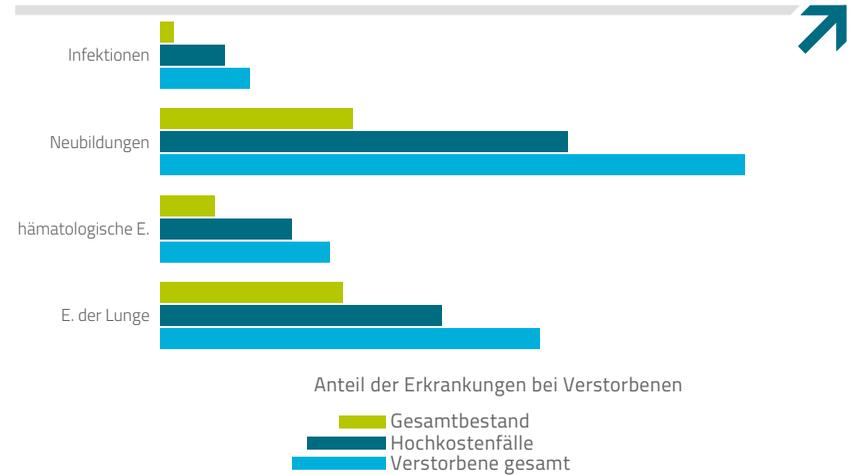
Die drei betrachteten Untergruppen unterscheiden sich auch in Bezug auf ihre Erkrankungen. Die Abbildungen 9 bis 11 zeigen ausgewählte auffällige Abweichungen in jeder der drei Gruppen vom Krankheitsspektrum der Hochkostenfälle insgesamt und vom Krankheitsspektrum des Gesamtbestands der Versicherten der BARMER GEK.

Abbildung 8: Altersverteilung der drei Untergruppen der Hochkostenfälle 2011



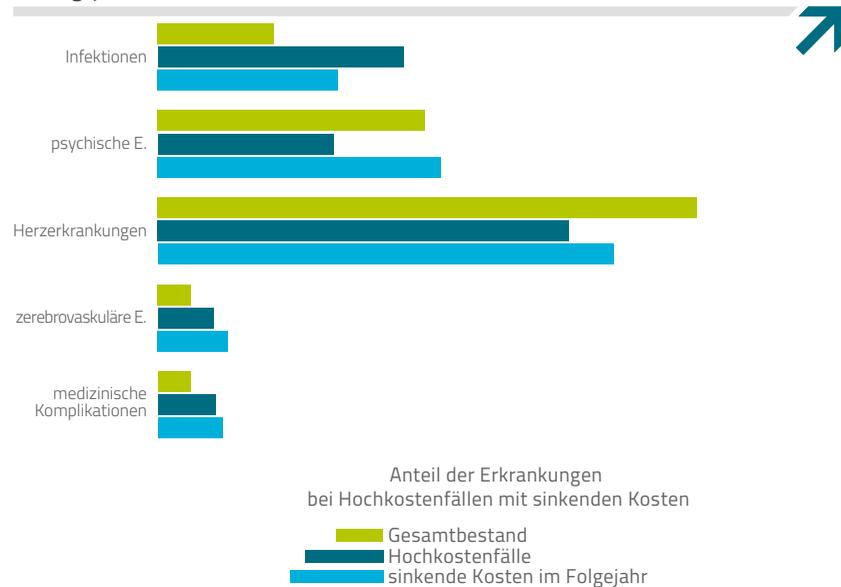
Quelle: BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung

Abbildung 9: Erkrankungen der Verstorbenen unter den Hochkostenfällen 2011



Quelle: BARMER GEK 2014, sortiert nach der Nummerierung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Abbildung 10: Erkrankungen der Gruppe mit sinkenden Kosten im Folgejahr unter den Hochkostenfällen 2011



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung, sortiert nach der Nummerierung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Strukturell kann die Gruppe derjenigen, die nur im Betrachtungszeitraum hohe Kosten verursacht, mit der Gruppe derjenigen, die im Betrachtungszeitraum verstirbt, zusammengefasst werden. In beiden Gruppen steht eine krisenhafte Erkrankung im Vordergrund, deren Behandlung in erster Linie stationär erfolgt. Bei den Verstorbenen stehen die Neubildungen und die Erkrankungen der Lunge im Vordergrund, dazu kommen Infektionen. Bei den Personen, die im Folgejahr nicht mehr zu den Hochkostenfällen zählen, sind die psychischen Erkrankungen sogar stärker vertreten als im Gesamtbestand. Zu den zerebrovaskulären Erkrankungen zählt auch der Schlaganfall, der Ursache für die Häufung in dieser Gruppe ist. Die Gruppe der Versicherten, die Hochkostenfälle bleiben, hat eine andere Zusammensetzung. Hier spielen die Erkrankungen des Urogenitalsystems eine große Rolle, es handelt sich um die Dialysepatienten. Außerdem sind die hämatologischen, metabolischen und neurologischen Erkrankungen auffällig und damit erwartungsgemäß die Erkrankungen, die mit hochpreisigen Arzneimitteln behandelt werden.

Abbildung 11: Erkrankungen der Gruppe unter den Hochkostenfällen 2011, die auch im Folgejahr zu den Hochkostenfällen zählen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2014, eigene Berechnung, sortiert nach der Nummerierung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Die wachsende Bedeutung der Arzneimittelausgaben: Orphan Drugs und personalisierte Medizin

Aufgrund der hohen Entwicklungskosten, die bei einer sehr geringen Zahl Betroffener nicht refinanziert werden konnten, hatten seltene Erkrankungen für die pharmazeutische Entwicklung bis vor einigen Jahren nur eine geringe Relevanz. Im Jahr 2000 wurden jedoch „im Zuge der Orphan-Drug-Gesetzgebung [...] gesundheitspolitische Anreize und Erleichterungen für die forschenden pharmazeutischen Unternehmen zur systematischen Erforschung, Entwicklung und zum Inverkehrbringen geschaffen“ (Straub und Breddemann 2013: 52). Von einer „seltene Erkrankung“ im Sinne der Gesetzgebung wird ausgegangen, wenn in der Europäischen Union nicht mehr als fünf von zehntausend Personen betroffen sind – entsprechend darf eine seltene Erkrankung in Deutschland nur etwas mehr als 40.000 Patienten betreffen. „Die Zahl der seltenen Krankheiten

wird nach einer Schätzung auf mindestens 5.000, vielleicht sogar 8.000 beziffert“ (Häussler 2013: 3). Diese besondere Förderung war erfolgreich. Im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2011 erhielten 58 Orphan-Drug-Präparate in Deutschland eine Marktzulassung. Im Jahr 2010 erreichte der Orphan-Drugs-Umsatz in der GKV einen Anteil von 5,5 Prozent (1,64 Milliarden Euro). Im Jahr 2006 waren es erst 342 Millionen Euro. Ihr Anteil an verordneten Packungen machte im Jahr 2010 hingegen nur 0,05 Prozent aus. In den USA wurden bereits 350 Orphan Drugs für 200 seltene Erkrankungen auf den Markt gebracht (Häussler und Preuß 2013: IX).

Unter personalisierter Medizin werden Therapien verstanden, die definierten Patientengruppen helfen, die durch einen Vortest bestimmt werden müssen. Sie besitzen einen sehr speziellen Wirkmechanismus, der genetische Besonderheiten berücksichtigt. Durch die personalisierte Medizin werden so häufige Erkrankungen zu seltenen Erkrankungen, da sie gemäß ihrer Behandlungsfähigkeit weiter aufgespalten werden. Ein Beispiel hierfür ist die Differenzierung der Erkrankung Brustkrebs. Ein Viertel der Fälle ist HER2-positiv und kann mit Trastuzumab behandelt werden (Häussler 2012: 144). Auch dieses Arzneimittelsegment nimmt an Bedeutung zu. Im Rahmen der personalisierten Medizin gibt es Innovationen bisher insbesondere in der Krebstherapie mit Behandlungskosten von über 50.000 Euro.

Die wachsende Zahl von extrem hochpreisigen Arzneimittelinnovationen wird die Anzahl von dauerhaft sehr kostenintensiven Versicherten zukünftig weiter ansteigen lassen. Bei der Festlegung für den morbiditätsorientierten RSA nimmt daher richtigerweise die Abbildung dieser Personenkreise einen immer größeren Raum ein. Bisher waren hochpreisige Arzneimittel überwiegend im Bereich der seltenen Erkrankungen wie den hämatologischen oder metabolischen Erkrankungen anzutreffen. Sie betreffen aber auch in besonders starkem Maß die Behandlung von Neubildungen. Auch für die Behandlung von multipler Sklerose und Rheuma stehen neue Präparate zur Verfügung. Im Jahr 2014 machte außerdem die Markteinführung eines Medikamentes zur Behandlung der chronischen Virushepatitis von sich reden (Salz 2014). Dieses Präparat ist schon einige Monate nach Markteinführung die umsatzstärkste Innovation des Jahres 2014.

Die Behandlung der Betroffenen wird häufig durch Komplikationen erschwert, daher sind die Behandlungskosten nicht homogen. Beispielsweise litten alle an Hämophilie Erkrankten mit Kosten oberhalb von einer Million Euro im Betrachtungsjahr unter schweren Infektionen oder mussten sich einer Operation unterziehen. Daher stiegen ihre Behandlungskosten auf eine Summe weit oberhalb der üblichen Arzneimitteltherapiekosten. Diese Ereignisse lassen sich aber nicht im Klassifikationsverfahren des morbiditätsorientierten RSA aufgreifen, da sie sich meist nicht im Vorjahr bereits abzeichnen. Sie sind dennoch erwartbarer Bestandteil der Krankheitsbilder.

Auch die prospektive Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA steht einer Abbildung der Behandlungskosten bei Innovationen entgegen. Im Jahr der Einführung eines Arzneimittels sind dessen Kosten nicht Bestandteil der Kalkulation. Erste Analysen zeigen außerdem, dass trotz der zu Beginn bereits erwähnten geänderten Einbeziehung der Verstorbenen in die Berechnungen des morbiditätsorientierten RSA deren Zuweisungen in fast unveränderter Höhe hinter ihren Ausgaben zurückbleiben.

Auch ohne diese beiden Einschränkungen wäre die Wiedereinführung eines Risikopools einfacher als eine Abbildung jeder Arzneimittelinnovation im morbiditätsorientierten RSA. Auf diese Weise können die Lasten dieser Ausgaben auch ohne eine besondere Berücksichtigung abgemildert werden. In Anbetracht der zahlreichen Anwendungsgebiete, wie das Beispiel des US-Marktes zeigt, scheint eine separate Abbildung aller Arzneimittelinnovationen perspektivisch ohnehin nicht möglich.

Hohe Kosten werden auch im morbiditätsorientierten RSA nicht ausgeglichen, sie führen jedoch zu wettbewerbsrelevanten Verwerfungen innerhalb der GKV, insbesondere wenn sie überproportional oder bei kleineren Krankenkassen auftreten. Ein Ausgleich im Rahmen eines Risikopools läuft der Idee des morbiditätsorientierten RSA nicht zuwider, sondern schließt die Lücke zwischen prognostizierbaren Ausgaben und unerwarteten Kosten in besonders relevanten Fällen.

Fazit

Auf nur ein Prozent der Versicherten entfallen 20 Prozent der Ausgaben in der GKV. Diese Gruppe ist nicht homogen, sondern lässt sich in drei Untergruppen unterteilen. Ein Teil der Personen verstirbt im betrachteten Zeitraum, ein anderer Teil hat im Folgejahr wieder geringere Leistungsausgaben. Ein Anteil von etwa 30 Prozent der Personen zählt auch im Folgejahr wieder zu den Hochkostenfällen. Ihre Leistungsausgaben werden durch hochpreisige Arzneimittel bestimmt und durch Komplikationen aus dem Verlauf ihrer meist seltenen Erkrankungen.

Neben der steigenden Zahl der Arzneimittelinnovationen erhöht sich durch diese Innovationen auch die Lebenserwartung der Betroffenen, ein Effekt, der die Relevanz dieser Gruppe zusätzlich ansteigen lässt. Mit diesem Anstieg wird sich auch die Konzentration der Kosten weiter verstärken.

Die Analysen zeigen, dass auch unter den Rahmenbedingungen des morbiditätsorientierten RSA entgegen den Erwartungen Hochkostenfälle nicht erfolgreich zu prognostizieren sind. Die Wiedereinführung eines Risikopools bleibt daher sachgerecht und ist von wachsender Bedeutung. Diese Wiedereinführung verursacht nur geringe Kosten und keine zusätzlichen Datenlieferungen. Ziel des morbiditätsorientierten RSA ist neben der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen die Vermeidung von Risikoselektion. Dies ist aber kaum zu gewährleisten, wenn dauerhaft kostenintensive Versicherte jährliche Verluste bedeuten und die Hochkostenfälle zwischen 0 und 2,5 Prozent je nach Krankenkasse variieren.

Die GBK musste aufgrund ihrer Hochkostenfälle einen Zusatzbeitrag erheben, der einen Verlust an gesunden Versicherten zur Folge hatte, wodurch die Finanzierung der Hochkostenfälle zusätzlich erschwert wurde. Dieser Effekt führte letztendlich zur Insolvenz der Krankenkasse. Im Jahr 2015 werden die Zusatzbeiträge zugunsten einer Rückkehr zur Beitragssatzautonomie abgeschafft, der Preiswettbewerb wird jedoch wieder ansteigen. Dieser sollte von fairen Rahmenbedingungen begleitet werden.

Literatur

- BARMER GEK (2012): Stellungnahme der BARMER GEK zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013. In: BVA: Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 – Stellungnahmen zum Anhörungsverfahren am 27.07.2012. www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4367 (Download am 2. September 2014).
- BKK-BV (2013): Stellungnahme der betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014. In: BVA: Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 – Stellungnahmen zum Anhörungsverfahren am 31.07.2013. www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4367 (Download am 2. September 2014).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011): Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2011. Stand: 16. Juli 2012, mit den Änderungen vom 12. Juli 2012. Berlin.
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2013): Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014. In: Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 – Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens. www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html (Download am 2. September 2014).
- Bundesversicherungsamt (BVA) (2014): Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2014. In: Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2014 – Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens. www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html (Download am 2. September 2014).
- Deutsche BKK (2010): Hochkostenfälle lassen Krankenkassen bluten. In: Dialog, Denkanstöße von der Deutschen BKK. Berlin.

- Drösler, S., J. Hasford, B.-M. Kurth, M. Schaefer, J. Wasem und E. Wille (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf (Download am 1. September 2014).
- Häussler, B. (2012): Individualisierte Medizin: Implikationen für klinische Forschung und Gesundheitskosten. In: U. Repschläger, C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen. Wuppertal. S. 140–157.
- Häussler, B. (2013): Seltene Krankheiten und die Arzneimittel zu ihrer Behandlung. In: B. Häussler und K.-J. Preuß: Seltene Helden – Orphan Drugs in Deutschland. Düsseldorf. S. 1–22.
- Häussler, B. und K.-J. Preuß (2013): Einführung. In: B. Häussler und K.-J. Preuß: Seltene Helden – Orphan Drugs in Deutschland. Düsseldorf. S. IX–XII.
- Salz, J. (2014): Die teuerste Pille der Welt. In: Wirtschaftswoche vom 27. August 2014. www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-mittel-sovaldi-die-teuerste-pille-der-welt/10615164.html (Download am 1. September 2014).
- Straub, C. und A. Breddemann (2013): Orphan Drugs und personalisierte Medizin aus Sicht der Kostenträger. In: B. Häussler und K.-J. Preuß: Seltene Helden – Orphan Drugs in Deutschland. Düsseldorf. S. 51–62.