

# Arzneimittelrabatte im Morbi-RSA

---

Untersuchung struktureller Effekte

Studie



# Arzneimittelrabatte im Morbi-RSA

---

Untersuchung struktureller Effekte

## **Studie**

für den BKK Landesverband Bayern im Auftrag folgender Krankenkassen: Audi BKK, BIG direkt gesund, BKK Mobil Oil, BKK ProVita, BKK Wirtschaft & Finanzen, Die Schwenninger Krankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse, IKK Südwest, mhplus Krankenkasse, Salus BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse – SBK

Berlin, 20. Februar 2017

---

---

## **Autoren**

**Jean Dietzel**

**Dr. Karsten Neumann**

**Holger Stibbe**

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

**Dr. Florian Klohn**

**Jan Steffen**

**Dr. Johannes Thormählen**

GWQ ServicePlus AG

Tersteegenstr 28

40474 Düsseldorf

## Inhalt

<b>Management Summary</b>	<b>6</b>
<b>1. Hintergrund und Zielstellung</b>	<b>9</b>
<b>2. Aktuelle Berücksichtigung von Arzneimittelausgaben im Morbi-RSA</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Datengrundlage</b>	<b>11</b>
2.1.1 Datengrundlage der Arzneimittelausgaben	11
2.1.2 Datengrundlage der Arzneimittelrabatte	12
<b>2.2 Berechnungsverfahren des BVA</b>	<b>13</b>
2.2.1 Datenaufbereitung vor der Zu- und Abschlagsberechnung	13
2.2.2 Durchführung der Zu- und Abschlagsberechnung	14
2.2.3 Modellrechnung zu den Auswirkungen der Berechnungsmethodik auf die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA	14
<b>2.3 Zwischenfazit</b>	<b>17</b>
<b>3. Betrachtung von Echtdaten – Methodik und Ergebnisse</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Datengrundlage</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Altersspezifische Ausgaben und Rabattquoten</b>	<b>19</b>
3.2.1 Arzneimittelausgaben nach Altersgruppen	19
3.2.2 Rabattquoten nach Altersgruppen	20
<b>3.3 Krankheitsspezifische Rabattquoten</b>	<b>22</b>
3.3.1 Methodik	22
3.3.2 Ergebnis	22
<b>3.4 Simulation der Effekte auf Kassenebene</b>	<b>24</b>
3.4.1 Methodik	24
3.4.2 Ergebnisse	26
3.4.3 Managementeinfluss	29
<b>3.5 Zwischenfazit</b>	<b>29</b>
<b>4. Alternativer Ansatz zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA</b>	<b>31</b>
<b>5. Fazit</b>	<b>33</b>
<b>6. Anhang</b>	<b>34</b>
<b>A1 Einfluss des Arzneimittelrabattfaktors auf andere Erstattungsfaktoren</b>	<b>35</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>36</b>
<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>
<b>Tabellen</b>	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>5</b>

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Rabattquote nach Geschlecht und Altersklassen (Individualrabatte)	7
Abbildung 2:	Anteil des Verbrauchs (DDD) unter Rabatt am gesamten Fertigarzneimittelmarkt der jeweiligen Indikationsgruppe für die zehn Gruppen mit dem absolut größten Verbrauch im Jahr 2015	9
Abbildung 3:	Jährliche Brutto-Arzneimittelausgaben je Versicherten mit Arzneimittelverordnungen	19
Abbildung 4:	Gesetzliche Rabattquoten nach Geschlecht und Altersklassen	20
Abbildung 5:	Rabattquoten nach Geschlecht und Altersklassen (Individualrabatte)	21
Abbildung 6:	Schematische Darstellung der variierten Erkrankungstypen	26
Abbildung 7:	Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter und der vertraglichen Rabattquote	27
Abbildung 8:	Zusammenhang zwischen unterschiedlichen HMG-Verteilungen und der vertraglichen Rabattquote („Körper“ = lebensstilbedingte Erkrankungen)	28

**Tabellen**

Tabelle 1:	Übersicht zu den Kontenarten des Hauptleistungsbereichs 3 (Apotheken) ohne Arzneimittelrabatte (KA 439)	12
Tabelle 2:	Unterkonten der Arzneimittelrabatte	13
Tabelle 3:	Versichertenstruktur der Modellkassen	15
Tabelle 4:	Kassenindividuelle Arzneimittelausgaben und Rabattquoten	16
Tabelle 5:	Gegenüberstellung von ermittelten Netto-Kosten und potenzieller Zuweisung je Versicherten mit einer Erkrankung	16
Tabelle 6:	IST-Nettokosten der Krankenkassen vs. Zuweisung je Versicherten	17
Tabelle 7:	Vergleich wichtiger Kennzahlen zwischen der Stichprobe und der GKV	18
Tabelle 8:	Ausgaben- und Rabattvolumen je Versichertentag nach den HMGs mit der höchsten Prävalenz in der Stichprobe	23

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
ARF	Arzneimittelrabattfaktor
BVA	Bundesversicherungsamt
EfLAoKG	Erstattungsfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld
FIVKuR	Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der IV
FRVZ	Faktor für Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
HLB 3	Hauptleistungsbereich 3 (Apotheken)
IV	Integrierte Versorgung
KA	Kontoart
PZN	Pharmazentralnummer

---

## Management Summary

Die gesetzlichen Krankenkassen erheben für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) die Leistungsausgaben pro Versicherten. Im Bereich der Arzneimittel (HLB 3) übermitteln die Krankenkassen die Bruttoausgaben, also die Listenpreise der verordneten Arzneimittel.

Neben den gesetzlich vorgesehenen Rabatten auf Arzneimittel haben Krankenkassen die Möglichkeit, Einzelverträge zu Rabatten mit Pharmaunternehmen zu schließen. Die auf Individualebene gemeldeten Ausgaben weichen somit von den tatsächlich geleisteten Aufwendungen ab. Zur Kompensation ermittelt das Bundesversicherungsamt einen kassenbezogenen Rabatffaktor, der auf die gemeldeten Arzneimittelausgaben jedes Versicherten einer Krankenkasse in gleicher Höhe angewendet wird.

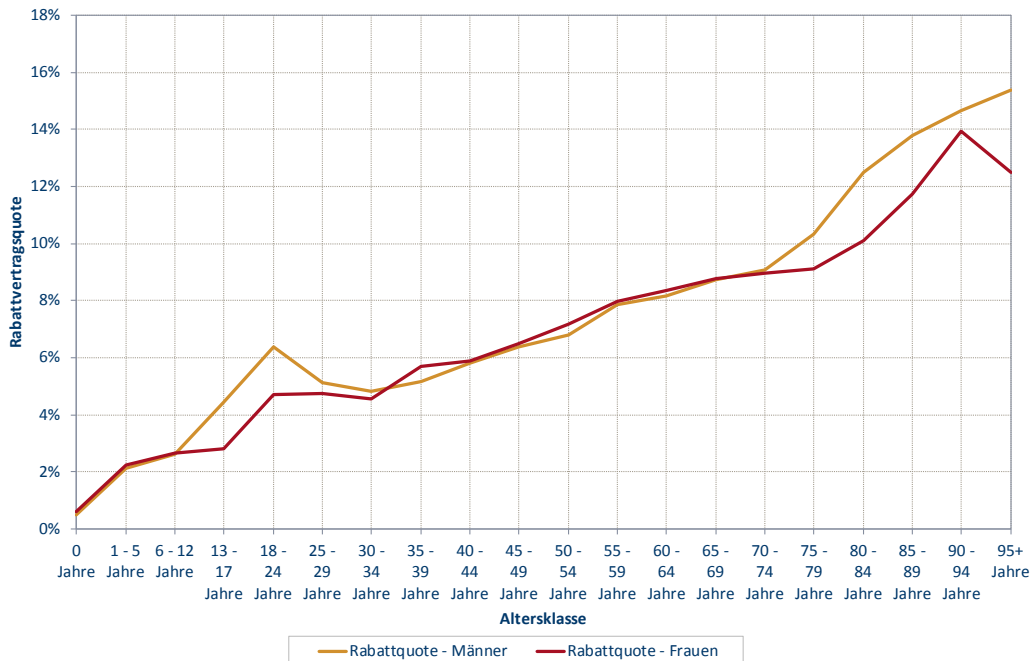
Vorliegende Studien zeigen, dass das Volumen von Arzneimitteln, für die Rabattverträge vorliegen, deutlich zwischen verschiedenen Indikationsgebieten schwankt. Ein entscheidender Treiber dieser Schwankungen sind die in den einzelnen Indikationsgebieten unterschiedlich stark ausgeprägten Potenziale zur Verschreibung von Generika.

Die aktuell praktizierte pauschale Verwendung der kassendurchschnittlichen Rabattquote im Morbi-RSA unterliegt der impliziten Annahme einer Gleichverteilung von Rabattpotenzialen. Auf Basis von hier vorliegenden Kassendaten kann gezeigt werden, dass die Morbiditäts- und Altersstruktur einen bedeutenden Einfluss auf die Rabattquote hat. Abbildung 1 zeigt den Zusammenhang zwischen Versicherungsalter und Individualrabatten. Für ältere Versicherte können demnach höhere Rabattquoten erzielt werden als für jüngere Versicherte. Wichtig ist, dass hier die beobachteten Unterschiede nicht auf Managementeffekte zurückgehen, da wir eine Versichertenpopulation mit einheitlichen Verträgen betrachten (nur Mitgliedskassen der GWQ ServicePlus AG).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis führt das aktuelle Verfahren bei Versicherten mit Erkrankungen, die eine überdurchschnittliche Rabattquote zulassen, zu einer systematischen Überdeckung. Umgekehrt reichen die Zuweisungen bei Erkrankten, bei deren Morbidität nur geringe Rabattquoten möglich sind, systematisch nicht zur Deckung der Ausgaben. Eine alternative, bessere Berücksichtigung der Rabatte kann somit die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Versicherebene erhöhen.



Abbildung 1: Rabattquote nach Geschlecht und Altersklassen (Individualrabatte)



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

In weiterer Konsequenz führt das aktuell praktizierte Verfahren auf Ebene der Krankenkassen zu Verzerrungen. Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Versicherten, die an Erkrankungen leiden, für die hohe Rabatte erzielt werden können, besitzen an diesem Punkt einen systematischen finanziellen Überschuss. Der Grund dafür ist, dass der Rabatffaktor auch auf Versicherte angewendet wird, für die überhaupt kein Rabatt erzielt wurde. In der Zuschlagsberechnung durch das BVA sind die Kosten dieser Versicherten daher zu niedrig angesetzt und senken in der Konsequenz damit die durchschnittlichen prospektiven Kosten, die durch den Morbi-RSA ausgeglichen werden. Da der Durchschnitt auch Kassen mit systematisch niedrigeren Rabattquoten enthält, führt das aktuelle Verfahren ceteris paribus zu einer Überdeckung von Kassen mit hohen Rabattquoten.

Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Versicherten in Indikationen, für die nur geringe Rabattpotenziale vorliegen, haben dagegen einen systematischen Nachteil, ohne dass sie diesen durch ein besonderes Vertragsmanagement positiv beeinflussen können.

Zur Lösung des Problems wird ein Vorschlag unterbreitet. Dieser sieht vor, die erzielten Rabatte auf Versichertenebene zu melden und somit in der Berechnung der Zuschläge des Morbi-RSA versichertenindividuell zu berücksichtigen. Wünschenswert wäre es, die hier dargestellten Auswertungen auf einem GKV-Datensatz zu validieren. Zudem könnten dann die konkreten Auswirkungen des vorgeschlagenen Alternativmodells auf die Zuweisungsgenauigkeit genau quantifiziert werden.

Nach der Einleitung stellen wir in Kapitel 2 das aktuelle Vorgehen zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA dar. In Kapitel 3 gehen wir auf die Datengrundlage der hier gemachten Auswertungen ein und erläutern das methodische Vorgehen. Zudem werden die Ergebnisse unserer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Morbiditäts- und Altersstruktur einerseits und Individualrabatten andererseits gezeigt. Anschließend wird in Kapitel 4 ein Vorschlag zur alternativen Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA unterbreitet. Abschließend wird in Kapitel 5 ein Fazit gezogen.

---

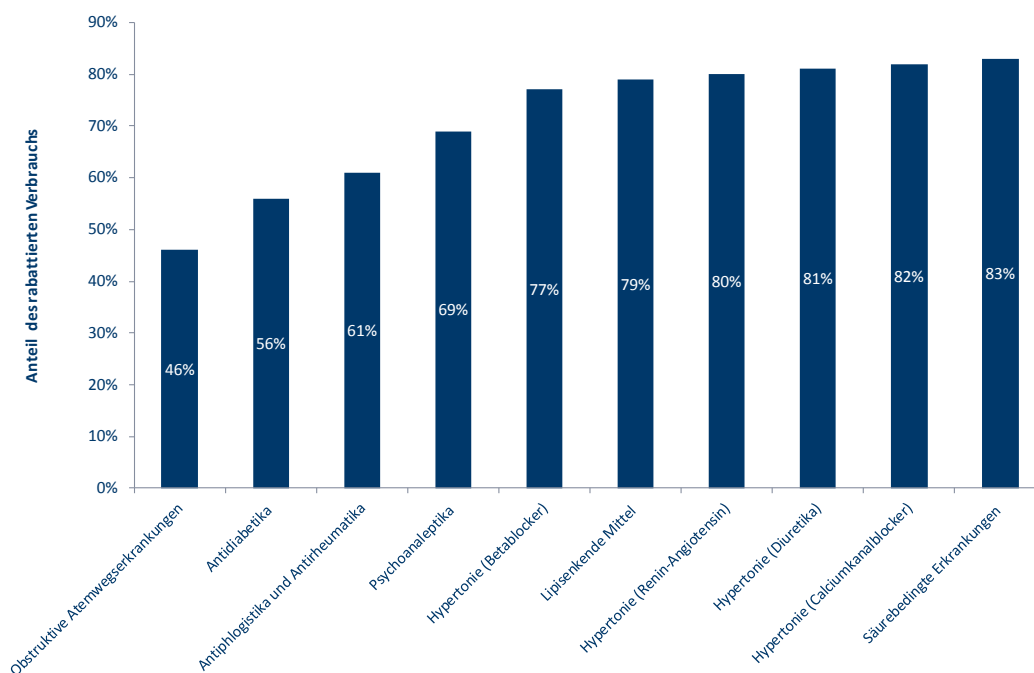
## 1. Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen des Morbi-RSA werden den Krankenkassen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben, darunter auch die Ausgaben für Arzneimittel, Gelder aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen. Die Höhe der Zuweisungen orientiert sich hierbei an den erwarteten prospektiven Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Arzneimittelbereich werden nicht die Listenpreise ausgeglichen, sondern die Ausgaben, welche bei den Krankenkassen tatsächlich anfallen.

Der Gesetzgeber verpflichtet Apotheken und Pharmaunternehmen zu Rabatten auf Arzneimittel (§§ 130 f. SGB V). Neben diesen „Zwangsrabatten“ haben gesetzliche Krankenkassen auch die Möglichkeit, individuelle Rabattverträge mit Pharmaunternehmen abzuschließen (§ 130 SGB V).

Aktuelle Veröffentlichungen deuten darauf hin, dass es strukturelle Unterschiede zwischen den Rabattpotenzialen einzelner Versichertengruppen gibt. So unterscheidet sich der Anteil der unter Rabatt stehenden Arzneimittel deutlich zwischen einzelnen Indikationsgruppen (vgl. Abbildung 2). Bereits auf dieser Ebene reicht die Spanne von 46% des Verbrauchs für Mittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen bis hin zur 83% für Mittel zur Behandlung von säurebedingten Erkrankungen.

Abbildung 2: Anteil des Verbrauchs (DDD) unter Rabatt am gesamten Fertigarzneimittelmarkt der jeweiligen Indikationsgruppe für die zehn Gruppen mit dem absolut größten Verbrauch im Jahr 2015



Quelle: Häusler et al. (2016)

Eine weitere Studie des Interessenverbands der Produzenten generischer Arzneimittel Pro Generika schätzt, dass im Jahr 2015 etwa 85% der erzielten Rabatte auf Generika entfielen (Pro Generika 2016). Aus der Kombination beider Studien lässt sich ableiten, dass das Potenzial erzielbarer Rabatte vor allem davon abhängt, inwieweit generische Behandlungsoptionen für bestimmte Erkrankungen vorliegen.

Der Morbi-RSA berücksichtigt Arzneimittelrabatte jedoch nicht auf Ebene einzelner Versicherter (GKV-Spitzenverband 2016b). Vielmehr werden zur Berechnung der Zu- und Abschläge die Ausgaben für Arzneimittel jedes Versicherten pauschal um einen kassenindividuellen Rabattfaktor korrigiert (BVA 2014). Die implizite Annahme dieses Verfahrens ist, dass sich Einsparungen durch Arzneimittelrabatte gleichmäßig über alle Versicherten verteilen.

Ziel der vorliegenden Analyse ist es, diese Annahme zu überprüfen und die konkreten Auswirkungen für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versicherten- und Kassenebene darzustellen. Dazu wird im Folgenden die Hypothese untersucht, dass die aktuelle Systematik der Nettopreisberechnung durch die Arzneimittelrabatte je nach Alter, Geschlecht und Morbidität (HMGs) zu systematischen Verzerrungen führt und damit die Zielgenauigkeit des Ausgleichs reduziert.

In Kapitel 2 erläutern wir dazu das aktuelle Vorgehen zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA sowie die Konsequenzen für die Zuweisungsgenauigkeit auf Kassen- und Individualebene. Anschließend gehen wir in Kapitel 3 auf die Stichprobe ein, welche die Grundlage für die hier vorgenommenen Auswertungen bildet. Anschließend erläutern wir unsere Methodik und präsentieren Ergebnisse zur Verteilung von Rabattquoten nach Alter und Morbidität. Zudem haben wir eine Modellierung zu den Auswirkungen unterschiedlicher Morbiditäts- und Altersstrukturen auf die Rabattquote auf Kassenebene vorgenommen. In Kapitel 4 entwickeln wir schließlich alternative Vorschläge zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA. In Kapitel 5 binden wir die angestellten Überlegungen schließlich ab und ziehen ein Fazit.

## **2. Aktuelle Berücksichtigung von Arzneimittelausgaben im Morbi-RSA**

In diesem Kapitel stellen wir die aktuelle Vorgehensweise zur Berücksichtigung von Rabatten auf Arzneimittel im Morbi-RSA dar und erläutern die daraus resultierenden Konsequenzen für die Zuweisungsgenauigkeit auf Versicherten- und Kassenebene.

Im ersten Schritt wird dazu die Datengrundlage zur Berücksichtigung von Arzneimittelausgaben im Allgemeinen betrachtet. Anschließend wird erläutert wie Arzneimittelrabatte im Speziellen in der Zuschlagsberechnung berücksichtigt werden. Es folgt eine Modellrechnung, die die Konsequenzen des verwendeten Verfahrens für die Zuschlagshöhe anhand eines Modelles aus drei Kassen und zwei Erkrankungen veranschaulicht.

### **2.1 Datengrundlage**

#### **2.1.1 Datengrundlage der Arzneimittelausgaben**

Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Kontenrahmen zur Verbuchung von Ausgaben und Einnahmen vor. Mehrere Konten werden für den Morbi-RSA zu einem Hauptleistungsbereich (z.B. Ärzte, Krankenhaus, Apotheken etc.) zusammengefasst. Der Hauptleistungsbereich 3 (Apotheken) wird durch 12 Kontenarten abgebildet. (Tabelle 1). Die auf diesen Konten gebuchten Beträge definieren das Volumen, das bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA die Höhe der Zuschläge der einzelnen Risikomerkmale determiniert.

---

Tabelle 1: Übersicht zu den Kontenarten des Hauptleistungsbereichs 3 (Apotheken) ohne Arzneimittelrabatte (KA 439)

Kontonummer	Bezeichnung
KA 430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken – nur vertragsärztliche Versorgung
KA 431	Hilfsmittel aus Apotheken
KA 433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter
KA 434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
KA 435	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – nur vertragsärztliche Versorgung
KA 436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen – nur vertragsärztliche Versorgung
KA 437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen – ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung
KA 438	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – ohne vertragsärztliche Versorgung
KA 485	Arznei- und Verbandmittel im Ausland
Konten 5186 bis 5188	Schutzimpfungen nach § 20d SGB V – Regelleistungen – Arzneimittel (Impfstoffe)
KA 532	Arznei- und Verbandmittel (Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch)
KA 573	Arznei- und Verbandsmittel aus Apotheken und von Sonstigen

Quelle: IGES Institut, eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband 2016b

### 2.1.2 Datengrundlage der Arzneimittelrabatte

Zur Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden die Ausgaben im HLB 3 um erzielte Rabatte korrigiert (GKV-Spitzenverband 2016c: 41). Dabei werden folgende Rabattarten unterschieden:

- ◆ Gesetzliche und zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen ausgehandelte Rabatte auf Arzneimittel (Kontengruppe 439)
- ◆ Gesetzliche und zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen ausgehandelte Rabatte auf Impfstoffe (Kontengruppe 519)

Der Kontenrahmen der GKV bildet die Rabatte auf Arzneimittel detaillierter ab als die Rabatte auf Impfstoffe. Hier wird zwischen gesetzlichen Rabatten für pharmazeutische Unternehmen und Apotheken sowie ausgehandelten Rabatten unterschieden. Die gesetzlichen und kassenindividuellen Rabatte auf Impfstoffe werden in einem Konto zusammengefasst (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Unterkonten der Arzneimittelrabatte

Rabattart	Kontonummern
Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer	4390 bis 4392
Gesetzliche Rabatte von Apotheken	4393 bis 4395
Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmen	4396 bis 4398
Rabatte auf Impfstoffe	5190 bis 5192

Quelle: IGES Institut, eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband 2016b

Die Summe der auf diesen Konten gebuchten Beträge entspricht der Höhe des kassenindividuellen Arzneimittelrabatts.

## 2.2 Berechnungsverfahren des BVA

### 2.2.1 Datenaufbereitung vor der Zu- und Abschlagsberechnung

Zur Vorbereitung des Abzugs von Arzneimittelrabatten ermittelt das BVA in einem ersten Schritt für jede Krankenkasse einen kassenindividuellen Arzneimittelrabattfaktor (ARF), dessen Berechnungsgrundlage aus den in Kapitel 2.1 genannten Konten stammt (BVA 2014: 14).

$$ARF = \frac{(\text{Leistungsausgaben}_{HLB\ 3} - \text{Arzneimittelrabatte})}{\text{Leistungsausgaben}_{HLB\ 3}}$$

In einem zweiten Schritt reduziert das BVA die Leistungsausgaben für Arzneimittel eines jeden Versicherten um den Arzneimittelrabattfaktor und drei weitere globale Erstattungsfaktoren<sup>1</sup>. Im Ergebnis ergeben sich daraus die Nettoausgaben für den Hauptleistungsbereich 3 (BVA 2014: 15).

$$HLB\ 3_{netto} = HLB\ 3_{brutto} * ARF * (FRVZ * FIVKuR * EfLAoKG)$$

Hier ist anzumerken, dass die absoluten Arzneimittelrabattvolumina ebenso zur Berechnung dieser Faktoren herangezogen werden (vgl. Anhang 1). Bei den weiteren Untersuchungen im Rahmen dieser Studie spielen die weiteren Faktoren keine Rolle und werden daher nicht näher betrachtet. Nach dem eben genannten Schema werden auch die Leistungsausgaben der anderen HLBs um Erstattungen und Rabatte reduziert.

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Abkürzungen der globalen Erstattungsfaktoren erklärt. FRVZ: „Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen“. FIVKuR: „Faktor für Komplexpauschalen und Rabatte in der integrierten Versorgung“. EfLAoKG: „Erstattungsfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld“.

### 2.2.2 Durchführung der Zu- und Abschlagsberechnung

Krankenkassen erhalten aus dem Morbi-RSA Zu- und Abschläge je Versichertentag. Diese entsprechen den mittels einer multiplen linearen Regression geschätzten Netto-Leistungsausgaben. Zur Schätzung der Ausgaben im Rahmen der Regression werden verschiedene Versichertenmerkmale als unabhängige Variable herangezogen. Im Einzelnen sind dies z. B. Alter, Geschlecht oder das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung. Die Netto-Leistungsausgaben pro Versichertentag sind die abhängige Variable der Regression (BVA 2014: 16).

$$\text{Leistungsausgaben pro Versichertentag} = \frac{\sum \text{HLB 1 bis 7}_{\text{netto}}}{\sum \text{Versichertentage}}$$

Wie oben bereits dargelegt, erfolgt für den Hauptleistungsbereich 3 (HLB 3, Arzneimittelausgaben) eine Korrektur um den Arzneimittelrabattfaktor. Dessen Berechnung erfolgt nicht individuell für jeden Versicherten, sondern pauschal für die gesamte Versichertenpopulation einer Krankenkasse. Das bedeutet: Auch wenn einem Versicherten kein Arzneimittel verordnet wurde, für das es einen gesetzlichen oder vertraglichen Rabatt gibt<sup>2</sup>, so werden die Arzneimittelausgaben des Versicherten doch um den ARF reduziert und liegen damit unter den tatsächlichen Ausgaben. Umgekehrt gilt: Im Fall der Verordnung von Arzneimitteln, für die ein sehr hoher Rabatt realisiert werden konnte, werden die Ausgaben nur um die durchschnittliche Rabattquote der Krankenkasse korrigiert. Die Ausgaben dieses Versicherten werden somit überschätzt. Anschließend wird aus den so berechneten Arzneimittelausgaben und allen anderen Gesundheitskosten der von einer Erkrankung betroffenen Versicherten ein prospektiver Mittelwert gebildet. Dieser Mittelwert wird schließlich ausgeglichen.

Die für die Berechnung der Zuschläge aus dem Morbi-RSA verwendeten Arzneimittelkosten stimmen also nicht zwingend mit den tatsächlichen Netto-Ausgaben für Arzneimittel überein. Dieser Umstand hat Einfluss auf die im Morbi-RSA berechneten versichertentäglichen Zuschläge. Um diesen Einfluss zu verdeutlichen, stellen wir im Folgenden ein hypothetisches Beispiel dar.

### 2.2.3 Modellrechnung zu den Auswirkungen der Berechnungsmethodik auf die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA

#### 2.2.3.1 Grundlegende Annahmen des Modells

Zur Illustration der Auswirkungen des aktuellen Verfahrens der Zuschlagsberechnung stellen wir im Folgenden eine Modellrechnung auf Basis von 3 Kassen vor. Die Kassen der Modellrechnung sind mit jeweils 10 Versicherten gleich groß. Unterschiede zwischen den Kassen gibt es jedoch in der Morbiditätsstruktur. Aus Grün-

---

<sup>2</sup> Beispielsweise unterliegen Arzneimittel, für die nach dem AMNOG-Verfahren ein Preis zwischen GKV und Hersteller verhandelt wurde, nicht zwingend den gesetzlichen Rabatten.



den der Übersichtlichkeit findet sich jeder Versicherte in einer von zwei Krankheitsentitäten wieder: „Krankheit A“ und „Krankheit B“. Tabelle 3 fasst die Ausgangslage zusammen. Nicht betrachtet wird in dieser Modellrechnung der Einfluss von FRVZ, FIVKuR und EfLAoKG.<sup>3</sup>

Tabelle 3: Versichertenstruktur der Modellkassen

	Kasse 1	Kasse 2	Kasse 3
Versicherte mit Krankheit A	5	3	1
Versicherte mit Krankheit B	5	7	9
<b>Summe der Versicherten je Kasse</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Quelle: IGES Institut

Tabelle 4 zeigt die Kostenstruktur der 3 Modellkassen und die daraus resultierende kassenindividuelle Rabattquote. An dieser Stelle wird die Annahme getroffen, dass die Bruttokosten pro Erkrankten für Krankheit A 10 Euro und für Krankheit B 25 Euro in jeder Kasse betragen. Zudem wird angenommen, dass die gesamten Bruttokosten für Arzneimittel anfallen. Die Nettoausgaben betragen bei der Krankheit A 9 Euro, da alle Kassen einen Arzneimittelrabatt von 10 Prozent erzielen. Für die Krankheit B bleibt es mangels Rabattierungsmöglichkeiten bei 25 Euro je Versicherten.

Je nach Morbiditätsstruktur der Kassen liegen die kassenindividuellen Rabattquoten zwischen 0,43% und 2,86%. Je größer der Anteil der Versicherten mit Krankheit A ist, desto größer ist der kassenindividuelle Rabatt. Unter der Annahme von Rabattquoten, die sich nur auf Basis der Indikation unterscheiden, nicht aber nach der Kasse, hat die Morbiditätsstruktur also einen Einfluss auf die kassenindividuelle Rabattquote.

<sup>3</sup> Im Kontext weiterer Untersuchungen zu dem Thema sollte auch die genaue Wirkung von FRVZ, FIVKuR und EfLAoKG untersucht werden. Denkbar ist, dass diese den Effekt des aktuellen Verfahrens zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten zumindest anteilig kompensieren.

Tabelle 4: Kassenindividuelle Arzneimittelausgaben und Rabattquoten

	Kasse 1	Kasse 2	Kasse 3
Krankheit A - Brutto	50 €	30 €	10 €
Krankheit A - Netto	45 €	27 €	9 €
Krankheit B - Brutto	125 €	175 €	225 €
Krankheit B - Netto	125 €	175 €	225 €
Summe - Brutto	175 €	205 €	235 €
Summe - Netto	170 €	202 €	234 €
<b>Kassenindividuelle Rabattquote</b>	<b>2,86%</b>	<b>1,46%</b>	<b>0,43%</b>

Quelle: IGES Institut

### 2.2.3.2 Konsequenzen für die Zuschlagsberechnung

Tabelle 5 zeigt, wie die spätere Verzerrung in den Zuweisungen zustande kommt. Nun werden nämlich die krankheitsspezifischen Zuschläge für jede Krankheit berechnet. Dabei wird der globale Rabattfaktor der GKV auf alle Arzneimittelverbräuche angewendet. Krankheit A erhält so einen Zuschlag von 9,79 Euro, Krankheit B einen Zuschlag von 24,66 Euro. (Die Zuschläge haben wir in diesem vereinfachten Modell als Mittelwerte gerechnet.) – Beide Zuschläge weichen von den tatsächlichen Kosten der Krankheiten ab, die 9 bzw. 25 Euro betragen. Die Gewichtung erfolgt anhand der in Tabelle 3 dargestellten Versichertenzahlen.

Tabelle 5: Gegenüberstellung von ermittelten Netto-Kosten und potenzieller Zuweisung je Versicherten mit einer Erkrankung

	Kasse 1	Kasse 2	Kasse 3	Zuweisung
Kassenindividueller Arzneimittelrabattfaktor (=1 minus Rabattquote)	0,971	0,985	0,996	
Ermittelte Netto-Kosten Krankheit A (pro Versicherten)	9,71 €	9,85 €	9,96 €	<b>9,79 €</b>
Ermittelte Netto-Kosten Krankheit B (pro Versicherten)	24,29 €	24,63 €	24,89 €	<b>24,66 €</b>

Quelle: IGES Institut

Gleichzeitig wird aber der Arzneimittelrabattfaktor kassenspezifisch angewendet. Das Verfahren arbeitet so, als hätte bspw. Kasse 1 bei Krankheit A Kosten von 9,71 Euro (10 Euro minus dem oben ermittelten Rabattfaktor von 2,86%), Kasse 3 aber 9,96 Euro. Beide Werte weichen von den berechneten Durchschnittszuweisungen ab. Der gleiche Effekt ergibt sich bei Krankheit B, obwohl dort in der Realität gar

kein Rabatt erzielt wird. Dies führt im nächsten Schritt dazu, dass sich Fehldeckungen sowohl auf der Versichertenebene als auch auf der Kassenebene ergeben.

In Tabelle 6 werden die aus der Gegenüberstellung von Zuweisungen aus Nettoausgaben resultierenden Überschüsse und Deckungslücken gezeigt. Der Überschuss für Erkrankung A und damit auch bei darunter leidenden Versicherten ergibt sich aus der Differenz der angenommenen Netto-Kosten und der tatsächlichen Netto-Kosten pro Versicherten (9,79 Euro - 9 Euro). Analog dazu wurden auch die Deckungseffekte für Erkrankung B berechnet. Hier ergibt sich für die betroffenen Versicherten systembedingt eine Deckungslücke.

In Summe ergibt sich ein Überschuss für Kasse 1 und ein Fehlbetrag für Kasse 3. Kasse 2 schließt in diesem Beispiel mit einem neutralen Ergebnis ab, da sie ein ausgewogenes Versichertenverhältnis aufweist.

Tabelle 6: IST-Nettokosten der Krankenkassen vs. Zuweisung je Versicherten

	Kasse 1	Kasse 2	Kasse 3
Krankheit A – Zuweisungsüberschuss je Versicherten	0,79 €	0,79 €	0,79 €
Krankheit B – Zuweisungsdefizit je Versicherten	- 0,34 €	- 0,34 €	- 0,34 €
Krankheit A – Absoluter Zuweisungsüberschuss	3,94 €	2,36 €	0,79 €
Krankheit B – Absolutes Zuweisungsdefizit	-1,69 €	- 2,36 €	- 3,04
<b>Delta über die absoluten Zuweisungsüberschüsse</b>	<b>2,25 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>- 2,25 €</b>

Quelle: IGES Institut

### 2.3 Zwischenfazit

Geht man davon aus, dass innerhalb einer Versichertengruppe (z. B. Altersgruppe oder Gruppe von an einer Indikation Erkrankten) die Rabattpotenziale für alle Kassen identisch sind, so sind Versicherte mit einer hohen Rabattquote in diesem Beispiel systematisch überdeckt. Umgekehrt sind Erkrankte mit niedrigen Rabattquoten in diesem Beispiel systematisch unterdeckt. Dieser Umstand führt zu einer Verschlechterung der individuellen Zuweisungsgenauigkeit des Ausgleichssystems.

Auch auf Ebene der Kassen führt das aktuelle Verfahren zu Ungleichgewichten. Bei gleicher Managementleistung beim Verhandeln der Rabatte sind Krankenkassen im Vorteil, die überdurchschnittlich viele Versicherte haben, welche an Erkrankungen leiden, für die hohe Rabatte erzielt werden können. Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Versicherten in Indikationen, für die nur geringe Rabattpotenziale vorliegen haben dagegen einen systematischen Nachteil.

### 3. Betrachtung von Echtdaten – Methodik und Ergebnisse

Die bis hierher angestellten modellhaften Überlegungen werden im Folgenden mit Echtdaten überprüft. Im ersten Schritt wird dazu der Datensatz vorgestellt, der den Auswertungen zu Grunde liegt. Anschließend wird die Methodik der gezeigten Simulation erläutert.

#### 3.1 Datengrundlage

Grundlage der hier vorgestellten Auswertungen ist ein Datensatz der GWQ ServicePlus AG (Stichprobe). In diesem Datenbestand liegen neben den Bruttoausgaben für Arzneimittel auch die erzielten Rabatte auf Arzneimittel auf Versicherten-ebene vor. Insgesamt beinhaltet der Datensatz circa 2,9 Millionen Versicherte<sup>4</sup>. Tabelle 7 vergleicht den Datensatz mit der GKV. Basisjahr der Betrachtung ist 2015.

Tabelle 7: Vergleich wichtiger Kennzahlen zwischen der Stichprobe und der GKV

Kennzahl	Stichprobe	GKV
Altersdurchschnitt der Versicherten	39,5 Jahre	44,4 Jahre
Brutto-Arzneimittelausgaben (HLB3) je Versicherten	413,04 €	603,92 €
Netto-Arzneimittelausgaben (HLB3) je Versicherten	355,14 €	513,10 €

Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG. Zahlen für die GKV auf Basis der KM1, KM6 und KJ1 Statistiken

Im Vergleich zum GKV-Durchschnitt sind die Versicherten der Stichprobe im Schnitt fünf Jahre jünger und verursachen rund 190 Euro geringere Arzneimittelkosten. Da die im Morbi-RSA verwendeten Risikomerkmale (AGGs und HMGs) mit der Stichprobe ausreichend besetzt sind, sind die darauf basierenden Aussagen trotz der in der Tabelle dargestellten Unterschiede belastbar.

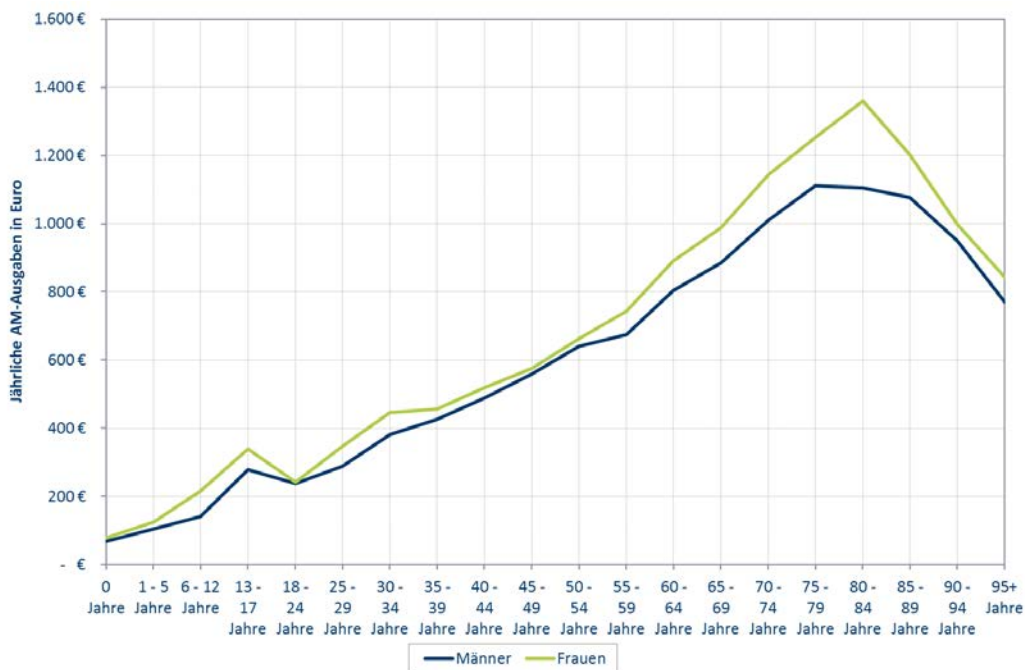
<sup>4</sup> Die Grundgesamtheit umfasst die Versicherten der folgenden Krankenkassen: Audi BKK, Die Schwenninger Krankenkasse, IKK Südwest, Salus BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse – SBK.

## 3.2 Altersspezifische Ausgaben und Rabattquoten

### 3.2.1 Arzneimittelausgaben nach Altersgruppen

Die Ausgaben für Versicherte mit Arzneimittelverordnungen steigen mit dem Alter kontinuierlich an (Abbildung 3). In den Altersklassen ab 80 Jahren sinken die jährlichen Arzneimittelausgaben, was sehr wahrscheinlich auf das vorzeitige Versterben von Versicherten mit besonders hohen Arzneimittelausgaben zurückzuführen ist.

Abbildung 3: Jährliche Brutto-Arzneimittelausgaben je Versicherten mit Arzneimittelverordnungen



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

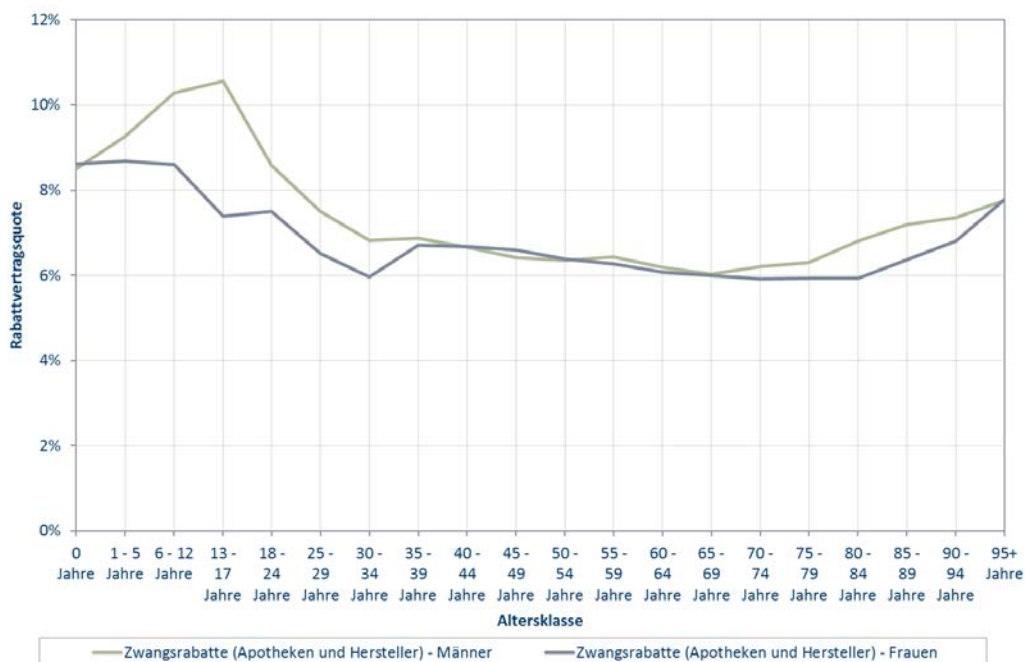
### 3.2.2 Rabattquoten nach Altersgruppen

Die Rabattquoten der Stichprobe zeigen je nach Rabattart ein unterschiedliches Verhalten. Die gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte für Apotheken und Hersteller liegen in allen Altersklassen nahezu konstant bei etwas über 6 Prozent (Abbildung 4). Deutlich darüber liegen die gesetzlichen Rabattquoten für jüngere Versicherte bis 12 Jahre.

Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Preispolitik der Hersteller für OTC-Produkte. Diese werden in der GKV nur für bis 12Jährige erstattet. Wegen des Preismoratoriums müssen Preissteigerungen für diese Produkte an die GKV als Zwangsrabatt zurückerstattet werden. Die Preissteigerung ergibt aber Sinn, weil sie auch für den deutlich größeren Selbstzahlermarkt der über 12jährigen gültig ist. Hier wird der Preis vollständig durch den Patienten getragen.

Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Versicherten kann bei jüngeren Versicherten bis zum 20. Lebensjahr durch die Einnahme der Pille erklärt werden. Diese wird bis zum 20. Lebensjahr in der GKV erstattet. Anschließend müssen die Kosten selbst getragen werden. Auch hier gilt der oben beschriebene Mechanismus. Wegen des Preismoratoriums müssen Preissteigerungen bei Abgabe an unter 20jährige Versicherte an die GKV als Rabatt zurückerstattet werden. Aus Sicht des Herstellers ergibt die Preissteigerung aber trotzdem Sinn, da auch Selbstzahler von ihr betroffen sind.

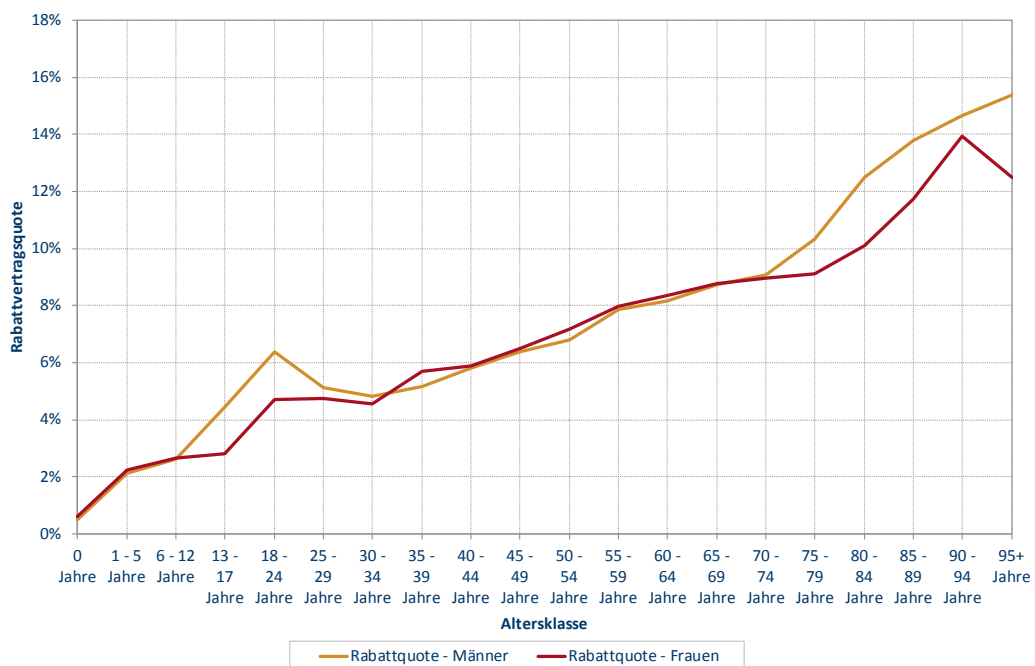
Abbildung 4: Gesetzliche Rabattquoten nach Geschlecht und Altersklassen



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

Die Quoten für Individualrabatte dagegen nehmen mit steigendem Lebensalter kontinuierlich zu (Abbildung 5). Grund sind die zunehmenden chronischen, oft lebensstilbedingten Erkrankungen, die vorwiegend mit generischen Arzneimitteln behandelt werden. Auffällig ist der steiler werdende Verlauf der Kurve ab dem 70. Lebensjahr für männliche Versicherte und ab dem 75. Lebensjahr für weibliche Versicherte. An diesem Punkt wird bereits deutlich, dass die im aktuellen Verfahren implizit getroffene Annahme von über verschiedene Versichertengruppen gleich verteilten Rabattquoten nicht gehalten werden kann.

Abbildung 5: Rabattquoten nach Geschlecht und Altersklassen (Individualrabatte)



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

### 3.3 Krankheitsspezifische Rabattquoten

Nach der Darstellung der deskriptiven Auswertungen werden in diesem Abschnitt das Vorgehen und die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Schätzung krankheitsspezifischer Rabattquoten gezeigt. Diese liegen nicht direkt vor, da alle Rabatte eines Versicherten in den Routinedaten nur als Summe enthalten sind. Der Rabattanteil einzelner Krankheiten muss also durch eine Regression ermittelt werden. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse bilden auch die Grundlage für die anschließend gezeigten Simulationsmodelle.

#### 3.3.1 Methodik

In Vorbereitung auf die Simulation hat die GWQ ServicePlus AG mit der Software „SPSS Modeler“ zwei multiple lineare Regressionen auf Individualebene durchgeführt. Bei der ersten Regression wird das absolute Ausgabenvolumen je Versicherten in Abhängigkeit von AGGs und HMGs geschätzt. Die zweite Regression schätzt aus dem gleichen Datensatz das absolute Rabattvolumen je Versicherten ebenfalls in Abhängigkeit von AGGs und HMGs.

Im Ergebnis liegen zwei Regressionen vor, die für eine gegebene Versichertenstruktur zwei Erwartungswerte prognostizieren:

- ◆ Erwartetes absolutes Rabattvolumen
- ◆ Erwartetes absolutes Ausgabenvolumen

#### 3.3.2 Ergebnis

In Tabelle 8 sind die Ergebnisse der beiden berechneten Regressionen für das Ausgaben- und Rabattvolumen je Versichertentag nach HMGs dargestellt. Dargestellt sind die 20 HMGs mit dem größten Anteil an zugeordneten Versichertentagen an den gesamten Versichertentagen der Grundgesamtheit (nur AGGs). Dieser Wert kann als Näherungswert für die Prävalenz der jeweiligen Erkrankungen in der Stichprobe interpretiert werden.

Die angegebenen Eurobeträge müssen interpretiert werden als Arzneimittelausgaben und –rabatte, die durch Vorliegen der jeweiligen HMG zusätzlich pro Versichertentag anfallen. Die HMG 91 (Hypertonie ohne Komplikationen) ist die HMG mit der höchsten Prävalenz. Beim Vorliegen dieser HMG fallen zusätzliche Arzneimittelausgaben von 0,45 Euro pro Versichertentag an. Die Koeffizienten für Rabatte sind analog zu interpretieren (zusätzliche 0,07 Euro pro Tag). Der Quotient beider Werte kann als HMG-spezifische (partielle) Rabattquote interpretiert werden. Sie beträgt in diesem Fall 15,6%. In der HMG 215 (COPD oder Emphysem mit Dauermedikation) beträgt die so approximierte Rabattquote nur 7,2%. Es ist zu erkennen, dass sich diese Rabattquoten der einzelnen im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen signifikant unterscheiden.



**Tabelle 8: Ausgaben- und Rabattvolumen je Versichertentag nach den HMGs mit der höchsten Prävalenz in der Stichprobe**

HMG	Prävalenz	Ausgaben- volumen	Rabatt- volumen
HMG 91: Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	10,11%	0,45 €	0,07 €
HMG 58: Depression, sonstige nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen	4,77%	0,44 €	0,08 €
HMG 19: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	4,30%	0,44 €	0,04 €
HMG 57: Angststörungen und unspezifische depressive Störungen	2,81%	0,37 €	0,04 €
HMG 84: Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	2,44%	0,49 €	0,09 €
HMG 80: Herzinsuffizienz	2,06%	0,51 €	0,09 €
HMG 86: Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	1,85%	0,11 €	0,01 €
HMG 92: Näher bezeichnete Arrhythmien	1,80%	0,75 €	0,03 €
HMG 131: Hypertensive und/oder chronische Nierenkrankheit	1,66%	0,42 €	0,06 €
HMG 237: COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation	1,62%	-0,02 €	0,01 €
HMG 71: Polyneuropathie	1,61%	0,72 €	0,09 €
HMG 152: Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	1,50%	0,39 €	0,04 €
HMG 252: Chronischer Schmerz (ohne Dauermedikation)	1,47%	-0,14 €	-0,02 €
HMG 231: Panikstörung, näher bezeichnete Phobien, sonstige anhaltende affektive Störungen	1,42%	0,27 €	0,05 €
HMG 39: Spinalkanalstenose	1,29%	0,06 €	0,04 €
HMG 20: Therapie mit Insulin	1,27%	2,45 €	0,19 €
HMG 258: Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie	1,25%	0,19 €	0,05 €
HMG 220: Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation	1,23%	-0,26 €	0,00 €
HMG 215: COPD oder Emphysem mit Dauermedikation	1,20%	2,09 €	0,15 €
HMG 253: Chronischer Schmerz mit Dauermedikation	1,20%	2,64 €	0,52 €

Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

## 3.4 Simulation der Effekte auf Kassenebene

### 3.4.1 Methodik

#### 3.4.1.1 Vorgehen zur Modellierung

Auf Grundlage der beiden dargestellten Regressionen lassen sich Rabattquoten für unterschiedliche Versichertenpopulationen abschätzen, in denen die Verteilung der Versichertentage in den AGGs und HMGs variiert. Für die vorliegende Analyse wurde im Vorfeld überlegt, welche Parameter (Verteilungen) in diesen Versichertentagen implizit vorliegen. Dazu gehören:

- ◆ Altersverteilung
- ◆ Geschlechterverteilung
- ◆ Niveau der Morbidität (absolute Zahl der Versichertentage in den HMGs)
- ◆ Morbiditätsspektrum (relative Verteilung der HMGs)

Ein wesentliches Merkmal der vorliegenden Analyse ist die Isolierung des Effekts, der durch die Veränderung einer bestimmten Verteilung erreicht wird (z.B. Altersverteilung). Es wird also gefragt, wie eine veränderte Altersverteilung unter ansonsten gleichen Bedingungen (z.B. Geschlechterverteilung, Morbiditätsniveau und -spektrum) auf die Rabattvertragsquote wirkt. Diese „Ceteris paribus-Klausel“ ist erforderlich, um die Effekte der einzelnen Parameter korrekt darzustellen.

#### 3.4.1.2 Base Case

Für eine vergleichende Betrachtung ist ein Bezugspunkt nötig, um die Richtung und Stärke des Effekts einer Variation in der Versichertenstruktur auf die Rabattvertragsquote einordnen zu können. Als Base Case dienen die Angaben des BVA zu den Versichertentagen in den diversen „Risikogruppen“ (u.a. AGGs und HMGs) für den Jahresausgleichsbescheid 2015.<sup>5</sup> Die oben dargestellten Parameter (z.B. Altersverteilung, Geschlechterverteilung, Morbiditätsniveau und Morbiditätsspektrum) entsprechen im Base Case denen der gesamten GKV. Entsprechend der „Ceteris paribus-Klausel“ wird von dieser Verteilung des Base Case immer nur bei einem Parameter die Verteilung verändert.

#### 3.4.1.3 AGG-Szenarien zur Betrachtung der Altersstruktur

Die AGG-Szenarien simulieren Kassen mit verschiedenen Altersstrukturen, die das Altersspektrum von „sehr jung“ bis „sehr alt“ abbilden. Im Falle der Darstellung des isolierten Effekts der Altersverteilung wurden alle weiteren Parameter (Geschlechterverteilung, Morbiditätsniveau, Morbiditätsspektrum) auf dem Niveau

---

<sup>5</sup> Link: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/risikogruppenanteile.html> (Abgerufen: 17. Januar 2017)

des Base Case konstant gehalten. An diesem Punkt wurde auf eine Modellierung unterschiedlicher Geschlechterverteilungen verzichtet, da die Effekte prinzipiell mit denen unterschiedlicher Altersverteilungen vergleichbar sind.

Für den Base Case wurde die Altersverteilung der GKV angenommen. Für die vier Modellkassen wurden Altersverteilungen erstellt, die auch in der Realität denkbar wären. Diese Verteilungen wurden so angepasst, dass das Durchschnittsalter der moderat älteren bzw. jüngeren Kasse zwei Jahre über bzw. unter dem Durchschnittsalter des Base Case (44,35 Jahre) liegt. Für die sehr junge und sehr alte Kasse beträgt die Differenz vom Base Case 4 Jahre.

#### 3.4.1.4 HMG-Szenarien zur Betrachtung der Morbiditätsstruktur

Zur Abbildung des Morbiditätsspektrums (HMG-Verteilung) wurden Annahmen getroffen, um verschiedene Modellkassen zu generieren. Diese Analysen wurden beispielhaft und vereinfacht vorgenommen, um den Effekt unterschiedlicher HMG-Verteilungen zu demonstrieren. Die tatsächliche Verteilung von Krankheiten zwischen Versichertenpopulationen mag komplexer sein, erzeugt aber prinzipiell die gleichen Effekte.

Dabei wurden von den 181 HMGs rund 20 HMGs in ihrer Verteilung variiert; der Rest der HMGs (circa 160) wurde nicht variiert. Die Auswahl der entsprechenden HMGs beruht auf der Annahme, dass es 20 klientelspezifische HMGs gibt, die je nach Versichertenstruktur relativ häufiger oder relativ seltener in einzelnen Krankenkassen vorkommen. Beispielsweise sind bei Kassen mit hohem Frauenanteil psychische Erkrankungen wie die Depression häufiger und lebensstilbedingte Erkrankungen seltener.<sup>6</sup> Andererseits ist es plausibel, dass Kassen mit Versicherten mit niedrigem durchschnittlichen Bildungsgrad relativ häufiger lebensstilbedingte Erkrankungen aufweisen (Abbildung 6).

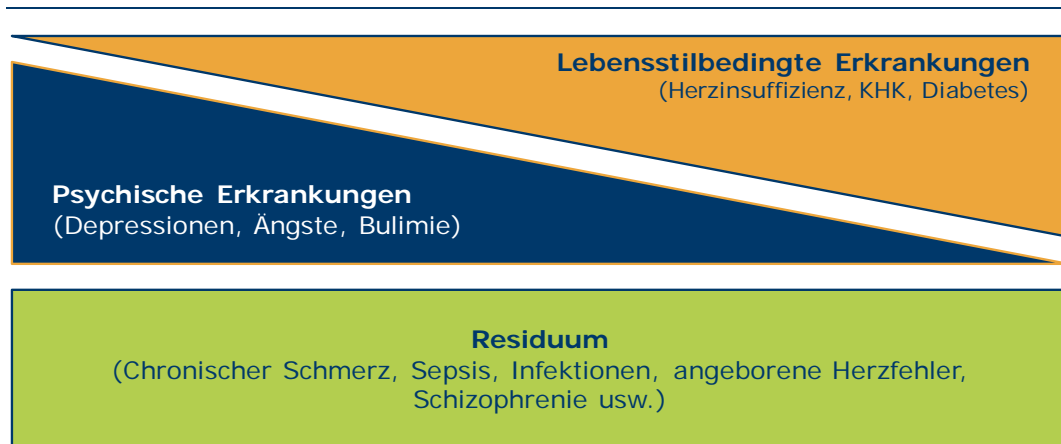
Es ist sehr plausibel anzunehmen, dass die relative Verteilung bestimmter körperlicher Erkrankungen (z.B. chronischer Schmerz, angeborene Herzfehler) oder schwere psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, Wahnsinn) über alle Kassen hinweg auf einem ähnlichen relativen Niveau liegen. Diese Krankheiten sind quasi über alle Kassen gleichverteilt, so dass deren Modellierung redundant ist. Abbildung 6 stellt das Vorgehen schematisch dar.

---

<sup>6</sup> Vgl. z. B. für die geschlechtsspezifische Prävalenz und Inzidenz der Depression: Busch et al. (2013).

---

Abbildung 6: Schematische Darstellung der variierten Erkrankungstypen



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

### 3.4.2 Ergebnisse

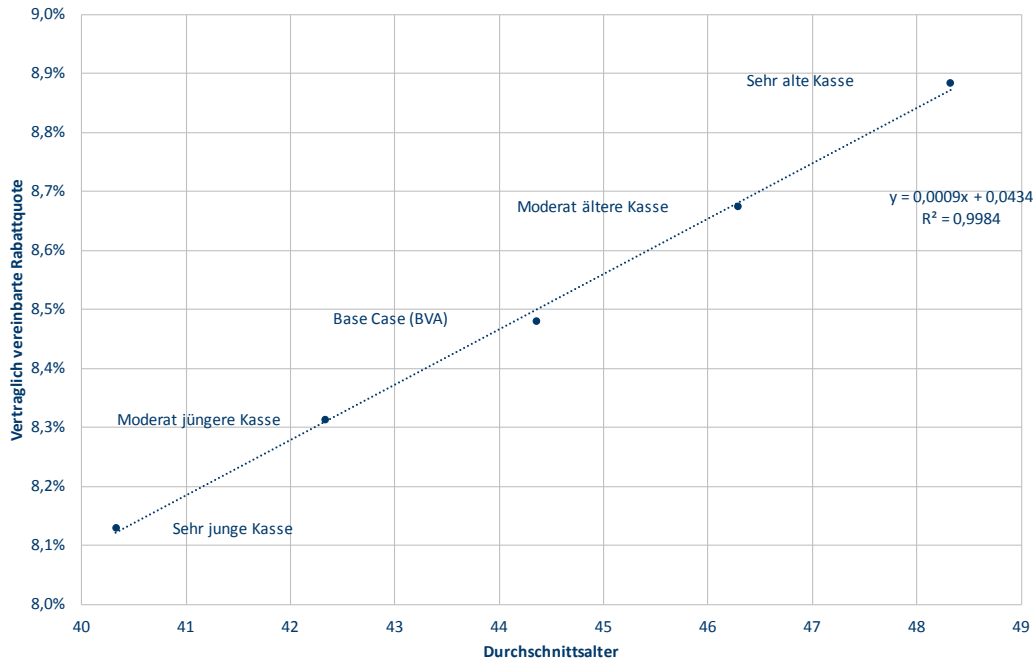
In diesem Abschnitt werden die auf Basis der zuvor beschriebenen Methodik simulierten Ergebnisse dargestellt. Im ersten Schritt wird auf den Zusammenhang von Altersstruktur und Rabattquote eingegangen. Anschließend wird der Einfluss der Morbiditätsstruktur auf die Rabattquote betrachtet.

#### 3.4.2.1 Isolierter Effekt der Altersstruktur

Eine Rechtsverschiebung der Altersverteilung führt *ceteris paribus*<sup>7</sup> zu einer höheren Rabattvertragsquote (Abbildung 7). Es deutet sich ein linearer positiver Zusammenhang an, bei dem eine Erhöhung des Durchschnittsalters um 1 Jahr eine Erhöhung der Rabattvertragsquote um 0,08 Prozentpunkte zur Folge hat.

<sup>7</sup> Im Falle der Altersverteilung bleiben die Geschlechtsverteilung, das Morbiditätsniveau und das Morbiditätsspektrum konstant.

Abbildung 7: Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter und der vertraglichen Rabattquote

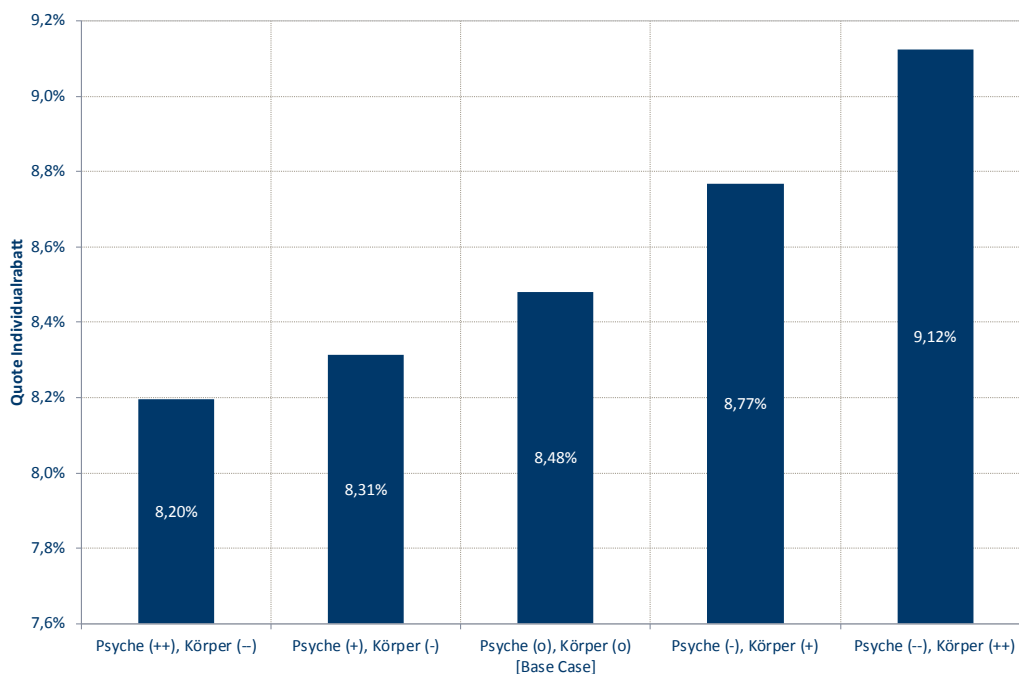


Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

### 3.4.2.2 Isolierter Effekt der Morbiditätsstruktur

Unterschiedliche Verteilungen der Morbiditätsstruktur wurden anhand beispielhafter uns vorliegender Verteilungen konkreter Kassen simuliert. Eine Verschiebung des lebensstilbezogenen Morbiditätsspektrums von psychischen Erkrankungen hin zu lebensstilbedingten Erkrankungen führt ceteris paribus zu einer höheren Rabattvertragsquote (Abbildung 8).

Abbildung 8: Zusammenhang zwischen unterschiedlichen HMG-Verteilungen und der vertraglichen Rabattquote („Körper“ = lebensstilbedingte Erkrankungen)



Quelle: IGES Institut und GWQ ServicePlus AG

Wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, zeigt sich auch in dieser Auswertung, dass die Höhe der vertraglichen Rabattquoten offenbar stark von der Morbidität abhängig ist.

Die simulierte vertragliche Rabattquote ist in den Modellkassen mit hohem Anteil der variierten psychischen Indikationen deutlich niedriger als in den Gruppen mit hohem Anteil der variierten körperlichen Erkrankungen. Obwohl die partielle Quote der Individualrabatte bei den variierten HMGs mit psychischen Erkrankungen im Mittel höher sind als bei den variierten somatischen Erkrankungen, ergibt sich insgesamt für die Gruppen mit mehr somatischen Erkrankungen eine deutlich höhere Rabattquote. Dies ist auf den starken Rabatteffekt insbesondere der Hypertonie, aber auch von Erkrankungen wie KHK, Herzinsuffizienz und Polyneuropathie zurückzuführen. Sie kompensieren in der Summe den Rabatteffekt der psychischen Erkrankungen, da insgesamt die Anzahl der variierten HMGs in der Kategorie „Körper“ höher ist als in der Kategorie „Psyche“.

Wie oben gesagt wurde, ist der Zusammenhang hier beispielhaft gezeigt, auch beliebige andere Unterschiede in der Krankheitsverteilung führen zu Unterschieden zwischen Versichertenpopulationen. Dies kann noch dadurch verstärkt werden, dass der Anteil rabattfähiger Medikamente an allen Verordnungen von Krankheit zu Krankheit schwankt, wie wir oben gezeigt haben (vgl. Abbildung 2). Hier nicht

dargestellt sind die Effekte eines Modells, welches sowohl in Alters- als auch Morbiditätsstruktur variiert. Auf Basis der hier dargestellten Ergebnisse ist aber davon auszugehen, dass auch eine solche Betrachtung zeigt, dass die simultane Variation beider Faktoren zu unterschiedlichen Rabattquoten auf Kassenebene führt.

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass das aktuelle Verfahren zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA zu einer Verzerrung der individuellen Zuweisungsgenauigkeit (gemessen z. B. mit dem  $R^2$ ) führt. Auch zwischen einzelnen Kassen liegen höchstwahrscheinlich Verzerrungen vor und das trotz der Berücksichtigung der Rabattquote auf Kassenebene im aktuellen Verfahren.

### 3.4.3 Managementeinfluss

Schließlich ist, an diesem Punkt auf die Managementmöglichkeiten der Krankenkassen einzugehen. In dem hier betrachteten Datensatz gibt es keine Varianz der Managementleistung, da alle Krankenkassen ihre Rabattverträge durch die GWQ ServicePlus AG abschließen lassen. Daher können die gezeigten Unterschiede in den Rabattquoten nicht auf unterschiedliche Vergabe- und Einkaufsstrategien einzelner Krankenkassen zurückgehen.

Möglichkeiten zum Management bestehen z. B. in der Definition der Zuschlagsgrößen von Ausschreibungen (z. B. Höhe des Preises oder Höhe des Rabatts auf den Listenpreis). Auch haben Kassen Möglichkeiten, die stringente Einhaltung und Umsetzung von Rabattverträgen durch Selektivverträge und andere Maßnahmen zu beeinflussen. Alle diese Möglichkeiten zur Differenzierung sollten bestehen bleiben und erzeugen keine Wechselwirkungen mit den hier gezeigten Effekten.

## 3.5 Zwischenfazit

Eine Analyse des uns vorliegenden Datensatzes zeigt, dass Rabattpotenziale sich nach Alters- und Indikationsgruppen unterscheiden. Es konnte auch gezeigt werden, dass diese Unterschiede auf Ebene einzelner Kassen zu unterschiedlichen Rabattquoten führen.

In dem zuvor gezeigten Beispiel (Kapitel 2.2.3) wurde dargelegt, dass das aktuelle Verfahren zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis zu systematischen Fehldeckungen auf Versicherten-ebene führt. Wegen der Unterschiede in Morbiditäts- und Altersstruktur zwischen den Krankenkassen der GKV führen diese Fehldeckungen auf Versicherten-ebene auch zu systematischen Verzerrungen im Kassenwettbewerb.

Zur Verdeutlichung sei der Zusammenhang hier noch einmal erläutert: Krankenkassen mit einer bestimmten Morbiditäts- und/oder Altersstruktur haben größere Potenziale zur Hebung von Rabatten. Werden diese Potenziale gehoben, so findet eine pauschale Korrektur der gesamten Arzneimittelausgaben über alle Versicherten einer Kasse statt. Dabei werden auch die Kosten von Versicherten bzw. Indika-

tionen reduziert, für die keine Rabatte realisiert werden können. In der Zuschlagsberechnung durch das BVA werden auf diese Weise die berücksichtigten Kosten über alle Versicherten einer Kasse abgesenkt, also auch für solche Versicherte und Indikationen, für die kein Rabatt erzielt werden konnte. Die Ausgaben von Versicherten in Krankenkassen mit geringen Rabatten werden nicht im gleichen Maße reduziert auch wenn die Kasse die gesamten vorliegenden Rabattpotenziale heben konnte. Da der Morbi-RSA durchschnittliche prospektive Ausgaben ausgleicht, sind diese Kassen benachteiligt. Der Durchschnitt wird durch die Krankenkassen mit hohen Rabattpotenzialen über alle Indikationen übermäßig reduziert und damit die Zuschläge aus dem Morbi-RSA verringert.

Aus den hier beschriebenen Zusammenhängen ergibt sich die Anregung einer genaueren Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA. Wichtig ist, dass ein neuer Ansatz zur Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte alle Anreize zum Management erhält und gleichzeitig strukturelle Unterschiede im Rabattpotenzial zwischen Versichertengruppen berücksichtigt.

---



## 4. Alternativer Ansatz zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA

In den vorangehenden Kapiteln konnte gezeigt werden, dass im aktuellen Verfahren zur Berücksichtigung von Rabatten im Morbi-RSA Versicherte aus Kassen mit hohen Rabattquoten tendenziell zu hohe Zuweisungen erhalten. Dagegen erhalten Versicherte aus Kassen mit niedrigen Rabattquoten zu niedrige Zuweisungen. Unter diesem Umstand leidet die individuelle Zuweisungsgenauigkeit des Ausgleichsystems. Zudem konnte dargelegt werden, dass die Höhe der Rabattquote auch durch die Versichertenstruktur einer einzelnen Krankenkasse beeinflusst wird. In diesem Abschnitt soll daher ein Vorschlag zur alternativen Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im Morbi-RSA vorgestellt werden.

Ein naheliegender Ansatz ist die Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten auf Ebene des einzelnen Versicherten. In einem solchen Modell hängen die Arzneimittelausgaben eines Versicherten nicht mehr von der globalen Rabattquote seiner Krankenkasse ab. Die Übermittlung von Arzneimittelausgaben ist in diesem Ansatz in zwei Varianten denkbar. Einerseits könnten Krankenkassen direkt die Nettoaufgaben für Arzneimittel an das BVA übermitteln. Andererseits könnten die Rabatte und Bruttokosten getrennt in verschiedenen Feldern an das BVA übermittelt<sup>8</sup> werden.

Anreize zur Wirtschaftlichkeit bestünden in einem solchen System weiterhin. Da der Morbi-RSA nur prospektive Durchschnittskosten ausgleicht, haben Krankenkassen weiterhin einen starken Anreiz ihre Ausgaben unterhalb dieses Durchschnitts zu senken, da die Differenz bei ihnen verbleibt. Maßnahmen wie Arzneimittelrabattverträge oder die Bildung von Einkaufsgemeinschaften wären also weiterhin wirtschaftlich sinnvoll.

Ein potenzielles Problem dieses Ansatzes können Zeitverzögerungen in der Datenmeldung sein. Versichertenindividuelle Ausgaben werden dem Bundesversicherungsamt (BVA) durch die Kassen in der Satzart 700 gemeldet. Diese Meldung erfolgt etwa Ende Juli des Folgejahres. Zu diesem Zeitpunkt ist aber nicht gewährleistet, dass die Informationen über Rabatthöhen bei den Krankenkassen

---

<sup>8</sup> Darüber hinaus könnten die Krankenkassen zusätzlich zu den bereits vorliegenden Satzarten 400 (Arzneimittel) und 700 (Leistungsausgaben) eine Rabattdatei übersenden aus der der Rabattwert je PZN hervorgeht. Das BVA wäre dann durch die Verknüpfung der versichertenindividuellen PZN-Datensätze aus der Satzart 400 mit der Rabattdatei in der Lage, einen versichertenindividuellen Rabattwert zu bestimmen. Durch die Hinzunahme der Satzart 700 können dann versichertenbezogen die Nettoarzneimittelkosten errechnet werden (SA 700 brutto abzgl. versichertenindividuellem Rabattwert). Dazu müssten allerdings erst weitere Anpassungen vorgenommen und die Datenwege manipulationsunanfällig gestaltet werden.

Eine Änderung des Datenfeldes in der SA 700 (Netto statt Bruttokosten der Arzneimittel) ist vor dem Hintergrund der technischen Aufwände kurzfristig sicherlich nicht umsetzbar und führt auch zu zusätzlichen Aufwänden für die Ermittlung der Nettokosten. Auch werden die Abgabefristen (31.07. für die Erstmeldung des Vorjahres) bei diesem Umsetzungsvorschlag kaum haltbar sein. Daher erscheint dies keine kurzfristig praktikable Lösung zu sein.

---

vollständig vorliegen. Dies liegt an dem Abrechnungsweg für ambulant verabreichte Medikamente in der GKV.

Erhält ein Versicherter ein Medikament in einer Apotheke, so gibt die Apotheke das Rezept an ein Apothekenrechenzentrum weiter. Dieses wiederum sammelt die Rezepte und gibt sie dann gebündelt an den jeweiligen Kostenträger (Krankenkasse) weiter. Die Krankenkasse führt eine Überprüfung der Rechnung durch, was erneut Zeit in Anspruch nimmt. Sehen die Rabattverträge zwischen Krankenkasse und Pharmaunternehmen Rabatte vor, die sich an der abgegebenen Menge eines Präparats orientieren, so erfolgen an diesem Punkt weitere Abstimmungen zwischen den Vertragspartnern. Insgesamt kann der gesamte Prozess bis zu 6 Monate Zeit in Anspruch nehmen. Somit verbliebe bei den Kassen wenig Zeit, um die Daten schließlich aufzubereiten und an das BVA zu übermitteln. Hier kann allerdings eingewendet werden, dass die Übermittlung ambulanter Diagnosen an das BVA mit ähnlich kurzen Fristen vorgenommen werden muss und die Kassen auch diesen Prozess erfolgreich bewältigen.

Sollte es trotzdem nicht möglich sein, alle versichertenindividuellen Rabatte fristgerecht an das BVA zu melden, so könnten diese auch für die Berechnungen des folgenden Ausgleichsjahrs verwendet werden. Auch im heutigen System werden Rabatte, die nach Ablauf der entsprechenden Fristen in der KJ1 verbucht werden, erst im Folgejahr berücksichtigt.

Ein Hindernis für die Meldung versichertenindividueller Rabatte an das BVA können die Verträge zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen sein. Diese Verträge verpflichten zur Geheimhaltung der Rabatthöhen. Die Frage ist daher, ob diese Verträge eine versichertenindividuelle Meldung zulassen. Sollte dies nicht der Fall sein, so hätte der Gesetzgeber hier die Möglichkeit, eine entsprechende Verpflichtung für die Vertragspartner zu schaffen.

Sollte es wider Erwarten nicht möglich oder zu aufwändig sein, die Rabatthöhen versichertenindividuell zu erfassen, so bietet sich als zweite Variante eine Erfassung der Rabatte differenziert nach Alter und Geschlecht an. Die so aggregierten Zahlen würden keine Rückschlüsse auf die Rabatte einzelner Verträge ermöglichen. In einem solchen Ansatz müssten die entsprechenden Kontengruppen in der KJ1 nach Alters- und Geschlechtsgruppen differenziert werden. Dies ist z. B. analog der Struktur der AGGs im Morbi-RSA möglich. Das BVA würde dann für jede der definierten Gruppen einen separaten Arzneimittelrabattfaktor berechnen.

## 5. Fazit

Die hier vorgestellten Auswertungen konnten zeigen, dass die Morbiditäts- und Altersstruktur bedeutenden Einfluss auf die Rabattquote hat. Das aktuelle Vorgehen im Morbi-RSA berücksichtigt diesen Einfluss nicht adäquat. In der Konsequenz bedeutet dies eine Verschlechterung der Zuweisungsgenauigkeit auf Versicherten-ebene. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Effekte auf Kassenebene Bestand haben.

Der Einfluss von Managementeffekten spielte in den hier gemachten Auswertungen keine Rolle, da es sich ausschließlich um Daten der GWQ ServicePlus AG handelt, die für alle Kassen des Datensatzes das Arzneimittelrabattmanagement verantwortet.

Zur Verbesserung der individuellen Zuweisungsgenauigkeit und Wettbewerbsgerechtigkeit wurde hier der Vorschlag unterbreitet, zukünftig die Nettokosten bei der Berechnung der Zuschläge heranzuziehen. Wichtig ist, dass auch in diesem alternativen Modell weiterhin Anreize zur Kosteneinsparung durch Rabattverträge bestehen.

Es wird angeregt, die hier gemachten Auswertungen zur Validierung auf dem GKV-repräsentativen Datensatz des BVA zu wiederholen. Nur so kann der Effekt vollständig quantifiziert werden, da mögliche Stichprobeneffekte entfallen. Auch wäre es wünschenswert, den hier gemachten Vorschlag auf Basis der Daten des BVA zu berechnen und so, die Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versicherten- und Kassenebene genau quantifizieren zu können. Wechselwirkungen mit weiteren derzeit diskutierten Reformvorschlägen sollten ergänzend betrachtet werden. Aktuell liegen die dafür notwendigen Daten beim BVA nicht vor. Allerdings könnten sie im Rahmen einer Sonderdatenlieferung erhoben werden. Dafür könnten die einzelnen Krankenkassen z. B. ihre Rabattquoten differenziert nach Pharmazentralnummer (PZN) an das BVA übermitteln. Diese Informationen könnten dann gemeinsam mit den Informationen der Satzart 400 herangezogen werden, um die Netto-Ausgaben für Arzneimittel auf Versichertenebene zu bestimmen.

## 6. Anhang

---

### **A1 Einfluss des Arzneimittelrabattfaktors auf andere Erstattungsfaktoren**

---

## A1 Einfluss des Arzneimittelrabattfaktors auf andere Erstattungsfaktoren

Es gibt drei weitere Erstattungsfaktoren, auf die das absolute Arzneimittelrabattvolumen (AR) wirkt (nach BVA 2014: 15).

$$FRVZ = 1 + \frac{RVZ}{LAoKG - \mathbf{AR} - KR - IVA}$$

$$FIVKuR = 1 + \frac{IVKuR}{LAoKG - \mathbf{AR} - KR - IVA}$$

$$EfLAoKG = 1 - \frac{EoEKG}{LAoKG - \mathbf{AR} - KR - IVA + RVZ + IVKuR}$$

Das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren ist nicht Gegenstand der hier vorliegenden Betrachtung.

---

## Literaturverzeichnis

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2015. Stand: 23.06.2016. Link: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2015.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2015.pdf) (Abgerufen: 01. Dezember 2016)
- Busch M.A. et al. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt: S. 733-39.
- BVA – Bundesversicherungsamt (2014): Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2015. Stand: 04.11.2014. Link: [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmung/03\\_Verfahrensbestimmung\\_AJ2015.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmung/03_Verfahrensbestimmung_AJ2015.pdf) (Abgerufen: 28. November 2016)
- GKV-Spitzenverband (2016a): Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 01.02.2016 inkl. Beschreibung des Datenmeldeverfahrens zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V i.V.m § 43 Abs. 2 und 4 RSVA
- GKV-Spitzenverband (2016b): Anlage 1.1 – Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2016.
- GKV-Spitzenverband (2016c): Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung) – Anleitung zur Erfassung der Daten für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 30 RSAV.
- Häussler B. et al. (2016): Arzneimittel-Atlas 2016 – Individualrabatte bei einzelnen Indikationsgruppen. [http://www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt/individualrabatte/individualrabatte-bei-einzelnen-indikationsgruppen/index\\_ger.html](http://www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt/individualrabatte/individualrabatte-bei-einzelnen-indikationsgruppen/index_ger.html). (Abgerufen: 06. Januar 2017)
- Pro Generika e.V. (2016): Generika in Deutschland – Marktdaten 2015. Link: <http://www.progenerika.de/publikationen/generika-in-deutschland-marktdaten-2015/> (Abgerufen: 05. Dezember 2016)
-

---

---

---

**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)