

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2021

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Danny Wende, Nikolaus Schmitt

Hochkostenpatienten und Auswirkung des Risikopools in der GKV,
Seite 126–147

doi: 10.30433/GWA2021-126

Danny Wende, Nikolaus Schmitt

Hochkostenpatienten und Auswirkung des Risikopools in der GKV

Die Gesundheitsversorgung ist teuer und wird immer teurer. Diese universelle Aussage hat schon fast den Charakter einer Volksweisheit. Doch was sind die zentralen Ursachen für dieses Phänomen, und wie sind diese aus der Struktur der steigenden Ausgaben herauszulesen? Wie kann es dazu kommen, dass bei den Patienten mit den höchsten Ausgaben ein viel stärkeres Ausgabenwachstum festzustellen ist als bei der breiten Masse? Diesen Fragen soll empirisch mit einer Eindringtiefe nachgegangen werden, die zu konkreten Ergebnissen und Schlussfolgerungen führt. Darüber hinaus wird der neue Risikopool als zentrale Maßnahme für den Ausgleich höchster Risiken zwischen den Krankenkassen unter die Lupe genommen. Wird er seinen Zweck erfüllen?

Einleitung

Die Gesundheitsausgaben steigen seit Jahrzehnten kontinuierlich – in Deutschland wie in allen Industrienationen. Neben den allgemeinen Kosten- und Mengensteigerungen aufgrund unterschiedlicher Faktoren ist ein Effekt die stetig höhere Verdichtung der Ausgaben. Das bedeutet, die Ausgaben steigen in der kleinen Population von Patienten mit den höchsten Kosten für die Krankenkassen noch viel stärker als die Gesamtausgaben. Die ein Prozent der Versicherten der BARMER mit den höchsten Ausgaben im Jahr verursachten 2010 16,7 Prozent der Ausgaben (3,5 Milliarden Euro) und 2019 bereits 19 Prozent der Ausgaben (6,2 Milliarden Euro). Dies ist ein internationales Phänomen. In der Schweiz werden seit vielen Jahren intensive Analysen hierzu durchgeführt (Engler 2011; Sommer und Biersack 2005). Auch wenn sich das Krankenversicherungssystem der Schweiz erheblich von Deutschland unterscheidet, ist die wachsende Zahl der Hochkostenpatienten dort ebenfalls festzustellen. So stieg der Anteil der Hochkostenfälle dort schon in der Zeit von 2000 bis 2004 von 1,96 auf 3,16 Prozent (Sommer und Engler 2007). Wie groß ist der Effekt der Ausgabenkonzentration in Deutschland und was sind die Ursachen? Diesen Fragen soll im Folgenden empirisch nachgegangen werden.

Von der langjährigen Verdichtung der Ausgaben in der Hochkostengruppe ist die gesamte Krankenversicherung in Deutschland betroffen – die Private Krankenversicherung

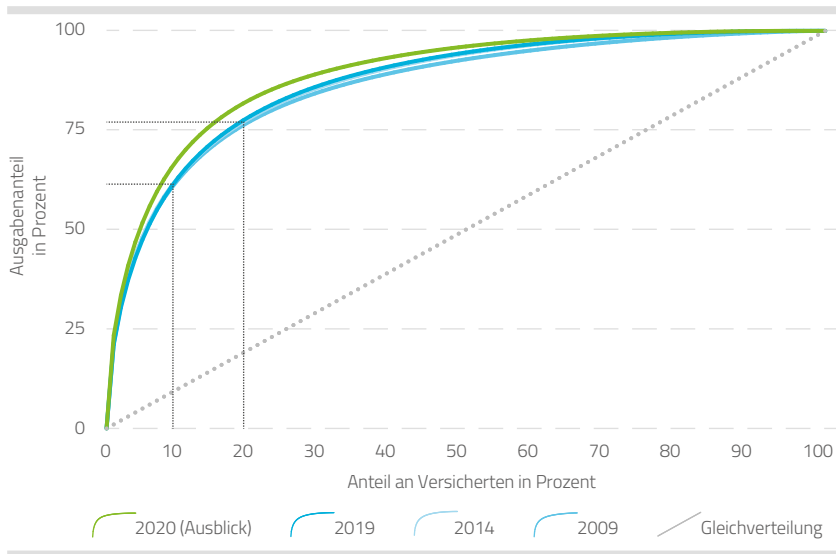
(PKV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dies zeigen Analysen des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (Niehaus 2007) und der BARMER (Repschläger et al. 2014). Der Gesetzgeber hat die Bedeutung der Zuspitzung der Ausgabensteigerung in der Hochkostengruppe für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen erkannt und mit Wirkung ab dem Jahr 2021 einen Risikopool zum teilweisen Ausgleich von Hochkostenfällen etabliert (§ 268 SGB V). Dieser sieht einen Istkostenausgleich von 80 Prozent der 100.000 Euro überschreitenden Ausgaben für einzelne Versicherte im jeweiligen Kalenderjahr vor. Wie wirkt sich der neue Risikopool auf die finanzielle Unterdeckung der Hochkostenfälle aus? Auch diese Frage soll in diesem Artikel geklärt werden.

Struktur und Dichte der versichertenspezifischen Ausgaben

Die empirischen Analysen erfolgen ausschließlich auf Basis der BARMER-Daten. Mannigfaltige Analysen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass dieser Datenbestand für etwa neun Millionen Versicherte ausreichend groß ist, um die Struktur der GKV-Versicherten insgesamt zutreffend abzubilden. Der Versichertenbestand der BARMER hat gegenüber dem der GKV etwas mehr weibliche Versicherte und ist regional nach Ländern etwas anders verteilt. Die stochastische Verteilung der Ausgabenhöhe ist hiervon nur unwesentlich beeinflusst (Repschläger et al. 2014).

Das Ausmaß der relativen Konzentration innerhalb einer statistischen Verteilung (Ungleichheit) wird grafisch durch eine Lorenzkurve dargestellt. Bekannt ist die von Max Otto Lorenz im Jahr 1905 vorgeschlagene Darstellung im ökonomischen Kontext vor allem bei der Betrachtung von Einkommensungleichheit. Die Kurve zeigt im gesundheitsökonomischen Kontext auf der X-Achse den relativen Anteil der Versicherten und auf der Y-Achse den dazugehörigen relativen Anteil an Ausgaben an. Bei der inversen Lorenzkurve werden die Versicherten auf der X-Achse zudem absteigend vom Ausgabenstärksten zum Ausgabengünstigsten geordnet. In Abbildung 1 wird nachfolgend die Lorenzkurve der BARMER in Fünfjahres-Abschnitten von 2009 bis 2019 dargestellt. Zusätzlich wird ein erster Ausblick auf das noch unvollständig abgerechnete Corona-Pandemie-Jahr 2020 gegeben.

Abbildung 1: Lorenzkurve (invers) für die Jahre 2009, 2014, 2019 und Ausblick 2020

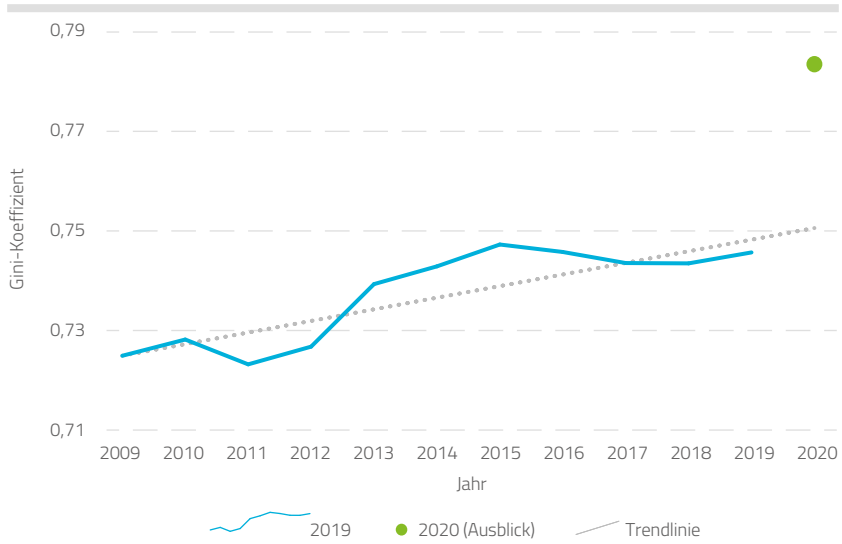


Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2020

Die Lorenzkurve zeigt die bekannte starke Konzentration der Ausgaben innerhalb der GKV (Repschläger et al. 2014; Schillo et al. 2016; Wasem et al. 2017). Die zehn Prozent der Versicherten mit den höchsten Ausgaben verursachen bereits etwa 60 Prozent der gesamten Ausgaben. Die nachfolgenden zehn Prozent der Versicherten verursachen weitere 20 Prozent der gesamten Ausgaben, sodass 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent aller Ausgaben verursachen. Obwohl dieser Zusammenhang bereits extrem erscheint, zeigt sich dennoch ein Trend zu einer noch stärkeren Konzentration. Dieser Trend kann mittels Gini-Koeffizient veranschaulicht werden. Ein Gini-Koeffizient von Null steht für eine gleichmäßige Verteilung der Ausgaben. Ein Gini-Koeffizient von eins würde bedeuten, dass ein einzelner Versicherter allein alle Ausgaben verursacht. Aktuell liegt der Gini-Koeffizient bei etwa 0,75 – eine sehr starke Konzentration.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung des Gini-Koeffizienten für die Jahre 2009 bis 2019 mit Ausblick auf 2020. Es ist ein wellenförmiger Anstieg des Koeffizienten und somit

Abbildung 2: Gini-Koeffizienten für die Jahre 2009 bis 2019 und Ausblick 2020

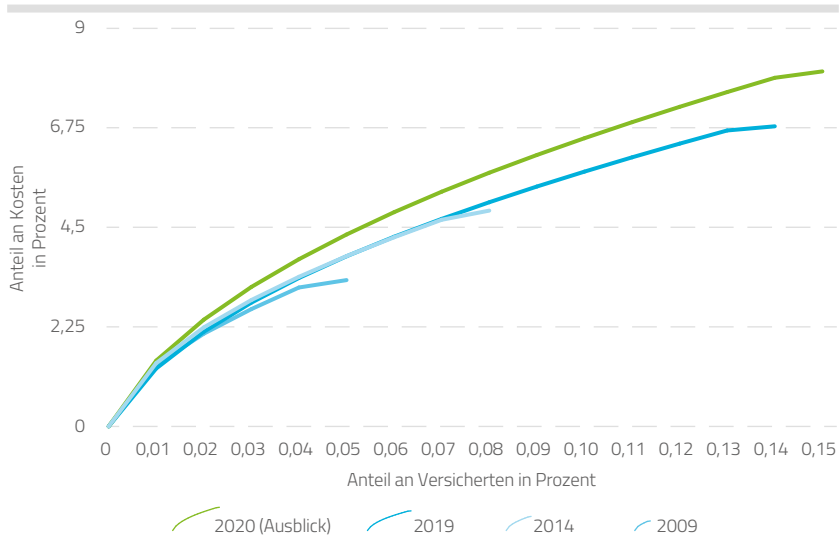


Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2020

der Trend zur steigenden Ungleichheit der Ausgabenverteilung zu erkennen. Das Jahr 2020 sticht dabei besonders heraus. Obwohl die Abrechnungsdaten für 2020 zum Auswertungszeitpunkt noch unvollständig sind, könnte der vermutlich erhebliche Anstieg des Gini-Koeffizienten ein Hinweis darauf sein, dass die Anzahl und der Anteil von Patienten mit geringen oder mittleren Ausgaben gesunken ist. Dies könnte beispielsweise an der erwiesenen geringeren Inanspruchnahme elektiver Leistungen im Krankenhaus liegen (Augurzky et al. 2021), während bei Patienten mit sehr hohen Ausgaben wahrscheinlich eine hohe Dringlichkeit zur unmittelbaren Behandlung besteht, die auch während der Pandemie nicht abgeschwächt wurde.

Besonders in der Gruppe der nach dem Risikostrukturausgleich definierten Hochkostenversicherten, Versicherte mit Ausgaben pro Kopf von über 100.000 Euro, gibt es diese starke Verdichtung. Abbildung 3 stellt die Lorenzkurven ausschließlich für diese Gruppe dar.

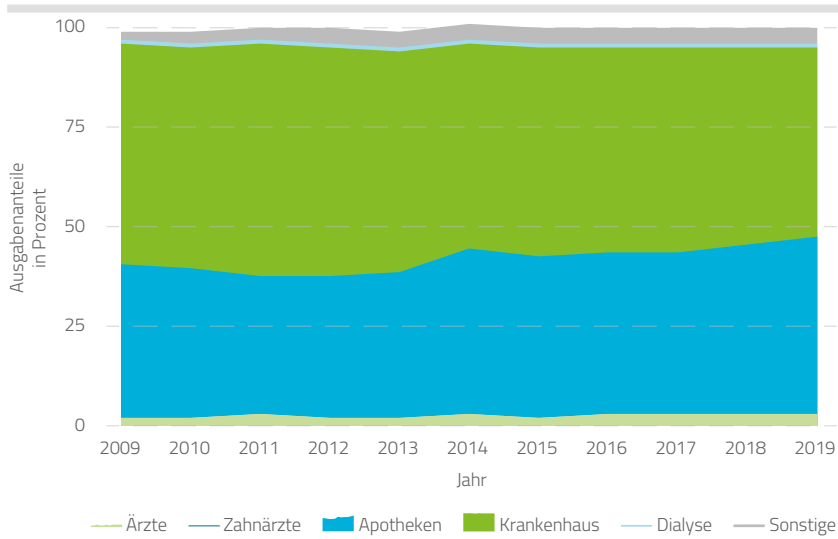
Abbildung 3: Lorenzkurve (invers) für Versicherte mit über 100.000 Euro Ausgaben in den Jahren 2009, 2014, 2019 und Ausblick 2020



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2020

Es ist zu erkennen, dass die sehr kleine Gruppe von Versicherten mit über 100.000 Euro Leistungsausgaben (etwa ein Promille) über die vergangenen Jahre schnell gewachsen ist (Endpunkte der Kurven) und dabei einen immer größeren Anteil der Ausgaben auf sich konzentriert (Höhe der Kurven). Machte diese Gruppe im Jahr 2009 noch 0,4 Promille aller Versicherten aus, so sind im Jahr 2020 mehr als 1,4 Promille der Versicherten beteiligt. Bezogen auf die GKV entspräche dies einem Anstieg von etwa 30.000 Versicherten auf fast 100.000 Versicherte (das Bundesamt für Soziale Sicherung [BAS] rechnet mit einem Anstieg von etwa 10.000 Hochkostenversicherten pro Jahr und mit etwa 80.000 Hochkostenversicherten für das Jahr 2019, BAS [2021]). Diese Hochkostenversicherten vereinigen mit steigender Tendenz bereits etwa acht Prozent der Ausgaben auf sich. Dies entspricht etwa 17 Milliarden Euro Ausgaben für die GKV. Dabei zeigt sich nicht nur ein Anstieg in der Anzahl der sehr teuren Versicherten, sondern auch immer extremere Ausgabenhöhen von Einzelversicherten. Die Ausgabenstruktur der Versicherten in der teuersten Gruppe könnte weiteren Aufschluss zu den Ursachen dieser

Abbildung 4: Ausgabenanteile je Hauptleistungsbereich in den Jahren 2009 bis 2019 für Versicherte mit mehr als 100.000 Euro Ausgaben



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019

Anmerkung: Kumulierte Werte \neq 100 Prozent aufgrund von Rundungsdifferenzen

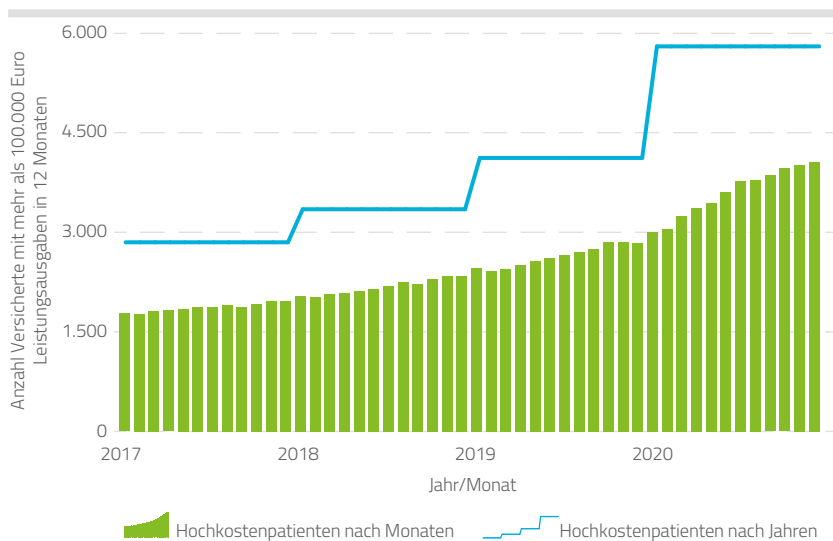
spezifischen Kostensteigerung geben. Die Aufgliederung (Abbildung 4) erfolgt nach den Hauptleistungsbereichen (HLB) des Risikostrukturausgleichs.

Abbildung 4 zeigt, dass die Ausgaben in nur zwei Hauptleistungsbereichen einen wesentlichen Anteil an den Pro-Kopf-Ausgaben in den TOP-Gruppen der teuersten Versicherten haben. Die Krankenhausausgaben liegen mit einem leicht gesunkenen Ausgabenanteil bei ungefähr 50 Prozent, während die Apothekenausgaben von einem Anteil von 35 auf 43 Prozent deutlich gestiegen sind. Die übrigen Leistungsausgaben, das bedeutet Ärzte, Zahnärzte und sonstige Leistungserbringer, haben bei den Hochkostenversicherten insgesamt nur einen kleinen Anteil. Die Ergebnisse geben einen klaren Hinweis auf den dynamischen Einfluss der Arzneimittelausgaben als wesentlichen Faktor für die Verdichtung der Ausgaben bei den Hochkostenpatienten.

Analyse der ambulanten Arzneimittelkosten für die Hochkostenversicherten

Zur vertieften Analyse der Hochkostenversicherten in Bezug auf die Arzneimittelkosten wird eine Fokussierung in Anlehnung an den Risikopool vorgenommen und es werden ausschließlich Hochkostenversicherte betrachtet, die in einem aufeinanderfolgenden Zeitraum von zwölf Monaten 100.000 Euro und mehr Ausgaben im Hauptleistungsbereich „Apotheken“ verursacht haben. Diese Gruppe wird im Folgenden „Hochkostenpatienten Arzneimittel“ genannt.

Abbildung 5: Anzahl der Hochkostenpatienten Arzneimittel



Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020

Die Anzahl der Hochkostenpatienten Arzneimittel wird monatlich abgebildet. Dadurch ist zu erkennen, dass in den betrachteten vier Jahren bereits innerhalb der Jahre die Anzahl der Hochkostenpatienten Arzneimittel anstieg, dieser Anstieg aber in den Jahren 2019 und vor allem 2020 nochmals stark zugenommen hat. Dies ist eine weitere Erklärung dafür, dass der Gini-Koeffizient 2020 erheblich angestiegen ist, denn die Arzneimittel-daten 2020 lagen zum Zeitpunkt der Auswertung vollständig vor (Abbildung 2). Die Anzahl

der Hochkostenpatienten eines Jahres ist erkennbar kleiner als die Summe der einzelnen Monatswerte. Daher kann man sagen, dass, wenn ein Patient erst einmal zu einem Hochkostenpatienten geworden ist, dieser Status in der Regel auch über einen längeren Zeitraum bestehen bleibt. Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Patientengruppen dies betrifft.

Tabelle 1: TOP-5-Erkrankungen der Hochkostenpatienten Arzneimittel

	2017		2018		2019	
	Patienten	Ausgaben	Patienten	Ausgaben	Patienten	Ausgaben
Leukämie / Myelom	584	77 Mio.€	814	110 Mio.€	1.074	144 Mio.€
Hämophilie	426	137 Mio.€	444	141 Mio.€	433	141 Mio.€
Erbliche Stoffwechselerkrankung	209	83 Mio.€	222	89 Mio.€	237	95 Mio.€
Lungenmetastasen	299	40 Mio.€	383	48 Mio.€	514	65 Mio. €
Mukoviszidose	142	27 Mio.€	177	33 Mio.€	280	54 Mio.€
Summen aller Hochkostenpatienten Arzneimittel des Jahres	2.788	468 Mio. €	3.281	524 Mio.€	4.038	637 Mio.€
Anteil der TOP-5-Erkrankungen an allen Hochkostenpatienten Arzneimittel	59,30 %	77,80 %	62,00 %	80,40 %	62,70 %	78,30 %

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2019

Anmerkung: Die Informationen zu Diagnosen des Jahres 2020 lagen zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht vollständig vor.

Die Zuordnung der Patientengruppen erfolgt nach dem Klassifikationsverfahren des Risikostrukturausgleichs einschließlich der dort durchgeführten Validierungen. Hochkostenpatienten haben in der Regel mehrere Erkrankungen gleichzeitig, daher wurde die Zuordnung über die jeweils schwerste Erkrankung vorgenommen.

Es lassen sich vor allem zwei verschiedene Patientengruppen unterscheiden:

- Patienten mit meist angeborenen genetischen Defekten, die eine teure Arzneimitteltherapie benötigen (beispielsweise Hämophilie, Morbus Pompe, Mukoviszidose): Diese Patienten sind dauerhaft zu therapieren, daher in jedem Jahr den Hochkostenpatienten zuzuordnen. Die Anzahl dieser Patienten steigt krankheitsbedingt nur langsam.

- Patienten mit onkologischer Therapie (Leukämie, Myelom): Hier werden kontinuierlich neue und hochpreisige Arzneimittel zugelassen und neue Wirkprinzipien erforscht. Beide Effekte führen zu einer deutlich gestiegenen Anzahl der Hochkostenpatienten mit onkologischer Behandlung, die sich in den drei Jahren 2017 bis 2019 bei der BARMER fast verdoppelt hat.

Tabelle 2: Die wichtigsten Wirkstoffgruppen der Hochkostenpatienten Arzneimittel

	2017		2018		2019		2020	
	Ausgaben in Mio Euro	Ausgaben je Patient in Euro	Ausgaben in Mio Euro	Ausgaben je Patient in Euro	Ausgaben in Mio Euro	Ausgaben je Patient in Euro	Ausgaben in Mio Euro	Ausgaben je Patient in Euro
Onkologika	55	110.461	58	88.132	73	88.969	109	82.084
Immunsuppressiva	62	145.791	77	135.633	98	132.452	117	126.945
Stoffwechsel	78	346.999	83	346.796	96	354.262	99	359.172
Hämophilie	132	252.097	136	247.278	136	243.206	140	238.885
Alle Hochkostenpatienten des Jahres	468	167.862	524	159.707	637	157.751	769	136.468

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020

Die wichtigste Entwicklung in der Onkologie der letzten Jahre ist die Etablierung der immunologischen Therapie als neuer Standard. Für die Entdeckung dieses bahnbrechenden Behandlungskonzepts wurden James P. Allison und Tasuku Honjo im Jahr 2018 mit der Verleihung des Medizin-Nobelpreises gewürdigt (siehe dazu auch den Beitrag zu „Biomarker in der Präzisionsonkologie – Stellenwert in der personalisierten Versorgung von Krebserkrankungen“ von Reininghaus et al. in dieser Publikation). Daher steigt der Einsatz von Arzneimitteln aus der Klasse der Immunsuppressiva noch stärker an als bei den eigentlichen Onkologika. In beiden Gruppen werden zudem ständig neue und teure Arzneimittel zugelassen, die zum Teil additiv in Kombinationstherapien eingesetzt werden. Beispielsweise hat sich bei der Behandlung des multiplen Myeloms die Kombinationstherapie mit dem Wirkstoff Lenalidomid (Revlimid) zur Immunmodulation etabliert. Die Ausgaben allein für dieses Thalidomid-Derivat betragen bei der BARMER 2019 über 100 Millionen Euro für 1.844 Patienten (Grandt et al. 2020).

Analyse der Hochkostenpatienten Krankenhaus

Analog zu den Hochkostenpatienten Arzneimittel wird nun die Gruppe der „Hochkostenpatienten Krankenhaus“ betrachtet, also diejenigen Patienten, die im stationären Bereich mehr als 100.000 Euro an Ausgaben innerhalb eines Jahres verursacht haben.

Tabelle 3: Ausgaben und Anzahl der BARMER-Hochkostenpatienten Krankenhaus

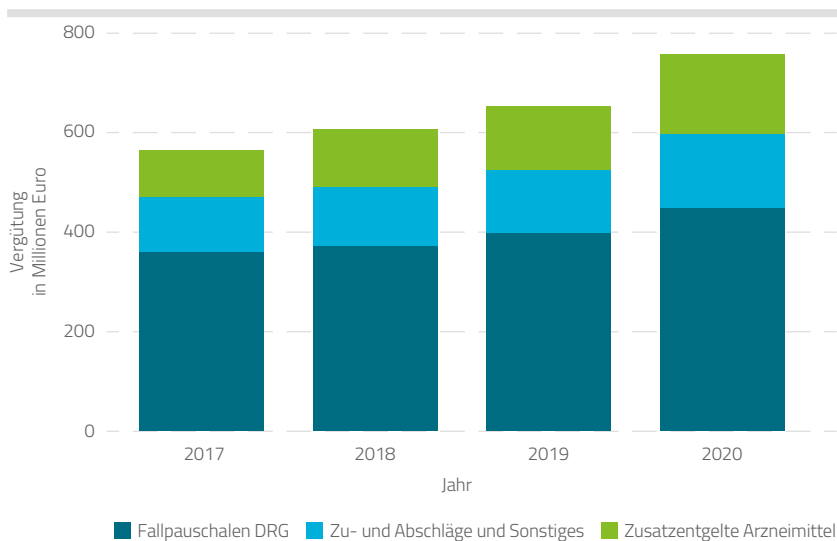
Hochkostenpatienten Krankenhaus	Ausgaben voll- und teilstationär	Anzahl der Patienten	Ausgaben je Patient	Behandlungstage je Patient
2017	573 Mio. €	3.562	160.869 €	132
2018	618 Mio. €	3.784	163.203 €	133
2019	665 Mio. €	4.088	162.790 €	132
2020	769 Mio. €	4.551	168.899 €	126

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020

Die Patientenzahl der Hochkostenpatienten Krankenhaus ist in den letzten Jahren angestiegen. Allerdings gab es offensichtlich keine wesentlichen strukturellen Veränderungen bei den Leistungen, denn sowohl die Kosten je Patient als auch die Dauer des stationären Aufenthaltes sind im Durchschnitt weitgehend unverändert geblieben. Rechnet man die Kostensteigerungen des Krankenhausesektors von 2017 bis 2020 von etwa zehn Prozent mit ein, sind die Ausgaben je Hochkostenpatient sogar leicht gesunken. Ein Blick zu Hochkostenversicherten in der Schweiz zeigt ein vergleichbares Niveau: Dort betrug bereits im Jahr 2004 die durchschnittliche Verweildauer von Hochkostenfällen im Krankenhaus 115 Tage (Sommer und Engler 2007).

Die vollstationären pauschalisierten Entgelte bilden den weitaus größten Anteil der Krankenhausvergütungen für Hochkostenpatienten (Abbildung 6). Bei einer mittleren Dauer der Krankenhausaufenthalte von über vier Monaten (2020: 126 Tage) ist dies plausibel. Einen zunehmenden Anteil in der Vergütung bilden die Zusatzentgelte für teure Arzneimittel, die Krankenhäuser zusätzlich zu den Pauschalen abrechnen. Während für alle Krankenhausfälle der Umsatzanteil für Zusatzentgelte deutlich unter einem Prozent liegt, ist er bei den Hochkostenpatienten auf 20 Prozent angewachsen. Der Struktureffekt zu immer teureren Arzneimitteln zeigt sich somit auch in der stationären Versorgung und wird diesen Ausgabenanteil auch in Zukunft weiter erhöhen.

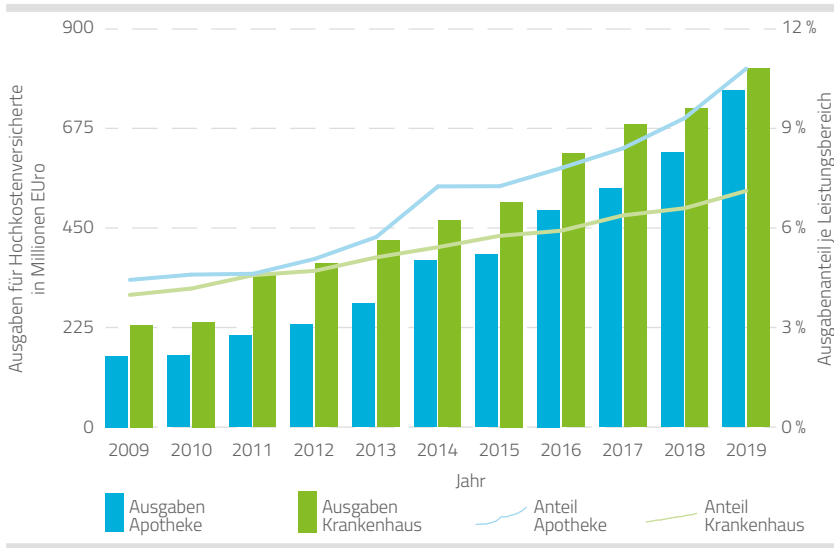
Abbildung 6: Vergütungsstruktur der Hochkostenpatienten Krankenhaus



Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020

Die zunehmende Verdichtung der Leistungsausgaben auf die Hochkostenpatienten ist auch an dem wachsenden Ausgabenanteil abzulesen, den diese kleine Gruppe von Versicherten verursacht (Abbildung 7). Während bezogen auf die absolute Höhe der Leistungsausgaben für Hochkostenpatienten nach wie vor der Krankenhausbereich dominiert, hat sich die relative Bedeutung von Hochkostenpatienten innerhalb von Leistungsbereichen bereits im Jahr 2011 gedreht. Der relative Anteil an den Leistungsausgaben für ambulante Arzneimittel, der von Hochkostenpatienten verursacht wird, steigt seither schneller als im Krankenhausbereich. Im Jahr 2019 verursachen Hochkostenpatienten bereits über zehn Prozent der ambulanten Arzneimittelkosten und sieben Prozent der Krankenhauskosten. Die Dynamik der Kostenentwicklung für Hochkostenpatienten ist daher bei den ambulanten Arzneimitteln relativ und absolut deutlich höher als bei den Krankenhausausgaben.

Abbildung 7: Anteil der Ausgaben für Hochkostenpatienten für ambulante Arzneimittel und im Krankenhaus an den jeweiligen Gesamtausgaben Apotheken und Krankenhaus der BARMER



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019

Arzneimittelzusatzentgelte im Krankenhaus für Hochkostenpatienten

Dieses Ergebnis zur Dynamik der Hochkostenentwicklung Arzneimittel gegenüber allen anderen Leistungsausgaben fällt noch sehr viel deutlicher aus, wenn die teuren Arzneimittel, die über stationäre Zusatzentgelte separat von den Krankenhäusern abgerechnet werden, in die Betrachtung korrigiert einfließen. Wird die stationäre Arzneimitteltherapie nicht im Rahmen der DRG-Pauschale, sondern über spezifisch vereinbarte Zusatzentgelte mit der Bezeichnung von Wirkstoffen und Wirkstoffmengen abgerechnet, lassen sich auch hier spezifische Arzneimittelkosten für den Patienten bestimmen. Insofern wird in den obigen Auswertungen der Hochkostenpatienten der Krankenhausanteil zu hoch und der Arzneimittelanteil zu niedrig ausgewiesen, weil stationäre Arzneimittelzusatzentgelte eigentlich Ausgaben für Arzneimittel und nicht Ausgaben für

Krankenhausbehandlungen sind. Solange analysierbar ist, welches Arzneimittel zu welchem Preis dem Patienten verabreicht wurde, spricht alles für die Zuordnung zu den Hochkostenpatienten Arzneimittel, denn der Preis des Arzneimittels richtet sich überwiegend nach den Listenpreisen des Herstellers.

Tabelle 4: Grunddaten aller DRG-Zusatzentgelte Arzneimittel bei der BARMER

	2017	2018	2019	2020	Entwicklung 2017–2020
Ausgaben Zusatzentgelte AM	161 Mio. €	179 Mio. €	175 Mio. €	186 Mio. €	+ 15 %
davon Ausgaben Hochkosten- patienten KH	56 Mio. €	76 Mio. €	71 Mio. €	85 Mio. €	+ 51 %
Anzahl der Krankenhäuser	1.034	1.025	1.011	998	- 3,5%
Anzahl der Patienten	20.961	21.258	21.527	21.568	+ 2,8 %
davon Hochkosten- patienten Krankenhaus	2.123	2.192	2.377	2.607	+ 23 %
Ausgaben je Patient	7.690 €	8.429 €	8.126 €	8.645 €	+ 12,4 %
Ausgabenanteil Krankenhaus	1,61 %	1,75 %	1,65 %	1,77 %	

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020 und Finanzstatistik KV 45

Tabelle 4 zeigt die Ausgaben und Mengendaten der Zusatzentgelte Krankenhaus für Arzneimittel. Dazu wurden die DRG-Zusatzentgelte gegliedert in solche für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und solche für die Erstattung teurer Arzneimittel. Nur für die Letzteren wurden die BARMER-Abrechnungsdaten der Krankenhäuser ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen – wenig überraschend –, dass die absoluten Ausgaben dieser Zusatzentgelte steigen, allerdings in etwa vergleichbar mit der Ausgabenentwicklung der gesamten Arzneimittelausgaben der BARMER. Die Anzahl der Patienten bleibt sehr stabil, und auch der Anteil, den die Ausgaben für Arzneimittel-Zusatzentgelte an den Krankenhausausgaben haben, steigt kaum. Der Anteil der Hochkostenpatienten steigt hingegen von 10 auf 12 Prozent zwischen den Jahren 2017 und 2020. So liegt auf der Hand, dass über die Jahre immer teurere Arzneimittel für die gleiche Patientenzahl die wachsenden Ausgaben verursachen und für den Anstieg des Anteils an Hochkostenpatienten verantwortlich sind.

Tabelle 5: TOP-3-Arzneimittelgruppen in DRG-Zusatzentgelten Arzneimittel

Wirkstoffgruppe (Krankheiten)	Ausgaben	2017	2018	2019	2020
monoklonale Antikörper (Onkologie)	gesamt	48,7 Mio. €	51,0 Mio. €	59,8 Mio. €	65,3 Mio. €
	je Patient	10.078 €	9.962 €	10.298 €	10.856 €
Nusinersen (Muskelatrophie) Zulassung ab Q3 2017	gesamt	7,8 Mio. €	29,2 Mio. €	26,4 Mio. €	26,7 Mio. €
	je Patient	270.352 €	422.553 €	289.944 €	256.505 €
Faktor-Präparate (Blutger.-Störung)	gesamt	21,5 Mio. €	20,5 Mio. €	13,6 Mio. €	19,8 Mio. €
	je Patient	7.337 €	6.799 €	4.969 €	7.730 €

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2020

Auch hier finden sich in den TOP-3-Wirkstoffgruppen die bereits oben genannten Treiberfaktoren für Hochkostenpatienten Arzneimittel (Tabelle 5). Monoklonale Antikörper werden insbesondere in der onkologischen Therapie eingesetzt, und die Hämophilie als angeborene Störung der Blutgerinnung wird mit hochpreisigen Faktor-Präparaten behandelt.

Neu und nur über die Zusatzentgelte Krankenhaus zu identifizieren sind die Behandlungen der spinalen Muskelatrophie. Mitte 2017 erfolgte die EU-Zulassung des Arzneimittels Spinraza® (Wirkstoff: Nusinersen). Dieses Arzneimittel revolutionierte die Behandlung von Patienten mit angeborener spinaler Muskelatrophie. Es wird direkt in das Rückenmark verabreicht und kommt derzeit fast ausschließlich stationär zum Einsatz. Die Kosten je Patient betragen jährlich mehrere Hunderttausend Euro. Im ersten Jahr der Behandlung entstehen die höchsten Kosten. Alle diese Patienten sind Hochkostenpatienten Arzneimittel, die bislang dem Krankenhausbereich zugerechnet werden. Die fachlich richtige Zuordnung der stationären Arzneimittel führt dazu, dass für die Hochkostenpatienten bereits im Jahr 2019 der größte Ausgabenanteil auf die Arzneimittel entfällt und nicht auf die Krankenhausausgaben (Abbildung 4).

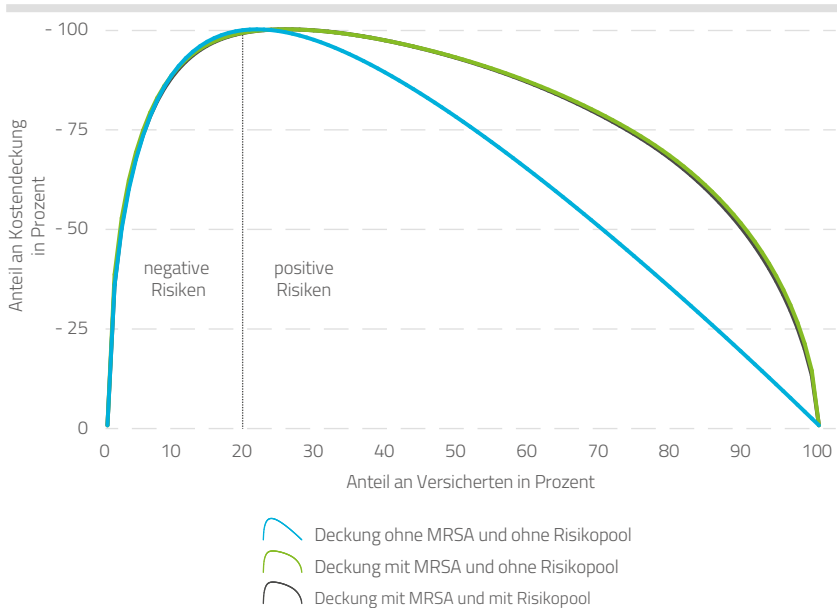
Risikopool, Auswirkungen auf die Deckungsquoten von Hochkostenversicherten

Mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, dass das Risiko von Hochkostenfällen nicht mehr ausschließlich in voller Höhe durch die Krankenkassen, sondern solidarisch von allen Mitgliedern der GKV zu

tragen ist. Zu diesem Zweck wurde ab dem Jahr 2021 erneut ein Risikopool eingeführt, dieser ergänzt den Risikostrukturausgleich. Krankenkassen erhalten aus dem Risikopool 80 Prozent der Leistungsausgaben, die 100.000 Euro pro Versicherten übersteigen. Die übrige Ausgabenlast, das bedeutet Ausgaben bis 100.000 Euro zuzüglich des 20-prozentigen Selbstbehaltes, wird über den Risikostrukturausgleich anteilig nach Alter, Geschlecht und Morbidität ausgeglichen. Dies folgt dem aus der Versicherungswirtschaft seit Langem bekannten Ansatz der Rückversicherung, also der Versicherung einer Versicherung.

Um den Effekt dieser Reform auf die Ungleichheit der Deckung von Krankenkassenrisiken zu betrachten, bietet sich erneut die Lorenzkurve an (Abbildung 8). Diesmal wird die Verteilung des Deckungsbeitrags für die Versicherten der GKV dargestellt. Der Deckungsbeitrag ist der Saldo aus den Leistungsausgaben der Versicherten im jeweiligen Jahr und den Einnahmen aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds. Diese Zuweisungen gliedern sich im Wesentlichen in Zahlungen aufgrund des Alters und Geschlechts des Versicherten und seiner Erkrankungen nach dem Klassifikationsverfahren des MRSA. Ein Versicherter ohne jegliche Leistungsausgaben und Krankheiten hat in der Abbildung einen positiven Deckungsbeitrag, denn die Zuweisungen nach Alter und Geschlecht erhält die Krankenkasse immer. Ein Versicherter mit mehreren Millionen Euro Leistungsausgaben hat einen negativen Deckungsbeitrag, denn die Zuweisungen für Alter, Geschlecht und Krankheiten decken nur einen winzigen Bruchteil der tatsächlichen Leistungsausgaben ab. In der nachfolgenden Abbildung werden auf der X-Achse die Versichertenanteile in aufsteigender Reihung der versichertenindividuellen Deckungsbeiträge abgebildet. Auf der Y-Achse wird der Anteil am Deckungsbeitrag dargestellt. Da die ersten Versicherten mit negativen Deckungsbeiträgen behaftet sind (negative Risiken), baut sich zunächst eine Deckungslücke auf, die anschließend von den Versicherten mit positivem Deckungsbeitrag (positive Risiken) wieder geschlossen wird. Wie verändert sich nun die Verteilung der Versicherungsrisiken durch den MRSA und den Risikopool?

Abbildung 8: Lorenzkurve (invers) für den Deckungsbeitrag innerhalb der GKV

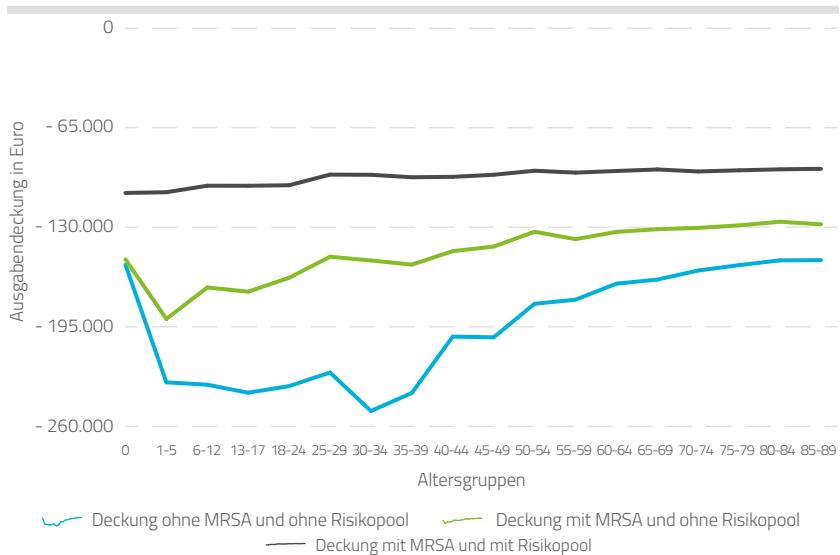


Quelle: BARMER-Daten 2018

In Abbildung 8 ist die Ungleichheit der Risikodeckung innerhalb der GKV in drei Situationen dargestellt. Die blaue Kurve beschreibt die rohen Ausgaben des Jahres 2018 abzüglich deren Mittelwert. Die Kurve zeigt eine Situation der Ausgabenlast, wie sie ohne Risikostrukturausgleich vorliegen würde. Die grüne Kurve zeigt die Deckungssituationen der Ausgaben nach Anwendung des Risikostrukturausgleichs nach dem Regelwerk von 2021 (Vollmodell), aber ohne Risikopool. Die schwarze Kurve zeigt die gleiche Situation, nur dieses Mal mit dem Risikopool. Die notwendigen Angaben wurden vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Risikostrukturausgleich 2021 übermittelt. Betrachtet man nun die verschiedenen Kurvenverläufe in der Abbildung 8, fällt zunächst auf, dass 79 Prozent aller Versicherten unterdurchschnittliche Ausgaben haben, das bedeutet in der blauen Kurve hinter dem Maximum von -100 Prozent liegen. Auch hier findet man also die Pareto-Regel – etwa 80 Prozent der Versicherten sind notwendig, um die Deckungslücke der übrigen 20 Prozent auszugleichen. Nach dem

Risikostrukturausgleich verbleiben 75 Prozent der Versicherten als „positive Risiken“, führen also zur Überdeckung bei den Krankenkassen. Die übrigen 25 Prozent der Versicherten führen zu Unterdeckungen. Das heißt, dass durch die Anwendung des MRSA fünf Prozent der Versicherten von negativen zu positiven Risiken werden – eine eher schlechte Adaption des MRSA an die stochastische Verteilung der Ausgabenhöhe. Auch mit dem Risikopool bleibt dieses Verhältnis gleich. Während sich also die prozentuale Verteilung zwischen positiven und negativen Risiken durch den MRSA nur geringfügig unterscheidet, verlaufen die Kurven der positiven Risiken nach dem RSA steiler in den höheren Quantilen – extrem positive Deckungsbeiträge werden häufiger. Dies liegt an der Logik des RSA, welche Krankenkassen Mittel aufgrund der in der Vergangenheit dokumentierten Morbidität ihrer Versicherten zuweist, selbst wenn für einzelne Versicherte keine Ausgaben entgegenstehen. Im Risikopool ist dies anders, denn hier werden Ausgaben direkt ausgeglichen. Dennoch sieht man in der Kurve der negativen Risiken keinerlei Effekt. Dies war auch nicht zu erwarten, denn die Gruppe der Hochkostenversicherten umfasst nur einen winzig kleinen Teil des Versichertenkollektivs.

Abbildung 9: Ausgabendeckung von Versicherten mit über 100.000 Euro Ausgaben vor MRSA, nach MRSA ohne Risikopool und nach MRSA und Risikopool



Quelle: BARMER-Daten 2018

Die Abbildung 9 zeigt für die Gruppe der Hochkostenversicherten die Deckungssituation nach dem RSA ohne beziehungsweise mit Risikopool. Es ist auffällig, dass in der Deckung nach dem RSA ohne Risikopool jüngere Hochkostenversicherte stärker unterdeckt sind. Bei den Neugeborenen sind Ausgaben und Kosten sogar fast identisch (da Neugeborene keine Zuweisung aufgrund der Morbidität erhalten). Die oben nur beispielhaft genannten neuen, aber ausgabenträchtigen Therapien können nur unzureichend im MRSA abgebildet werden. Die Änderungen der Therapieschemata erfolgen schneller, als die Modellierung im Klassifikationssystem dies nachstellen kann, denn dazu müssen die Kosten erst entstanden sein, sodass deren neue Struktur gegebenenfalls für das prospektive System Verwendung findet.

Wenn es Strukturen in den Deckungsunterschieden gibt, wie sie hier zu erkennen sind, so ist dies für die GKV schlecht. Einzelne Krankenkassen könnten aufgrund ihrer historisch gewachsenen Versichertenstruktur bevorteilt oder benachteiligt sein und müssten diese Risikospreizung an ihre Versicherten weitergeben. Der MRSA mit Risikopool hat dieses Strukturproblem nicht. Die Deckung pendelt sich im Aufgriffsbereich von 100.000 Euro ein. Damit tragen die Krankenkassen weiterhin den größten Teil der Ausgabenlast. Aber Extreme, die darüber hinausgehen, werden durch die gesamte Solidargemeinschaft getragen – ebenso die zusätzliche Last von innovativen, aber sehr teuren Therapien. Dies gibt den einzelnen Krankenkassen den Anreiz zurück, entsprechende Therapien zu fördern, wenn damit ein langfristiger Gesundheitsgewinn einhergeht.

Fazit

Die Analysen haben gezeigt, dass die Konzentration der Leistungsausgaben für Versicherte der Krankenversicherung zunimmt. Wesentliche Ursache ist die überschaubare Anzahl der Versicherten in der Spitzengruppe oberhalb der 100.000-Euro-Grenze. Hier steigen die Leistungsausgaben deutlich überdurchschnittlich. Dies ist kein Phänomen des deutschen Gesundheitswesens, sondern in fast allen Industrieländern zu beobachten. So liegt beispielsweise die Schweiz auf einem sehr ähnlichen Niveau, denn bereits 2001 verursachten dort 20 Prozent der Erkrankten 70 Prozent der Kosten mit steigender Tendenz (Sommer und Engler 2007). Dies ist intuitiv plausibel, denn die wesentliche Ursache stellt die Verdichtung der Ausgaben für Arzneimittel dar, auch

wenn die nationalen Gesundheitssysteme bei der Einführung neuer Arzneimittel graduell anders vorgehen. Der große Trend zu immer spezifischeren, teureren Arzneimitteln in Kombination mit therapeutischen Durchbrüchen, beispielsweise der immunonkologischen Behandlung (siehe dazu auch den Beitrag zu „Biomarker in der Präzisionsonkologie – Stellenwert in der personalisierten Versorgung von Krebserkrankungen“ von Reininghaus et al. in dieser Publikation) oder der Behandelbarkeit von angeborener spinaler Muskelatrophie, wird in keiner Industrienation den Kranken dauerhaft vorenthalten bleiben. Weltweit sind etwa 400 neue Gentherapien in den Pipelines der Hersteller. Nach Expertenschätzungen wird sich der Umsatz nur in diesem Segment in den nächsten fünf Jahren verzehnfachen (Ettel 2021). Somit hat die weltweite Arzneimittelentwicklung zentralen Einfluss auf die Finanzierbarkeit aller nationalen Gesundheitssysteme. Die nationalen Steuerungs- und Kostendämpfungsmaßnahmen stoßen nicht nur in Deutschland an ihre Grenzen. Der Umgang mit höchstpreisiger, möglicherweise heilender Gentherapie ist völliges Neuland für die Bewertungskriterien des AMNOG-Verfahrens. Ebenso stellen die Kombinationstherapien in der Onkologie und die schwierige Evidenzlage für immer kleinere Patientengruppen mit Orphan Drugs eine weltweite Herausforderung dar. Politische Steuerungsmaßnahmen für Arzneimittelforschung und -produktion sind daher keine Industriepolitik, sondern essenzieller Bestandteil der Sozialpolitik. Eine nationale Abschottung von Lösungsansätzen wird die Probleme der Sozialsysteme nicht dauerhaft lösen können. Auf Sicht wird eine weltweite Verständigung über Eckpunkte sozialverträglicher Arzneimittelökonomie gebraucht. Sinnvoll begonnen werden könnte dies in der EU mit wichtigen Ländern, beispielsweise der Schweiz. Ein Ansatz könnte sein, dass international eine absolute Obergrenze gesetzt wird, über die hinaus eine Therapie nicht bezahlt wird. Dies wäre eine verlässliche Rahmenbedingung für die pharmazeutische Forschung, dass in Therapien, die bei der Anwendung beispielsweise fünf Millionen Euro und mehr kosten würden, gar nicht erst Forschungs- und Studienkapazität investiert wird.

Für die Frage der internationalen Entwicklung der Gesundheitsausgaben standen sich über einige Jahre die Medikalisierungs- und Kompressionshypothese gegenüber. Sie unterschieden sich bei der Antwort auf die Frage, ob und inwieweit das zunehmende Alter der Bevölkerung Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben haben

wird. Zwischenzeitlich ist der Streit zugunsten der Kompressionshypothese entschieden worden, wonach die alleinige Alterung der Bevölkerung keinen signifikanten Effekt auf die Ausgaben haben wird (Williams et al. 2019). Die Debatte über die Auswirkungen einer alternden Gesellschaft auf die Gesundheitsausgaben erscheint aus heutiger Sicht geradezu irrelevant, betrachtet man die strukturellen Auswirkungen der Arzneimittelausgaben auf die Gesundheitsausgaben. Die Entwicklung der letzten Jahre wird sich bei unveränderter Forschungs- und Preispolitik der pharmazeutischen Industrie fortsetzen. Insofern kann man es als neue Medikalisierungshypothese ansehen, dass die Struktur- und Kosteneffekte der Arzneimittel voraussichtlich jedes Gesundheitssystem der Industrienationen in den nächsten Jahrzehnten unfinanzierbar werden lassen.

Die Einführung des Risikopools im MRSA war eine notwendige und sinnvolle Anpassung in der Rückversicherungslogik der gesetzlichen Krankenkassen. Der verbleibende Selbstbehalt ist groß genug, um ein Interesse der Krankenkassen an einer sinnvollen Patientensteuerung zu erhalten. Dennoch bleiben die Ausgaben für Hochkostenpatienten vielfach unvorhersehbar. Die lange Krankenhausbehandlung einer ausgedehnten Sepsis, die teure onkologische Therapie mit neuesten Arzneimitteln oder geboren zu werden mit einer spinalen Muskelatrophie sind allesamt Versicherungsrisiken außerhalb einer Prognose oder gar Beeinflussbarkeit durch eine Krankenkasse.

Literatur

- Augurzky, B., Busse, R., Hearing, A., Nimptsch, U., Pilny, A. und Werbeck, A. (2021). Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf (Download am 7. Juli 2021).
- BAS (2021). Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2022. Bonn.
- Engler, N. (2011). Management von Hochkostenfällen: Analyse der Kostenkonzentration und ein 10-Punkte-Plan für die Umsetzung in der Praxis. In: CARE MANAGEMENT, 4 (5). S. 31–33.
- Ettel, A. (2021). Eine Spritze für zwei Millionen. In: Welt am Sonntag, Ausgabe vom 11. Juli 2021. Online unter www.welt.de/wirtschaft/article232425669/Zolgensma-Einsender-teuersten-Medikamente-der-Welt-koennte-jetzt-billiger-werden.html?icid=search.product.onsitesearch (Download am 11. Juli 2021).
- Grandt, D., Lappe, V. und Schubert, I. (2020). BARMER Arzneimittelreport 2020 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 23). Berlin.
- Niehaus, F. (2007). Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen. Wissenschaftliches Institut der PKV. Online unter www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Die_Bedeutung_der_ausgabenintensiven_Faelle.pdf (Download am 7. Juli 2021).
- Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (2014). Macht der medizinische Fortschritt die Wiedereinführung des Risikopools erforderlich? Eine empirische Analyse von Hochkostenfällen. In: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.). Gesundheitswesen aktuell. Wuppertal. S. 90–109.
- Schillo, S., Lux, G., Wasem, J. und Buchner, F. (2016). High cost pool or high cost groups- How to handle high(est) cost cases in a risk adjustment mechanism? In: Health policy (Amsterdam, Netherlands), 120 (2). S. 141–147. Online unter <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.003> (Download am 7. Juli 2021).

- Sommer, J. und Engler, N. (2007). Management von Hochkostenfällen im schweizerischen Gesundheitswesen – Analyse und Reformvorschläge (WWZ Forschungsbericht). Online unter https://www.unibas.ch/fileadmin/user_upload/wwz/99_WWZ_Forum/Forschungsberichte/04_07.pdf (Download am 7. Juli 2021).
- Sommer, J. und Biersack, O. (2005). Hochkostenfälle in der Krankenversicherung: Vorstudie. Online unter www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/rapports-de-recherche/hohkostenfaelle-kv-bericht-2-06.pdf.download.pdf/d-hochkostenfaelle-kv-bericht-2-06.pdf (Download am 7. Juli 2021).
- Wasem, J., Buchner, F., Lux, G. und Schillo, S. (2017). High Cost Pool in a Health Status Based Risk Adjustment System – Some Conceptional and Empirical Considerations. Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik. Online unter www.econstor.eu/handle/10419/168122?locale=de (Download am 7. Juli 2021).
- Williams, G., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P. und Barber, S. (2019). Sustainable Health Financing with an Ageing Population. In: Sagan, A., Normand, C., Figueras, J., North, J. und White, C. (Hrsg.). European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.