Dr. Claudia Pütz
Dr. Thomas Ecker

Was bringt der Morbi-RSA?

Ein neuer Ansatz erlaubt die Ermittlung von Prävalenzdaten auf Ebene von Einzelkassen.

Abstract

Zum 01.01.09 wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für gesetzliche Krankenkassen eingeführt. Neben Alter, Geschlecht und Minderung der Erwerbsfähigkeit sollen dann überdurchschnittlich schwerwiegende Erkrankungen gesondert ausgeglichen werden. Dazu hat das BVA eine Liste von 80 Krankheiten definiert. Damit ist für die Kassen zukünftig ein Anreiz für ein gezieltes Management dieser Krankheiten gesetzt. Doch wie viele Patienten je Krankheit hat eine Krankenkasse? Geeignete Prävalenzdaten auf Ebene von Einzelkassen fehlen derzeit. Ohne diese Daten ist es nicht möglich, die derzeitige Kostensituation von Kassen zu verstehen, die zu erwartenden Transfers durch den Morbi-RSA abzuschätzen und neue Handlungsstrategien für Kassen zu entwickeln.Die vorliegende Untersuchung zeigt, wie aus kassenindividuellen Arzneimitteldaten die Prävalenz einzelner Krankheiten abgeschätzt werden kann. Als Beispiele dienen die Krankheitsbilder HIV, Brustkrebs, Osteoporose, Multiple Sklerose und Morbus Parkinson. Alle fünf Krankheiten sind in der Liste des BVA enthalten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenzen und damit die Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung je betrachtetem Krankheitsbild höchst ungleich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt sind und erheblich vom Marktanteil der Kasse bezogen auf die Versicherten abweichen können. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Morbi-RSA, eingeführt als Anreiz für die Krankenkassen zur Versorgungsoptimierung, hierauf auswirken wird.

Schlüsselbegriffe

GKV; morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich; Disease Management; Versorgungsstrategie; kassenbezogene Prävalenz; HIV; Brustkrebs; Osteoporose; Multiple Sklerose; Morbus Parkinson

>> Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum 01.01.09 wird ein Paradigmenwechsel eingeläutet. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat – auf Basis der Arbeiten des wissenschaftlichen Beirats – 80 Krankheiten definiert, die zukünftig in Form höherer Zuweisungsbeträge im RSA gesondert ausgeglichen werden sollen. Da der wirtschaftliche Erfolg der Kassen nach Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich von den RSA-Zuweisungen abhängen wird, stehen diese Krankheiten zukünftig unter besonderer Beachtung. Gelingt es einer Krankenkasse, die Patienten in einer der 80 Krankheiten günstiger als den RSA-Zuweisungsbetrag zu versorgen, so hat sie Aussicht auf einen überdurchschnittlich hohen positiven Deckungsbeitrag. Doch noch ist eine Reihe von Fragen zur Optimierung des Versorgungsgeschehens offen. Dazu zählen auch die grundlegenden Fragen nach der Prävalenz:

1) Wie viele Patienten gibt es in den 80 Krankheiten?
2) Wie verteilen sich die Patienten auf die einzelnen Krankenkassen?
3) Welche Kooperationsstrategien zur Optimierung der Versorgung sind sinnvoll?

Eine Einzelkasse kann die Fragen im Regelfall nicht alleine lösen, denn sie benötigt dazu nicht nur Daten über das Krankheitsgeschehen in ihrem eigenen Versichertenbestand, sondern vergleichbare Daten auch von anderen Krankenkassen. Diese sind aber normalerweise nur sehr begrenzt zugänglich, z.B. über einen verbandsinternen Datenaustausch. Sie bilden daher nur einen begrenzten Marktausschnitt ab und lassen im Regelfall keinen Vergleich mit den relevanten Wettbewerbern außerhalb der eigenen Kassenart zu.

Methode: Prävalenzermittlung auf Basis von Arzneiverordnungsdaten

Mit Datum vom 13.05.2008 hat das BVA die im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten endgültig festgelegt (BVA 2008a). Die Liste umfasst 80 Krankheiten (mit Nummer 1 bis 80), von denen im Folgenden fünf beispielhaft ausgewählt werden:

Nr. 1: HIV/AIDS
Nr. 9: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
Nr. 29: Osteoporose und Folgeerkrankungen
Nr. 47: Multiple Sklerose
Nr. 48: Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen

Die Abschätzung der kassenindividuellen Prävalenz dieser Krankheiten erfolgt unter Zuhilfenahme von Arzneimittelverordnungsdaten aus dem Jahr 2007. Hierbei handelt es sich um die nach unserer Kenntnis einzige Datenquelle außerhalb des BVA, die eine breite einzelkassenspezifische Zuordnung erlaubt.

Zuordnung der Krankheiten auf Verordnungsgruppen

Die Verwendung von Arzneimittelverordnungsdaten setzt voraus, die für eine bestimmte Krankheit relevanten Verordnungen zu identifizieren. Diese müssen zwei Anforderungen erfüllen:

a) Sensitivität: ein möglichst hoher Anteil von Erkrankten (an Krankheit A), die eine relevante Verordnung erhalten

b) Spezifität: ein möglichst geringer Anteil von Nicht-Erkrankten (an Krankheit A), die trotzdem eine relevante Verordnung erhalten

Da Arzneimittelverordnungsdaten über keinen Diagnosebezug verfügen, müssen zur Plausibilitätsprüfung andere Datenquellen hinzugezogen werden. Typische Quelle für den Sensitivitätsabgleich sind die in Deutschland allgemein anerkannten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, während sich Angaben zur Spezifität aus den Zulassungsunterlagen eines Arzneimittels ableiten lassen.

Ein Beispiel: Nach den Leitlinien des Dachverbands der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaften für Osteologie (DVO) ist eine

spezifische medikamentöse Therapie durch Bisphosphonate, Strontium oder Östrogene bei Osteoporose indiziert (DVO 2006); am häufigsten bei Osteoporose werden aus diesen Wirkstoffgruppen die Bisphosphonate verordnet (90 % aller verordneten Tagesdosen; Schwabe und Paffrath 2008). Damit besteht eine hohe Sensitivität. Gleichzeitig sind Bisphosphonate in der Regel ausschließlich für die Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen zugelassen (vgl. o.V. 2007). Folglich sind Bisphosphonatverordnungen spezifisch für das Krankheitsbild Osteoporose. Daher können Verordnungen von Bisphosphonaten (ATC-Code M05B3) als Marker für Osteoporosepatienten verwendet werden.

Nr.	Krankheit	ATC-Code
1	AIDS und HIV	J05C – Virustatika gegen HIV
9	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	L02B3 – Zytostatische Aromataseinhibitoren; Tamoxifen
29	Osteoporose und Folgeerkrankungen	M05B3 – Bisphosphonate bei Osteoporose
47	Multiple Sklerose	L03B2 – Beta-Interferone
48	Morbus Parkinson und andere Basalgangliener-krankungen	N04A0 – Parkinsonpräparate

Tabelle 1: Krankheiten und ihre relevanten ATC-Codes
Quelle: Recherche EPC

Die Zuordnung der ATC-Codes zu allen fünf ausgewählten Krankheiten ist in Tabelle 1 dargestellt.

Schätzung der Prävalenz auf Basis von Verordnungsdaten und Plausibilisierung

Unter Verwendung der Daten aus dem Patiententracking von INSIGHT Health wird die medikamentös erkennbare Prävalenz für das Jahr 2007 geschätzt. In einer weiteren Spalte ist die aus den Unterlagen des BVA hochgerechnete Prävalenz für die GKV ergänzt (BVA 2008b). Die Hochrechnung basiert auf der Auszählung aus einer Stichprobe von 4,2 Millionen Versicherten.

Die hochgerechneten Prävalenzen sind plausibel. Das lässt sich beispielhaft anhand der Daten für AIDS und HIV zeigen. Für AIDS und HIV besteht eine Meldepflicht, die Daten werden vom Robert-Koch-Institut erfasst und regelmäßig publiziert. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes leben schätzungsweise 56.000 Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland (RKI 2006); diese Angabe deckt sich größenordnungsmäßig mit der aus den Daten des BVA hochgerechneten Prävalenz.

Nr.	Krankheit	Aus Arzneimitelverordnungen erkennbare Prävalenz für die GKV	Hochgerechnete Prävalenz aus Daten des BVA für die GKV
1	AIDS und HIV	37.672	58.734
9	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	281.080	479.161
29	Osteoporose und Folgeerkrankungen	845.225	2.503.132
47	Multiple Sklerose	40.727	158.426
48	Morbus Parkinson und andere Basalgangliener-krankungen	627.527	384.976

Tabelle 2: Krankheiten und ihre Prävalenz
Quelle: Patiententracking (INSIGHT HEALTH) und BVA (2008b)

Die Unterschiede zwischen den aus Arzneimittelverordnungen und den aus den BVA-Daten gewonnen Prävalenzen erklären sich daraus, dass das BVA die Zuordnung von Versicherten zu Krankheiten nicht

Literatur

BMG (2008): BMG, Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort, Kassenart 2007, http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_601098/SharedDocs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/2007-km6-excel,templateId=raw,property=publicationFile.xls/2007-km6-excel.xls (Zugriff am 21.05.08)

BVA (2008a): o.V., Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegung__Krankheiten.html (Zugriff am 21.05.08)

BVA (2008b): o.V., Entwurf für eine Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA, http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Entwurf__Krankheitsauswahl,templateId=raw,property=publicationFile.zip/Entwurf_Krankheitsauswahl.zip (Zugriff am 21.05.08)

DVO (2006): Dachverband Osteologie (DVO), DVO-Leitlinie 2006 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Frauen ab der Menopause, bei Männern ab dem 60. Lebensjahr (Kurzfassung), http://www.lutherhaus.de/osteo/leitlinien-dvo/PDFs/Kurzfassung_DVO-Leitlinien_15-03-06.pdf (Zugriff am 21.05.08)

o.V. (2007): Fachinformation Fosamax®, http://www.fachinfo.de/viewFI?FINR=000018&RL=FOSAMAX%26reg%3B%20einmal%20w%26uml%3Bchentlich%2070%26nbsp%3Bmg%20Tabletten (Zugriff am 21.05.08)

RKI (2006): o.V., Welt- AIDS-Tag 2006: in Deutschland leben 56.000 HIV-Infizierte, http://www.rki.de/cln_048/nn_197444/sid_56A3155BB27E2EA812E679F2EF4E5C4C/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2006/38__2006.html?__nnn=true (Zugriff am 21.05.08)

Schwabe und Paffrath 2008: Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2007, Heidelberg 2008.

nur anhand von Arzneimitteldaten durchführte sondern auch andere Leistungsarten wie stationäre oder Krankengelddiagnosen berücksichtigen konnte. Daher kann angenommen werden, dass es sich hierbei um einen systematischen Fehler handelt, der bei der Beurteilung der Krankheitslastenverteilung auf einzelne Krankenkassen vernachlässigt werden kann.

Berechnung der Prävalenz für Kassenarten basierend auf Verordnungsanteilen

In Deutschland gab es laut KM6-Statistik 70,3 Mio. GKV-Versicherte am 01.07.07 (BMG 2008). Davon wiesen nach den hochgerechneten BVA-Daten 3,5 Mio. Versicherte (= 5 %) eine der fünf ausgewählten Krankheiten auf. Verteilt man diese Erkrankten entsprechend der Verordnungen aus den NationalenVerordnungsInformationen (INSIGHT Health) auf die unterschiedlich zwischen den einzelnen Kassenarten verteilt sind. So weisen die Ortskrankenkassen (AOK), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) sowie die Knappschaft-Bahn-See (KBS) eine weit überdurchschnittliche Krankheitslast bei den Morbus-Parkinson-Patienten auf, während die Ersatzkassen (EK) überdurchschnittlich viele Fälle mit Multipler Sklerose haben.

An HIV bzw. AIDS Erkrankte sind überdurchschnittlich häufig bei den AOKen und Ersatzkassen versichert, bei den anderen Kassenarten sind sie unterrepräsentiert.

Für die frauenspezifischen Krankheiten Osteoporose und Brustkrebs ist der Vergleich mit den Marktanteilen der Kassenarten an allen weiblichen Versicherten sinnvoll (Grafik 2).

Eine weit überdurchschnittliche Krankheitslast bei Osteoporose-Patienten weisen die AOKen, die LKKen und die KBS auf. Bei allen anderen

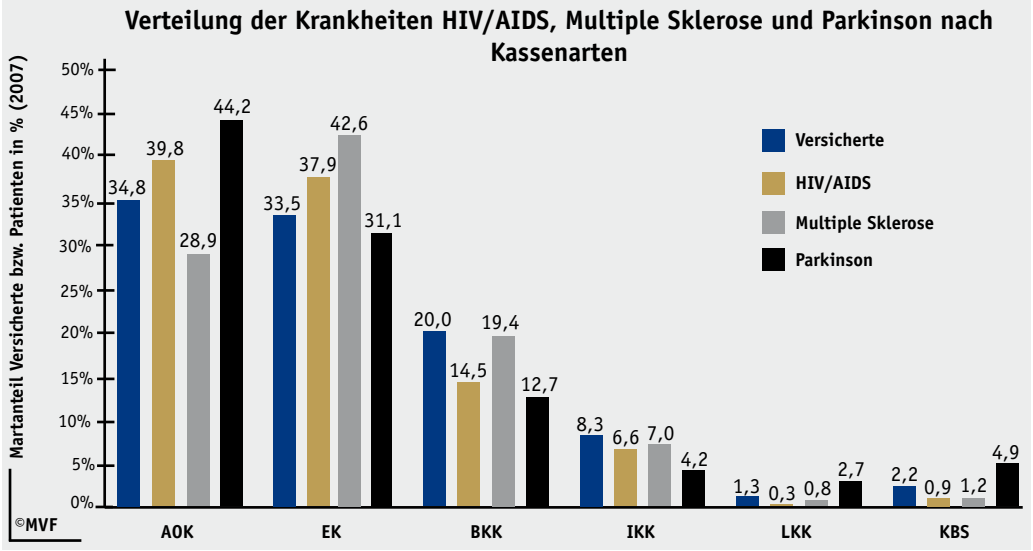
	Versicherte (KM 6, 2007)	HIV AIDS	BNB Brustdrüse	Osteoporose	Multiple Sklerose	Parkinson	Gesamt
AOK	24.438.525	23.353	171.696	1.079.331	45.849	170.246	1.449.659
EK	23.539.783	22.260	195.205	852.322	67.427	120.316	1.223.093
BKK	14.062.060	8.532	69.204	309.720	30.807	48.963	454.432
IKK	5.849.682	3.904	20.268	95.169	11.163	16.139	142.627
LKK	887.531	165	6.916	51.041	1.308	10.469	67.985
KBS	1.536.430	520	15.872	115.549	1.872	18.842	148.476
Gesamt	**70.314.011**	**58.734**	**479.161**	**2.503.132**	**158.426**	**384.976**	**3.486.272**

Tabelle 3: Krankheiten und ihre Patientenzahlen nach Kassenarten
Quelle: NationaleVerordnungsInformationen (NVI - INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Kassenarten, lassen sich die Patientenzahlen aus Tabelle 3 errechnen.

Wandelt man die so ermittelten Patientenzahlen in Marktanteile (Anteil an allen Patienten) um und vergleicht diese mit den Marktanteilen der Kassenarten nach Versicherten, ergibt sich die relative Krankheitslast bezogen auf die Kassenart gemäß Grafik 1.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten je nach Erkrankung höchst Kassenarten ist die Krankheit unterdurchschnittlich vertreten. Bei den Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse ist es umgekehrt: Hier ist die Prävalenz bei den Ersatzkassen verglichen mit dem Marktanteil höher als bei den AOKen oder Betriebskrankenkassen. Auffällig sind die weit überdurchschnittlichen Prävalenzraten der „kleinen" Kassenarten LKK und KBS.



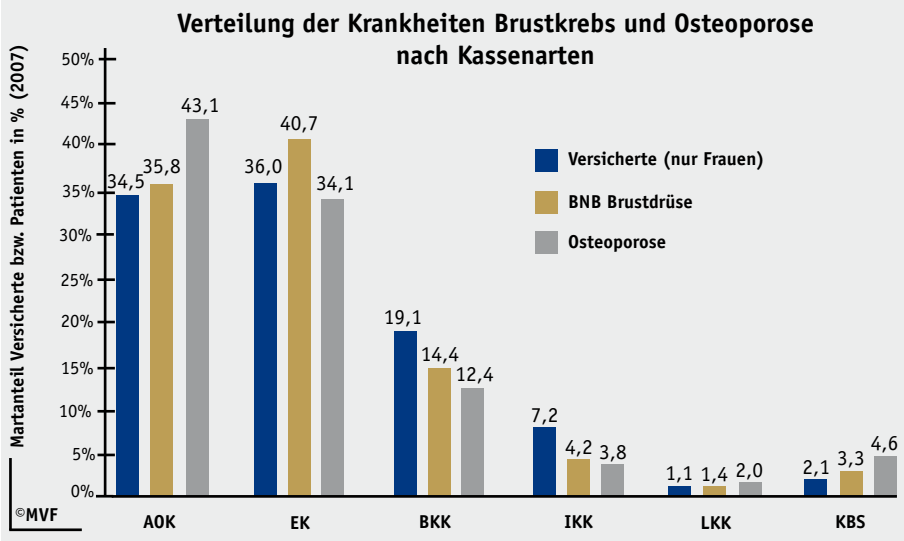
Grafik 1: Marktanteil Versicherte und Patienten nach Kassenarten für die Krankheiten HIV/AIDS, Multiple Sklerose und Parkinson
Quelle: NationaleVerordnungsInformationen (NVI - INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Verteilung der Prävalenz auf Einzelkassenebene

In Zeiten individueller Vertragswelten agieren die Krankenkassen in Versorgungsthemen zunehmend unabhängig von ihrem Verband, so dass eine Betrachtung der Krankheitsverteilung auf Einzelkassenebene von Interesse ist. Der besondere Vorteil der hier gewählten Analysemethode liegt darin, dass die Verordnungsinformationen auf Einzelkassenebene vorliegen und somit Detailauswertungen für jede Versicherung möglich sind. Tabelle 4 zeigt die absoluten Patientenzahlen für alle fünf ausgewählten Krankheiten am Beispiel von zwei Einzelkassen je Kassenart.

Auswertungen dieser Art sind bei einer Reihe von Fragestellungen hilfreich, wie z.B.:

- Mit welcher Kasse lohnen sich Kooperationen zum Aufsetzen von Disease Management-Programmen in einer der Krankheiten der 80er-Liste?
- Welche Kassen oder Kassenkooperationen bringen geeignete Mindestmengen an Patienten mit, die für Leistungserbringer zum Abschluss eines selektiven Vertrages interessant sind?
- Wie könnten die Mitbewerber einer Kasse in bestimmten Krankheitsbildern unter den neuen RSA-Bedingungen agieren?



Grafik 2: Marktanteil weibliche Versicherte und Patienten nach Kassenarten für die Krankheiten Brustkrebs und Osteoporose
Quelle: Kostenträger-Analyzer (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Eine erste Auswertung nach den Top 10 der bundesweit tätigen Krankenkassen zeigt, welche Krankenkassen für einen bundesweiten, selektiven Versorgungsvertrag im Brustkrebsbereich in Frage kommen (Grafik 3). So bringen die beiden größten Ersatzkassen Barmer und DAK ein Potenzial von rund 70.000 bzw. 60.000 Patientinnen, während die TK, obwohl fast genauso mitgliederstark wie die DAK, nur die Hälfte des Patientenpotenzials aufweist. Die restlichen 7 Kassen aus der Top-10-Liste haben zusammen 61.707 Brustkrebspatienten und damit weniger als die größte Einzelkasse. Es ist daher zu erwarten, dass nur wenige bundesweite Kassen eigenständige Versorgungsmodelle zu Brustkrebs entwickeln werden; für die meisten Kassen (und damit auch deren Patienten) dürften Kooperationsmodelle sinnvoller sein.

Tabelle 4: Patientenzahlen für ausgewählte Einzelkassen
Quelle: Kostenträger-Analyzer (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

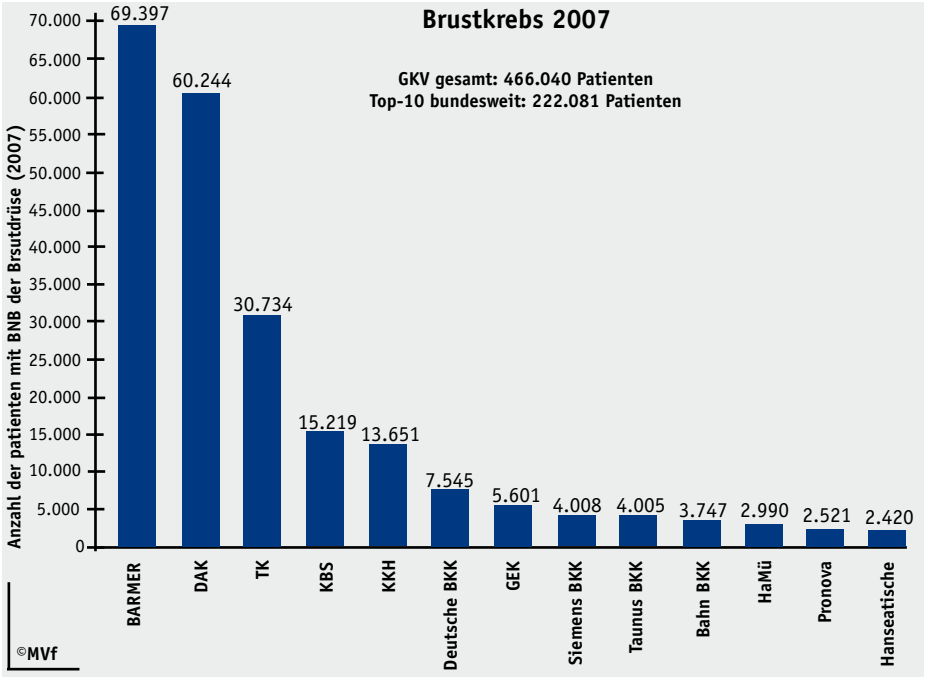
Kassen		Krankheiten				
Kassenart	**Einzelkassen**	**HIV AIDS**	**BNB Brustdrüse**	**Osteoporose**	**Multiple Sklerose**	**Parkinson**
VdAK	BEK	6.877	71.351	332.310	21.189	43.952
	DAK	5.303	61.940	285.682	18.524	38.431
	gesamt	**22.260**	**195.205**	**852.322**	**67.427**	**120.316**
AOK	BY	3.717	29.857	189.715	8.241	25.121
	BW	3.256	25.735	146.960	8.495	21.987
	gesamt	**23.353**	**171.696**	**1.079.331**	**45.849**	**170.246**
IKK	BIG	201	673	1.323	671	226
	IKK Direkt	283	575	1.454	740	165
	gesamt	**3.904**	**20.268**	**95.169**	**11.163**	**16.139**
BKK	Mobil Oil	566	2.218	4.223	2.040	451
	Deutsche BKK	598	7.757	44.198	2.436	5.944
	gesamt	**8.532**	**69.204**	**309.720**	**30.807**	**48.963**
KBS		520	15.872	115.549	1.872	18.842
GKV		58.734	479.161	2.503.132	158.426	384.976

Fazit

Mit dem geschilderten Verfahren lässt sich relativ genau die tatsächliche Krankheitslast im Sinne des Morbi-RSA beschreiben. Führt man das Verfahren für alle Krankheiten der 80er-Liste durch, kann man nicht nur ein detailliertes Profil einer Kasse unter den neuen Bedingungen des Morbi-RSA bilden, sondern auch einen Profilvergleich mit den relevanten Mitbewerbern vornehmen. Das bietet Raum für eine Vielzahl interessanter Anwendungen:

1. Gezielte Suche nach Vertragspartnern; sei es als Kasse auf der Suche nach einem Kooperationspartner zu Erreichung einer Mindest-Patientenzahl für Disease-Management, sei es als Leistungserbringer mit entsprechenden Vertrags-angeboten.
2. Zusammen mit den noch zu veröffentlichenden krankheitsbezogenen Zuweisungsbeträgen lassen sich dann erstmals auf Einzelkassenebene die finanziellen Auswirkungen der neuen RSA-Systematik simulieren.
3. Errechnet man aus den Verordnungsdaten die jeweiligen Leistungsausgaben, so sind auch erste Rückschlüsse auf die Deckungsbeitragsposition für ausgewählte Versichertensegmente möglich. <<

Grafik 3: Patientenzahlen für ausgewählte Einzelkassen
Quelle: Kostenträger-Analyzer (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen



Potential impact of the new risk adjustment system in Germany

In the course of the introduction of a new risk adjustment scheme there is a hot debate in Germany about the impact on financial and competitive aspects of sickness funds. However, much debate is in vain as long as there is no data available on prevalence related to sickness funds. Without this it is not possible to understand the current cost situation, describe realistic financial scenarios and develop strategies for new disease management programs.
This analysis describes an analytic approach to estimate the prevalence data at the level of sickness funds. It presents epidemiological data for HIV, breast cancer, osteoporosis, multiple sclerosis, and parkinson's disease – 5 diseases (out of 80) which have been defined as being risk adjusters for the new risk adjustment scheme.
Our findings show that prevalence is distributed inhomogeneous between sickness funds for every disease studied in detail. Hence options for explicit disease management vary likewise. It remains to be seen how the new risk adjustment scheme will affect strategies of sickness funds' related to the provision of care for those patients.

Keywords
Risk adjustment; prevalence; disease management; HIV; breast cancer; osteoporosis; multiple sclerosis; parkinson's disease

Dr. Claudia Pütz
ist Leiterin Krankenversicherung der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1965
Sie ist Dipl.-Mathematikerin und promovierte Gesundheitsökonomin. Ihre spezielle Expertise konzentriert sich auf Tarifangebote, Vertriebs- und Leistungssteuerungsansätze sowie Risikoausgleichssysteme für gesetzliche und private Krankenversicherungen.
Kontakt: c.puetz@epc-healthcare.de



Dr. Thomas Ecker
ist Gründungspartner der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1971
Er ist ausgebildeter Betriebs- und Volkswirt mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen derzeit in der Entwicklung evidenzbasierter gesundheitsökonomischer und -politischer Strategien für Unternehmen im Gesundheitswesen.
Kontakt: t.ecker@epc-healthcare.de

