

# Stochern im Nebel

Warum sind die Arzneiausgaben regional so unterschiedlich hoch? Eine Studie im Auftrag der Pharmaindustrie macht dafür unter anderem Morbiditätsunterschiede verantwortlich. Doch Helmut Schröder und Katrin Nink halten diese These für gewagt: Die Datenlage ist zu dünn.

Die Höhe der Arzneimittelausgaben unterscheidet sich zwischen einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erheblich. Warum das so ist, darüber streiten Experten seit einigen Jahren. Neben Unterschieden im Verschreibungsverhalten der Vertragsärzte werden zahlreiche Einflussfaktoren auf der Versorgungs-, Patienten- und Arzneimittelebene diskutiert. Eine Studie des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) im Auftrag zweier pharmazeutischer Hersteller versucht erneut, die Wirkung einzelner Faktoren – wie beispielsweise regionale Morbiditätsunterschiede oder eine regional verschiedene Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung – auf den regionalen Arzneimittelumsatz zu belegen und zu quantifizieren. Aussagekräftige Daten, die zur Überprüfung dieser Effekte benötigt werden, stehen jedoch momentan nicht zu Verfügung.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat seit längerem Benchmarking-Ansätze entwickelt, die im Gegensatz zur IGES-Studie zeigen, dass ungeachtet der regionalen Unterschiede hinsichtlich der Morbidität oder des demographischen Aufbaus der Bevölkerung überall große Potenziale durch wirtschaftlichere Verordnungsauswahl erschlossen werden können.

**Große regionale Unterschiede:** Analysiert man die mehr als 400 Millionen Arzneimittelverordnungen des ersten Halbjahres 2001 zu Lasten der Krankenkassen, zeigt sich eine erhebliche regionale Variabilität des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte. Bei einem durchschnittlichen Bruttoumsatz von knapp 151 Euro je Versicherten im ersten Halbjahr 2001 differieren diese Pro-Kopf-Umsätze zwischen knapp 186 Euro in der KV Mecklenburg-Vorpommern und 128 Euro in der KV Nord-Württemberg. Damit wird der Bundesdurchschnitt um 23 Prozent über- bzw. um 15 Prozent unterschritten.

Unabhängig von den möglicherweise vielfältigen Gründen kann eine Orientierung am jeweils „besten Wert“ im Benchmarking-Ansatz der Arzneimittelumsätze je Versicherten nach KVen erste Hinweise liefern, an denen sich die anderen KVen orientieren können. In einem zweiten Schritt kann dann ein

Benchmarking-Ansatz nach Wirtschaftlichkeitspotenzialen – wie er am Ende dieses Beitrags vorgestellt wird – losgelöst von weiteren Einflussfaktoren Transparenz schaffen. Er bietet den KVen eine wichtige Information darüber, wie sich das Ordnungsverhalten ihrer Ärzte im regionalen Vergleich darstellt, und hilft ihnen, dem Ziel einer wirtschaftlichen regionalen Verteilung der Finanzmittel ein Stück näher zu kommen.

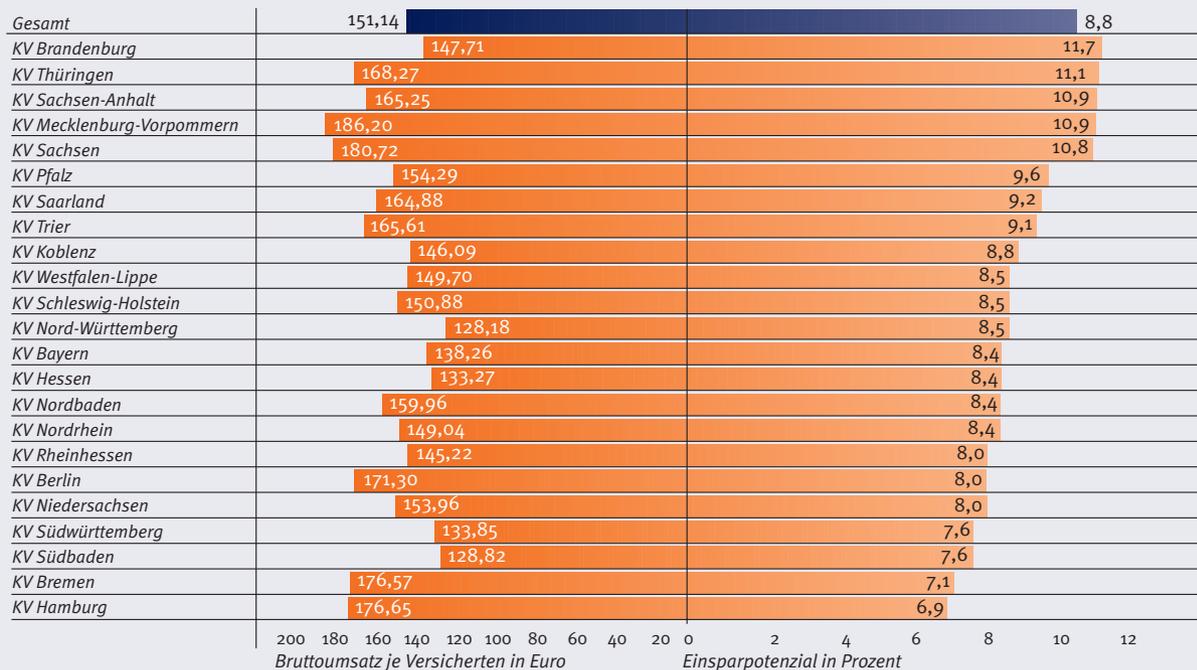
**Zahlreiche Einflussfaktoren:** Es ist zu vermuten, dass sehr viele Faktoren für die regional unterschiedliche Höhe der Arzneimittelausgaben verantwortlich sind, die zudem untereinander in Beziehung stehen. Auf Seiten der Patienten werden regionale Unterschiede unter anderem bei der Morbidität, der Sozioökonomie oder bei dem Inanspruchnahmeverhalten diskutiert. Die KV-spezifische Arztdichte und Facharztanteile, die Höhe der Budgets/Richtgrößen, aber auch das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung spielen sicherlich ebenfalls eine maßgebliche Rolle bei der Höhe der regionalen Arzneimittelumsätze. Daneben gibt es Hinweise, dass auf der Arzneimittelebene die kommunikativen Maßnahmen der pharmazeutischen Hersteller, die Informationspolitik der KVen und Ärztekammern, aber auch die Nutzung der pharmakologischen Beratung durch die Krankenkassen – beispielweise durch die AOK – das regionale Ordnungsgeschehen beeinflussen.

Würde man die regionalen Unterschiede der Arzneimittelausgaben erklären wollen, müssten die Einflussfaktoren der verschiedenen Ebenen in einem multifaktoriellen Modell miteinander in Verbindung gesetzt werden. Leider existieren momentan aber keine Daten, die eine solche Untersuchung erlauben.

**Grenzen der IGES-Studie:** Die beiden auftraggebenden pharmazeutischen Hersteller haben das IGES-Gutachten als Beweis dafür interpretiert, dass die Höhe der Arzneimittelausgaben nicht allein vom ärztlichen Ordnungsverhalten abhängt. Würden weitere wichtige Einflüsse, wie regional unterschiedliche medizinische Bedürfnisse oder strukturelle Voraussetzungen, bei einem Benchmarking



**Einsparpotenziale durch Substitution von Analogpräparaten<sup>1</sup> mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und Bruttoumsatz je Versicherten<sup>2</sup> (in Euro im 1. Halbjahr 2001 nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV))**



<sup>1</sup> Die Einsparpotenziale bei den pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen wurden in Anlehnung an den Arzneiverordnungs-Report 2001 mit Hilfe der Tagesdosis-Kosten des preisgünstigsten Generikums mit ausreichender Marktdeckung der jeweiligen Leitsubstanz der Analoggruppe berechnet.

<sup>2</sup> Die Bruttoumsätze der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAMSi) berücksichtigen die Apothekenabgabepreise und die Zuzahlungen. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben werden die Leistungen am Sitz des Arztes gezählt, der Versicherte selbst jedoch an seinem Wohnsitz. Um die Pro-Kopf-Werte je Versicherten zu erhalten, wird die Zahl der Versicherten mit Wohnsitz in den Grenzen einer KV über die amtliche Statistik KM 6 zum 1. Juli des jeweiligen Jahres ermittelt.

Das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte differiert stark. So bewegten sich im ersten Halbjahr 2001 die Pro-Kopf-Umsätze zwischen 186,20 Euro in der KV Mecklenburg-Vorpommern und 128,18 Euro in der KV

Nord-Württemberg. Hätten die Ärzte dort statt teurer Analogpräparate mehr preisgünstige therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe verordnet, hätten sie 10,9 Prozent bzw. 8,5 Prozent der Ausgaben eingespart.

nicht berücksichtigt, so die Auftraggeber, sei ein erhebliches Gefälle bei der Arzneimittelversorgung zu befürchten. Inwieweit diese Aussagen von den Studienergebnissen getragen werden, hat das WiDo untersucht.

Die IGES-Studie nimmt die „Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel“ im Vergleich der KVen als Ausgangspunkt für eine Kritik an einem Benchmarking. Damit soll gezeigt werden, dass die ausgeprägten regionalen Unterschiede in den Pro-Kopf-Umsätzen je Versicherten unabhängig vom ärztlichen Ordnungsverhalten bestehen. Die isoliert untersuchten Faktoren, bei denen ein Einfluss auf das regionale Arznevolumen vermutet wird, sind die Zuzahlung bzw. ein unterschiedlich hoher Anteil an von der Zuzahlung „befreiten“ Versicherten, demographische Unterschiede, die Umlandversorgung und Morbiditätsunterschiede. Beispielhaft herangezogen wurden die Indikationen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und HIV-Infektionen.

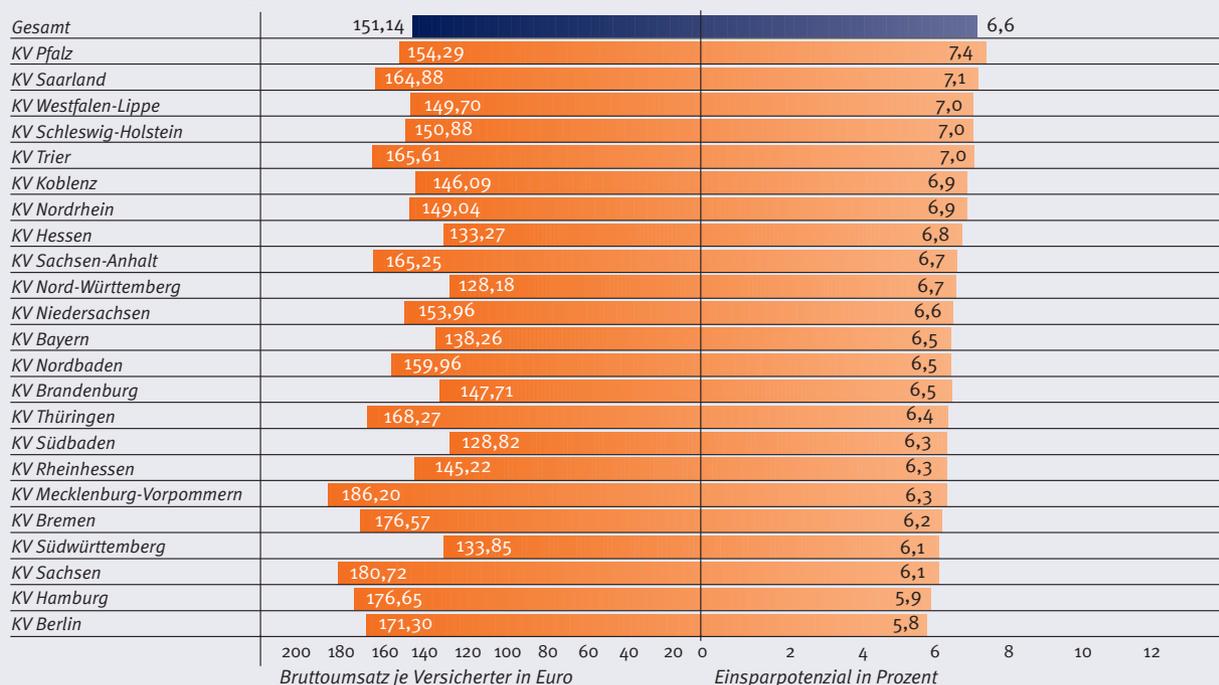
**Keine Verzerrung durch Härtefälle:** Es ist zu vermuten, dass sich die zuzahlungsbefreiten Personen, zum Beispiel mitversicherte Kinder, aber auch „Härtefälle“ und „Chroniker“ nicht gleichmäßig über die einzelnen KVen verteilen. Diese regional unterschiedlichen Zuzahlungsanteile und -beträge müssen in einem

Benchmarking berücksichtigt werden. Doch IGES versucht in einem aufwändigen Verfahren die „entgangenen Zuzahlungen“ nach einzelnen Regionen zu schätzen. Dabei ist das Problem regional unterschiedlich hoher Zuzahlungen längst gelöst, wenn ein Benchmarking auf dem Bruttoumsatz (Arzneimittelumsatz zu Apothekenabgabepreisen) aufsetzt. Der Bruttoumsatz – er wird im Projekt GKV-Arzneimittelindex seit 1980 verwendet – enthält neben den Ausgaben bzw. Nettoumsätzen der Krankenkassen (siehe zum Begriff Nettoumsatz das „Glossar“ auf Seite 41) auch die geleisteten Zuzahlungen der Versicherten. Damit ist eine Analyse unabhängig von eventuell regional unterschiedlich hohen Anteilen an Patienten, die von der Zuzahlung „befreit“ sind, möglich.

**Demographischer Effekt durch Standardisierung gelöst:** Des Weiteren ist der Zusammenhang von Alter und Geschlecht mit den Arzneimittelausgaben seit langem unter anderem im Arzneiverordnungs-Report gut dokumentiert. So liegen beispielsweise mit steigendem Alter die Arzneimittelausgaben höher, und Frauen erhalten insgesamt deutlich mehr Medikamente.

Wären ältere Menschen und Frauen in einer KV deutlich überrepräsentiert, dann wäre zu vermuten, dass die Arzneimittelausgaben ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt liegen

**Einsparpotenziale durch generische Substitution<sup>1</sup> und Bruttoumsatz je Versicherten<sup>2</sup> (in Euro im 1. Halbjahr 2001 nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV))**



<sup>1</sup> Einsparpotenziale werden berechnet über die generischen Preisunterschiede nach Tagesdosen im Verhältnis zum entsprechend hochpreisigen Präparat bei vergleichbaren Arzneiformen, Packungsgrößen und Wirkstoffstärken. Dabei ist eine ausreichende Marktdeckung dadurch gewährleistet, dass nur solche Präparate, die im ersten Halbjahr 2001 mindestens 10.000 Mal verordnet wurden, bei der Suche nach dem preiswertesten Medikament der Vergleichsgruppe berücksichtigt werden.

<sup>2</sup> Die Bruttoumsätze der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) berücksichtigen die Apothekenabgabepreise inklusive der gesetzlichen Zuzahlung. Um die Pro-Kopf-Ausgaben zu berechnen, werden die Leistungen am Sitz des Arztes gezählt, der Versicherte selbst jedoch an seinem Wohnsitz. Um auf die Pro-Kopf-Werte je Versicherten zu kommen, wird die Anzahl der Versicherten mit Wohnsitz innerhalb der Grenzen einer KV über die amtliche Statistik KM6 mit Stichtag 1. Juli des jeweiligen Jahres ermittelt.

Regional unterschiedlich hoch sind die Arznei-Bruttoumsätze der Krankenkassen je Versicherten. Sie liegen zwischen 186,20 Euro in Mecklenburg-Vorpommern und 128,18 Euro in Nord-Württemberg.

Hätten die Vertragsärzte dieser beiden Kassenärztlichen Vereinigungen mehr Generika verschrieben, hätten sie 6,3 Prozent bzw. 6,7 Prozent der Arzneiausgaben einsparen können.

würden. Die von IGES thematisierten demographischen Unterschiede können mit einer vom WiDo vorgenommenen Abschätzung eines Alters- und Geschlechtseffekts gelöst werden. Hierbei wird deutlich, dass auch eine Berücksichtigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen nicht zu einer grundsätzlichen Verschiebung der Ergebnisse im Benchmarking führt, wie die IGES-Studie behauptet.

**Effekt der Umlandversorgung nicht ermittelbar:** Das Phänomen der „Umlandversorgung“ besteht immer dann, wenn Versicherte nicht in der KV-Region versorgt werden, in der sie wohnen. In einem Benchmarking-Ansatz käme es zu Verzerrungen, wenn Versicherte Leistungen „grenzüberschreitend“ in Nachbar-KVen in Anspruch nehmen. Denn bei der Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben werden die Leistungen an dem Sitz des Arztes gezählt, der Versicherte selbst jedoch an seinem Wohnort. Die Behandlung dieses bekannten Problems, dessen ökonomische Relevanz nach wie vor unbekannt ist, führt auch im IGES-Gutachten zu keinen verwertbaren Erkenntnissen. IGES versucht in einem Transferschluss, die Umlandversorgung der bundesunmittelbaren Ersatzkassenversicherten bei ambulanten Leistungsausgaben auf die Umlandversorgung aller gesetzlich

Krankenversicherten mit ihrem Arzneimittelumsatz zu übertragen. Das ist aber aus methodischen Gründen nicht zulässig, da sich das Klientel der Ersatzkassen deutlich von dem der anderen Kassenarten unterscheidet. Weiterer Kritikpunkt an der IGES-Studie: Die Struktur der ambulanten Leistungen darf nicht auf die Struktur der Arzneimittelausgaben übertragen werden. Denn es ist zu vermuten, dass Patienten, die im Umland der KV Hamburg wohnen, zwar eine weite Anreise für spezifische Facharzt-Untersuchungen, etwa Computertomographie, in Kauf nehmen. Die Arzneien für den täglichen Bedarf aber werden ihnen eher von einem wohnortnahen Arzt verschrieben.

**Morbiditätsdaten fehlen:** Da kranke Menschen zumeist mehr Arzneimittel verbrauchen, stellt sich die Frage, ob es eine Konzentration von Patienten mit spezifischen Erkrankungen in einzelnen Regionen gibt. Leider kann diese spannende Frage für Deutschland nicht beantwortet werden, da mit den vorhandenen Sekundärdaten (siehe zum Begriff Sekundärdaten das „Glossar“ auf Seite 41) kein Zusammenhang zwischen Morbidität und Arzneiverbrauch gemessen werden kann. Problematisch sind zudem die von IGES herangezogenen Herstellerumsätze des Instituts für medizinische Statistik sowie die Morbiditätsdaten aus

einem Access-Panel (Befragung von Personen, die dafür zumeist eine Vergütung erhalten – eine Art „Berufsbefragte“). Diese Daten erklären die unterschiedlich hohen Arzneiausgaben nicht, da sie nur eine geringe Allgemeingültigkeit haben und nicht repräsentativ sind. Damit bleiben trotz der aufwändigen IGES-Berechnungen auf der Basis dieser Datenbestände die Ursachen für die regional stark differierenden Arzneiausgaben unklar.

**Epidemiologische Forschung dringend erforderlich:** Insgesamt sieht das WIdO wie auch IGES die mangelnde epidemiologische Datenlage als Problem. Sie erlaubt es nicht, alle Einflussfaktoren in einer multifaktoriellen Studie zu berechnen. Somit kommt das WIdO wie auch IGES zu dem Schluss, dass das vorhandene Informationsdefizit zu Morbiditätsunterschieden oder Umlandversorgungseffekten nur über verstärkte Forschungsanstrengungen verringert werden kann. Ein Klagen über fehlende Daten hilft allerdings nicht weiter, um das brennende Problem einer angemessenen regionalen Verteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel innerhalb der GKV zu lösen.

**Benchmarking nach Einsparpotenzialen:** Wie aber lässt sich das Verordnungsgeschehen transparent und regional vergleichbar machen? Der jährlich erscheinende Arzneiverordnungs-Report (AVR) hat im letzten Jahr erneut ein Einsparpotenzial von 4,1 Milliarden Euro ausgewiesen, würden die Vertragsärzte mehr Generika und weniger Analogpräparate und umstrittene Präparate verschreiben. Das WIdO nutzt seit längerem diese im AVR beschriebenen preiswerteren Substitutionsempfehlungen für einen Benchmarking-Ansatz: Damit ist ein Vergleich von Wirtschaftlichkeitspotenzialen nach KVen unabhängig von regionspezifischen Versorgungsgegebenheiten möglich (*siehe die Abbildungen „Es muss nicht die teure Scheininnovation sein“ und „Generika helfen sparen“*). Dieser Benchmarking-Ansatz macht das Verschreibungsverhalten der rezeptierenden Vertragsärzte unter Ausblendung aller anderen Faktoren, beispielsweise unabhängig von regionalen Morbiditätsunterschieden, transparent. Die Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven bei Generika und Analogpräparaten würde helfen, die regionalen Unterschiede im Verschreibungsverhalten der Ärzte – ohne Qualitätsverlust – auszugleichen. Ergänzend zum Benchmarking gemäß dem Bruttoumsatz je Versicherten wird hier ein weiterer Schritt hin zu mehr Transparenz des Verordnungsgeschehens und zu einer effizienteren Arzneimittelversorgung auf KV-Ebene gegangen.

Offen ist dagegen weiterhin, in welchem Ausmaß sich im Benchmarking gemäß Bruttoumsatz je Versicherten eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung ausdrückt. Für eine Quantifizierung dieser Effekte besteht erheblicher Forschungsbedarf. ♦

**Helmut Schröder** leitet im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) den Forschungsbereich GKV-Arzneimittelindex/Evaluation. **Katrin Nink** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO.

## WEBTIPP

Die kritische Analyse der IGES-Studie durch das Wissenschaftliche Institut der AOK ist im Internet unter [www.wido.de](http://www.wido.de) und dort unter Aktuelles veröffentlicht.

## GLOSSAR

**Analogpräparate:** Eine Substanz mit bekanntem Wirkprinzip und ohne verbessertes Wirkprofil im Vergleich zu bereits auf dem Markt verfügbaren Präparaten. Analogpräparate – sie werden auch Me-toos genannt – sind somit nichts anderes als teure Scheininnovationen.

**Access-Panel:** Befragung, deren Teilnehmer befragungswillige Personen bzw. „Berufsbefragte“ sind, die zumeist eine Vergütung erhalten. Infolge der spezifischen Zusammensetzung der Stichprobe sind die daraus gewonnenen Ergebnisse nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

**Benchmarking:** Eine vergleichende Gegenüberstellung von Kennzahlen, zum Beispiel Pro-Kopf-Ausgabenwerte für Arzneimittel oder Einsparpotenziale. Die Orientierung am jeweils „besten Wert“ des regionalen Benchmarkings würde helfen, die regionalen Ausgabenunterscheide zu verringern.

**Bruttoumsatz:** Arzneimittelumsatz zu Apothekenabgabepreisen inklusive der Zuzahlung und des jetzigen gesetzlichen Sechs-Prozent-Rabatts.

**Generika:** Zweitanbieterprodukte von ehemals patentgeschützten Wirkstoffen. Generika sind nach Art und Menge des Wirkstoffs identisch mit den Originalpräparaten. Sie kommen auf den Markt, wenn der Patentschutz für einen Wirkstoff ausgelaufen ist. Generika sind therapeutisch gleichwertig, in der Regel aber deutlich preisgünstiger als das jeweilige Originalprodukt.

**GKV-Arzneimittelindex:** Forschungsprojekt im Wissenschaftlichen Institut der AOK unter Projekträgerschaft der Kassen-, Ärzte- und Apothekerseite, in dem seit 1980 der deutsche Arzneimittelmarkt untersucht wird, um ihn transparent zu machen. Datengrundlage sind alle vertragsärztlichen Rezepte innerhalb eines Kalenderjahres zu Lasten der Krankenkassen. Davon werden vier Prozent als repräsentative Stichprobe ausgewählt, die dann mit Hilfe der Ausgaben-Statistiken der Krankenkassen hochgerechnet wird. Ab dem Verordnungsjahr 2002 werden sämtliche Rezepte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgewertet.

**Morbidität:** Gesundheitsindikator, mit dem die regionale Häufigkeit von Erkrankungsfällen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum gemessen wird. Gesicherte Erkenntnisse darüber liegen aber für Deutschland nicht vor, im Gegensatz zu den USA, Kanada und Großbritannien.

**Nettoumsatz:** Er ergibt sich dadurch, dass vom Bruttoumsatz der gesetzliche Rabatt in Höhe von jetzt sechs Prozent des Apothekenabgabepreises und die von den Patienten geleistete Zuzahlung abgezogen wird. Beispiel: Bei einem Bruttoabgabepreis von 30 Euro ergibt sich nach Abzug von 1,80 Euro Kassen-Rabatt und fünf Euro Zuzahlung des Patienten ein Nettoumsatz zu Lasten der Krankenkasse von 23,20 Euro.

**Sekundärdatenanalyse:** Nutzung von bereits erhobenen und somit vorliegenden Datenquellen wie AIDS-Register, Todesursachenstatistik oder Befragungsdaten aus anderen Forschungskontexten. Da in einem multifaktoriellen Erklärungsmodell alle Variablen mit allen zusammenhängen können, müssen die Daten an sich allgemeingültig und repräsentativ sein. Darüber hinaus wird ein hohes Maß an Vergleichbarkeit der verschiedenen Datenquellen gefordert.

**Tagesdosis (defined daily dose):** Als Maß für die verordnete Arzneimittelmenge wird in erster Linie die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD) verwendet. Gegenüber anderen Messgrößen wie der Anzahl der abgegebenen Packungen oder dem damit erzielten Umsatz hat die DDD den Vorteil, dass die zeitliche Reichweite eines Arzneimittels anhand einer zuvor festgelegten Wirkstoffmenge direkt gemessen wird. Veränderungen anderer Messgrößen, die ebenfalls dem Einfluss des Ordnungsverhaltens unterliegen – etwa Änderungen der Packungsgrößen, der Dosisstärken oder der Preise – können den in DDD gemessenen Verbrauch nicht verfälschen.

**Umlandversorgung:** Versorgung von Versicherten mit Wohnsitz in einer bestimmten Kassenärztlichen Vereinigung (KV) durch Vertragsärzte mit Sitz in einer anderen KV.

**Validität:** Fähigkeit eines Messinstruments, genau das zu messen, was man zu messen beabsichtigt. Wenig valide wäre es, anhand einer unspezifischen Frage wie „Welche Krankheiten/Beschwerden hatten Sie in den letzten zwölf Monaten?“ einen Rückschluss auf das Vorliegen einer Erkrankung vorzunehmen.