



Health Spotlight

01/09
05.03.2009

medimed
Institut für medizinisch-pharmazeutische Information

ANTWORTEN FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT

Strukturen erkennen - richtige Strategien entwickeln mit Analysen und Hochrechnungen aus prescriber-Daten

Die Veränderungen im Gesundheitswesen bringen eine Vielzahl an Herausforderungen mit sich: Pharmaunternehmen sollen Rabattverträge schließen, Krankenkassen erheben einen Einheitsbeitrag - der zum Ankurbeln der Konjunktur auch noch gesenkt wurde - und sollen gerechter entlohnt werden, indem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend ihrer Versichertenstrukturen erfolgen.

Kann und darf man versuchen, die Zuweisungen zu steuern, indem man sich als Krankenkasse bei der Zusammensetzung des Versichertenpanels verändert? Müssen Zusatzbeiträge erhoben werden, um den Patienten die Leistungen anbieten zu können, die der Wettbewerb fordert? Ist die Lösung ein Zusammenrücken zwischen PKV und GKV - vielleicht sogar ein gemeinsamer Tarif?

Private Krankenversicherungen haben jetzt einen Kontrahierungszwang beim Basistarif. Ärztenetze und Medizinische Gesundheitszentren kämpfen damit, Synergien zu erzeugen, die daraus entstehen sollen, dass Ärzte näher zusammenrücken und gemeinsam Verträge mit anderen Playern im Gesundheitswesen schließen. Selbst der Hausarzt muss sich z.B. überlegen, ob er sich und

seine Patienten in Hausarztverträge oder DMP's einschreibt und damit wenigstens teilweise an neuen, „gerechteren“ Vergütungssystemen teilnimmt. Sparen und Kosten senken sind angesagt. In Kombination mit verbesserten Leistungen ist dies ein schier unmögliches Unterfangen. Das Gesundheitswesen ist hoch komplex geworden und wirft viele Fragen auf: Welche sind die entscheidenden Faktoren, die wirtschaftlichen Erfolg bedeuten? Wie sind die Konsequenzen bei welcher unternehmerischen Entscheidung? Sichern Entscheidungen die Existenz Ihres Unternehmens / Netzes / Verbandes? Können falsche Entscheidungen sogar den Fortbestand gefährden?

Eines ist sicher: Richtungsweisende Entscheidungen können nur auf der Basis valider Informationen getroffen werden. Um schnell reagieren zu können, müssen die Auswirkungen zeitnah verfolgt werden. Im Rahmen der prescriber-Studie (siehe Kasten auf Seite 2) werden monatlich Arzneimittel-Verordnungen, Diagnosedaten, Aut-Idem-Informationen und vieles mehr, zeitnah erhoben. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes und aller anderen gesetzlichen Auflagen stellt Medimed eine Toolbox zur Verfügung, mit deren Hilfe Struktur in das Chaos gebracht wird und die Ihre eigenen Daten ergänzt.



Wichtiger Termin - bitte vormerken

Am **16. Juni 2009** findet in Frankfurt a. M. die **1. Tagung - Gesundheitsökonomie für Leistungserbringer und Kostenträger** mit Beteiligung der Medimed GmbH statt. Es erwarten Sie interessante Themen und hochkarätige Referenten aus Industrie, Kassen, Versicherungen und der Politik. Die Einladungen werden in Kürze versandt.

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Zeiten sind turbulent und ereignisreich geworden - eine Änderung jagt die andere - Rabattverträge, MorbiRSA, Gesundheitsfonds, Hausarztverträge sind nur einige Schlagworte, die das Gesundheitssystem bewegen. Medimed ist seit 10 Jahren ein verlässlicher Partner für mittlerweile 15.500 Ärzte in Deutschland. Die Teilnehmer an unserer prescriber-Studie bekommen regelmäßig ein Datenfeedback, um mehr Transparenz in ihre Arzneimittel-Verordnungen zu bringen und Vorgaben noch besser zu steuern.



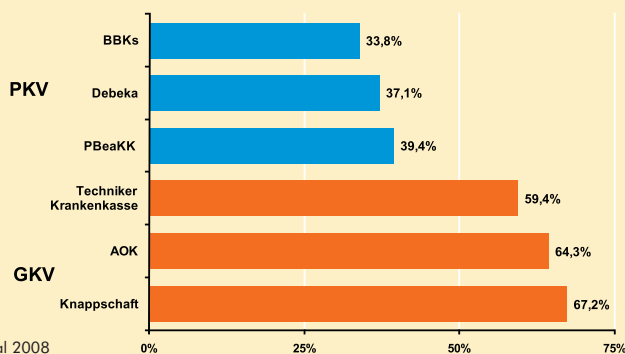
Mit dieser ersten Ausgabe des „Health Spotlight“ geht ein Informationsmedium an den Start, das Sie regelmäßig über neueste Entwicklungen im Gesundheits-

wesen informiert und Möglichkeiten aufzeigt, wie Sie „Licht ins Dunkel“ bringen können.



B. Häusler
Ihr Bernhard F. Häusler

Abb. 1: Generikaanteile ausgewählter gesetzlicher und privater Krankenversicherer (Angaben in %)



Quelle:
prescriber 4. Quartal 2008

Verlässliche Daten für Ärztenetze

Einzigartiges Datenfeedback zur Verordnungsstruktur – jeweils auf KV- und Bundesebene

Vertragliche Kooperationen zwischen Ärztenetzen, Pharmaunternehmen und Krankenkassen bieten allen Beteiligten die Chance, voneinander zu profitieren. Die Einhaltung der geschlossenen Verträge bedarf eines regelmäßigen Reportings für die Vertragspartner. Das stellt Ärztenetze vor das Problem, dass die Mitglieder unterschiedliche Arzt-Praxis-Software benutzen, die Daten also in verschiedenen Formaten vorliegen und oftmals statistisches Know-how zur Auswertung der Daten fehlt.

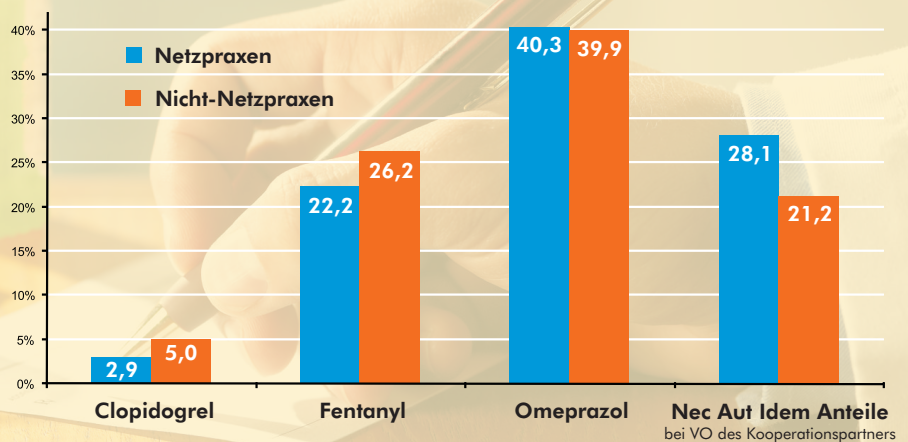
Die prescriber-Studie, seit 10 Jahren am Markt, bietet allen Beteiligten die Möglichkeit, diese Problematik zu lösen (siehe Erläuterungen „Das prescriber Projekt“).

Das Beispiel in Abb. 1 zeigt eine Auswertung für ein Ärztenetz mit 180 Netzmitgliedern. An der prescriber-Studie nehmen 130 Netzmitglieder teil, deren Daten in die Analyse einfließen. Dieses Ärztenetz hat mit einem Pharmaunternehmen einen Kooperationsvertrag geschlossen, der vorsieht, dass bestimmte Präparate des Pharmaunternehmens verordnet werden sollen. Ziel der Auswertung ist es, zu zeigen, inwieweit sich das Verordnungsverhalten der Netz-Mitglieder bei ausgewählten Präparaten von dem Verordnungsverhalten von Nicht-Netzmitgliedern unterscheidet.

Die Auswertung zeigt, dass die Netzärzte – bis auf die Verordnungen beim Wirkstoff Omeprazol – seltener die Präparate des kooperierenden Pharmaunternehmens verordnen als Ärzte, die nicht dem Netz angehören.

Wenn die Ärzte jedoch Präparate des kooperierenden Pharmaunternehmens verordnen, dann sichern sie diese häufiger durch das Setzen des Nec-Aut-Idem Kreuzes ab.

Abb. 1: Anteile der Verordnungen zugunsten des kooperierenden Pharmaunternehmens bei ausgewählten Substanzen (Angaben in %)



Dies macht einen dringenden Handlungsbedarf im Netz deutlich. Mit dieser zeitnahen Information kann der Netz-

vorstand aktiv werden und zielorientiert gegensteuern, um den Kooperationsvertrag mit Leben zu erfüllen.

Das prescriber®-Projekt

Nahezu jede Arztpraxis kann an der prescriber-Studie teilnehmen. Durch die Kooperationen mit fast allen Arzt-Praxis-Software-Anbietern ist die benötigte Schnittstelle bereits in 98% der installierten Systeme integriert - jedoch inaktiviert.

Entscheidet sich ein Arzt für die Teilnahme an der prescriber-Studie, erhält er von seinem Softwarehaus einen Freischaltcode, der die sofortige Teilnahme ermöglicht.

Am Anfang eines jeden Monats erstellt und übermittelt die Arztpraxis den Datensatz für den Vormonat an Medimed. Dies dauert nur wenige Minuten und beeinträchtigt den Tagesablauf nicht. Vier Wochen später erhält der Arzt sein persönliches Datenfeedback, welches eine Übersicht über sein tatsächliches Verordnungsverhalten gibt – jeweils im Vergleich zum KV- und Bundesdurchschnitt.

Besonders für Ärztenetze lohnt es sich, möglichst alle Netzmitglieder in die prescriber-Studie einzubinden: In den meisten Netzen nutzen Ärzte unterschiedlichste Arzt-Praxis-Software. Dies erschwert das Zusammenführen und die Aufbereitung der Daten erheblich. Die Erstellung von Statistiken wird zu einem schwierigen Unterfangen – selbst für Spezialisten. Das Software übergreifende prescriber-System automatisiert diesen Vorgang. Erfahrene Experten werten die Daten aus und liefern den Ärztenetzen fertige, aussagekräftige Analysen.

In den einzelnen Praxen sind keinerlei zusätzliche Softwareinstallationen nötig. Das Netz erspart sich Investitionen wie die Anschaffung eines eigenen Netzservers.

Mehr Informationen erhalten Sie von Tim Ebel, Tel.: 06251 8484-117.

Impressum

Herausgeber: Medimed GmbH
Sitz: Bensheim
Registergericht Bensheim, HRB 25497

Redaktion: Bernhard F. Häusler (verantwortl.),
Jürgen Eberhard, Tim Ebel, Dr. Thorsten Böing

Kontakt:
Jürgen Eberhard: juergen.eberhard@cegedim.com
Tim Ebel: tim.ebel@cegedim.com
Dr. Thorsten Böing: thorsten.boeing@cegedim.com

Copyright: Das Copyright aller in den Heftausgaben und im Online-Spotlight veröffentlichten Artikel liegt beim Herausgeber. Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung der Redaktion und unter Zusendung eines Belegexemplars gestattet. Dieses gilt auch im besonderen für die Verwendung im Internet. Alle Informationen und Angaben im Pharma-Spotlight dienen der Information und wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Für die Richtigkeit, die Aktualität und Vollständigkeit der Informationen und Angaben können weder der Herausgeber noch Dritte die Haftung übernehmen. Alle Angaben und Inhalte sind ohne Gewähr. Irrtum und Änderungen vorbehalten.

medimed
Institut für medizinisch-pharmazeutische Information

Medimed GmbH
Zeppelinstr. 2-4 • 64625 Bensheim
Telefon: 06251 8484-0
Telefax: 06251 8484-422
E-mail: spotlight@cegedim.de
Internet: www.medimed-data.de

cegedim
customer information

Krankenkassen im Spiegel von Rabattverträgen und Originalverordnungen

Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und dem Gesundheitsfonds ist auch für die gesetzliche Krankenversicherung ein neues Zeitalter angebrochen.

Einerseits bewirken diese Veränderungen strategische Neuausrichtungen, wie beispielsweise Krankenkassenfusionen und Kooperationen unter ehemaligen Wettbewerbern. Andererseits zwingen sie zu individueller unternehmensspezifischer Marktanpassung durch Innovation und Bedarfsorientierung.

Elementare Gründe für die Veränderungen im Gesundheitswesen sind die demografische Entwicklung und die wachsende Zahl immer älter werdender Menschen. Sie machen aus der einst beschriebenen „Bevölkerungspyramide“ ein „Bevölkerungspilz“.

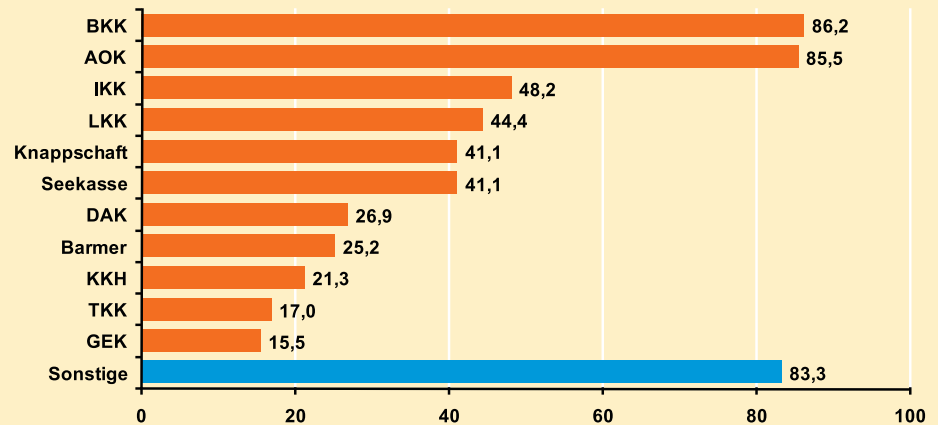
Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird die Einwohnerzahl von derzeit 82,5 Millionen auf ca. 75 Millionen bis zum Jahr 2050 sinken. Das entspricht in etwa der Bevölkerungszahl des Jahres 1963. Zudem werden weniger Kinder auf die Welt kommen, als ältere Bürger sterben.

Konkret bedeutet das, dass im Jahr 2050 über 50% der Bevölkerung älter als 48 Jahre sein werden, 33% sogar älter als 60 Jahre. Diese Altersverschiebung wirkt sich nicht nur wirtschaftlich dramatisch aus, sondern zieht auch gesundheitspolitische und medizinische Konsequenzen nach sich. Die zwangsläufig immer größere Anzahl von Patienten verursacht in der Folge höhere Kosten für das Gesundheitswesen. Allein auf die Diagnose „Arthrose“ fokussiert lässt sich erahnen, welches Patientenaufkommen sich durch diese demografische Entwicklung anbahnt.

Etwa 5 Millionen Menschen in Deutschland leiden derzeit unter arthrotischen Gelenkbeschwerden. Betrachtet man den Zeitraum der letzten Monate, so hatten schätzungsweise 15 Millionen Menschen zumindest zeitweise Beschwerden, wobei es sich um eine gemeinsame Betrachtung von primärer und sekundärer Arthrose handelt. Statistisch gesehen erkranken Frauen ab dem 55. Lebensjahr häufiger als Männer der gleichen Altersgruppe, unabhängig von der Gelenklokalisierung

Abb. 1: Anteil abgeschlossener Rabattverträge (PZN-Basis) an 28.793 zurzeit rabattierten Handelsformen pro gesetzl. Krankenkasse (in %)

Stand: März 2009



Quelle: prescriber 4. Quartal 2008

(Knie-, Hüft-, Handwurzel- oder Fingerendgelenke). Wegen der sich verschiebenden Altersstruktur wird die Häufigkeit der Arthrose in Zukunft zunehmen, die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneimittel werden sich Schätzungen zufolge nahezu verdoppeln.

Rabattverträge mit Pharmaunternehmen sind ein Mittel für die Krankenkassen dieser Entwicklung zu begegnen. Ziel ist es, die Arzneimittelkosten zu senken und dadurch die Marktposition zu stärken. Wie aktiv die einzelnen Krankenkassen dabei sind, veranschaulicht Abbildung 1. Sie zeigt, welche Kassen wie viele Rabattverträge abgeschlossen haben und damit eine betriebswirtschaftlich kalkulierbarere Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen wollen.

Allerdings ist die pure Existenz eines Rabattvertrags noch lange kein Garant dafür, vielmehr entscheiden unter anderem die Konditionen (Mengen-, Abnahme- und Preiskoppelung) darüber, ob sich ein Rabattvertrag für eine Krankenkasse rechnet oder nicht.

Dem „Gesundheitsbarometer 2009“ von Ernst & Young zufolge beklagen 41% der Deutschen eine sinkende Qualität im Gesundheitswesen, obwohl 90% der Befragten die medizinische Versorgung durch ihre Hausärzte als „gut“ bis „sehr gut“ bezeichnen. Bei der Betreuung durch Fachärzte ist das Ergebnis ähnlich hoch, hier sind es 88%. Das insgesamt sinkende Vertrauen der Bundesbürger in das

Gesundheitssystem zwingt Krankenkassen und Krankenversicherungen zu Maßnahmen, die selbigen wieder stärken, andererseits jedoch die Kosten im Griff zu behalten. Kostenträger können sich von ihren Mitbewerbern durch leistungsstarke Versorgungsstrukturen hoher Qualität abheben, die zwar gesundheitsökonomischen Überlegungen unterliegen, jedoch nicht zwangsläufig „billig“ sein müssen.

Kann der Wettbewerb in der Versorgungsqualität stattfinden wie vom Gesetzgeber angestrebt? Die einheitlichen Beiträge im GKV-Bereich limitieren die Möglichkeiten hierzu deutlich. Wer wird der Erste sein, der Zusatzbeiträge erheben muss?

Als unabhängiger Partner im deutschen Gesundheitswesen bildet Medimed das Leistungsportfolio der Krankenkassen und der anderen Marktteilnehmer neutral und transparent ab. Zur Entwicklung von neuen Tarifmodellen und Vorbereitung entscheidender Schritte, wie Kooperationen mit ehemaligen Wettbewerbern, ist es von größter Bedeutung, die dafür nötigen Informationen vollständig einzubeziehen. Benchmarkanalysen, Vergleiche von Patientenstrukturen (z.B. im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA) und Analysen von Marktpotenzialen unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede tragen zur optimalen gesundheitsökonomischen Versorgung bei.

Weitere Fragen zu unserem Analysepotenzial beantworten Ihnen gerne:

Jürgen Eberhard, Tel.: 06251 8484-181
Dr. Thorsten Böing, Tel.: 06251 8484-0



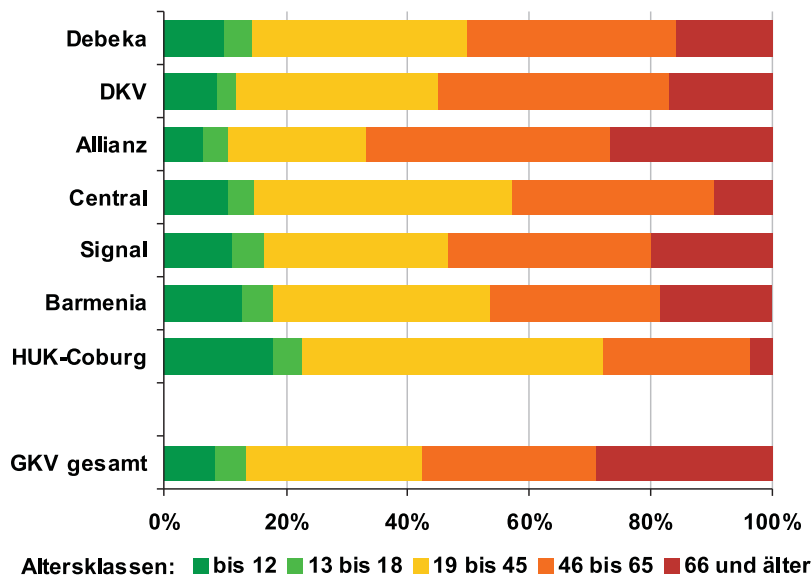
Spotlight auf...

Privatversicherungen

Private Kassen mit Unterschieden bei Patienten-...

Private Krankenversicherungen unterscheiden sich hinsichtlich der Altersstruktur der Patienten. So waren Patienten der HUK-Coburg, die im 4. Quartal 2008 einen prescriber-Arzt besuchten, häufiger in den jüngeren Altersklassen vertreten – Allianz-Versicherte dagegen am häufigsten in den hohen Altersklassen.

Abb. 1: Anteil Patienten nach Altersklassen für ausgewählte Krankenversicherungen

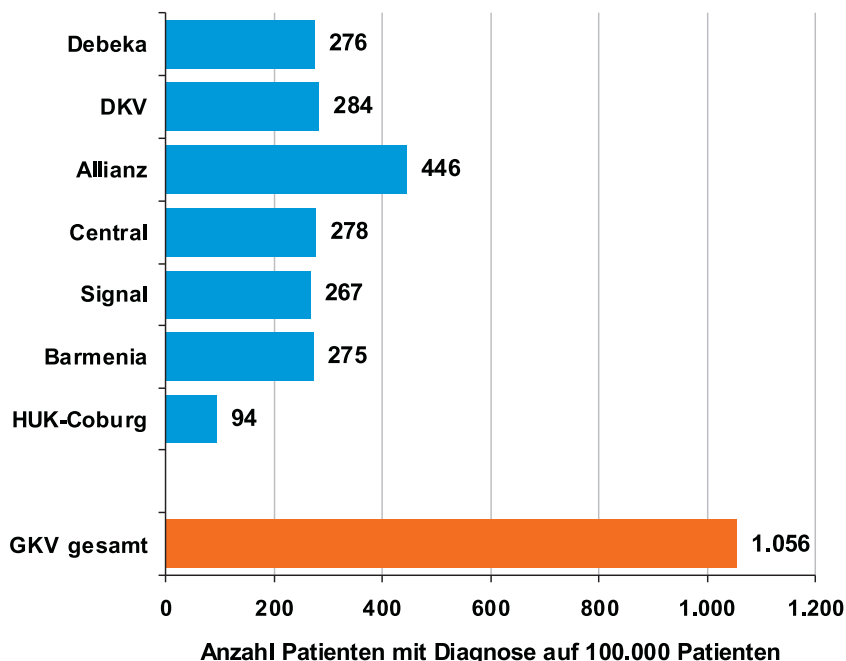


Quelle:
prescriber 4. Quartal 2008

... und Diagnosen-Struktur.

Die Altersstruktur wirkt sich auch auf die Häufigkeit von bestimmten Diagnosen bei den Versicherten aus: Bei 446 von 100.000 Allianz-Versicherten diagnostizierten prescriber-Ärzte eine Nierenfunktionsstörung. Das ist zwar deutlich seltener als bei GKV-Versicherten – aber auch deutlich öfter als bei Versicherten der HUK-Coburg.

Abb. 2: Anteil Patienten mit Nierenfunktionsstörung für ausgewählte Krankenversicherungen



Quelle:
prescriber 4. Quartal 2008