



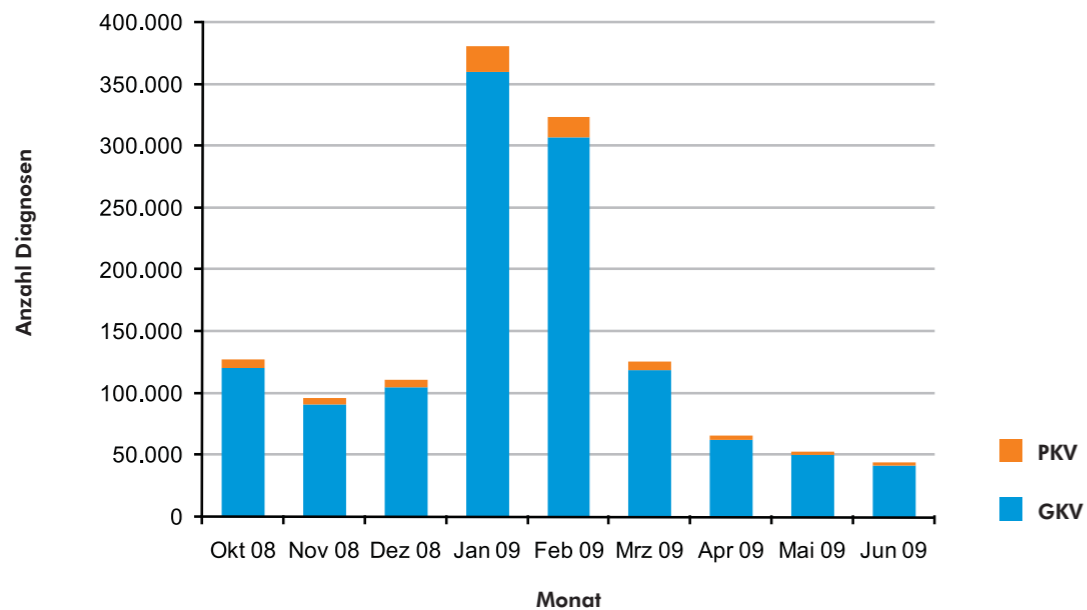
Spotlight auf...

Privatverordnungen

PKV-Patienten seltener mit Grippe-Diagnose ...

Die nachfolgende Abbildung zeigt den zeitlichen Verlauf von Grippe-Diagnosen nach Art der Krankenversicherung des Patienten. Neben dem starken saisonalen Effekt ist deutlich zu erkennen, dass Grippe-Diagnosen bei PKV-Patienten verhältnismäßig selten vorkommen.

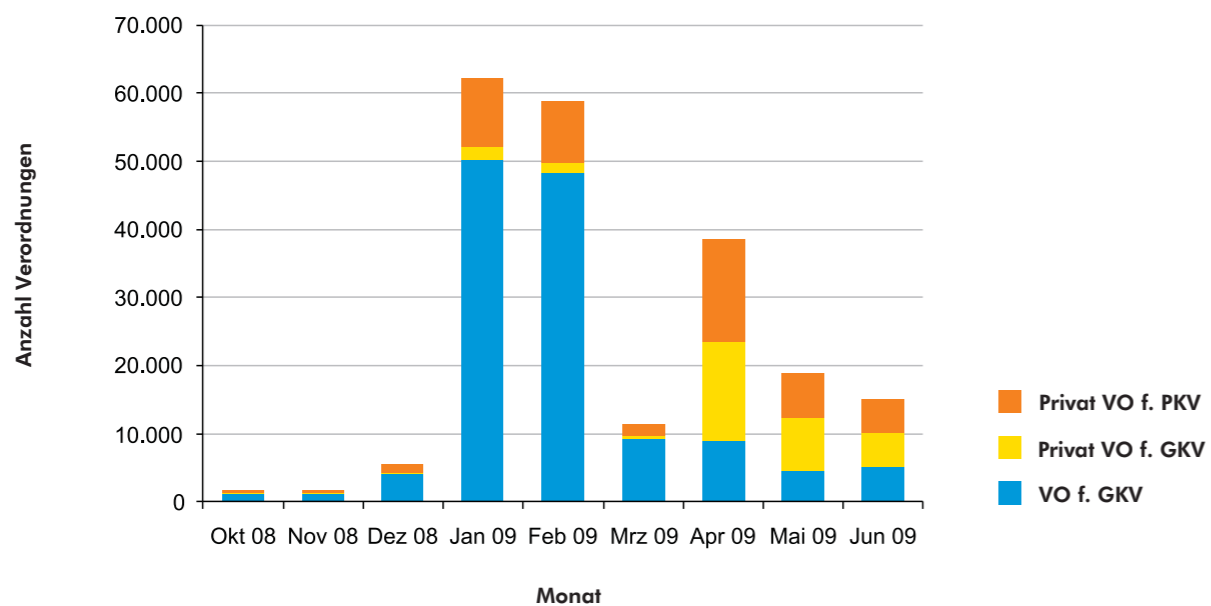
Abb. 1: Anzahl Patienten bei prescriber® mit Grippe-Diagnosen (ICD-10: J09, J10, J11) nach Monaten



... aber häufiger mit Tamiflu®-Verordnung.

Bei Tamiflu®-Rezepten sind die PKV-Patienten im Gegensatz zu der Diagnosen-Auswertung dagegen deutlich überrepräsentiert. Außerdem ist auffällig, dass mit Beginn der verstärkten Berichterstattung über das Virus A/H1N1 ein starker Anstieg bei Tamiflu®-Verordnungen zu verzeichnen war, ohne dass es einen Anstieg bei den Diagnosen gab.

Abb. 2: Anzahl Tamiflu Verordnungen nach Rezeptart und Monaten



Health Spotlight

03/09
10.09.2009

medimed
Institut für medizinisch-pharmazeutische Information

ANTWORTEN FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT

Krankenkassen im Spiegel

Erstes unabhängiges, neutrales Kassen- und Versicherungs-Monitoring

Mit dem quartalsweise aktualisierten „Medimed-Krankenkassen-Spiegel“ ermöglicht Medimed einen schnellen und gezielten Überblick über wichtige Kennzahlen der verschiedenen Kassen und Versicherungen. Neben den Strukturdaten der Krankenkassen und Versicherungen lassen sich im Zeitverlauf auch das Codier- und Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte, die an der prescriber Studie teilnehmen, beobachten.

Gezielte Information immer wichtiger

Spätestens seit Einführung eines einheitlichen Kassenbeitrages ist es wichtig, die Stärken und Schwächen der einzelnen Krankenkassen zu erkennen und diese Information bei anstehenden Entscheidungen heranziehen zu können. Für Versicherte, die sich orientieren wollen, für Ärzte, die ihren Patienten Empfehlungen geben müssen, für Entscheider bei Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen, die Benchmarks benötigen, um die Weichen zu stellen und attraktive Tarife zu

entwickeln und nicht zuletzt für Gesundheitspolitiker, die Umsetzung und Auswirkungen der Gesetze und Richtlinien beobachten und steuern müssen, ist es unerlässlich, ein ständig aktuelles und valides Instrument an der Hand zu haben.

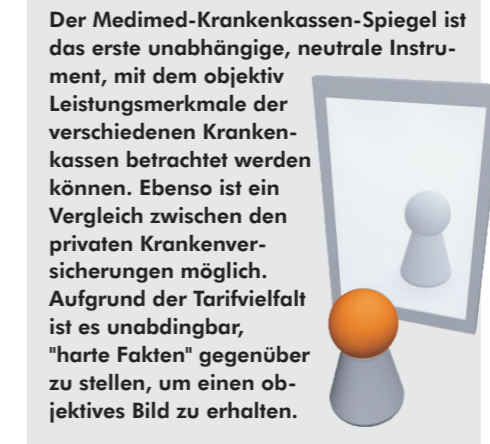
Auswertungsbeispiele

In den beiden Abbildungen auf dieser Seite ist beispielhaft für jeweils 4 ausgewählte Krankenkassen dargestellt wie sich Generikaquote (Abb. 1) und Quote der verordneten innovativen Arzneimittel (Abb. 2) unterscheiden. Beide Grafiken zeigen deutlich, dass es Unterschiede zwischen den verschiedenen Gesellschaften gibt. Eine Auswertung über andere ausgewählte oder alle Krankenkassen ist selbstverständlich möglich und kann den individuellen Bedürfnissen angepasst werden.

Betrachtungen über einen längeren Zeitraum werden zeigen, wie sich politische Entscheidungen auf das Verordnungsverhalten der Ärzte und auf die Codierung der Diagnosen auswirkt. Diese und viele weitere zentrale Fragen gilt es zu beantworten.

Sie interessieren sich für den Krankenkassen-Spiegel? Jürgen Eberhard gibt Ihnen gerne weitere Auskünfte:

Tel.: 06251 84 84-181
juergen.eberhard@cegedim.com

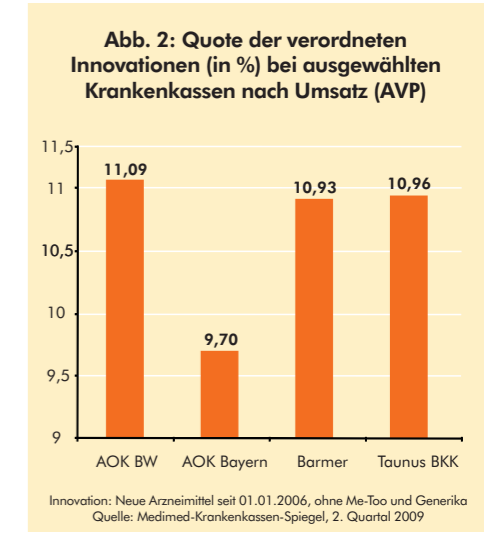
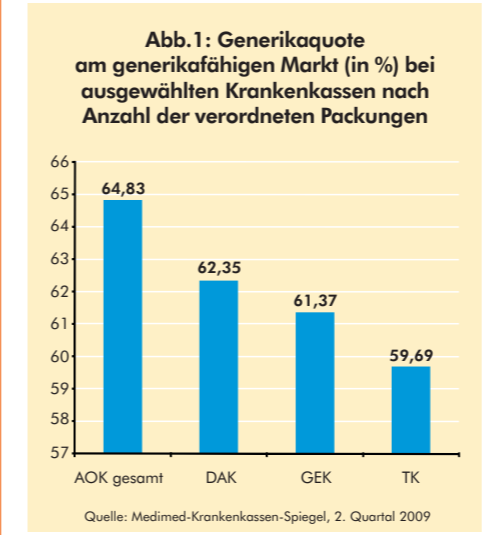


Der Medimed-Krankenkassen-Spiegel ist das erste unabhängige, neutrale Instrument, mit dem objektiv Leistungsmerkmale der verschiedenen Krankenkassen betrachtet werden können. Ebenso ist ein Vergleich zwischen den privaten Krankenversicherungen möglich. Aufgrund der Tarifvielfalt ist es unabdingbar, "harte Fakten" gegenüber zu stellen, um ein objektives Bild zu erhalten.

Inhalte des Krankenkassen-Spiegels

Der Medimed-Krankenkassen-Spiegel wird zukünftig mindestens einmal pro Quartal aktuell herausgegeben und beinhaltet unter anderem folgende Kennzahlen:

- Quote der verordneten Generika pro Krankenkasse
- Quote der verordneten innovativen Arzneimittel pro Krankenkasse
- Quote der verordneten Me-Too-Arzneimittel pro Krankenkasse
- Nec-Aut-Idem-Quote bei Verordnungen zu Lasten bestimmter Krankenkassen
- Patienten-Struktur nach Alter pro Krankenkasse - auch regionalisiert
- Morbiditätsstruktur nach ICD pro Krankenkasse - auch regionalisiert
- der Anzahl der gestellten Diagnosen auf die im MorbiRSA definierten "hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)".



Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

prescriber®-Daten sorgen zeitnah für Transparenz

Der Morbi RSA bringt nicht – wie der Name suggerieren mag – nur Gerechtigkeit, sondern vor allem auch doppeltes Risiko für die Krankenkassen. Das Problem sind die teilweise undurchsichtigen ICD-Codes und die Umsetzung der Codierung durch die Ärzte. Kassen können sich „Durchblick“ verschaffen, indem sie ihre Maßnahmen und deren Auswirkungen im Markt kontinuierlich beobachten. Besonders interessant ist die eigene Entwicklung im Verhältnis zum Wettbewerb. Fragen nach der Struktur der verschiedenen Morbiditätsgruppen pro Krankenkasse – im Verlauf eines Jahres im Verhältnis zum Markt – stehen im Mittelpunkt des Interesses. Die prescriber®-Studie gibt Antworten.

Doppeltes Risiko für Krankenkassen

Mit dem Morbi RSA hat der Gesetzgeber ein Instrument geschaffen, mit dem die Mittel aus dem Gesundheitsfonds gerecht auf die Krankenkassen unter Berücksichtigung der strukturellen Risiken verteilt werden sollen. Der bisherige Ansatz die Kosten zu dämpfen, indem die Kasse sich „gesunde“ Versicherte sucht, ist damit ausgehebelt. Interessant sind seit Einführung des Gesundheitsfonds möglichst (chronisch) kranke Versicherte, die günstig zu therapieren sind und lange leben. Hier steckt das erste Risiko: Passt die Versichertenstruktur der einzelnen Krankenkasse zu diesen neuen Anforderungen? Das zweite Risiko ist die Erhebungsmethode der zugrunde gelegten Kriterien: Ärzte stellen die Diagnosen, die zur „Klassifizierung“ der Patienten führen.

Das eigentliche Problem...

Bisher kam es für Ärzte bei der Codierung der Krankheiten ihrer Patienten nicht so sehr darauf an, den ICD-Code zu wählen, der den Schweregrad der Erkrankung optimal widerspiegelt. Wer den ICD-Schlüssel kennt, weiß

wie schwer es für einen Arzt sein kann, im Praxisalltag den richtigen Code zu finden. In einigen Fällen ist selbst der Text nicht eindeutig oder es gibt keine passende Beschreibung welche die Diagnose wirklich trifft.

... kann teuer werden

Die AOK beschreibt ein Beispiel, an dem die Problematik sichtbar wird: Dialysenkosten werden im Morbi RSA nur berücksichtigt, wenn der Arzt die Codes Z09.0 (Vorbereitung auf Dialyse), Z49.1 (Extrakorporale Dialyse), Z49.2 (Sonstige Dialyse) und Z99.2 (Langzeitige Abhängigkeit v. Dialyse bei Niereninsuffizienz) verwendet. Die Zuweisung wird in diesem Fall voraussichtlich 48.967 Euro betragen. Kodiert der Arzt N18.0 (Terminale Niereninsuffizienz) beträgt die Zuweisung für die Kasse nur voraussichtlich 2.273 Euro. Bei ca. 30% der N18.x Diagnosen wird ICD N18.9 (Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet) codiert. Welcher Anteil davon zu niedrig codiert war wird die Zukunft weisen.

Den Überblick bewahren

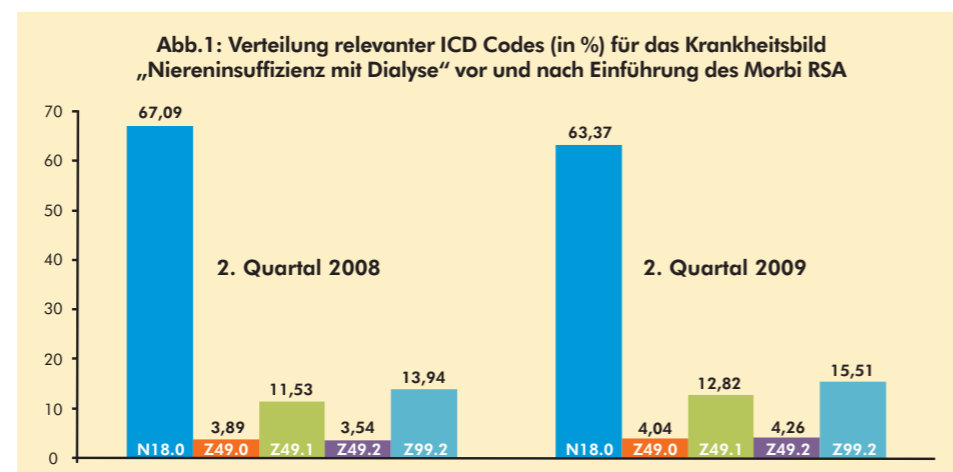
Solche „Schulungsmaßnahmen“ unter Nutzung verschiedener Medien an die Ärzte konnte man in den letzten Monaten im Markt

beobachten. Interessant ist, zu beobachten ob eine Veränderung bei der Codierung stattfindet und welche Aktivität erfolgreich ist und welche nicht. In der Grafik auf dieser Seite sieht man das oben beschriebene Beispiel im Vergleich des 2. Quartals 2008 mit dem 2. Quartal 2009. Tatsächlich nehmen bei der beschriebenen Krankheit die Codes ab, die geringere Zuweisungen aus dem Fonds bringen.

Das Risiko im Griff mit prescriber®

Mit den vorliegenden Daten aus ca. 10.000 Arztpraxen mit ca. 14.000 Ärzten, 11 Mio. Patienten und 40 Mio. Diagnosen pro Quartal ist ein Monitoring der eingeleiteten Maßnahmen genauso exakt möglich wie ein Benchmarking der Wettbewerber im jeweiligen Markt.

Eine weitere Option ist die Beobachtung der Entwicklung bestimmter Diagnosen/Krankheitsbilder in Morbiditätsgruppen, die chronische Erkrankungen einschließen. Antworten auf Fragen zur Anzahl der verordneten Tagesdosen, zur Häufigkeit der gestellten Diagnose (in zwei unterschiedlichen Quartalen pro Jahr) helfen dem Betrachter der jeweiligen Krankenkasse sein Unternehmen im Verhältnis zu den anderen einzuschätzen.



Ende des Blindfluges

Unabhängiges Monitoring sämtlicher Vertragsformen für Ärztenetze

Sowohl Ärztenetze als auch der einzelne teilnehmende Arzt profitieren von den Möglichkeiten, die die prescriber®-Studie bietet: Jeder einzelne erhält für seine Praxis ein Datenfeedback, welches ihm Transparenz über seine Praxis gibt. Das Netzmanagement bekommt die aggregierten Daten aller teilnehmenden Mitglieder und kann so die Entwicklung im Netz beobachten.

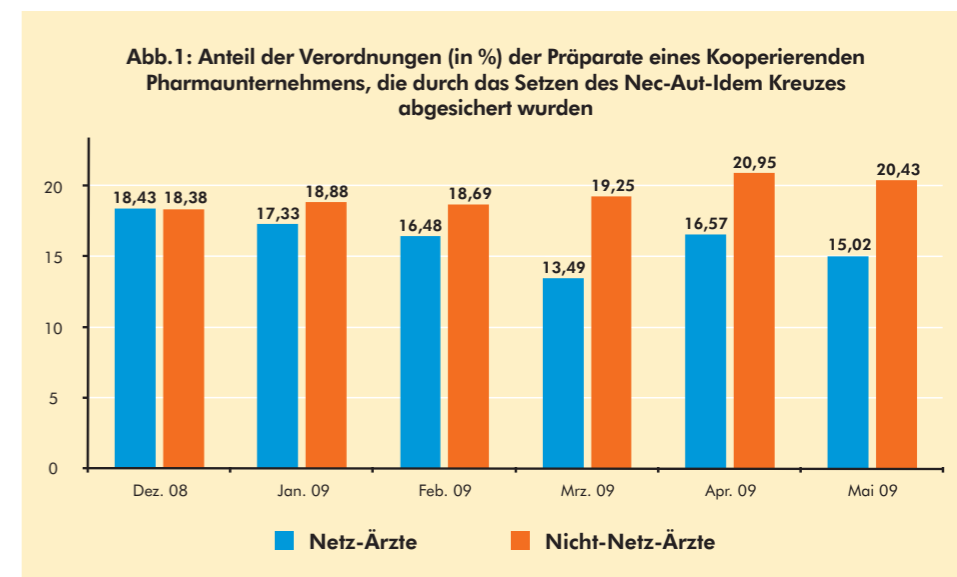
Das Monitoring von Verträgen in den neuen Versorgungsformen wird durch die prescriber®-Studie möglich. Ärztenetze können Vertragspartnern die Umsetzung der Vereinbarungen dokumentieren.

Das regelmäßige monatliche Datenfeedback für den Arzt

Jeder Arzt, der an der prescriber®-Studie teilnimmt, bekommt monatlich ein Datenfeedback, in welchem die Häufigkeit von Diagnosen, Arzneimittelkosten, Altersstruktur seiner Patienten, Generikaquote usw. im Vergleich zur Fachgruppe (auf Netz-, KV-Ebene u. bundesweit) dargestellt wird. Dadurch erhält der Arzt zeitnah einen Überblick über sein Verordnungsverhalten und kann gegebenenfalls noch innerhalb des laufenden Quartals die Entwicklung beeinflussen. Durch die Auswertung der im Erfassungszeitraum gestellten Diagnosen kann die Morbiditätsstruktur der Patientenklientel ermittelt und Besonderheiten herausgefiltert werden. Der Arzt und die Praxis haben in prescriber® ein Instrument mit dem diese Praxisbesonderheiten dokumentieren und Regresse vermeiden können.

Standardisierte Auswertungen für das Netzmanagement

Analog zum Datenfeedback für den einzelnen Arzt, erhält das Netzmanagement die Auswertungen von Arzneimittelkosten, Diagnosen und Altersstruktur regelmäßig über das gesamte Netz. Durch das Software übergreifende System von prescriber® können die Daten aus den verschiedenen EDV-Systemen problemlos zusammengeführt und ausgewertet werden. Diese Form der Datenerhebung ist in der Größenordnung von über ca. 14.000 teilnehmenden Ärzten einzigartig in Deutschland. Für Ärztenetze ist vor allem auch die Morbiditätserfassung der Patienten für die Auflage neuer Pro-



gramme von enormer Bedeutung. Langfristig kann auch die Steigerung der Versorgungsqualität dargestellt werden.

Monitoring von Verträgen

Die langjährige Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Ärztenetzen zeigt wie wichtig eine valide Datengrundlage ist. Zum einen um die Umsetzung bereits bestehender Verträge gegenüber Kostenträgern oder Pharmafirmen darstellen und steuern zu können, zum anderen auch, um eine Datenbasis zu schaffen, die bei den Verhandlungen mit potenziellen Vertragspartnern unterstützend ist. Fragestellungen sind unter anderem:

- Wie kann ich als Netzvorstand oder Geschäftsführung eines Ärzteverbundes gegenüber der Krankenkasse aufzeigen, dass - auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Aspekte - eine hochwertig qualitative, regionale Versorgung der Patienten gesichert ist?
- Welches Entwicklungspotenzial steckt noch in einer Region?
- Wie werden Rabattverträge in den Netzpraxen umgesetzt? (Siehe Beispielauswertung. Die geringe Quote an Absicherung durch Nec-Aut-Idem-Kreuz hat möglicherweise Substitution in der Apotheke zur Folge!)
- Wie ist die Verteilung der Kassenzugehörigkeit der Patienten? Mit welchen Kassen macht es Sinn Verträge abzuschließen?

prescriber®-Daten schaffen Transparenz

Die Medimed-Datenbank verfügt über eine Vielzahl an Informationen, die aussagekräftige Auswertungen, Analysen und Hochrechnungen zu diesen und vielen anderen Fragestellungen ermöglichen. Sowohl der Blick auf einzelne Krankenkassen (Institutionskennzeichen) als auch auf Pharmafirmen und einzelne Produkte (PZN-Ebene) ist realisierbar. Strukturverträge bekommen Transparenz und basieren nicht weiter auf dem „Prinzip Hoffnung“.

prescriber®-Informationen für Netzwerke

Die ständig steigende Anzahl von Ärztenetzen und Qualitätszirkeln, derzeit sind es ca. 700 bundesweit, ist eine Reaktion auf die immer komplexer werdende Situation im Gesundheitswesen. Es zeigt deutlich wie stark der Bedarf nach mehr Informationen für den einzelnen Arzt ist und der Wunsch durch eine Zusammenarbeit Synergien zu erzeugen.

Ziel der meisten Ärzteguppen ist es, unter anderem die Versorgungsstruktur in der jeweiligen Region zu verbessern. Zur Realisierung ist eine enge Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Pharmaunternehmen nicht mehr wegzudenken. Unterschiedlichste Versorgungs- und Kooperationsverträge sind dabei Mittel, dies umzusetzen. Welche Vertragsform ist erfolgreich? Welcher Vertrag erfüllt die an Ihn gestellten Erwartungen nicht?

Mehr Informationen erhalten Sie von:
Ines Wilske, Tel.: 0151 14 85 80 55
ines.wilske@cegedim.com

Impressum

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

Redaktion: Bernhard F. Häusler (verantwortl.),
Jürgen Eberhard, Tim Ebel, Ines Wilske

Kontakt:
Jürgen Eberhard: juergen.eberhard@cegedim.com
Tim Ebel: tim.ebel@cegedim.com
Ines Wilske: ines.wilske@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

