



# Veränderungen im Gesundheitsmarkt

## Medimed-Kennzahlen sorgen für Transparenz

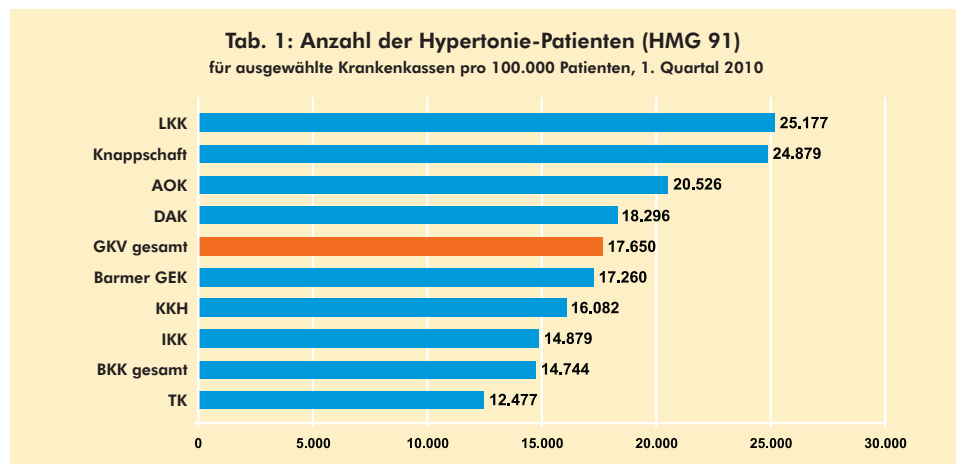
Das Gesundheitswesen hat sich stark verändert. Den Überblick zu behalten und Geschäftsabläufe gezielt zu steuern, ist deutlich komplizierter geworden. Mit dem Rabattvertragsmonitor, dem quartalsweise aktualisierten Medimed-Krankenkassen-Spiegel oder der indikationsbezogenen Studie zur Patienten-Compliance (s. Seite 3) verknüpft Medimed Informationen zu wichtigen Kennzahlen der komplexer werdenden Strukturen.

### Rabattvertragsmonitor

Der Rabattvertragsmonitor ist ein unverzichtbares Instrument, um den Überblick im Vertragsgeschehen nach §130a SGB V zu behalten. Er bildet die derzeit gültigen Rabattverträge - zweiwöchentlich aktualisiert - ab. Beinhaltet sind u. a. die Vertragspartner: Pharmaunternehmen mit Vertragsarzneimitteln, Substanz, Wirkstärke etc. und Krankenkassen mit Patientenpotenzialen im jeweiligen KV-Bezirk.

### Medimed-Krankenkassen-Spiegel

Der Medimed-Krankenkassen-Spiegel ist das erste unabhängige, neutrale Instru-



ment, mit dem objektiv Leistungsmerkmale der verschiedenen Krankenkassen betrachtet werden können. Ebenso ist ein Vergleich zwischen den privaten Krankenversicherungen möglich. Der Medimed-Krankenkassen-Spiegel wird einmal pro Quartal aktuell herausgegeben und enthält u.a. folgende Kennzahlen:

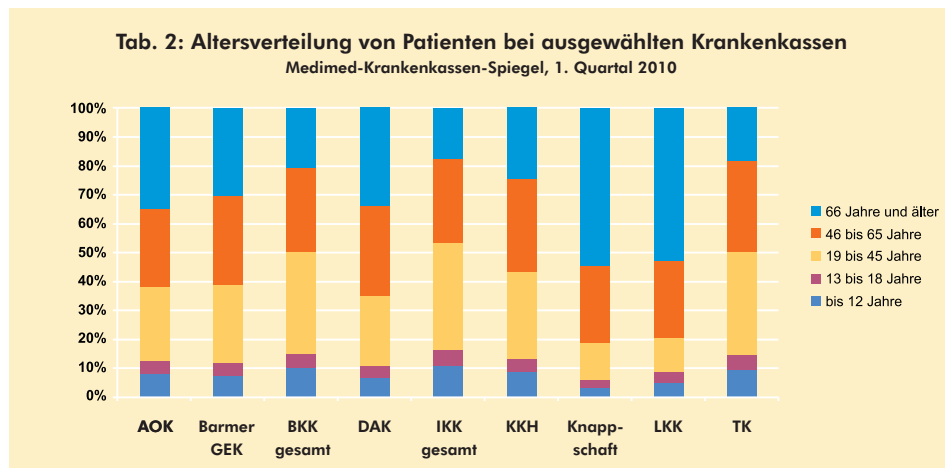
- Generika-Quote pro Krankenkasse
- Me Too-Quote pro Krankenkasse
- Quote der verordneten innovativen Arzneimittel pro Krankenkasse
- Nec Aut Idem-Quote pro Krankenkasse

- Patienten-Altersstruktur pro Krankenkasse - auch regionalisiert
- Morbiditätsstruktur nach ICD pro Krankenkasse - auch regionalisiert
- Morbiditätsstruktur pro HMG pro Krankenkasse

### Medimed-Analysen und Medimed-Hochrechnungen

In Sonderanalysen können weitere interessante, individuelle Informationen dargestellt werden: z.B. im Zeitverlauf das Codier- und Verordnungsverhalten von niedergelassenen Ärzten sowie Entwicklungen von Diagnosen und Verordnungen, differenziert nach Krankenkassen/Privaten Krankenversicherern - auch nach regionalen Aspekten. Diese Informationen können unter zur Hilfenahme statistischer Methoden auch für die Grundgesamtheit „Deutschland“ hochgerechnet werden. Durch die Größe der prescriber®-Stichprobe sind die Ergebnisse absolut valide.

Sprechen Sie uns bitte an:  
Tim Ebel, Tel. 06251 8484-117  
tim.ebel@cegedim.com  
Jürgen Eberhard, Tel. 06251 8484-181  
juergen.eberhard@cegedim.com



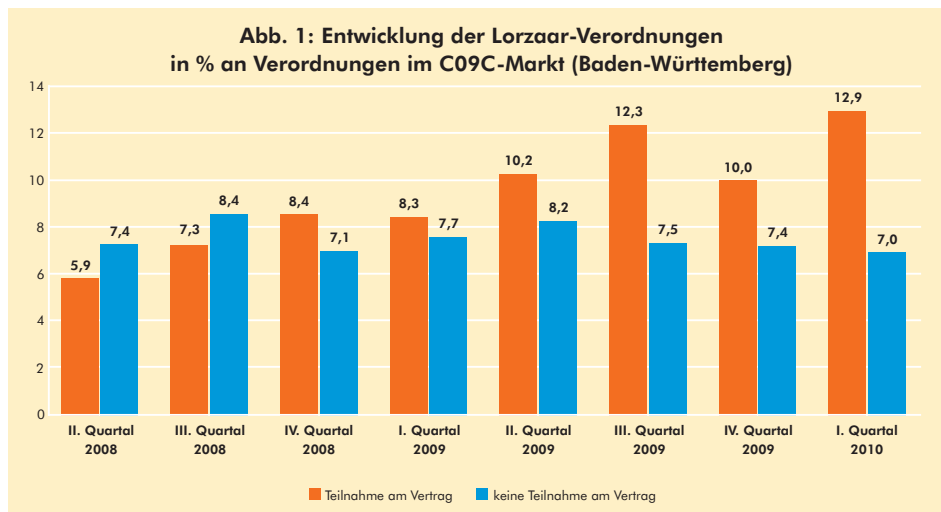
# Evaluation von Selektivverträgen

## Voraussetzungen und Umsetzung

Einer der wesentlichen regulierenden Faktoren im derzeitigen Gesundheitswesen sind Verträge zwischen verschiedenen Marktteilnehmern. Im Sozialgesetzbuch V sind diese Säulen in den §§ 63 (Modellvorhaben), 73b (Hausarztzentrierte Versorgung), 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung), 130a (Rabatte der pharmazeutischen Industrie), 137f (Strukturierte Behandlungsprogramme bei Chronischen Erkrankungen) und 140a (Integrierte Versorgung) festgelegt. Eines gilt für alle diese Verträge: Geschlossene Verträge sind zwar rechtsverbindlich, nicht aber zwangsläufig erfolgreich. Es genügt nicht, Inhalte zu vereinbaren und zu unterschreiben, vielmehr sollte bereits bei Vertragsschluss die Evaluation mit berücksichtigt und geplant werden. Die passende Quelle für die Informationen richtet sich - ebenso wie die Art und Anzahl der benötigten Informationen - nach der Vertragsform und den Vertragsinhalten. Zur Betrachtung von Selektivverträgen mit Ärzten oder Arztgruppierungen werden Daten und Auswertungen aus Stichproben relevanter Größe, die auch regionale valide Betrachtungen und Hochrechnungen zulassen, benötigt. Auswertungen, die sich lediglich aus Abrechnungsdaten ableiten, reichen hier nicht aus, da sie das reale ärztliche Verhalten nicht in ausreichendem Maße widerspiegeln.

### Erfahrungswerte mit Verträgen

Zahlreiche Veröffentlichungen bestätigen und belegen den Erfolg oder Nichterfolg der unterschiedlichen Rabattverträge, je nach Betrachtungsweise und Perspektive. Generikaunternehmen, allen voran der Verband „Pro Generika“, stellen die Umsetzung zumindest als bedenklich dar, während die AOK Baden-Württemberg eine Erfolgsstory skizziert. Es bleibt zu bemerken, dass das



Beobachten dieser Vertragsform relativ einfach ist. Letztendlich geht es bei allen Verträgen darum, die Kosten in der ambulanten medizinischen Arzneimittelversorgung zu senken und möglichst alle Vertragspartner leben zu lassen. Wobei die Prioritäten hier durchaus unterschiedlich gesetzt sind. Man könnte die Evaluation also auf eine reine Kosten-Nutzen-Betrachtung reduzieren; relevant ist naturgemäß für Kassen, was sie für die Arzneimittelversorgung zu bezahlen haben. Die Evaluation von Selektivverträgen steht noch ganz am Anfang - laufen doch größer angelegte Vertragsformen wie die HzV erst seit einigen Monaten - in Baden-Württemberg seit einigen Quartalen.

### Für jede Vertragsform die passende Betrachtungsweise

Im Bereich der Kollektivverträge genügt es, für die erwähnte Kostenbetrachtung die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer heranzuziehen. Letztendlich findet die Umsetzung der Rabattverträge in der Apotheke statt - nicht bei den Ärzten, diese sind auch nicht Vertragspartner. Was Ärzte im generikafähigen Markt verordnen, muss nicht identisch sein mit dem, was in Apotheken am Ende abgegeben und abgerechnet wird.

Lediglich im Bereich der patentgeschützten Medikamente und der Verordnungen, die mit Nec Aut Idem gekennzeichnet sind, dürften die Informationen der unterschiedlichen Datenquellen nahezu identisch sein.

Bei Selektivverträgen nach §73b und c werden Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Ärzten) geschlossen. Gegenstand eines Monitoring muss in diesen Fällen das Ordnungsverhalten der Ärzte und weniger das Abgabeverhalten der leistungserbringenden Apotheken sein. Bei Selektivverträgen spielen die ergänzenden Vertragsinhalte eine entscheidende Rolle, da hier vor allem auch die Qualität der Versorgung im Fokus steht. Die zur Evaluation ausgewählte Datenquelle muss Qualität zusätzlich abbilden können - reine Abrechnungsdaten genügen an dieser Stelle nicht.

### Die geeignete Datenquelle finden

Die Auswahl der Datenquellen, welche zur Betrachtung der Vertragsumsetzung herangezogen werden, kann sich nur danach richten, wer beeinflusst werden soll und vor allem, welche Vertragsinhalte eine Steuerungsfunktion haben.

## 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 Health-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**  
Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

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





# Spotlight auf...

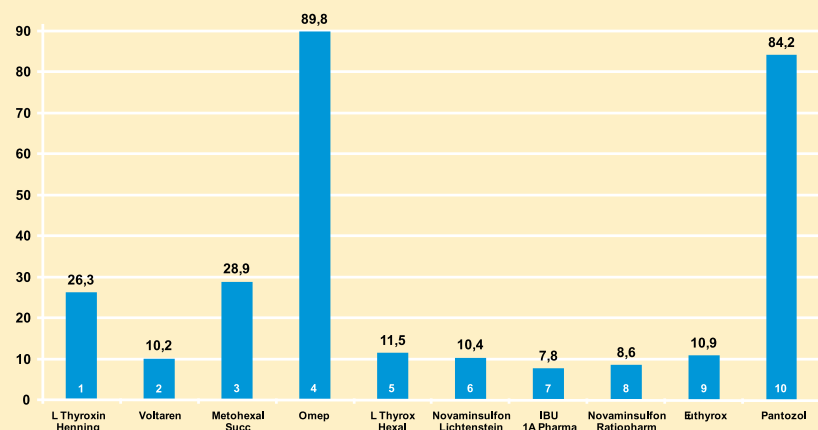
## Privatverordnungen

### Arzneimittel-Kostentwicklung für GKV und PKV

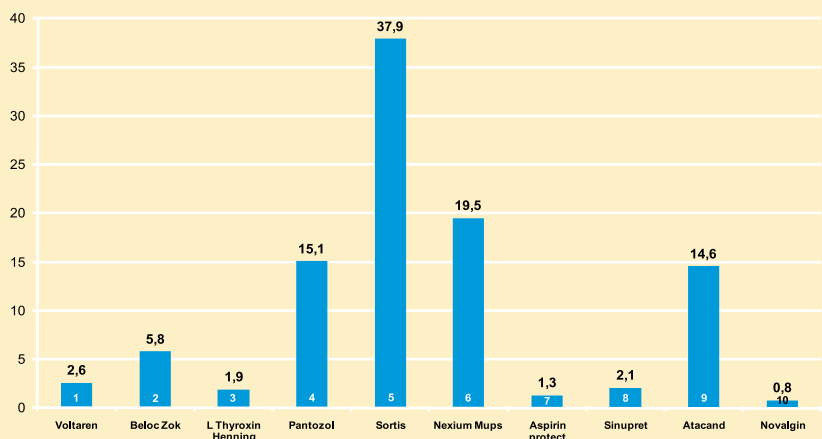
Die Abbildungen 1 und 2 zeigen - bezogen auf den Umsatz nach Herstellerabgabepreis (HAP) - die zehn am häufigsten verordneten Medikamente auf GKV- bzw. auf Privatrezept im Jahr 2009, die zu Lasten der jeweiligen Kostenträger verordnet wurden. In Abb. 1 ist zu erkennen, dass im Jahr 2009 für GKV-Versicherte zu Lasten der gesetzlich Krankenversicherungen - das Medikament L Thyroxin Henning mit 6,8 Millionen Verordnungen das meist verordnete war - Privatverordnungen und grüne Rezepte für GKV-Versicherte sind hier explizit ausgenommen. Abb. 3 zeigt die Entwicklung der Arzneimittelkosten zu Apothekenverkaufspreis (AVP) pro Patient für das 1. Quartal 2010 gegenüber dem 1. Quartal 2009. Sowohl bei den gesetzlich als auch bei den privat Versicherten steigen die Arzneimittelausgaben - im GKV-Bereich etwas stärker als bei der PKV. Bei der Auswertung der Daten wurden Preisabschläge und Rabatte für bestehende Verträge nicht berücksichtigt. Zieht man diese in die Betrachtung mit ein, so würden die Arzneimittelkosten bei den gesetzlich Versicherten deutlich niedriger liegen als in Abb. 3 dargestellt - mit Tendenz nach unten durch höhere Abschläge ab Mitte des Jahres und eine zunehmende Anzahl an Verträgen bei den patentgeschützten Arzneimitteln.

Ihre Ansprechpartner:  
 Ines Wilske, Tel. 0151 14858055  
 ines.wilske@cegedim.com  
 Jürgen Eberhard, Tel. 06251 8484-181  
 juergen.eberhard@cegedim.com

**Abb. 1: Verordnungen für GKV-Versicherte - Umsatz der 10 meist verordneten Präparate**  
 (HAP in Mio. €, 2009)



**Abb. 2: Verordnungen für Privatversicherte - Umsatz der 10 meist verordneten Präparate**  
 (HAP in Mio. €, 2009)



**Abb. 3: Durchschnittliche Arzneimittelkosten pro Patient**  
 (AVP)

