Jürgen Eberhard
Tim Ebel

Evaluation von Selektivverträgen – Voraussetzungen und Umsetzung

Spätestens seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die vertragliche Ausgestaltung der medizinischen Versorgung auf neue Beine gestellt. 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) beschrieben. Mittlerweile, knapp drei Jahre nach Inkrafttreten der Gesetze, sind für alle möglichen Vertragsformen Beispiele oder Umsetzungsversuche im Markt vorzufinden. Die meisten Erfahrungen gibt es im Bereich der Rabattverträge nach §130a zwischen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie und hier vornehmlich der Generikahersteller. Daher liegen auch für diese Vertragsform die meisten Erfahrungswerte und Ergebnisse auch in Form von Datenmaterial vor.

Abstract

Die Entwicklung im Gesundheitswesen beinhaltet als einen der wesentlichen regulierenden Faktoren die Umsetzung von Verträgen zwischen verschiedenen Playern. Verträge laufen nicht von alleine, es genügt nicht Inhalte zu vereinbaren und zu unterschreiben. Bereits bei Vertragsschluss muss die Evaluation mit berücksichtigt und geplant werden, und zwar nicht erst nach 3 Jahren, sondern laufend und begleitend. 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 -gruppierungen werden Daten und Auswertungen aus Stichproben relevanter Größe, die auch regionale valide Betrachtungen und Hochrechnungen zulassen, benötigt. Auswertungen aus Abrechungsdaten reichen hier nicht aus, da sie das ärztliche Verhalten nicht in ausreichendem Maße widerspiegeln.

Keywords

Verträge, Rabattverträge, Selektivverträge, Gesundheitssystem, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Datenquelle, Evaluation

>> 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 mit ihrem Vorreiter Dr. Christopher Hermann eine Erfolgsstory skizziert, mit Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Größenordnungen zwischen 500 Millionen Euro und einer Milliarde Euro pro Jahr. Aus den Reihen der forschenden Pharmafirmen sind unterschiedliche Einschätzungen zur Zukunft der Rabattverträge für patentgeschützte Medikamente zu vernehmen. Einerseits kann dies ein entscheidender Wettbewerbsvorteil gegen Mitbewerber sowohl aus dem Generikaumfeld, als auch bei den anderen patentgeschützten Präparaten sein, andererseits drücken die Rabatte zusätzlich auf den Profit, vor allen nach Verabschiedung des Preisabschlages für die Arzneimittel in Höhe von 16 %. Für Außenstehende ist 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 – wichtig ist für die Kassen, was sie für die Arzneimittelversorgung zu bezahlen haben.

Unterschiedliche Vertragsformen – unterschiedliche Betrachtungsweise?

Im bisher beschriebenen Bereich der Kollektivverträge genügt es, für die erwähnte Kostenbetrachtung die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer heranzuziehen. Letztendlich findet die Umsetzung der Rabattverträge in der Apotheke statt und nicht beim Arzt – diese sind auch nicht Vertragspartner. Was Ärzte im generikafähigen Markt verordnen, muss nicht identisch sein mit dem, was in Apotheken abgegeben und letztendlich abgerechnet wird. Lediglich im Bereich der patentgeschützten Medikamente und der Verordnungen, die mit Nec-Aut-Idem gekennzeichnet sind, dürften die Informationen der beiden unterschiedlichen Datenquellen identisch sein.

Bei Selektivverträgen nach §73b und c werden Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Ärzten) geschlossen. Gegenstand eines Monitorings und/oder einer Evaluation ist in diesen Fällen das Verordnungsverhalten der Ärzte und weniger das Abgabeverhalten der leistungserbringenden Apotheken. Weitere Kriterien sind die ergänzenden Vertragsinhalte – bei Selektivverträgen spielt die Qualität der Versorgung eine zentrale Rolle. Durch Vertragsmischformen und selektive Betrachtungsweisen kann es durchaus Sinn machen, unterschiedliche Datenquellen und Perspektiven zur Evaluation heranzuziehen.

Die Auswahl der richtigen Datenquelle

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. Wie oben bereits beschrieben, ist es zur Evaluation von Rabattverträgen sinnvoll, die Abgabe in den Apotheken auszuwerten, ggf. einen Abgleich zwischen Medikation und Medikamentenabgabe durchzuführen, um bestimmte Mechanismen im Markt zu erkennen und mögliche Beeinflussungsfaktoren in weitere Ausbaustufen der Verträge einzubeziehen.

Zur Evaluation von Selektivverträgen ist es unabdingbar, eine Datenquelle zu wählen, die das Verhalten von Ärzten abbildet und auch die Betrachtung von Entwicklungen auf Patientenebene zulässt, um qualitative Vertragsinhalte wie Entwicklung der Morbidität, Begleitdiagnosen und -medikation usw. abbilden zu können. Weiterhin sollte man darauf achten, dass die Stichprobe groß genug ist, um auch regionale, fachspezifische oder indikationsbezogene Sachverhalte in entsprechender Repräsentativität valide darstellen zu können. Es gibt einige wenige Anbieter im Markt, die ein Ärztepanel unterhalten, in dem relevante Datenmengen erhoben werden. Das größte mit einer Stichprobe von ca. 15.000 teilnehmenden Ärzten (entspricht ca. 15

Konsultation am	02.Feb	07.Apr	20.Apr	12.Mai	10.Juli	13.Aug	07.Okt	24.Nov	27.Nov
verordnete PZN	keine	2754861	keine	keine	keine	2050640	2050640	2754861	keine
Anz. Verordnungen		1				1	1	1	
Nec-Aut-idem		nein				nein	nein	nein	
zu Lasten von		AOK By				AOK By	AOK By	AOK By	
gestellte Diagnosen	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	B90.9	
		D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	D50.8	
		D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	D50.9	
		E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	E04.0	
		E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	E78.5	
		E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	E79.0	
		E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	E89.0	
		F32.9	F32.9	F32.9	F32.9	F32.9			
		F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	F33.2	
		J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	J45.9	
	K59.0								
		M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	M17.1	
		M25.59	M25.59	M25.59	M25.59	M25.59			
									M47.46
		M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	M54.19	
									M81.99

Abb. 1: *Datenerhebung im Detail, Quelle: Medimed*

% der verordnenden niedergelassenen Ärzte) aller Facharztgruppen in allen Bundesländern betreibt die Cegedim-Tochter Medimed. Diese Größenordnung lässt es zu, auch Hochrechnungen in regionaler Aufteilung fachgruppenspezifisch durchzuführen. Wichtig ist auch, dass relevante Informationen umfassend erhoben werden, um möglichst viele Vertragsinhalte detailliert abbilden zu können.

Welche Informationen sind wichtig?

In Abbildung 1 ist beispielhaft zu sehen, wie eine Datenerhebung im Detail aussehen kann, um Vertragsinhalte entsprechend in Auswertungen darstellen zu können. Selbstverständlich richtet sich die Auswahl der in einem ständigen Evaluationverfahren verarbeiteten Informationen stark nach den Vertragsinhalten. Standard sind Strukturparameter der Arztpraxen (Ärzte, Fachgruppen, Praxisgröße usw.) und der Patienten (Alter, Geschlecht, Krankenversicherung und -status usw.), Verträge zur Hausarzt zentrierten Versorgung nach §73b SGB V benötigen zur sinnvollen und morbiditätsorientierten Betrachtung zusätzlich das Merkmal, ob der Arzt am Vertrag der jeweiligen Kasse teilnimmt oder nicht, dasselbe gilt für den erfassten, pseudonymisierten Patienten – ist dieser in den HzV-Vertrag seiner Krankenkas-

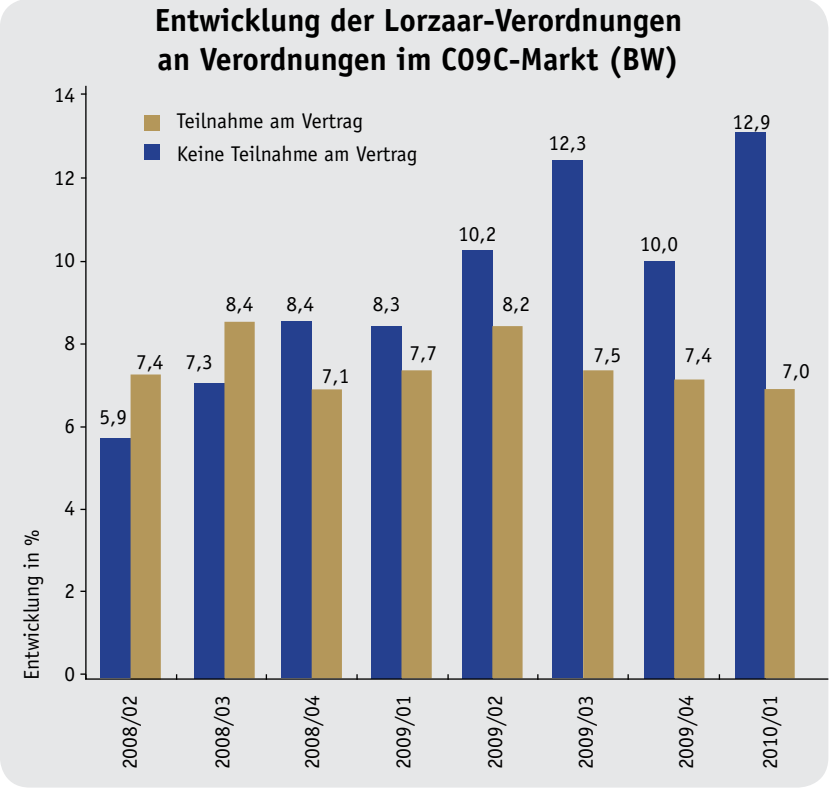


Abb. 2: *Beispiel: Entwicklung der Lorzaar-Verordnungen*

se eingeschrieben oder nicht. Diese Differenzierung lässt Vergleichsgruppen zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Ärzten und Patienten zu. Dadurch ist eine bessere Beurteilung der Entwicklungen bestimmter Parameter und Vertragsinhalte möglich (siehe beispielhaft für das Medikament „Lorzaar" im HzV-Vertrag Baden-Württemberg/ Abb. 2).

Resümee

Die Evaluation von Verträgen ist sehr stark abhängig von den Beeinflussungmöglichkeiten, die sich aus den Vertragsinhalten und den äußeren Umständen ergeben. Wichtig ist - neben der von offiziellen Stellen vorgegeben Bewertung der Selektivverträge nach 3 Jahren – eine ständige Beobachtung der Umsetzung ab Vertragsbeginn. Nur so ist ein rechtzeitiges Erkennen von regulierungsbedürftigen Vertragsbestandteilen und eine Steuerung von Verträgen möglich - für alle Vertragspartner, sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzteverbände und -netze. Ebenso sicher ist, dass - neben der Ausformulierung der Verträge - das ständige, begleitende Monitoring ein maßgeblicher Baustein zur erfolgreichen Umsetzung der Verträge ist. <<

Evaluation of contracts – requirements and implementation

As one of the main factors in German healthcare system contracts between the players in the healthcare market became more important. The benefit which is the expected outcome of these contracts has to be monitored. "Contract-Evaluation" as an ongoing process –beginning with conclusion of the contract- is one of the most important parts to manage and develop contracts for the duration. Depending on the content of the contracts, the adequate data source has to be found – selective contracts with doctors or with doctors associations need a view on practices including diagnosis- and prescription-information - additional professional methods of data aggregation.

Keywords

contracts, discount contracts, healthcare system, data sources, evaluation, data aggregation

Literatur

AOK-BV (2010): Insgesamt eine Milliarde Euro Einsparungen durch AOK-Rabattverträge, in: http://www.aok-bv.de/presse/veranstaltungen/2010/index_02212.html

Braun, G.E. , Güssow, J., Schumann, A., Heßbrügge, G (Hrsg.) (2009): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Hermann, C., Wienands, F. (2008): Das Erfolgsmodell Arzneimittelrabatte. Kostendämpfung und Kostenverantwortung der Krankenkassen, in: Monitor Versorgungsforschung, 01/2008, 1.Jg., S.27-30

Kiewel, A. (2006): Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung: Was bringt das AVWG?, in: Die Krankenversicherung, 58 (1), S. 25-28

Medimed (2010): Veränderungen im Gesundheitsmarkt, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0210.pdf

Medimed (2009): Versorgungsverträge - Die Zukunft mit prescriber® -Daten gestalten, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0409.pdf

Medimed (2009): Krankenkassen im Spiegel, in: http://www.medimed.info/spot/Health_Spotlight_0309.pdf

Orlowski, U., Wasem, J. (2007): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. C.F. Müller, Heidelberg

progenerika (2010): Pro Generika zu behaupteten Milliarden-Einsparungen durch Rabattverträge: Endlich Transparenz schaffen!, in: http://www.progenerika.de/de/presse/2010-02-05.html

progenerika (2010): Pro Generika zu Aussagen des Vorsitzenden des Deutschen Apothekerverbandes. Rabattverträge gefährden Therapiesicherheit, in: http://www.progenerika.de/de/presse/2010-04-28.html

Jürgen Eberhard

ist Betriebswirt und seit über 23 Jahren im Gesundheitswesen in verschiedenen Positionen (u.a. in der Pharmaindustrie) tätig, seit 2005 bei Medimed beschäftigt und zuständig für die Entwicklung neuer Produkte. Mit seinem Team betreut er den Vertrieb von Evaluationsdaten an Krankenkassen/-versicherungen, Verbände und Ärztenetze sowie gemeinsame Projekte mit anderen gesundheitsökonomischen Instituten. Kontakt: juergen.eberhard@cegedim.com



Tim Ebel

ist Diplom-Sozialwissenschaftler und zertifizierter Netzmanager im Gesundheitswesen (IHK). Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen u.a. in der Entwicklung von Möglichkeiten zur Abbildung neuer Vertragsformen im Gesundheitswesen, vor allem für Krankenkassen und Ärztenetze.
Kontakt: tim.ebel@cegedim.com

