

Vom Therapiekonsens zur Einkaufsmacht: Beispiel Medikamente

Wer hat sich nicht schon an hohen Medikamentenpreisen gestossen, konnte aber als Einzelne(r) wenig daran ändern. Ein Hausarztnetz hat da schon mehr Einkaufsmacht, erst recht, wenn mehrere Netze zusammenarbeiten. In einer normalen Marktsituation sinkt bei grosser Menge der Preis. Weshalb sollte das bei Medikamenten anders sein? Und geht wirklich nichts unter dem Ex-factory-Preis? Christian Marti wollte es wissen und konnte in drei Hausarztnetzen die Preise für Protonenpumpenhemmer (PPI) senken – zum Nutzen von Patienten, Versicherern und Netz. Ein Interview.

Christian Marti, als Geschäftsführer der WintiMed AG investierst du zurzeit viel Zeit und Energie ins PPI-Projekt. Worum geht es dabei?

Das Projekt hat drei Stossrichtungen:

- den gezielten Einsatz von Medikamenten. Dies ist der wichtigste Schritt, denn das teuerste Medikament ist das falsch eingesetzte Medikament. Bevor wir überhaupt in Einkaufsverhandlungen eintraten, diskutierten wir deshalb in den Qualitätszirkeln von WintiMed, SäntiMed und MediX



Christian Marti

Zürich Indikationen, Dosierungen und Therapiedauer von Säureblockern.

- den gemeinsamen Einkauf. Für Ärztenetze mit Budgetverantwortung ist es ökonomisch interessant, durch die Wahl einer Vorzugssubstanz und den entsprechenden Grosseinkauf die Kosten für ein häufig verordnetes Therapeutikum senken zu können.
- die gesundheitspolitische. Zurzeit spielt sich die Preisdiskussion bei Medikamenten lediglich auf der Ebene Original-Generikum ab, unter Vernachlässigung der erheblichen Preisunterschiede zwischen den Generika.

Weshalb habt ihr gerade bei den Medikamenten angesetzt?

Wir beobachten mit Sorge die Entwicklung der Medikamentenkosten über die letzten Jahre (*Abbildung*).

Und die neusten Zahlen der Santésuisse zeigen auf, dass 2005 pro Versicherten aus der Grundversicherung durchschnittlich 572 Franken für Medikamente ausgegeben wurden.

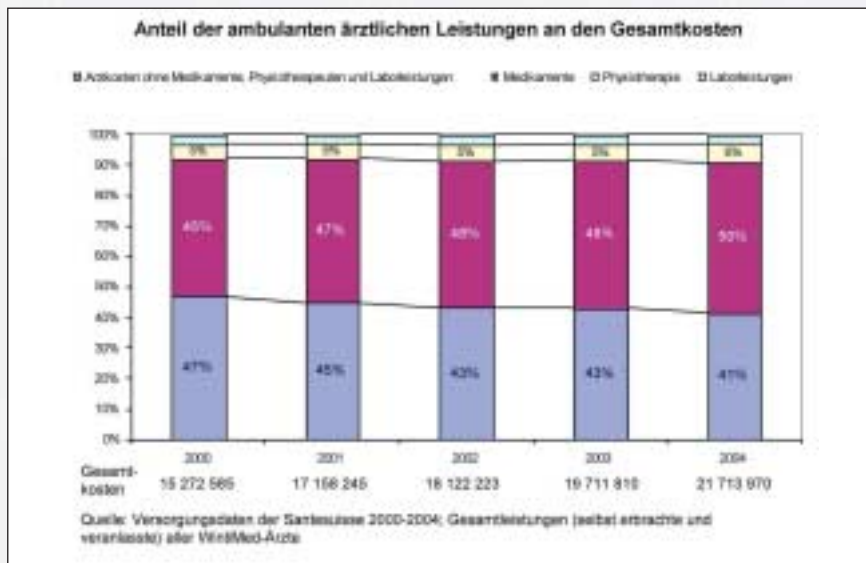
Natürlich haben die Hausärzte nicht alle diese Medikamente selber verordnet, aber in unseren Netzen erstreckt sich die Budgetverantwortung auf alle bei einem Versicherten angefallenen Kosten, wir haben also ein Interesse daran, zumindest in dem Bereich, den wir selber direkt beeinflussen können, den Kostenanstieg zu dämpfen, und zwar unabhängig davon, ob wir selber Medikamente abgeben oder Rezepte dafür ausstellen.

Wie habt ihr das denn angepackt?

Zuerst erarbeiteten wir in unseren Qualitätszirkeln einen Therapiekonsens, analysierten wesentliche und unwesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen PPI und klärten fachliche Fragen mit netzunabhängigen externen Experten. Wir sind zum Schluss gekommen, dass für die grosse Mehrzahl unserer Patienten die verschiedenen PPI medizinisch gleichwertig sind. Daraufhin verhandelte ich im Auftrag der Netze mit verschiedenen Anbietern von Originalpräparaten und Generika. In der Regel hätten die Firmen lieber Fortbildungen unterstützt als einen Rabatt gewährt, aber schliesslich konnte ich den drei beteiligten Ärztenetzen zwei vergleichbar gute Angebote vorlegen, unter denen sie sich für eines entschieden. Auf Anregung eines Kollegen haben wir für die rezeptierenden Netzärzte sogar einen Stempel angefertigt mit dem ausgewählten PPI, um die Compliance beim Rezeptausstellen zu verbessern.

Müssen denn die Kollegen in jedem Fall jetzt ihren PatientInnen diesen PPI schmackhaft machen, auf den ihr euch geeinigt habt?

Wir erwarten, dass alle Kollegen alle ihre mit PPI behandelten Patienten auf die Möglichkeit aufmerksam machen,



auf ein medizinisch gleichwertiges, aber finanziell günstigeres Präparat zu wechseln. Diese Diskussion ist ja 2006 bei allen Patienten, welche ein Originalpräparat erhalten, ohnehin fällig wegen des erhöhten Selbstbehaltes. Im Grossen und Ganzen reagieren die Patienten positiv, weil ihnen die hohen Medikamentenkosten, gerade bei Dauermedikation, auch ein Dorn im Auge sind. Selbstverständlich gibt es immer wieder Einzelne, die nach der Umstellung über eine schlechtere Wirksamkeit oder neue Nebenwirkungen klagen – das nehmen wir ernst und stellen wieder um.

Gibt es denn grosse Preisunterschiede unter den Generikafirmen?

Ja, und zudem sind die Preise (auch der Originalpräparate) neuerdings einem raschen Wechsel unterworfen. Es macht preislich wohl einiges aus, wie viel PR-Anstrengungen eine Generikafirma unternimmt und ob sie einen Aussendienst betreibt oder nicht. Die Frage sei aber erlaubt, ob wir Hausärzte bei einer Generikafirma den wissenschaftlichen Dienst überhaupt brauchen.

Wer profitiert von den ausgehandelten Einsparungen?

Einerseits legt das Heilmittelgesetz fest, dass Vergünstigungen weiterzugeben sind. Andererseits gibt es einen Passus, dass «handelsübliche Rabatte erlaubt»

sind. Wir verfolgen eine konsequente Win-win-Strategie. In erster Linie sind es also der Patient (im Rahmen von Selbstbehalt und Franchise) und seine Versicherung, welche sich über die Vergünstigung freuen können. Einen Teil der ausgehandelten Vergünstigung beanspruchen wir als Netz für die Projektentwicklung und den Projektbetrieb (Verhandlungen, Einkauf von Verschreibungsdaten, Information und Motivation aller beteiligten Netzärzte, Stempel, Auswertungen etc.).

Und der einzelne Netzarzt?

Zunächst einmal kann er seine Indikationsqualität verbessern. Je nach persönlicher Ausgangslage verzichtet der Arzt mit direkter Medikamentenabgabe zwar auf die höhere Marge, die er bei Abgabe eines teureren PPI hätte. In einem Netz mit Budgetverantwortung gibt es aber vielfältige Möglichkeiten, das einzelne Mitglied an einer Einsparung des gesamten Netzes zu beteiligen, zum Beispiel durch die Ausrichtung eines kleinen Bonus proportional zur Anzahl erfolgter Medikamentenumstellungen oder durch Vergütung der Teilnahme an den projektbezogenen Qualitätszirkeln. Unser Ziel ist es, den Zeitaufwand für Systemverbesserungen gleich zu vergüten wie die Sprechstundentätigkeit. Im Rahmen des gesetzlichen Interpretationsspielraumes ist uns Transparenz ein wichtiges Anliegen. Wir wollen und können

zeigen, dass wir unseren Anteil an den Vergünstigungen in die Systemverbesserung investieren.

Patienten, Versicherer und Ärztenetz profitieren also gleichermaßen?

Ja, und diese Win-win-Situation ist zukunftsfruchtig – es reisst sich doch niemand ein Bein aus, um Einsparungen zu erzielen, die nur andern zugute kommen! In diesem Sinn leisten wir auch wichtige praktische Vorarbeit für die Ärzteschaft. Als Unternehmer kämpfen wir für eine faire und transparente Aufteilung der von uns Ärzten erkämpften Vergünstigungen. Für die Versicherer ist unser Projekt ebenfalls interessant, überlegen sie sich doch Massnahmen bei denjenigen Medikamenten, welche jährlich die höchsten Kosten verursachen.

Und was kommt jetzt, nach den Säureblockern?

Wir planen ein ähnliches Vorgehen bei den Statinen, und auch hier von Anfang an netzübergreifend, weil sich der Aufwand für ein einzelnes Ärztenetz nicht rechnet. Hier kommt es uns zugute, dass mehrere Netze mit Budgetverantwortung sich zu MediX Schweiz zusammengeschlossen haben. Der Therapiekonsens bei den Statinen dürfte etwas schwieriger werden – ich kann mir gut vorstellen, dass wir uns schliesslich auf eine Auswahl von zwei Präparaten einigen werden.

Was ist deine Vision, wie es weitergeht?

Mir schwebt ein Paket von Medikamenten vor, für welches die Netze einen Therapiekonsens erarbeiten, damit die jetzt für die PPI eher mühsam aufgebauten Abläufe in Zukunft gleich für eine ganze Gruppe von Substanzen benutzt werden können. Und am einfachsten ginge es halt schon, wenn auch die Ärzte in den Städten selber Medikamente abgeben dürften! ■

Chrigel Marti, besten Dank für das Gespräch.

*Das Interview führte
Fiona Fröhlich Egli*