

Diagnose: Ungebremste Kostensteigerung mit abnehmendem Grenznutzen  
Therapie: Ausschreibung der Langzeitbehandlungen mit Medikamenten

# Gesundheitswesen Schweiz – ein Diskussionsvorschlag aus medizinischer Sicht\*

Albert Wettstein

PD Dr. med., Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich

\* Kommentar von Peter Zweifel auf Seite 1181.

## Diagnostische Fakten 1

### Stetig steigende Gesundheitskosten mit sinkendem Grenznutzen

Die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens steigen seit Jahrzehnten stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Der Anteil der Medikamentenkosten ist seit 30 Jahren etwa konstant geblieben und betrug 2005 12% aller Gesundheitskosten. Von den Kosten der obligatorischen Krankenkasse von Fr. 2700.– pro Einwohner machen die Medikamente 22,2%, d. h. Fr. 600.– pro Einwohner und Jahr aus. Die Medikamente werden zu 31% in der Schweiz und zu 69% im Ausland hergestellt [1].

## Diagnostische Fakten 2

### Bevölkerung wünscht marktwirtschaftliche Strategien

Gemäss Gesundheitsmonitor 2007 (GFS Bern, n=1228) wünschen etwa zwei Drittel der Befragten keine Einschränkung der freien Arztwahl, des Zugangs zu neuen Medikamenten oder des Leistungskatalogs, nur etwa ein Viertel befürwortet mehr staatliche Regulation zu Lasten des freien Marktes [2].

## Diagnostische Fakten 3

### «Pharma-Marketing durch Missinformation und Manipulation»

So titelten Landefeld und Steinman ihren Bericht von Januar 2009 im New England Journal of Medicine (NEJM), wie Neurontin zum Blockbuster durch Parke-Davis und später Pfizer gemacht wurde. Obwohl die staatliche Medikamentenregulationsbehörde eine ausgeglichene Präsentation von Medikamenten vorschreibt und «Off-Label»-Promotionen verbietet, verlangte ein Verkaufsstrategie von seinen Mitarbeitenden: «Wir können nicht warten bis Ärzte uns fragen. Sagen Sie es von Anfang an: Neurontin für Schmerz, für Monotherapie der Epilepsie, für bipolare Störungen, Neurontin für alles und jedes. Jeder Patient soll bis 4800 mg pro Tag aufdosiert werden.» Im Mai 2004 stimmte die Firma – angeklagt für illegales Marketing – einer Vergleichsregelung zu und zahlte 430 Millionen Dollar, um Straf- oder zivilrechtliche Klagen abzuwenden. Teil des illegalen Marketings seien lokale Ärzte gewesen, die rekrutiert, geschult und bezahlt wurden für «Peer-to-Peer-Selling-Programme», sowie akademische Leader und Meinungsmacher, die mit Schulungsstipendien, Forschungsbeiträgen, Vortragsgelegenheiten und

**DX:** Obwohl das Gesundheitswesen höchstens 15% der Volksgesundheit erarbeitet, kostet es einen immer höheren Anteil des Volkseinkommens. Ein unnötig verteuernender Faktor ist die übergrosse Vielfalt der kassenpflichtigen Medikamente, ein anderer das oft durch Missinformation und Manipulation geprägte Pharmamarketing. Internationale Ausschreibungen im Schweizer Gesundheitswesen haben bis zu einem Drittel Preisreduktionen gebracht.

**Rx:** Wir schlagen eine international offene Ausschreibung der 50 häufigsten Langzeitpharmakatherapien vor, wirkungs- und nicht substanzorientiert, entsprechend anerkannter mehrstufiger Behandlungsempfehlungen.

Zu erwarten sind nicht nur Kostenersparnisse durch geringere Medikamentenpreise und -logistikaufwand, sondern auch eine höhere Qualität dank besserer Vertrautheit mit den wenigen kassenzulässigen Therapien mit weniger Komplikationen, Hospitalisationen und Todesfällen wegen Medikamentenproblemen.

Direktzahlungen bis zu 60000 Dollar pro Jahr rekrutiert worden seien. Die Marketingtaktik beinhaltete unter anderem Weiterbildungen, Publikationen und Forschungsprojekte, deren Marketingzweck nicht ersichtlich war [3].

## Diagnostische Fakten 4

### Marketing dank Manipulation – die Zweitgeneration-Neuroleptika-Saga

Dank intensivem Pharmamarketing und ebenso intensiver Ex-cathedra-Meinungsverbreitung der akademischen Lehrer in der Psychiatrie, getrauen wir praktisch tätigen Ärzten kaum mehr, klassische Neuroleptika einzusetzen – weder in der Behandlung von Psychotikern – noch von Geriatriepatienten. Umso erstaunlicher der editoriale Kommentar [4] zu einer Metaanalyse der Zweitgeneration versus Erstgeneration Antipsychotika, die im Januar 2009 im Lancet publiziert wurde. Die Editoren titeln: «Der Pseudofortschritt der antipsychotischen Behandlung». Sie fassen die Metaanalyse so zusammen: «Die Zweitgeneration Antipsychotika sind nicht mehr wirksam, verbessern nicht spezifische Symptome, haben keine eindeutig anderen Nebenwirkungsprofile als die der ersten Generation und sind

- 1 Gesundheitswesen Schweiz. Ausgabe 2007: Interpharma Basel; 2007.
- 2 Pharmamarkt Schweiz. Ausgabe 2008: Interpharma Basel; 2008.
- 3 Landefeld C., Steinmann MA. The Neurontin legassay: marketing through mis information and manipulation. New Engl J med. 2009;360: 103-106.
- 4 Tyrer P, Kendall T. The spurious advance off anti-psychotic drug therapy. Lancet. 2009; 373:4-5.

Korrespondenz:  
Albert Wettstein  
Stadtärztlicher Dienst Zürich  
Postfach 3251  
CH-8021 Zürich

wettstein.albert@zuerich.ch

weniger kosteneffektiv. Die Pseudoerfindung «atypische Neuroleptika» kann nur noch als geschickte Erfindung der Pharmaindustrie für Marketingzwecke beurteilt werden.» [5]. Dass dies kein Einzelfall, kein Sonderfall der Psychiatrie ist, belegt ein Titel aus der Hausarztpraxis vom Sommer 2008: «Therapie des Typ-2-Diabetes: Neue Richtlinien setzen auf alte «Klassiker»». Im Artikel werden die neuen, teuren, breit angepriesenen Glytazone und Glynide nur noch für Ausnahmen und im Allgemeinen die kostengünstigen Klassiker Metformin, Sulfonylharnstoffe und Insulin empfohlen [6].

#### Diagnostisches Faktum 5 Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein

Zwar hält das schweizerische KVG von 1994 in Artikel 32 fest: «Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.» Die mit Originalpräparaten austauschbaren und preisgünstigen Generika haben Preissenkungen in vielen Bereichen der Pharmakotherapie gebracht und dazu geführt, dass der Anteil an Kosten für Medikamente für die Krankenkassen nicht angestiegen ist. Auf Entwicklungen, wie unter Fakten 3 und 4 beschrieben, hat es jedoch bisher keine Wirkung gezeigt. Hier besteht offensichtlich ein Handlungsbedarf und Handlungsspielraum im Sinne von Art. 32, einem der Kerngedanken des schweizerischen Gesundheitswesens, dem alle zustimmen.

Denn tatsächlich hat sich das Angebot der Pharmaindustrie ins Unübersichtliche entwickelt mit ca. 3800 verschiedenen Medikamenten. Schon 1996 hat die Berliner Altersstudie gezeigt, dass 26% der körperlichen Erkrankungen durch Medikamentenfehler entstanden sind [7]. Die Analyse von 28 411 Spitaleintritten von Betagten in Universitätsspitaler ergab, dass 3,4% bedingt waren durch unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten, 1/3 davon waren lebensbedrohlich [8]. Je mehr sich ein jeder beschränkt, desto besser kennt er diese Medikamente und desto preisgünstiger und fehlerärmer werden seine Therapien, wodurch die Lebensqualität der behandelten Patienten steigt [9].

#### Faktum 1 zur Therapie Ein Drittel Kostenersparnis dank internationaler Ausschreibung

Die Pflegezentren der Stadt Zürich mit ihren ca. 1600 Betten erbringen rund 600 000 Pflagetage pro Jahr für pflegebedürftige Alterspatienten, von denen die überwiegende Mehrzahl Inkontinenzmaterial benötigen. Die Pflegezentren entschieden sich für eine offene Ausschreibung im Staatsvertragsbereich, und zwar nicht nur für gewisse Mengen von Produkten, sondern für «einen Einheitspreis zur optimalen, patientengerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Patient/innen in SFR je Pflagetag». Die folgenden Zuschlagskriterien waren a priori festgelegt und entsprechend ihrer Reihenfolge gewichtet wor-

den: Preis, Dienstleistung und Organisation, Sortiments-Breite sowie Qualität. Sieben Offerten wurden eingereicht. Der Preis der teuersten Offerte betrug das 2,5fache der kostengünstigsten. Eine Ersparnis von 1/3 der Kosten bei besserer Qualität und eindeutig geringerem Aufwand für die Pflegezentren wurde erreicht.

#### Faktum 2 zur Therapie Erfolgreiche Ausschreibung auch bei komplexen Produktketten, heterogenen Verordnern und Endverbrauchern

Das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement (GUD) der Stadt Zürich verpflegt ca. 4300 Patienten und einen grossen Teil der ca. 6000 Mitarbeitenden. Obwohl über 100 verschiedene Küchenchefs die Menüplanung machen und von Woche zu Woche saisongerecht Lebensmittel bestellen, schreibt das GUD seit Jahren die Beschaffung der Lebensmittel für seine Betriebe offen gemäss Staatsvertragsrecht aus. Das Prozedere hat sich sowohl für das komplexe Ausschreibungsverfahren als auch für die Bewertung der Offerten sehr bewährt, dank Einbezug der Küchenchefs neben den Betriebswirtschaftlern. Dabei flossen neben Preis- und Qualitätsmerkmalen auch Aspekte wie nachhaltige Produktion und Transport und Lehrlingsausbildung in die Bewertung ein. Dank dem Ausschreibungsverfahren konnten Einsparungen im Lebensmittelbereich von ca. 20% erreicht werden. Durch die Koordination können auch weitere Vorteile wie der Einsatz von Bio-/Fairtrade-Produkten und weitere ökologische Anforderungen definiert werden.

#### Faktum 3 zur Therapie Gesetzliche Anforderungen an Ausschreibung im Sozialversicherungsbereich

Hörgeräte werden von der IV und AHV finanziert. Diese haben die markanten Preisreduktionen anderer Produkte der Elektronikindustrie nicht mitgemacht, was riesige Gewinne der Produzenten ermöglicht. Deshalb beschlossen IV und AHV, die Beschaffung international auszuschreiben. Eine Ersparnis von 20 Millionen Franken wurde erwartet. Dagegen wurde Beschwerde eingereicht und diese mit der fehlenden gesetzlichen Grundlage begründet. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 14.2.2009 die Beschwerde gutgeheissen, es sei eine Veränderung der fraglichen Gesetzesbestimmungen anzustrengen. Dies gilt sicher auch für den KVG-Bereich, Art. 52 KVG und andere Bestimmungen müssten dazu sicher neu definiert werden.

#### Therapeutische Idee 1 Offene Ausschreibungen nach Staatsvertragsrecht von Pharmako- therapien chronischer Erkrankungen

Kostspielig für Krankenversicherer sind nicht vor allem die Medikamente für die kurzfristigen Behandlungen von Akuterkrankungen oder Beschwerden, sondern

5 Leucht S et al. Second-Generation vers. First-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: A meta-analysis. Lancet. 2009;373:31-43.

6 Felix B. CME-Schwerpunkt Therapie des Typ 2 Diabetes: neue Richtlinien setzen auf alte Klassiker. Hausarztpraxis. 2009;1: 14-16.

7 Steinhagen Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU und Baltes PB (Hrsg). Die Berliner Altersstudie Berlin Akademie. 1996:151-183.

8 Agostini JV et al. The relationship between number of medication and weight loss or impaired lanced in older ad olds. J of American Geriatric Society. 2004;52:1719-1723.

9 Morger F, Käser L, Wettstein A. Bessere Lebensqualität geriatrischer Patienten durch weniger Medikamente? Praxis 93. 2004;1485-92.

die oft Jahre bis Jahrzehnte dauernden Behandlungen von chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Epilepsie und von Zuständen wie Hypertonie oder Hypercholosterinämie. Es scheint deshalb aus pragmatischen Gründen – wenigstens für eine erste Phase – sinnvoll, sich auf langfristig zu Behandelndes zu konzentrieren. Ich schlage eine offene Ausschreibung der Pharmakotherapien, je der häufigsten 50 chronischen Krankheiten/Zustände nach Staatsvertragsrecht vor und zwar nicht substanz- und dosisbezogen, sondern wirkungsbezogen entsprechend anerkannten mehrstufigen Behandlungsempfehlungen.

### **Therapeutische Idee 2** **Gesamtschweizerische Ausschreibung für nachhaltige Preissenkung und Qualitätssteigerung**

Um für jeden Patienten, jeden Arzt, jedes Spital und jedes Heim ein übersichtliches und kleines Angebot von Medikamenten mit nachgewiesener Wirkung zur Verfügung zu haben, sollen für die ganze Schweiz nur noch die im Ausschreibungsverfahren als beste beurteilten Langzeittherapien angewendet werden. Nur so kann es zu schweizweiten Einsparungen, ambulant und stationär, kommen. Nur so werden die behandelnden Ärzte und verkaufenden Apotheken wirklich vertraut mit diesen Medikamenten und können eine hohe Wirkung mit wenig unerwünschten Begleiteffekten erzielen. So kommt es nicht nur zur Kostensenkung, sondern auch zur Qualitätssteigerung. Damit es soweit kommen kann, bedarf es sicher einer Revision des KVG, Art. 52, aber auch zusätzlicher Bestimmungen.

### **Therapeutische Idee 3** **Nötiges Expertenwissen bei Ausschreibung und Offertenbeurteilung**

Die Ausarbeitung einer sachgerechten Ausschreibung erfordert neben juristischem und betriebswirtschaftlichem Fachverstand auch pharmazeutisches und im Besonderen fachärztliches Spezialwissen. Für jede der ca. 50 wichtigsten pharmakotherapeutisch behandelbaren chronischen Krankheiten muss eine entsprechende Fachkommission unter der Leitung einer Ausschreibungsfachperson mit 1 bis 2 Pharmazeuten/Pharmakologen, 2 bis 3 Spezialisten (Fachärzte) und 2 bis 3 Grundversorgern mit Interesse im entsprechenden Gebiet vertreten sein. Zuerst ist zu erarbeiten, wie ausgeschrieben wird (vermutlich meist für 3 Schweregrade der entsprechenden chronischen Krankheiten, je nach Bereich mit 0 bis 3 spezifischen Komorbiditäten oder Intoleranzen, eher selten für verschiedene Altersgruppen und spezifische, anders zu behandelnde Unter-Diagnosen). Bei den eingegangenen Offerten ist insbesondere die Evidenz der zur Verfügung gestellten

Wirksamkeits-Nachweise durch Studien kritisch durch die Experten zu prüfen. Entscheidend dabei ist, dass die Experten das nötige (auch statistische) Fachwissen haben, aber völlig unabhängig von der pharmazeutischen Industrie sind. Letzteres ist bei universitären Experten kaum mehr der Fall, da diese auf Drittmittel für ihre Forschungsprojekte von Seiten der Industrie angewiesen sind. Um auch Kliniker mit eigener Praxis einbeziehen zu können, müssen diese Expertenarbeiten gut entschädigt werden, und die Entscheidungsunterlagen müssen durch Vorschriften bei der Ausschreibung im Umfang beschränkt werden (d. h. Metaanalysen statt einer Grosszahl von Einzelpapers). Wahrscheinlich sind pensionierte vitale Chefarzte von nichtuniversitären Kliniken ideale Fachexperten.

Empfehlenswert dürfte sein, dass eine breit zusammengesetzte Kommission aus Vertretungen des Bundes, von Swissmedic, santésuisse und der FMH die für alle 50 Bereiche gültigen Regeln und Selektionskriterien für die Experten ausarbeiten. Eventuell ist es sinnvoll, mit einem Dutzend wichtigster Bereiche zu beginnen.

### **Therapeutische Idee 4** **Kein Perfektionismus sondern die 90%-Regel**

Damit das System nicht viel zu komplex und unübersichtlich wird, muss unbedingt vermieden werden, perfekte Lösungen, die alle Fälle abdecken können, zu erarbeiten. Vielmehr sind Lösungen optimal, die 90% der Fälle abdecken. Für alle andern Fälle soll jeder verschreibende Arzt die Möglichkeit haben, beim vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkasse mit einem einfachen Formular eine Sondergenehmigung für die Kostenübernahme von Nichtvertragsmedikamenten zu stellen.

### **Therapeutische Idee 5** **Kartellrechtliche Erwägungen**

Zu beachten ist dabei aus medizinischer Sicht, dass nur etwa ein Drittel der Medikamente in der Schweiz hergestellt werden. Wichtig ist auch, dass wahrscheinlich für verschiedene Indikationen nicht einzelne Pharmafirmen, sondern (wie bei Grossbaustellen) Konsortien von Firmen Offerten einreichen werden. Dazu kommt, dass alle grösseren internationalen Pharmafirmen in der Schweiz Niederlassungen haben. Zu beachten ist auch, dass der Schweizer Markt international und europäisch relativ klein und für die international tätigen Firmen nicht überlebenswichtig ist. Auch wenn viele einzelne Medikamente in der Schweiz durch das Ausschreibungsverfahren vom Markt verschwinden, entstehen bei weitem noch keine marktbeherrschenden Einzelfirmen oder Kartelle.

## Zu dem vorangegangenen Artikel «Gesundheitswesen Schweiz» von Albert Wettstein: Kommentar aus wirtschaftstheoretischer Sicht

Peter Zweifel

Der Vorschlag von Albert Wettstein geht dahin, die häufigsten Langzeit-Pharmakotherapien auszuschreiben und dem jeweiligen Anbieter mit der günstigsten Offerte den Zuschlag zu geben. Der Gedanke ist den Ökonomen seit rund 20 Jahren geläufig [1] und man kann sich fragen, warum er nicht schon längst von ihnen in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht wurde. Der Grund dürfte darin liegen, dass eine Ausschreibung bzw. Auktion dann Sinn macht, wenn es sich um ein «natürliches Monopol» handelt, das sich nicht aufbrechen lässt. In einem zentralistisch organisierten Gesundheitswesen ist dies beispielsweise das Spital einer Region [2]. Ein typisches Beispiel ausserhalb des Gesundheitswesens ist eine Bahnstrecke, die nur unter Inkaufnahme grosser Nachteile von vielen Betreibern gemeinsam befahren werden könnte. Ob ein «natürliches Monopol» vorliegt, muss gründlich geprüft werden, denn Märkte erbringen dann die besten Ergebnisse, wenn eine Vielzahl von Käufern zwischen einer Vielzahl von Verkäufern wählen kann. Dieser Ausgangspunkt führt unmittelbar zu einer ersten Frage:

### **Trifft es zu, dass es sich bei einem Medikament zur Langzeitbehandlung um ein «natürliches Monopol» handelt, sei es auf der Anbieterseite (Pharmafirmen), sei es auf der Käuferseite (Krankenversicherer)?**

Auf Seiten der Pharmafirmen würde es sich darum handeln, die Forschung und Entwicklung bei einem Unternehmen zu konzentrieren. Dafür gibt es keinen Grund, auch wenn man damit viel Parallelforschung (und -werbung!) einsparen könnte. Es braucht den Wettbewerb als Motor für Innovationen. Doch dasselbe gilt auch auf Seiten der Krankenversicherer als Einkäufer. Sie handeln da wie die Detaillisten, indem sie ein Sortiment zusammenstellen, das vom Kunden bei Bedarf abgerufen werden kann. Man stelle sich vor, wie gut den Konsumenten gedient wäre, wenn von Jelmoli bis Coop alle Detaillisten die genau gleichen Lieferanten hätten. Auch hier braucht es den Wettbewerb, diesmal zur Anpassung der Leistungen an die Wünsche der Konsumenten bzw. Versicherten. Daran schliesst sich eine zweite Frage an:

### **Ist der gemeinsame Einkauf von Medikamenten zur Langzeitbehandlung durch die Krankenversicherer im Interesse der Versicherten?**

Die Antwort scheint ein klares Ja zu sein. Es gibt jedoch zwei Aber: Ob das gemeinsam beschaffte Medikament

in allen Behandlungsfällen dasjenige mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis ist, steht nicht fest. Vernünftigerweise schlägt Albert Wettstein eine 90%-Regel vor – doch die Beweislast im Falle einer Wahl entgegen der Regel wird beim Arzt liegen, der sie möglichst vermeiden dürfte. Das zweite Aber betrifft die Weitergabe der erzielten Einsparungen in den Versicherungsprämien. Nur der Wettbewerbsdruck zwingt die Versicherer (wie alle anderen Anbieter von Leistungen auch), billigere Einkaufspreise an die Kunden weiterzugeben statt in Dinge wie Werbekampagnen oder höhere Saläre zu investieren. Und wenn die Krankenversicherer zwecks Medikamenteneinkauf noch mehr am Tisch der *santésuisse* zusammensitzen, fällt es ihnen leicht, sich auch über die Gestaltung der Prämien abzusprechen. Eine dritte und letzte Frage dreht sich um die längerfristige Perspektive:

### **Für wie lange soll ein Lieferant den Zuschlag erhalten, und wie kann er durch einen Konkurrenten abgelöst werden?**

Die erste Runde einer Auktion zeitigt fast immer günstige Ergebnisse, und die Beispiele von Albert Wettstein sind beeindruckend. Die Probleme liegen bei der Folgerunde. Setzt man sie nach kurzer Zeit an, so hat der jetzige Lieferant wenig Gelegenheit, seinen Aufwand zur Erlangung des alleinigen Lieferrechts wieder hereinzuholen. Dann kann er auch dem Krankenversicherer keinen günstigen Preis offerieren. Garantiert man dem Lieferanten umgekehrt eine lange Vertragszeit, so kann er sehr viel unternehmen um zu verhindern, dass ein Konkurrent das nächste Mal den Zuschlag bekommt. Als Heilmittel wird oft grösstmögliche Transparenz vorgeschlagen – doch die Erfahrungen beim Submissionswesen für öffentliche Bauten zeigen, dass hohe Transparenz die Bildung von Bieterkartellen begünstigt. Man spricht sich ab und sorgt dafür, dass (zu den ja klar definierten Bedingungen) der eine, dann der nächste usw. den Zuschlag erhält.

Insgesamt ist Albert Wettsteins Vorschlag durchaus bedenkenswert. Nur: Die von ihm geforderte gesamtschweizerische Ausschreibung hat längerfristig mehr Nachteile als Vorteile. Die führenden Krankenversicherer sind heute stark genug, um selbst Auktionen durchzuführen; den kleinen kann gestattet werden, sich einem der grossen anzuschliessen. Dann können sich im Wettbewerb jene Ausgestaltungen der Auktionen (vgl. Frage 3) durchsetzen, die günstige Ergebnisse zeitigen, während der Druck zu Weitergabe der erzielten Einsparungen erhalten bleibt.

1 McAfee RP, McMillan J. Auctions and bidding. *J Econ Literature*. XXV1987; (June): 699-738.

2 Mougeot M, Naegelen. Fusing auctions for contracting with hospitals when quality matters. *Intl J Health Care Finance & Econ*. 2003; 3(1):5-24.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. oec. publ. Peter Zweifel  
Sozialökonomisches Institut  
der Universität Zürich  
Hottingerstrasse 10  
CH-8032 Zürich