

Oliver Strehle, Christian Marti

Unausgeschöpftes Potential

Medikamenteneinsatz – qualitativ und wirtschaftlich optimiert

Dank einer Datenanalyse der MedSolution AG können die Ärztenetze mediX zürich, säntiMed und WintiMed bei einer der umsatzstärksten Medikamentengruppe für das Jahr 2008 eine Kosteneinsparung von bis zu 25% nachweisen. Diese Einsparungen sind das Resultat eines Therapiekonsenses, den die Netze in ihren Qualitätszirkeln erarbeitet haben. Mit professioneller Prozessteuerung und Unterstützung von Krankenversicherungen könnten die Netzärzte die von ihnen beeinflussbaren Medikamentenkosten um mindestens 10% senken.

Seit Jahren zählen Säureblocker (PPI) zu den umsatzstärksten Medikamenten in der Schweiz. PPI sind Substanzen, die der Behandlung und Prophylaxe von Sodbrennen, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren dienen. Im Jahr 2005, kurz nach Ablauf des Patentschutzes des ersten Säureblockers (Omeprazol), beschlossen die drei Netze mediX zürich, säntiMed und WintiMed, gemeinsam den Einsatz von Säureblockern zu optimieren. Als erstes diskutierten sie in den Qualitätszirkeln anhand der vorhandenen Evidenz folgende Fragen:

- Wann überhaupt ist ein Säureblocker indiziert?
- Wie lange soll behandelt werden und mit welcher Dosierung?
- Wie weit sind die uns zur Verfügung stehenden Säureblocker medizinisch gleichwertig bzw. austauschbar?

Für die Diskussion der Indikationsqualität sowie der Einsparmöglichkeiten zogen die Qualitätszirkel einen industrieunabhängigen Pharmakotherapeuten (Etzel Gysling) und jene Magendarmspezialisten bei, mit denen die beteiligten Ärzte im Praxisalltag bevorzugt zusammenarbeiten.

Säureblockereinsatz – wirtschaftlich optimiert

Aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz und der Alltagserfahrung kamen die Netze zur Überzeugung, dass im Praxisalltag sämtliche verfügbaren Säureblockersubstanzen (Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Esomeprazol, Rabeprazol) für die grosse Mehrzahl der Patienten medizinisch gleichwertig bzw. austauschbar sind. Sie entschieden deshalb, künftig den kostengünstigsten Wirkstoff – Omeprazol – als Vorzugswirkstoff einzusetzen. Dieser Austausch zweier medizinisch gleichwertiger, chemisch *unterschiedlicher* Wirkstoffe (Esome-



Oliver Strehle



Christian Marti

prazol ersetzt durch Omeprazol) gilt als therapeutische Substitution. Anders als die generische Substitution (Austausch verschiedener Produkte *desselben* Wirkstoffes) ist diese, ökonomisch gesehen, wirksamere Substitution nur den Ärzten erlaubt.

In Ergänzung zur therapeutischen Substitution entschieden die drei Netze, den Vorzugswirkstoff Omeprazol vergünstigt einzukaufen. Im Rahmen der Ausschreibung wurden alle Säureblocker-Hersteller eingeladen, eine Offerte einzureichen, verbunden mit der Zusicherung, dass alle Vergünstigungen transparent zwischen Versicherungen und Netzen aufgeteilt werden. Darauf reich-

Durch die therapeutische Substitution sowie den gemeinsamen Einkauf konnten Einsparungen von bis zu 25 Prozent erzielt werden.

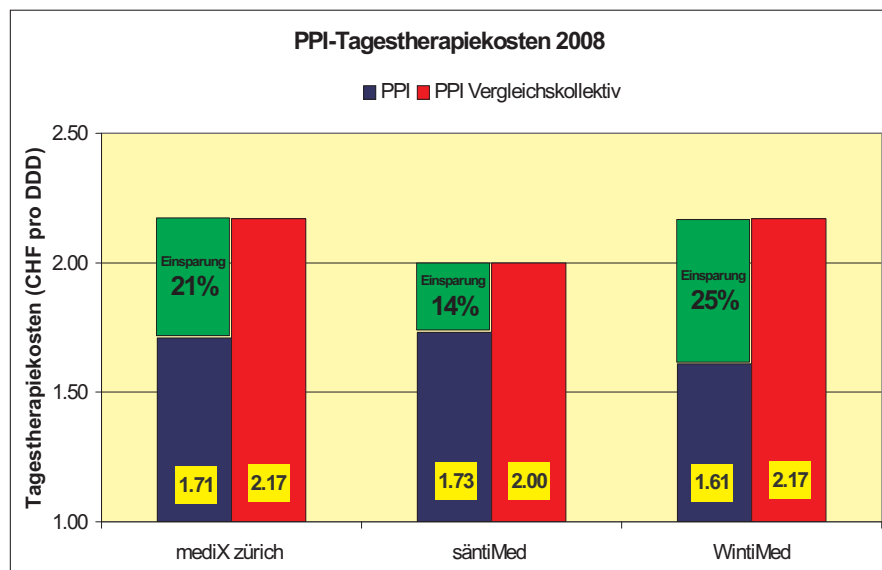
ten mehrere Generikaanbieter (aber kein einziger Originalhersteller) Offerten ein, die Rückvergütungen auf den dokumentierten Umsatz zusicherten. Die Netze entschieden sich für jene Offerte, welche bei konsequenter Umsetzung des Therapiekonsenses die grösste Kostensenkung versprach.

Ergebnisse des Therapiekonsenses

Anhand der Ordnungsdaten aus dem Jahre 2008 können die drei Netze Einsparungen durch die therapeutische Substitution sowie den gemeinsamen Einkauf von bis zu 25 Prozent (Abbildung 1) nachweisen.

Abb. 1

PPI-Tagestherapiekosten 2008.



Berechnungsmethodik der Einsparungen

Als Massstab für die Berechnung der Einsparungen dienen die Kosten pro DDD (Defined Daily Dose / Tagestherapiekosten¹). Die DDD leiten sich aus der ATC-Systematik (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) ab und werden von der WHO, anhand von Herstellerinformationen sowie den in verschiedenen Ländern verwendeten Dosierungen festgelegt [1]. Bei der DDD handelt es sich um eine rechnerische Grösse, die nicht zwingend der tatsächlichen Dosierung entspricht. Seit 1981 empfiehlt die WHO diese Systematik für Arzneimittelverbrauchstudien [2] und sie wird in vielen Ländern, u.a. in Deutschland zur Information über die wirtschaftliche Versorgung von Arzneimittel (SGB V §73 Abs. 8) oder als Grundlage für die Bonus-Malus-Regelung (SGB V §84 Abs. 7a), eingesetzt.

Innerhalb dieses Projekts werden die Kosten pro DDD aus der von der WHO publizierten ATC/DDD-Klassifikation berechnet und einem Vergleichskollektiv gegenübergestellt. Im Vergleichskollektiv sind alle Nichtnetzärzte aus einem Kanton mit derselben Fachrichtung wie im Netz vertreten.

Professionelle Prozesssteuerung

Eine entscheidende Voraussetzung für den Projekterfolg ist eine professionelle Prozesssteuerung, die folgende Prozessschritte umfasst:

- Datenbeschaffung
- Datenanalyse
- Dateninterpretation

¹ Tagestherapiekosten: (Preis in CHF/[Wirkungsstärke × Packungsgrösse/DDD])

Datenbeschaffung

Grundlage für das Projekt sind die Abgabe- und Verschreibungsdaten der Projektärzte. Zu diesem Zweck unterzeichneten die Netzärzte eine Vollmacht, mit der MedSolution die notwendigen Daten einholt. Dieser Schritt muss mit den Projektärzten sorgfältig diskutiert werden, da die Daten eine vollständige Transparenz über das Abgabe- und Verschreibungsverhalten eines Arztes herstellen.

Datenanalyse

Die Datenanalyse unterteilt sich auf die Ebenen Qualitätszirkel und Arzt. Auf der Ebene Qualitätszirkel wird das Abgabe- und Verschreibungsverhalten eines einzelnen Arztes mit den anderen Ärzten der Gruppe verglichen. Ziel dieser Auswertungen ist es, im Groben das Optimierungspotential aufzuzeigen. Wie Abbildung 2 zeigt, besteht innerhalb der Gruppe eine grosse Heterogenität hinsichtlich der Projektumsetzung. Es gibt Praxen mit einer tiefen und solche mit einer hohen Substitutionsquote (Anzahl DDD Vorzugs-PPI/Anzahl DDD aller PPI). Dieses Ergebnis zeigt eindrücklich auf, dass hohe Substitutionsquoten möglich sind. Gleichzeitig führt es innerhalb der Gruppe zu interessanten Diskussionen: «Wie hast Du das geschafft, dass ...?» Wichtig ist es, die Medikamentendaten regelmässig in den Qualitätszirkeln zu diskutieren. Natürlich erfordert dies einen hohen Aufwand, aber es zeigt sich, dass sich hierdurch positive Auswirkungen auf die Qualität und die Kosten der Medikamentenversorgung erzielen lassen [3].

Die Analyse auf Ebene Arzt beleuchtet sein Abgabe- und Verschreibungsverhalten im Detail (Abbildung 3). Das artzindividuelle Verhalten wird dem durchschnittlichen

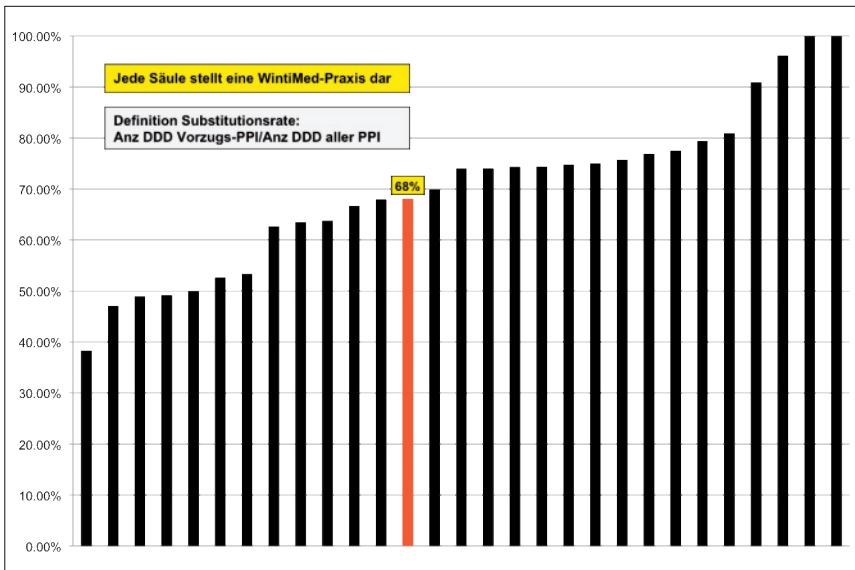


Abb. 2 Substitutionsraten PPI 2008.

Verhalten des Qualitätszirkels gegenübergestellt. Hierdurch ist schnell feststellbar, wie sich das Verhalten des Arztes zum Qualitätszirkel unterscheidet und in welchen Bereichen Optimierungspotential besteht. Da die Erfolgsbeteiligung der Netze von den Kosten pro DDD abhängig ist, werden diese bei der arztindividuellen Analyse ebenfalls ausgewiesen.

Neben der Darstellung des Verhaltens und der finanziellen Auswirkungen werden bei der arztindividuellen Analyse auch qualitative Ergebnisse dargestellt, z.B. der Anteil PPI-Patienten an allen Medikamenten-Patienten (siehe Abbildung 3). Geplant ist, in Zukunft weitere Indikatoren aufzuführen. Eine gute Grundlage bilden die QISA-Indikatoren für die Pharmakotherapie [4].

Dateninterpretation

Die Ergebnisse werden gemeinsam mit den Qualitätszirkeln bzw. dem Arzt analysiert und diskutiert. Auf Basis

der Abgabe- und Verschreibungsdaten aus dem Jahr 2008 wurden die Ärzten gebeten, persönliche Ziele zu formulieren. Die beteiligten Netzärzte sollten erstmals aus ihrer Sicht angeben, wie sie ihr Optimierungspotential im Jahr 2010 besser ausschöpfen können. Es wird sich anhand der Daten 2010 zeigen, welche positiven Auswirkungen diese Zielformulierungen besitzen.

Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen

Im Auftrag der drei Netze mediX zürich, SäntiMed und WintiMed verhandelte MedSolution AG mit diversen Krankenversicherungen Verträge zur Aufteilung der Einsparungen. Nach 1,5 Jahren konnte MedSolution AG für die Netze erste Verträge mit Groupe Mutuel, Helsana, Sanitas, Swica, Sympany und Visana abschliessen. Diese Versicherungen beteiligen die Netze an den erzielten Einsparungen.

Abb. 3 Individuelle Vergleichsanalysen.

Wirkstoff	Praxis (Anteil DDD an Gesamt in %)	Praxiskosten pro DDD in CHF	Netz (Anteil DDD an Gesamt in %)	Netzkosten pro DDD in CHF
Omeprazol, Vorzugshersteller	65,8	1,39	68,0	1,42
Omeprazol, andere Hersteller	0,0	–	3,2	1,60
Pantoprazol	14,0	1,77	22,2	2,05
Esomeprazol	10,1	2,82	3,5	2,86
Lansoprazol	10,1	1,71	2,9	2,08
Rabeprazol	0,0	–	0,2	1,98
Anteil PPI-Patienten an Medi-Patienten	13%	–	11%	–

Hemmnisse für den weiteren Ausbau

Es sei nicht verschwiegen, dass verschiedene Rahmenbedingungen die Weiterentwicklung des Projektes hemmen. Einige davon seien hier speziell erwähnt.

Margenabhängige Medikamentenabgabe

Sie bewirkt durch den packungs- und preisbezogenen Zuschlag, dass mit preisgünstigen Medikamenten weniger zu verdienen ist als mit hochpreisigen. Wie schwerwiegend dieser Systemfehler ist, mag der Vergleich zweier Säureblocker zeigen, die für den Praxisalltag als medizinisch gleichwertig gelten.

	Nexium 20 mg Tabletten 98 Stück	Omeprazol Helvepharm 20 mg Tabletten 98 Stück
Preis/Tablette	Fr. 2.06*	Fr. 1.21*
Marge/Tablette	Fr. 0.45*	Fr. 0.32*
Einsparung Versicherung pro Jahr und Patient	Fr. 311.75	
Einbusse Arzt oder Apotheke pro Jahr und Patient	Fr. 47.00	

*Preis gültig am 31.12.2008

Bis die margenunabhängige Medikamentenabgabe eingeführt wird, wie dies unter anderen die FMH anstrebt [5], ist die Optimierung des Medikamenteneinsatzes für Ärzte nur in Zusammenarbeit mit Krankenversicherungen interessant, die bereit sind, die Ärzteseite am Einsparungserfolg angemessen zu beteiligen um hieraus den systembedingten Margenverlust kompensieren zu können.

Spitäler als Vorreiter für teure Medikamente

Ein weiteres Hemmnis stellt die traditionelle Schrittmacherrolle der Spitäler dar, welche sich auch im Medikamentenbereich auswirkt. Gemäss einer persönlichen Umfrage entliessen im Jahre 2008 alle öffentlichen Spitäler des Kantons Zürich ihre Patienten mit den hochpreisigen Säureblockern Nexium® oder Pantozol®. Bei einer durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer von weniger als einer Woche lohnt es sich für Hersteller hochpreisiger Medikamente, ihre Produkte dem Spital fast gratis anzubieten. Da die therapeutische Substitution ohne den gemeinsam erarbeiteten Therapiekonsens in der Praxis schwierig ist, wird oft die Hochpreisbehandlung in der ambulanten Versorgung über Monate und Jahre weitergeführt.

Rabatte, Sponsoring und Intransparenz

Vielfältig und erfolgreich versucht die Pharmaindustrie, das Abgabe- und Verschreibungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen. Dazu gehören Vergünstigungen aller Art, inkl. Sponsoringgelder und Rabatte für Praxen und Netze. Diese werden meist nicht deklariert, obwohl sie gemäss Heilmittelgesetz Art. 33 den Versicherungen weiterzugeben wären, sobald sie den Betrag von 300.– Franken pro Arzt und Jahr übersteigen (Rechtsauslegung SwissMedic). Im Gegensatz dazu einigten sich Netze und Partnerversicherungen im Rahmen der beschriebenen Projekte auf eine transparente und faire Aufteilung der Vergünstigungen.

Die Kultur der beiläufigen und verborgenen Vergünstigungen kann zu versteckten Loyalitätskonflikten führen, welche die Umsetzung eines netzübergreifenden Therapiekonsenses hemmen.

Unausgeschöpftes Potential

Mehr Partnerversicherungen und mehr Netze für weitere Therapiekonsense: Die Orientierung am Leitmotiv «Nutzen dank Vernetzung» ermöglicht es, das Potential des Projektes zu vervielfachen.

Bereits ist es gelungen, dieses Jahr – neben Groupe Mutuel, Helsana, SWICA und Visana – mit Sanitas und Sympany zwei weitere Partnerversicherungen sowie drei weitere Ärztenetze zu gewinnen.

Ein weiteres Potential besteht im höheren Vernetzungsgrad unter den einzelnen Leistungserbringern. Das PPI-Projekt wurde gemeinsam mit ausgewählten Magendarmspezialisten und in einer Region mit fünf Apothekern umgesetzt. Hier besteht noch grosses Potential mit weiteren Leistungserbringern (andere Fachrichtungen, Spitäler) und stellt nach Ansicht der Autoren eine geeignete «Spielwiese» für das erste Kennenlernen dar.

Einen grossen Einfluss auf den weiteren Projekterfolg wird vor allem in der vertraglichen Einbindung weiterer Krankenversicherungen gesehen. Aufgrund der Margenordnung sollte ein Ärztenetz mindestens eine 70%ige Versichertenabdeckung in der Netzregion erreichen. Gelingt dies nicht, ist die Durchführung der Medikamentenoptimierung für dieses, aufgrund des Margenverlustes der Leistungserbringer, finanziell nicht interessant. Ein grosser Dank geht deshalb an die bisherigen Partnerversicherungen, welche in diesem Projekt ein grosses Potential sehen.

Gelingt es, auf Ebene Netze und Versicherungen eine kritische Grösse zu erreichen, kann die Medikamentenoptimierung auf weitere Indikationsgebiete ausgeweitet werden. Aktuell werden die Grundlagen für einen Therapiekonsens ACE-Hemmer/Sartane erarbeitet. Seit 2007

ist bereits der Therapiekonsens Statine in den drei Projektnetzen umgesetzt.

Der Blick in die Zukunft

Anhand der Wirkstoffgruppe Säureblocker konnte eindrücklich das Potential der Medikamentenoptimierung auf Basis der therapeutischen Substitution aufgezeigt werden. Dieses Potential gilt es auszubauen! Wir haben gelernt, dass dies nicht durch Zwang, sondern nur durch Überzeugung möglich ist. Es müssen die Ärzte in den Qualitätszirkeln vom Projekt überzeugt werden und es bedarf einer regelmässigen Diskussion der Ergebnisse. Finden sich weitere Versicherungen, welche die Netze an den Einsparungen beteiligen, könnte durch diese gemeinsame und innovative Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Netzen und Krankenversicherungen die von den Netzmitgliedern gesteuerten Medikamentenkosten um mindestens 10% reduziert werden.

Literatur

1 Fricke, U., Günter, J., Zawinell, A. (2008): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. ATC-Index mit DDD-Angaben, Bonn, WidO.

2 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD methodology / History, URL: http://www.whocc.no/atc_ddd_methodology/history/ , abgerufen am: 07.07.2010.

3 Wensing, M., Broge, B., Kaufmann-Knolle, P., Andres, E., Szecsemyi, J. (2004): Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact, in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10, 3, S. 457–466.

4 Szecsenyi, J., Broge, B., Stock, J. (2009): Pharmakotherapie, QISA-Indikatoren, Band D, Kompart Verlag.

5 Gähler, E., Marty, I. (2010): Mythen und Fakten zur ärztlichen Medikamentenabgabe, in: *SÄZ 2010*; 91, 1013 ff.

Informationen zur MedSolution AG :www.medsolution.ch.

Korrespondenz:

Oliver Strehle, Dipl. Sozialwirt
Leiter Netzeinkauf & Leistungscontrolling Netze
MedSolution AG, Sumatrastrasse 10, 8006 Zürich
oliver.strehle@medsolution.ch
www.medsolution.ch

Christian Marti, Dr. med.
Leiter gemeinsamer Einkauf
christian.marti@medsolution.ch