



Inhalt

2. Tagung des Forums Gesundheit 2000	1
Eine Zusammenfassung der Debatten	1
Forum Gesundheit 2000, eine Schnittstelle	1
Hin zu einem globalen Ansatz im öffentlichen Gesundheitswesen.....	3
Medikament und optimale Therapie.....	3
Unterschiede zwischen der europäischen und der schweizerischen Gesundheitspolitik	5
Sieben Hauptpunkte	5
Blockaden überwinden.....	7
Die WHO für eine echte Zusammenarbeit	8
Die Akteure des Gesundheitswesens und das Medikament	9
Die Patienten	9
Die Gesundheitsberufe	10
Die Pharmaindustrie	12
Die Krankenversicherer	14
Der Staat.....	17
Der Standpunkt der Redner	21
Fritz Britt: Kein weiteres Expertentum	21
A. Jost: Für eine unabhängige Information	23
Thomas Burgener : Parallelimporte begünstigen	25
Walter P. Hölzle: Die Nationalökonomie in der globalen Vision des Gesundheitswesens	26
Marcel Mesnil: Ein Gleichgewicht zwischen Liberalismus und medizinischer Ethik finden	27
Yves Guisan: Ein einziges Amt für die Arzneimittelfrage	28
Für eine neue Arzneimittelpolitik	31
Die heutigen Mängel	31
Arzneimittleinsatz, Qualität und Information	31
Eine Politik für die Zukunft	34
Die Empfehlungen des Forums Gesundheit 2000	37
Bibliographie	39

**Besser kennen,
besser organisieren,
besser ausbilden,
besser pflegen**

2. Tagung des *Forums Gesundheit 2000*

Eine Zusammenfassung der Debatten

Am 20. Januar 2000 lud die Gruppe *Forum Gesundheit 2000* inmitten einer für die Arzneimittelpolitik entscheidenden Periode, die von den parlamentarischen Debatten über die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und die Einführung des neuen Gesetzes über die therapeutischen Wirkstoffe geprägt war, annähernd 200 Persönlichkeiten aus schweizerischen Gesundheitskreisen zu einer Debatte nach Interlaken ein. Der nachstehende Wortlaut ist eine Zusammenfassung der Empfehlungen der Arbeitsgruppe *Forum Gesundheit 2000* im Bereich der Arzneimittelpolitik sowie der Vorträge der Referenten dieser Tagung, Herrn F. Britt (BSV), Herrn T. Burgener (Kantonsrat, VS), Herrn Y. Guisan (FMH, Nationalrat), Herrn W. Hölzle (VIPS), Herrn A. Jost (IKS) und Herrn M. Mesnil (SAV).

Durch diese Arbeit und die Veranstaltung dieser Tagungen wünscht das *Forum Gesundheit 2000* einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitspolitik und insbesondere der Arzneimittelpolitik zu leisten, indem es ein Forum für eine offene, konstruktive und zukunftsgerichtete Debatte bietet. Tatsächlich durchläuft der Arzneimittelsektor zurzeit eine Periode der Spannungen, die durch wirtschaftlichen Druck, wachsenden Wettbewerb und widerstreitende Auffassungen vom Begriff des öffentlichen Dienstes im Gesundheitswesen entstehen. Zahlreiche Volksinitiativen und parlamentarische Interventionen tragen zu der allgemein herrschenden Verunsicherung bei, indem sie einzelne rasche und sektorale, mitunter auch populistische Lösungen, wie „Für Arzneimittel zu tieferen Preisen,“ vorschlagen.

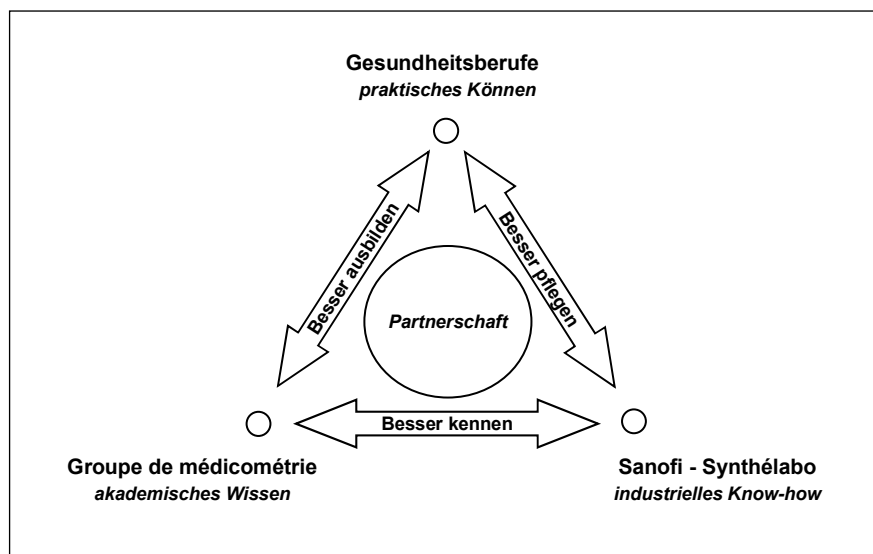
Forum Gesundheit 2000 zufolge ist es mittel- und langfristig zwecklos, simple Lösungen, wie Beschneidung der Margen, Parallelimporte oder die Ermutigung zum Verbrauch weniger teurer Produkte, zu fördern. Diese stossen schnell an ihre Grenzen. Es ist besser, eine globale Politik ins Auge zu fassen, die sich nicht allein auf das Arzneimittel selbst ausrichtet, sondern seinen Verbrauch beeinflusst.

Forum Gesundheit 2000, eine Schnittstelle

Das *Forum Gesundheit 2000* ist eine 1997 ins Leben gerufene Forschungsgruppe für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie, in Partnerschaft gebildet von Sanofi-Synthélabo (Schweiz) AG und der Gruppe Médicométrie der Universität Genf. Es ist ein Ort der freien Diskussion zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens: Offizin- und Spitalapotheker, Vertreter der Patientenorganisation, des Ärzte- und des Apothekervereins, der Krankenversicherer, des Konkordats der Schweizer Krankenversicherer, der Pharmaindustrie, der Wirtschafts- und Sozialforschung. Die ehrenamtlichen Mitglieder äussern sich dort unabhängig und lassen der Gruppe ihre praktische Erfahrung zugute kommen.

Die Arbeitsgruppe *Forum Gesundheit 2000* will berufsständische Spannungsfelder überwinden, um durch gemeinsame Überlegungen zum Aufbau eines besseren und nachhaltigeren Gesundheitssystems beizutragen. In grundsätzlichen Fragen ist schrittweise eine Einigung erzielt worden: Gesundheit ist ökonomisch und sozial gesehen eine Investition, von der die Lebensqualität der Bevölkerung abhängt. Das Gesundheitswesen muss global betrachtet und darf nicht von sektoralen Interessen verzerrt werden; Komplementaritätsdenken muss an die Stelle von Konflikten treten; nur Ausgewogenheit zwischen den Partnern kann das Gesundheitswesen optimieren. Diese Grundsätze findet der Leser im vorliegenden Dokument, das die Arbeit der Gruppe *Forum Gesundheit 2000* im Jahr 1999 und der Tagung vom 20. Januar 2000 in Interlaken zugunsten einer Erneuerung der Schweizer Arzneimittelpolitik bilanziert.

Eine öffentlich-private Partnerschaft für ein besseres und nachhaltiges Gesundheitswesen



Hin zu einem globalen Ansatz im öffentlichen Gesundheitswesen

Das schweizerische System der sozialen Sicherheit gilt qualitativ als eines der besten und leistungsfähigsten der Welt, ist aber mit sehr hohen Kosten verbunden. Versicherte und Versicherer sind immer weniger bereit, Kosten zu übernehmen, deren Nutzen sie nicht einsehen, weil deren Berechtigung nicht nachgewiesen ist oder sonstige Begründungen fehlen. Deshalb müssen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen vermehrt auf erwiesene Wirksamkeit, Sinn und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen achten. Wichtig dabei sind insbesondere objektive Prüfung von Investitionen, Optimierung des Ressourceneinsatzes, Erkennen von Sparmöglichkeiten und Erhöhung der Transparenz bei erbrachten Leistungen.

Berufsständische Strukturen, die handfeste Interessen und fragwürdige Methoden verschleiern, müssen in jedem Berufsstand überwunden werden, um ungerechtfertigte Partikularinteressen, kostentreibende Praktiken sowie irreführende Werbung zu bekämpfen

Das *Forum Gesundheit 2000* lehnt eine defensive Haltung ab und ist offen für neue Lösungen, ohne jedoch die Flucht nach vorne anzutreten. Angestrebt wird vor allem ein Umdenken: Wichtig sind Prozesse und nicht lediglich Produkte, sinnvolle Verwendung und nicht einfach Verschreibung Prävention und nicht nur die Heilung; entscheidend ist das Wohl der Patienten.

Die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens (Public Health), die Verhütung von Krankheiten, medizinische Behandlungen, Nachsorge und Rehabilitation sind die verschiedenen Aspekte der Gesundheitspolitik, die gleichwertig zu berücksichtigen sind. Das *Forum Gesundheit 2000* ist für einen umfassenden Ansatz, indem bei der Förderung der Gesundheitsversorgung, vorbeugende und heilende Behandlungen gleichermaßen zu berücksichtigen sind, ohne die Haushaltszwänge ausser Acht zu lassen.

Medikament und optimale Therapie

Die Arzneimittelpreise machen oft Schlagzeilen. Das hängt damit zusammen, dass sie unmittelbar wahrgenommen werden. Die Fakten sehen jedoch anders aus, als sie in den Medien erscheinen: Arzneimittel machen bei einem Gesamtumsatz von 4,5 Milliarden Franken rund 11% der gesamten Gesundheitskosten aus. Demgegenüber entfallen 50% auf den Spitalbereich. Seit Jahren liegt die Entwicklung der Arzneimittelpreise unter der Teuerungsrate. Die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf diese wirtschaftliche Dimension erleichtert nicht die Berücksichtigung globaler Faktoren bei der Entwicklung der Politik.

Zurzeit schreiben die Bestimmungen über die Selbstkontrolle im Arzneimittelhandel noch einheitliche Vertriebsbedingungen vor. Auch die Margenregelung fällt unter diese Bestimmungen und regelt die Preisbildung. Alle Fachhandels- und Bezugspreise werden heute nach der „Margenregelung“, berechnet und vorgeschrieben. Mit der Einführung des neuen Systems der Margenvergütung in Apotheken an einem Markt, an dem sich der Wettbewerb zunehmend verschärft, dürfte diese Selbstkontrolle vermutlich verschwinden. Diese Entwicklung dürfte die Partner dazu zwingen, sich auf einen rechtlichen Rahmen zu einigen, da die Lage andernfalls Gefahr läuft, in Anarchie auszuarten.

Zur Rolle des Medikaments sind Fragen grundsätzlicher Art zu stellen. Welche Rolle spielt das Medikament im Verhältnis zu anderen Massnahmen in Prävention und Behandlung? Ist es im Sinne des Gesundheitswesens wirksam? Welches Medikament ist unter bestimmten Verwendungsbedingungen am besten geeignet, die Gesundheit wiederherzustellen? Unter welchen Umständen kann das Medikament für die Gesundheit schädlich sein?

Kritisch zu betrachten sind auch Fragen des übermässigen oder aber ungenügenden Einsatzes von Medikamenten (overuse, underuse). Zahlreiche Gesundheitsstörungen sind vorübergehender Natur. Es liegt weder eine eigentliche Pathologie noch eine biomedizinische Funktionsstörung vor, und doch werden dagegen Medikamente eingesetzt. Andererseits wenden sich viele Menschen mit Gesundheitsproblemen nicht an Fachleute, obwohl sie biomedizinische Störungen aufweisen, die unter Umständen mit Medikamenten behandelt werden müssten. Sowohl übermässiger als auch ungenügender Gebrauch müssen erfasst werden, damit das medizinische Leistungsangebot denen zugute kommt, die wirklich fachmännischer Hilfe bedürfen.

Leider gibt es bis heute keine echte Zusammenarbeit bei der Suche nach neuen Methoden zur Ermittlung des echten Bedarfs im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitskonzeptes. Allzu oft verteidigt jeder Akteur seine eigenen Interessen. Immer wieder sucht man die „Schuld,“ bei anderen. Statt einer Zusammenarbeit unter Partnern, um die Leistung im eigenen Bereich optimal zu steigern, belehrt ein Zweig den anderen, wie er auf seinem Fachgebiet besser arbeiten könnte.

Um diesen Teufelskreis gegenseitiger Vorwürfe und allgemeinen Misstrauens zu durchbrechen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Eine echte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Partnern, die sich an klar definierten Gesundheitszielen orientiert, ist unentbehrlich, um die bisherigen Hindernisse zu beseitigen. Das Gesundheitswesen braucht klare Vorschläge und Ziele unter dem Stichwort **optimale Behandlung**. Diese Ziele dürfen keine Zwangsjacke sein, die nur den gegenwärtigen Kenntnisstand berücksichtigt. **Optimal ist eine Behandlung, die dem Patienten und der Gesellschaft die langfristig wirksamste Lösung garantiert**, sowohl kosten- als auch erfolgsmässig.

Unterschiede zwischen der europäischen und der schweizerischen Gesundheitspolitik

Alle europäischen Länder bemühen sich seit Anfang der neunziger Jahre, mit einer neuen Gesundheitspolitik die Kostenexplosion zu dämpfen und eine bessere Relation zwischen den eingesetzten Mitteln und dem Erfolg des Gesundheitswesens herzustellen. Angesichts oft enttäuschender Ergebnisse muss eher von Experimenten als von bewährten Modellen gesprochen werden, zumal viele Lösungen auf einen Bruch mit den Methoden der letzten Jahrzehnte hinauslaufen. Die Schweiz bildet keine Ausnahme; auch sie sucht nach neuen Regeln, die allzu oft an ihre Grenzen stossen und die Akteure des Gesundheitswesens in einen Zustand der Verunsicherung versetzen. Insbesondere ist die Arzneimittelpolitik in ein hoffnungsloses Durcheinander aus widersprüchlichen Entscheidungen verstrickt, die sich aus unübersichtlichen Kompetenzen und Vorrechten ergeben, aus dem Nebeneinander verschiedener Stellen auf Bundes- und Kantonsebene: Bundesamt für Sozialversicherung, Wettbewerbskommission, Arzneimittelkommission und IKS, Krankenversicherer ...

Sieben Hauptpunkte

Eine Übersicht über die neuen europäischen Lösungen (Deutschland, Frankreich, Spanien, Grossbritannien, skandinavische Länder, Italien) zeigt sieben Gemeinsamkeiten:

- Selbstregulierung durch den Markt als Ergänzung der staatlichen Aufsicht
- Dezentralisierung der Entscheidungsträger und der Verantwortlichkeiten
- Zielsetzungsverträge zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens und dem Staat
- mikroökonomische Organisationsstrukturen wie Pflegenetze, Spitalnetze, Qualitätszirkel
- Eigenverantwortung der Akteure
- Rationalisierung der Ausgaben
- Qualität der medizinischen Leistungen

Von diesen sieben Punkten treffen fünf auch für die Schweiz zu; die Eigenverantwortung der Akteure bleibt jedoch vorderhand ein frommer Wunsch.

Die Frage der Selbstregulierung durch den Markt ist für die Arzneimittelpolitik von entscheidender Bedeutung. Nur durch Patente geschützt, bewegt sich die Pharmaindustrie theoretisch auf einem offenen Markt. Doch für die Zulassung, die Preisgestaltung und die Kostenerstattung durch die Kassen gelten regulierende Vorschriften. Manchmal empfehlen Gesetzgeber oder Behörden sogar bestimmte Arzneimittel, zum Beispiel Generika. Es handelt sich also um eine regulierte Freiheit. Generell bewegen wir uns aber auf eine Liberalisierung zu, die vor allem von der Wettbewerbskommission gefördert wird. Heftig diskutieren Befürworter und Gegner der Liberalisierung, mit ungewissem Ausgang. Ausserdem ist mit verschiedenen Volksinitiativen zu rechnen.

Nun lässt aber die Liberalisierung der Arzneimittelabgabe den Verbrauch eher ansteigen, während der Staat durch entsprechende Rahmenbedingungen für einen sinnvollen Einsatz der Medikamente, ob bewilligungspflichtig oder nicht, sorgen sollte. Das neue

Heilmittelgesetz, ursprünglich nur auf die Arzneimittelindustrie zugeschnitten, berücksichtigt nun auch die soziale Komponente und bildet damit ein Gegengewicht zu den Zielsetzungen der Wettbewerbskommission.

Der zweite Punkt, die Dezentralisierung der Entscheidungsträger, ist für die Schweiz, wo die kantonalen Kompetenzen bekanntlich eine grosse Rolle spielen, besonders relevant. Die Kantone können Heilmittel noch vor dem Bund zulassen. Daraus ergibt sich eine Intransparenz des Marktes und ein Wirrwarr von Kompetenzen. Das neue Gesetz über die therapeutischen Wirkstoffe wird durch eine Harmonisierung der Arzneimittelpolitik auf Bundesebene eine bedeutende Verbesserung bewirken.

Die Zielsetzungsverträge zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens, dem Staat und den Krankenversicherer, erfordern eine umfassende Leistungsplanung zwischen den Partnern, welche die Finanzierung des Gesundheitswesens verwalten. Unter den gebräuchlichsten Massnahmen in der Schweiz sind Globalbudgets für Spitäler, Vereinbarungen mit Institutionen und Verträge für Krankenpflegeleistungen zu erwähnen. Auch für Arzneimittel wurde die Frage einer Globalbudgetlösung gestellt, doch eine klare Lösung liegt noch nicht vor.

Der vierte Punkt, die Organisationsstrukturen, findet auf kantonaler Ebene grosse Beachtung, vor allem in Form von Spitalnetzen. Sie gelten als eine Möglichkeit, Fehlleistungen zu beseitigen und Kosten zu sparen, vor allem durch grössere Betriebseinheiten (bessere Nutzung der Ressourcen, gemeinsamer Einkauf). Ähnliche Zusammenschlüsse zwischen Akteuren gibt es auch im privatwirtschaftlichen Bereich, zum Beispiel zwischen Apothekern und Ärzten für eine bessere Verschreibungspraxis. Schon bisher gab es sie im Rahmen einer Institution (Arzneimittelliste), neuerdings sind sie auch im ambulanten Bereich zu finden (Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker). Es gibt auch institutionelle Initiativen dieser Art, wie die NOPS-Netze (neue Gesundheitspolitik) im Kanton Waadt und das Modell „Ärzte der ersten Instanz,,“ doch auch hier handelt es sich vorläufig noch um Experimente.

Der fünfte Punkt, Eigenverantwortung der Akteure, wurde in ersten Ansätzen realisiert. Von den Anbietern, also zum Beispiel der Pharmaindustrie, wird ein Verhalten erwartet, das Kosten und Gewinne optimiert, von den Leistungsbezügern solidarisches Denken und Gerechtigkeitssinn. In Wirklichkeit verfolgt jeder seine eigenen Ziele und versucht, den Besitzstand zu wahren oder die Aktionäre zufriedenzustellen.

Das neue Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) fördert die Eigenverantwortung der Akteure durch die Einrichtung von Qualitätsförderungssystemen. Sie sind von den Leistungserbringern selbst zu entwickeln und von den Versicherern im Rahmen der Abkommen anzuerkennen. Das Bundesamt für Sozialversicherung beschleunigt die Anwendung der KVG-Artikel zur Qualitätsverbesserung. Zu diesem Zweck lud das Amt im Herbst 1999 alle Leistungserbringer zu den „Qualitätsgesprächen 99,, ein und forderte von ihnen die Umsetzung der Qualitätsprogramme 2000-2002. Vorläufig gibt es jedoch nur wenige konkrete Projekte auf der Grundlage quantitativer und komparativer Daten.

Der vorletzte Punkt, Rationalisierung der Ausgaben, entspricht dem Wunsch nach Transparenz der Leistungen, der Preise und Produkte. Die Preisgestaltung für Medikamente soll neu geordnet, die Mittel selbst sollen sinnvoller eingesetzt werden. Entsprechende Versuche laufen in verschiedenen Ländern: Kanada (Quebec), Niederlande, Frankreich, Europäische Union und auch in der Schweiz (Vergütungssystem aufgrund der Apothekerleistungen).

Der letzte Punkt hängt in der Schweiz mit den Qualitätsverträgen nach KVG zusammen,

um die medizinischen Leistungen besser steuern zu können. Das Gesetz schreibt diese Verträge zwar vor, doch wurden sie noch nicht systematisch abgeschlossen. Es handelt sich vorläufig um einen gesetzlichen Rahmen, dessen Inhalt auszugestalten sein wird, wenn die Mittel zur Qualitätskontrolle und die Verteilung der Verantwortlichkeiten einmal festgelegt sind.

Blockaden überwinden

Dieser erste Überblick zeigt, dass wir noch weit von einer umfassenden und strukturellen Reform entfernt sind! Im Arzneimittelbereich weiss niemand mehr genau, wo die Kompetenzen liegen und wer für die Regulierung zuständig ist. Liegt die Vermittlung zwischen Angebot und Nachfrage beim Bund, bei den Kantonen, den Krankenversicherer, den Ärzten und Apothekern, den Patienten? Alle diese Akteure verfolgen verschiedene Ziele! Ist unser Gesundheitswesen, wie die eidgenössische Wettbewerbskommission zu verstehen gibt, ein Kartell, das auf dem Altar des wirtschaftlichen Liberalismus zerschlagen werden muss? Oder brauchen wir ein staatliches Gesundheitswesen, das nach den Kriterien Solidarität und Wirksamkeit geführt wird? Die wiederholten Krisen, welche die Arzneimittelpolitik in den letzten Jahren begleiteten, sind Ausdruck des mangelnden Vertrauens zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und dem Publikum. Es fehlt an der Fähigkeit oder am Willen, eine Wahl zwischen zwei Systemen, dem nordamerikanischen oder dem europäischen Modell, zu treffen.

Es ist wichtig, nicht in die Sackgasse zu geraten, in die die widersprüchlichen Initiativen oder Spannungen zwischen Pharmaindustrie und Behörden führen könnten. Allzu häufig greift ein Akteur einen anderen Akteur des Gesundheitswesens an, und niemand denkt an eine umfassende Lösung, die wesentliche Aspekte berücksichtigen müsste:

- **Qualität, Wirksamkeit und Verfügbarkeit**
- **die Interessen der Patientinnen und Patienten**
- **die direkten und die induzierten wirtschaftlichen Folgen**

Die WHO für eine echte Zusammenarbeit

Es ist unbestritten, dass die Verbesserung des Gesundheitswesens in allen Ländern ein dringendes wirtschaftliches, medizinisches und soziales Problem darstellt. Dieses Ziel und die Voraussetzungen für seine Realisierung sind in den 21 Thesen der WHO¹ für das 21. Jahrhundert beschrieben.

Um eine gute Gesundheitsversorgung mit wirksamen und kostengünstigen Therapien sicherzustellen, sollten die staatlichen Arzneimittelrichtlinien nach den Empfehlungen der WHO folgende Ziele verfolgen:

- **den Zugang zu den wesentlichen Medikamenten ermöglichen**
- **den bestmöglichen Gebrauch von öffentlichen und privaten Mitteln machen**

Diese Zielsetzungen erfordern **eine aktive Zusammenarbeit aller Partner des Gesundheitswesens**, insbesondere der Ärzte- und Apothekerverbände, der Pharmaindustrie und der Verbraucher- und Patientenorganisationen.

Ohne diese Zusammenarbeit lassen sich die komplexen und dynamischen Probleme des Gesundheitswesens unmöglich lösen. Die Ziele sind lobenswert und sicher auch mit vielen Verbesserungen verbunden, doch noch ist ein langer Weg zurückzulegen, bis sich die eingefahrenen Verhaltensweisen geändert haben. Gefordert ist eine echte Strategie des Wandels, anstatt einfach abzuwarten, bis aus den Trümmern des jetzigen Systems ein neues Gleichgewicht entsteht.

¹ WHO, Region Europa: 21 Thesen für das 21. Jahrhundert, Juni 1998

Die Akteure des Gesundheitswesens und das Medikament

Die Patienten

Im Mittelpunkt des Gesundheitswesens ist der Patient sicher der wichtigste Akteur. Er befindet sich in einem Interessenkonflikt, den er kaum bewältigen kann. Natürlich will er ohne Einschränkung mit den wirksamsten Produkten behandelt werden, vor allem bei chronischen Krankheiten. Aber Preise und Prämien steigen unablässig. Er ist sicher auch der schwächste Akteur im Gesundheitswesen, und dies aus mehreren Gründen.

Erstens ist er von den wirtschaftlichen Vorteilen des Systems ausgeschlossen. Ärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer können ihre Aufwendungen (z.B. für Fortbildung, Meldung statistischer Daten) auf ihre Tarife, die Versicherer auf ihre Prämien, der Staat auf die Steuern abwälzen. Kein Bundes- oder Kantonsgesetz sieht indessen für Patienten ein Recht auf Schulung oder eine Vergütung der von den Organisationen erbrachten Leistungen vor, die sie vertreten und die über nützliches, unabhängiges Sachwissen verfügen.

Zweitens ist das Gesundheitssystem vielmehr auf die Behandlung von Krankheiten und Leiden als auf ganzheitliche Gesundheitspflege und Prävention ausgerichtet. Es wird kaum Geld für die Förderung der Grundversorgung aufgewandt.

Drittens ist der Patient auch Bürger und Versicherungsnehmer. Als Bürger will er das Spital in seiner Region erhalten. Als Versicherungsnehmer erwartet er, dass sich seine Prämien in vernünftigen Grenzen bewegen. Als Patient hängen seine Forderungen von seinem Gesundheitszustand ab. Er ist kein „Gesundheitsfachmann“, der gerüstet ist, seine Interessen zu wahren, ist aber auch nicht ein freier Verbraucher in einer Marktwirtschaft. Von der Unübersichtlichkeit des Themas und der mangelnden Transparenz oft überfordert, lässt sich der Patient von den Sireengesängen populistischer Politiker und von den Verheissungen der Werbung leicht beeinflussen. Er fühlt sich eher isoliert und nicht unbedingt solidarisch mit anderen Kranken. Nur chronisch kranke Patienten werden von aktiven Verbänden zum Teil besser unterstützt. Der Patient denkt eher kurzfristig, ihn beschäftigen die Sorgen des Augenblicks und sicher auch das Anliegen, für seine Prämienzahlungen eine „Gegenleistung“, zu erhalten. Dieses irrationale Verhalten hat keine persönlichen Folgen, sondern belastet die Gemeinschaft durch höhere Steuern und Versicherungsprämien.

Viertens finden die Rechte des Patienten zwar immer mehr Eingang in die nationale und internationale Gesetzgebung, doch werden sie tatsächlich nur unzulänglich umgesetzt, so dass der Patient Mühe hat, seine berechtigten Anliegen zur Geltung zu bringen. Die freie Arztwahl für den Patienten, sein Recht auf Information und das Recht, sich zur Qualität der Leistungen und Effizienz der Behandlungen zu äussern, werden nicht immer eingehalten.

Über Medikamente und über das Gesundheitswesen generell muss das Publikum sachlich informiert werden, damit sich die Menschen ihrer Verantwortung für Lebensweise und Erhaltung der Gesundheit bewusst werden und wissen, was sie von der Medizin erwarten können. Die Ärzte müssen bereit sein, mit den Patienten beispielsweise über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und ihre absehbaren Ergebnisse zu sprechen.

Konkret bedeutet das, dass die jungen Menschen schon in den Schulen mit Gesundheitsfragen vertraut gemacht werden sollten. Die Informationen für Fachleute und für Patienten sind auf ihre Stichhaltigkeit und auf ihre sachgerechte Darbietung zu prüfen. Die Grundsätze der Information über Medikamente, ihren Zweck und ihre Wirkungen, ihren gesetzlichen Rahmen und die Kommunikation mit den Patienten und den anderen

Gesundheitsberufen muss in die Ausbildung der Apotheker und der anderen Gesundheitsberufe einbezogen werden.

Überhaupt müssen Apotheker, Ärzte und Industrie die Patienten besser informieren. **Die Zusammenhänge zwischen Indikation und Krankheit, aber auch Kosten und Ergebnissen müssen transparenter werden**, dies im Interesse der Patienten und auch der Kostenträger. Die konkrete Besserung des Gesundheitszustands des Patienten muss zum Hauptziel der Behandlung werden.

- **Das Forum Gesundheit 2000 will die Stellung der Patienten im Gesundheitswesen verstärken, und zwar durch:**
- **die Schaffung eines unabhängigen Organs für die Kontrolle** der Information, der Behandlungsergebnisse, der Zufriedenheit der Patienten und für eine systematische, verständliche und kontrollierte Information der Bevölkerung;
- **die Schaffung einer gesetzlich gesicherten Stellung für die Patientenorganisationen**, mit Rechten, Pflichten und Finanzierungsregeln;
- **den Einbau der Gesundheitserziehung** in die Schulprogramme (wie der staatsbürgerliche Unterricht) und die Einrichtung von speziellen Bildungsprogrammen für bestimmte Bevölkerungskreise wie junge Eltern, in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen, um die individuelle Gesundheitspflege, einen rationelleren Gebrauch des Gesundheitssystems und das Indikationsgespräch mit den Patienten zu fördern;
- **die Förderung von Ausbildungsprogrammen** für Leistungserbringer, um den Dialog mit den Patienten zu verbessern und ein ganzheitliches Konzept der Behandlung des Patienten zu fördern.

Die Gesundheitsberufe

Eine langfristige Arzneimittelpolitik muss ethisch sein. Sie muss Interessenkonflikte erkennen, ihre Gefahren für das Gesundheitswesen ermessen und erfahrungsgestützte Massnahmen ermöglichen. Sie muss ferner unproduktive Methoden und Anreize beseitigen, die wirtschaftlich oder sozial schädlich sind.

Eine langfristige Arzneimittelpolitik unterstützt auf nationaler Ebene die Reform der Prä- und Postgraduiertenausbildung und die Fortbildung der Gesundheitsberufe. Sie fördert die Vernetzung und die Herstellung von Kontakten von Anfang an und während der ganzen Ausbildung (Konzept Health Center). Beim Arzneimittelfachmann Apotheker ist die Kette Produkt - Kenntnis - Information - Kommunikation - Aktion zu fördern, vor allem der direkte Kontakt mit dem Patienten und den anderen Gesundheitsberufen, gleich in welchem Umfeld. Entscheidend ist der sinnvolle Einsatz der Medikamente und die computergestützte Information in voller Sachkenntnis der gesetzlichen Anforderungen?. Anzustreben ist ein ganzheitlicher Ansatz mit einer Qualitätskontrolle für medikamentöse Behandlungen, eine aktive Gesundheitsförderung mit entsprechender Informations- und Medikamentenkontrolle. Zunächst sind die Prozesse an den Schnittstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich und zwischen ärztlicher Behandlung und Selbstmedikation zu optimieren. Eine neue,

leistungsbezogene Vergütungsordnung für die Apotheker soll diese schon bald in diesen ganzheitlichen Ansatz einfügen.

Die Fortbildung der Gesundheitsberufe ist zu reformieren, um die unabhängige Meinungsbildung sicherzustellen und die nötigen Kontakte im Arzneimittelbereich zu fördern. Der Arztbesuch (durch Ärztebesucher) ist von allen Parteien zu überprüfen: Erwartung und Verhalten des Arztes, Ethik und Informationsbedürfnis der Industrie. Im Spital ist der Umgang mit Medikamenten unter der Aufsicht des Apothekers und in direkter Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal neu zu gestalten. Qualitätszirkel und kooperative Strukturen führen zu Gebrauchsrichtlinien nicht nur über das Produkt und seine Kosten, sondern über die ganze Prozesskette.

Für diesen ethischen Ansatz schlägt das *Forum Gesundheit 2000* die Ausarbeitung von Guidelines und Standards für umfassende Qualität vor.

Wissenschaftliche Grundlagen und klinisches Urteilsvermögen lassen sich zu klinisch bewährten Empfehlungen für die Krankenpflege (guidelines) verbinden. Ärzte, Patienten und alle sonstigen Beteiligten sollen ihre Arbeitsmethoden ändern, um noch **bessere Ergebnisse** zu erzielen. Den Ausgangspunkt bilden meist klinische Studien über verschiedene Behandlungsmethoden, die Wirksamkeits- und Kostenvergleiche ermöglichen (medizinisches Beweismaterial). Der zweite Schritt besteht in einem Vergleich der klinischen Ergebnisse unter idealen Bedingungen mit der Alltagspraxis (clinical pharmacy, pharmacy practice, social pharmacy).

Entscheidend für den Erfolg jedes Programms ist jedoch nicht nur die Umsetzung dieser Richtlinien. Erforderlich ist auch die laufende Erfolgskontrolle im Alltag der Spitäler, Arztpraxen und Apotheken (outcome research). So können Behandlungsrichtlinien und Verfahren laufend überprüft und den neuesten Erkenntnissen angepasst werden.

Trotz oder vielleicht wegen der immer grösseren Zahl neuer Medikamente wird es immer schwieriger, wichtige Forschungsergebnisse in der Praxis umzusetzen. Qualitätsstandards (Good prescribing practice und Good pharmacy practice) können das Problem zum Teil lösen. **Qualitätsstandards für die medizinische Praxis sind wissenschaftlich nach medizinischen und pharmazeutischen Kriterien entwickelte und bewährte Handlungsanweisungen für die Diagnose, die Behandlung von Krankheiten und die richtige Anwendung von Therapien.** Sie vermitteln den Gesundheitsberufen den jeweils neuesten Stand der Kenntnisse auf dem Gebiet der Prävention, der Früherkennung, der Behandlung und der Nachsorge. Es handelt sich um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über das richtige Verfahren zur Behandlung bestimmter Gesundheitsprobleme. Sie beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen und liefern den Ärzten Anhaltspunkte für Entscheidungen, von denen jedoch in Ausnahmefällen auch abgewichen werden kann und muss.

Medizinische und pharmazeutische Richtlinien (Guidelines) bilden das tragende Gerüst der Qualitätsstandards für die berufliche Praxis, zusammen mit anderen Strukturelementen und Verfahren. Sie sind keine Gesetze, sondern Werkzeuge. Nicht wenige Ärzte empfinden sie als Eingriffe in ihre Entscheidungsfreiheit, andere halten sie für zu kompliziert oder nehmen sie überhaupt nicht zur Kenntnis. Ihr Einfluss auf das Verhalten der Adressaten ist viel geringer als allgemein angenommen. Die Ärzte müssen die Vielzahl der Richtlinien von unterschiedlicher Qualität genauso beurteilen lernen wie klinische Studien. Wichtig ist daher auch das Denken der Ärzteschaft (local therapeutic committees) und das Vermitteln von **Anreizen**.

Die systematische Befolgung von Richtlinien gewährleistet eine wirksamere Behandlung der

Kranken. Damit ist jedoch nicht unbedingt eine sofortige Senkung der direkten Kosten verbunden. Bei der klinischen Anwendung von Richtlinien **geht es vor allem darum, die Qualität der medizinischen und pharmazeutischen Praxis insgesamt zu verbessern**. Der wirtschaftliche Nutzen muss umfassend betrachtet werden. Insbesondere für chronisch Kranke lassen sich nicht nur qualitativ bessere, sondern auch langfristig wirtschaftlich vorteilhafte Ergebnisse erzielen, wenn es gelingt, Komplikationen und spätere Abhängigkeiten zu vermeiden.

Das Forum Gesundheit 2000 schlägt vor, auf eine qualitative und wirtschaftliche Verbesserung der Behandlungsweisen hinzuwirken, unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Medizinische und pharmazeutische Richtlinien stützen sich auf bewährte Methoden und Verfahren, die eine wirksame und rationelle Anwendung der Diagnose-, Verschreibungs- und Therapieverfahren gewährleisten
- Medizinische und pharmazeutische Richtlinien sind ein wirksames Mittel gegen untaugliche Verfahren, überflüssige Behandlungen und berufliche Fehlleistungen.
- Medizinische und pharmazeutische Richtlinien **fördern die Zusammenarbeit** zwischen den Leistungserbringern und damit eine **wirksamere Diagnose und Therapie**.
- Die Gefahr medizinischer und pharmazeutischer Richtlinien liegt in ihrer Verwendung für Marketingzwecke. Weltweit gibt es ein Überangebot an Richtlinien sehr unterschiedlicher Qualität. Wichtig ist die tatsächliche Anwendung sinnvoller Richtlinien, die bei den Gesundheitsberufen wie bei den Patienten echte Verhaltensänderungen bewirken.

Die Pharmaindustrie

Die seit Jahren andauernden Spannungen zwischen Industrie und Staat sind typisch für den Zusammenstoß zweier Welten. Während die Industrie ihre Mittel teuer verkaufen will, um ihre Investitionskosten mit Gewinn wieder hereinzuholen und den Bestand des Unternehmens zu sichern, will der Staat im Interesse der Allgemeinheit möglichst günstige Preise, damit das Gesundheitswesen für die ganze Bevölkerung erschwinglich ist. So reibt sich liberales Denken an staatlichem Reglementierungsdrang.

Verstärkt werden die daraus erwachsenden Schwierigkeiten durch Vorstöße verschiedener Kreise, die das Medikament als eines der sichtbarsten Elemente der medizinischen Behandlung zum Sündenbock für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen stempeln. Damit wird der Wert des Medikaments verkannt, was nicht nur der nötigen Diskussion über Löhne, Handel und Arzneimitteleinsatz, sondern auch über die Rolle und die Verantwortlichkeit der Pharmaindustrie schadet.

Die Pharmaindustrie befindet sich in voller Umstrukturierung. Fusionen und Übernahmen überschlagen sich, und trotz Patentschutz besteht ein Preiskampf. Es handelt sich um eine empfindliche Branche. Im Wettstreit um Börsenkurse will die Pharmaindustrie mehr verkaufen oder neue Produkte noch schneller auf den Markt bringen. Die Gewinnmaximierung lässt die Absatzförderung neuer Produkte bei der Ärzteschaft immer intensiver werden. Geworben wird nicht nur für rezeptfreie Mittel, sondern auch für solche,

die fachmännischer Beratung bedürfen, und schon bald wird der Trend auch rezeptpflichtige Produkte erfassen, um auch deren Absatz steigern zu können, selbst wenn dabei ihr ethischer Charakter vielleicht in Vergessenheit geraten könnte.

Verstärkt wird der Trend durch selbst dispensierende Ärzte, Apothekermargen², Versandhandel, Parallelimporte, Internet-Handel und eine verbrauchsfreudige Einstellung der Patienten, die neuen und teuren Produkten nicht selten eine grössere Wirksamkeit zutrauen. Neue Informationstechnologien, die den direkten Bezug von Arzneimitteln ermöglichen, erhöhen die Gefahr, vor allem dann, wenn die Verbraucher schlecht informiert und zu wenig verantwortungsbewusst sind.

An sich könnte man von den Behörden eine Rückbesinnung auf die wahre Natur des Medikaments und einen entschiedenen Einsatz für einen vernünftigen Umgang mit Medikamenten erwarten. Ein Preissystem mit unterschiedlichen Zuschlägen auf die Gesteungskosten (ex factory) ist jedoch unbefriedigend. Industrie und Forschung werden durch ein Vergütungssystem behindert, das vor allem den Verkauf belohnt.

Ist das Medikament einer der Hauptschuldigen an der Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Kann eine rein preisbezogene Politik die Finanzierungsprobleme lösen, wie uns gewisse Initiativen weismachen wollen? 1996 betrug der Arzneimittelanteil an den Gesundheitsausgaben 11,1% und lag damit relativ unter den 12,6% von 1985. Gemessen am Konsumentenpreisindex werden Arzneimittel immer billiger, während gleichzeitig ihre Wirksamkeit zunimmt. Dennoch wachsen die Ausgaben für Medikamente beträchtlich, was die Partner des Gesundheitswesens zwingt, nach Lösungen zur Senkung der Gesamtausgaben zu suchen.

Die Arzneimittelpreise werden heute von den Behörden streng kontrolliert. Die Entwicklungskosten und immer strengere Anforderungen an Wirksamkeit und Qualität, die sicher berechtigt sind, führen zu immer härteren Verhandlungen, wobei die Preise in verschiedenen Referenzländern zum Vergleich herangezogen werden. 1996 wurden die seit über 15 Jahren kassenzulässigen Mittel überprüft, worauf ihre Preise beträchtlich gesenkt werden mussten, ausser wenn sie unter denen der Referenzländer lagen. Das brachte Einsparungen von über 100 Millionen Franken jährlich, ohne jedoch die Verantwortung zu stärken, die man von der Pharmaindustrie im Gesundheitswesen erwartet. Kurz- und mittelfristig gibt es keine einfachen Lösungen, denn die Stellung der Schweizer Pharmaindustrie darf nicht gefährdet werden. Sie spielt dank einem bedeutenden Forschungs- und Entwicklungssektor wirtschaftlich und wissenschaftlich eine wichtige Rolle in unserem Land.

Für Forschung und Entwicklung wurden in der Schweiz 1996 insgesamt an die 10 Milliarden Franken ausgegeben. Die Herstellung neuer Medikamente wird immer teurer; heute müssen dafür 300 bis 500 Millionen Franken aufgebracht werden. Die Industrie wendet durchschnittlich zwischen 10% und 30% ihres Umsatzes für die Entwicklung neuer Produkte auf. Vom Verkaufspreis erhält sie rund 58%, so dass zwischen 6% und 18% des Verkaufspreises eines neuen Medikamentes für Forschung ausgegeben werden, also recht viel, wenn auch weniger als für das Marketing ...

Was den letzteren Posten betrifft, entfallen etwa 10% auf eigentliche Werbung und 40% auf Absatzförderung, vor allem in Form von Löhnen. Die Hälfte des Marketingbudgets wird für Ausbildung, Hilfen an die Spitäler, die Finanzierung der Forschung, die Unterstützung von

² Eine neue, leistungsbezogene Vergütungsordnung für Apotheker soll im Jahr 2001 eingeführt werden. Sie wirkt der Tendenz entgegen, möglichst grosse Mengen zu verkaufen.

Tagungen und von wissenschaftlichen Publikationen verwendet, deren Nutzen nur selten angezweifelt wird.

Nicht zu vergessen ist, dass auch die Forschungslaboratorien grosse Summen in die Forschung investieren, und dies bei sehr unsicherem Verkaufserfolg. Sie erwarten daher eine schnelle Rückzahlung ihrer Investitionen durch Gewinne, um damit ihre Kosten decken, in neue Forschungsarbeiten investieren und ihren Aktionären Dividenden zahlen zu können. Deshalb sollte der Prozess der Registrierung und der Preisfestsetzung für neue Medikamente möglichst schnell abgewickelt werden.

Zur sinnvollen Beurteilung eines Arzneimittels im Interesse des Gesundheitswesens schlägt das *Forum Gesundheit 2000* vor:

- **Transparenz beim Vergleich und bei der Preisfestsetzung von Medikamenten.** Unter Berücksichtigung der Verschiedenheit der Gesundheitssysteme, der staatlichen Eingriffe, der Monopolpraktiken sind es vor allem die Faktoren Zweckmässigkeit, klinische Wirksamkeit und Nutzen eines Medikaments, die den Preis bestimmen müssen, und zwar auf der Grundlage pharmakologischer und pharmakoökonomischer Studien. Die Determinanten der Preisfestsetzung in der Schweiz und im Ausland sind unklar. Forschungs-, Marketing- und Verkaufskosten, auch im Apothekenbereich, müssen genau bekannt sein.
- **Neubewertung der Arzneimittelpreise auf Grundlage der tatsächlichen Ergebnisse** (patient outcome). Transparenz der Vergütungen der Akteure, der verkauften Mengen und vor allem der erzielten Ergebnisse, insbesondere im Bereich der pharmakologischen Überwachung, bildet die Grundlage einer neuen Arzneimittelpolitik. Die Erfolgskontrolle der ärztlichen Leistung liefert die Kriterien für eine Preiskorrektur nach unten wie nach oben und für einen erfolgsbezogenen Wettbewerb. Dadurch kann die Forschung auch in Bahnen gelenkt werden, die zu echten Innovationen führen.
- **Förderung der Forschungsqualität:** Anreize für Innovation und Prämien für die Forschung zur Bekämpfung von Krankheiten, die keinen grösseren „Markt„ versprechen; längerer Patentschutz aufgrund der medizinischen Erfolgskontrolle; Förderung der Forschung über die Verwendung von Medikamenten (pharmacy practice und social pharmacy).
- **Eine ethische Geschäftspolitik** für rezeptpflichtige und rezeptfreie Medikamente mit dem Ziel, die gesamten Kosten zu beherrschen und die Qualität der Produkte wie der Information zu verbessern, um so zu einer besseren und adäquateren Behandlung der Patienten beizutragen.

Die Krankenversicherer

Die Krankenversicherer befinden sich im Spannungsfeld zwischen steigenden Gesundheitskosten und ihrem Wunsch, ihre Leistungen zu erschwinglichen Prämien anzubieten. Wachsende Kapazitäten und der Ausbau der Leistungen bedrohen jedoch ihre

Finanzierung. Unter dem Druck des Wettbewerbs sind die Versicherer zum Handeln gezwungen, um die Kostensteigerung einzudämmen. Werden die eingesetzten medizinischen Mittel optimal genutzt? Das schweizerische Gesundheitswesen ist durch die Segmentierung der Verantwortlichkeiten, ohne Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren, gekennzeichnet. Man ist sich heute weitgehend einig, dass das Gesundheitssystem auch unnötige und unwirksame Leistungen erbringt. Neben den Bemühungen der Versicherer, günstigere Preise und Tarife anzubieten, muss auch die Effizienz verbessert werden.

Medikamente sind für die Versicherung im Rahmen der Kostendiskussion von besonderem Interesse, weil sie in den letzten Jahren gegenüber anderen Kostenfaktoren der Krankenversicherung stärker angewachsen sind. Die Forderungen der Krankenversicherer hinsichtlich der Arzneimittel sind bekannt: die Preise ab Werk sollen gesenkt, die Endverbraucherpreise auf ein eurokompatibles Niveau reduziert werden.

Die Versicherer sollen aber auch vermehrt eine globale Betrachtungsweise entwickeln. Wichtig sind dabei Fragen zum Umfang des Verbrauchs und zur Arzneimittelanwendung. Globalkostenrechnungen in pharmakoökonomischen Studien zeigen, dass z.B. der Einsatz eines teuren Originalmedikaments nicht unbedingt höhere Kosten verursacht. Direkte und indirekte Kostenvorteile (kürzerer Spitalaufenthalt, weniger Hauspflege, schnellere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) können die Mehrkosten des Medikaments mehr als wettmachen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Studienergebnisse bei Behandlung im klinischen Alltag bestätigt werden. Dieser sollte statistisch genau erfasst werden, was aber den Versicherern allein nicht möglich ist, denn ihnen fehlen die medizinischen Daten weitgehend für die korrekte Zuordnung der verschiedenen Kostenarten (Spital, Hauspflege usw.).

Die Versicherungen interessieren sich allerdings nicht so sehr für die Gesamtkosten als für die spezifischen Kosten der medizinischen Leistungen. Ihre Aufgabe besteht nicht nur darin, die abgerechneten Leistungen zu kontrollieren, sondern auch Verfahren zu fördern, die den Einsatz eines Medikaments über die ganze Behandlungskette optimieren.

Die Versicherer sind bestrebt, die Therapie zu rationalisieren und unnötige oder unwirksame Leistungen auszumerzen. Die systematische Überprüfung der Wirksamkeit und der Anwendung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten ist notwendig. Die Entscheidung über den Verzicht auf unnütze Therapien oder zugunsten wirksamerer Behandlungsmethoden muss auf Evidenz basieren. Evidence Based Medicine und Pharmakoökonomie sind dabei wertvolle Entscheidungshilfen. Ergebnisse klinischer Studien sind nicht unmittelbar auf den Alltag übertragbar und müssen diesbezüglich kritisch geprüft werden. Eine erhebliche Verbesserung könnte durch die regelmässige Erfassung der klinischen Ergebnisse und der damit verbundenen effektiven Behandlungskosten erzielt werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist unentbehrlich, wie auch die Verbesserung der technischen Mittel für die elektronische Datenverarbeitung. Den Versicherern sind jedoch so lange die Hände gebunden, wie die Fragen des Schutzes der von den Leistungserbringern gelieferten medizinischen Daten nicht geregelt sind.

Um unnötige Arzneimittelkosten zu vermeiden, ist auch an das Verantwortungsbewusstsein der Versicherten zu appellieren, was ihre Ansprüche an Ärzte und Versicherung und die Befolgung der Behandlungsverordnungen betrifft. Man ist sich noch zu wenig bewusst, dass die Gesundheitskosten auch vom Verhalten der Patienten abhängen. Eine bessere medizinische Information der Versicherten (empowerment) ist unentbehrlich und kann auch

von den Krankenversicherern geleistet werden. Der Glaube an die Medizin als exakte Wissenschaft und an die Allmacht der Technik ist weit verbreitet. Von den Versicherern darf eine klarere Information erwartet werden. Dies vor allem für chronisch kranke Patienten, die sich über die Bedeutung ihrer Lebensweise besser bewusst sein sollten.

Das bisherige System der Finanzierung präventivmedizinischer Massnahmen ist unglücklich: technische Leistungen und Medikamente sind mit Selbstbehalt belastet, so dass auf Prävention oft verzichtet wird, was später zusätzliche Kosten verursachen kann. Leider sieht das gegenwärtige Gesetz (mit einigen Ausnahmen) eine Kostendeckung nur für diagnostische Leistungen und für die Behandlung von Krankheiten und ihren Folgen vor.

Die Krankenversicherer setzen sich für Prävention und Gesundheitsförderung ein, vor allem durch neutrale Information über die Verwendung von Medikamenten und durch die Verbreitung von Forschungserkenntnissen. Grosse Erwartungen werden diesbezüglich an die von Art. 19 KVG vorgesehene Stiftung für Gesundheitsförderung gerichtet.

Der vom Gesetzgeber in der Grundversicherung gewollte Wettbewerb schafft wenig Anreize zur Entwicklung von Steuerungsinstrumenten, die Leistungserbringern und Patienten helfen könnten, aus jedem von den Versicherern übernommenen Franken den grösstmöglichen Nutzen zu ziehen. Dabei sollen möglichst die Kriterien der *evidence based medicine* (EMB) zugrunde gelegt werden. Solche Instrumente sind unentbehrlich für eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Apothekern, Patienten und Versicherern, um sicherzustellen, dass der Patient mit den ihm verschriebenen Medikamenten sinnvoller umgeht.

Für die Krankenversicherer schlägt das *Forum Gesundheit 2000* vor:

- **mehr Transparenz** im Kostengefüge der Versicherer, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf verlässliche Daten abstützen zu können;
- **eine standardisierte, routinemässige Erfassung der „Outcome,-Daten** und einen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, um eine Vergleichsanalyse von Ergebnissen und Kosten zu ermöglichen;
- **Ermittlung überflüssiger, ungeeigneter und unwirksamer Verfahren** und Beitrag der Krankenversicherer zur Ausarbeitung medizinischer Richtlinien (Guidelines) gemeinsam mit den Ärzten im Rahmen des Programms Disease Management;
- **den Leistungskatalog der Krankenversicherer** auf dem Gebiet der Medikamente **zu überprüfen**;
- **die Strukturen so zu ändern**, dass die Honorare der Leistungserbringer nicht mehr vom Umfang des ärztlichen Aufwands, sondern von der Wirksamkeit und Effizienz der erbrachten Leistungen abhängen. Diese Neuausrichtung und die Entwicklung von Instrumenten und Prozessen entsprechen dem Gedanken der Managed Care;
- **die Informationstätigkeit der Krankenversicherer fördern**; sie sollen die Patienten informieren und zu verantwortungsbewusstem Handeln bewegen.

Der Staat

Die Gesundheit ist eine Investition, für die es gilt, die zur Verfügung stehenden Mittel besser zu nutzen, um die Lebensqualität zu erhöhen. Das setzt Vergleiche der Verfahren, der Verschreibungspraxis und des Verbrauchs voraus. Statt naiv nur den Preis der Medikamente zu erfassen, müssen statistische Grundlagen geschaffen werden, die das Problem an der Wurzel anpacken, unter Berücksichtigung des Verbrauchsvolumens, der durch die Behandlung induzierten Kosten, der mangelhaften Verwendung der Medikamente und der Gesamtwirkung einer Behandlung. Nur so können sachlich fundierte Entscheidungen über die Wahl und die Anwendung einer Therapie getroffen werden.

Statistisch gesicherte Aussagen zum Risikomanagement sind wesentlich für die Steuerung des Arzneimittelsystems. Pharmakoökonomische Studien, die Kostenverlagerungen aufzeigen, sind die Voraussetzung dafür, dass beispielsweise Spitäler, die manchmal teure Behandlungen durchführen, um damit Rückfälle und neuerliche Spitalbehandlungen zu vermeiden, nicht bestraft werden.

Die Einrichtung von Informationssystemen mit Datenerfassung am Krankenbett unter Verwendung von Chipkarten sollte dazu beitragen, die Prozessverläufe zu „glätten„ und Zahlenmaterial zu liefern, aus dem sich allgemein gültige Schlüsse ziehen lassen. Solche Statistiken sollten vom Staat geführt und unter der Kontrolle eines unabhängigen Instituts ausgewertet werden. **Wesentlich ist, dass dieses Institut von allen Beteiligten anerkannt wird.** Seine Aufgabe besteht darin, optimale Therapien für die Behandlung der Patienten vorzuschlagen und festzulegen. Ausserdem muss es unter Umständen unpopuläre Entscheidungen treffen und diese auch durchsetzen können. „Optimale Behandlung für die Patienten„ bedeutet nicht, dass alles getan wird, was machbar scheint. Jede Therapie muss letztlich finanziell tragbar und damit für die Gesellschaft zumutbar sein.

Entscheidend ist für eine dynamische Entwicklung der Qualität, der Leistung und der Kostenkontrolle die richtige Verteilung des Aufwands, damit das Gesundheitswesen, insbesondere unter der Rubrik „medikamentöse Behandlungen„ über Mittel und Informationen verfügen kann, die eine gezielte Politik ermöglichen.

Die Festsetzung des Medikamentenpreises

Spricht man von Medikamentenpreisen im Zusammenhang mit den Gesamtkosten des Gesundheitssystems, so meint man fast immer die vom Staat im Rahmen der Spezialitätenliste festgesetzten Preise. Alle bisher erwogenen Rationalisierungsmassnahmen galten immer nur den Vertriebskosten und den Gewinnspannen im Handel. Der Druck richtet sich hauptsächlich gegen die Vergütungen, die den beteiligten Gesundheitsberufen, vor allem den Apothekern, gewährt werden. Im Gespräch ist gegenwärtig die Abschaffung der Marge, die durch ein Beratungshonorar ersetzt werden soll. Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen sind im KVG enthalten.

Das in den eidgenössischen Räten gegenwärtig beratene neue Gesetz über die therapeutischen Wirkstoffe ist auf die übrigen Aspekte des Problems beschränkt. Vorgesehen ist die Gründung des Schweizerischen Heilmittelinstituts als Ersatz für die IKS, um die Vollzugsbestimmungen in der Schweiz mit dem EU-Recht in Einklang zu bringen. Im übrigen regelt das neue Gesetz ausschliesslich die Fragen im Zusammenhang mit der Zulassung, dem Vertrieb und den Verwendungskriterien der Medikamente.

Der Preis ab Werk z.B. wird darin überhaupt nicht erwähnt. Er stellt jedoch den wichtigsten Ausgabenposten dar. Eigenen Angaben zufolge errechnet das Bundesamt für

Sozialversicherung diese Preise im Vergleich mit drei anderen europäischen Ländern, nämlich Holland, Dänemark und Deutschland. Doch wie erfolgt diese Berechnung, und wie geht man in den drei Vergleichsländern vor? Nach welchen Kriterien erfolgt die Bewertung? Welche Unterlagen müssen die Hersteller liefern? Wie funktioniert der Wettbewerb bei neuen Produkten, die Patentschutz geniessen, und nach Ablauf dieses Schutzes? Immer mehr Generika von Firmen, die weder Forschung noch Entwicklung treiben, sind auf den Markt gekommen, nachdem der Patentschutz der Originalpräparate abgelaufen war. Ihre Verwendung wird zunächst empfohlen und später möglicherweise aus Kostengründen zwingend vorgeschrieben. Angesichts dieser neuen Konkurrenz haben die grossen Firmen entweder die Preise ihrer Originalpräparate denen der Generika angeglichen oder die kleinen Herstellerfirmen einfach aufgekauft. Wurde die Wettbewerbskommission aufgefordert, diese Situation zu untersuchen? Hat die Europäische Kommission ähnliche Schritte unternommen? Alle diese Fragen haben bisher keine zufriedenstellende Antwort gefunden. Klar ist, dass die Konkurrenz nicht nach den üblichen Regeln funktionieren kann, denn der „Markt,, besteht hier aus Staaten und nicht aus Verbrauchern, und ausserdem herrscht zu wenig Transparenz.

Die Wirksamkeit der Medikamente: die medizinische Erfolgskontrolle

Ohne Zweifel war die Geschichte der Beziehungen zwischen Staat, Pharmaindustrie, Sozialversicherungen und Gesundheitsberufen schon immer besonders undurchsichtig. In wechselnder Folge wurde durch die gesundheitspolitischen Abkommen der eine oder der andere Partner begünstigt.

Vor kurzem sollte in Frankreich das Amt für Sicherheit im Gesundheitswesen 1.100 Medikamente (Herz-Gefäss, Stoffwechsel und Ernährung, Rheumatologie, Psychiatrie) bewerten. Verschiedene Kommissionen unter dem Vorsitz von Medizinprofessoren mussten anhand medizinischer und wissenschaftlicher Nachweise den Behandlungserfolg in die drei Kategorien gross, mittel und schwach einteilen. Mangels genügender Nachweise mussten 25% der Arzneimittel in eine vierte Kategorie eingeteilt werden, bis genügend Information vorliegt. Diese Wertung ist wichtig, weil es von der Wirksamkeit eines Produktes abhängt, in welchem Umfang sein Preis von der Sozialversicherung erstattet wird.

Die meisten der als schwach gewerteten Produkte stammen aus kleinen Laboratorien, die nicht genug in Forschung und Entwicklung investieren. Die Produkte grosser Unternehmen mit umfangreichen Forschungseinrichtungen erhielten in den meisten Fällen die Bewertungen „gross,, und „mittel,,.

Dieser Ansatz, der auch dem Wunsch der europäischen Arzneimittelagentur entspricht, kommt verschiedenen Zielen des Forums Gesundheit 2000 entgegen: Transparenz der Preisfestsetzung, Rationalisierung der Ausgaben, bessere Dokumentation der Behandlungen mit wirksamen Medikamenten. Dies ist vergleichbar mit den Zielen der Qualitätszirkel in den Spitälern und im ambulanten Bereich, wo Ärzte und Apotheker für eine bessere Dokumentation der Behandlungen zusammenarbeiten. Die Qualitätszirkel berücksichtigen ausserdem die Besonderheiten jedes Patienten in Bezug auf eine medizinische Entscheidung.

Könnte man dieses Verfahren nicht auch in der Schweiz einführen, ohne alle Bewertungen zu wiederholen? Dadurch würde die Festsetzung der Preise und der Kassenleistungen beträchtlich erleichtert. Voraussetzung wäre allerdings ein glaubwürdiges Schweizer Arzneimittelinstitut, bestehend aus unabhängigen Experten der Pharmazie und der Medizin. Auch müsste bei der Bewertung berücksichtigt werden, wie die Medikamente von den Patienten im Alltag tatsächlich verwendet werden.

Für den Staat schlägt das *Forum Gesundheit 2000* vor:

- **die Rolle des Schweizerischen Heilmittelinstituts** durch seine wissenschaftliche Zusammensetzung, seine Mittel und Aufgaben **zu verstärken**;
- **die Rolle dieses Instituts weiterzuentwickeln**, insbesondere im Bereich der Preisfestsetzung gemäss dem Verhältnis Kosten/Wirksamkeit, und deren Neubewertung unter Berücksichtigung der praktischen Ergebnisse. Eine sinnvolle und nachhaltige Arzneimittelpolitik kann nur aufgrund angemessener und transparenter Preise betrieben werden.
- **eine Kommission für medizinische Erfolgskontrolle einzusetzen**, um nur die nachweislich wirksamen Mittel in der Grundversicherung zu belassen und die Innovation zu fördern. Medizinisch weniger relevante Produkte müssten von der Grundversicherung nicht mehr übernommen werden.

Der Standpunkt der Redner

Fritz Britt: Keine weitere Expertokratie³

Der Arzneimittelmarkt ist in hohem Grade reguliert, nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit in sämtlichen Staaten, mit unterschiedlicher Regulierungstiefe. Verglichen mit den Regulierungssystemen von Ländern mit vergleichbarer Gesundheitsversorgung ist das schweizerische bemerkenswert liberal. Es ist offensichtlich in der Lage, eine Versorgung mit hoher Qualität und breiter Akzeptanz zu produzieren. Die Schweiz hat aber neben den USA das weltweit höchste Preisniveau. Eine grobe Analyse zeigt, dass insbesondere alte Medikamente (>10 Jahre) über hohe Publikumspreise verfügen, während die neuen Medikamente (<5 Jahre) preislich im europäischen Mittelfeld liegen.

Auf Seiten der Gesetzgebung sind die Arbeiten zur Förderung der Generika-Substitution und zur Einführung einer verstärkt leistungsbezogenen Abgeltung bei der Medikamentenabgabe weit fortgeschritten. Ziel ist die Verschiebung der Anreizstruktur in dem Sinne, dass weder die Menge noch der Preis abgabefördernd wirkt.

Das Forum Gesundheit 2000 fordert ein Umdenken: Prozesse statt Produkte, sinnvolle Verwendung und nicht nur Rezept, Prävention und nicht nur Heilung, das Wohl des Patienten steht im Vordergrund. Der schweizerische Gesetzgeber hat dies wie folgt in das KVG aufgenommen: Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die Arzneimittel müssen einem medizinischen Bedürfnis entsprechen. Die Qualität muss gesichert werden.

Die schweizerischen Verfahren zur Zulassung (durch die IKS) und Preisfestsetzung (durch das BSV) von Arzneimitteln sind fachlich anerkannt und effizient. Die Verfahren wurden in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dies hat dazu geführt, dass die Schweiz heute im Vergleich zu den meisten europäischen Ländern über einen wesentlich gestraffteren Pflichtleistungskatalog (4 bis 5 mal weniger Medikamente als F oder D! !) verfügt, und das Preisniveau der neuen Medikamente im europäischen Mittelfeld liegt. Dennoch gibt es Mängel, die sich in der Praxis bemerkbar machen.

Im Bereich der Wirksamkeit und des medizinischen Nutzens eines Arzneimittels fehlt meist die Nachevaluation aufgrund von Praxiserfahrungen. Zwar liegen die sehr aufwendigen Wirksamkeitsstudien in der Regel vor. Geht es aber um Langzeitwirkungen oder Wirksamkeit bei Risikogruppen, können die entsprechenden Nachweise meist nicht erbracht werden.

Kosten-Nutzen-Ueberlegungen werden von der Arzneimittelkommission bereits heute in die Diskussion des angemessenen Arzneimittelpreises einbezogen. Unbefriedigend ist aber die Tatsache, dass zwar teilweise deutliche Kostenvorteile nachgewiesen werden können, die Substitution der anderen medizinischen Leistung – welche Ursache für den Kostenvorteil ist jedoch nie erfolgt.

In der Preisfestsetzung durch das BSV wird die Produkte-Innovation – im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern – berücksichtigt. Schwierigkeiten ergeben sich nun aber im therapeutischen Quervergleich, nämlich dann, wenn sich die Frage stellt, ob auch das zweite oder dritte im Markt befindliche Konkurrenzprodukt diesen Innovationszuschlag erhalten soll.

Die weitgehende Verrechtlichung des Zulassungs- und Preisfestsetzungsverfahrens führt im

³Wortlaut des Vortrags von Herrn Fritz Britt, stellvertretender Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung

Resultat dazu, dass die Expertise meist in den Hintergrund gerückt wird und letztlich mindestens das Preisniveau gehalten und tendenziell erhöht wird.

Eine Verbesserung unseres Zulassungssystems muss schliesslich bei den Spitalmedikamenten an die Hand genommen werden. Es geht dabei nicht nur um die Frage von Orphan Drugs oder Orphan Indications, sondern auch um die Frage der Preisfestlegung solcher Präparate.

Dass sich das Forum Gesundheit 2000 mit diesen Fragestellungen befasst, ist erfreulich. Ich hoffe sehr, dass sich aus den Thesen eine engagierte Debatte ergibt. Die Thesen sind auf jeden Fall kritisch zu hinterfragen. Aus praktischer Erfahrung in den entsprechend zuständigen Gremien bin ich überzeugt, dass keiner der – auch von den Experten des Forums – erkannten Mängel des heutigen Systems mit einfachen Rezepten zu lösen ist. Insbesondere der Aufbau einer zusätzlichen Expertokratie dürfte nicht zu einer Erkenntnisverbesserung führen. Kritisch zu hinterfragen ist auch die Ambition, im Vergleich zu heute objektivere Entscheide herbeizuführen, die Ambition, etwas berechnen zu können. Der Mensch, weder auf Seite der Leistungserbringer noch auf Seite des Patienten oder Kostenträger, ist in seinem Verhalten wirklich ein Homo Oeconomicus. Deshalb sind ökonomische Modellannahmen und entsprechende Berechnung auch nur so viel wert, wie sie dann in der Praxis eintreffen.

SYMBOLSYMBOL

A. Jost: Für eine unabhängige Information ⁴

Eine neue Arzneimittelpolitik, die integrierte Instrumente anbietet, ist für die IKS von höchstem Interesse, obwohl sich die Verantwortung dieses Amtes rechtlich auf die Gesundheitsaufsicht beschränkt. Die IKS ist das ausführende Organ anderer Instanzen, die für die Politik zuständig sind. Diese Situation wird sich möglicherweise mit den neuen Gesetzgebungen ändern, doch wird die Arzneimittelpolitik zurzeit durch die Kantone, die die Aufgaben der IKS festlegen und die Rahmenbedingungen in föderalistischem Geist festsetzen, bestimmt und beschlossen. Die interkantonalen Vereinbarungen sagen indessen nichts über die Marktaufsicht aus. Die politischen Kriterien und Richtlinien stehen in den von der IKS ausgearbeiteten Ausführungsbestimmungen.

Welches sind die Prioritäten der IKS? Bei der Arzneimittelkontrolle sind vier wesentliche Kriterien zu beachten: Qualität, Herstellungsverfahren, Pharmakologie und Toxikologie und schliesslich die Wirksamkeit für den Patienten. Die verhältnismässige Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimittel werden anlässlich der Genehmigungs- und Zulassungsverfahren durch eine äusserst umfassende und anerkannte Analyse genau überprüft; dies wird vom *Forum Gesundheit 2000* für die Überprüfung der für die Fachleute und Patienten ausgearbeiteten, vollkommen unabhängig bewerteten Informationen empfohlen. In Bezug auf die Marktaufsicht beschränkt sich die IKS auf das Wesentliche: Überwachung der unerwünschten Wirkungen und Wahrung des Personenschutzes bei klinischen Versuchen.

Die IKS steht im europäischen Vergleich im Bereich der Arzneimittelkontrolle seit zehn Jahren an der Spitze. Seit 1988 müssen alle neuen Indikationen für die Heilmittel strikte bescheinigt werden, um den Anwendungsbereich der Arzneimittel nach Massgabe ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit gezielt festzulegen.

Die Thesen des *Forums Gesundheit 2000* fügen sich in einen bereits bestehenden politischen Rahmen ein: Die formulierten Postulate werden bei den Beratungen über das neue Heilmittelgesetz grösstenteils bereits eingehalten oder in Betracht gezogen. Namentlich die parlamentarische Arzneimittelkommission strebt ein Gesetz an, das sich nicht nur mit dem Schutz von Mensch und Tier befasst, sondern vorsieht, dass die in den Handel gebrachten Heilmittel rationell und gemäss ihrer Indikation zu verwenden sind.

Zu diesem Zweck sind, wie das *Forum Gesundheit 2000* fordert, Leistungsfähigkeit und Unabhängigkeit der schweizerischen Heilmittelkontrolle zu wahren. Die IKS wird ihrerseits ein „benchmarking“, in Bezug auf ihre Leistungen vornehmen, um die Wünsche ihrer Kunden zu achten und zu erfüllen. Ihre Unabhängigkeit gegenüber politischen Kreisen, Industrie und Ausland muss gewahrt bleiben, nicht nur um die Glaubwürdigkeit zu wahren, sondern auch, weil die IKS zu einer selbstständigen, massgeblichen und für die Schweiz entscheidenden Arzneimittelpolitik beitragen will.

Um angemessene Rahmenbedingungen für Forschung und Entwicklung im Bereich der Heilmittel zu schaffen, baute die IKS seit 1993 ein System zur raschen, wirksamen Kontrolle für klinische Versuche auf. Die Schweiz muss sich an der internationalen Forschung beteiligen und ihren Forschern ein System bereitstellen können, die sie von den bürokratischen Problemen befreit. Ferner sollte sichergestellt werden, dass die hier mit umfangreichen Mitteln unternommenen Forschungsarbeiten und klinischen Versuche im Ausland nicht wiederholt werden.

Der wirtschaftliche Wettbewerb ist notwendig, sollte indessen die Anforderungen an die

⁴Zusammenfassung des Vortrags von Herrn A. Jost, stellvertretender Direktor der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel

Sicherheit und Qualität nicht einschränken. Ein Labor, das ein neues Erzeugnis auf den Markt bringen will, hat zu bescheinigen, dass dieses gegenüber ähnlichen Produkten mit denselben Indikationen einen therapeutischen oder finanziellen Vorteil bringt. Dieser Gedanke ist zwar nicht eurokompatibel, doch ist es zweckmässig, ihn zu erörtern: Falls die Wirkungen ähnlich sind, sollte dann der Preis nicht ebenfalls identisch sein? Diese Frage deckt ein Problem in Bezug auf den Preiswettbewerb auf.

Eine weitere politische Frage: die zweite Eintragung. Die Schutzdauer soll auf höchstens 14 Jahre festgelegt werden, was bedeutet, dass die Forschungsarbeit der Pharmaindustrie höchstens 10 Jahre lang geschützt ist. Das vereinfachte Zulassungsverfahren würde eine Verlängerung dieser Dauer ermöglichen. Doch kann dieses Problem der Vereinfachung des Zulassungsverfahrens nur für Medikamente allein gelöst werden?

Das *Forum Gesundheit 2000* empfiehlt eine angemessene Information der Öffentlichkeit: Artikel 66 wird eine aktive Information der Bevölkerung ermöglichen, die weit über das hinausgeht, was heute möglich ist. Die neue Gesetzgebung bietet eine bedeutende Grundlage für weitere Bemühungen im Bereich der Erziehung sowie eine Information, die es der Bevölkerung ermöglicht, ihre medizinische Urteilsfähigkeit zu verbessern.

Die Gesetzesvorlage, über die zurzeit im Parlament beraten wird, greift somit zahlreiche Empfehlungen des *Forums Gesundheit 2000* auf.

Thomas Burgener : Parallelimporte begünstigen ⁵

Die Organisatoren dieses Forums meinen zwar, das Gewicht dürfe nicht nur auf die Kosten gelegt werden, doch hat ein Direktor eines Amtes für Gesundheitswesen auf Finanzen und Budget bedacht zu sein. Die Schweiz ist mit Gesundheitskosten von 2.500 Franken pro Kopf der Bevölkerung im Jahre 1996 eine der grossen Verbraucherinnen von Gesundheitsdiensten.

Die Gesundheitsausgaben entsprechen im Wallis 14% des Bruttoinlandprodukts, gegenüber 12% auf gesamtschweizerischer Ebene, obwohl die Walliser Bevölkerung für Gesundheitsleistungen tatsächlich weniger ausgibt als der helvetische Durchschnitt. Daraus ergeben sich Finanzierungsprobleme für das Walliser Gesundheitssystem. So hat der Kanton die Qualität zu gewährleisten, jedoch auch alles zu unternehmen, um die Kosten zu zügeln. Es werden interessante Ergebnisse in Bezug auf die Spitalpolitik erzielt: Verringerung der Bettenzahl, Verkürzung der Aufenthaltsdauer und künftig eine neue Aufgabenzuweisung für die Spitäler und eine Zusammenfassung bestimmter Spitaltätigkeiten.

Was die Arzneimittelkosten betrifft, liegt das Wallis über dem schweizerischen Durchschnitt: Rund 70% der Walliser Bevölkerung wohnen im französischsprachigen Teil, wo der Arzneimittelverbrauch höher ist als im deutschsprachigen Gebiet. Die Arzneimittelausgaben stehen unabhängig vom Gesundheitszustand der Bevölkerung in direktem Zusammenhang mit der Dichte der Ärzte.

Welche Massnahmen sind zu treffen, um die Kosten im Arzneimittelbereich besser in den Griff zu bekommen? Wie das *Forum Gesundheit 2000* befürwortet, ist eine bessere Information absolut unerlässlich. Seitens der Pharmaindustrie sind die verfügbaren Informationen umfangreich genug, und es sind kritische Fragen in Bezug auf die Werbung zu stellen. Hingegen sind auf Ebene der Schulen mehr Informationen, eine Verbesserung der Prävention und eine bessere Sensibilisierung der Leistungserbringer bezüglich der Kosten notwendig, aber auch die Patienten müssen eine gewisse wirtschaftliche Verantwortung übernehmen.

Das Parlament wird dafür sorgen müssen, dass Parallelimporte zugelassen werden. Das Bundesgericht entschied in seiner Verfügung vom 9. Dezember zugunsten einer restriktiven Politik in diesem Bereich. Es ist ärgerlich, als kleiner Kanton festzustellen, dass eine kantonale Politik auf Ebene der Finanzierung der Spitäler realisierbar ist, dass in Bezug auf andere Fragen jedoch das Bundesgericht die Regeln diktiert.

Der Einfluss des Preisüberwachers sollte verstärkt werden. Seine Kompetenz ist in Bezug auf die Preise der aus dem Ausland stammenden Produkte recht begrenzt. Der Vergleich wird gegenüber Ländern mit hohen Preisen angestellt: Deutschland, die Niederlande, Dänemark. Apotheker und selbst dispensierende Ärzte sollten die Abgabe von Generika begünstigen. Es besteht die Möglichkeit, Ersatzprodukte zu verwenden, vorausgesetzt, dass der Arzt und der Patient angemessen informiert werden.

Schliesslich ist auf Ebene des Parlaments darauf hinzuwirken, dass die Möglichkeit erwirkt wird, ein Globalbudget im Bereich der ambulanten Behandlung einzuführen: Wenn der Arzt über ein Globalbudget verfügt, ist er gezwungen, die Kosten zu zügeln, insbesondere hinsichtlich der Arzneimittel. Diese These wird nicht allen gefallen, doch ist sie eine Debatte wert.

⁵Zusammenfassung des Vortrags von Herrn Thomas Burgener: Kantonsrat, Direktor des Amtes für Gesundheitswesen, soziale Angelegenheiten und Energie des Kantons Wallis

Eine globale Vorgehensweise im Gesundheitswesen hat eine wirtschaftliche Reflexion einzubeziehen, um den Einfluss der medikamentösen Behandlungen zu bewerten. Das Arzneimittel entspricht 11% der Gesundheitskosten, und dies zu Lasten der Krankenversicherung, doch sind seine Vorteile bedeutend. Die heutigen Behandlungen, die besser entwickelten Medikamente, die neuen chirurgischen Verfahren ermöglichen es insbesondere, die Anzahl und die Dauer der Krankenhauseinweisungen zu verringern. Dies ist eine nur selten erwähnte positive Wirkung für die Volkswirtschaft. Es wird stets von steigenden Kosten gesprochen, doch fehlt es in der Schweiz in drastischer Weise an globalen, genauen und vollständigen Bewertungen. Im Übrigen lassen sich die Gesundheitskosten durch die aussergewöhnliche Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens erklären. Der Gesundheitsbereich ist ein Unternehmen wie jedes andere, bei dem die Kosten als Investition zu betrachten sind.

Wird ein neues Medikament auf den Markt gebracht, bescheinigen die Kontrollbehörden seinen Nutzen. Sodann obliegt es den Politikern zu entscheiden, ob es auf die Liste gesetzt wird. Die Datenbank der IKS ist zwar vorzüglich, doch darf das neue Kontrollinstitut nicht politisiert werden, damit es seine eigentliche Aufgabe der Gesundheitsaufsicht beibehält. Der Rest ist den politischen Behörden zu überlassen, falls eine Regulierung erforderlich ist. Bei der Preisfestsetzung sind die Vorteile des Medikaments zu berücksichtigen.

Vor einigen Jahren veröffentlichte der VIPS einen Forderungskatalog, in dem ein möglichst liberaler Markt mit bestimmten Schutzmassnahmen verlangt wurde. Nach Ansicht des VIPS ist namentlich die freie Wahl des Arztes und der ärztlichen Verordnung aufrechtzuerhalten. Es obliegt dem Patienten zu entscheiden, ob er sich für ein umfassendes oder ein vorteilhaftes Versicherungsmodell nach dem Grundsatz der freien Wahl entscheiden will oder kann. In diesem Bereich sind im Rahmen des Wettbewerbs mehrere Möglichkeiten vorhanden.

Im Laufe der kommenden Jahre werden rund fünfzig neue Arzneimittel für Krankheiten auf den Markt gebracht, für die heute noch keine Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Angesichts der Kosten wird es schwierig sein, die Grundleistungen im heutigen Sinne beizubehalten. Möglicherweise ist ein Dreisäulensystem mit einer Grundversicherung, die nur das unbedingt Notwendige versichert, einem Zusatzsystem, das jeder selbst zusammenstellen kann, und einem variablen Selbstbehalt in Betracht zu ziehen.

Tatsächlich werden nicht alle neuen Medikamente von der Grundversicherung gedeckt werden können. Dies bedeutet auch, dass die Pharmaindustrie über eine von den Behörden regulierte Informationsmöglichkeit verfügt, um die Patienten, die unter einer Krankheit leiden, für die ein Medikament verfügbar ist, zu informieren, selbst wenn es von der Grundversicherung nicht übernommen wird. Die medizinischen Neuerungen müssen Zugang zu einem Markt erhalten. In diesem Sinne ist der VIPS äusserst erfreut über die Verfügung des Bundesgerichts bezüglich des Patentschutzes, die die Parallelimporte für patentierte Erzeugnisse begrenzt. Diese Massnahme ist für die Zukunft der Pharmaindustrie von wesentlicher Bedeutung.

⁶Zusammenfassung des Vortrags von Herrn Walter P. Hölzle, Präsident der Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten (VIPS)

Marcel Mesnil: Ein Gleichgewicht zwischen Liberalismus und medizinischer Ethik finden ⁷

Eine globale Arzneimittelpolitik ist mit Sicherheit notwendig. Leider entfernt man sich von diesem Ziel durch die Ausarbeitung von Gesetzen, die in Bezug auf ihre Ziele nicht einheitlich sind. Das Arzneimittelgesetz sollte wesentliche Aspekte wie die Werte der Effizienz, des Wohls des Patienten und des Behandlungserfolges regeln. Diese Werte werden im Wesentlichen im Gesetz über die Krankenversicherung gewahrt, das lediglich einen Teil des Arzneimittelmarktes erfasst, nämlich jenen, der von der Grundversicherung gedeckt wird. Es wäre angebracht, zwischen der Arzneimittelpolitik und dem Arzneimittelmarkt zu unterscheiden.

Die Ethik ist der Gegensatz zum reinen Kommerz. Zwischen diesen beiden muss ganz einfach ein Mittelweg gefunden werden. Zurzeit ist eine Kraftprobe zwischen jenen, die der Ansicht sind, dass der Markt sämtliche Probleme regle, und jenen, die meinen, eine allgemeine Intervention des Staates sei notwendig, im Gange. Beide haben Unrecht, und es geht darum, rasch ein Gleichgewicht zu finden, um die Ausarbeitung der Arzneimittelpolitik zu koordinieren.

Den Leistungserbringern werden widersprüchliche Botschaften vermittelt. Einerseits wird ihnen vorgeschrieben, sich in kommerzieller Hinsicht zurückzuhalten, das Kriterium der Effizienz zu beachten, sich für die Prävention zu engagieren. Andererseits wird diesen gleichen Leistungserbringern nahe gelegt, in einen mörderischen Wettbewerb zu treten; es fällt schwer, kohärent zu bleiben.

Der SAV unterstützte die Volksinitiative auf Bundesebene über Arzneimittel, um eine einheitliche, folgerichtige Arzneimittelpolitik zu fördern. Die Initiative fordert, dass der Bund grundsätzlich die Modalitäten der Kommerzialisierung des Arzneimittels unter Einhaltung der Ethik, die durch die Wettbewerbsgesetze in Mitleidenschaft gezogen wird, regle.

Wenn diese Rechtsgrundlage einmal besteht, wird es darum gehen, das Interventionspotenzial des Staates möglichst sparsam zu nutzen. Wir verfügen in der Schweiz über erhebliche Talente zu spontaner Verständigung und Unternehmungsgeist. Das Kartellgesetz bremst diese Trends mitunter, denn jede ethische Verständigung wird als Kartellabsprache betrachtet.

Das Heilmittelgesetz ist in der dem Parlament vorgelegten Form äusserst zurückhaltend in Bezug auf die Ziele, über die heute gesprochen wird, u.a. die angemessene Verwendung des Arzneimittels. Glücklicherweise leistete die Gesundheitskommission gute Arbeit mit bedeutenden Fortschritten bezüglich des direkten Kontakts zum Patienten, der für das Verständnis der vermittelten Erläuterungen notwendig ist.

Einzelne vom Bundesgericht verfochtene anerkannte Werte sind in diesem Gesetz nicht enthalten: keine kommerzielle Zurückhaltung, keine Prävention, keine Erwähnung des direkten Kontakts oder der Pflicht, die Patienten zu beobachten, oder der Pflicht zur Effizienz. Diese Elemente sind indessen von höchster Bedeutung.

Die Gruppe *Forum Gesundheit 2000* arbeitet in die richtige Richtung. Die vorhandenen Möglichkeiten sind zu nutzen und Synergien zu erzeugen. Eine Koordinierung ist vorhanden – wie die Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker beweisen. Leider hat das *Forum Gesundheit 2000* keine Befugnis, die Politik zu lenken. Dennoch glauben wir an diesen Ansatz, der keine Utopie ist.

⁷Zusammenfassung des Vortrags von Herrn Marcel Mesnil, Generalsekretär des Schweizerischen Apothekervereins

Yves Guisan: Ein einziges Amt für die Arzneimittelfrage⁸

Die von Herrn Mesnil erwähnte Komplementarität zwischen Ärzten und Apothekern ist in der französischen Schweiz mit Sicherheit möglich, jedoch schwieriger in der deutschen Schweiz, wo die Abgabe von Arzneimitteln durch den Arzt als scharfer Wettbewerb empfunden wird. Die FMH ist durch diese heikle Lage, die sie nicht sofort zu lösen beabsichtigt, gespalten. Das aktuellste Problem ist die Einführung des „TarMed“, des neuen Ärztetarifs, der indirekt die Frage der Arzneimittelabgabe durch die Ärzte aufwirft. Wäre diese Problematik in die Erörterungen einbezogen worden, hätte der Ärztetarif zweifellos nie das Licht der Welt erblickt.

„TarMed“ wird von der Ärztekammer höchst wahrscheinlich angenommen werden⁹; der Prozess zur Einführung dieses neuen Tarifs, der auf Ebene der Gesundheitspolitik zwingend ist, wird eingeleitet werden. Die darauffolgende Etappe ist die Annahme durch den Bundesrat. Danach werden Verhandlungen zur Festsetzung des Punktwertes beginnen, ob auf Bundesebene mit Bundespartnern und der FMH, Unfall-, Invaliditäts- oder Militärversicherern, und in der Folge mit den verschiedenen kantonalen Krankenkassenverbänden.

Hier wird sich die Frage der Arzneimittelabgabe durch die Ärzte erneut stellen. Dieses Vorhaben sollte der Änderung der Vergütungsmodalitäten für Apotheker Rechnung tragen: Die Vergütung wird nicht mehr eine Funktion des Arzneimittelpreises sein, sondern gemäss einer Pauschale festgelegt werden, welche die bei der Abgabe des Arzneimittels erteilte Beratung vergütet. Bildet dieses Beratungshonorar Bestandteil der ärztlichen Konsultation? Selbstverständlich wird der Punktwert in Kantonen mit Arzneimittelabgabe durch den Arzt nicht jenem in anderen Kantonen entsprechen.

Die Debatte ist indessen nicht abgeschlossen: die gesplante Situation wird nicht weiter bestehen können. Nach der Einleitung des Prozesses wird erneut die Aufgabe in Angriff zu nehmen sein, eine Formel für die Ausarbeitung landesweiter Modalitäten zu ermitteln, die eine Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten der welschen und der deutschen Schweiz konkreter zu zementieren vermögen.

Heute Morgen wurde eine Reihe von Fragen angeschnitten. Wir erörterten bislang vor allem den Vertrieb, während die Frage der Festsetzung der Gestehungskosten (ex factory) der Arzneimittel nicht aufgegriffen wurde. Diese Festsetzung ist nach wie vor ein zentraler Aspekt der Arzneimittelkosten. Lässt sich die hier herrschende Undurchsichtigkeit auf nationaler Ebene beheben? Ist es angesichts der in der Schweiz geltenden unterschiedlichen nationalen Gesetzgebungen möglich, zu Preisen zu gelangen, die die Ausgaben für Forschung, Entwicklung und Kommerzialisierung tatsächlich widerspiegeln? Sind die von uns festgestellten Unterschiede nicht lediglich das Ergebnis von Verhandlungen oder eines verhältnismässig künstlichen Wettbewerbs? Sind sie nicht das blosse Ergebnis rechtlicher Modalitäten, die aufgrund ihrer Vielfalt das Endergebnis vollständig verschwommen erscheinen lassen?

Für diese Frage gibt es ausserhalb der europäischen Richtlinien keine Lösung, die der Ethik und den finanziellen und wirtschaftlichen Aspekten zugleich Rechnung trägt. Im Gesundheitswesen lässt sich keine dogmatische Wirtschaft betreiben, selbst wenn die Pharmahersteller und die allgemeine Wirtschaft diese Regeln befolgen. Wenn ein Unternehmen ein neues patentiertes Produkt auf den Markt bringt, genießt es einen

⁸Zusammenfassung des Vortrags von Herrn Yves Guisan, Vizepräsident der Verbindung der Schweizer Ärzte, Nationalrat

⁹Er wurde tatsächlich angenommen.

gewissen Schutz und daher eine vorübergehende Monopolstellung. Gleichermassen legt sich ein Unternehmen, das ein Produkt auf den Markt bringt, das sich als qualitativ hoch stehend erweist und wenig Konkurrenz hat, ebenfalls widerrechtlich eine Monopolstellung zu. Sind nun jene zu bestrafen, die Erfolg haben, indem ihnen alle Arten von Zwängen auferlegt werden?

Zu den verschiedenen von der Gruppe *Forum Gesundheit 2000* erwähnten Lösungen gehören die Einsetzung einer ganzen Reihe von Aufsichtsorganen, die Arzneimittelkontrolle und die medizinische Erfolgskontrolle. Diese verschiedenen Bestrebungen lassen sich im Rahmen der bestehenden Strukturen verwirklichen, anstatt neue solche zu schaffen. Diese sind im Gesundheitswesen bereits zahlreich vorhanden, und wenn weitere hinzukommen, würden die Kosten lediglich steigen. Zurzeit ist die Organisation der Bundesverwaltung indessen kaum ausgeglichen: Die Rolle der Kommissionen, insbesondere jener für Arzneimittel, beschränkt sich auf die Ausarbeitung vorläufiger Gutachten, doch zugleich hat ihr vorläufiges Gutachten praktisch Gesetzeskraft. Ausserdem ist die Politik der verschiedenen Ämter nicht zwangsläufig identisch, und es fällt schwer, die Standpunkte in ein gemeinsames Ganzes zu vereinigen.

Sollte daher nicht ein einziges Bundesamt für Gesundheitswesen vorhanden sein, das die verschiedenen Bereiche vereinigt, die wir heute kennen: Statistik, Sozialversicherung und öffentliches Gesundheitswesen, anstelle dieser Zersplitterung, unterschiedlicher Methodiken und mitunter gegensätzlicher Ziele? Es sind beträchtliche Anstrengungen zu unternehmen. Frau Dreifuss möchte eine Beobachtungsstelle für das Gesundheitswesen einrichten. Diese würde Zahlen und Daten benötigen, die nur nach Massgabe der gesteckten Zielsetzungen beschafft werden können. Nur auf diese Weise können wir eine qualitativ hoch stehende medizinische Information erreichen und vermitteln, wie die Gruppe *Forum Gesundheit 2000* sie anstrebt.

Für eine neue Arzneimittelpolitik

Die Vorträge der Referenten zeigen deutlich auf, dass die Arzneimittelpolitik von der unterschiedlichen Haltung der verschiedenen Akteure beeinflusst wird. Um diesen Stellungskrieg und auch das Einheitsdenken zu überwinden, das im Preis des Produktes das allein massgebende Kriterium sieht, schlägt das *Forum Gesundheit 2000* in seiner Synthese vor, in zwei Schritten vorzugehen: Zunächst sollen die Mängel des bisherigen Systems erkannt und dann neue Überlegungen angestellt und Empfehlungen ausgesprochen werden.

Die heutigen Mängel

Die Analyse der bisherigen Praxis lässt zahlreiche überflüssige, ungeeignete oder unwirksame Verfahren erkennen (over-use, aber auch under-use). Die völlig freie Verwendung von Medikamenten ohne jede Kontrolle ist teuer und auch hinsichtlich der Behandlungsergebnisse fragwürdig. Wie kommt es, dass mindestens 40% der verschriebenen Medikamente gar nicht eingenommen werden?

Wir möchten hier nicht auf sämtliche Störungen des Systems eingehen, sondern auf die Notwendigkeit hinweisen, über klare und vergleichbare Daten in bezug auf die Verwendung des Medikaments zu verfügen. Sie sind (die Daten! nicht die Notwendigkeit) wichtig, um die Behandlungsergebnisse stichhaltig bewerten zu können. Wir schlagen daher vor, nicht mehr nur vom Preisaspekt (Produktion oder Verkauf) auszugehen, sondern eine Politik zu fördern, bei der Wirksamkeit und Qualität im Vordergrund stehen. Das Medikament ist nicht eine alleinstehende Komponente der Gesundheit; mit Prävention und Behandlung zusammen soll es die Lebensqualität verbessern.

Jede unkoordinierte Beteiligung verschiedener Leistungserbringer (Ärzte, Pflegepersonal, Apotheker und andere) an der Behandlung eines Patienten führt zu Problemen und Wirksamkeitsverlusten. Wichtige Informationen über den Patienten können verloren gehen, falsche oder überflüssige Leistungen erbracht werden. Oft wird die Prävention vernachlässigt, oder von verschiedenen Leistungserbringern werden ungeeignete Massnahmen getroffen. Eine neue Arzneimittelpolitik erfordert ein Umdenken, eine Anerkennung der Komplementarität zwischen Leistungserbringern und Patienten im Rahmen einer modernen Zusammenarbeit, zu der auch der Staat und die Krankenversicherer beitragen müssen. An die Stelle des Wettbewerbs im wirtschaftlichen Sinne muss die Förderung der Qualität treten, ein konstruktiver und sozialer Wettbewerb im Interesse der Allgemeinheit. So bewegt man sich auf eine Gesundheitspolitik zu, die den Patienten und den nachgewiesenen Behandlungserfolg in den Mittelpunkt stellt.

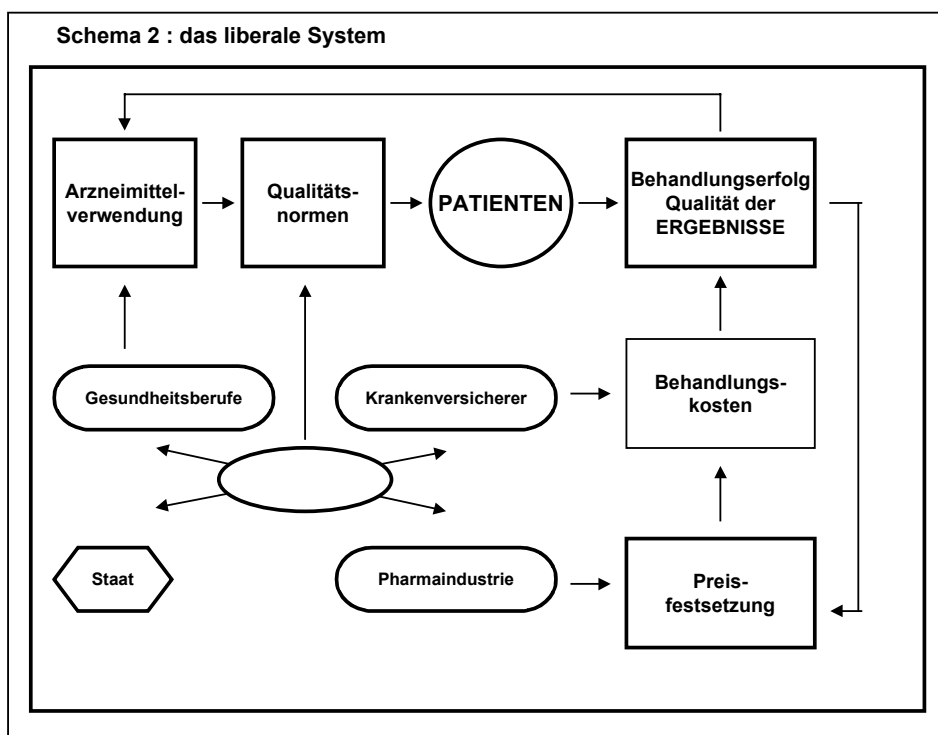
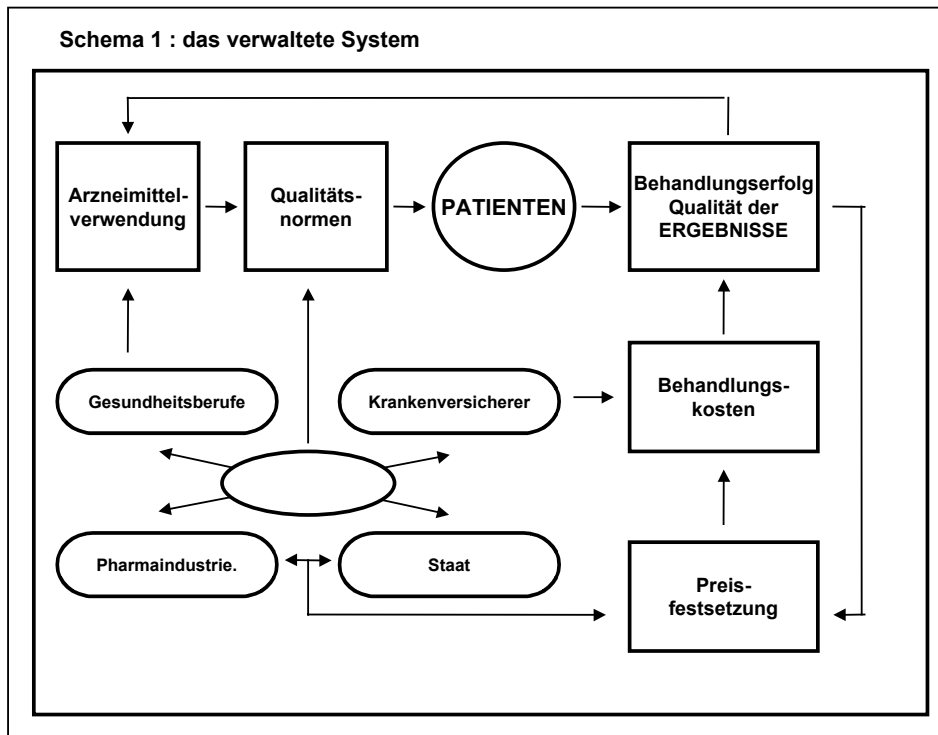
In diesem Sinne plädiert das *Forum Gesundheit 2000* für neue Denkansätze in bezug auf Information, Wirksamkeit und Qualität.

Arzneimiteleinsetzung, Qualität und Information

Eine nur an der Preiskontrolle ausgerichtete Arzneimittelpolitik ist zum Scheitern verurteilt, weil sie am Grundproblem vorbeigeht, nämlich am quantitativen Verbrauch und an der Wirksamkeit der Behandlungen. Gesetze über Handel, Parallelimporte, Direktbezug und Preiskontrolle können eine echte Arzneimittelpolitik für ein qualitativ besseres Gesundheitswesen nicht ersetzen.

Das *Forum Gesundheit 2000* schlägt eine Politik vor, die auf Information und auf der

Beurteilung der Arzneimittelverwendung als Kriterium der Behandlungsqualität beruht. Auf dieser Grundlage kann dann zwischen den Partnern über Preise und den Umfang der Kassenleistungen nach folgenden Schemata (1 und 2) diskutiert werden, die politisch verschiedenen Systemen entsprechen, aber zum gleichen Ziel führen: Behandlungserfolg und Qualität der Ergebnisse.

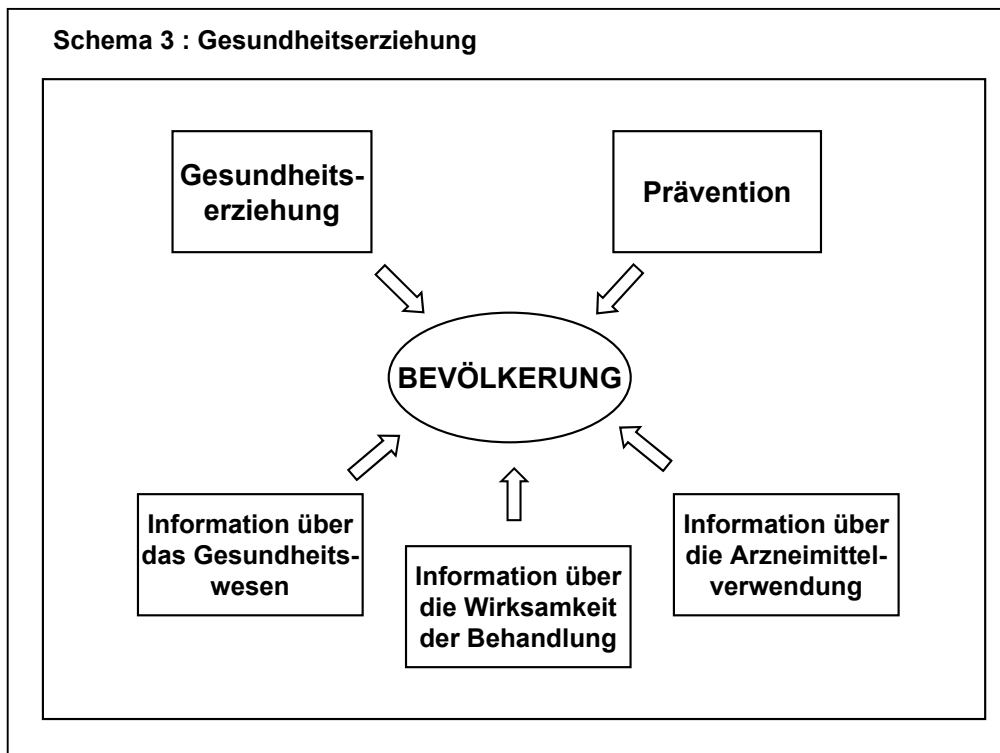


Wir stellen uns eine Arzneimittelpolitik vor, die sich auf Qualitätsstandards abstützt; dazu gehört die Kontrolle des Behandlungserfolgs ebenso wie ein therapeutischer Ansatz, der sich im Rahmen einer vernetzten Zusammenarbeit bewegt:

- **Ausarbeitung und Anwendung von Qualitätsstandards unter Beachtung der ärztlichen Ethik:** Praxisstandards sowie medizinische und pharmazeutische Richtlinien (Guidelines), die auf klinischen Studien und bewährten Methoden fussen, gewährleisten den rationellen und effizienten Einsatz der zur Verfügung stehenden Techniken und Mittel. Sie sind als Entscheidungshilfen zu gestalten, die von Gremien auszuarbeiten sind, denen die Gesundheitsberufe und die Patienten angehören, und nicht als starre und unantastbare Vorschriften. Die Erfahrungen der Arzneimittelkommissionen der Spitäler sind dabei zu nutzen. Die bisherige Vielzahl von Richtlinien zeigt, wie schwierig es ist, anerkannte medizinische und pharmazeutische Richtlinien von hoher Qualität auszuarbeiten, vor allem aber, dass diese theoretischen Empfehlungen auch umgesetzt werden müssen, was von den Gesundheitsberufen ein wirkliches Umdenken in der Praxis verlangt. Die Richtlinien müssen auch als Grundlage für die Definition und den Vergleich von Qualitätsnormen und zur Bestimmung von Wirkungsindikatoren (clinical outcomes) für die gesamte Arzneimittelkette dienen, von der pharmakologischen und galenischen Entwicklung bis zur Verwendung des Medikaments durch den Patienten, unter Einschluss der Herstellung, des Verkaufs, der Verschreibung und der Abgabe der Produkte.
- **Ein therapeutischer Ansatz im Rahmen der vernetzten Zusammenarbeit:** Nur eine wirksame und institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen kann die verschiedenen Dimensionen der therapeutischen und präventiven Prozesse beherrschen. Der Staat und die Versicherer haben ein klares Interesse daran, die vernetzte Arbeitsweise zu fördern, dies zur Optimierung der Versorgung und nicht zur Einschränkung der Möglichkeiten (wie auch die Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker). Das Gesundheitswesen ist ein kollektives System, das Wechselwirkungen zwischen den Leistungserbringern und den Patienten voraussetzt. Die Rolle jedes Leistungserbringers muss definiert werden, damit ein kohärentes System geschaffen und Qualitätskontrollen auf allen Stufen durchgeführt werden können, ohne den sozialen Charakter der Gesundheit zu vernachlässigen.
- Erst dann, wenn die Ergebnisse einer entsprechenden Evaluation vorliegen, können Preise festgelegt werden, und zwar auf der Grundlage **einer gründlichen Analyse der Faktoren Investition-Kosten-Innovation und Behandlungserfolg:** Die Transparenz der verschiedenen Kostendimensionen des Medikaments ist unentbehrlich, um die Arzneimittel je nach Wirksamkeit, Produktionskosten, Investitionsaufwand sowie Innovation und Kundendienst bewerten zu können.

Zu diesem Qualitätsdenken gehören auch Information und Prävention, denn die Bevölkerung weiss in der Regel zu wenig über die Eigenschaften und den richtigen Gebrauch der Arzneimittel, was die Gefahr von Selbstmedikation und Direktbezug erhöht.

Deshalb ergänzen wir die vorangehenden Darstellungen im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik durch ein Kapitel Prävention - Information - Erziehung:



Eine Politik für die Zukunft

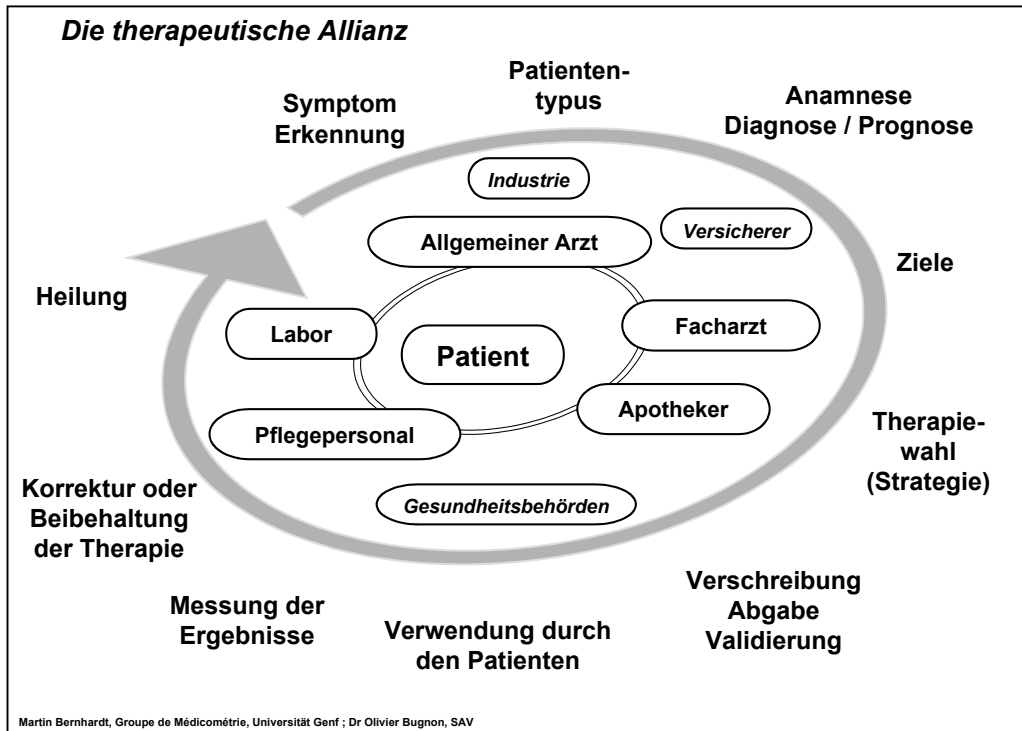
Überlegungen zur Arzneimittelpolitik der nächsten Jahre sind wie etwa der Jahrhundertssprung von der Chemie zur Pharmakogenomik und zur Informationsgesellschaft. Ihr Ziel ist, durch neue Behandlungsformen den ultimativen Zweck einer Senkung der Gesundheitskosten bei besserer Versorgungsqualität und grösserer Lebensqualität zu erreichen. Mittel- und langfristig bringen simple Massnahmen wie Margenkürzungen, Parallelimporte und Anreize zum Verbrauch kostengünstigerer Mittel wenig und stossen bald an ihre Grenzen. Gefragt ist eine umfassende Politik, die nicht allein auf das Medikament abstellt, sondern den Verbrauch einer alternden Bevölkerung steuert und die Lebensqualität sichert. Vergessen wir nicht, dass im Jahr 2025 ein Drittel der Bevölkerung in den Industrieländern älter als 60 Jahre sein wird! **Einfallsreichtum, Weitblick in ein Jahrhundert, in dem sich die medizinischen Praktiken verändern werden, nachhaltige Entwicklung des Gesundheitswesens sind die Beweggründe, die das *Forum Gesundheit 2000* zu den folgenden Empfehlungen veranlassen:**

- **Prävention und Gesundheitserziehung konsequent fördern**, um bei den Bürgern das Verantwortungsbewusstsein für ihre Gesundheit zu stärken. Zu erreichen ist dieses Ziel durch die Integration der Gesundheitserziehung in den Schulunterricht, durch Schulungsprogramme für die Patienten, durch die Kommunikationsschulung in den Gesundheitsberufen, den Dialog mit den Patienten und die vermehrte Beteiligung der Krankenversicherer an der Gesundheitsförderung der Patienten und Versicherten.
- **Schaffung eines unabhängigen Organs mit der Aufgabe, die medizinische Information zu überwachen**, den Behandlungserfolg zu kontrollieren, Risikomanagement zu betreiben und systematische Information von kontrollierter Qualität

zu verbreiten, die für die Bevölkerung verständlich ist.

- **Einsetzung einer Kommission für die Bewertung des Behandlungserfolgs**, damit die Grundversicherung wenig wirksame Mittel nicht mehr übernimmt, sondern im Gegenteil die Innovation durch eine Preisgestaltung fördert, die Forschungs- und Entwicklungskosten und therapeutische Wirksamkeit gleichermaßen berücksichtigt.
- **Die Rolle des Schweizerischen Heilmittelinstituts** entwickeln; es muss wissenschaftlich glaubwürdig sein und vor allem für eine transparente Preisfindung auf der Grundlage des Verhältnisses Kosten/Wirksamkeit sorgen.
- **Mehr Transparenz bei der Preisgestaltung** auf der Grundlage der Preise ab Werk im Zeichen der Globalisierung der Forschung und der Unternehmen. Die Handelsspannen sind nach der Leistung für das Gesundheitswesen und nicht nur nach dem Produktpreis zu berechnen.
- **Sammlung von „best practice“**, für alle Beteiligten der Arzneimittelwirtschaft, von den Herstellern bis zu den Apothekern, um die Pharmaindustrie noch stärker in die Verantwortung für das Gesundheitswesen einzubinden und die Qualitätsforschung zu fördern.
- **Klinisch bewährte Qualitätsstandards** und medizinische Richtlinien ausarbeiten, die eine wirksame Anwendung der Diagnose- und Therapieverfahren gewährleisten. Diese Richtlinien sind von wissenschaftlichen und ärztlichen Vereinigungen auszuarbeiten und nur den Gesundheitsberufen als Entscheidungshilfen mitzuteilen, um die Qualität der Behandlungen zu verbessern und wirksamere Therapien zu ermöglichen.

Wie man sieht, gehen diese Vorschläge weit über den Rahmen des neuen Heilmittelgesetzes des Bundes hinaus, das vor allem europafähig sein will und an den bisherigen Praktiken fast unverändert festhält. Doch ist nicht eine umfassende Betrachtungsweise am besten geeignet, Ordnung in ein Gesundheitswesen zu bringen, in dem alle Akteure voneinander abhängig sind? Die Verordnung eines Medikaments ist nur ein Aspekt des Gesamtsystems, daran sollte immer wieder erinnert werden.



Die Empfehlungen des Forums Gesundheit 2000



Vorbemerkungen

1. Jede Gesundheits- und Arzneimittelpolitik bewegt sich in einem ethischen Rahmen, der den Grundwerten einer Gesellschaft entspricht.
2. Im Gesundheitswesen ist das Medikament nicht eine Möglichkeit, sondern eine Notwendigkeit, doch muss es integrierender Bestandteil der Prävention und einer optimalen Therapie sein. Optimal ist eine Therapie, wenn sie dem Patienten und der Gesellschaft langfristig die wirksamste Lösung vom Behandlungserfolg und von den Kosten her garantiert.
3. Die Qualität des Medikaments ist wesentlich für die Verbesserung des Gesundheitszustands des kranken Menschen. Es muss einwandfrei hergestellt (Qualitätsnormen), richtig verordnet (medizinische Richtlinien), richtig eingenommen (Compliance) und auf seine Wirkung kontrolliert werden (Erfolgskontrolle).
4. Das Medikament kostet Geld, ermöglicht aber auch direkte und indirekte Einsparungen. Die Preisfindung muss transparent sein und auch die ökonomischen und sozialen Vorteile eines Medikaments berücksichtigen.
5. Alle Akteure des Gesundheitswesens müssen im Rahmen einer vernetzten Zusammenarbeit zur Gesundheitserziehung, zur guten Verschreibungspraxis und zur konsequenten Compliance im Sinne der „best practice“, beitragen können.

Zur Erreichung dieser Ziele schlägt das *Forum Gesundheit 2000* vor:

1. Prävention und Gesundheitserziehung zu fördern. Alle Gesundheitsberufe halten Patienten und Bürger zu einem verantwortungsbewussten Verhalten an.
2. Eine unabhängige Stelle für die Erfolgskontrolle im Gesundheitswesen einzurichten.
3. Eine Kommission für die therapeutische Bewertung von Medikamenten einzusetzen.
4. Die Transparenz bei der Festsetzung der Preise und Margen zu fördern.
5. Eine Sammlung von „best practice“, für die Akteure des Gesundheitswesens zu erstellen.
6. Medizinische Richtlinien und Qualitätsstandards für die effiziente Anwendung der Therapien auszuarbeiten.

Bibliographie

- Bailly A., Périat M.:** *Médecométrie: une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995
- Bonami M. et al.:** *Management des systèmes complexes : pensée systémique et intervention dans les organisations*, Brüssel, De Boeck-wesmael, 1993
- Brommels M.:** *Reforms and realities*, European Health Reform Nr. 7, 1998, S. 3.5
- Contandriopoulos A.-P.:** *Transformer le système de santé*, Ruptures, Bd. 3., Nr. 1, 1996, S. 10-17
- Curtis S., Taket A.:** *Health and societies: changing perspectives*, London, Arnold, 1996
- Denis J.-L. et al.:** *Organiser l'innovation, imaginer la contrôle dans le système de santé*, Ruptures, Bd. 4, Nr. 1997, S. 96-114
- Mélèse J.:** *Approche systémique des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1990
- Minzberg H.:** *Managing government, governing management*, Harvard Business Review, Mai-Juni 1996, S. 75-83
- Müller M., Uedelhofen K.:** *New directions for an organised health care system in Germany*, European Management Journal, Bd. 15, Nr. 6, Dez. 1997, S. 667-676
- Probst G., Ulrich H.:** *Pensée globale et management: résoudre les problèmes complexes*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1989
- Richard B. S., Figueras J.:** *European health care reform: analysis of current strategies*, Kopenhagen : Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1997
- <http://www.who.int/>
<http://www.bsv.admin.ch/>
<http://www.admin.ch/bag/f/index.htm>
<http://www.preisueberwacher.admin.ch/f/home-f.html>
<http://www.wettbewerbskommission.ch/site/f.html>
<http://www.iks.ch/>
<http://www.sanz.ch/>
<http://www.medpress.ch>
<http://www.hin.ch/>
<http://www.interpharma.ch/>
<http://agmed.sante.gouv.fr/>
http://www.univ-lyon1.fr/ispb/principal/sites_pharm.htm