

▶ FORTSETZUNG VON SEITE 49

## Medikamenten-Notstand

Hauptanliegen der pharmazeutischen Industrie wäre die Gesundheit des Patienten», schreibt André Pannatier, Chefapotheker des Universitätsspitals Lausanne, im Verbandsorgan der Amts- und Spitalapotheker.

Martinelli und weitere Spitalapotheker werfen Sandoz vor, bei der Verteilung der vorhandenen Medikamente die USA zu bevorzugen, weil dort höhere Preise herauszuschlagen seien. «Die Produktengpässe gelten auch für den US-Markt», kontert Novartis-Sprecher Satoshi Sugimoto. Der medizinische Bedarf sei «der wichtigste Faktor für die Zuteilung der Produktionsmengen».

Die Misere sei Resultat aus staatlichem Kostendruck und privatwirtschaftlicher Renditeoptimierung, sagt Martinelli. Um Aktionäre und Gesundheitsminister bei Laune zu halten, sparen die Firmen bei der Produktion und konzentrieren die Wirkstoffherstellung in Billiglohnländern. «Bei der kleinsten Störung ist die ganze Versorgung gefährdet.»

Nach sechsmonatigem Ausfall ist seit Anfang Mai immerhin Navoban, ein Mittel gegen die Nebenwirkungen bei Chemotherapien, wieder lieferbar. Die Heilmittelkontrollstelle Swissmedic hatte der Firma Alkopharma im letzten November die Betriebsbewilligung entzogen, weil diese Verfallsdaten von Medikamenten gefälscht hatte. Nach internen Verbesserungen darf das in Martigny VS ansässige Unternehmen nun wieder produzieren.

Martinelli wird gleichwohl nicht bei Alkopharma kaufen: «In der Anzeige über die Wiederaufnahme der Aktivitäten findet sich kein Wort der Entschuldigung oder des Bedauerns. Das zeigt, dass die Firma nicht bereit ist, das verlorene Vertrauen wiederherzustellen.»

### Novartis kassiert Rüffel von US-Behörde FDA

Novartis hat die Wirksamkeit des Medikaments Gilead gegen Tumore im Verdauungstrakt übertrieben dargestellt und Nebenwirkungen verharmlost. Dies schreibt die US-Gesundheitsbehörde FDA in einem «Warning Letter» im Januar. Novartis nehme die Angelegenheit sehr ernst und habe der FDA bereits geantwortet, sagt Konzernsprecher Satoshi Sugimoto. Verstösse gegen Vermarktungsrichtlinien hatten Novartis 2010 eine Busse von 422 Mio Dollar eingebracht.



Slembeck über die Kampagne: «Vor allem Spezialisten machen Stimmung gegen Managed Care»

FOTO: G. BALLY/KEY

# «Niemand wählt den Arzt täglich neu»

Gesundheitsökonom Tilman Slembeck über das Lobbying gegen die Managed-Care-Vorlage

VON MARTINA WACKER

**WINTERTHUR/BERN** Am 17. Juni wird über Managed Care abgestimmt. Tilman Slembeck, Gesundheitsökonom und Professor an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft, äussert sich zum wachsenden Widerstand gegen die Vorlage und kritisiert das Lobbying der Ärzte.

### Was geschieht, wenn die Managed-Care-Vorlage an der Urne scheitert?

Dann ist das ein Beleg dafür, dass alle vom heutigen ineffizienten System profitieren – zulasten weiter steigender Prämien. Das wäre eine weitere grosse Blamage unserer Gesundheitspolitik. Die Vorlage war acht Jahre lang im Parlament. Sie ist kein grosser Wurf, aber ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Wenn selbst dies scheitern sollte, sehe ich für grössere Reformen – wie etwa die Abschaffung des Vertragszwanges – schwarz. **Die Gesundheitskosten steigen jährlich um Milliarden von Franken. Kann Managed Care den Kostenanstieg dämpfen?** Ja, denn durch die finanzielle Mitverantwortung hat der Arzt ein Interesse daran, dass seine

Patienten gesund werden und bleiben. Es gibt keinen Anreiz, medizinisch unnötige Behandlungen durchzuführen oder überflüssige Medikamente zu verschreiben – selbst wenn ein Patient dies wünscht.

### Der Widerstand gegen Managed Care ist aber massiv. Ist die Vorlage zu wenig ausgereift?

Nein. Es geht um Politik und Geld. Einige Gegner sind angeblich nicht gegen Ärztenetze, sondern gegen die Vorlage, weil diese durch einen differenzierten Selbstbehalt Anreize zugunsten der Netzwerke schaffen will. Hier wird die sozialpolitische Karte gespielt, um eine unliebsame Vorlage zu bodigen. Andere Gegner sind hingegen Opfer des erfolgreichen Lobbyings der Ärzteschaft. **Inwiefern?**

Es sind vor allem Spezialisten, welche gegen die Managed-Care-Vorlage Stimmung machen, während sich die Hausärzte mehrheitlich dafür aussprechen. Die Spezialärzte befürchten Einkommenseinbussen, weil sie künftig vermehrt auf Zuweisungen von Hausärzten angewiesen wären. **Kritiker monieren, dass dadurch die freie Arztwahl eingeschränkt wird.**

Das ist ein vorgeschobenes Argument. Die Ärzte wissen, dass dies Angst macht, und werben deshalb damit am stärksten. Allerdings wählt kein Patient seinen Arzt täglich neu. Auch unter Managed Care haben Patienten noch immer die Möglichkeit, ihren Arzt frei zu wählen. Der gewählte Hausarzt ist einfach in einem Ärztenetz. Innerhalb des Netzes kann man jederzeit wechseln und das Netz nach einem Jahr.

### Die freie Arztwahl ist also eine Illusion?

Ja, denn in unserem Gesundheitssystem fehlt die Transparenz, um einen Arzt nach bestimmten Qualitätsmerkmalen zu suchen. Die meisten Patienten verlassen sich auf Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis. Und im Spital kann man ohne Zusatzversicherung

den Arzt auch nicht wählen – das stört niemanden. Es ist eine reine Gewöhnungssache. Beispielsweise Holländer, die in die Schweiz kommen, sind überrascht, dass sie zwar ihren Arzt frei wählen dürfen, dafür aber nicht entscheiden können, in welche Schule ihr Kind geht. Sie sind es gewohnt, nicht den Arzt, sondern die Schule wählen zu können.

### Die Gegner der Vorlage sprechen auch von einer Verschlechterung der Behandlungsqualität. Zahlt der Patient künftig mehr Prämie für weniger Leistung?

Die Daten der schon seit vielen Jahren in der Schweiz bestehenden Netzwerke zeigen, dass die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit keinesfalls schlechter sind. Im Gegenteil: Die Ärzte im Netzwerk haben ein gemeinsames Interesse an hoher Qualität, tauschen sich regelmässig aus und diskutieren Probleme oder unsichere Diagnosen. **Ärzte beklagen aber, dass gerade die Budgetmitverantwortung die Qualität verschlechtert, weil das den Druck erhöht.** Hier scheint mir eine Art von Urangst mancher Ärzte zu liegen. Viele Ärzte profitieren heute von

einem hochgradig regulierten staatlichen System, welches weit von einem Wettbewerbsmarkt entfernt ist. Die Tarife sind reguliert, sodass es keinen Preiskampf gibt. Zudem können alle Ärzte mit Praxisbewilligung zulasten der allgemeinen Grundversicherung abrechnen. Eine solche Abnahmegarantie gibt es in der freien Wirtschaft nicht. Budgetmitverantwortung bedeutet hingegen ein kleines Stück Unternehmertum.

### Managed Care: Die Vorlage

Unter Managed Care schliessen sich mehrere Grundversorger zu einem Ärztenetzwerk zusammen und koordinieren den Behandlungsprozess der Patienten. Die Stellung der Hausärzte wird dadurch gestärkt, während jene der Spezialisten tendenziell geschwächt wird. Die Ärztenetzwerke tragen zudem eine finanzielle Mitverantwortung. Dadurch müssen sie einen Teil der Mehrkosten selber übernehmen, sobald die Behandlungskosten das Budget übersteigen.



FOTO: M. LIMINA

**Slembeck: Arztwahl ist «vorgeschobenes Argument»**

## Medikamentenrabatte: 18.50 Franken auf dem Konto statt Millionen

Laut Gesetz müssen die Ärzte das Geld den Versicherten weitergeben. Der dafür eingerichtete Fonds ist aber leer

**SOLOTHURN/BERN** In der Schweiz werden wieder einmal hitzige Debatten über die zu hohen Medikamentenpreise geführt. Abseits der Diskussionen sorgt noch ein anderes Phänomen für rote Köpfe: verbotene Rabatte auf Medikamente. Diese wurden vor zehn Jahren im Heilmittelgesetz untersagt. Erlaubt sind lediglich Geschenke «von bescheidenem Wert» sowie «handelsüblich und betriebswirtschaftlich gerechtfertigte Rabatte, die sich direkt auf den

Preis auswirken». Laut Krankenversicherungsgesetz müssen diese zudem den Patienten weitergegeben werden. Nur: Das dafür extra eingerichtete Sammelkonto ist nach zehn Jahren praktisch leer.

Das bestätigt die für das Sammelkonto zuständige gemeinsame Einrichtung KVG gegenüber der SonntagsZeitung. 2011 wurden gerade mal 18.50 Franken auf das Sammelkonto überwiesen. In den letzten zehn Jahren waren es insgesamt 18000 Franken. Schätzun-

gen zufolge müssten es aber jährlich mehrere Millionen Franken sein. Denn die Vergabe von Rabatten auf Medikamenten sei nach wie vor eine gängige Praxis, sagen Branchenkenner.

### «Die Spitäler sind ideale Einfallstore»

Für Konsumentenschützerin Sara Stalder ist das Sammelkonto «ein Trauerspiel». Der Gesundheitsökonom und Präsident der Allianz Schweizer Krankenver-

sicherer, Heinz Locher, spricht von einer Farce: «Die Regelung ist nicht durchdacht, es gibt ja nicht einen bestimmten Patienten, dem die Rabatte weitergegeben werden können.» Im Sinne der gesetzlichen Bestimmung sollten seiner Ansicht nach die Rabatte unternehmerisch eingesetzt und beispielsweise für Tarifsenkungen oder die Anschaffung neuer Geräte verwendet werden.

Beim Ärzteverband FMH ist man sich des heiklen Themas

bewusst. «Seit Jahren versuchen wir, hier eine geeignete Lösung zu finden», sagt FMH-Präsident Jacques de Haller. Er weist aber darauf hin, dass die Vergabe von Rabatten in den letzten Jahren stark abgenommen habe. «Allenfalls sind die Rabatte minimal und bewegen sich somit im gesetzlichen Rahmen.» Zudem würden viele Ärzte die Medikamente bei den Grossisten und nicht direkt bei Pharmafirmen beziehen, sagt der FMH-Präsident.

Dem widerspricht Konsumentenschützerin Sara Stalder. Um den Medikamentenverkauf anzukurbeln, zielten die Pharmaunternehmen nach wie vor auf Ärzte mit eigener Praxisapotheke sowie auf Spitäler ab, sagt sie. Dabei würden die Firmen besonders bei teuren Medikamenten mit Rabatten locken. «Für den Verkauf teurer Originalpräparate sind beispielsweise Spitäler ideale Einfallstore», sagt Stalder.

MARTINA WACKER