

Einsatz innovativer Arzneimittel ohne Budgetdruck

Integrierte Versorgung bietet eine ideale Plattform für Kosten-Nutzen-Studien / Neue Angebote und neue Formen der Erstattung

HAMBURG (cw). Seit dem Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz 2004, das die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung (IV) regelte, sind zahlreiche Projekte – überwiegend indikationsorientiert – ins Laufen gekommen. Inzwischen gehen jedoch auch erste populationsbezogene Konzepte an den Start. In diesen umfassenden IV-Projekten könnte die therapeutische Bedeutung von Arzneimitteln wieder stärker in den Vordergrund treten, statt dass nur die Rabatte gesehen werden, die der pharmazeutische Unternehmer gewährt.

Aktuelle Beispiele populationsgestützter IV-Konzepte sind „Gesundes Kinzigtal“ (mit der AOK), die Integrierte Versorgung des Polikums Friedenau (AOK Berlin und Barmer Ersatzkasse) oder „Qualität und Effizienz“, ein IV-Projekt des Praxisnetzes Nürnberg Nord (mit der AOK Bayern).

Die Forderung „mit, statt am Arzneimittel zu sparen“, könnte in der Integrierten Versorgung endlich Realität gewinnen: Die sektoral übergreifende Rationalität einerseits und die erfolgsabhängige Vergütung der Managementgesellschaften andererseits könnten den Nutzen innovativer Wirkstoffe stärker als in der Regelversorgung zur Geltung bringen. So erwartet beispielsweise Helmut Hildebrandt, einer der Wegbereiter der Integrierten Versorgung in Deutschland und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, vom Einsatz innovativer Arzneimittel langfristig höhere Wirtschaftlichkeitseffekte als von deren Rabattierung.

Mit Helmut Hildebrandt sprachen wir über den Stellenwert von Innovationen in der Integrierten Versorgung, Überlegungen zu einer erfolgsabhängigen Erstattung sowie Kosten-Nutzen-Studien in der Praxis.

AMZ: Mit der Integrierten Versorgung verbinden sich Vorstellungen des Disease Management und Managed Care. Für viele Pharmahersteller heißt das schlicht: Listenmedizin und Rabattwettbewerb. Läuft es darauf hinaus?

HILDEBRANDT: Wir gehen weiter als diese im Grunde altbackenen Elemente des Managed Care. Aber Sie haben recht: Die Pharmaunternehmen werden in den nächsten Jahren um eine gewisse Form von Listenmedizin und Rabattwettbewerb nicht herumkommen. Was man in den Kliniken schon versucht, nämlich sich im Einkauf wirkstoffbezogen auf ein oder zwei Anbieter zu konzentrieren, das erfasst jetzt, obgleich sehr langsam, auch die ambulante Versorgung. Sobald sich mittelständische Unternehmen bilden, die entsprechende Einkaufsverhandlungen führen können, wird das Thema relevant. Das ist im Kontext Integrierte Versorgung in Gestalt von Managementgesellschaften der Fall.

Dennoch ist der Preis beileibe nicht die einzige Zugangsberechtigung für ein Pharmaunternehmen zur Integrierten Versorgung. Denken Sie nur an bestimmte Programme, die viele Hersteller erarbeitet haben, um die Compliance zu verbessern: von Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige über Patientenschulungen bis hin zu speziellen Call Center-Diensten.

AMZ: Was landläufig unter dem Begriff Mehrwertdienste zusammengefasst



In der Region Kinzigtal im Schwarzwald wird bis 2014 eine populationsbezogene IV erprobt.

Einige Hersteller, die sich ihrer Innovationen sicher sind, haben schon Interesse bekundet, Risk-Sharing-Modelle mit uns zu erproben.

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH

Gesundes Kinzigtal: Integrierte Versorgung auf Erfolgsbasis

An dem populationsbezogenen IV-Projekt Gesundes Kinzigtal beteiligen sich 43 niedergelassene Ärzte und ein Krankenhaus. Vertragspartner der Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH ist die AOK Baden-Württemberg. Der Vertrag läuft bis 2014. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Uni-

versität Freiburg. Ein ganzes Konsortium von Lehrstühlen soll akribisch die Erfolge oder Misserfolge analysieren. Die Managementgesellschaft (MG) wird erfolgsabhängig honoriert. Erfolg heißt: Der bestehende Abstand der Kosten für die medizinische Versorgung aller AOK-Versicherten der Region Kinzigtal (Ist-

Kosten, aktuell rund 50 Millionen Euro p.a.) gegenüber den bundesweit erhobenen höheren - RSA-Normkosten für eine entsprechende Patientengruppe muss weiter zunehmen. An dieser Einsparung ist die MG dann ebenso wie die Kasse beteiligt. Mit einem Generikahersteller wurde bereits ein Rabattvertrag ge-

schlossen. Aber auch ein forschender Hersteller beteiligt sich an dem Projekt: Vereinbart wurde eine Entwicklungspartnerschaft für Systemlösungen zur Früherkennung, die Ausarbeitung von Behandlungsregimen und die Erfolgskontrolle der eingesetzten Pharmaka unter „Real-Life-Bedingungen“.

wird? So richtig stark nachgefragt wird das von den Ärzten aber nicht.

HILDEBRANDT: Weil die organisatorischen Voraussetzungen fehlen. Erst ein IV-Projekt, das als Unternehmen arbeitet, kann den Nutzen solcher Mehrwertdienste rund um die Medikation kalkulieren und abschätzen, welche Entwicklungskosten es sich spart. Das Problem bei vielen Ärzte-Netzen ist ja bislang, dass sie den Wert dessen, was die Industrie ihnen anbietet, überhaupt nicht erkennen können und es deshalb unambitioniert einsetzen.

Eine weitere Möglichkeit, vor allem für forschende Pharmafirmen, an der Integrierten Versorgung zu partizipieren, sind langfristig angelegte Kosten-Nutzen-Studien. Generika und Rabattverträge sind die schnell zu erntenden „low hanging fruits“ in einem Markt wie dem deutschen. Da kommt es nur auf den Preis an und so haben sich die Hersteller ja auch aufgestellt. In Kooperationen mit Originalherstellern wird es interessant sein herauszufinden, inwieweit sie wirkliche, belastbare Innovationen haben, die einen therapeutischen Nutzen bringen, also etwa stationäre Einweisungen hinauszögern oder vermeiden. Wir rechnen übrigens mit einem Effekt auf die Gesamtkosten von zwei bis drei Prozent aus Rabattverträgen. Dagegen erwarten wir vom passgenauen Einsatz innovativer Arzneimittel sektorübergreifende Wirtschaftlichkeitseffekte zwischen vier und sechs Prozent.

AMZ: Können Sie die Chancen der Integrierten Versorgung für die Evaluation des Kosten-Nutzen-Profiles eines Arzneimittels etwas konkretisieren?

HILDEBRANDT: In populationsbezogenen Projekten wie Gesundes Kinzigtal können wir über einen großen Zeitraum vergleichende Untersuchungen zum Medikationserfolg anstellen. Wir haben alle Daten, um über die Jahre die Kostenentwicklung für die einzelnen Versicherten genau zu verfolgen. Und wir haben Voraussetzungen, die sie in der Regelversorgung nicht finden werden: Einmal lässt sich der Nutzen in einer Sektor und Zeit übergreifenden Gesamtperspektive betrachten. Zum zweiten können sie den Einsatz eines neuen Mittels auf speziell geschulte Ärzte begrenzen und so das Risiko eines Fehleinsatzes minimieren. Und schließlich kann ein neuer Wirkstoff ohne sektoral begrenzten und damit „dummen“ Budgetdruck verordnet werden.

AMZ: Ihr Honorar ist abhängig davon, dass es Ihnen gelingt, die Kosten für die medizinische Gesamtversorgung aller AOK-Versicherten der Region Kinzigtal zu senken. Sind solche Honorarmodelle auch zur Vergütung innovativer Arzneimittel denkbar?

HILDEBRANDT: Solche Überlegungen gibt es, sind aber in der ambulanten Versorgung noch nirgends umgesetzt worden. Im Krankenhaus wird die Verbindung von Erstattung und Gewährleistung schon ausprobiert. Das bekannteste Beispiel dafür sind IV-Verträge auf der Basis beschichteter Stents, die eine geringere Restenose-Rate erwarten lassen. Kliniken geben den Kassen dann eine Gewährleistung, Restenosen günstiger oder sogar umsonst zu behandeln, der Stent-Hersteller liefert das Zweitimplantat kosten-

frei. Analog wird bei Endoprothetik-Verträgen verfahren, Prothesenlockerungen führen zu Gewährleistungsansprüchen der Kasse gegenüber dem Versorger, der diese teilweise an die Prothesenhersteller weiterreicht. In der ambulanten Arzneimittel-Versorgung ist Risk-Sharing noch Zukunftsmusik. Aber einige Hersteller, die sich ihrer Innovationen sicher sind, haben schon Interesse bekundet, derartige Modelle mit uns zu erproben.

AMZ: Wie genau kann man denn einen kostenrelevanten Effekt einem Mittel allein zuordnen?

HILDEBRANDT: Da wird es in der Praxis sicher Schwierigkeiten geben. Um den maximalen Effekt zu erreichen, wird man ja gerade in der IV nicht nur auf den Wirkstoff setzen, sondern die Medikation um andere Maßnahmen ergänzen: Compliance-Management, Bewegung, Ernährung. Zum Metabolischen Syndrom haben wir vor diesem Hintergrund gerade einen Vertrag mit einem forschenden Pharmahersteller abgeschlossen. Zur Osteoporose-Sekundärprävention sind wir in fortgeschrittenen Verhandlungen. Demnächst wird ein neuartiger Wirkstoff zur Raucherentwöhnung auf den Markt kommen. Auch hierzu führen wir Gespräche. Positive Behandlungseffekte werden also in diesen Fällen der gesamten Medikation einschließlich Unterstützungs- und Präventionsmaßnahmen zuzurechnen sein. Mittelfristig wird es sowieso darauf hinauslaufen, ein Anwendungssystem zu testen statt nur einen Wirkstoff.

Einige Firmen beschäftigen sich auch mit Korblosungen. Für bestimmte

Indikationen wird ein Gesamtangebot geschneidert, erstattet wird nicht mehr ein einzelnes Mittel, sondern die gesamte medikamentöse Versorgung einer Population. Das setzt voraus, dass ein Hersteller einen relevanten Teil der Leitlinie abdecken kann. Mit einem solchen Anbieter bereiten wir schon einen entsprechenden Test vor.

AMZ: Ist der Vollsortimenter der ideale Industrie-Partner für eine populationsbezogene IV?

HILDEBRANDT: Wenn ein Hersteller vom Generikum bis zur Innovation alles bietet, könnte man sich im extremsten Fall auf einen Anbieter konzentrieren. Aber de facto wird man auf der einen Seite mit einem starken Generikaunternehmen kooperieren und auf der anderen schauen, wer etwas Neues mit einem plausiblen Nutzenversprechen auf den Markt bringt. Dann wird man gezielt für diesen Wirkstoff einen Vertrag machen. Wir haben jetzt beispielsweise den oben bereits angesprochenen Vertrag geschlossen, der sich auf die Indikation Metabolisches Syndrom/Prä-Diabetes bezieht, in der der Industrie-Partner Vollsortimenter ist und die gesamte Leitlinie medikamentös bedienen kann. Das ist für uns auch insofern interessant, als es uns Transaktionskosten spart.

AMZ: Was muss ein Hersteller noch mitbringen, wenn er sich an einem IV-Projekt beteiligen will?

HILDEBRANDT: Vor allem muss er in seiner inneren Struktur handlungsfähig sein. Wenn der Vertrieb bei uns vorbeikommt, ohne mit der Med Wiss oder der gesundheitspolitischen Abteilung zusammenzuarbeiten, kann er meist wenig Vernünftiges anbieten. In vielen Firmen fehlen Koordinatoren, die auf die Bedürfnisse neuer Kunden angemessen eingehen können.

Darüber hinaus muss ein Unternehmen Kompetenz für Systemlösungen besitzen. Wir wollen ja keinen Over-Use erzeugen. Es ist also erst einmal herauszufinden, welchen Patienten welche Produkte optimal nutzen. Das Know-how, in einem ökonomisch neuen Rahmen eine für beide Seiten befriedigende Lösung zu entwickeln, ist erst rudimentär vorhanden.

AMZ: Wie viele Industrie-Partner können in ein IV-Projekt eingebunden werden?

HILDEBRANDT: Die Frage stellen wir uns auch. Wir sprechen momentan mit zehn Herstellern und das macht eine Menge Arbeit. Man muss sich notwendigerweise begrenzen.

AMZ: Wie groß ist Ihrer Erfahrung nach das Interesse der Industrie an der IV?

HILDEBRANDT: Es ist eher die Avantgarde in den Firmen, die sich damit beschäftigt, die gesundheitspolitischen Stabsabteilungen, das Gesundheitsmanagement oder der Key Account Vertrieb. Auf Vorstandsebene ist Integrierte Versorgung wohl doch noch eher ein Randthema. Auf der gesundheitspolitischen Ebene aber auch im Vertrieb ist IV auf dem Radar. Bei den Generikaherstellern ist das Interesse schon deutlich größer. Die Bemühen sich alle um IV-Vereinbarungen, aber auch hier ist die Vertragskompetenz noch wenig ausgeprägt.