

Courrier au BMS



Faire Medikamentenpreise

Ergänzung zum Artikel «Kosteneinsparungen dank Änderung der Preisgestaltung von Originalpräparaten» [1]

Die Debatte zu Myozyme weist auf die grossen Schwachpunkte der leicht zu manipulierenden Preisgestaltung von Originalpräparaten hin. Ohne Einforderung fundierter wissenschaftlicher Kosten-Nutzen-Analysen und Qualitätsnachweisen im Versorgungsalltag (Zweckmässigkeit) sind die Hersteller in der Lage, die Marktlage und temporäre Monopolfähigkeit zu ihren finanziellen Gunsten auszunützen und dem Markt ihre Preisvorstellungen diktieren zu können [2]. Diese Schwachstelle ist auch bei Präparaten der Spezialitätenliste feststellbar, obwohl sich diese den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) stellen müssen.

Der Bundesrat beantworte die Interpellation 10.3944 von Nationalrätin Ruth Humbel, ohne konkrete Angaben zu den tatsächlich erteilten Innovationszuschlägen und den daraus resultierenden Zusatzkosten zu machen. Dies erstaunt nicht, wenn man die Preise von Ranibizumab (Lucentis, Novartis Pharma) mit Bevacizumab (Avastin, Roche) des zur Roche-Gruppe gehörenden Herstellers Genentech vergleicht. Ranibizumab wurde als innovative Weiterentwicklung von Bevacizumab zur Behandlung der exsudativen altersbezogenen Makuladegeneration entwickelt. Augenärzte begannen Bevacizumab im «Off-Label Use» zu verordnen, da der Preis von Ranibizumab zu einer medizinisch nicht nachvollziehbaren Kostensteigerung von 3932 Prozent führte.

Die nun im «New England Journal of Medicine» online publizierte Vergleichsstudie bestätigt die von den Augenärzten gemachte Feststellung, dass Ranibizumab im Vergleich zu Bevacizumab keine klinisch relevanten Therapieunterschiede aufweist. Einzig die höhere Nebenwirkungsrate unter Bevacizumab sollte noch auf deren Ursache hin

untersucht werden [3]. Da das vorliegende Studiendesign nicht zur Untersuchung medikamentenbezogener Unterschiede von Nebenwirkungen ausgerichtet wurde, stellt sich die Frage, ob es sich tatsächlich um Nebenwirkungen einer systemischen Anti-VEGF-Therapie oder nicht eher um eine zufällige Häufung handelt. [3, 4]

Die Resultate erhöhen gegenüber dem Bundesamt für Gesundheit den Druck, die aktuelle Preisbildung (inkl. Innovationszuschläge) und Preisüberprüfung von Originalpräparaten der SL ohne politische Einforderung der Zweckmässigkeit noch glaubwürdig rechtfertigen zu können. Im Falle von Ranibizumab interessiert, ob und in welcher Höhe ein Innovationszuschlag gewährt wurde? Auch ohne Zuschlag muss das BAG erklären, mit welcher Datenlage ein 40-mal höherer Preis von Ranibizumab im Vergleich zu Bevacizumab zu Lasten der Grundversicherung noch als vertretbar gerechtfertigt und zusätzlich als mögliche Scheininnovation von Genentech ausgeschlossen werden kann.

P.J. Rosenfeld forderte im Anschluss an die Publikation die Registrierungsbehörden dazu auf, die Zulassungs- und Preispolitik zu überdenken [4]. Der Vorschlag zur Änderung der Preisgestaltung kann als Diskussionsgrundlage zur Vermeidung der ungenügend kontrollierten, stets steigenden Kostenspirale im Medikamentensektor dienen, um in Zukunft die Leistungen der Grundversicherung nicht wegen ungerechtfertigter Medikamentenpreise kürzen zu müssen [1].

*Dr. med. vet. Andreas Keusch, MEDVICE,
Pfäffikon SZ*

- 1 Keusch A. Kosteneinsparungen dank Änderung der Preisgestaltung von Originalpräparaten. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(37):1436–9.
- 2 Brunner HH, Locher H. Die Schweiz hat das beste Gesundheitssystem – hat sie das wirklich? Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2011.
- 3 The CATT Research Group. Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. N Engl J Med. 2011; Doi: 10.1056/NEJMoa1102673
- 4 Rosenfeld PJ. Bevacizumab versus Ranibizumab – The Verdict. N Engl J Med. 2011; Doi: 10.1056/NEJMe1103334



Begleitung einer Ausschaffung durch Ärzte: ethische Aspekte [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Nef

Die von Ihnen erwähnten Beiträge der Herren Viktor Györfly und Michel Romanens in Nr. 10 der SÄZ [2] sind mir offenbar entgangen, jedenfalls nicht mehr greifbar, sodass ich mich nur auf Ihre Beurteilung einlassen will, die ärztliche Ethik oder Handlungsbedarf ziemlich blauäugig in unrealistische Höhen hebt. Ärztlicher Dienst müsste unter solchem Aspekt ja auch in jedem Verteidigungskrieg abgelehnt werden, da auch hierbei meist Gewalt angewendet wird.

Natürlich sind Ausschaffungen unter Gewaltanwendung nicht erwünscht und auch für Polizeikräfte nicht vergnüglich. Auch um die begleitende Aufgabe des Arztes reisst sich wohl kaum jemand. Da aber der Sanitätsgefremte Lehmann offenbar nicht ausreicht, muss ein Arzt beigezogen werden, um wo möglich Missgriffe und körperliche Schäden zu verhindern.

Wenn aber eine Ausweisung begründet, rechtlich abgesichert und der Auszuschaffende mit keiner andern Massnahme zu überzeugen ist, kann der Arzt eine notwendige Mitarbeit nicht verweigern. Er ist schliesslich Mitbürger auch mit Pflichten und kann nicht einfach sagen, dass staatliche Massnahmen ihn nichts angehen. Vielleicht liesse man Ihnen und Gleichgesinnten die Möglichkeit, renitente Asylbewerber bei sich aufzunehmen.

Dr. med. Armin Oberle, Lenzburg

- 1 Nef J. Begleitung einer Ausschaffung durch Ärzte: ethische Aspekte. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(18):675.
- 2 Györfly V, Romanens M. Tod durch Ausschaffung: Bemerkung zum Level IV. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(10):382–4.