Courrier au BMS

Quo Vadis? Preisgestaltung und Nutzenbeleg neuer Krebsmedikamente

Mit der Einführung personalisierter, massgeschneiderter Krebsmedikamente wie Vemurafenib (Zelboraf®, Roche), Pertuzumab (Perjeta®, Roche) und Everolimus (Afinitor®, Novartis Pharma) werden im Interesse der Ärzteschaft und ihrer Patientinnen und Patienten wichtige klinische und individuell sehr wertvolle Behandlungserfolge im Rahmen von verlängerten progressionsfreien Überlebensraten (PFS) erzielt. Für die OKP führt die im «politwirtschaftlichen» Interesse stehende aktuelle Preispolitik jedoch unweigerlich zu grossen Finanzierungsproblemen. Um die Debatte einer maximal zumutbaren Kostenbelastung der OKP pro Menschenleben und einer damit eng verknüpften politischen Entscheidung über Leben und Tod sozial und ethisch vertretbar gestalten zu können, stellt eine konsequente und praxisgerechte Einforderung und Umsetzung der WZW-Kriterien eine wichtige Grundvoraussetzung für eine leistungs- und kostengerechte Preispolitik der OKP dar. Den Herstellern gelingt es zurzeit, einer entsprechend adäquaten Beurteilung der «Wirtschaftlichkeit» durch das BAG z.B. über Indikationserweiterungen, wie bei Everolimus, erfolgreich entgehen zu können, obwohl bei der Preisbildung die Wirksamkeit oder die Behandlungskosten pro Tag pro Kur im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise prinzipiell berücksichtigt werden müssten. Ohne zusätzlichen Miteinbezug des medizinisch onkologischen Nutzens im Rahmen des WZW-Kriteriums «Zweckmässigkeit» pro Indikation entstehen so politisch akzeptierte, nicht nachvollziehbare Preisniveaus mit Referenzcharakter für den gesamten Arzneimittelmarkt, welche die Kosten einer allfälligen Heilung ins Unermessliche, d.h. um das Doppelte bis Dreifache der Lebensverlängerungskosten, ansteigen lassen wird. In Zukunft wird die Erhaltung des individuellen Lebens schätzungsweise mindestens 500000 Franken pro Patient kosten.

Bei einem Miteinbezug der onkologischen Nutzenparameter nach Modell «Nadig» im Vergleich zu Imitanibum (Glivec®, Novartis Pharma) mit heilenden Behandlungsaussichten und einer jährlichen Kostenbelastung der OKP von 70913 Franken [1] oder dem Modell «Keusch» mit SL-Preiserhöhungen, Erteilung von Innovationszuschlägen und Patentschutzverlängerungen erst nach medizinischem und ökonomischem Beleg des WZW-Kriteriums «Zweckmässigkeit» im Vergleich zu Standardtherapien im breiten Verordnungsalltag [2], könnte eine signifikante leistungs- und kostengerechte Reduktion der jährlichen Behandlungskosten der OKP folgenden Ausmasses bewirkt werden: Vemurafenib (PFS +3,7 Monate) von aktuell 161450 auf 21841 (Nadig) oder 9000 Franken (Keusch); Pertuzumab/Trastuzumab/Chemo-Kombinationstherapie (PFS +6,1 Monate) von 133333 auf 98523 Dollar oder 37631 Franken; Everolimus (PFS +4,6 Monate) von 72024 auf 27183 oder 1550 Franken [3].

Es liegt einzig und allein am politischen Willen und entsprechenden Leistungsauftrag an Swissmedic und BAG, ob man noch rechtzeitig eine ausgewogenere und transparentere Preisgestaltung von Arzneimitteln unter Einbezug des medizinischen Nutzens erreichen will. Die noch ausstehende Antwort des Bundesrates auf das durch Nationalrätin Schenker eingereichte Postulat 12.3614 wird diesbezüglich weitere Hinweise ergeben [4]. Jedoch darf sich auch die Ärzteschaft nicht länger dieser ökonomischen Therapieverantwortung entziehen, ansonsten sie am Ende nur als kurzfristig wirtschaftliche Profiteure mit ansehen müssen, wie ein Menschenleben aus rein finanziellen Gründen aufgegeben werden muss.

Dr. Andreas Keusch, Pfäffikon

1 Nadig J. Evidenzbasierte Nutzenbewertung: ein Modell zur Vergütung des Off Label Use in der Onkologie. Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(14/15):552–5.
2 Keusch A. Kosteneinsparungen dank Änderung der Preisgestaltung von Originalpräparaten. Schweiz Ärztezeitung 2009;90(37):1436–9.
3 Keusch A. Quo Vadis? Preisgestaltung und Nutzenbeleg neuer massgeschneiderter, personalisierter Krebsmedikamente inkl. Addendum I & II. Foreneintrag Xing Gruppe Healthetia 2012.
4 Schenker S. Postulat 12.3614 Medikamentenpreise. Neue Methode für die Preisfestsetzung. 15.6.2012.

Ziviler Ungehorsam?

Frau Nationalrätin Gilli und ihre Kollegen und Kolleginnen von der Xundart AG schreiben es in ihrem Artikel [1] selbst. Ihre Weigerung der Zahlung des FMH-Kampagnenbeitrages zur verworfenen Managed-Care(MC)-Vorlage kann als «schlechtes Verlierertum» oder als desintegrative Massnahme aufgefasst werden. Mit dem Exkurs zum «Zivilen Ungehorsam» und dem Erwähnen von Mahatma Gandhi und Martin Luther King als weltgeschichtliche Grössen, die mit den bescheidenen demokratischen Prozessen innerhalb der FMH wenig zu tun haben, spannen sie den Bogen etwas weit. War dieser Exkurs wirklich nötig?

In den letzten Jahrzehnten sind schon viele Parlamentarier und Gesundheitspolitiker nach Abstimmungen vor ähnlichen Situationen gestanden. Bereits 1987 wurde die sehnlichst erwartete Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes ähnlich wuchtig abgelehnt, wie die aktuelle Vorlage. Nach der knappen Annahme des KVG 1994 scheiterten alle Revisionsvorlagen («Für tiefere Spitalkosten» im Jahr 2000, «Für tiefere Arzneimittelpreise», 2001, «Gesundheit muss bezahlbar bleiben», 2003, «Für eine soziale Einheitskasse», 2007, «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit», 2008) jeweilen mit ausserordentlich hohem Neinanteil.

Bei diesem eklatanten Auseinanderklaffen der parlamentarischen Meinung von derjenigen des Stimmvolkes müssen wir uns doch in erster Linie die Frage stellen, warum das so ist. Hinter diesen Abstimmungen verbergen sich vielschichtige und komplexe Probleme, die neben den politischen Gegensätzen noch diejenigen von verschiedensten Interessentengruppen wachrufen. Schnell bilden sich Allianzen, die die politischen Kompromisslösungen zunichte machen.

Bei der MC-Vorlage kam dann noch dazu, dass das Parlament mit der Übernahme des zentralen Begriffs «Managed Care» einen banalen Fehler machte. Denn: Wer will in seiner Krankheit schon «gemanaged» werden? Die Patienten sicher nicht. Diese wollen sich verstanden fühlen, möchten betreut werden, ihre Schmerzen gelindert sehen, wieder gesund und wenn immer möglich geheilt werden und dabei auch ihre Autonomie bewahren. Mit dem Begriff «managed» haben sich die Parlamentarier eine

Grube gegraben, in die sie dann letztendlich selbst gefallen sind.
Ich denke, dass gesundheitspolitische Vorlagen weder mit den Worten des Politikers noch weniger mit denjenigen des Gesundheitsökonomen oder des Krankenkassenfunktionärs vors Volk gebracht werden können. Sie müssen den Stimmbürger als Patienten ansprechen. Denn bei den Abstimmungen, in denen es um die Gesundheit geht, stimmt der Schweizer als Patient ab. Und das ist eigentlich gut so!

Hanswerner Iff, Bern

1 Gilli Y, Eugster W, Schiess K, Schenk J, Beer K. Ziviler Ungehorsam: ein aktiver Beitrag zur Entwicklung der demokratischen Kultur in der FMH. Schweiz Ärztezeitung 2012;93(33):1171–2.

Suizidhilfe als Teil der ärztlichen Aufgaben? – Wer schützt die Schwächsten?

Die Überlegungen von Kollegin Schafroth [1] scheinen plausibel; die gesellschaftlichen Realitäten haben sich geändert. Das Recht auf Fürsorge wird zugunsten des Rechts auf Selbstbestimmung weniger gewichtet, und das hat auch sein Gutes.
Trotzdem kann ich ihrer Forderung, Suizidhilfe als Teil der ärztlichen Aufgaben zu betrachten, nicht zustimmen. Überlegen wir uns einmal, was dies konkret bedeutete: In einem Neurologie-Lehrbuch von 2014 würde dann unter Therapie der ALS unter anderem stehen: Hilfe zum Suizid. Und bei wesentlich häufigeren Krankheiten wie MS oder Parkinson sicher auch. Was wäre die Signalwirkung, die von einer solchen Richtungsänderung ausginge? – Im Bewusstsein der Bevölkerung würde sich schnell die Haltung verbreiten, dass Suizid etwas ganz Normales ist, und dass das mit Natriumpentobarbital sehr einfach geht. Diese Haltung erreichte auch die psychisch Kranken und ihre Angehörigen und Freunde. Ich denke jetzt nicht einmal so sehr an die an Depression Erkrankten. Hier dürfte das Wissen in Ärzte- und zum Teil auch in Laienkreisen verbreitet sein, dass der Suizidwunsch Teil der Krankheit ist. Ich denke auch nicht an Psychotiker, denn bei diesen ist die Urteilsfähigkeit mitunter in Frage gestellt. Ich denke vielmehr an die vielen Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung oder Borderline. Wie oft habe ich von solchen aus der Anamnese erfahren oder in der Therapie selber miterlebt, wie nahe sie am Suizid waren und dann auf irgendeine Weise «bewahrt» wurden. Dann geht das Leben weiter, und oft nimmt es noch eine positive Wendung. Wie wäre dies wohl, wenn Suizid eine ärztlich sanktionierte Möglichkeit in ausweglos erscheinenden Situationen wäre?
So lange wir nicht wissen, woher wir kommen, wohin wir gehen und was der Sinn unseres Lebens ist, sollten wir deutlich mehr Respekt vor solch definitiven «Lösungen» haben. Menschen, die Suizidhilfe wollen, haben heute die Möglichkeit, diese zu bekommen. Aber es ist gut, dass sie nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört.

Dr. med. Walter Meili, Basel

1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztzeitung. 2012;93(34):1226–7.

Schutz vor Passivrauchen

Den Schutz vor Passivrauchen in allen Ehren, aber die Frage nach der Regelung bei Einzelarbeitsplätzen ist nicht – wie Sie schreiben – hochstilisiert [1, 2], sondern sehr berechtigt. Die Aussage der Initianten, dass Einzelarbeitsplätze nicht betroffen seien, entspricht in keiner Weise dem Gesetzestext. Auch als überzeugter Nichtraucher frage ich mich: Können und wollen wir uns bei einem so delikaten Thema wie demjenigen unserer persönlichen Freiheitsrechte eine juristische Ungenauigkeit dieser Grössenordnung leisten?

Med. pract. Tobias Finazzi, Basel

1 Romann C. JA zum Schutz vor Passivrauchen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1201.

2 Karrer W. Unterstützen Sie die Initiative «Schutz vor Passivrauchen» und stimmen Sie JA am 23. September 2012!

Courrier

Les lettres sont bienvenues et peuvent être publiées, pour autant qu'elles restent acceptables, tant dans la forme que dans le fond, selon les principes de la bienséance généralement admis dans notre culture, qu'elles ne contiennent pas d'informations manifestement erronées et qu'elles ne dépassent pas une longueur de 2500 caractères. La rédaction se réserve le droit d'effectuer une sélection, de résumer ou de remanier le texte. La rédaction n'est en outre soumise à aucune obligation de publier les textes qui lui sont fournis. En règle générale, aucune correspondance ne sera échangée s'agissant des lettres de lecteurs; le fait de ne pas publier une communication ne fait notamment pas l'objet d'une justification. Il peut y avoir dérogation à ces principes si la rédaction le juge nécessaire.
Le manuscrit complet doit être adressé à la rédaction, si possible par e-mail: Rédaction Bulletin des médecins suisses, EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. 061 467 85 72, fax 061 467 85 56, e-mail: redaction.bms[at]emh.ch.