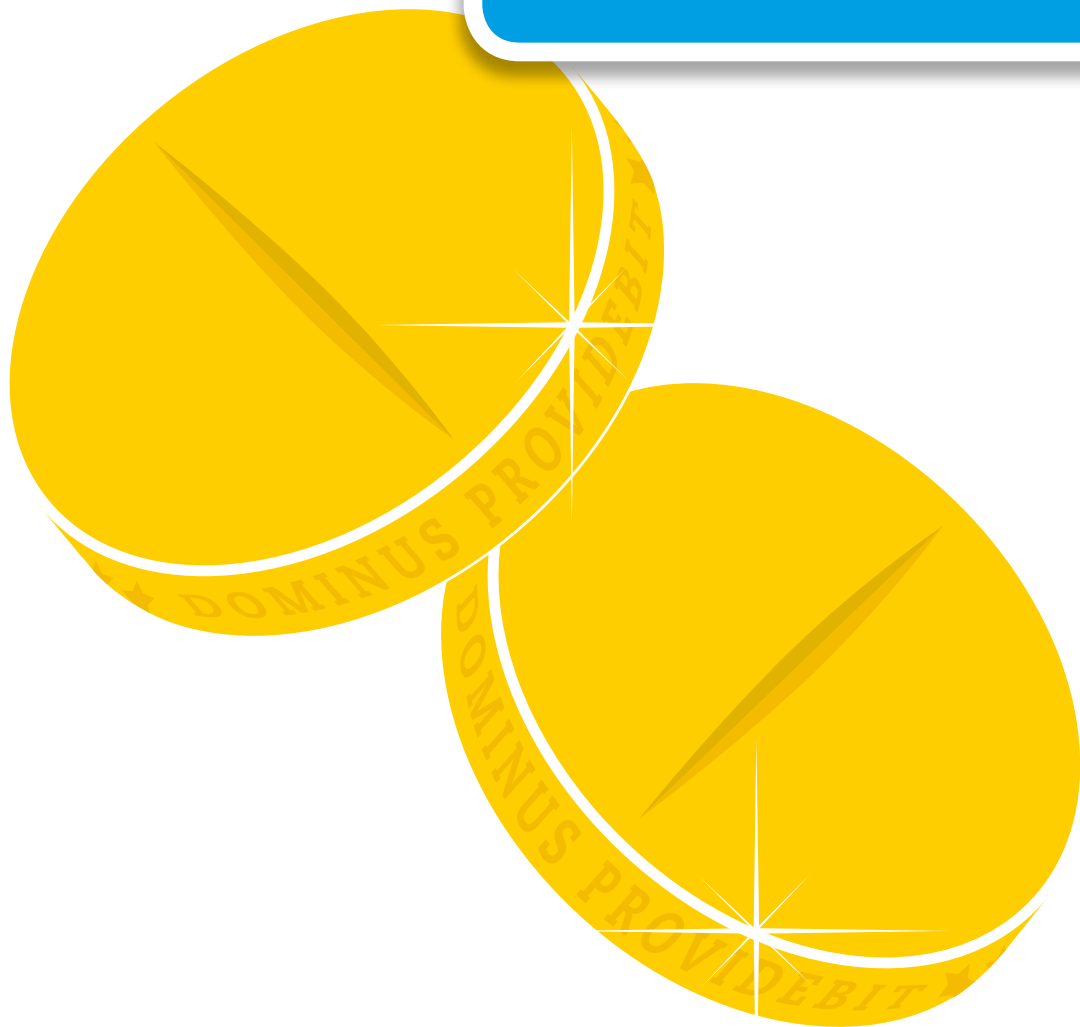


im
dialog



Nur der Zweck heiligt die Mittel

Im Fokus: Medikamente, ihr Nutzen und Preis

Dr. rer. pol. Gerhard Kocher

Eine halbgute Nachricht

«Zuerst die gute Nachricht: Die Hälfte aller Medikamente wird weggeworfen. Und nun die schlechte: Der Rest wird geschluckt.»

Aus «Vorsicht, Medizin!
1555 Aphorismen und Denkanstösse.»

Die Schweiz hinkt nach

«Das Überprüfungsverfahren trägt nicht dazu bei, dass die Preise in der SL das Kosten-Nutzen-Verhältnis korrekt widerspiegeln, worauf international mehr Wert gelegt wird.»

Bericht der PVK z.Hd. der
Geschäftsprüfungskommission des
Ständerates, Juni 2013

Ruth Humbel

Die Waagschale, wie immer

«Man muss stets Grenzen setzen, was Medikamente betrifft, denn es geht um ein Abwägen zwischen dem individuellen Nutzen und den Kosten für die Allgemeinheit.»

«Medical Tribune», 8.5.2015

Thomas B. Cueni

Die gute Nachricht

«Nicht umsonst wird ein grosser Teil unserer steigenden Lebenserwartung den Fortschritten der Pharmaforschung zugeschrieben.»

Kolumne Interpharma, www.interpharma.ch, März 2015

Preisüberwachung

Her mit den Festbeträgen

«Es geht hauptsächlich darum, die Fehler und Fehlanreize des Schweizer Preisregulierungssystems aufzuzeigen und den dringend notwendigen Systemwechsel hin zu einem Festbetragssystem zu erklären.»

Generika-Auslandpreisvergleich, Oktober 2015



Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Georg Portmann ist Vorsitzender
 der Geschäftsleitung

Schmerz lass nach!

Inhaltsverzeichnis

4	Medikamentenversorgung Höchste Medikamentenkosten und kein Ende
6	Standpunkt Mehr Markt, aber mutig
8	Hintergrund Wie viel ist ein Medikament wert?
10	Praxis Neue Vergütungsmodelle: Pay-for-Performance
11	Die andere Sicht Viel mehr als Hochwasserschutz
12	Im Gespräch «Es gibt wenig wirkliche Innovation, es ist ein «me too» nach dem anderen»
16	Persönlich Über Werte und Kosten am Lebensende
18	Santé! Einmal blasen reicht
19	Wissenschaft Sterben wir zu teuer?

Schmerz lass nach! Nach diesem – sehr vereinfachten – Prinzip funktioniert ein Medikament. Schlucken, warten, entspannen – und alles wird besser. Medikamenten haben wir zweifellos viel zu verdanken. Krankheiten können heute geheilt werden, die noch vor einigen Jahren zum sicheren Tod führten. Allerdings gibt es eine Krankheit, gegen die ich noch kein Heilmittel gefunden habe: Es ist das Bauchweh, das mir die künftige Entwicklung der Medikamentenkosten in der Krankenversicherung bereitet. Bereits heute machen die Medikamentenkosten rund einen Fünftel der Gesamtkosten in der Grundversicherung aus. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren zwar relativ stabil geblieben. Allerdings deutet nichts darauf hin, dass dies auch künftig so bleiben wird. Ganz im Gegenteil lassen die aktuellen Entwicklungen das Schlimmste befürchten. Stichworte sind: extrem teure Medikamente für bestimmte Patientengruppen, personalisierte Medizin oder Medikamentenpreise, die im Vergleich zum Ausland keinem Vergleich standhalten. All dies zu Lasten der Krankenversicherungen – eine Kostenspirale, die sich vielleicht immer schneller und vor allem ohne Ende dreht.

Doch es gibt Möglichkeiten, hier Gegensteuer zu geben und damit letztlich eine Zweiklassenmedizin zu verhindern. In diesem Magazin zeigen wir anhand von verschiedenen Ansätzen auf, in welche Richtung die Entwicklung gehen könnte, ja gehen muss. Wird es – unter Einbezug aller Beteiligten – nicht gelingen, die Kostenspirale bei den Medikamenten zu durchbrechen, kann ich bloss noch sagen: Schmerz lass nach!

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Riccarda Schaller, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Peter Kruppa (Art Direction) | Bildnachweis: Zeljko Gataric, iStockphoto/Ljupco, getty/Erik Dreyer, Gaby Züblin, zVg | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.
 Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



MIX
 Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C008110

Unsere Kosten für Medikamente sind schon heute Europas höchste. Fast monatlich kommen extrem teure für hoffnungslos Krebskranke, MS-Betroffene oder seltene Krankheiten dazu. Eine Auslegeordnung.

Von Urs P. Gasche

Höchste Medikamentenkosten und kein Ende

Für den Cholesterinsenker Sortis müssen Krankenkassen in der Schweiz fünfmal mehr zahlen als die Kassen in Deutschland. Die Kassenpreise von weit verbreiteten Nachahmerprodukten sind in der Schweiz zehnmal höher als in den Niederlanden¹. Bei uns haben die Prämienzahlenden nichts zu lachen. Denn pro Kopf müssen die Kassen rund 50 Prozent mehr für Medikamente ausgeben als die niederländischen und etwa 25 Prozent mehr als die deutschen. In keinem andern Land Europas verschlingen Medikamente mit 23 Prozent einen so hohen Anteil an den Ausgaben der Grundversicherung.

Um diese unangenehmen Wahrheiten zu vernebeln, greifen die Pharmaindustrie und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu zwei Tricks: Erstens vergleichen sie die Fabrik-Listenpreise der verschiedenen Länder miteinander anstatt die Preise, welche die Kassen effektiv zu bezahlen haben. Zweitens kippen sie die Medikamente, welche die Spitäler brauchen, schlicht aus der Statistik.

Das Gebot Wirtschaftlichkeit ausgehebelt

Das Gesetz schreibt zwar vor, dass kassenpflichtige Medikamente «wirtschaftlich» und «zweckmässig» sein müssen. «Bei vergleichbarem medizinischem Nutzen ist die kostengünstigste Variante bzw. diejenige mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis zu wählen», präziserte das Bundesgericht gleich mehrfach². Doch Bundesrat und Parlament haben diesen höchstrichterlichen Grundsatz systematisch ausgehebelt.

Krass wirkt sich dies aus, wenn es nach abgelaufener Patentfrist von

Originalmedikamenten austauschbare Nachahmerprodukte gibt, Generika genannt. Mit Ausnahme von wenigen medizinisch begründeten Fällen – falls bestimmte Zusatzstoffe nicht vertragen werden – dürfte die Grundversicherung gemäss Vorgabe der «Wirtschaftlichkeit» nur die Preise der günstigeren Generika vergüten. Doch der Bundesrat, der die Verordnungen zum Gesetz erlässt, setzt das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht durch. Er verknurrt die Kassen dazu, auch die unwirtschaftlichen Originalpräparate zu zahlen, selbst wenn kein medizinischer Grund für deren Verschreibung vorliegt.

Das BAG gewährt Ärzten und Apotheken sogar einen finanziellen Anreiz, wenn diese die teureren Originale abgeben. Beispiel: Bei einer Packung Sortis lockt eine Marge von über 30 Franken, beim austauschbaren Generikum Atorvastatin Actavis nur eine von 23 Franken.

Das BAG treibt es auf die Spitze, indem es die Kassen zwingt, sogar unter völlig identischen Medikamenten auch die teureren voll zu zahlen. Beispiel: Nexium Mups³ gegen Sodbrennen und Übelkeit ist 72 Prozent teurer als das identische Esomep Mups (beide von Astra-Zeneca mit gleichen Wirk- und Zusatzstoffen). Müssten die Kassen nur den Preis von Esomep Mups vergüten, könnten sie jedes Jahr einige Millionen sparen. Fast 400 solche völlig identische Medikamentenpaare listet Swissmedic unter der Bezeichnung «Co-Marketing» auf.

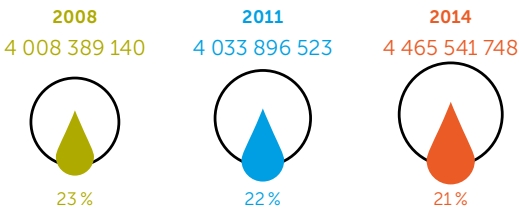
Die teureren «bestraft» zwar das BAG häufig mit einem Selbstbehalt von 20 statt der üblichen 10 Prozent. Doch viele Ärzte und Apotheken versuchen trotzdem, →

In Kürze

- In keinem Land Europas müssen die Krankenkassen für Medikamente so viel zahlen wie in der Schweiz.
- Die Krankenkassen werden gezwungen, auch viele unwirtschaftliche und unzweckmässige Medikamente zu vergüten.
- Die Kassen und Prämienzahlenden haben kein Beschwerderecht und können sich deshalb nicht wehren.

Medikamentenkosten der CSS Gruppe³

Bruttokosten OKP¹

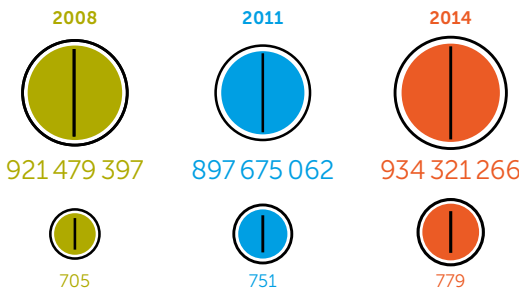


Gesamtkosten OKP Bruttoleistungen

Prozentanteil Medikamente an Bruttokosten OKP (ohne Spitalmedikamente)

Bruttokosten Medikamente OKP¹

Medikamentenkosten CSS Gruppe: knapp 1 Mia. CHF.

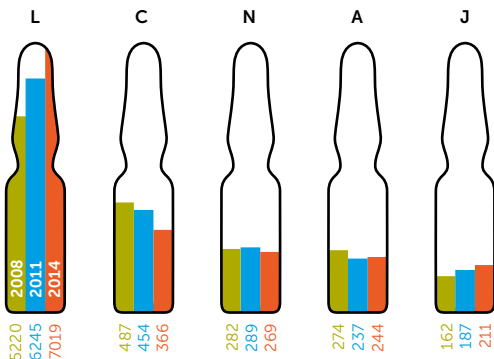


Bruttokosten Medikamente

Medikamentenkosten pro Versicherten (ohne Spitalmedikamente)

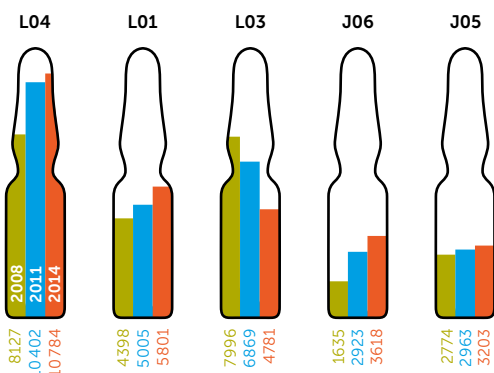
Top 5 durchschnittliche Kosten pro Bezüger auf ATC Level 1²

Starker Anstieg der Durchschnittskosten/Bezüger in Gruppe L.



Top 5 durchschnittliche Kosten pro Bezüger auf ATC Level 2²

Starker Anstieg der Durchschnittskosten/Bezüger in Gruppe L01/L04.



ATC-Klassifikationssystem

Das anatomisch-therapeutisch-chemische (ATC) Klassifikationssystem ist eine 1976 entwickelte, seit 1990 von der WHO adaptierte und offiziell herausgegebene internationale Klassifikation für Arzneistoffe. Die Klassifikation enthält 5 Ebenen. Auf der ersten Ebene gibt es 14 Hauptgruppen, die sich nach dem Organ (z.B. Herz) oder System (z.B. Blutkreislauf) richten, auf die der Arzneistoff seine Hauptwirkung entfaltet. Die zweite und dritte Ebene sind Therapiegruppen bzw. -untergruppen. Die vierte und fünfte Ebene sind nach der chemischen Struktur geordnet. Nachfolgend werden die in dieser Grafik relevanten Level 1 und 2 ausgewiesen.

ATC Level 1 (anatomische Gruppe)

Ausgewählte Gruppen

- A Alimentäres System und Stoffwechsel
- B Blut und blutbildende Organe
- C Kardiovaskuläres System (Herz-Kreislauf)
- H Hormone, systemisch
- J Antinfektiva zur systemischen Anwendung
- L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel (Krebs/Immunsystem)
- N Nervensystem
- S Sinnesorgane

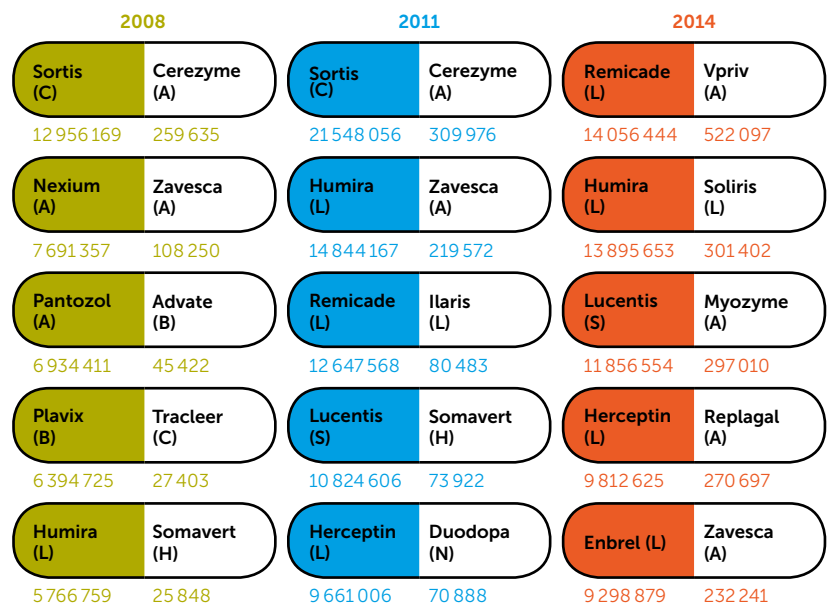
ATC Level 2 (therapeutische Hauptgruppe)

Ausgewählte Gruppen

- L01 Antineoplastische Mittel (Krebsmedikamente)
- L03 Immunstimulanzien
- L04 Immunsuppressiva
- J05 Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
- J06 Immenserum und Immunglobuline

Top 5 umsatzstärkste Medikamente und teuerste Behandlungen²

Die Kosten der teuersten Behandlungen pro Bezüger und Behandlungsjahr haben kontinuierlich zugenommen.



Gesamtbruttokosten eines Medikaments pro Behandlungsjahr



Behandlungskosten einer Person pro Medikament pro Behandlungsjahr

¹ Zahlen der CSS Gruppe (INTRAS, Arcosana, CSS). Die Zahlen beziehen sich immer auf ein Behandlungsjahr und beinhalten alle Grundversicherungsleistungen, Datenstand 28.10.2015

² Zahlen der CSS Gruppe (INTRAS, Arcosana, CSS). Die Zahlen setzen sich aus den Positionsbeträgen der Rechnung zusammen. Sie beziehen sich immer auf ein Behandlungsjahr und beinhalten nur Medikamente, welche auch auf der SL zugelassen sind, Datenstand: 15.11.2015

³ Alle ausgewiesenen Medikamentenkosten beziehen sich auf die bei der CSS Gruppe in Rechnung gestellten Medikamentenkosten ambulant versorgter Patienten. Stationär abgerechnete Medikamente werden nicht ausgewiesen.

Es gibt heute schon mögliche Marktinstrumente für vernünftige Preise und bessere Qualität von Medikamenten. Ein Überblick aus Sicht der CSS Versicherung.

Mehr Markt, aber mutig

Die Medikamentenpreise sind stark reguliert, Marktmechanismen gibt es kaum. In der Preisfindung werden Marktsurrogate wie ein reglementierter Preisvergleich mit dem Ausland und ein Vergleich mit ähnlichen Produkten angestellt, doch dieser Pseudomarkt vermag weder Exzesse noch Trends zu korrigieren. Besonders krass wird es, wenn es um Innovationen ohne Vergleich zum Standard of Care und mit zweifelhaften Wirksamkeitsnachweisen geht. Fantasiepreise, welche den tatsächlichen Nutzen des Medikaments in keiner Art und Weise spiegeln, kann heute niemand verhindern. Daher ist ein Beschwerderecht für die Kostenträger überfällig. Personalisierte Medizin und seltene Krankheiten sind die neuen Milchkühe der Industrie, die unter dem Radar der staatlichen Preisbildungsmaschine ungestört fett werden und wegen moralischen Drucks der Öffentlichkeit kaum geschlachtet werden können. Unter politisch motivierter Kostenangst werden dann vom Regulator medizinisch und gesellschaftlich zweifelhafte Rationierungsparameter eingeführt. Welche Massnahmen können weitere Abhilfe schaffen? Die Einführung eines Festbetragssystems, das auf wettbewerblichen

Preisangeboten von Pharmafirmen beruht und so patentabgelaufene Medikamente günstiger macht, würde helfen. Oder Coverage with Evidence Development, wo neue medizinische Leistungen mit wenig Evidenz vorläufig von der Krankenversicherung übernommen werden mit der Auflage, dass weitere Daten die Wirksamkeit beweisen. Auch Qualität muss im Fokus stehen. Unsere Versicherungsprämien werden dort am effizientesten eingesetzt, wo sie den grössten Nutzen stiften. Es tut daher dringend not, dass wir uns in der Schweiz für strukturierte und leistungsfähige Prozesse zur Erhebung des Nutzens von Therapien (HTAs) engagieren, um einerseits die Qualität zu steigern, unwirksamen Ballast zu eliminieren und Mittel für Behandlungen mit höherem Nutzen freizusetzen. Und andererseits Grundlagen zu schaffen für ein (mehr)nutzenbasiertes Pricing, das auch Preise alter Medikamente wie in einem funktionierenden Markt senkt. Fazit: Es gibt Marktinstrumente, die sowohl Zugang zu Innovationen, vernünftige Preise und bessere Qualität sichern helfen. Aber diese Instrumente kosten vor allem Mut im Kampf gegen unanständige Margen.



Dr. Christian Affolter ist Verantwortlicher Public Affairs Tarifstrukturen der CSS
✉ christian.affolter@css.ch

→ die teureren abzugeben, mit denen sie eine höhere absolute Marge kassieren können. Vergeblich und schon lange fordern Konsumentenorganisationen, der Preisüberwacher und auch der Verband der Generika-Hersteller «Intergenerika»⁴, dass das BAG damit aufhört, unter austauschbaren Medikamenten das Verkaufen der teureren mit höheren Margen zu fördern.

All diesem Treiben müssen die Krankenkassen, Prämienzahlenden und Konsumentenorganisationen tatenlos zusehen, weil ihnen der Gesetzgeber das Beschwerderecht verweigert. Einzig Pharmafirmen können die betroffenen Verfügungen des BAG anfechten.

Regelungswut bei den Margen

Ein weiterer Grund für die rekordhohen Kosten sind überhöhte Margen zwischen den Fabrikpreisen und den Publikumspreisen. Eine Übersicht von Santésuisse zeigt, dass die Margen in der Schweiz – sogar kaufkraftbereinigt – über 60 Prozent höher sind als in den

Niederlanden und mehr als doppelt so hoch wie in Dänemark oder England⁵. Anstatt die Ladenpreise festzulegen wie bis 2001 und den Vertrieb dem freien Wettbewerb zu überlassen, bestimmt das BAG die Preise ab Fabrik und regelt den Vertrieb und die Margen bis zur Apotheke oder zum Arzt in einer komplizierten, mehrmals angepassten Verordnung. Parlamentarier, die nach Deregulierung rufen, stören sich an dieser Regelungswut offensichtlich nicht. Das Verteilen von Pfründen hat Vorrang.

Verstösse gegen das Gebot Zweckmässigkeit

Für viele Krankheiten gibt es mehrere Medikamente, die etwa gleich teuer sind. Allerdings haben die einen ein besseres Nutzen-Schaden-Verhältnis als andere und sind daher zweckmässiger. Es geht um schnellere Heilung, längeres Überleben, bessere physische Fähigkeiten oder mehr Lebensqualität. Das gesetzliche Gebot der «Zweckmässigkeit» müsste dazu führen, dass

die Kassen nur die besseren vergüten müssen – ausser ein Arzt verschreibe im individuellen Fall aus medizinischen Gründen ein anderes.

Doch wiederum weit gefehlt: Die Behörden verpflichten die Kassen, auch viele unzweckmässige Arzneimittel zu vergüten. Über ein Viertel der kassenpflichtigen Medikamente stammt aus einer Zeit, als deren Zweckmässigkeit noch nicht nachgewiesen sein musste und unterdessen nie wissenschaftlich nachgeprüft wurde. Seit 1996 schreibt das Gesetz dem BAG zwar vor, die Zweckmässigkeit eines Medikaments «periodisch zu überprüfen». Eine Verordnung dazu präzisiert sogar, dass ein Medikament aus der Liste «gestrichen» werden muss, wenn es «nicht mehr alle Aufnahmebedingungen erfüllt» (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit). Trotzdem hat das BAG noch nie auch nur ein einziges Medikament von sich aus gestrichen.

Ein Grund ist wohl, dass das – im Vergleich zu den Pharmafirmen – juristisch schwach besetzte BAG Auseinandersetzungen bis vor Bundesgericht scheut, falls eine betroffene Pharmafirma droht, das Streichen eines Medikaments mit einer Verwaltungsbeschwerde anzufechten. Von den Prämienzahlenden und den Kassen hingegen hat das BAG nichts zu befürchten. Diese haben hilflos zu akzeptieren, dass sie unzweckmässig gewordene Medikamente weiterhin zahlen müssen. «Unzweckmässig» seien rund dreissig Prozent aller kassenpflichtigen Medikamente, schätzte der ehemalige BAG-Vizedirektor und frühere FMH-Präsident Hans Heinrich Brunner.

Hohe Preise für Aktionäre, nicht für Forschung

Das neue Roche-Medikament Esbriet kann die tückische «idiopathische Lungenfibrose» nicht heilen und laut der US-Behörde FDA nicht einmal die Mortalität verringern. Trotzdem wird Esbriet die Kassen pro

Patient und Jahr rund 40 000 Franken kosten. Roche ist überzeugt, mit Esbriet in Europa und den USA jedes Jahr fast 10 Milliarden Franken einzunehmen.

Esbriet hatte die kleine Biotechfirma Intermune als einziges Medikament entwickelt – mit relativ bescheidenem Aufwand. Im Jahr 2014 kaufte Roche diese US-Firma, und damit das Medikament, für 8,3 Milliarden Dollar. Dieser Preis entsprach dem 63-fachen des Intermune-Umsatzes. Die Intermune-Aktionäre konnten zusammen Milliardengewinne kassieren. Den Phantasiepreis für Intermune konnte Roche nur zahlen, weil der Konzern sich sicher fühlte, den Preis von 40 000 bis 50 000 Franken pro Behandlungsjahr überall durchsetzen zu können – mit dem Argument von Forschungs- und Entwicklungskosten.

Vor bahnbrechenden Kosten

Neue Arzneien preisen Pharmakonzerne als «bahnbrechende Innovationen» an und drücken horrende Preise durch. Doch häufig ist die Wirkung nur im Vergleich mit Placebo nachgewiesen, nicht aber mit der bisherigen Standardbehandlung. Am lukrativsten sind Arzneien für seltene Krankheiten⁶, deren Zweckmässigkeit die Pharmafirmen nur rudimentär nachweisen müssen (weil der Nachweis schwieriger zu erbringen ist), sowie Medikamente zur Lebensverlängerung von unheilbar Krebskranken.

Medikamente, die nach Ende der Chemotherapie im letzten Stadium einer Krebserkrankung zum Einsatz kommen, bremsen das Wachstums des Tumors (angesichts von starken Nebenwirkungen mit oder ohne bessere Lebensqualität) und verzögern manchmal den Tod um wenige Wochen oder Monate.

Um die Kosten von bis zu 150 000 Franken pro Patient und Jahr zu verteidigen, halten es Pharmaexperten für «denkbar»⁷, nur von denjenigen Patienten zu kassieren, bei denen das Medikament wirkt (Pay-for-Performance). Das tönt gut, doch häufig werden Erfolg und Misserfolg schwer oder nur mit langwierigen Streitereien nachzuweisen sein. Für bestimmte Therapien will die Pharma Tests entwickeln, deren Resultate zeigen sollen, bei welchen Patienten ein Medikament ansprechen wird. Diese Tests werden wiederum viel kosten, und deren Treffsicherheit bleibt abzuklären.

Die gross angekündigten «massgeschneiderten» oder «personalisierten» Behandlungen sind weitgehend Zukunftsmusik. Den hohen Anteil der Medikamente am Gesamtaufwand der Krankenkassen werden sie eher noch steigern als senken.

Urs P. Gasche ist ein auf Gesundheitsfragen spezialisierter Publizist und Redaktor bei infosperber.ch.



Nexium Mups

gegen Sodbrennen und Übelkeit ist

72 Prozent teurer als

das identische **Esomep Mups**.



Eine Übersicht von Santésuisse zeigt, dass **die Margen in der Schweiz** – sogar kaufkraftbereinigt – **über 60 Prozent höher** sind als in den Niederlanden und mehr als doppelt so hoch wie in **Dänemark oder England**.

¹ <http://www.preisueberwacher.admin.ch/dokumentation/100073/00074/00253/index.html?lang=de>

² z.B. BGE 9C_334/2010 vom 23.11.2010

³ 98 Stück à 20 mg

⁴ http://intergenerika.ch/wp-content/uploads/2015/09/Generika_News_0915_d_72dpi_ll.pdf

⁵ <https://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201111231044512.pdf>

⁶ «Orphan Drugs»: Wenn ≤ 5 Patienten pro Jahr und pro 10 000 Einwohner betroffen sind

⁷ <http://zeitungsarchiv.nzz.ch/neue-zuercher-zeitung-vom-09-09-2015-seite-28.html?hint=76224882>

Der Wert eines Medikaments hängt vom Patientennutzen ab. Das scheint ein allgemein akzeptierter Grundkonsens zu sein. Doch wie ist dieser Patientennutzen definiert, und was ist der richtige Preis für ein Medikament?

Von Prof. Dr. Urs Brügger

Wie viel ist ein Medikament wert?

Pharmafirmen wollen ihre riskanten Investitionen in Forschung und Entwicklung amortisieren und Profite maximieren; Gesundheitssysteme wollen möglichst raschen Zugang zu guten, innovativen Therapien für alle Bürger und dass das Gesundheitssystem nachhaltig finanzierbar bleibt. Beide Seiten haben ihre legitimen Interessen. Doch wie findet sich ein Preis, der beiden gerecht wird?

Health Technology Assessment als Methodik

Die international anerkannte Methodik für die Feststellung des Werts von medizinischen Leistungen heisst Health Technology Assessment (HTA): In einem HTA-Bericht wird das beste gegenwärtig verfügbare wissenschaftliche Wissen über eine medizinische Leistung zusammengetragen. Basierend auf diesem «Assessment» kann danach eine beratende Kommission den Nutzen nach verschiedenen Kriterien bewerten und eine Empfehlung bezüglich des Wertes der unter-

suchten Technologie für das Gesundheitswesen abgeben («Appraisal»). Diese ist dann Grundlage für die Entscheidung über Anwendung, Erstattung und Preis durch die zuständige Stelle («Decision»).

Zwei HTA-Ansätze verdienen nähere Betrachtung: das englische und das französische Modell. Das englische NICE stützt stark auf gesundheitsökonomische Evaluationsstudien ab. Für neue Medikamente müssen die Zusatzkosten pro lebensqualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY) im Vergleich zur bisherigen Standardbehandlung berechnet werden; es gilt eine Kostengrenze von

GBP 20 000–30 000 pro QALY. Der französische Ansatz hingegen stellt den medizinischen Mehrnutzen eines neuen Medikaments im Vergleich zum bisherigen Standard fest und verhandelt aufgrund der Höhe des Zusatznutzens den Preis. Untersuchungen haben kaum unterschiedliche Resultate zwischen den beiden Ansätzen gezeigt.¹ Gemäss dieser Typologie hat die Zulassung von Medikamenten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz gewisse Ähnlichkeiten mit dem französischen Modell.

Schwierigkeiten mit HTA

Alle Gesundheitssysteme tun sich unabhängig von ihrem HTA-Ansatz in drei Fällen jedoch schwer.

Erstens bei Medikamenten mit besonders grossem Nutzen und vielen betroffenen Patienten, wie beispielsweise Sovaldi, das erste einer neuen Generation von Hepatitis-C-Medikamenten. Der Preis wurde von der Firma basierend auf dem sehr hohen Zusatznutzen pro Patient entsprechend hoch angesetzt. So lagen die Kosten pro QALY in England gerade leicht unter der Grenze von GBP 30 000. Das Problem war nicht die Kostenwirksamkeit im Einzelfall, sondern die Kosten für das System, der sogenannte «Budget Impact» aufgrund der vielen Patienten.

Zweitens bei Medikamenten wie beispielsweise Myozyme für sehr seltene Krankheiten. Arzneimittelkosten von rund CHF 500 000 pro Jahr standen einem bescheidenen Nutzen gegenüber. Hier war nicht der Budget Impact das Thema, sondern die schlechte Kostenwirksamkeit.

Drittens werden im Zuge von «Personalized Medicine» immer mehr Medikamente auf den Markt kommen, für die Phase-III-Studien fehlen und nur wenige Daten vorhanden sind. Hier funktionieren weder traditionelle Zulassungsprozesse noch klassische HTA-Prozesse. Die klare Trennung zwischen experimenteller Phase und Routineanwendung vermischt zunehmend.

Neue Ansätze sind gefragt

«Coverage with Evidence Development (CED)» ist ein vielversprechender Ansatz, der die oben genannte

In Kürze

- Mit dem international anerkannten HTA lassen sich Werte von medizinischen Leistungen feststellen.
- HTA kennt Grenzen bezüglich Medikamenten mit grossem Nutzen und vielen Betroffenen und seltenen Krankheiten.
- Für die Bewertung sind in Zukunft zusätzliche Kriterien und Methoden notwendig.

Problematik lösen könnte.² Neue medizinische Leistungen werden vorläufig von der Krankenversicherung übernommen mit der Auflage, dass weitere Daten gesammelt werden. Dies hat den Vorteil, dass Innovationen rasch verfügbar sind und zunächst ein erster Preis gesetzt wird, der später bei Verfügbarkeit prospektiver Outcome-Daten angepasst werden kann. HTA wird vielschichtiger und komplexer werden; die Stichworte sind Multi-Criteria Decision Making und Dialog.

Die bisherigen Kriterien und Methoden wie therapeutischer Quervergleich, Auslandspreisvergleich, gesundheitsökonomische Evaluationsstudien und Budget-Impact-Analysen würden dabei nicht verschwinden, sondern als Input-Informationen und nicht als abschliessende Entscheidungskriterien verwendet werden. Für den Vergütungsentscheid spielen aber noch weitere Kriterien eine Rolle: Schwere der Krankheit, Anzahl betroffener Patienten, Status der Krankheit als «Orphan Disease», Innovationsleistung oder auch die aussergewöhnliche Höhe der Entwicklungskosten und schliesslich die Präferenzen der Patienten. Diese Parameter lassen sich nicht in einen klaren Algorithmus integrieren; daher ist ein solches Multi-Criteria Decision Making sehr anspruchsvoll.

Man wird zukünftig nicht um sogenannte Managed Entry Agreements wie beispielsweise CED herum-

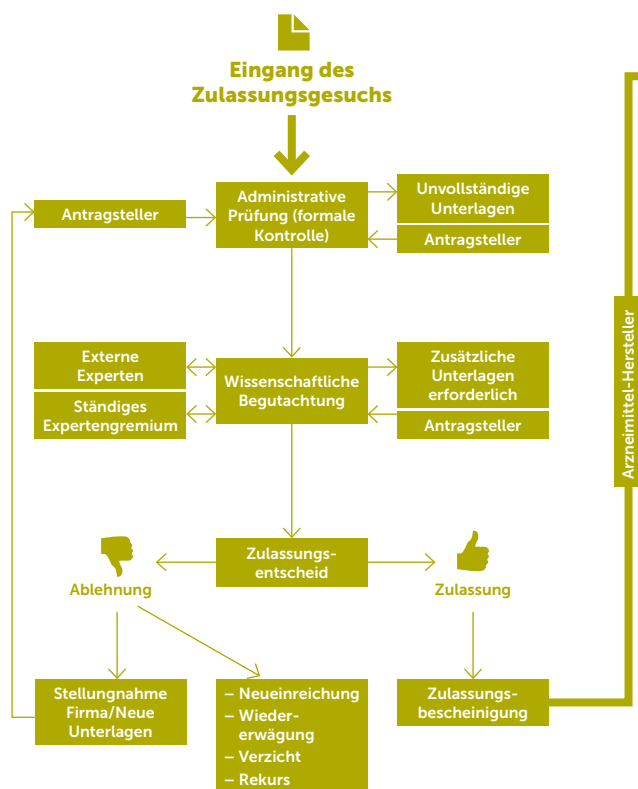
kommen. Dadurch ist zusätzlich der Dialog zwischen Vergütungsbehörden und Herstellern nötig. Damit es nicht einen Rückfall zu Willkür und Bazar gibt, braucht es faire und transparente Prozesse. Wenn Preise verhandelt werden, sollte dies nach klaren Kriterien geschehen, die fair für Hersteller und Bezahler sind. Nur dann besteht die Chance, dass das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem auch in Zukunft nachhaltig funktioniert.

Prof. Dr. Urs Brügger ist Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

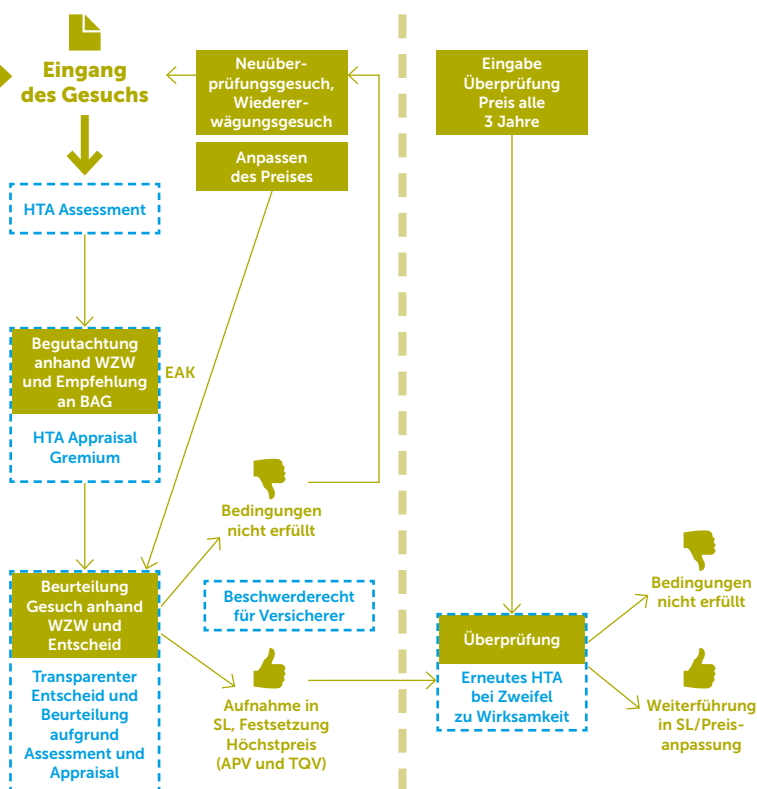
¹ Drummond M, de Pouvourville G, Jones E, Haig J, Saba G, Cawston H. A comparative analysis of two contrasting European approaches for rewarding the value added by drugs for cancer: England versus France. *PharmacoEconomics*. 2014 May; 32(5):509–20.

² Brügger U, Horisberger B, Ruckstuhl A, Plessow R, Eichler K, Gratwohl A. Health technology assessment in Switzerland: a descriptive analysis of «Coverage with Evidence Development» decisions from 1996 to 2013. *BMJ Open*. 2015; 5(3):e007021.

Zulassungsprozess Swissmedic



Preisfestsetzung und Aufnahme in SL BAG



--- Wunsch CSS, wie es mit HTA aussehen könnte
 — wie es heute ist

Innovation soll möglichst schnell beim Patienten ankommen: Darin sind sich alle Beteiligten einig. Mit Pay-for-Performance-Modellen erforscht Novartis neue Wege, diese Erwartung zu erfüllen und gleichzeitig das finanzielle Risiko zu beschränken.

Von Dr. Stephan Mumenthaler, Dr. Barbara von Schnurbein, Novartis Schweiz

Neue Vergütungsmodelle: Pay-for-Performance

Die weltweiten Herausforderungen im Gesundheitswesen machen auch vor der Schweiz nicht halt: Der demographische Wandel und chronische Krankheiten machen das Gesundheitswesen immer teurer. Gleichzeitig besteht der berechtigte Wunsch, möglichst lange bei guter Gesundheit zu leben. Patienten erwarten, dass Innovation aus dem Entwicklungsstadium möglichst schnell zu ihnen gelangt. Doch Innovation hat ihren Preis und stellt sowohl Krankenversicherungen wie auch den Staat vor die Herausforderung, Zugang zu medizinischer Innovation und finanzielle Nachhaltigkeit zu vereinbaren.

Novartis als Pharmaunternehmen ist sich dieses Spannungsfeldes bewusst und sucht laufend nach neuen Wegen, diese Gegensätze möglichst in Einklang zu bringen. Deshalb setzt sich Novartis dafür ein, dass Ineffizienzen und Fehlanreize im Gesundheitswesen weitsichtig und konsequent eliminiert werden. Dies kann erreicht werden, wenn der Nutzen (Outcome) im Zentrum der Vergütung aller Gesundheitsleistungen steht. Leistung soll dort entlohnt und Innovation dort angeregt werden, wo der grösste Nutzen für den Patienten entsteht. Langfristig können nur so die Ressourcen freigestellt werden, um den steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen zu decken. Andernfalls laufen wir Gefahr, dass in Zukunft medizinische Leistungen wie z.B. innovative Medikamente bewusst rationiert werden oder nur von den Wohlhabenderen finanziert werden können.



In Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden, Patientengruppen und Ärzten wurde ein **Pay-for-Performance-Modell** erarbeitet. Es sah vor, dass die entsprechenden Medikamentenkosten zurückerstattet werden, wenn Patienten nach 16 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben.

Ein möglicher Weg zur Umsetzung dieses Ziels ist Pay-for-Performance, also erfolgsabhängige Bezahlung. Bei diesen Modellen ist der Nutzen eines Medikamentes für den bezahlten Preis massgeblich. Der Schlüssel für solche Verträge liegt darin, sich auf eine Erfolgsgrösse zu einigen, die einfach und zuverlässig, aber auch mit vertretbarem Aufwand gemessen werden kann.

Zurzeit werden innovative Preismodelle vor allem im Bereich von neuzugelassenen Medikamenten erprobt. Novartis hat dabei in den Niederlanden bei der Einführung des Asthma-Medikamentes Xolair® gute Erfahrungen gemacht. In Zusammenarbeit mit den nationalen Behörden, Patientengruppen und Ärzten wurde ein Pay-for-Performance-Modell erarbeitet. Es sah vor, dass die entsprechenden Medikamentenkosten zurückerstattet werden, wenn Patienten nach 16 Wochen auf die Behandlung nicht angesprochen haben. Die Kriterien wurden vor dem Start des Programms definiert und basierten auf klinischen Symptomen, wie sie auch in internationalen Guidelines vorgeschlagen werden. Die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgte durch den behandelnden Arzt. Da Xolair in den Niederlanden ein Spitalmedikament ist, wurden die Rechnungen für die Rückvergütung durch die einzelnen Spitäler an Novartis verschickt. Dank dem Modell haben Patienten Zugang zu einem innovativen Medikament erhalten, während das Risiko für die Zahler minimiert wurde. Wird ein Medikament in der ambulanten Versorgung durch Versicherer vergütet, ist eine Rückforderung auch zwischen Versicherung und Pharmafirma problemlos denkbar. Für ein Pay-for-Performance-Modell kommen in erster Linie hochpreisige Medikamente in Frage in Indikationen mit heterogener Ansprechrate und klaren klinischen Erfolgskriterien.

In den nächsten Jahren wird es für eine Dämpfung der Kostenentwicklung entscheidend sein, weitere Anstrengungen zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen zu tätigen, und dies nicht nur im Bereich der Medikamente. Damit Pay-for-Performance und andere innovative Preismodelle eine Chance haben, muss die Wirkungsmessung im Gesundheitswesen optimiert werden und ihre volle Anreizwirkung entfalten.

Dr. Stephan Mumenthaler ist Chefökonom und **Dr. Barbara von Schnurbein** Ökonomin bei Novartis Pharma AG in Basel.

Einen See zu regulieren, bedeutet in erster Linie, unterschiedliche Interessen zu berücksichtigen. Nicht nur die Gesellschaft, auch die Wirtschaft und die Natur stellen ihre Ansprüche, wie das Beispiel Vierwaldstättersee zeigt.

Von Albin Schmidhauser

Viel mehr als Hochwasserschutz



Man muss einen See nicht regulieren. In der Schweiz gibt es Seen, die nicht reguliert werden, etwa der Bodensee. Auch Vierwaldstättersee und Reuss flossen lange eigenständig dahin. Erste Eingriffe in Form von Bermen und Pfählen, die in die Reusssohle geschlagen wurden, um das Wasser auf die Mühlen bei der Spreuerbrücke zu lenken, sind ab dem 13. Jahrhundert belegt. Eine Regulierung war das aber noch nicht. Das Wasser wurde lediglich gelenkt und gestaut, was regelmässig zu Hochwasser führte.

Erst im 19. Jahrhundert änderten sich die Dinge grundlegend. Der Franzose Poirée hatte das Nadelwehr erfunden, das ein kontrolliertes Stauen und Abfließen des Flusswassers ermöglichte. 1859 begann man auch in Luzern mit dem Bau eines solchen Wehrs. Dabei stand aber nicht alleine der Hochwasserschutz im Zentrum – im Gegenteil. Es ging primär darum, den seit einigen Jahren im Vierwaldstättersee verkehrenden Raddampfern einen minimalen Seepegel zu garantieren.

Heute ist es nicht anders: Hochwasserschutz ist nur eines der Ziele, welche mit der Seeregulierung verfolgt werden. Schifffahrt und Fischerei sind ebenfalls wichtige Interessenvertreter, die ganz andere Ansprüche an den See stellen. Hinzu kommt der Naturschutz: Rund

um den See und entlang der Reuss gibt es fünf Hochmoore von nationaler Bedeutung, Brutgebiete und Lebensräume für Tiere und Pflanzen, die es zu schützen gilt. Der See wird reguliert, um diesen vielfältigen Nutzungsansprüchen der Gesellschaft gerecht zu werden. Die perfekte Lösung gibt es dabei nicht, es geht immer darum, einen optimalen Kompromiss zu finden.

Das von 2009 bis 2011 sanierte Nadelwehr ist und bleibt das einzige Mittel zur Regulierung des Seepegels. Das Seitenwehr und die Nadelwehre werden heute automatisch gesteuert. Ein Computer berechnet anhand permanenter Messungen des Seepegels die zu erwartenden Wasserstände. Es gibt einen Toleranzbereich, in dem gerade so viel Wasser in die Reuss abgegeben wird wie bei einem natürlichen Seeausfluss. Wird der Toleranzbereich unterschritten, drosselt das Wehr den Seeausfluss. Wird er überschritten, fliesst aufgrund der abgesenkten Reusssohle mehr Wasser ab, als dies natürlich der Fall wäre.

Darüber hinaus hat man die Möglichkeit, proaktiv einzugreifen. Im Mai 2013 etwa prognostizierte Meteo Schweiz massive Niederschläge im ganzen Einzugsgebiet, was den Kanton Luzern dazu veranlasste, das Wehr vorsorglich komplett zu öffnen, um den Seepegelanstieg zu verlangsamen. Es war die richtige Entscheidung. Der See schwoll bis auf einen Pegel von 434,25 Metern über Meer an. 20 Zentimeter mehr, und die kritische Grenze wäre erreicht gewesen.

Die Seeregulierung, so wie sie sich heute präsentiert, senkt das Risiko eines Hochwassers in der Stadt Luzern so stark, dass es im Schnitt nur noch ein Mal alle 20 Jahre zu einer kritischen Situation kommen sollte. Vor der Sanierung des Wehrs wurde die Schadensgrenze im Schnitt alle vier Jahre erreicht oder überschritten. Das zeigt: Man muss einen See nicht regulieren. Aber man kann. Mit guten Gründen.

Albin Schmidhauser (62) leitet seit 2009 die Abteilung Naturgefahren beim Kanton Luzern, wo unter anderem sämtliche Hochwasserschutzprojekte angesiedelt sind. Zuvor war der gelernte Forstingenieur für die Dienststelle Landwirtschaft und Wald tätig.

«Der See wird reguliert, um diesen vielfältigen Nutzungsansprüchen der Gesellschaft gerecht zu werden.»

In Kürze

- Der Hochwasserschutz ist nur eines der Ziele der Seeregulierung.
- Schifffahrt, Fischerei und Naturschutz stellen eigene Ansprüche.
- Die perfekte Lösung gibt es nie, es zählt der optimale Kompromiss.

Medikamente sind zu teuer und bringen nicht wirklich einen Fortschritt, sagt Max Giger, Arzt und ehemaliger Präsident der Eidgenössischen Arzneimittelkommission. Ein Vorwurf, gegen den sich Doris Seltenhofer, Chefin des Pharmaherstellers Merck (Schweiz) AG, im Streitgespräch wehrt.

Interview: Patrick Rohr

«Es gibt wenig wirkliche Innovation, es ist ein «me too» nach dem anderen»



Doris Seltenhofer ist Geschäftsführerin von Merck (Schweiz) AG in Zug. Merck ist tätig in den Bereichen Healthcare, Life Science und Performance Materials und beschäftigt in 66 Ländern rund 50 000 Mitarbeitende.

Der Arzt **Max Giger** arbeitet als Gastroenterologe in Winterthur. Von 1997 bis 2013 war er Mitglied der Eidgenössischen Arzneimittelkommission, die letzten zwei Jahre war er deren Präsident.

Patrick Rohr (PR): Frau Seltenhofer, beginnen wir mit der vielleicht naiven, aber einfachen Frage: Warum sind Medikamente so teuer?

Doris Seltenhofer (DS): Warum sagen Sie, dass Medikamente teuer sind? Im Vergleich zu ihrem Nutzen sind Medikamente nicht teuer.

PR: Nehmen wir ein Krebsmedikament, das für eine erfolgreiche Behandlung 100 000 Franken kostet. Das ist viel Geld.

DS: Für ein Medikament haben Sie hohe Investitionskosten, die Erforschung kostet 2 Milliarden Dollar. Diese Ausgaben müssen Sie wieder reinbekommen. Zudem muss ein Medikament, das auf dem Markt ist, auch diejenigen Studien finanzieren, die zu keiner Marktzulassung führen und somit auch nie Umsatz generieren. Ein Pharmaunternehmen ist ein Unternehmen, und ein Unternehmen muss profitabel sein.

PR: Herr Giger, aus unternehmerischer Sicht absolut nachvollziehbare Argumente?

Max Giger (MG): Nein, absolut nicht.

PR: Warum nicht?

MG: Die Pharma rentiert im Vergleich viel besser auf das investierte Kapital als andere Branchen. Nehmen wir BMW, eine erfolgreiche Firma – da liegt die Rendite bei 13 bis 14 Prozent. In der Pharma sind es zwischen 23 und 30 Prozent. Und das nimmt sie aus dem Sozialkuchen, dort gehört die Gesundheit nämlich dazu.

DS: Im Vergleich zu anderen Branchen betreiben wir ein Hochrisikogeschäft, und es ist klar, dass ein Unternehmer nur dort investiert, wo auch Aussicht auf eine gewisse Marge besteht. Ohne diese Aussicht würde niemand in die Forschung investieren.

PR: Aber muss die Aussicht auf einen Return on Investment tatsächlich so hoch sein? Würde sonst niemand investieren?

DS: Ich kann das nicht beurteilen, ich kenne die anderen Branchen zu wenig. Und die Margen, die wir hier lokal in der Schweiz haben, sind niemals bei 20 Prozent.

PR: Sondern?

DS: Viel tiefer, denn wir haben hier in der Schweiz das Problem, dass die Medikamentenpreise in einem Vergleich zum Ausland festgelegt werden. Das heisst, wir sind in höchstem Masse vom Eurowechselkurs abhängig. Unsere Preise sind in den letzten Jahren ganz massiv gesenkt worden, aber die meisten Kostenblöcke wie zum Beispiel die Löhne habe ich weiterhin in Schweizer Franken. Ich kann meinen Mitarbeitenden nicht sagen: Wir



senken jetzt die Löhne, weil der Eurokurs eingebrochen ist!

PR: Herr Giger würde wahrscheinlich sagen: Nehmen Sie es von der Marge, die ist ja genug hoch?

MG: Die Pharmaindustrie hat, direkt nach der Finanzindustrie, die höchsten Saläre. Und die Pharmaindustrie investiert in die Werbung fast doppelt so viel wie in die Forschung. Man könnte also die Werbung runterfahren und weniger Personal einsetzen, schon würde man massiv sparen.

DS: Unsere Personalkosten sind auf einem ganz normalen Niveau, wir haben lokal keine Millionensaläre, wie man immer das Gefühl hat. Aber unser Salärniveau ist höher als in anderen Branchen, weil 70 bis 80 Prozent unserer Angestellten hochqualifizierte Hochschulabgänger sind und diese logischerweise mehr verdienen. Und zum zweiten Punkt: Das Verhältnis zwischen den Investitionen in Forschung und Entwicklung und den Ausgaben für Marketing und Werbung ist in der Pharmabran-

«Es gibt noch einen anderen Gesichtspunkt als den Tod und die Frage, ob er früher oder später eintritt – und zwar die Lebensqualität.»

Doris Seltenhofer

che exzellent, wir investieren immerhin 20 Prozent in Forschung und Entwicklung, was andere Branchen nicht tun.

PR: Herr Giger, schauen wir es doch mal so an: Es ist doch nicht abzustreiten, dass die Menschheit dank der Medizin – und damit meine ich vor allem auch: dank immer besseren Medikamenten – grosse Fortschritte gemacht hat?

MG: Das hat sicher auch damit zu tun, ja. Aber schauen Sie, womit behandelt man →

→ zum Beispiel den Diabetes? Immer noch mit dem alten Präparat, mit Metformin, das kostet 60 bis 70 Rappen pro Tag. Und wenn es nicht geht, gibt man noch Insulin für drei bis vier Franken pro Tag. Es gibt wenig wirkliche Innovation, es ist ein «me too» nach dem andern.

DS: Auf der anderen Seite gibt es heute dank der Medizin viel weniger Brustkrebstote.

MG: Das stimmt nicht! In den letzten zehn Jahren ist die Überlebenschance bei Brustkrebs und auch bei Darmkrebs unverändert geblieben, trotz Forschung.

DS: Und bei HIV?

MG: Mit HIV hat man ganz viel Geld gemacht.

PR: Aber die Medikamente haben die Menschheit auch weitergebracht!

MG: Ja, sie haben die Menschheit weitergebracht, aber die Investitionen sind schon längst refinanziert. Und es kam seither nichts, was viel bringen würde. Pro Jahr kommen vielleicht ein oder zwei Medikamente auf den Markt, bei denen man von einem Durchbruch sprechen kann. Vorletztes Jahr gab es einen Durchbruch bei Hepatitis C – aber bei den ganzen Krebsmedikamenten, die im Moment verkauft werden, da gibt es keinen Fortschritt.

PR: Das klingt ernüchternd, Frau Seltenhofer, und relativiert auch die hohen Forschungskosten.

DS: Wir haben bei ganz vielen Krankheiten eine tiefere Mortalitätsrate als noch vor 50 Jahren.

PR: Und die Lebenserwartung ist massiv gestiegen. Auch dank der Medizin?

DS: Das ist so. Aber es gibt noch einen anderen Gesichtspunkt als den Tod und die Frage, ob er früher oder später eintritt – und zwar die Lebensqualität. Nehmen wir die Multiple Sklerose. Viele Menschen denken immer noch, dass ein MS-Patient immer im Rollstuhl sitzt. Das ist heute nicht mehr der Fall.

PR: Dank neuer Medikamente?

DS: Genau. Dank ihnen kann man die Behinderungsprogression hinauszögern, wodurch die Patienten länger im Arbeitsprozess bleiben und eine höhere Lebensqualität haben. Das spart auch Kosten in anderen Bereichen. Das ist ein grosser Fortschritt, der dank der Pharmaindustrie möglich war.

PR: Zweifelsohne. Aber nehmen wir doch den Punkt noch einmal auf, den Herr Giger auch angesprochen hat: Er sagte, die HIV-Medikamente seien längst refinanziert.

«Die Pharma rentiert im Vergleich viel besser auf das investierte Kapital als andere Branchen. Und das nimmt sie aus dem Sozialkuchen.»

Dr. med. Max Giger

PR: Warum verbilligt sie die Pharmaindustrie dann nicht einfach, sie könnte damit im südlichen Afrika zum Beispiel Millionen Leben retten?

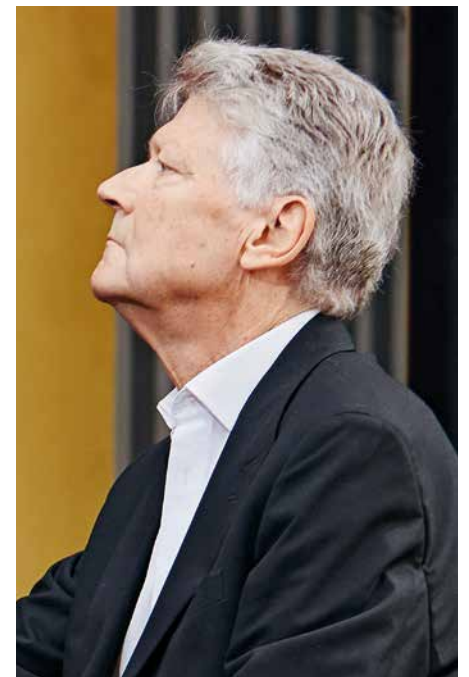
DS: Das ist bereits Realität. Die meisten Pharmafirmen haben in Entwicklungsländern ein Projekt, um den Zugang zu Medikamenten zu erleichtern. Unsere Firma gibt zum Beispiel in einem Projekt mit der WHO gratis Millionen Tabletten gegen die Schistosomiasis ab, eine Wurmerkrankung, die wir ausrotten wollen. Aber ja, wenn wir sagen, wir sollten die Medikamente in armen Ländern zu einem sehr tiefen Preis oder gratis abgeben, da die Gesundheit nicht vom Einkommensniveau abhängen sollte, dann müssen wir bereit sein, in der Schweiz höhere Preise zu bezahlen.

PR: Das heisst, es bräuchte einen gesamtgesellschaftlichen Konsens, die Pharma kann das nicht von sich aus tun?

DS: Genau. Das würde bedeuten, dass wir die Medikamentenpreise nach Kaufkraft festlegen würden, so dass sich überall auf der Welt die Menschen die gleichen Medikamente leisten könnten.

PR: Und die Pharma könnte nicht einfach die Margen senken und damit einen ersten Schritt machen?

DS: Nein, denn Indien und China sind bevölkerungsstarke Länder. Wie auch einige Länder in Afrika. Wenn wir möchten, dass alle Menschen den gleichen Zugang zu den Medikamenten haben, müssen wir in ein neues Modell übergehen, das sich an der Kaufkraft orientiert.



PR: Einverstanden, Herr Giger?

MG: Ich kann mich nur wiederholen: Beim Maschinenhersteller Bühler in Uzwil haben sie einen Return on Investment von weniger als 10 Prozent, in der Pharma liegt er bei über 20 Prozent.

PR: Und das finden Sie unanständig?

MG: Es wird einfach sehr viel Geld aus dem Sozialkuchen genommen. Und wir sind heute an einem Punkt, wo man sagen kann, dass das Schweizer Gesundheitswesen explodieren wird, wenn man weiter im Bereich der Krebsmedikamente investiert, die im Median ein um eineinhalb Monate verlängertes Leben gewährleisten. Das kostet pro Patient so um die 200 000 Franken.

DS: Jetzt kommen wir in die ethische Diskussion, die Frage, was wir überhaupt behandeln sollen und wollen. Ist es richtig, einem 90-jährigen Patienten eine künstliche Hüfte einzusetzen?

MG: Die Frage ist, was dieser Mensch noch bekommt. Bei einer Person, die bettlägerig ist und keine Schmerzen hat, muss man die Hüfte nicht operieren. Aber man muss sie sehr wohl operieren, wenn die Hüfte beim Umlagern Schmerzen verursacht.

PR: Ich möchte noch zwei Modelle mit Ihnen besprechen, die zur Senkung der Medikamentenpreise beitragen sollen und die zurzeit in Diskussion sind. Das eine heisst Pay-for-Performance, also Bezahlung nur bei Erfolg. Es wird unter anderen von Roche-CEO Severin Schwan angeregt. Was halten Sie davon, Frau Seltenhofer?

DS: Ich finde die Idee gut, aber es stellt sich für mich die Frage, wie Performance gemessen werden soll. Da kommt für mich das Behandlungsziel ins Spiel: Bei einem 45-jährigen Darmkrebspatienten kann das Ziel sein, noch möglichst lange zu leben, bei einem 90-jährigen Patienten steht vielleicht die Lebensqualität im Zentrum. Das Behandlungsziel ist also bei gleicher Krankheit und bei gleichem Präparat unterschiedlich.

PR: Ihnen gefällt also die Idee, aber Sie finden sie faktisch nicht umsetzbar?

DS: Ich sage nicht, dass sie nicht umsetzbar ist, aber ich selber weiss im Moment noch nicht, wie man den Erfolg eines Medikaments standardisiert messen soll, weil viele Krankheiten bei unterschiedlichen Patienten ganz unterschiedliche Verläufe annehmen können und, wie bereits erwähnt, das Behandlungsziel auch anders sein kann.

MG: Was man messen muss, ist die klassische Lebensqualität des Patienten. Kann er wieder beschwerdefrei leben und wieder Dinge tun, die er vorher nicht mehr



konnte? Für einen Menschen, der Schmerzen hat, ist der Alltag nicht mehr normal zu bewältigen. Und einem Menschen, der stirbt, geht auch Alltag verloren. So kann man das messen.

PR: Letztes Thema: Ein Vorschlag, den man immer wieder hört, ist, dass man bei Kombinationstherapien nicht den vollen Preis aller Medikamente bezahlen soll, sondern dass die Pharma dann, wenn ein Medikament nur in Kombination wirkt, grosse Rabatte gewähren soll. Einverstanden, Frau Seltenhofer?

DS: Grundsätzlich schon, aber auch da wird es in der Umsetzung wieder schwierig. Sobald Sie zwei Präparate von unterschiedlichen Firmen haben, müssen die

Firmen untereinander eine Art Agreement aushandeln. Auch hier: Eine sehr gute Idee – aber wie lässt sie sich praktisch umsetzen?

MG: Da hat Frau Seltenhofer absolut recht. Ich kann ja auch nicht einen BMW kaufen und sagen, ich nehme die eine Hälfte aber lieber vom Mercedes. Das heisst, da müsste man sich finden, und das dürfte schwierig werden.

Patrick Rohr arbeitet als Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater mit eigener Firma in Zürich. Bis 2007 war er Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).

«Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Überzeugung, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht» (Václav Havel).
Drei Hypothesen zu den möglichen Investitionen am Lebensende und zur Hoffnung auf Heilung.

Von Dr. med. Steffen Eychmüller

Über Werte und Kosten am Lebensende

Hoffnung auf Heilung ist die wichtigste Energiequelle bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen. Meist stützt sich die Hoffnung auf medizinisch-technische Errungenschaften. Keine Kosten sollen gescheut werden, wenn es um den Zugang zu allerneuesten Forschungsergebnissen aus aller Welt geht. Böse Zungen sprechen hier vom riesigen Geschäft mit der Hoffnung, oder eben mit der Angst. Dabei geht oft verloren, dass es auch heute noch – vor allem in der letzten Lebensphase – zwei Seiten derselben Medaille gibt: auf der einen Seite die «Machsals» (B. Marquard), auf der anderen das Schicksal. Das Beste zu hoffen und das Schwierige vorzubereiten, scheint der sinnvolle Mittelweg.

Autonomie als wichtigster Eckpfeiler

Die Idee der Machbarkeit, die «Machsals», passt besser zur heutigen Gesellschaft, welche die Autonomie als wichtigsten Eckpfeiler der menschlichen Würde definiert, und nicht das passive Erdulden des Schicksals. Das spiegelt sich in den eigenen Erwartungen wider. Sie sind ausgerichtet auf das Recht, neueste und teuerste Therapien auch noch kurz vor dem Lebensende in Anspruch

nehmen zu können. Der eigene Wert wird in unserer ökonomisierten Welt in dieser Situation an der Investition in medizinische Therapien bemessen, die auch in fast aussichtsloser Lage getätigt werden. Ist das nicht mehr möglich, scheint die Selbstentsorgung in Form von Suizidbeihilfe oder Euthanasie ein logischer Schritt. «Wenn Leben zur ökonomischen Funktion wird, bedeutet Desinvestment Tod» (U. Bröckling).

Wertbestimmungen

Verschiedene Annahmen, die keineswegs naturgegeben sind, beeinflussen diese Wertbestimmungen: Ob Autonomie beispielsweise wirklich das höchste Gut ist, ist fraglich. De facto sind wir als Menschen enorm verletzlich und abhängig von unserer Umwelt. Trotz vielen Forschungsarbeiten und medizinischen Fortschritten bleibt das Sterben eine Realität. Wesentlich aber ist, wozu wir vor dem Lebensende investieren, wo wir Hoffnung auf Heilung sehen und wie wir Heilung definieren. Hierzu drei Hypothesen:

Einseitige Konzentration auf molekulare Welt

Die teuren Medikamente, die besonders bei sehr weit fortgeschrittenen Erkrankungen heute als Hoffnungsträger gelten, konzentrieren sich auf die Regulation und Interaktion der molekularen Welt. Bei schwer kranken Menschen sind diese Medikamente allerdings kaum oder nie getestet worden, auch nicht im Rahmen von komplexen Regulationsstörungen unter Einschluss von Organinsuffizienzen am Lebensende. Wenn eingesetzt in den letzten Monaten oder Wochen des Lebens, müssten diese Anwendungen systematisch auf Wirkungen und Nebenwirkungen geprüft werden, um in Bezug auf die Indikationsqualität beurteilt werden zu können; und hier nicht nur in Bezug auf Laborwerte und beispielsweise Tumorverlauf, sondern auf den Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Aktivität der Betroffenen.

«Ökonomische Anreize bestimmen darüber, welchen Wert welche Intervention am Lebensende hat.»

Ganzheitliche Betreuung als Ziel

Die meisten Menschen wünschen sich heute eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung, also mehr als nur die Einwirkung auf die molekulare Ebene. Die Grundlage hierfür ist eine symmetrische Kommunikation, d.h. ein Miteinander von Fachspezialisten und

In Kürze

- Das Lebensende ist trotz aller Fortschritte eine Realität, die alle trifft.
- De facto wünschen sich die meisten Menschen am Lebensende mehr als Medikamente oder technische Interventionen.
- Anreize für beste Vorausplanung und Betreuung in regionalen Netzwerken fehlen bisher weitgehend.



Patient. Diese Symmetrie betrifft auch die Kommunikation unter Fachleuten: Einschätzungen von Hausärzten werden heute seitens der Fachspezialisten häufig als unwissenschaftlich eingestuft. Hier könnte der Ansatz einer Art kollektiver Bescheidenheit helfen: Die Patienten akzeptieren, dass es trotz aller Fortschritte ein Schicksal gibt, Fachspezialisten relativieren die eigene Einwirkungsmöglichkeit aufgrund der häufigen klinischen Erfahrung, dass in diesen Situationen der mögliche Schaden grösser sein kann als der Nutzen, und die Hausärzte konzentrieren sich auf ihre Rolle als wesentliche «Bergführer» in diesen teilweise so schwierigen Lebenslagen mit einem enorm wertvollen «Medikament»: einer verlässlichen und sicherheitspendenden Beziehung mit Planung und Austausch auf Augenhöhe, auch unter Einbezug der Angehörigen. Darauf stützt sich dann die Hoffnung für eine Zukunft mit guter Lebensqualität trotz Einschränkungen.

Ökonomische Fehlanreize verhindern

Ökonomische Anreize bestimmen darüber, welchen Wert welche Intervention am Lebensende hat. Ein

Beispiel: Heute sind durch das KVG medizinisch-invasive Massnahmen wie die Einlage von Koronarstents, Antikörper in der Tumorthherapie oder die Radiotherapie bis zum Lebensende kostenmässig voll abgedeckt. Entscheidet sich ein Mensch gegen eine solche medizinische Intervention und legt den Schwerpunkt des für ihn «Heilsamen» auf das familiäre Umfeld zuhause, entstehen bei hohem Pflegeaufwand zum Teil erhebliche Kosten, die er grösstenteils aus der eigenen Tasche bezahlen muss. Die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung von Schwerkranken steht hier im starken Kontrast zur politischen Zielsetzung der Gesundheitsagenda 2020 des Bundesrats mit Bevorzugung einer integrierten Versorgung über die Grenzen des fragmentierten Gesundheitssystems hinweg. Hier ist die Politik gefordert, damit volkswirtschaftliche Anreize (d.h. Betreuung im Netz) zumindest ähnlich gewichtet werden wie betriebswirtschaftliche, und die Gesamtbilanz der «Patientenreise» zwischen verschiedenen Behandlungs-Settings im Blickfeld hat. Viele Studien zeigen, dass ein verlässliches Palliativnetz über die Institutionsgrenzen hinweg nicht nur die Qualität der Betreuung am Lebensende massiv verbessert, sondern auch enorm die Kosten in den letzten Lebenswochen reduziert. Letzteres gelingt insbesondere durch eine deutlich geringere Inanspruchnahme von Notfallabteilungen oder Intensivstationen. Für die Vorausplanung über die Sektorengrenzen hinweg und beste Koordination im «Netz» sollte es demnach klare Anreize geben.

Dr. med. Steffen Eychmüller ist leitender Arzt am universitären Zentrum für Palliative Care am Inselspital in Bern.



Palliative Care sind alle Massnahmen, die das Leiden eines **unheilbar kranken Menschen lindern** und ihm eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen.

Einmal blasen reicht



Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

Mein 15 Monate alter Enkel hat ein neues Spiel entdeckt. Er rennt herum, lässt sich theatralisch fallen und tut so, als ob er sich weh getan hätte. Er zeigt mir die «verletzte» Stelle, auf die ich bloss blasen muss. Der simulierte Schmerz ist im Nu weg, er freut sich, und das Ganze hat nichts gekostet.

Unter Erwachsenen nennt sich das gleiche Spiel «Alternativmedizin». Anstatt den Schmerz wegzublasen, werden Säftchen und Kügelchen verschrieben, in denen nachweislich nichts drin ist, die aber ziemlich viel kosten.

Steht etwa auf einem homöopathischen Produkt C30 drauf, hat es effektiv zehn hoch 37 Mal weniger als nichts drin, falls der Homöopath mit einer molareren Urtinktur seine Verdünnung begonnen hat. Noch einfacher ausgedrückt: Ein C30-Präparat ist so verdünnt, wie wenn man aus einem Korb mit 24 Äpfeln 60 Mal einen Apfel herausnimmt und dann behauptet, in dem Korb sei immer noch ein Apfel vorhanden, weil man den Korb geschüttelt habe. Sind die Globuli aus Zucker, kostet damit das Kilo Zucker beim Homöopathen etwa 3000 Franken.

Die Krankenkassen müssten solche Präparate eigentlich nicht bezahlen, würden sie sich an die gesetzlich vorgeschriebenen WZW-Kriterien halten. Einem Medikament, das keinen Wirkstoff enthält, kann man beim besten Willen keine Wirksamkeit zuschreiben. Krankheiten mit wirkungslosen Medikamenten zu behandeln, ist sicher auch nicht zweckmässig. Auch wenn viele Menschen an etwas glauben, bedeutet dies nicht, dass dieser Glaube Realität ist. Es hat ja auch wenig gebracht, daran zu glauben, dass die Erde flach ist: Sie ist trotzdem rund geblieben.

Sollten die Krankenkassen weiterhin diese Art von Placebos vergüten wollen, dann ist als Nächstes eine finanzielle Unterstützung von Glauben und Aberglauben angebracht. Esoteriker und Gebetsmühlenhersteller würden sich freuen.

Die Wirtschaftlichkeit für das Gesundheitssystem liegt ebenfalls im Minus – wie die Wirkung und die Zweckmässigkeit. Alternative Medikamente und Therapien sind nämlich meistens eine Behandlung von Krankheiten, die gar nicht behandelt werden müssten, oder eine Doppelbehandlung. Werden allerdings echte Krankheiten zuerst mit alternativen Methoden therapiert, kommt es praktisch immer zu einer Kostensteigerung, weil die Patienten dann zu spät zum Arzt gehen. Jedes alternative Medikament müsste also streng unter diesem Aspekt evaluiert werden: Was passiert, falls das Präparat fälschlicherweise bei einer echten Krankheit eingenommen wird und damit zu Mehrkosten führt?

«Es hat ja auch wenig gebracht, daran zu glauben, dass die Erde flach ist: sie ist trotzdem rund geblieben.»

Die Gesundheitskosten steigen im letzten Lebensjahr sehr stark an. Zwar zeigt die Gesellschaft grundsätzlich eine hohe Zahlungsbereitschaft – bei Medikamentenkosten für Krebserkrankungen ergibt sich aber ein anderes Bild.

Von Prof. Dr. Konstantin Beck und Dr. Viktor von Wyl

Sterben wir zu teuer?

Es ist eine Tatsache, dass die Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr explosionsartig ansteigen. Je nach Land und Versicherungsdeckung liegen sie dann 5 bis 13 Mal über dem Durchschnitt. In einem vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten Projekt haben die beiden Autoren diesen Sachverhalt genauer unter die Lupe genommen.

Es werden acht Gruppen mit jeweils unterschiedlichen, aber typischen Kostenverläufen betrachtet. In sechs dieser acht Gruppen kommt es zu der erwähnten explosiven Entwicklung. Auf den ersten Blick scheinen jedoch nicht die Medikamentenkosten die Ursache dieses Anstiegs zu sein. Auffallend ist vielmehr der dramatische Anstieg der Spalkosten.

Doch die Spalkosten enthalten ebenfalls Medikamentenkosten, die aber statistisch nicht ausgewiesen werden. Eine Explosion bei den Spalkosten dürfte daher nicht zuletzt auf im Spital verabreichte Medikamente zurückgehen. Auch ambulant abgegebene Medikamente sind für den Anstieg der Kosten am Lebensende mitverantwortlich. Bei den Verstorbenen mit Tumorerkrankungen (12 Prozent der Stichprobe) tragen Spital- und Medikamentenkosten zu ungefähr gleichen Teilen zu den Ausgaben bei.

Nun sind hohe Medikamentenkosten an sich noch kein Problem. Barbara Fischer und Harry Telser von polynomics ermittelten darum innerhalb desselben Projekts, wie hoch die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für Gesundheitsleistungen am Lebensende ist. Die ermittelten Werte fallen erstaunlich hoch aus und übertreffen den vom Bundesgericht angewandten Grenzwert von 100 000 Franken pro gerettetem Menschenjahr deutlich. Kurz zusammengefasst: Die Leute scheinen gewillt, am Lebensende hohe Behandlungskosten in Kauf zu nehmen.

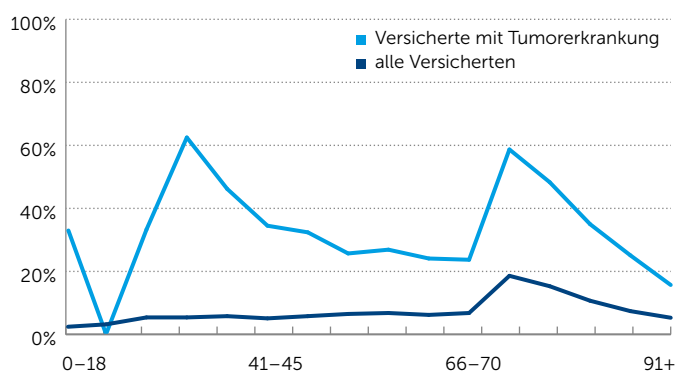
Mit Blick auf Tumorerkrankungen relativiert sich jedoch auch dieser Befund. Die Behandlungskosten bei tödlich verlaufenden Krebsfällen übersteigen den gesellschaftlich akzeptierten Betrag bei mehr als 35 Prozent der beobachteten Personen (Durchschnitt aller Todesfälle: 10 Prozent). Gerade bei jüngeren Erwachsenen wird die Limite in bis zu 63 Prozent der Fälle überschritten. Das bedeutet: Auch eine Bevölkerung, welche hohe Kosten am Lebensende akzeptiert, stuft die Medikamenten- und Spalkosten bei Krebspatienten in vielen Fällen als zu hoch ein.

Prof. Dr. Konstantin Beck ist Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Titularprofessor der Universität Zürich.

✉ konstantin.beck@css-institut.ch

Dr. Viktor von Wyl ist Forschungsgruppenleiter am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.

Wie viel Prozent der beobachteten Personen überschreiten am Lebensende die von der Allgemeinheit als sinnvoll erachtete Kostenhöhe?



Was ist Innovation?

Wartet mein Enkel doch tatsächlich für ein neues Smartphone morgens um 5 vor dem Geschäft.

Und was ist neu? Der Bildschirm!

Tja – «Innovation» wird nicht mehr gelebt, sondern gnadenlos vermarktet.

Happiger Budgetposten

Ist fast wie bei den Medikamenten in der Grundversicherung: Die Carreise im Pauschalangebot verschlingt 20 Prozent meines Ferienbudgets.

Das wirkt!

Da lobe ich mir den Grog im Kurhotel: Keine Packungsbeilage und gleichwohl zeigt das Zeugs Wirkung. Bei den Medikamenten ist's ja nicht immer so.