

30. Forum der Krankenversicherer – Neue teure Therapien

# Spannungsfelder

Wer entscheidet – nach welchen Kriterien – welche Patienten Anrecht haben auf teure Gentherapie-Behandlungen? Wie arg darf das Solidaritätsprinzip der Grundversicherung durch die personalisierte Medizin strapaziert werden? Und wie gerechtfertigt sind Behandlungskosten von hunderttausenden von Franken? Am Forum der Krankenversicherer haben Experten Stellung genommen.

**D**ass sich jeweils im Frühjahr die Führungskräfte der santésuisse-Mitglieder zum «Forum der Krankenversicherer» treffen, hat Tradition. Lange Tradition, wenn man in Betracht zieht, dass der Anlass heuer bereits zum dreissigsten Mal stattfinden konnte. Präsentiert und debattiert werden dabei jeweils Themen, welche die Branche aktuell bewegen und Stoff für kontroverse Diskussionen liefern.

## Obsoletes WZW-Prinzip?

Am diesjährigen Forum hat es weder an Aktualität noch an Kontroversität geman-

gelt. Dafür gesorgt hat das Tagungsthema «Neue teure Therapien – Auswirkungen auf die Krankenversicherer». Hintergrund der Debatte sind die rasanten Entwicklungen in der personalisierten Medizin: Modernste Diagnostikmethoden zur Bestimmung der molekularen und genetischen Patienteninformation erlauben Therapien nach Mass, von deren Wirksamkeit und Effizienz sich Hersteller wie Patienten viel versprechen. Eine Entwicklung, die Krankenversicherer, Vertrauensärzte und in letzter Konsequenz die Prämienzahlenden vor ungeahnte Herausforderungen stellt. Einerseits,

weil jede einzelne Behandlung enorm hohe Kosten verursacht, andererseits, weil für die neuen Therapiemöglichkeiten die klinische Evidenz fehlt. Das bewährte Prinzip der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) – die Grundpfeiler der Leistungsvergütung – gerät dadurch aus den Fugen. Vertrauensärzte und Krankenversicherer werden vermehrt zu Schiedsrichtern, die zu entscheiden haben, welche Patientin, welcher Patient in den «Genuss» der teuren Therapie kommt und somit Anrecht hat auf den ersehnten Therapieerfolg.



## Die Expertenrunde

Der komplexen Diskussion rund um die personalisierte Medizin, mit all ihren ethischen, medizinischen und ökonomischen Aspekten, haben sich am 30. Forum der Krankenversicherer vier ausgewiesene Expertinnen und Experten gestellt:

- Dr. theol. **Ruth Baumann-Hölzle**, Institutsleiterin Stiftung Dialog Ethik
- **Remo Christen**, Director Market Access & Health Care Affairs, Roche Pharma (Schweiz) AG
- Dr. med. **Beat Seiler**, Schweizerische Gesellschaft für Vertrauens- und Versicherungsärzte
- **Verena Nold**, Direktorin santésuisse

Im Zentrum stand das sich akzentuierende Spannungsfeld zwischen dem Nutzen der neuen Behandlungen, den Kosten, die sie verursachen und der von den Prämienzahlenden abverlangten Solidarität. Nachfolgend einige ausgewählte Erkenntnisse aus der engagierten Debatte.

## SPANNUNGSFELD «NUTZEN»

Die Fakten, die Remo Christen präsentiert, sind beeindruckend: Bis zum Jahr 2020 wird sich das vorhandene medizinische Wissen alle 73 Tage verdoppeln. Zum Vergleich: 1980 dauerte es bis zur Wissens-Verdoppelung noch sieben Jahre. Der Nutzen dieser



**Es ist immer noch der Arzt, der entscheidet, ob eine Behandlung für seinen Patienten Sinn macht.»**

Remo Christen

Entwicklung ist enorm. Dank besserer Diagnostik und modernen, wirksameren Medikamenten können heute rund 50 Prozent aller Krebsleiden geheilt werden. Die Krebssterblichkeit hat in der Schweiz zwischen 1970 und 2016 um beinahe 40 Prozent abgenommen – obwohl es immer mehr Neuerkrankungen gibt.

Dank neuer Wirkstoffe ist zudem auch Hepatitis-C heute in 95 Prozent aller Fälle inert weniger Wochen heilbar. Und HIV-infizierte Menschen können heute aufgrund des medizinischen Fortschritts ein nahezu normales Leben führen. Für Christen ist die Nutzen-Frage der neuen Medikamente denn auch eine eher rhetorische. «Schwerkranke erhalten dank neuer Behandlungsmethoden Lebensqualität zurück, zum Teil können ihre Leiden geheilt werden. Jetzt besteht die Herausforderung darin, Mittel und Wege zu finden, um den Patienten den Zugang zu diesen Behandlungen zu ermöglichen.»

### Schwierige Nutzenbewertung

Zurückhaltender ist die Sicht von Vertrauensarzt Beat Seiler: «Eine seriöse Beurteilung der Behandlungsaussichten mit einem Medikament der neuen Generation ist enorm schwierig. Für eine wissenschaftliche Nutzenbewertung ist die klinische Datenlage der Hersteller in der Regel ungenügend, die Fallzahlen sind klein, was bei den Therapien nach Mass in der Natur der Sache liegt, denn im Grunde genommen wird jede Krankheit zur seltenen Krankheit. Hilfreich bei der Beurteilung

des therapeutischen Nutzens im «Off-label-Bereich» ist hingegen das neu entwickelte, auf internationalen Erfahrungen basierende Nutzenbewertungsmodell «OLUtool». Dank ihm sind transparente, nachvollziehbare Vergütungsentscheide möglich, die Arzt wie Versicherer vom immer wieder gehörten Vorwurf der Willkür schützen.»

### SPANNUNGSFELD «KOSTEN»

Engagiert und kontrovers ist die Diskussion zum Thema Kosten der neuen Behandlungen. Die drängendste Frage an die Adresse der Pharmaindustrie: Auf welchen Grundlagen basieren die Kostenberechnungen für die neuen, sehr teuren Therapien? Wie kommen Kosten von einer halben Million Franken und mehr zustande, und wo bleibt die diesbezügliche Transparenz? Sind die hohen Preise – um santésuisse-Direktorin Verena Nold zu zitieren – «einfach gottgegeben, oder zumindest im Ansatz begründbar»? Nold weiter: «Unser Gesundheitssystem wird mit Zwangsabgaben finanziert; wir sind solidarisch unterwegs, weshalb ein Minimum an Kostentransparenz seitens der Hersteller zwingend ist». Auch für Ruth Baumann-Hölzle ist die von der Pharmaindustrie praktizierte «intransparente Preisgestaltung in einem öffentlichen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesen» nicht tolerierbar: «Gesundheit ist keine Handelsware, sondern ein öffentliches Gut».

### Nutzen muss den Preis bestimmen

Für Remo Christen sind die Vorwürfe der intransparenten Preisbildung sowie der implizierten Gewinnoptimierung der Hersteller zulasten einer Sozialversicherung nicht neu. Allerdings warnt er davor, den Preis eines Medikaments aufgrund der effektiven Entwicklungskosten festlegen zu wollen: «Das würde nämlich bedeuten, dass die Kosten für sämtliche Fehlschläge bei der Produktentwicklung – und solche gibt es nicht wenige zu verkraften – auf das schliesslich zugelassene Produkt überwältigt würden. Die Kostenfolgen wären massiv. Eine auf dem Patientennutzen basierte Preisbildung ist deshalb im Interesse aller Beteiligten. Die einmalige Verabreichung eines Medikaments mag zwar 300 000 Franken kosten. Wenn der Patient danach aber geheilt ist und erst noch ohne schwerwiegende Neben-

wirkungen, wenn dadurch jahrelange ambulante, stationäre und medikamentöse Folgebehandlungen obsolet werden, so relativiert sich dieser Preis».

### Geteilte Risiken

Bei der Frage, ob das heutige Vergütungssystem durch die rasante Entwicklung im Bereich der personalisierten Medizin an seine Grenzen stösst, sind die Meinungen geteilt. Geht es nach der Pharmaindustrie, sind neue Ansätze nötig. Das nicht unumstrittene Zauberswort heisst «pay for performance». Versicherung und Patient werden nur dann zur Kasse gebeten, wenn die Therapie erfolgreich ist. Für die Ethikerin Ruth Baumann handelt es sich hierbei jedoch um eine «attraktive Scheinlösung». Ganz einfach deshalb, weil dank Gendiagnostik das unternehmerische Risiko des Medikamentenherstellers von Anfang an kalkulierbar ist. Gemäss Remo Christen denkt man bei Roche derzeit denn auch vermehrt über ein «Pay for response»-Modell nach: Qualifiziert ein Patient beispielsweise für eine personalisierte Behandlung, übernimmt der Medikamentenhersteller finanzielle Vorleistungen. Schlägt die Therapie in einem vorher definierten Zeitrahmen an, wird auch der Krankenversicherer zahlungspflichtig. Und die Krankenversicherer? Auch sie sind im Grundsatz offen für Vergütungsansätze, die an den Therapieerfolg gekoppelt sind. Allerdings sind die Spielregeln entscheidend. So darf es gemäss Krankenversicherer beispielsweise nicht sein, dass die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behand-



**Der «Pay-for-performance-Ansatz» ist eine attraktive Scheinlösung.»**

Ruth Baumann-Hölzle



«Hinter jedem Gesuch um Kostengutsprache steht ein Schicksal, hinter manchen Entscheiden ein ethisches Dilemma.»

Beat Seiler

lung in der Kompetenz der Medikamentenhersteller liegt. Für diese Aufgabe braucht es unabhängige Experten und die Zusammenarbeit mit medizinischen Fakultäten.

#### SPANNUNGSFELD «SOLIDARITÄT»

Soviel steht fest: Behandlungen, die pro Patient und Anwendung mehrere hunderttau-

send Franken kosten, stellen die Solidargemeinschaft der sozialen Krankenversicherung vor eine ZerreiSSprobe. Wann jedoch ist der von der Gesellschaft noch akzeptierte Schwellenwert für die Kosten einer medizinischen Behandlung erreicht oder überschritten? Ruth Baumann-Hölzle hat hierzu eine klare Haltung: «Es kann nicht sein, dass in unserem sozialen Gesundheitssystem Behandlungskosten aufgrund der Zahlungsbereitschaft der Prämienzahlenden festgelegt werden. Menschliches Leben lässt sich nämlich nicht mit einem Preisschild versehen; Kriterien für den «Lebenswert» gibt es nicht. Hingegen ist die Frage zu beantworten, nach welchen Kriterien sich die begrenzt vorhandenen finanziellen Mittel in unserem Gesundheitssystem fair verteilen lassen. Dazu ist es unumgänglich, Wirksamkeit und Kosten einer Behandlung zueinander in ein Verhältnis zu setzen und Kosten-Nutzen-Schwellenwerte zu definieren – auch wenn das schwierig ist».

#### Vertrauensärzte im Dilemma

Mitten drin in diesem «Verteilkampf» stehen die Vertrauensärzte, bei denen sich die Gesuche um Kostengutsprachen häufen. «Die Nachfrage nach den neuen «Wundermitteln» ist gross», so Beat Seiler. «Jedes Dossier auf unserem Schreibtisch steht für ein Patientenschicksal, für Hoffnungen aber auch Ansprüche. Diese Gesuche zu prüfen, Kosten und Nutzen gegeneinander abzuwägen, ist

für jeden Vertrauensarzt eine enorme Herausforderung und nicht selten ein ethisches Dilemma: Der teuren Einzeltherapie, dem Bestreben, dem Patienten die bestmögliche Therapie zu ermöglichen, stehen die Forderungen des Versichertenkollektivs nach einem sorgfältigen Umgang mit Prämiegeldern gegenüber. Was wir deshalb brauchen sind neue rechtliche Grundlagen, aussagekräftige Evidenznachweise seitens der Hersteller, unabhängiges Expertenwissen und Aufsichtsbehörden, die ihre Rolle wahrnehmen. (SST)



«Die Nachweise zu Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit dürfen nicht an die Hersteller delegiert werden.»

Verena Nold

Anzeige



### Handbuch der Schweizer Krankenversicherung 2019

Das jährlich aktualisierte Handbuch ist ein unentbehrlicher Begleiter für alle, die sich beruflich oder aus Interesse mit dem schweizerischen Krankenversicherungswesen befassen. Es ist gegliedert in einen Verbandsteil und einen ausführlichen Gesetzesteil. Im Verbandsteil befinden sich nützliche Kennzahlen zur sozialen Krankenversicherung, ein «Publicus» der relevanten Institutionen, eine Liste der eidgenössischen Kommissionen sowie ein Verzeichnis der Mitglieder von santésuisse. Im Gesetzesteil finden Sie alle relevanten Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen.

Die Ausgabe 2019 des Handbuchs der Schweizer Krankenversicherung ist in deutscher und französischer Sprache erhältlich und kostet je Fr. 44.50 exkl. MwSt, zusätzlich Porto- und Verpackungskosten.

Bestellungen per Mail ([shop@santesuisse.ch](mailto:shop@santesuisse.ch)), per Fax (032 625 41 51) oder über unsere Homepage [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch) > Politik & Medien > Publikationen > Handbuch der Schweizer Krankenversicherung