

Blick auf die Verteilung der Gesundheitskosten in der Schweiz

«Ist die Verordnung einer Therapie von 150 000 CHF vertretbar?»

Solange Peters^a, Roger von Moos^b, Beat Thurlimann^c

^a Département d'Oncologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

^b Service d'Oncologie, Hôpital Cantonal des Grisons, Coire

^c Service d'Oncologie, Hôpital Cantonal, St-Gall

Summary

Is prescription of a therapy costing 150 000 CHF reasonable?

The costs of medicinal products have increased substantially in the last decade. Access to medical innovations for all patients is in acute danger. This situation requires a political commitment by the wider community of caregivers, healthcare providers and industry.

New pricing models are inevitable to guarantee access to medical innovation for all people in our society. Further, we must require companies to be more transparent when setting drug prices and require an attitude of consensus on prices between these industries – financially sound.

Finally, our health insurance system must accept some state control to avoid patient selection, but also know the precise margin of manoeuvre over time in terms of cost expenditures assigned to oncology.

Key words: medical innovations, costs, health insurance

Zusammenfassung

Die Problematik der Arzneimittelkosten muss heute in neuen Lösungen münden und darf nicht dazu führen, dass Patienten ein fairer Zugang zu einem klinisch signifikanten potenziellen Nutzen vorenthalten wird.

Bei diesem Thema ist politisches Engagement der grossen Gemeinschaft aus Versorgern, Krankenversicherern und Industrie gefordert.

Wir haben in unserem Land nach vorübergehenden Alternativlösungen der Finanzierung zu suchen. Längerfristig müssen wir den Unternehmen mehr Transparenz in der Festlegung der Arzneimittelpreise abverlangen und eine Konsenshaltung hinsichtlich Preisen innerhalb dieser – finanziell gesunden – Industrien einfordern.

Schliesslich muss unser Krankenversicherungssystem zur Vermeidung jeglicher Patientenauslese eine gewisse staatliche Kontrolle akzeptieren, aber in sich wandelnden Zeiten auch den genauen Handlungsspielraum hinsichtlich des der Onkologie eingeräumten Kostenrahmens kennen.

Finanzierung eines notwendigen Fortschritts

In der Schweiz sterben jährlich 15 000 Menschen an Krebs. Die Alterung der Bevölkerung sowie unsere Lebensgewohnheiten kündigen einen kontinuierlichen, signifikanten Anstieg an ([Abbildung 1](#)).

Neueste Statistiken zeigen, dass das Überleben im Laufe der Zeit in den westlichen Ländern bei den meisten Krebsarten steigt [1]. In Europa ist die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei den zwischen 2005 und 2007 diagnostizierten Patienten günstiger als bei den zwischen 1999 und 2001 diagnostizierten [2].

Während heute ein signifikanter Patientenanteil von kurativen Behandlungen profitieren kann, bleibt die palliative Therapie fortgeschrittener Erkrankungen ein zentrales Anliegen der Onkologen. In puncto Kosten würden sich manche die Festlegung einer als signifikant einzustufenden Mindestdauer der Lebensverlängerung wünschen, was sich aber als unmöglich erweist, da bereits wenige Wochen für einen Patienten von nicht quantifizierbarer Bedeutung sein können. Die *Europäische Gesellschaft für Onkologie* (ESMO) hat ein Instrument erarbeitet, das unserer Gemeinschaft helfen kann, den Umfang des erhofften Therapienutzens abzuschätzen [3]. Gesellschaftliche und finanzielle

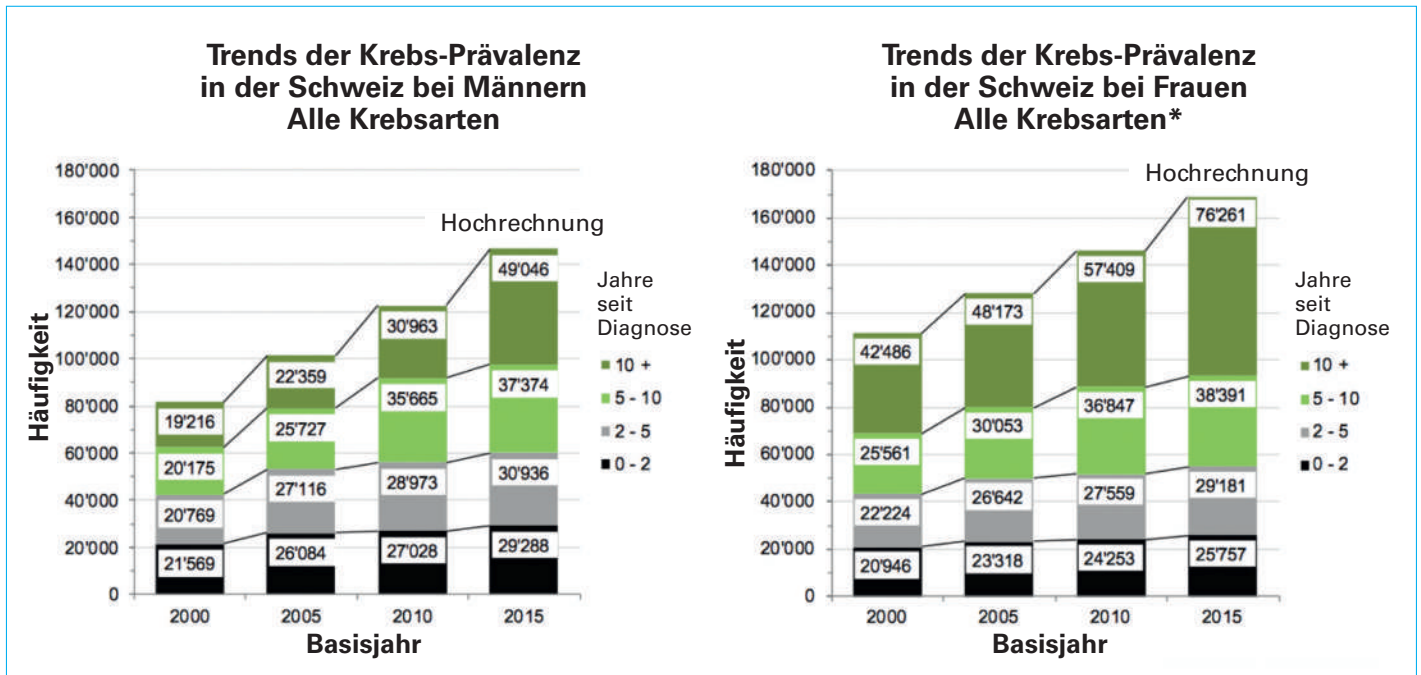


Abbildung 1: Entwicklung der Krebs-Prävalenz in der Schweiz. (Nachdruck aus [6], Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung, Schweiz. Mit freundlicher Genehmigung: Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit BAG.)

Auswirkungen des therapeutischen Fortschritts wurden im Übrigen hinsichtlich Eigenständigkeit und Arbeit, Bedarf an ambulanter oder stationärer Versorgung, aber auch Einbindung der Personen im Umfeld selten ausführlich evaluiert. Die Kosten für Betreuungsleistungen betragen tatsächlich lediglich 46% der gesamten Krebstherapiekosten (Abbildung 2).

Finanzierung echter Neuerungen

Kürzlich haben wir die Entwicklung neuer molekularer Therapiestrategien sehr begrüsst, mit denen äusserst spezifisch Veränderungen am Erbgut blockiert werden können.

Auch die Immunologie brachte neue Behandlungsmethoden hervor, die in einer erneuten Aktivierung des Immunsystems gegen Krebs bestehen. Wie man heute weiss, liegt einer der Gründe für die Entwicklung bestimmter Tumoren in der Fähigkeit der Krebszellen, an das Immunsystem falsche Toleranzsignale zu senden. Obgleich die Rolle des Mechanismus der Immunsystemblockierung bei der Entstehung von Krebs bereits vor nahezu 20 Jahren entdeckt wurde, erhielt Ipilimumab der Firma Bristol-Myers Squibb (BMS) erst 2011 die Marktzulassung. Zum ersten Mal in der Geschichte der Onkologie wird die Patientenprognose durch die Immuntherapie verbessert, die aber auch eine langfristige Überlebenschance bei metastasierenden Erkrankungen darstellen kann, insbesondere solchen mit einer mittleren Lebenserwartung von höchstens einem Jahr wie Lungenkrebs oder Melanom.

Blick auf die Verteilung der Gesundheitskosten in der Schweiz

Interessanterweise stellt Krebs zwar die Hauptursache der Sterbefälle zwischen 25 und 64 Jahren dar (Abbildung 3), jedoch ähnelt der jährliche Anstieg der Kosten pro Patient in der Onkologie demjenigen in den Bereichen kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Atemwegserkrankungen [4].

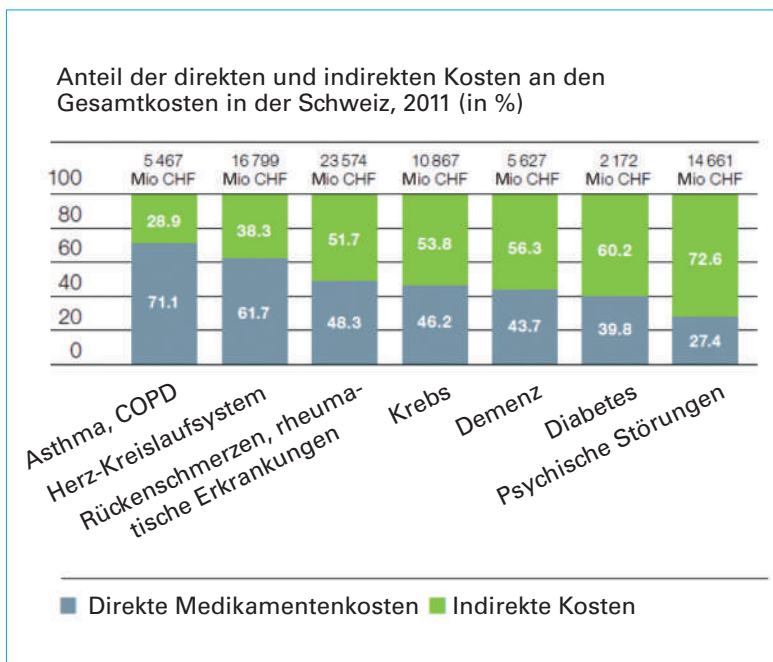


Abbildung 2: Direkte und indirekte Kosten. (Nachdruck aus [7]. Mit freundlicher Genehmigung: Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit BAG.)

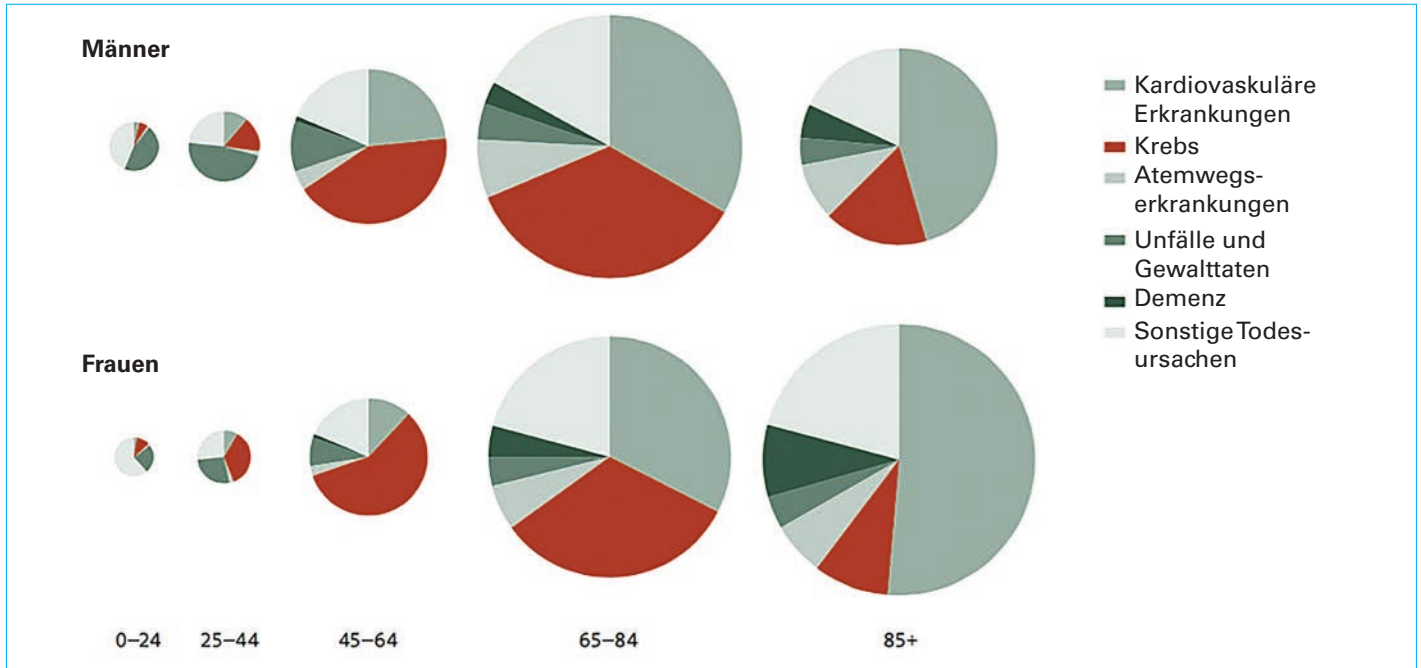


Abbildung 3: Todesfälle nach Altersgruppen. Die Kreisgrösse entspricht der Anzahl Todesfälle pro Altersgruppe. (Nachdruck aus [8], Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015. Mit freundlicher Genehmigung Krebsliga Schweiz, Oncosuisse/KLS.)

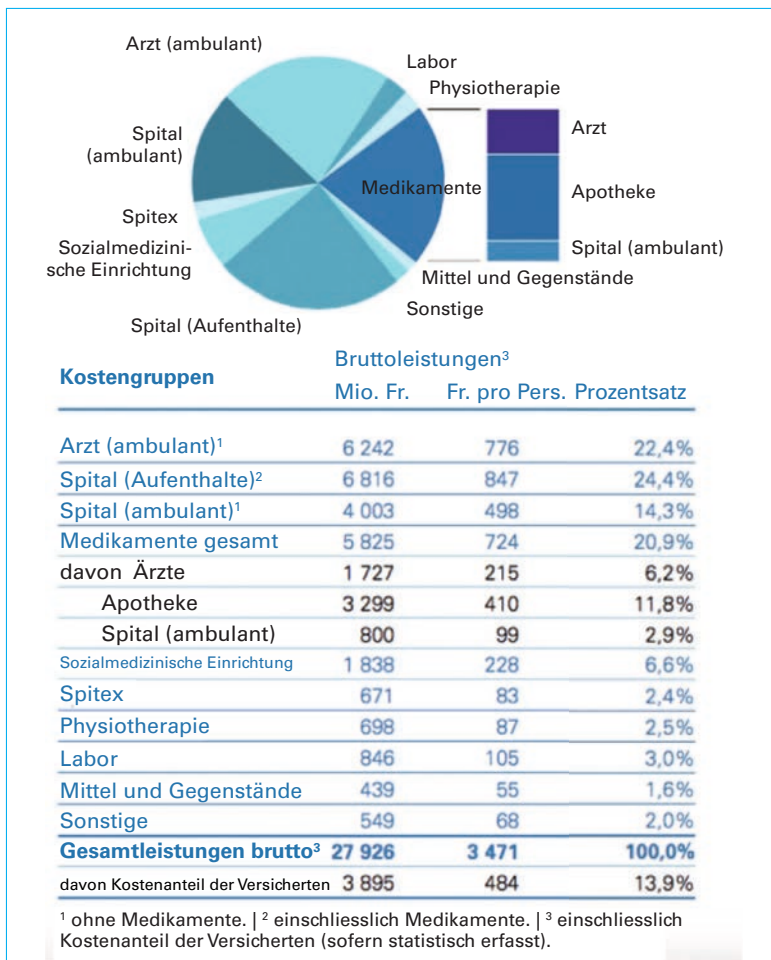


Abbildung 4: Krankenversicherung: Kostengruppen 2013. (Nachdruck aus [9]. Mit freundlicher Genehmigung: Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit BAG.)

Die Krebstherapie repräsentiert im Schnitt 4% der Kosten des Schweizer Gesundheitssystems, von denen 20–30% auf onkologische Medikamente entfallen (Abbildung 4).

Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind mit denen unserer Nachbarländer rundum vergleichbar und im Laufe der letzten Jahre leicht gestiegen (Abbildung 5). Insgesamt belegen diese Zahlen klar und deutlich, dass hinsichtlich einer merklichen Erhöhung der Kosten für onkologische Therapien in unserem Land ein gewisser Handlungsspielraum besteht. Die grosse Mehrzahl der Therapien wird von einer Struktur konkurrenzfähiger privater Versicherer übernommen, deren System nur schwer nachvollziehbar und unzureichend transparent ist, was später noch zur Sprache kommt; die finanzielle Gesundheit dieser Unternehmen untermauert diese Behauptung einmal mehr.

Beispiel Immuntherapie: eine Generation hervorragender, aber teurer Medikamente

Ipilimumab hat im vergangenen Jahr einen Umsatz von 1,3 Milliarden Dollar erzielt. Laut Finanzanalysten könnte das ähnliche, neue Medikament (Nivolumab) ab 2020 einen Jahresumsatz von 6 Milliarden Dollar generieren, basierend auf Behandlungskosten von 150 000 Dollar pro Patient pro Jahr. Derartige Medikamente sind in den meisten in der Onkologie tätigen Pharmaunternehmen in der Entwicklung, was zu einem harten Wettbewerb führt. Im Gegensatz zum kardiovaskulären Bereich, der zwar enorm gross ist, aber nur wenig wächst, steht die Onkologie für ein kaum zu bezifferndes Umsatzpotenzial.

	in Prozent des BIP		in Fr. pro Person ¹		
	2002	2012	2002	2012	Ø 2002-2012
Italien	8,3	9,2	3 957	4 372	+1,1%
Spanien	7,3	9,3	3 091	4 070	+3,0%
Grossbritannien	7,6	9,3	3 883	4 535	+1,7%
Schweden	9,2	9,6	4 777	5 594	+1,6%
Österreich	10,1	11,1	5 414	6 671	+2,1%
Deutschland	10,6	11,3	5 197	6 555	+2,4%
Schweiz	10,9	11,4	6 505	8 460	+2,7%
Frankreich	10,5	11,6	5 192	5 843	+1,2%
USA	15,2	16,9	9 658	12 154	+2,4%

¹ Kaufkraftparitäten bereinigt gemäss Paritäten der OECD beim Bruttoinlandsprodukt.

Abbildung 5: Gesundheitsausgaben einiger Länder. (Nachdruck aus [9]. Mit freundlicher Genehmigung: Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit BAG.)

Die Zulassungspolitik bei Arzneimitteln

Vor Zulassung muss ein Medikament zahlreiche klinische Tests durchlaufen, die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zu belegen haben. Im Mittel erfordert ein Medikament 65 klinische Tests mit einer Teilnahme von 400 Personen [5].

Um in der Schweiz vertrieben und eingesetzt werden zu können, benötigt ein Medikament zunächst die Zulassungserteilung durch *Swissmedic*. Die Registrierung der Medikamente folgt einer streng wissenschaftlichen Begutachtung, abgekoppelt von jeglichen finanziellen Interessen. Nach Stellungnahme zur Wirksamkeit der Therapie durch *Swissmedic* entscheidet das *Bundesamt für Gesundheit* auf Grundlage der Daten zur Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels, ob dieses durch die obligatorische Krankenversicherung zu erstatten ist. Die Trennung zwischen Wissenschaft und konkretem Zugang zum Medikament wird teils als positiv wahrgenommen, da dies *Swissmedic* eine objektive Datenüberprüfung ermöglicht. Wird dieses System hingegen auf die Spitze getrieben, kann das zu einer Situation wie in den Vereinigten Staaten führen, wo Medikamente trotz Zulassung für viele Patienten in der Realität nicht zugänglich sind.

Das grosse Rätsel um die Festlegung der Arzneimittelpreise: die Rolle der Industrie

Der erste Preisentwurf stammt von der Pharmaindustrie, die hierbei die Finanzierung und Amortisation der Forschungskosten für das Verordnungsmedikament einrechnet. Der Vorgang erscheint nachvollziehbar, es fehlt jedoch an Transparenz. Die Entwicklungskosten

für die einzelnen Medikamente sind nicht bekannt, und es erscheint offensichtlich, dass ein Teil erfolgreicher Industrieforschung ebenfalls über diesen Weg finanziert wird. Leider erweist sich diese Forschung oft als recht weit von den tatsächlichen Anliegen der Kliniker und Patienten entfernt und zielt mitunter im Kampf um Marktanteile auf lediglich marginale Verbesserungen ab. Die Tatsache, dass der Preis in der Regel an den initialen Preis im ersten Zulassungsland (oft die USA) angeglichen wird und bei einer Indikationserweiterung oder -änderung gleich bleibt und auch nur selten revidiert wird, fördert die Undurchsichtigkeit bei der Preisfestsetzung. Schliesslich sei auch auf die gesunde Wirtschaftslage dieser Industrien in ihrer Gesamtheit hingewiesen, die sich auch im Gehalt der Führungskräfte widerspiegelt, das insgesamt höher ist als in anderen Bereichen des Privatsektors (Abbildung 6).

Schwächen kostenintensive Medikamente unser Krankenversicherungssystem?

Das Schweizer Krankenversicherungssystem wird von vielen politischen Parteien zunehmend kritisiert, unabhängig davon, ob sie politisch links oder rechts stehen. Der Hauptvorwurf ist einmal mehr die Intransparenz in den Büchern der Krankenkassen. Während das Gesetz zur Erstattung der im Krankenversicherungsgesetz (KVG) definierten Leistungen verpflichtet, könne dieses Gesetz zu viel Handlungsspielraum für Ausweichmanöver bieten: durch hohe Selbstbehalte, relativ undurchschaubare Abrechnungen und fehlende Trennung der «Ergänzungsleistungen» von den Grundleistungen, dies umso mehr vor dem Hintergrund neuer, aussergewöhnlich kostspieliger Therapien.

Darüberhinaus sollte die Erstattung seitens mehrerer Versicherungen von Arzneimitteln oder Leistungen, deren eindeutige Wirksamkeit bisher nicht belegt ist, geprüft und überarbeitet werden, um einen raschen Zugang zu Therapien zu fördern, die sich als wirksam erwiesen haben.

Da sich unsere Versicherungen derzeit letzten Endes gegen Kontrollstrukturen, die die Transparenz ihrer Arbeit gewährleisten, sperren, ist es extrem schwer abzuschätzen, was diese Unternehmen an Medikamentenkosten noch übernehmen könnten. Gleichwohl muss der Schutz unseres einheitlichen, solidarischen Zugangs zur Versorgung nach wie vor höchste Priorität haben, was die Wichtigkeit weiterführender Reflexionen zur Kostenentwicklung unterstreicht.

Neue Wege zur Finanzierung von Forschung und Medikamenten

Nach wie vor bestehen gewisse Zweifel, was die Art und Weise der Abbildung vorangegangener Forschung im Medikamentenpreis angeht; die akademische Forschung ist deutlich eher in der Lage, geringere Kosten zu gene-

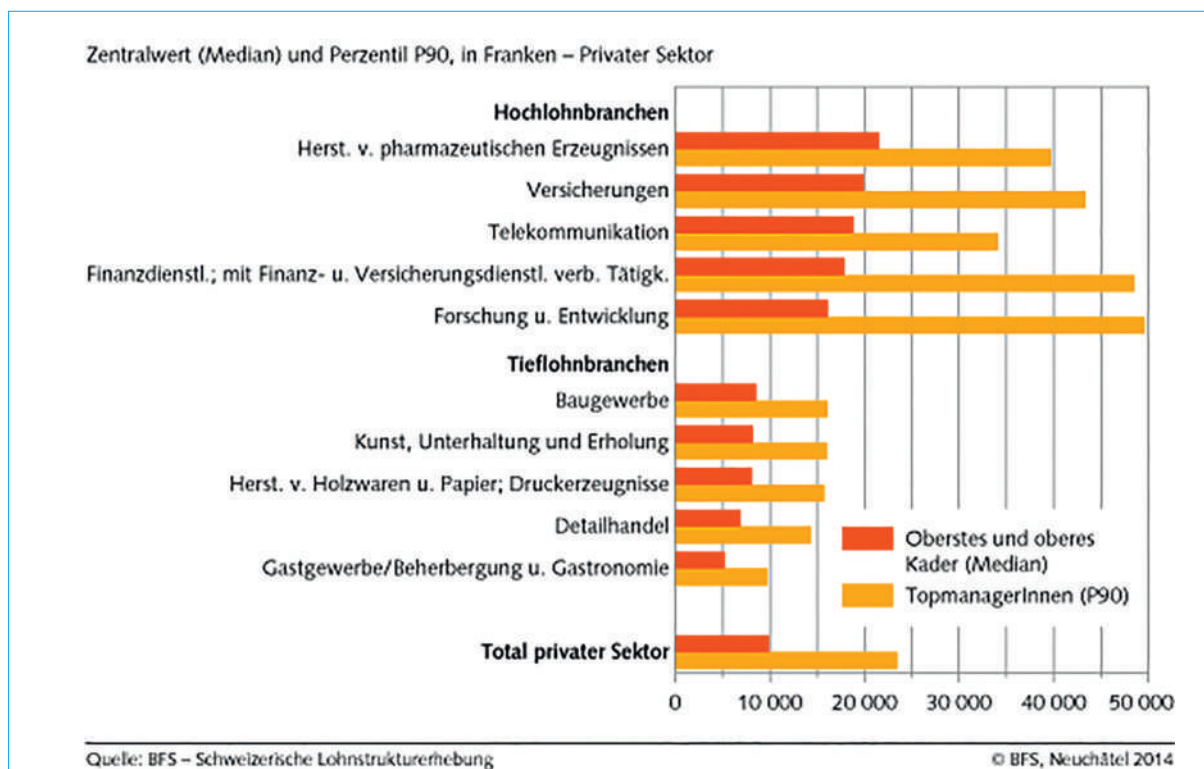


Abbildung 6: Monatlicher Bruttolohn der oberen Kader, 2012. (Nachdruck aus [10]. Mit freundlicher Genehmigung: Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Gesundheit BAG.)

rieren, vor allen Dingen aber Forschung zu betreiben, die für unsere Fachrichtung und unsere Patienten auch tatsächlich in die richtige Richtung geht. Die erste Lösung dieses Kostenproblems könnte also in einer stark erhöhten staatlichen Förderung der unabhängigen akademischen Forschung bestehen, die in den letzten Jahren sehr schwierig geworden ist.

Darüber hinaus gibt uns der relativ undurchsichtige Preis der auf den Markt kommenden Medikamente Anlass, mit der Industrie in puncto Zahlungen neue Systeme der Mitbestimmung zu vereinbaren. Da nicht alle Medikamente für alle Patienten von Nutzen sind, wäre eine Erstattung denkbar, die erst zum Tragen kommt, wenn sich die Therapie nach einer bestimmten Behandlungsdauer als wirksam erwiesen hat. Umgekehrt wäre auch denkbar, dass unser System die Kosten für eine gewisse Behandlungsdauer übernimmt und die Folgekosten von den Herstellern getragen werden (*Capping*). All diese Optionen erfordern jedoch eingehende finanzielle Umstrukturierungen, und die dafür erforderlichen Basisdaten stehen uns nicht zur Verfügung.

Schlussendlich wäre es auch auf internationaler Ebene an der Zeit, dass sich die konkurrierenden Pharmaunternehmen an einen Tisch setzen, um das Zahlungspotenzial der einzelnen Länder herauszuarbeiten und im Konsens und zum Wohl der Patienten neue, langfristige Erstattungspläne sowie eine etwas niedrigere Gewinnspanne zu erwägen, auch wenn dies nicht bei allen Aktionären auf Zustimmung stossen dürfte.

Sind therapeutische Vorstösse zu leugnen oder ist ein stärkeres politisches Engagement vonnöten?

Es erscheint uns mithin unumgänglich, unseren Patienten vorläufig diese wirksamen Therapien in Höhe von 150 000 Franken zu verordnen. Dennoch sollten wir uns als Spezialisten im Gesundheitswesen auch mehr an der politischen Diskussion beteiligen, selbst wenn wir damit nicht vertraut sind, um den Zugang zu Medikamenten, die das Leben unserer Patienten real ändern können, dauerhaft zu sichern.

- Unser Land verfügt zweifellos immer noch über eine Marge zur Finanzierung von Innovation, deren Umfang uns infolge unseres Versicherungssystems nur unzureichend bekannt ist.
- Es gilt an der Transparenz bei der Festlegung der Medikamentenpreise zu arbeiten, sowohl auf Ebene der Pharmafirmen als auch in jeder Verhandlungsphase bis zur Erstattung durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Es ist unwahrscheinlich, dass ein einzelnes dieser teuren Medikamente einen derartigen Preis kostet, sofern ein mittelfristiger Erstattungsplan Berücksichtigung fände und sich ein solches Konzept unternehmensübergreifend und auf internationaler Ebene etabliert.
- Es ist an der Zeit, in der Schweiz zunächst und als ersten Schritt gemeinsam mit der Pharmaindustrie neue Finanzierungsmodelle für Medikamente zu entwickeln.

- Eine stärker vom Staat geförderte akademische Forschung wäre in der Lage, an der Vermarktung von Arzneimitteln teilzuhaben, deren Preis nahe bei den tatsächlich dafür anfallenden Forschungskosten läge.
- Unser Versicherungssystem muss Auskunft geben, wie sich Budget und Finanzrechnung auf die obligatorischen und privaten Leistungen aufteilen, und hier eine gewisse Kontrolle akzeptieren. Es hat jedem Bürger eine Grundversorgung anzubieten und die Kostenübernahme für bestimmte Therapieansätze, die sich nicht eindeutig bewährt haben, neu zu überdenken.

Disclosure statement

BT hält Aktien von Novartis und Roche. Er ist Präsident der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK).

Korrespondenz:

Dr. Solange Peters, MD-PhD
Stv. Chefärztin
PD & MER
Département d'Oncologie – CHUV
CH-1011 Lausanne
Solange.Peters[at]chuv.ch

Literatur

- 1 Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER*Stat Database: North American Association of Central Cancer Registries (NAACCR) Incidence-CINA Analytic File. 1995–2010, for Expanded Races, custom file with county, ACS Facts & Figures projection project, North American Association of Central Cancer Registries. Bethesda, MD: National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch. 2013.
- 2 De Angelis R, et al. Cancer survival in Europe. 1999–2007 by country and age: Results of EURO-CARE-5 – a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014.
- 3 Cherny NI, et al. A standardised, generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer therapies: The European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). *Ann Oncol.* 2015.
- 4 Luengo-Fernandez R, et al. Economic burden of cancer across the European Union: A population-based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013.
- 5 The Body Hunters, von Sonia Shah. The New Press.
- 6 NICER, Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung, Schweiz. www.nicer.org.
- 7 Wieser S., et al. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht 2014. BAG. 2014.
- 8 Nationales Krebsprogramm für die Schweiz. 2011–2015.
- 9 Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung. BAG. 2014.
- 10 Bundesamt für Statistik, Arbeit, 2012, www.bfs.admin.ch.