

Siebenmal teurer, aber nur ein bisschen besser – Fragen an die schweizerischen Zulassungsbehörden

von Christian Marti,
Mitglied des Redaktionsausschusses und des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»



Christian Marti

Die Zunahme der Medikamentenkosten hat viele Gründe, unter anderem die folgenden zwei:

1. Es werden laufend bewährte Medikamente durch neue, teurere verdrängt, die oft nur wenig oder gar nicht wirksamer sind als die bisherigen.
2. Der Anwendungsbereich für neue Medikamente wird ständig ausgeweitet.

Beides zeichnet sich zurzeit in der Brustkrebsbehandlung ab, wo man zwischen der vorbeugenden und der palliativen Behandlung unterscheidet:

Tamoxifen ist ein seit Jahren kassenpflichtiges Standardmedikament zur vorbeugenden Therapie von Brustkrebs. Aromataseinhibitoren (AI) wie Arimidex® und Femara® hingegen waren bisher nur für palliative Behandlungen kassenpflichtig. Aufgrund neuer Studien sollen die AI jetzt auch für die vorbeugende Behandlung kassenpflichtig werden, weil sie dem bisherigen Standardmedikament überlegen seien.

Tatsächlich sind AI wirksamer als das bisherige Standardmedikament Tamoxifen. Aber um wie viel wirksamer? Die vorläufigen Studienresultate [1] zeigen Folgendes:

- Man muss 40 Patientinnen während 4 Jahren mit einem AI statt mit Tamoxifen behandeln, um einen einzigen Rückfall zu verhindern. Dies kostet 538 000 Franken (Tageskosten für AI: Fr. 9.35).
- Die Behandlung von 40 Patientinnen während 4 Jahren mit dem bisherigen Standardmedikament Tamoxifen kostet 74 000 Franken (Tageskosten für ein Tamoxifengenerikum: Fr. 1.28).

Mit andern Worten: Einen einzigen Rückfall zu verhüten, kostet mehr als 460 000 Franken, weil nur 1 von 40 behandelten Frauen von einer Behandlung mit einem Aromatasehemmer profitiert.

Weil aber AI eindeutig (ein bisschen) wirksamer sind und weil auf Seiten der Anbieter ein riesiger Profitunterschied zu Gunsten der AI besteht, wird Tamoxifen rasch verdrängt werden. Schon heute werden in den USA rund 60 Prozent der Patientinnen primär mit AI behandelt.

Die Zulassung der AI zur vorbeugenden Therapie bewirkt auf einen Schlag eine erhebliche Vergrößerung der Zielgruppe und eine massive Verlängerung der Behandlungsdauer, was den Anbietern eine Vervielfachung des Umsatzes beschert.

Daraus leite ich drei Fragen an die schweizerischen Zulassungsbehörden ab:

- Dürfen kassenpflichtige AI weiterhin 700 Prozent mehr kosten

als das bisherige Standardmedikament Tamoxifen, wenn sie doch nur für wenige Prozent der Brustkrebspatientinnen einen Vorteil bringen?

- Jede Indikationserweiterung eines kassenpflichtigen Medikaments beschert dem Anbieter eine garantierte Umsatzsteigerung und den Versicherern eine erweiterte Abnahmepflicht. Wieweit haben die Zulassungsbehörden die Möglichkeit oder gar die Pflicht, bei Indikationserweiterungen einen günstigeren Publikumspreis auszuhandeln?
- Kürzlich wurde Avastin® zur Behandlung von fortgeschrittenem Dickdarmkrebs kassenpflichtig. Für Mehrkosten von etwa 60 000 Franken pro Patienten darf eine Lebensverlängerung um vier Monate erwartet werden [2]. Das Gesuch zur Zulassung desselben Medikaments für die Behandlung des fortgeschrittenen Lungenkrebses steht bevor. Fortgeschrittener Lungenkrebs ist etwa dreimal häufiger als Darmkrebs. Wie wird der neue Publikumspreis für Avastin lauten?

Dr. med. Christian Marti,
medizinischer Geschäftsleiter WintiMed;
Mitglied des Redaktionsausschusses
und des Redaktionellen Beirats
der Zeitschrift «Managed Care»

Literatur:

1. Baum M. et al.: Anastrozole ...: results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen Alone or in Combination) trial efficacy and safety update analyses. *Cancer* 2003; 98: 1802–10.
2. Hurwitz H. et al.: Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *New England Journal of Medicine* 2004; 350: 2335–2342.