

Onkologie: Die Mittel richtig einsetzen

Krebsmedikamente können viel und kosten viel. An den Luzerner Trendtagen Gesundheit diskutierten die ExpertInnen über die ökonomischen Grenzen der Onkologie. Prävention, Kosten-Nutzen-Überlegungen und Rationalisieren kommen noch vor einer Rationierung, so das Fazit der Veranstaltung.

Lorenz Borer

Das Medikamentenbudget am Universitätsspital Zürich stieg im Jahr 2004 um 1,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Onkologika¹ hingegen legten im gleichen Zeitraum um 20 Prozent zu. Dies konstatierte Ferenc Follath, ehemaliger Leiter der Inneren Medizin am Universitätsspital Zürich, an den Luzerner Trendtagen Gesundheit vom 23. und 24. März 2006. Und Reto Obrist, Onkologe und Direktor von Oncosuisse, doppelte nach und meinte dass die Onkologika die Medikamentenbudgets der Spitäler aufessen.

In der Spezialveranstaltung «Möglichkeiten und Grenzen in der Onkologie» erörterten Experten die aufgrund der steigenden Kosten drängenden Fragen: Sind teure Krebsmedikamente wirksam und wirtschaftlich? Oder führen die kostenträchtigen onkologi-

schen Behandlungen zu einem Kollaps des Gesundheitssystems? Wo kann gespart werden, und wo nicht? Müssen die Onkologika rationiert werden, und falls ja, von wem?

Tatsache ist, dass seit einigen Jahren innovative Therapien auf den Markt drängen, die zu einem hohen Preis einen potenziell hohen Nutzen erbringen, wenn sie gezielt den richtigen Patienten gegeben werden. Das führt zusammen mit verbesserter diagnostischer, chirurgischer und Bestrahlungstherapie zu eindrucklichen Fortschritten.

Erfolge in Krebsbehandlung und Prävention

Die Überlebenszeit bei metastasierendem Dickdarmkrebs wurde vervierfacht; Prostatakrebs, vor einiger Zeit fast immer tödlich verlaufend, gilt heute generell als heilbar. Reto Obrist mit Blick auf die Kostenspirale in der Onkologie: «Die moderne Onkologie ist Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.» Praktisch alle

«Krebs ist daran, zu einer normalen chronischen Krankheit zu werden.»

Krebsarten gehen in der Häufigkeit zurück, und die Diagnose Krebs kommt auch keinem Todesurteil mehr gleich. Krebs ist daran, zu einer normalen chronischen Krankheit zu werden. Das führt dazu, dass unter Fachleuten und Laien die These weit verbreitet ist, dass man den Krebs, an dem im Lauf des Lebens immerhin 40 Prozent der Bevölkerung erkranken wird, zwar

überleben kann – aber dann stirbt man einfach den Herztod. Und sollte auch der dank guter genetischer Disposition, effektiver Prävention oder einfach glücklicher Fügung ausbleiben, droht uns allen die Demenz. Felix Gutzwiller, Präventivmediziner der Universität Zürich, stellte jedoch diese populäre These der Morbiditätskaskade in der Diskus-

«Obwohl der Nutzen des systematischen Brustkrebscreenings gut belegt ist, wird es nur in Westschweizer Kantonen flächendeckend angeboten.»

sion in Frage. Daten aus Schweden und den USA weisen darauf hin, dass Hochbetagte oft günstiger sterben. Insofern sei die Investition in die eigene Psyche und Physis ein sehr prüfenswertes Lebenskonzept. Ausserdem werden wir nicht nur immer älter, sondern geniessen im Durchschnitt auch eine deutlich längere Lebensspanne bei guter Gesundheit als unsere Vorfahren.

Das nationale Krebsprogramm 2005–2010 beruht auf den vier Pfeilern Prävention, Früherkennung, Behandlung und Pflege. Dieses beleuchtete Thomas Cerny, Chefarzt Onkologie am Kantonsspital St. Gallen und Präsident der Krebsliga Schweiz. Besonderes Augenmerk liegt in der ersten Phase auf der Tabakprävention und auf dem Screening für Brust-, Darm-

¹ Onkologika: Medikamente zur Bekämpfung von Krebserkrankungen



Reto Obrist, Onkologe und Direktor von Oncosuisse: «Die moderne Onkologie ist Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden.»



Thomas Cerny, Chefarzt Onkologie am Kantonsspital St. Gallen und Präsident der Krebsliga Schweiz: «Die Mittel am richtigen Ort einsetzen, nämlich in der Prävention und im Screening!»

und Muttermundkrebs. Obwohl der Nutzen des systematischen Brustkrebscreenings gut belegt ist, wird es nur in Westschweizer Kantonen flächendeckend angeboten. Entsprechend ist dort auch die Wahrscheinlichkeit kleiner, an Brustkrebs zu sterben. Dass flächendeckend Früherkennungsprogramme zu tieferen Kosten zu haben sind als das heute praktizierte so genannte opportunistische Screening², wurde am Beispiel des Muttermundkrebses demonstriert. Cerny folgerte: «Wenn schon sparen, dann wenigstens die Mittel am richtigen Ort einsetzen, nämlich

bei der Prävention und beim Screening! Das ist eine Investition in die nächste Generation.»

Prioritäten setzen

Ein anderer richtiger Ort, um das Geld einzusetzen, ist die spezialisierte Onkologiepflege. Diese Meinung vertritt Irène Bachmann, Präsidentin der Onkologiepflege Schweiz. Teure Therapien seien nur dann sinnvoll, wenn auch eine Spitzenpflege damit verbunden ist. Damit meinte sie die evidenzbasierte Pflegepraxis oder ein patientenorientiertes Organisationssystem, in dem eine Pflegenden für den gesamten Pflegeprozess Verantwortung trägt. Auf gar keinen Fall könne es sein, dass man mit ungenügender Stellenbesetzung, tiefer Fachkompetenz oder überlangen Arbeitszeiten die Kosten zu optimieren versuche. Alle Untersuchungen zeigten, so Bachmann, dass unterhalb eines kritischen Niveaus die Qualität der Pflege leide. Damit gehen mehr Medikamentenfehler, Stürze und Infektionen einher, und die Patientenzufriedenheit sinkt rapide.

Einig waren sich die Referenten, dass der Rückgang der öffentlichen Forschung sehr zu bedauern ist. Zwar investiert die Industrie beträchtliche Mittel in die Forschung. Davon profitieren aber vorab «lukrative» Krankheitsbilder, und es werden Fragen beantwortet, die direkt für die Vermarktung von Produkten nützlich sind. Felix Gutzwiller: «Es braucht öffentliche Gelder für die Forschung, um Fragen zu beantworten, die die Industrie nicht beantwortet.» Und bei Forschung, die durch die Industrie finanziert wird, brauche es Transparenz und klare Regeln. Allgemein wurde auch der Niedergang der klinischen Forschung in der Schweiz bedauert, gehörte doch unser Land bis vor wenigen Jahren noch zur internationalen Spitze. Fehlende Finanzen und eine überbordende Regelungsdichte machen die Forschung hierzulande unattraktiv.

Können uns gesundheitsökonomische Ansätze helfen, die richtigen Therapieentscheidungen zu treffen? Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen

Gesellschaft für medizinische Onkologie, gab eine positive Antwort. Wenn Mittel knapp sind, müssen die Prioritäten aufgrund möglichst objektiver Daten gefällt werden. Dann kann es nämlich auch passieren, dass eine vermeintlich sehr teure Therapie kostengünstiger besser dasteht als eine wohl günstigere Therapie, die aber jahrzehntelang

«Wenn Mittel knapp sind, müssen die Prioritäten aufgrund möglichst objektiver Daten gefällt werden.»

beibehalten werden muss. Wenn jemand mit 40 Jahren eine Therapie für 200 000 Franken erhält und anschliessend gesund mit 80 Jahren stirbt, ist das eine bessere Investition (5000 Franken pro QALY³) als



Irène Bachmann, Präsidentin Onkologiepflege Schweiz: «Teure Therapien sind nur dann sinnvoll, wenn auch eine Spitzenpflege damit verbunden ist.»



Ferenc Follath, ehemaliger Leiter der Inneren Medizin am Unispital Zürich: «Wer soll über die Verteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen entscheiden?»

² Opportunistisches Screening: Früherkennung im Rahmen individueller Vorsorgeuntersuchungen. Nachteile sind einerseits weniger rigide Qualitätsstandards, andererseits die Unterversorgung gewisser Bevölkerungsgruppen (Personen mit tiefem sozioökonomischem Status, Migrantinnen etc.).

³ QALY: «Quality Adjusted Life Year», die Bewertung eines Lebensjahrs in Relation zur Lebensqualität. Die Qualität des Überlebens (ein Wert zwischen 1 [perfekte Gesundheit] und 0 [Tod]) wird mit der Dauer des Überlebens in Jahren multipliziert. Die so erhaltenen QALY können in Relation zu den Kosten gesetzt werden.



Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Onkologie: Im politischen Diskurs soll festgelegt werden, welche Mittel in der Grundversicherung zur Verfügung stehen, «sonst ist der Patient der Willkür des Arztes am Krankenbett oder dem Krankenkassenfunktionär ausgeliefert».



Jürg Vontobel, Chef Leistungsmanagement Concordia: «Rationierung wäre eine Bankrotterklärung für ein reiches und innovatives Land wie die Schweiz.»

eine Therapie, die das Leben einer Achtzigjährigen bei eingeschränkter Lebensqualität um sechs Monate verlängert und 10000 Franken kostet (>5000 Franken pro QALY). Die Frage, ob man sich bei den modernen Krebstherapien eher im ersten oder im zweiten Beispiel bewegt, musste offen bleiben. Zu unterschiedlich sind die jeweiligen Schicksale in der Praxis.

Sparen durch Rationalisieren, diese Meinung vertrat Jürg Vontobel, Chef Leistungsmanagement von Concordia. Er ortet so viel Rationalisierungspotenzial, dass die Rationierungsdebatte in die mittlere Zukunft aufgeschoben werden kann. So könne man zum Beispiel die diagnostischen Geräte in der Onkologie wirtschaftlicher auslasten, die Strahlentherapie besser planen und verhin-

dern, dass Medikamente ausserhalb der zugelassenen Indikation eingesetzt werden. Dies spart bereits viel Geld. Vontobel: «Wir gehen verschwenderisch mit unseren Mitteln um, was zu einer Unterversorgung in anderen Bereichen führt.»

Über Rationierung nachdenken

Vontobels Aussagen blieben zwar nicht unwidersprochen. Aber sämtliche Referenten waren sich explizit einig, dass weder unser Gesundheitssystem noch unser Sozialversicherungssystem wegen der Fortschritte in der Onkologie vor dem Kollaps stehe. Die finanzielle Seite sei aber ein seriöses Problem für einen grossen Teil der Bevölkerung. Gleichzeitig halten Bürgerinnen und Bürger wenig davon, zu Gunsten tieferer Kassenprämien auf innovative Therapien zu verzichten, dies machte Reto Obrist anhand der Plaut-Studie deutlich.

Jürg Nadig plädierte dafür, die Rationierungsgrundsätze jetzt zu erarbeiten und die Entscheidungsgrund-

**«Weder unser
Gesundheitssystem
noch unser Sozial-
versicherungssystem
stehen wegen der
Fortschritte in der Onko-
logie vor dem Kollaps.»**

lagen für eine allfällige Rationierung zu schaffen, damit diese ohne unmittelbaren Druck durch die Öffentlichkeit diskutiert werden können. Eine Kardinalfrage dazu warf Ferenc Follath auf: Wer soll letztlich über die Zuteilung der knappen Mittel im Gesundheitswesen entscheiden? Die Antwort blieb er zwar schuldig, er wehrte sich jedoch vehement dagegen, dies dem einzelnen Arzt zu überantworten, da dadurch das Verhältnis zum Patienten ernsthaft gefährdet, wenn nicht gar zerstört würde. Einerseits wäre so der Willkür Tür und Tor geöffnet, so Follath, andererseits könnte der Patient dem Arzt nicht mehr vertrauen, dass dieser das Beste für den Patien-

ten im Auge behält. Eine klare Antwort hingegen hatte Jürg Nadig auf Follaths Frage, wer die Rationierungsentscheidungen treffen soll: Welche Mittel dem Patienten in der Grundversicherung zur Verfügung stehen, dies müsse im politischen Diskurs festgelegt werden. Nur so sei eine transparente und nachvollziehbare Festlegung gewährleistet. Die Tagung zeigte eindrückliche medizinische Fortschritte einerseits, ökonomische Konsequenzen, die sich daraus ergeben, andererseits. Dass nur eine komplette Sicht der Kosten-Nutzen-Relation auch zu einem vollständigen Bild der Errungenschaften moderner Medizin führt, war zwar nicht neu, aber dennoch richtig. Auch dann bleiben noch eine Menge ethischer Fragen im Raum, besonders, wenn das Schreckgespenst «Rationierung» doch noch lauter an die Tür klopfen sollte. ■

Autor:

Lorenz Borer

Mitglied Redaktioneller Ausschuss
der Zeitschrift «Managed Care»
Manager Healthcare Affairs
Merck Sharp & Dohme
Schaffhauserstrasse 136
8152 Glattbrugg
E-Mail: lorenz_borer@merck.com

Fotos:

Forum Gesundheit Luzern