

Briefe an die SÄZ

An den bilateralen Verträgen festhalten

Zum Editorial «Brücken nach Europa sprengen – nichts für unser Gesundheitswesen» [1]

Durch die Abfassung meiner Dissertation «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz EU: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin» und durch persönliche Kontakte nach Brüssel verfüge ich über einen vertieften Einblick und Hintergrundinformationen auf diesem Gebiet. Selbst in der EU wird die Personenfreizügigkeit für Ärzte etc. nie ganz gelöst werden, da es unendlich viele Facharztstitel und Spezial- bzw. Untertitel gibt. Das EU-Landwirtschaftsrecht ist dermassen kompliziert, dass nur die alten «Erfinder» diese Regelungen verstehen. Mir ist damals der Vorschlag unterbreitet worden, eine Dissertation mit dem Thema «Pfändbarkeit und Übertragbarkeit von Milch- und Rübenkontingenten nach dem Recht der EU» zu verfassen. Ob ein Menschenleben dazu ausgereicht hätte? Aus all den Einblicken, Recherchen und Erfahrungen kann ich nur raten, an den alten, bewährten bilateralen Verträgen festzuhalten – egal was die EU sagt.

Dr. iur. Udo Adrian Essers, Küsnacht

1 Schlup J. Brücken nach Europa sprengen – nichts für unser Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(40):1435.

Falsche Behauptungen

Im Artikel «Festbeträge – ein schlechtes Rezept für die Patientensicherheit» [1] nimmt Gert Printzen Stellung zur Ankündigung des Bundesrats, dass Referenzpreise für patentfreie Medikamente (Generika) eingeführt werden sollen. Dabei soll der Apotheker das jeweils kostengünstigste Generikum abgeben, falls mehrere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff zur Verfügung stehen. Der Autor nennt dies «Billigstpreissystem». Der Artikel enthält mehrere falsche Behauptungen und ist in Anbetracht stetig steigender Krankenkassenprämien inopportun und politisch ungeschickt. Erstens stimmt es natürlich nicht, dass die «Wahlfreiheit bezüglich Präparat *de facto* entfallen würde». Arzt und Patient können weiterhin unter äquivalenten Generika wählen, der Patient muss allenfalls eine Aufzahlung leisten oder der Arzt muss seine Wahl für ein teureres Präparat gut begründen. Zweitens kann die völlig freie Wahl eines Generikums die Compliance kaum verbessern und

hat mit verwechslungssicheren Verpackungen nichts zu tun. Patienten sollten nicht unterschätzt werden. Zur Erzielung einer optimalen Compliance genügt es nicht, die teuerste Packung mit der entsprechenden Farbe zu verordnen, vielmehr muss die Gesundheitskompetenz der Patienten gefördert werden. Dazu sind an Stelle der zeitlich überforderten Ärzte die Praxishilfen (Arzthelferinnen) und vor allem auch die Apotheker, die dazu speziell ausgebildet sind, gefordert.

Drittens stimmt es sicher nur bedingt, dass ein Festbetragsystem die Innovation im patentfreien Bereich verhindern würde. Generika mit gleichem Wirkstoff sind identisch bezüglich Wirkung und Sicherheit und haben ein Zulassungsverfahren durch Swissmedic durchlaufen. Ein Festbetragsystem könnte im positiven Falle dazu führen, dass sich die stark überhöhten Generikapreise in unserem Lande auf ein niedrigeres Niveau einpendeln würden. Im Übrigen ist es sehr fraglich, ob eine «Innovation» im patentfreien Bereich überhaupt wünschenswert ist. Eine «Innovation» in diesem Bereich führt lediglich zu noch mehr «Me-too»-Präparaten und erschwert weiterhin Übersicht und Auswahl.

Der Artikel ist politisch ungeschickt, weil er suggeriert, dass die Ärzte unflexibel und unwillens sind, auch nur einen kleinen Beitrag zur Kostendeckelung im Gesundheitswesen beitragen zu wollen.

*Prof. em. Dr. med. Ph.D.
Hanspeter Schwarz, Lugnorre*

1 Printzen G. Festbeträge – ein schlechtes Rezept für die Patientensicherheit. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(39):1403.

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Schwarz, gerne antworte ich auf Ihre Replik wie folgt: Ad 1): Wie soll es bezeichnet werden, wenn eine Patientin bereits auf ein Medikament eingestellt ist und bei der Einführung von Festbeträgen entweder eine Aufzahlung fällig oder ein Präparatwechsel nötig wird? Wer nicht (zu-)zahlen will oder kann, der hat eine eingeschränkte Wahlfreiheit und aufgezwungene Medikamentenwechsel. Es ist nicht eine «absolute» Einschränkung der Wahlfreiheit (aber *de facto* ist es eine) – oder man muss konstatieren, dass dieses System «unsozial» ist.

Ad 2): Das Festbetragskonzept nimmt zu Unrecht an, dass alle Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff gleich seien. Sie wissen als Arzt, dass das *nicht* zutrifft. Die galenische Form ist

sehr wohl für den Therapieerfolg mitverantwortlich, und natürlich ist die Darreichungsform für die Compliance massgebend.

Bezüglich der Arzneimittelsicherheit wird ein Spitalapotheker sicherlich bestätigen, dass es sehr wohl darauf ankommt, ob ein Produkt in Blister abgepackt ist, der dank einer Perforation teilbar ist und auf dem pro Blisternapf die ganzen Informationen zu Produkt, LOT, Hersteller usw. ersichtlich ist (Sicherheit!), oder (und das gibt es durchaus noch immer) 100 Tabletten in eine Flasche geschüttet geliefert werden. Im ersten Fall kann man die einzelne Tablette identifizierbar bis ans Krankbett bringen, im zweiten Fall natürlich nicht.

Aber nicht jedes Produkt ist für jeden Patienten optimal. Deshalb braucht es die Wahlfreiheit und auch die Möglichkeit, für einen Patienten mit höheren Anforderungen ein etwas teureres Präparat auszuwählen. Plakativ gesagt: Wenn man alle Produkte mit dem gleichen Wirkstoff über denselben Kamm schert, dann müsste/könnte man das auch mit allen Patienten tun. Und das steht ausser Diskussion, heisst, kann man nicht und darf man nicht!

Ad 3): Aktuell gibt es differenzierte Formen von gleichen Wirkstoffen; ich verweise z.B. auf Solufilms für nicht vertrauenswürdige ZNS-Patienten. Bei diesen kann es wichtig sein, dass der Pfleger zuschauen kann, wie er das Produkt einnimmt und wie es auf der Zunge vergeht (Kontrolle der Compliance, wie sie für Tabletten kaum möglich ist). Solche Solufilm-Produkte sind deshalb im praktischen Alltag ein klarer therapeutischer Fortschritt (möglicherweise ist dieser Fortschritt grösser als derjenige zwischen zwei Me-too-Präparaten mit unterschiedlichen aber sehr ähnlichen Wirkstoffen). Die Entwicklung und die Herstellung von Solufilms ist jedoch teurer. Deshalb ist auch ein moderater Mehrpreis gerechtfertigt. Wird dieser nicht mehr gewährt, entfällt jeder Anreiz, sich in zusätzliche, geschweige denn grössere Unkosten zu stürzen. Somit würde wohl nur noch das Standard-Präparat angeboten werden – zugegeben eine Hypothese. Es ist aber falsch, zu mei-

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

nen, dass mit der pharmazeutischen Formgebung nicht auch relevante Zusatznutzen erreicht werden können. Man denke z.B. auch an pädiatrische Antibiotikasirups. Hier ist es entscheidend, dass der Sirup vom Kind eingenommen wird. Ein ausgespucktes Produkt nützt nichts, auch wenn sein Spektrum noch um zwei, drei seltene Keime grösser ist. Somit ist manchmal der galenische Fortschritt wichtiger als der pharmakologische!

Ad 4): Hinsichtlich der Me-too-Präparate: Unsere, respektive die Kranken sind keine «Einheitspatienten» und sind mit einer Einheitstherapie nicht optimal versorgt. Genau deshalb braucht es eben die Auswahl mit unterschiedlichen Formen. Der pharmazeutische Fortschritt darf sich nicht nur an den Wirkstoffen orientieren.

Ad 5): Es geht hier keinesfalls darum, etwas zu suggerieren oder gar ein negatives Bild der Ärzteschaft zu zeichnen. Nichts dergleichen kann ich aus meinem Editorial herauslesen. Es geht vielmehr um die Frage von Kosten und Nutzen, bzw. von Einsparung und Schaden: Die Generika machen nur etwa 3% der Kosten zulasten der sozialen Krankenversicherung aus. An ihnen kann das Gesundheitssystem nicht gesunden! Der Preis, den die Patienten für die relativ kleinen Einsparungen zu zahlen hätten, ist zu gross. Zudem zeigen Studien aus Deutschland klar, dass erzwungene Arzneimittelwechsel zu erklecklichen Mehrkosten durch schlechtere Compliance, Verwechslungen, Fehleinnahmen und indirekt durch vermehrte Konsultationen und Hospitalisationen führen. Das verkleinert die effektiven Einsparungen weiter. Also: grosser Aufwand und Verlust von Versorgungsqualität auf der einen Seite und überschaubare Einsparungen auf der anderen. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Idee ist zu schlecht.

*Dr. med. Gert Printzen,
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH,
Departementsverantwortlicher Heilmittel*

Impfen von Risikogruppen, Beispiel Flüchtlinge

Jeder Migrant (als Flüchtling oder Ferienreisender) tauscht gesundheitliche Risiken und Erfahrungen zwischen dem Herkunftsland und dem Gastland aus. Flüchtlinge suchen bei uns Schutz vor politischer und weltwirtschaftlicher Verfolgung oder Übervorteilung. Viele Flüchtlinge aus subtropischen Ländern erkranken hier bei unseren «Windpocken-epidemien» an schweren Varizellen, oft 10–20% [1]. Sie haben diese Viren nicht mitgebracht! Masernviren werden aus der Schweiz und Deutschland noch immer exportiert. Natürlich können auch zunehmend Flüchtlinge hier daran erkranken. Bei politischen Katastrophen in armen Ländern zerbricht zuerst das Bildungs- und Gesundheitswesen. Impfstoffe fehlen.

Wenn wir das internationale Gesundheitswesen fördern wollen, wäre die «Gratisimpfung» auf Kosten des Staates (wie z.B. Lawinverbauungen) für alle Risikopersonen ein sehr kostengünstiges, lange wirksames Geschenk, hier des Gastlandes für diese Reisenden. Sogar unsere eigene Bevölkerung würde davon profitieren. Damit könnten wir uns epidemiologisch sogar einige eigene Impfgegner aus weltanschaulichen oder egoistischen Gründen mehr leisten. Die Chance würde etwas grösser, die bereits für das Jahr 2000 geplante Elimination von Masern, Polio, evtl. sogar Hepatitis B wenigstens im Jahr 2030 zu erreichen. – Wie viele der 35 «seit Jahresbeginn 2015 in der Schweiz an Masern Erkrankten» (BAG Bull 28.9.15 p. 740) waren über 15 Jahre alt?

Man muss Impfungen dort machen, wo sich zu Impfende aufhalten. Informationskampagnen, Befragungen, Impfbüchleinkontrollen, Zählungen von verkauftem Impfstoff sind billig, aber wenig hilfreich. Was epidemiologisch zählt ist nur die Immunität der Bevölkerung. Der Schutz einer geimpften Person ist so doppelt, über eine individuelle Immunität und fehlende Viruszirkulation. Informationskampagnen, Gutscheine haben epidemiologisch

eine schlechte Qualität und kosten viel. Nur der Impfstoff unter der Haut zählt.

Impfungen in Flüchtlingsheimen, aber auch in Gewerbeschulen, Mittelschulen, Universitäten wären sinnvoll, kostengünstig. Eine wirksame Impfkation aber heisst: Wer will, wird geimpft. Formulare sind da kontraproduktiv. Adoleszente müssen nicht mehr die Mutter fragen, ob sie geimpft werden dürfen. Pädiater sind auch nicht mehr zuständig, sie hatten 15 Jahre Zeit, die Kinder zu impfen, in Kantonen mit und ohne Schularztendienst. Sie sollen aber weiterhin alle Kinder impfen, das ist ihre sehr wichtige Aufgabe. Die jungen Mütter und Väter, die Kleinkinder zu ihnen bringen, sollen sie auch impfen.

Juristische Drohungen, Impfschäden auch gemäss neuem Epidemiegesetz über die Ausfallhaftung (Art. 64) zu regeln, sind Gift für ein Eliminationskonzept. Jede Impfung hat ein sehr geringes Risiko schwerer unvorhersehbarer Nebenwirkungen. Betroffene limitiert zu entschädigen, ist unfair, z.B. über eine Haftpflicht des Arztes, begründet mit mangelhafter Information. Sozial- und Präventivmediziner hatten hier in den eidgenössischen Räten leider mehr parteipolitische Konzepte verwirklicht.

Die Flöhe der Armen (Gefolterten) beißen auch die Reichen (Richter). Eine Erfahrung mit Konsequenzen bei Pestepidemien im Mittelalter (obwohl damals diese Zusammenhänge noch nicht bekannt waren). – Reiche leben zwar meistens etwas länger, aber nicht immer! Ärzte sollten wieder mehr gute Menschen für alle Kranken sein. Langfristig nützt dies epidemiologisch sogar ökonomischen Ideologen, welche «Gutmenschen» lächerlich machen.

Vertrauen bleibt das Wichtigste, nicht kurzfristige Rendite, die einen gewinnen, andere verlieren es sehr rasch (z.B. VW).

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

1 Gassner M. Briefe an die Redaktion. Schweiz. med. Wschr. 115, 950–1 (1985).