

Pilotprojekt verhilft Krebspatienten zu kostenfreier Therapie

Krebskranke müssen immer öfter mit Ihrer Versicherung um die Bezahlung einer Therapie streiten. Sie können jetzt Hilfe bei einem Expertenprojekt finden.

Birgit Voigt

08.05.2021, 21.45 Uhr

Krankenkassen entscheiden in der Schweiz vermehrt darüber, ob schwerkranke Patienten eine weitere Therapie erhalten sollen, und nicht mehr der behandelnde Arzt. Dadurch kann es zu Ungleichbehandlungen bei mehreren tausend Patienten kommen. Dies zeigte 2020 eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Demnach mussten 2019 fast 38 000 Patienten darauf hoffen, dass ihr Arzt eine Kostengutsprache nach Artikel 71 im Krankenversicherungsgesetz erreichen kann. Der Paragraph regelt eine Situation, die vor wenigen Jahren noch als grosse Ausnahme galt.

Er soll Patienten den Zugang zu Medikamenten ermöglichen, die nicht von ihrer Versicherung bezahlt werden müssen. Sei es, weil sie nicht in den Katalog der kassenpflichtigen Produkte aufgenommen sind, sei es, weil sie zwar kassenpflichtig sind, aber nicht für diese spezifische Erkrankung.

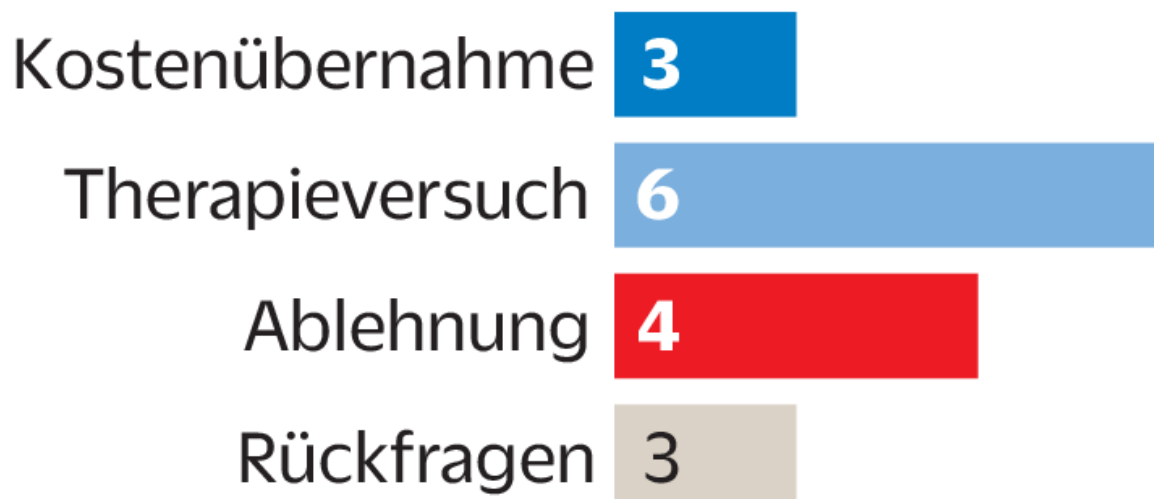
Dabei hat gerade Letzteres stark an Bedeutung gewonnen. Vor allem Onkologen setzen immer öfter auf sogenannte «Off-label-Therapien» und brauchen für die Kostenübernahme das Einverständnis der Versicherung. Wissenschaftlich breit abgestützte Daten zu den Therapien fehlen jedoch häufig. Dies ist aber Pflicht für Leistungen, welche über die Grundversicherung vergütet werden. Wann muss die Kasse zahlen? Um diese Frage streiten sich BAG, Pharmafirmen und Versicherungen.

Immerhin erhielten 2019 fast vier Fünftel der anklopfenden Patienten die erhoffte Kostengutschrift. Doch für 20%, rund 7600 Fälle, sahen die Vertrauensärzte der Kassen keinen nachvollziehbaren Nutzen in einer weiteren Therapie. Die eingangs genannte Studie zeigte mit einem Test, dass 16 Krankenkassen bei der Beurteilung eines identischen Gesuchs zu sehr unterschiedlichen Entscheiden kamen.

Lotterie

Beurteilung von Gesuchen durch Krankenkassen im Test

Ein Test mit 16 Krankenkassen zeigt, wie unterschiedlich sie bei identischer Ausgangslage über eine Kostengutsprache zur Krebstherapie entscheiden.



Quelle: BSS 2020

Für einen Teil dieser Patientengruppe haben Ärzte und Pharmaindustrie neue Hoffnung eröffnet. Die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) und eine Reihe Pharmafirmen haben für das Projekt namens Swiss Patient Access Pilot (SPAP) zusammengefunden.

Patienten beziehungsweise ihre Ärzte können nach einem zweimal abgelehnten Gesuch auf Kostengutsprache den Fall einem zwei- bis dreiköpfigen Expertengremium unterbreiten, das sich pro bono zur Verfügung stellt. SGMCO-Co-Präsident Markus Borner erklärt die Motivation der Onkologen so: «Die heutige Situation kann zu teilweise grotesken Auswirkungen für einzelne Patienten führen. Wir wollten zeigen, dass man relativ unbürokratisch und schnell durch Einbezug von Experten für eine beträchtliche Zahl von Patienten doch noch eine Behandlungsoption begründen kann.» Die am Projekt beteiligten Hersteller stellen eine allfällige Therapie ohne Rechnung zur Verfügung.

Im Durchschnitt konnten die Koryphäen in weniger als vier Tagen die Anträge beantworten. Insgesamt 162 Fälle beurteilten sie. Bei 101 Patienten befürworteten sie die vorgeschlagene Therapie. Das Projekt, das eigentlich nur bis März 2021 laufen sollte, wurde kürzlich verlängert.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt sollen einfließen in die Revision des Gesetzesartikels 71. Bis Ende Jahr sollen Vorschläge zur Überarbeitung in die Vernehmlassung gehen. Jörg Indermitte verantwortet beim BAG die Aufnahme von Medikamenten auf die Spezialitätenliste. Er weist darauf hin, dass die innerhalb des Projektes beurteilten Therapiebegehren für bestimmte Patienten zuvor zweimal vom Vertrauensarzt der Krankenkasse abgelehnt wurden, da diese keine Belege für einen ausreichenden Nutzen hätten erkennen können.

«Auch wir wollen, dass Patienten gut therapiert werden. Wenn die Pharmaindustrie in Einzelfällen eine Therapie vergütet, begrüßen wir das», sagt er. Allerdings hält Indermitte fest: Es könne dennoch nicht sein, «dass selbst bei einer erfolgreichen Anwendung doch noch die Grundversicherung für die Kosten aufkommen» solle.

Die unbefriedigende Situation treibt auch die Politik um. Die Berner Nationalrätin Flavia Wasserfallen (sp.) bestätigt der «NZZ am Sonntag», dass sie zu Beginn der kommenden Sommersession Ende Mai eine Interpellation einreichen wird. Der Bundesrat soll über den Fahrplan zur Revision des Artikels 71 Auskunft geben und dazu, wie die fehlende Gleichbehandlung von Patienten bei Gesuchen um Kostengutsprache behoben werden kann.

[Kontakt](#) [AGB und Datenschutz](#) [Impressum](#)

Copyright © Neue Zürcher Zeitung AG. Alle Rechte vorbehalten. Eine Weiterverarbeitung, Wiederveröffentlichung oder dauerhafte Speicherung zu gewerblichen oder anderen Zwecken ohne vorherige ausdrückliche Erlaubnis von Neue Zürcher Zeitung ist nicht gestattet.