



WUNDERMITTEL?

So sieht die neue Hoffnung für Frauen aus, die an einer aggressiven Form des Brustkrebses leiden. Bisher kostete die Ampulle 2 408 Euro. Dann wurde um ihren wahren Wert gerungen – ein Jahr lang

SECHS MONATE LÄNGER LEBEN FÜR 100 000 EURO. IST ES UNS DAS WERT?

TEXT: TIMO PACHE
FOTOS: GENE GLOVER

Pharmakonzerne verlangen immer höhere Preise für ihre neuen Medikamente. Für das deutsche Gesundheitssystem ist es eine große Belastung. Capital hat das Gefeilsche um eine Arznei ein Jahr begleitet

Die Hoffnung kommt ganz leicht daher, sie wird in Milligramm gemessen.

Das feine Pulver ist ein Mittel gegen Brustkrebs, eine Kombination aus Antikörper und Zellgift, das erste seiner Art: Trastuzumab-Emtansin.

Der Aufbau des Wirkstoffs ist kompliziert, die Idee aber einfach: Der Antikörper Trastuzumab wird aus gentechnisch veränderten Hamsterzellen gewonnen und ist seit Jahren ein Bestseller des Schweizer Pharmakonzerns Roche. Er dockt an der Oberfläche von Krebszellen am HER2-Wachstumsrezeptor an und bremst die Ausbreitung des Tumors. Seit einem Jahr gibt es Trastuzumab auch mit einem zusätzlichen Wirkstoff: Auf jedem Antikörper-Molekül befinden sich einige Moleküle des Zellgifts Maytansin. Maytansin stammt aus einer afrikanischen Pflanze und war bisher zu gefährlich für den Einsatz im Menschen. Durch die Kombination mit dem Antikörper aber soll es erst im Tumor wirken und nur die Krebszellen töten.

Die Hälfte aller Brustkrebs-Patientinnen, die Trastuzumab-Emtansin erhalten, sollen mindestens sechs Monate länger leben als mit bisherigen Therapien, und das bei höherer Lebensqualität. Unter dem Namen Kadcyla ist der Wirkstoff seit Ende 2013 auf dem Markt. Ein vielversprechendes Medikament. Es hat bloß diesen einen Haken.

800-MAL TEURER ALS GOLD

Im November 2014 sitzt Michael Oberreiter in einem Berliner Café, vor sich zwei Eier im Glas und einen Toast. Oberreiter verantwortet die Preise aller Medikamente von Roche in Deutschland. Roche ist einer der

größten Pharmakonzerne. An diesem Morgen aber fühlt sich Oberreiter klein, „wie nach einer Uniprüfung: Man fällt in ein tiefes Loch“.

Am Vortag haben sie zum vierten Mal zusammengesessen und gerungen, sein Team und die Vertreter des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen. Es war die letzte Runde, offiziell, ohne Ergebnis.

Der Haken nämlich ist folgender: Für 100 Milligramm Kadcyla verlangte Roche in Deutschland bis vor Kurzem 2 408 Euro. Damit war das Medikament zu diesem Zeitpunkt 800-mal teurer als Gold. Eine Jahrestherapie kostete bis zu 100 000 Euro. Allerdings durfte Roche diesen Preis nur ein Jahr lang verlangen. Danach muss ein neuer Preis her, einer, den die Krankenkassen akzeptieren. Deshalb ist Oberreiter in Berlin.

Er verhandelt den Preis für sechs Monate Leben.

Früher war sein Job einfach. Da konnte ein Hersteller, wenn sein Mittel zugelassen war, den Preis in Deutschland frei festlegen. Er musste nur dafür sorgen, dass die Ärzte fleißig Rezepte ausstellten. Was die Pille kostete, wussten nur wenige, und noch weniger interessierten sich dafür. Zahlen mussten die Krankenkassen. So waren Arzneien hierzulande viel teurer als anderswo.

Seit 2011 ist das anders. Seither muss ein Produzent nachweisen, dass ein neues Mittel besser ist als die alten. Anschließend wird verhandelt. Um den Wert einer Arznei festzustellen, wurden Gremien geschaffen und Behörden mit Kompetenzen ausgestattet. Transparenter und nachvollziehbarer sollten die Preise werden,

und sinken sollten sie auch. „Nur wenn ein Zusatznutzen belegt werden kann, darf ein Höchstpreis verlangt werden“, sagte der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler.

Doch was ist ein Zusatznutzen? Und was ist er uns wert? Um diese Fragen zu beantworten, betreiben Konzerne, Gutachter und Kassen heute einen immensen Aufwand. Sie flöhen Statistiken, rechnen, streiten und feilschen. Capital hat diese Schlacht ein Jahr begleitet und zeichnet nach, wie das Leben in Deutschland einen Preis bekommt.

KLINGELN ODER WARTEN?

„Es ist sehr mühsam“, sagt Oberreiter im Café in Berlin und bestellt noch einen Orangensaft. Jedes Mal, wenn seine Leute zwei Schritte auf die andere Seite zgingen, mache die nur einen. Vier Wochen hat er zu diesem Zeitpunkt noch für eine Einigung.

Weil sein Heimatland ein paar Jahre früher Preisverhandlungen für Arzneimittel eingeführt hatte, war der Österreicher 2011 in Deutschland plötzlich ein gefragter Mann. Der US-Konzern Pfizer schickte ihn nach Berlin.

Und so stand Oberreiter an einem Wintermorgen Anfang 2012 erstmals vor der Tür des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen und fror. Sein Team und er waren zu früh, jetzt überlegten sie, was zu tun wäre: klingeln oder draußen warten? „Über solche Fragen zerbricht man sich dann den Kopf“, erzählt er, „man will ja nicht der nervöse Depp sein, der zu früh kommt.“ Trotzdem entschied er sich für das Klingeln.

Anfang 2013 wechselte er zu Roche. Die Zulassung für Kadcyla in Europa lief schon, sie wurde für den Herbst erwartet – noch ein wenig Zeit, sich einzuarbeiten.

Neben der Wirksamkeit ist das Marktpotenzial die wichtigste Eigenschaft eines Medikaments. Wie viele Patienten gibt es? Wo? Welche Therapien sind auf dem Markt? Was kosten die? Diese Fragen muss ein Hersteller schon in der Entwicklung beachten. Krebs schafft da den perfekten Markt: eine gewaltige Nachfrage, gerade in reichen Ländern; viele Erkrankungen, machtlose Ärzte, hohe Preise. Jedes Jahr werden bei 1,4 Millionen Frauen Tumoren in der Brust gefunden, rund 75 000 in Deutschland. Ein Fünftel der Tumoren sind aggressiv. Hier ist die Not am größten – und damit das Geschäft.

Seit 2008 sind die weltweiten Umsätze mit Krebspräparaten um 50 Prozent auf über 70 Mrd. Dollar gestiegen. In diesem Markt ist Roche einer der größten Player: Knapp 47 Mrd. Franken Umsatz 2013, mehr als 11 Mrd. Gewinn, 85 000 Mitarbeiter, davon 14 000 in Deutschland.

Die Idee, mit Antikörpern das Wachstum von Tumoren zu bremsen, ist alt. Ende der 90er-Jahre kamen die ersten Arzneien auf den Markt, auch Trastuzumab von der kalifornischen Biotech-Firma Genentech. Roche stieg ein und kaufte 2009 den ganzen Laden für fast 45 Mrd. Dollar. Auch solche Investitionen müssen Konzerne mit ihren Preisen reinholen, aber Roche nahm seither jährlich rund 5 Mrd. Euro mit Trastuzumab ein. Das Ende solcher Erfolge ist aber früh absehbar: Patente laufen ab Markteinführung noch zwölf bis 15 Jahre, dann drückt die Konkurrenz die Preise. Für Trastuzumab endet der Patentschutz in diesem Jahr.

Deshalb begann Genentech früh, Trastuzumab durch ein Zellgift aufzurüsten. Das Problem war die Verbindung zwischen Gift und Antikörper. Sie sollte so lang halten, bis das Gift in der Tumorzelle angekommen



DER PILLENHÄNDLER

Michael Oberreiter verkaufte einst Bücher und kellnerte, um sich sein Studium zu finanzieren. Alle diese Jobs zahlten auf seine heutige Arbeit ein, sagt er. Inzwischen verantwortet der Österreicher den Marktzugang für alle Roche-Medikamente in Deutschland und wacht über die Preisverhandlungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen

men sein würde. Genentech wurde fündig, aber bei einer Firma in Boston. Man kaufte den Fortschritt ein.

Es folgten Laborversuche, Beratungen mit Behörden in den USA, Europa und Asien. Roche sagt, für die Entwicklung eines Medikaments brauche man klare Regeln und frühe Ansagen. Über zehn bis zwölf Jahre fielen dabei Kosten von 1 bis 2 Mrd. Dollar an. Überprüfen lässt sich die Zahl nicht, Kritiker halten sie für viel zu hoch. Doch selbst wenn man sie akzeptiert, dürfte Kadcyla die Investition schnell wieder einspielen. Analysten erwarten mehr als 4 Mrd. Dollar Jahresumsatz für das Mittel.

Im Herbst 2008 startete Roche die weltweite Zulassungsstudie. Parallel begannen



Planungen für die Produktion. 2012 kamen die ersten Ergebnisse der Studie. Ende August beantragte Roche die Zulassung in Europa für Patientinnen, bei denen der Tumor nach einer ersten Therapie wieder wächst. „Zweite Linie“ nennen das die Fachleute. Seit Mitte November 2013 ist Kadcyla in ganz Europa zugelassen.

Bloß die Preise, die Roche verlangt, sind in jedem Land anders.

Ihre Kalkulation ist ohnehin Sache des Herstellers: Forschung und Entwicklung; die Preise der Konkurrenz; der medizinische Fortschritt; das allgemeine Preisniveau; Folgetherapien, die nun wegfallen; volkswirtschaftlicher Nutzen; eine Marge für die Aktionäre – alle diese Faktoren gehen in die Rechnung ein.

DER STRIPPENZIEHER

In der CDU wurde Josef Hecken schon für viele Posten gehandelt, doch meist wurde daraus nichts. Seit 2012 leitet der frühere saarländische Gesundheitsminister den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Parlament des deutschen Gesundheitssystems. Das Gremium entscheidet, welche Therapien und Medikamente die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen müssen. „Das hier ist der erfüllendste Job, den ich je hatte“, sagt Hecken

In Deutschland kamen so zur Markteinführung im November 2 225 Euro für 100 Milligramm heraus – Rabatte inklusive. Weil der gesetzliche Preisabschlag geändert wurde, stieg der Preis fünf Monate später sogar auf 2 408 Euro. Die alten Therapien kosten zwischen 1 371 Euro und 72,51 Euro pro Dosis.

DEN PROZESS DER PREISFINDUNG NENNT MICHAEL OBERREITER „SUPER DEUTSCH“

Dafür hatten aber eben laut der Roche-Studie die Hälfte der Frauen mit Kadcyla mindestens sechs Monate länger gelebt als mit den alten Mitteln. Und das bei weniger Nebenwirkungen. Oberreiter hatte schon schlechtere Startbedingungen.

Trotzdem war der 25. November 2013 für ihn ein zwiespältiger Tag. An diesem Montag reichte ein Kurier das Dossier der Zulassungsstudie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein, dem Parlament des deutschen Gesundheitswesens. Der Startschuss für Verhandlungen, mit denen der endgültige Preis festgelegt werden soll – ein Prozess, für den Oberreiter nur zwei Worte hat: „Super Deutsch.“ Ab jetzt würde sich der Konzern dem deutschen Korporatismus stellen müssen, diesem geschlossenen System aus Regeln und Runden, in dem Macht und Milliarden verteilt werden.

Zwischen Tiergarten und Spree treffen sich beim G-BA einmal im Monat je fünf Vertreter der Krankenkassen und der Ärzteverbände unter der Leitung von drei Unparteiischen und entscheiden, welche Therapien die gesetzlichen Kassen bezahlen müssen. Der G-BA fällt auch ein Urteil, wie groß der Zusatznutzen eines neuen Medikaments gegenüber alten Präparaten nun tatsächlich ist.

Die Runde leitet Josef Hecken. Für ein Gremium, das möglichst jeden zufriedenstellen soll, ist Hecken eine mutige Besetzung. Im Büro zündet er sich gern eine Zigarette an – und wenn ihn ein Gast eine Weile davon abgehalten hat, ruft er ihm zum Abschied hinterher, jetzt könne er endlich wieder rauchen. Er kenne doch die exzellenten Leistungen des deutschen Gesundheitswesens.

Hecken ist ein mächtiger Mann. Wenn sich Ärzte und Kassen blockieren, entscheidet sein Votum. Hebt er mit den Ärzten die Hand, kann das die Krankenkassen ein paar Hundert Millionen kosten. „Für den G-BA spielt die Ökonomie keine Rolle“, sagt er, „hier geht es allein um die Versorgung der Patienten.“

Um den Zusatznutzen von Kadcyla einschätzen zu können, schicken Heckens Mitarbeiter das ganze Paket noch im November 2013 nach Köln, zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG. Wie in einem Mörser wird hier die schöne heile Welt der Industrie aus ihren Zulassungsstudien schonungslos zerrieben.

DIE TRICKS DER HERSTELLER

Den Stößel dazu hält Jürgen Windeler in der Hand. Er interessiert sich nicht für Pharmakologie und Chemie, sondern für Statistiken. „Wir wollen wissen, ob die Krankheit von Patienten mit dem Medikament anders verläuft als ohne“, sagt er. Einzige Quelle für diesen Vergleich sind meist die Studien der Hersteller. Er brauche mindestens zwei Testgruppen, sagt er: die eine erhalte das neue Mittel, die andere etwas anderes. „Dann gucken wir, ob die Patienten mit dem neuen Medikament schneller gesunden, länger leben oder ob es ihnen allgemein besser geht.“ Klingt einfach, ist es aber nicht.

Denn häufig sind die Gruppen nicht vergleichbar. Oder der Hersteller hat eine andere Vergleichstherapie gewählt als in Deutschland üblich. Nicht selten wechseln Patienten



DER INDUSTRIE-SCHRECK

Jürgen Windeler ist der Albtraum der Pharmahersteller. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln, das er leitet, bewertet den Nutzen neuer Medikamente. Früher wurden die Methoden des IQWiG von den Unternehmen scharf kritisiert, inzwischen hat sich der Streit beruhigt. „Ich habe niemanden gehört, der einen besseren Vorschlag hatte. Das hat mich erstaunt, aber auch ein bisschen beruhigt, weil wir es dann ja so falsch nicht machen können“, sagt Windeler

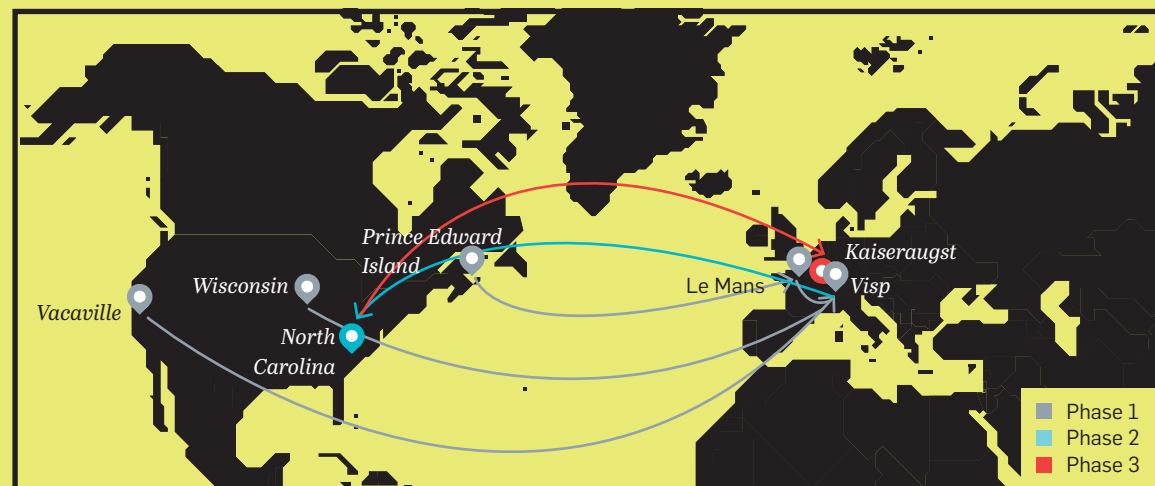
von der einen Gruppe in die andere, wenn sich das neue Medikament als besser herausstellt. Dann kann Windeler die Ergebnisse vergessen.

Vier Monate lang knöpfen sich neun IQWiG-Mitarbeiter die Kadcyla-Studie vor. Der G-BA hatte sie beauftragt, die Wirkung für vier Patientengruppen zu prüfen, je nach Schwere der Erkrankung und Art der Vorbehandlung. Roche hatte die Frauen so aber gar nicht unterteilt. Damit passt die Studie nur auf eine der vom G-BA definierten Gruppen.

Immerhin, für diese Gruppe stellt das IQWiG Ende März 2014 fest: Im Vergleich zur alten Standardtherapie bietet Kadcyla „einen erheblichen Zusatznutzen“. Bestnote, erstmals überhaupt. →

28 000 KILOMETER

So weit ist das Medikament bereits gereist, bevor es von der Schweiz aus wieder in die ganze Welt geliefert wird



ANTIKÖRPER

Trastuzumab wird in Kalifornien aus gentechnisch veränderten Hamsterzellen hergestellt. Die Produktion dauert neun Monate. Anschließend wird der Antikörper tiefgefroren in die Schweiz geflogen

DAS GIFT

Maytansin wird zunächst in Kanada produziert, dann nach Frankreich transportiert und anschließend dort weiterverarbeitet. Von Le Mans geht es per Lkw in die Schweiz nach Visp

DER LINKER

Die Verbindung zwischen Antikörper und Gift wird in Wisconsin produziert und ebenfalls per Flugzeug in die Schweiz geliefert

FUSION

In Visp werden alle drei Komponenten zusammengeführt. Dann geht es zurück nach North Carolina, wo der Wirkstoff gefriergetrocknet wird. Danach wird er in Kaiseraugst in der Schweiz abgepackt

Dennoch ist Roche unzufrieden. Nicht die Studie sei ein Problem, sondern die Aufteilung der Patientinnen durch den G-BA – der Konzern verlangt eine Anhörung.

Berlin im Mai, Unterausschuss Arzneimittel beim G-BA, 20 Experten unter sich. Wichtigster Gegner von Roche ist hier Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Ludwig, selbst Chefarzt und Onkologe, ist einer der schärfsten Kritiker der Industrie. „In der Onkologie werden sehr selten therapeutische Durchbrüche durch neue Medikamente erzielt“, sagt er, „Heilsversprechen sind hier völlig fehl am Platz.“

Statt eines großen Fortschritts sieht er auch bei Kadcyly vor allem

Schönfärberei: „Roche zeigt zwar einen Zusatznutzen in einer speziellen Untergruppe, aber viele Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs weisen andere Merkmale auf“, sagt er. Studien seien daher „oft verzerrt“.

Mitte Juni beschließt der G-BA, Kadcyly biete „einen beträchtlichen Zusatznutzen“. Die Bestnote ist weg, „beträchtlich“ ist eine Stufe niedriger als „erheblich“.

Windeler sagt, der G-BA habe eben strengere Maßstäbe als sein Institut. Das sei vom Gesetzgeber so gewollt. Hecken sagt, der Therapieerfolg von Kadcyly sei „sehr wichtig, aber kein Durchbruch“.

Hersteller wie Roche sehen das freilich anders. Sie beklagen, ihre Innovationen würden in Deutschland

absichtlich kleingeredet, um später die Preise zu drücken.

Das Gezerre ist für Außenstehende schwer zu verstehen. Doch an den Begriffen „erheblich“ und „beträchtlich“ hängt viel Geld. Für die Preisverhandlungen, die nun folgen, sind sie der erste Hinweis – der Tipp für die Antwort auf die Frage: Wie viel ist uns der medizinische Fortschritt, wie viel ist uns das Leben wert?

2014 hat diese Frage eine ungekannte Brisanz erreicht. Neben Kadcyly sind etliche andere Präparate auf den Markt gekommen, deren Preise schwindelig machen. Etwa Sovaldi, ein Mittel gegen Hepatitis C. Drei bis sechs Monate lang täglich eine Pille und 90 Prozent der Patienten gelten als geheilt. Dafür verlangt der US-

Konzern Gilead aber bis zu 120 000 Euro. Oder Glybera, ein Mittel zur Behandlung eines Erbgutdefekts. Die Therapie kostet rund 1,1 Mio. Euro.

Politiker und Kassenchefs geißeln „Profitgier“ und „Wucherpreise“. Vor einem „Missbrauch von Marktmacht“ warnt der Gesundheitsminister. Die Hersteller kontern, ihre Preise seien fair, weil ihre Mittel eben besser seien als die alten.

DAS ETHISCHE DILEMMA

Hinter dem Streit steht eine zweite Frage, die alle angeht: Wie vereinbart eine Gesellschaft das individuelle Interesse von Kranken mit dem Wunsch aller nach einem Gesundheitssystem, das jedem im Notfall hilft und trotzdem bezahlbar ist?

Nur die Briten haben diese Frage konsequent beantwortet. Mit einem strengen Regime, den Qalys, ermitteln Experten dort den Wert einer Therapie. Qaly steht für qualitätsgewichtetes Lebensjahr (Quality-Adjusted Life Year), es ist eine freundliche Abkürzung für ein kühles Instrument: die Kosten-Nutzen-Analyse. Mithilfe der Qalys berechnet das britische Gesundheitsinstitut NICE den Zusatznutzen eines Medikaments und die Kosten dieses Fortschritts. Ab etwa 30 000 Pfund pro gewonnenem Lebensjahr sagt das NICE: zu teuer. Die Medikamente werden dann nicht vom staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt.

Man habe sich bei dem Limit an ähnliche Rechnungen anderer Behörden gehalten, erzählte einmal der Chef des NICE. So kalkuliere auch das Verkehrsministerium mit 30 000 Pfund pro gerettetem Lebensjahr, wenn es die Sanierung einer Straße prüfe, um diese sicherer zu machen.

Die Qalys sind höchst umstritten. Ihre Rechnung suggeriert eine Einfachheit, die es nie gibt, wenn es um Leben und Tod geht. Doch hinter der Rigorosität steht die Einsicht, dass eine Gesellschaft irgendwann nicht mehr alles für alle zahlen kann, wenn die Preise immer schneller steigen. Die Briten greifen vorher ein.

Kadcyly kam dort auf Kosten von 166 000 Pfund pro Qaly – und fiel durch. An dem Entscheid gab es scharfe Kritik. Doch nicht an der Methode oder dem Institut, sondern an Roche – wegen des hohen Preises.

In Deutschland ist der Gedanke, dem Leben vorab einen Wert und einen Höchstpreis zu geben, dagegen tabu. Das Interesse der Allgemeinheit an niedrigen Krankenkassenbeiträgen über die Bedürfnisse Kranker zu stellen „wäre für mich ethisch nicht zu rechtfertigen“, sagt Hecken. Auch der Ethikrat der Bundesregierung lehnt Kosten-Nutzen-Grenzen strikt ab: Mit welchem Recht, so fragte er vor drei Jahren in einer umfangreichen Analyse, wolle eine Institution entscheiden, für wen sich eine Therapie noch lohne und für wen nicht?

Davon profitieren Patienten genau wie die Industrie. Denn so muss der Konflikt zwischen Leid und Finanzierbarkeit immer wieder verhandelt werden: indem man für neue Arzneien Preise findet, mit denen alle Seiten leben können.

Raum KO4, Erdgeschoss in der Zentrale des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen in Berlin: weiße Wände, grauer Steinboden, keine Bilder. Dafür ein Tisch, an dem auch Supermächte Friedensgespräche führen könnten. Hinten in der Ecke eine Kiste mit Teebeuteln, die Kosten für Verpflegung muss jede Seite selbst zahlen. Hier sitzen sie sich gegenüber, die Unterhändler des Verbands und des Herstellers. Nach dem Votum des G-BA über den Zusatznutzen haben sie sechs Monate Zeit, das Urteil in einen Preis zu übersetzen. Alle Unterlagen, Zahlen und Verträge sind vertraulich.

Antje Haas erscheint stets auf die Minute pünktlich. Fünf Minuten vor Ende eines Termins schaut sie auf die Uhr. Und wenn die Zeit um ist, steht die Chefin der Arzneimittelpreise beim Kassenverband auf und sagt, dass die Zeit nun eben um sei. So gehe es auch in den Verhandlungen zu, sagt sie, für private Anekdoten sei dort kein Platz.

Meist ist ihr Team schon da, wenn die Hersteller auftauchen, Gesicht zur Tür, wartend. Kurze Begrüßung, Small Talk, der Berliner Flughafen geht immer. Punkt 9.00 Uhr wird losgelegt, insgesamt viermal vier Stunden. Wenn es danach keinen Preis gibt, sieht es schlecht aus.

Die erste Runde geht stets dafür drauf, die Nutzenbewertung des

AN DEM TISCH KÖNNTEN AUCH SUPERMÄCHTE ÜBER FRIEDEN VERHANDELN

G-BA zu interpretieren. Bei Kadcyly Mitte Juli geht das zügig, der Zusatznutzen ist relativ klar. Dann die Patientenzahlen: Sind es wirklich 1 400, wie Roche schätzt, oder doch eher 3 300 bis 5 100, wie der G-BA schätzt? Kein Wort über Preise.

In der zweiten Runde Anfang September muss Roche die Preise in anderen europäischen Ländern offenlegen. 100 Milligramm kosten in Italien 2 035,83 Euro, in Frankreich 1 798,04 Euro, in den Niederlanden 1 760 Euro. Die Kassen sind misstrauisch, sie wollen auch die geheimen Deals am Rande kennen. Der deutsche Preis ist kein Thema.

Die dritte Runde Anfang Oktober geht für alternative Therapien drauf. Womit werden Brustkrebspatientinnen heute behandelt, welche Kosten fallen dabei an? Für den Nutzenvergleich musste Kadcyly gegen genau definierte Vergleichstherapien antreten. Jetzt aber muss es sich mit allen möglichen Mitteln messen. Konkurrenz drückt die Preise. Man ist spät dran, erst am Ende der dritten Runde legt Roche eine Forderung vor: Der Betrag liegt über den Preisen im Rest Europas. Haas' Leute kräuseln die Stirn, dann ist die Zeit um.

5. November, letzte Runde. Die Lokführer strei- →



ken, mal was anderes als Flughafen. Heute macht der Spitzenverband ein Gegenangebot: natürlich zu wenig. Erstmals ziehen sich die Verhandlungsführer zu einem Vier-Augen-Gespräch zurück. Wie weit kann man gehen? Was hier besprochen wird, steht in keinem Protokoll.

Roche geht weiter runter. Neues Stirnrunzeln, noch mal Rückzug der Verhandlungsführer. Oberreiter sagt, dies sei die schlimmste Zeit: das Warten. Small Talk gibt es nicht, also Laptops raus. Die Teamleiter kehren zurück, immer noch keine Einigung. So geht das bis kurz vor 13 Uhr. Beide Seiten betonen ihren Einigungswillen und erklären, warum das Angebot des anderen nicht akzeptabel sei. Dann ist die vierte Runde vorbei.

DIE KASSENFRAU

Vor ihrer Karriere beim Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen arbeitete Antje Haas 20 Jahre als Onkologin. Dann ging sie noch mal an die Uni und studierte Gesundheitsökonomie. Heute leitet sie die Abteilung Arzneimittel und verantwortet die Preisverhandlungen mit den Pharmaherstellern. Sie sagt, die Verhandlungen hätten die Industrie gezwungen, „stärker das Interesse der Patienten in den Blick zu nehmen“

Am nächsten Tag sitzt Oberreiter im Café vor seinem Frühstück und ärgert sich über den ganzen Aufwand. Die Frage, welchen Zusatznutzen ein Medikament habe, sei bei der Preisfindung schlicht „irrelevant“, sagt er, das bewiesen die bisher ausgehandelten Preise. „Aber dann verstehe ich nicht, was das Ganze soll. Wir könnten uns das alles sparen, die Dossiers, die Nutzenbewertung, die Anhörungen, alles.“

Ein Vorwurf, der durchaus Gehör findet. Josef Hecken, der die Bewertung des Zusatznutzens beim G-BA leitet, verteidigt zwar das Verfahren – versteht aber auch nicht mehr, wie die Bewertungen sich letztlich auf den Preis auswirken: „Ich habe gedacht, dass, wer mit einem beträchtlichen Zusatznutzen bei mir aus der Hütte geht, am Ende einen geringeren Abschlag hat als der, der überhaupt keinen Zusatznutzen hat“, sagte er kürzlich auf einer Fachtagung. Doch dann habe er eine Studie auf den Tisch bekommen, nach der der Zusatznutzen kaum Auswirkungen auf die verhandelten Preisnachlässe hat. Vielmehr seien die alle ähnlich, unabhängig vom Zusatznutzen. Jetzt warnt Hecken vor dem Eindruck einer „Lotterie“.

Auch der CDU-Politiker Jens Spahn, selbst maßgeblich an der Reform beteiligt, warnt vor willkürlichen Preisen. Medikamente mit einem echten Zusatznutzen dürften durchaus mehr kosten – „bei großem Fortschritt auch deutlich mehr“, sagt er. „Wir müssen aufpassen, dass wir die Pharmaindustrie nicht wie eine Zitrone behandeln, immer weiter pressen und irgendwann feststellen: Mist, jetzt ist die Zitrone durch.“

Haas sagt dagegen, sie habe 20 Jahre als Onkologin gearbeitet. „Das hilft sehr – auch um zu bewerten, wie wichtig ein statistisch ermittelter Zusatznutzen in der Praxis wirklich ist.“ Für Mittel mit einem nachgewiesenen Zusatznutzen seien die Kassen sehr wohl bereit, einen höheren Preis zu bezahlen. Aber sie müsse auch auf das Geld der Beitragszahler achten.

Oberreiter und sein Team haben nun noch drei Wochen. Kann es sich der Konzern leisten, mit Kadcy-la aus dem deutschen Markt auszuweichen, einem der wichtigsten der Welt? Wegen ein paar Tausend Euro pro Patient? Kaum. Andererseits darf der deutsche Preis nicht zu weit unter den Preisen im Rest Europas liegen, sonst wollen die anderen nachziehen. Ab jetzt wird am Telefon verhandelt, mit Berlin und Basel. Der Konzernvorstand muss ins Boot.

Anfang Dezember, wenige Stunden vor Ende der Frist, ein letzter Versuch. Noch mal hin und her, dann der Zuschlag: 1 923 Euro für 100 Milligramm. Statt 2 408 Euro, rund 20 Prozent weniger. Die Jahrestherapie kostet nun nicht mehr 100 000, sondern 70 000 bis 80 000 Euro.

Auf diese Weise wurden inzwischen fast 100 Medikamente geprüft. Die meisten sind nachher deutlich billiger, oft günstiger als im Rest Europas. Rund 300 Mio. Euro haben die Kassen so 2014 gespart. Ursprünglich waren mal 2 Mrd. Euro geplant.

Diese Kluft bestätigt Wolf-Dieter Ludwig in seiner Kritik. Er hält die Preise für neue Arzneien in Deutschland noch immer für viel zu hoch – und seine Kritik geht weiter. In der Praxis sehe er die versprochenen Erfolge so gut wie nie. Dafür würden die Tumore schnell resistent und die neuen Mittel wirkungslos. „Auch deshalb stimmt für mich nicht die Relation zwischen tatsächlichem Zusatznutzen und sehr hohem Preis.“

Letztlich ist mit diesem Verfahren keiner zufrieden. Nicht die Industrie, nicht die Ärzte, nicht die Funktionäre. Die Sache ließe sich sogar klären – etwa indem man die neuen Preise auf den Zusatznutzen herunterbricht und vergleicht. Dann könnten alle überprüfen, was uns medizinischer Fortschritt wert ist und ob das genug ist. Aber das will niemand, auch nicht die Industrie, die sonst immer klare Regeln fordert. Bloß keine britischen Verhältnisse.

Dann lieber verhandeln. Ist wohl doch ganz lukrativ. ◇