



BGE Pompe Kommentare Michel Romanens
 Vorversion – vertraulich zur Vernehmlassung und vertieften Analyse
 Draft 09.02.2011

Bundesgerichtstext 9C_334/2010	Kommentare Michel Romanens
<p>7.8 Im Lichte dieser Grundsätze müsste im zu beurteilenden Fall, selbst wenn ein hoher therapeutischer Nutzen erwiesen wäre, eine Leistungspflicht aus Wirtschaftlichkeitsgründen, d.h. mangels eines angemessenen Verhältnisses zwischen den Kosten - hier insgesamt rund Fr. 750'000.- bis Fr. 900'000.- (für die streitigen eineinhalb Jahre) - und dem Nutzen verneint werden.</p>	<p>Es stellt sich die Frage, ob eine Gesellschaft, die in der Lage wäre, den Betrag zu zahlen, aus Wirtschaftlichkeitsgründen eine nützliche Therapie verweigern darf. Zweitens stellt sich die Frage, ob die Grundversicherung die angemessene Zahlstelle für solch hohe Kosten ist.</p>
<p>Die Beurteilung des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin auch nicht mit dem Argument umgangen werden, dass es sich um eine Einzelfallbeurteilung in einem Orphan-Disease-Fall handle. Denn es gibt zahlreiche Personen, die zwar nicht an Morbus Pompe, aber an anderen Krankheiten leiden, welche vergleichbare Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge haben (z.B. chronisch-obstruktive Lungenerkrankung [COPD]).</p>	<p>Das bedeutet, dass alle teuren orphan diseases nicht mehr bezahlt werden.</p>
<p>Statistisch sind beispielsweise 2,8 % der schweizerischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in ihrem Gehvermögen auf weniger als 200 m beschränkt (Stand 2007; Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2010, S. 323), was rund 180'000 Personen entspricht, die mit einer ähnlich eingeschränkten Lebensqualität wie die Beschwerdegegnerin leben müssen.</p>	<p>Das ist zu überprüfen.</p>

<p>Mit einem Aufwand von rund Fr. 500'000.- pro Jahr liesse sich möglicherweise bei den meisten dieser Menschen die Lebensqualität in vergleichbarem Ausmass wie bei der Beschwerdegegnerin verbessern, sei dies z.B. durch operative Massnahmen, die bisher aus Kostengründen nicht durchgeführt werden, durch gegenüber der bisherigen Rechtsprechung grosszügigere Gewährung von Pflegeleistungen oder schliesslich dadurch, dass - analog zum off-label-use von Medikamenten - auch Mittel und Gegenstände abgegeben werden, die nicht in der grundsätzlich abschliessenden Mittel- und Gegenständeliste aufgeführt sind, aber doch die Lebensqualität signifikant erhöhen würden.</p>	<p>Diese Kosten sind spekulativ. Die Kassen werden für die nächtliche CPAP Beatmung bei Personen mit schwerer symptomatischer pulmonal-arterieller Hypertonie inkl. Abklärung und Anpassung des Gerätes mit rund 3'000 Franken pro Jahr belastet. Sind Medikamente notwendig, z.B. Bosentan, betragen die Kosten in 2 Monaten 4414 Franken (für die höhere Dosierung) und somit rund 26'484 Franken. Auch unter Berücksichtigung weiterer Behandlungskosten wird die Grenze von 100'000 wohl kaum je erreicht werden. Wird die freie Gehstrecke durch Herzprobleme auf < 200 m eingeschränkt, liegt eine schwere Herzkrankheit vor. Hier empfiehlt sich, falls indiziert, eine Herzoperation oder eine Herztransplantation mit zwar hohen instantanen Kosten aber anschliessender weitgehender Heilung. Ist dies nicht möglich, handelt es sich um Patienten mit medikamentös zu behandelnder Herzschwäche. Gemäss Konstantin Beck sind die Capitationszuschläge für Medikamentenkosten bei chronischen Krankheiten jeweils tiefer als 1'000 Franken pro Monat, von 500'000 kann auch hier bei weitem nie gesprochen werden. Die Fallkosten pro Jahr werden vom Institut für Präventivmedizin der Uni Zürich (2001) wie folgt angegeben: Kolon-Ca CHF 52'000 (=Spitzenreiter), Brustkrebs CHF 28'490, Depression CHF 1'983.</p>
<p>Würde bei der Beschwerdegegnerin ein solcher Aufwand betrieben, wäre im Lichte der Rechtsgleichheit kein Grund ersichtlich, allen anderen Patienten in vergleichbarer Lage einen gleichen Aufwand zu verweigern.</p>	<p>Hier wird insinuiert, dass alle Personen mit Gehvermögen < 200 m 500'000 Behandlungskosten benötigen. Dies ist nicht nachvollziehbar und entspricht nicht der Realität.</p>
<p>Dadurch entstünden jährliche Kosten von rund 90 Mrd. Franken. Das ist rund das 1,6-Fache der gesamten Kosten des Gesundheitswesens (Stand 2007: rund 55,2 Mrd. Franken; Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2010, S. 340) oder etwas mehr als 17 % des gesamten Bruttoinlandprodukts der Schweiz (Stand 2007: rund 521 Mrd. Franken; Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2010, S. 124).</p>	<p>Dies ist eine theoretische Rechnerei, welche völlig unreal ist. Tatsache ist, dass rund 60 Mia Franken für das Gesundheitswesen aufgewendet werden, wovon 15 Mia out-of-the-pocket Zahlungen sind. In den 45 Mia Franken enthalten ist die Behandlung aller chronischen Krankheiten in der Schweiz. Der Zuschlag von weiteren 45 Mia Franken, würde man nur die Personen mit Gehstrecke < 200 m korrekt behandeln, ist reine Phantasie.</p>

<p>Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist offensichtlich nicht in der Lage, für die Linderung eines einzigen Beschwerdebilde seinen derartigen Aufwand zu bezahlen. Ist der Aufwand nicht verallgemeinerungsfähig, so kann er aus Gründen der Rechtsgleichheit auch im Einzelfall nicht erbracht werden.</p>	<p>Dieser Schluss ist nicht zulässig. Er wird hergeleitet aus der Prämisse, dass das Gesundheitswesen nicht noch viel mehr kostet als bisher, weil bereits überall massiv versteckt rationiert wird – diese Behauptung ist ungeheuerlich und muss dann schon besser substantiiert werden – und dass die Kosten für die Behandlung chronischer Behinderungen von jährlich CHF 500'000 die Regel wären, was ebenfalls nicht der Realität entspricht.</p>
	<p>Fazit</p>
	<p>Das Bundesgericht ist aufgrund eigener, jedoch völlig falscher statistischer Betrachtungen zu den notwendigen Behandlungskosten offensichtlich in Panik geraten. Die für den Entscheid verwendeten Grundlagen sind nicht nachvollziehbar, die Logik in der Herleitung der Schlussfolgerungen ist wissenschaftlich nicht haltbar. Die Konsequenzen des Entscheides, falls die Versicherer nicht selber vernünftig bleiben, sind klar: die medizinisch notwendige Versorgung einiger weniger aber sehr teurer Krankheiten wird abrupt unterbunden. Dass die Behandlungen deshalb unterblieben, ist ethisch nicht vertretbar. Können gewisse Krankenkassen solche Patienten nicht bezahlen, sollen sie eine Rückversicherung bilden, die das übernimmt. Der auch hier ersichtliche Abbau der Leistungen aus der Grundversicherung ist gesundheitspolitisch unmöglich. Es kann nicht Sache des Bundesgerichts sein, in diesen heiklen Fragen den Lead zu übernehmen. Gerade die unprofessionellen Rechnereien des Bundesgerichts belegen dies in aller Deutlichkeit. Der Entscheid muss rückgängig gemacht werden. Das Bundesgericht geht letztlich in der Konsequenz davon aus, dass, würde man alle Krankheiten korrekt behandeln, allein schon mit der Behandlung der Personen, welche <200 frei gehen können, 45 Mia Franken versteckt rationiert werden. Wären die BundesrichterInnen Studenten der Gesundheitsökonomie, würde man Ihnen diese Arbeit um die Ohren schlagen.</p>

