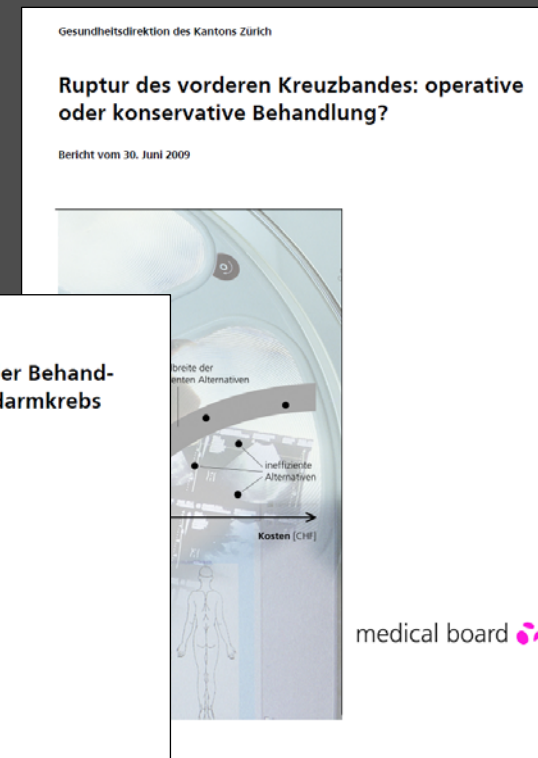
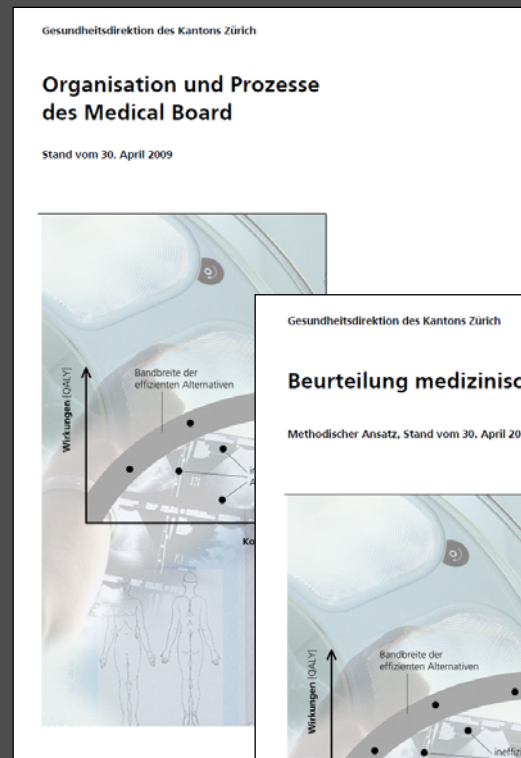


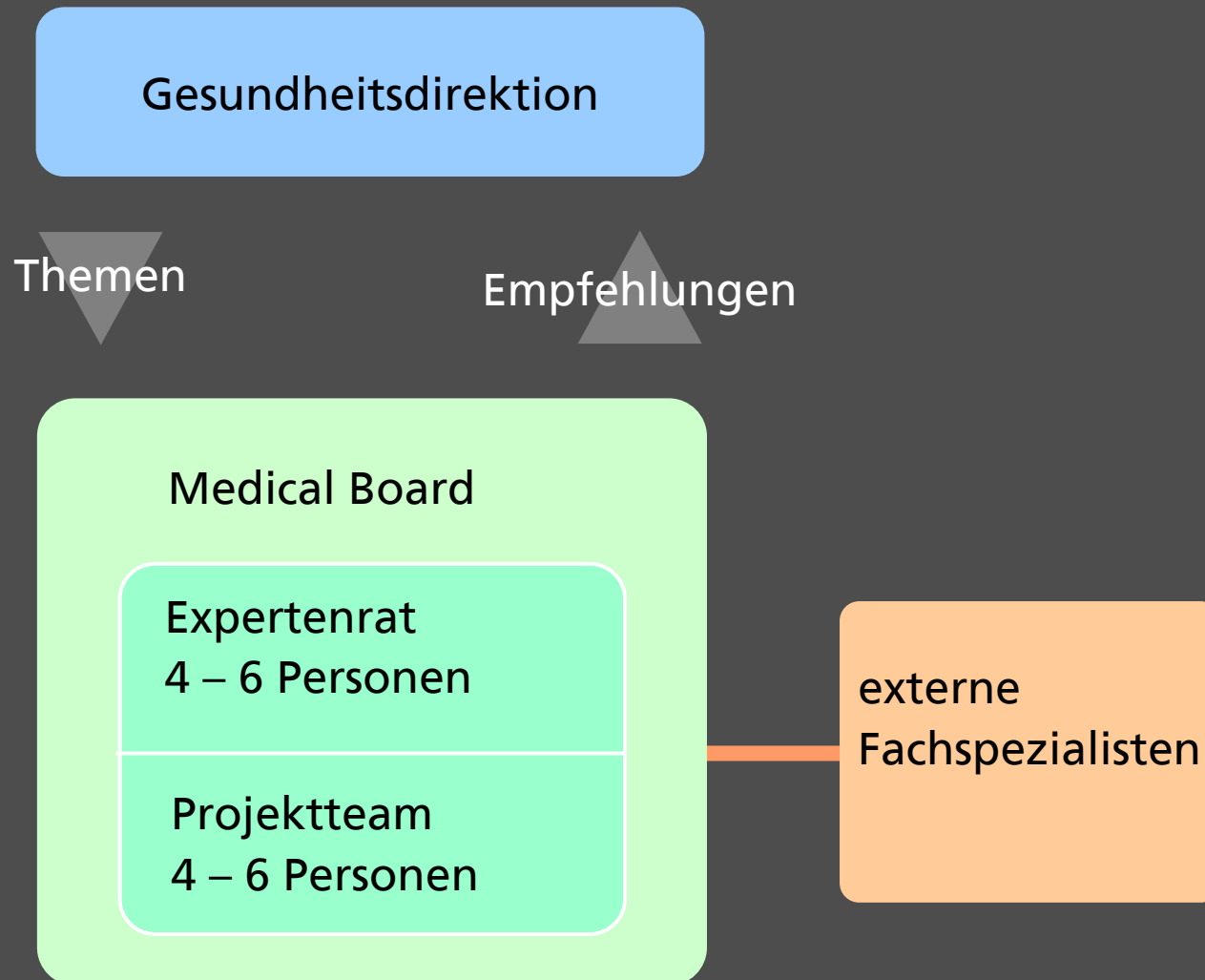
Medical Board: Übersicht über das Pilotprojekt

Medienkonferenz vom 21. August 2009

Ergebnisse Pilotprojekt



Projektorganisation



Mitglieder Expertenrat und Projektteam

■ Expertenrat

Frau Nikola Biller-Andorno, Universität Zürich (Ethik)

Herr Peter Meier-Abt, Universität Basel (Medizin)

Herr Johannes Rüegg-Stürm, Universität St. Gallen (Ökonomie)

Frau Brigitte Tag, Universität Zürich (Recht)

■ Projektteam

Ernst Basler + Partner AG:

Herr Hans Bohnenblust, Herr Patrik Hitz, Frau Danielle Stettbacher

Institut Dialog Ethik:

Frau Ruth Baumann-Hölzle, Herr Max Baumann, Herr Andreas Gerber

■ Vertreterin der Gesundheitsdirektion (als Beobachterin)

Frau Susanna Marti

Methodischer Ansatz

Medizin

Ökonomie

Ethik

Recht

faktisch
deskriptiv

normativ
wertend

Problemformulierung

Daten und Fakten sammeln

Ermitteln der medizinischen Wirkungen

Ermitteln der Kosten

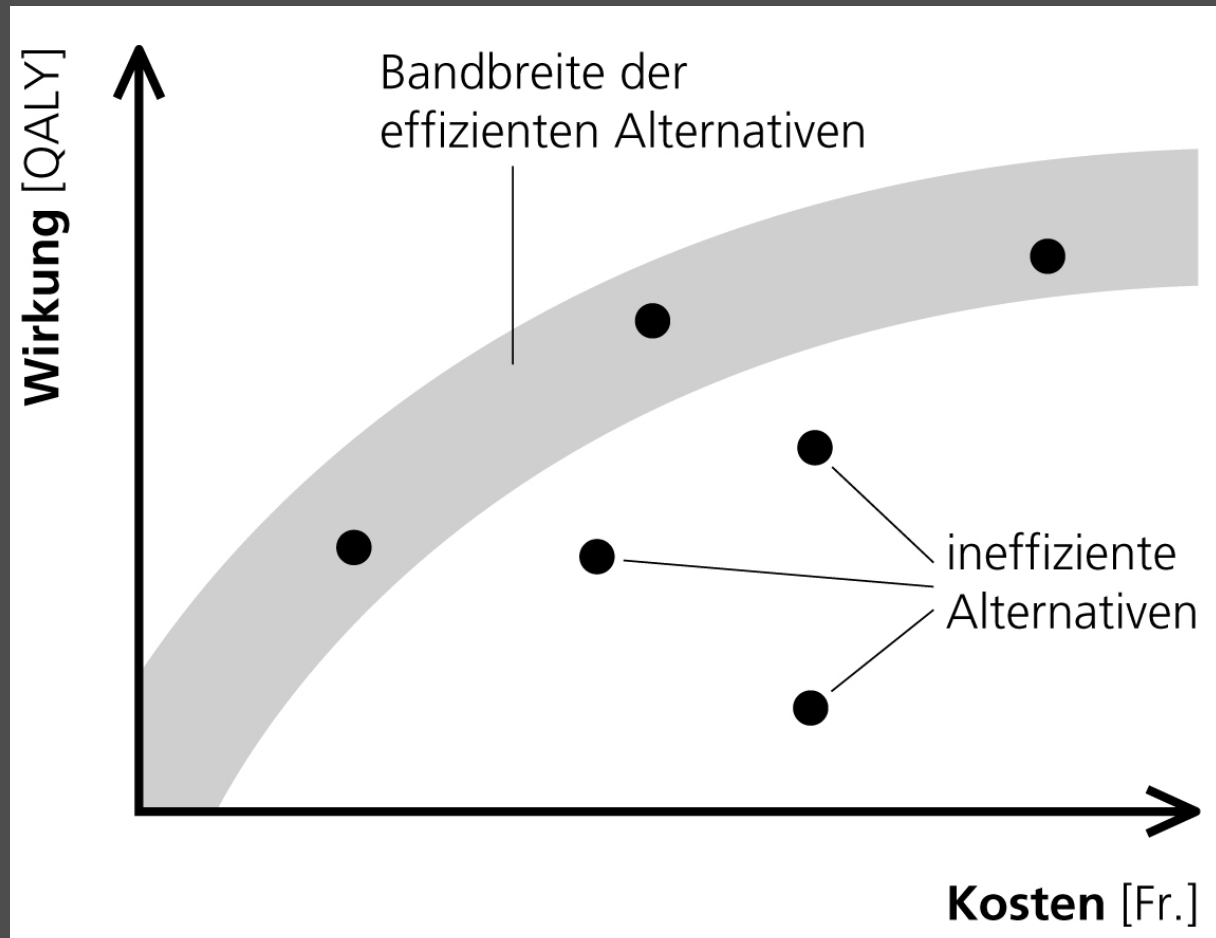
Gegenüberstellung von Kosten und
Wirkungen

Abwägung ethischer Aspekte

Abwägung rechtlicher Aspekte

Gesamtwürdigung und Empfehlungen

Kosten-Wirksamkeits-Diagramm



(QALY: Quality Adjusted Life Years)

Fragestellungen Pilotphase

Ziel: Testen des methodischen Ansatzes und Erproben der Organisation und der Prozesse des Medical Board

Pragmatische Auswahl für die Pilotphase:

- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis umstritten?
- Leistung durch die Grundversicherung abgedeckt?
- Thema für die Akutspitäler von Bedeutung?
- Fragestellung im Rahmen der Pilotphase bearbeitbar?
- Unterschiedliche Bereiche der Medizin betroffen?

➤ **Erste Fragestellung:**

„Einsatz von Bevacizumab bei der Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs“

➤ **Zweite Fragestellung:**

„Ruptur vorderes Kreuzband: konservative oder operative Behandlung“

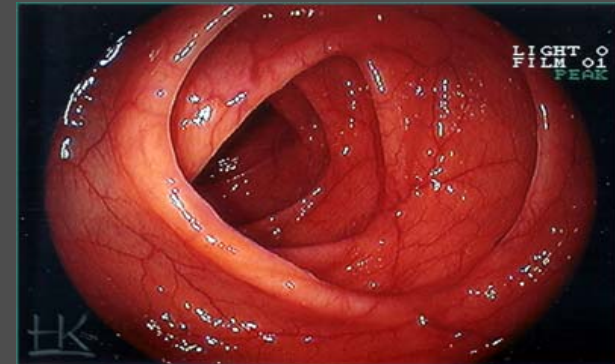
Erste Fragestellung: Einsatz von Bevacizumab bei der Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs

Inzidenz: rund 4'000 Neuerkrankungen an Darmkrebs pro Jahr, 11 % aller Krebserkrankungen in der Schweiz (dritthäufigste Krebsart)

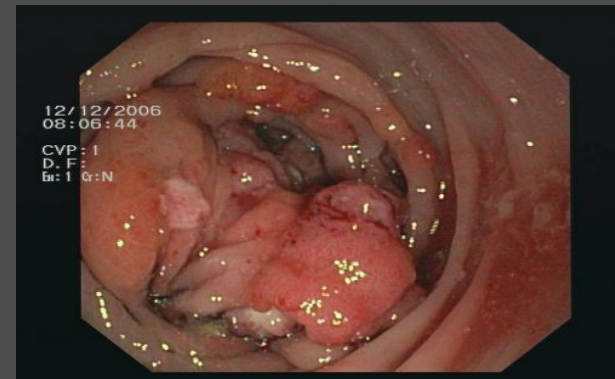
Mortalität: rund 1'600 Todesfälle pro Jahr, resp. 10 % aller Krebstodesfälle in der Schweiz (zweithäufigste Ursache infolge Krebs)

Behandlung: Erstlinientherapie bei PatientInnen mit metastasiertem Karzinom des Kolon und Rektums

- mit „klassischem“ Zytostatikum
- mit Kombinationstherapie Zytostatikum + Bevacizumab (Handelsname Avastin®)



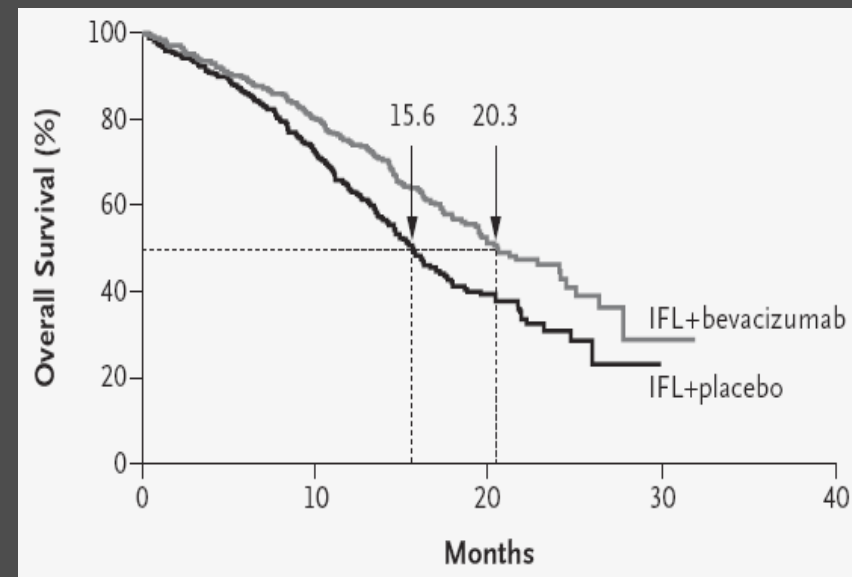
Normaler Dickdarm



Dickdarmkrebs

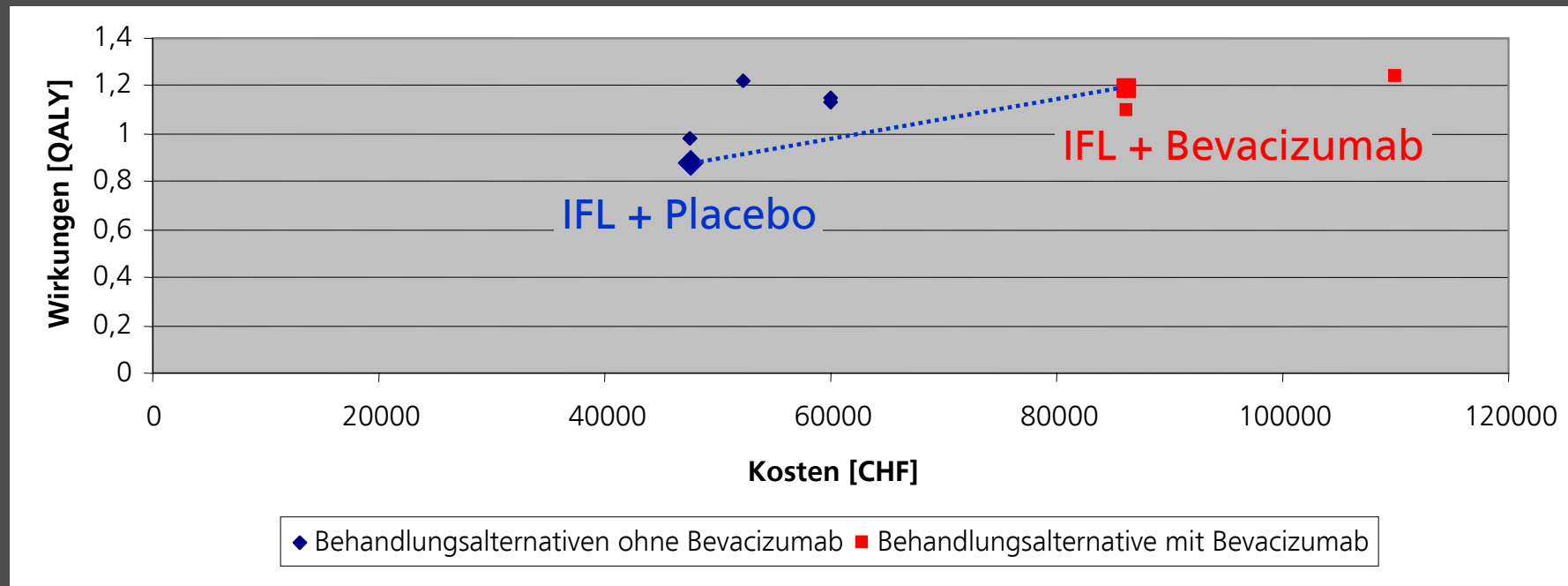
Zulassung und Wirkung von Bevacizumab für die Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs

- Erst-Zulassung im 2004 auf der Basis einer Hauptstudie: Hurwitz et. al., 2004
- Spätere Studien zeigen geringere positive Wirkung
- Studien lassen Zunahme der unerwünschten Wirkung vermuten
- Andere Behandlungsregimes zeigen vergleichbare positive Wirkung
- Zusatzkosten durch Bevacizumab im Bereich von einigen 10'000 CHF
- Abwägen der (geringen) positiven Wirkungen, der (z.T. unklaren) unerwünschten Wirkungen und der (hohen) Zusatzkosten



Hurwitz et. al., 2004

Kosten-Wirksamkeits-Diagramm für verschiedene Behandlungsalternativen ohne/mit Bevacizumab



- Problematik: Behandlung mit Bevacizumab ist sehr teuer bei geringer oder sogar umstrittener Wirkung.
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis von 125'000 bis 450'000 CHF, die für ein zusätzliches Lebensjahr bei optimaler Lebensqualität aufzuwenden sind.

Empfehlungen

Kompetenzbereich des Kanton Zürich:

- **Bevacizumab ist für die Behandlung von PatientInnen mit metastasiertem Dickdarmkrebs nur mit grosser Zurückhaltung einzusetzen.**
 - Verschärfung der Verschreibungspflicht mittels „hierarchischer“ Stufung
 - Vereinheitlichung der Behandlung im Kanton Zürich mittels Handlungsanleitung
 - Information der Spitaldirektoren der Akutspitäler
 - Auswerten und Nutzen des (verteilten) Wissens mittels eines (befristeten) Registers

Anregungen an Bund:

- Überprüfung von Bevacizumab bezüglich Vergütung durch die OKP (Spezialitätenliste) für die Indikation metastasiertem Dickdarmkrebs.
- Zurückhaltung mit der Indikationsausweitung bei der Anwendung von Bevacizumab (Zulassung und Aufnahme auf die Spezialitätenliste), bis verlässlichere Daten vorliegen und der Medikamentenpreis reduziert wird.

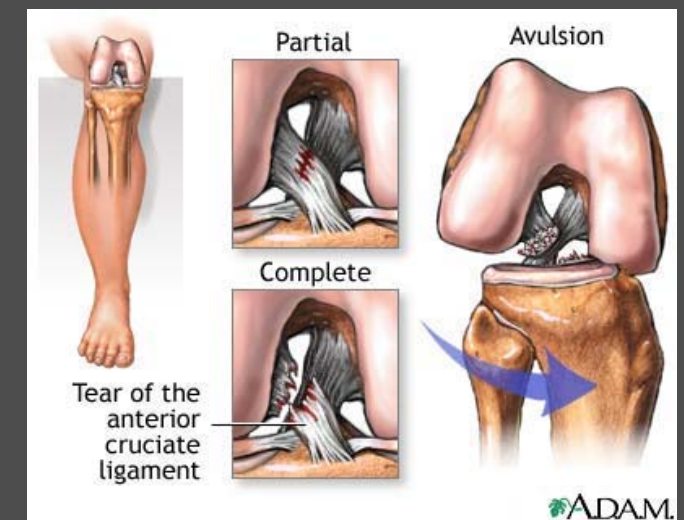
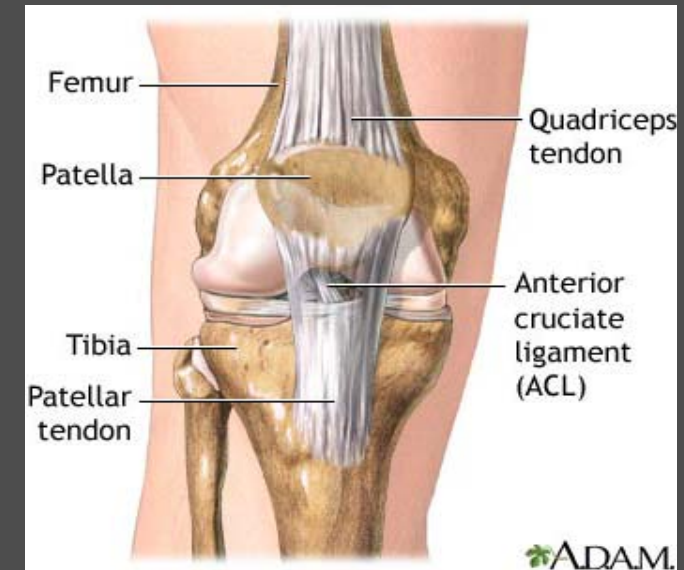
Zweite Fragestellung: Ruptur des vorderen Kreuzbandes

Inzidenz: rund 70'000 Knieverletzungen pro Jahr, bei rund 16 % oder rund 11'000 Fällen ist das vordere Kreuzband betroffen

Begleitverletzungen sind häufig (Meniskusläsion, zusätzlicher Knorpelschaden, subchondrale Knochenläsion, zusätzliche Seitenbandläsion)

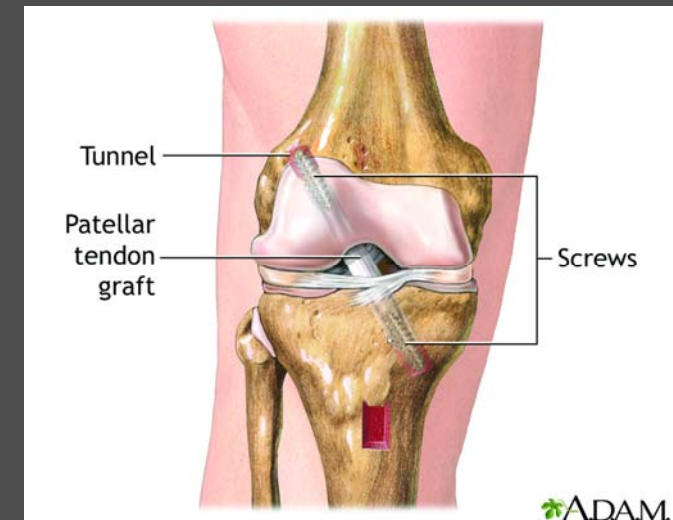
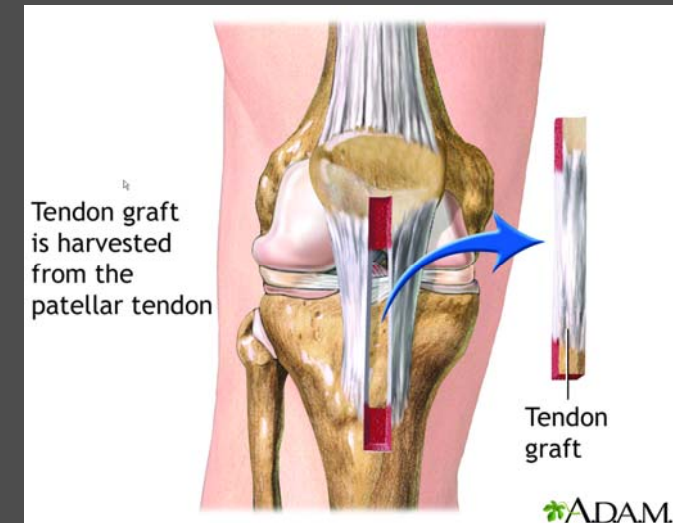
Behandlung: Ziel ist die Restabilisierung des Kniegelenks. Es gibt aber keine verbindlichen Behandlungsrichtlinien. In Fachkreisen besteht Unsicherheit und Uneinigkeit wie die Behandlung erfolgen soll.

- „rekonstruktive Operation“ und Physiotherapie
- „Muskelaufbau“ mit Physiotherapie allein

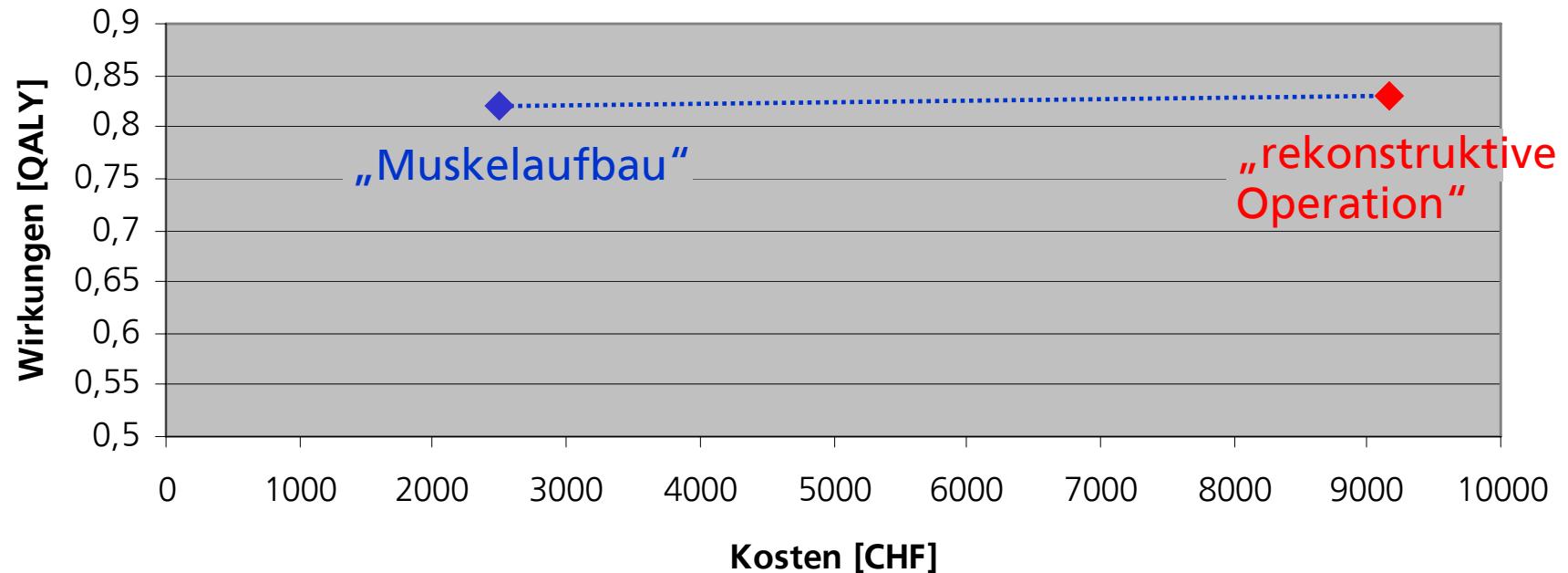


Wirkung der beiden Behandlungsarten

- Operative und konservative Behandlung führen in vielen Fällen zu vergleichbaren Ergebnissen bezüglich Funktionalität
- Operationsrate bei konservativ Erstbehandelten ist rund 3 Mal höher als Reoperationsrate bei operativ Erstbehandelten
- Langfristig Kniearthrose bei rund 50% der PatientInnen: keine Korrelation mit Art der Behandlung
- Kostendifferenz zwischen operativer und konservativer Behandlung bei rund 6'500 CHF pro Fall
- Abwägen der (sehr geringen) positiven Wirkungen und der (geringen) Zusatzkosten



Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis



- Problematik: Operative Behandlung ist teuer bei sehr geringer Wirkung.
- Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis von rund 650'000 CHF, die für ein zusätzliches Lebensjahr bei optimaler Lebensqualität aufzuwenden sind.

Empfehlungen

Kompetenzbereich des Kanton Zürich:

- **Konservative Behandlung bei Ruptur des vorderen Kreuzbandes als Standardtherapie mit möglichst frühem Beginn einer Physiotherapie**
 - Rekonstruktion nur:
 - wenn gewünschte Rückkehr auf das angestrebte Aktivitätsniveau nach konservativer Behandlung nicht mehr möglich bzw. mit Beschwerden verbunden ist.
 - gravierende Begleitverletzungen vorliegen, die eine aufwendige Operation notwendig machen.
- Information der Spitaldirektoren der Akutspitäler
- Erarbeitung einer „Leitlinie“ anstossen

Anregungen an Bund:

- Einleitung eines Umstrittenheitsverfahrens für die operative Behandlung der Ruptur des vorderen Kreuzbandes

Fazit

- Medical Board als unabhängiges Gremium ist etabliert
 - Gutes Zusammenspiel Expertenrat und Projektteam
 - Konstruktive Workshops dank hohem Engagement und Unabhängigkeit
- Schlüssiger Methodischer Ansatz liegt vor
 - Interdisziplinäre Anwendung wichtige und anspruchsvolle Voraussetzung
 - Grundzüge in Übereinstimmung mit IQWiG und NICE
- Erfahrungen bei zwei konkreten Fragestellungen gewonnen
 - Methodischer Ansatz hat sich bewährt
 - Basis für Hinterfragen und Einbezug neuer Erkenntnisse
- Mit der Bearbeitung jeder weiteren Fragestellung wird
 - Erfahrung bei der Beurteilung konkreter Fragestellungen zunehmen
 - Basis für Quervergleiche grösser werden
- Erkenntnisse erlauben sachliche Diskussion über umstrittene Themen