

«Ich bin die Stimme des Patienten»

Interview mit Dr. Michael Rosenblatt, Chief Medical Officer, MSD

Auch für jemanden, der lange Jahre erfolgreich in Forschung und Lehre tätig war, kann ein Wechsel in die Industrie reizvoll sein. Was Dr. med. Michael Rosenblatt dazu bewogen hat, als Executive Vice President und Chief Medical Officer zu MSD zu kommen, und was man sich unter dieser eigens für ihn geschaffenen Position vorstellen muss, schildert er im Interview.

ARS MEDICI: Herr Dr. Rosenblatt, was hat Sie an einer Aufgabe in der pharmazeutischen Industrie besonders gereizt?

Michael Rosenblatt: Das Besondere an einer Aufgabe in der pharmazeutischen Industrie sehe ich in der Möglichkeit, durch Innovation oder neue Entdeckungen eine Aufgabe oder vielmehr eine Mission zu erfüllen. Innovative Prozeduren oder Geräte sind im gesamten Gesundheitsbereich zu finden, neue Medikamente hingegen sind einzigartig. Manche dieser Neuentdeckungen können eine Krankheit für Patienten und ihre Familien gänzlich verändern. Das ist für mich sehr verlockend: eine einzigartige Mission, mit der man quasi der ganzen Welt dienen kann, nicht nur einer Bevölkerungsgruppe oder einem Land.

Ausserdem liebe ich die Vorstellung, die Wissenschaft quasi für die Medizin einzuspannen, sie für sie nutzbar zu machen; und last, but not least ist mir meine Arbeit im Team sehr wichtig, denn keiner schafft es allein – seien wir ehrlich, auch die Pharmaindustrie nicht, denn auch sie ist auf wissenschaftliche Entdeckungen angewiesen. Wir sammeln all diese Erkenntnisse, unsere eigenen, manche von aussen, und dann setzen wir quasi alles zusammen, bis wir ein Produkt haben, das Menschen hilft. So kann man in dieser Industrie sehr vielen Menschen Nutzen bringen.

Sie haben auch lange in der akademischen Forschung gearbeitet. Wo sehen Sie die wichtigsten Unterschiede zur Pharmaindustrie?

Ich würde sagen, die Pharmaindustrie arbeitet im Allgemeinen mehr angewandt, wenn man das überhaupt so unterscheiden kann. Beispielsweise gibt es keine Universität, die ausschliesslich Grundlagenforschung durchführt, ohne Anwendungen dafür im Auge zu haben. Und zum andern beschäftigt sich die Industrie ebenfalls mit der Grundlagenforschung, zumindest ein wenig, der Fokus liegt dort aber klar auf der anwendungsorientierten Forschung. Man braucht das gesamte Kontinuum: Die Studien beginnen im Labor, dann folgen Studien im Tiermodell, dann Sicherheitsstudien sowie klinische Studien mit Patienten. Und schliesslich muss man noch herausfinden, wie man das Ergebnis in die Welt hinaus trägt.

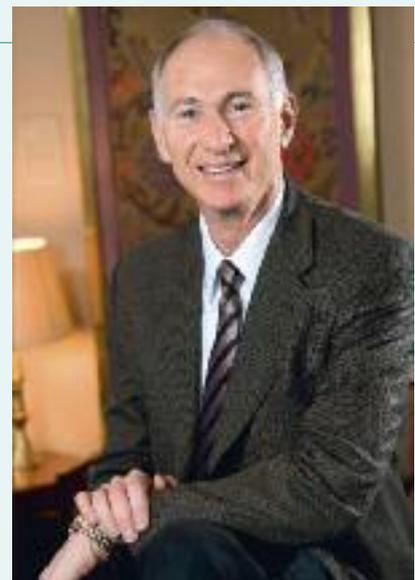
Wie würden Sie Ihre Rolle bei MSD beschreiben?

Meine Rolle als Chief Medical Officer bei Merck Sharp & Dohme (MSD) ist recht ungewöhnlich. Ich gehöre weder der Forschungs- noch der Marketingabteilung an, sondern arbeite in meiner eigenen kleinen Abteilung. Das bedeutet eine gewisse Unabhängigkeit, denn weder die Forschungs- noch die Marketingkollegen «ziehen» an mir. Für mich wäre es sonst ungleich schwieriger, beispielsweise die Entwicklung eines Arzneimittels voranzutreiben und gleichzeitig etwa zu einer Sicherheits- oder einer Benefit-Nutzen-Frage eine unabhängige Meinung abzugeben.

Zur Person

Dr. med. Michael Rosenblatt ist Executive Vice President und Chief Medical Officer (CMO) bei Merck & Co., Inc., Kenilworth, New Jersey, USA – ausserhalb der USA und Kanada heisst das Unternehmen Merck Sharp & Dohme (MSD). Dr. Rosenblatt ist die erste Person, die diese Stelle innehat. Davor war er als Dekan der Tufts University School of Medicine tätig, arbeitete als Professor für Innere Medizin an der Harvard Medical School und war Leiter der Abteilung für Knochen- und Mineralstoffwechsel am Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC). Er war Gründungsmitglied des Carl-J.-Shapiro-Instituts für Bildung und Forschung, ein Joint Venture der Harvard Medical School und des BIDMC mit dem Ziel der Förderung von akademischer Innovation und Forschung.

Dr. Rosenblatt war zudem Direktor an der Harvard-MIT (Massachusetts Institute of Technology) Division for Health Sciences and Technology und zuvor Senior Vice President for Research bei Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, wo er als Co-Leiter des weltweiten Entwicklungsteams für Alendronat (Fosamax®) tätig war. Zusätzlich war er verantwortlich für die Wirkstoffentdeckung in den Bereichen Molekularbiologie, Knochenbiologie, Virologie, Onkologie, Lipidstoffwechsel und kardiovaskuläre Forschung in den Vereinigten Staaten, Japan und Italien und leitete das weltweite University and Industry Relations Department von Merck Research. 2011 war Dr. Rosenblatt Berater für den Sachverständigenrat Wissenschaft und Technologie des Präsidenten der Vereinigten Staaten.



Als CMO nimmt Dr. Rosenblatt mit seinem Team eine Schlüsselrolle bei MSD ein, die dabei hilft, den Patienten im Mittelpunkt zu sehen.



Partner Industrie

Wir sind ihre Kunden, sind täglich auf ihre Produkte angewiesen. Angewiesen darauf, dass sie uns und unseren Patienten qualitativ gute Produkte zu fairen Konditionen liefern. Insofern sind sie eher unsere Partner: die vielen grossen und kleinen Firmen, mit denen wir geschäftlich verbunden sind – vom Datenlieferanten bis zur Pharmafirma. Nur, eigentlich wissen wir sehr wenig über sie. Dabei kann es sicher nicht schaden, seine Partner besser kennenzulernen. In unserer neuen, in unregelmässigen Abständen erscheinenden Serie «Partner Industrie» stellen wir – in der Regel in Form eines Interviews – grössere und kleinere Betriebe vor.

Was sind Ihre Hauptaufgaben?

Zum Ersten bin ich die Stimme des Patienten in der Medizin, wobei es hier vor allem um die Sicherheit und das Nutzen-Risiko-

«Wenn man wissen will, was die Patienten denken, muss man mit ihnen sprechen.»

Verhältnis von Arzneimitteln geht. Ich schaue mir die entsprechenden Unterlagen an, berichte dem CEO und informiere den Vorstand. Ausserdem sitze ich im Exekutivkomitee, diene also dem gesamten Unternehmen. Sie müssen bedenken, jede Gruppe hat ihre eigenen Interessen und ihre eigene Sicht der Dinge: der Aufsichtsrat, die klinische Forschungsgruppe, die Entwicklungsabteilung und so weiter. Ich bringe die Perspektive des Patienten ins Innere des Unternehmens.

Die zweite Aufgabe ist die eines «internen Beraters», ich biete unabhängige Beratung zu medizinischen Angelegenheiten, die häufig recht kompliziert und oft auch politischer Natur sein können.

Meine dritte Aufgabe ist es, das Unternehmen in medizinischen Belangen nach aussen zu vertreten. Vereinfacht ausgedrückt, versuche ich zu erklären, was wir eigentlich machen; ich treffe mich mit Gesundheitsbehörden, mit Gesundheitsministern, gelegentlich auch mit Krankenhausdirektoren, Vorständen medizinischer Fakultäten, Universitäten und Fachgesellschaften und mehr und ausserdem auch mit Patientengruppen – und zwar weltweit.

Sehen Sie die Treffen mit Patientengruppen als gute Gelegenheit, die Bedürfnisse der Patienten besser kennen zu lernen?

Ja, unbedingt. Ich bin jetzt sechs Jahre in dieser damals neu kreierten Position, und am Anfang habe ich mich wie ein Arzt verhalten: «Oh, ich weiss, was der Patient denkt und was der Patient will.» Aber wenn man tatsächlich wissen will, was die Patienten denken, dann muss man mit ihnen sprechen. Ich habe daher meine Gruppe umstrukturiert, und wir haben jetzt eine

«Die Stimme des Patienten wird immer wichtiger, nicht nur für Ärzte, sondern auch für Unternehmen.»

Gruppe von Spezialisten – spezialisierte Fachärzte – aus jedem der wichtigsten therapeutischen Bereiche von MSD. Diese Ärzte sind verantwortlich für die Kontaktaufnahme mit Patientengruppen, vor allem mit gut informierten Patienten, denn das ist unsere wertvollste Informationsquelle. Unser Ziel ist ein bidirektionaler Informationsaustausch: Die Patienten erhalten von uns Informationen über klinische Studien und über die Natur ihrer Erkrankung, und im Gegenzug dazu sagen sie uns, was sie brauchen, beispielsweise was bei der Therapie einer Krankheit akzeptabel ist und was nicht.

Inwieweit hat das Internet zu einem «Empowerment» der Patienten geführt?

Es ist keine Frage, dass Patienten viel besser informiert sind, in vielen Fällen auch mehr «empowered», wenn man dieses Wort gebrauchen möchte. Ich denke, die grundlegende Veränderung im Vergleich zu vor 20 oder 30 Jahren ist: Patienten erhielten früher so gut wie alle Informationen vom Arzt, er war die Informationsquelle, der einzige qualifizierte Vermittler. Und wir in der Pharmaindustrie haben daher im Verlauf von mehr als 100 Jahren sehr gut gelernt, wie man den Dialog mit Ärzten führt; wir haben diesen Vorgang immer mehr verfeinert und vielleicht sogar perfektioniert. Daher ist es ein bisschen ironisch, dass wir erst jetzt damit beginnen, auch zu lernen, wie man mit denjenigen Menschen kommuniziert, die unsere Produkte auch tatsächlich benutzen.

Der Patient hat heutzutage Zugang zu allen möglichen Informationen übers Internet, über Twitter und andere soziale Netzwerke. Das aktuelle Problem ist daher nicht, dem Patienten Informationen zukommen zu lassen, sondern ihm korrekte Information zu-

kommen zu lassen. Denn in manchen Fällen ist die Information, die Patienten von irgendwelchen Websites erhalten, natürlich völlig falsch, und das kann gefährlich werden. Wir müssen daher Wege finden, um mit Patienten zu interagieren, und ihnen helfen, ihre Krankheit zu verstehen. Dazu zählt beispielsweise auch die Aufklärung darüber, wie man Arzneimittel richtig einnimmt, denn wenn Patienten das nicht verstehen, erhalten sie nicht den vollen Nutzen ihrer Medikation.

Wie, glauben Sie, werden Ärzte darauf reagieren, dass sich die Beziehung zu ihren Patienten ändern wird?

Sie werden sich anpassen müssen, dieser Zug ist abgefahren. Meiner Meinung nach kann das für Ärzte eine echte Herausforderung darstellen: Sie müssen quasi besser zuhören, haben dafür aber immer weniger Zeit. Aber die Stimme des Patienten wird generell immer wichtiger, nicht nur für Ärzte, sondern auch für Unternehmen wie das unsere, auch für Aufsichtsbehörden – die Europäische Arzneimittelbehörde EMA hat bereits Onlineformulare eingerichtet, auf denen Patienten ihre Erfahrungen mit Arzneimitteln kommunizieren können.

«Das Problem ist nicht, dem Patienten Informationen zukommen zu lassen, sondern ihm korrekte Information zukommen zu lassen.»

Auch zahlende Organisationen wie Versicherungen werden lernen müssen, was Patienten wollen und brauchen; da gibt es nicht immer einen Konsens zwischen dem, was sie bieten, und dem, was Patienten wollen.

Wo sehen Sie derzeit die grössten Herausforderungen in der Medizin: in der Demografie, bei individuellen Erkrankungen wie Krebs und Alzheimer, bei den Kosten oder bei etwas gänzlich anderem?

Ich glaube, Sie haben sie gerade alle aufgelistet, die grössten Herausforderungen, da haben Sie mir jetzt meine Arbeit abgenommen (lacht). Ich würde sagen, die grossen Probleme stehen im Zusammenhang mit der alternden Bevölkerung und den Krankheiten, die damit einhergehen. In den

Industrienationen steht ganz klar der Morbus Alzheimer an erster Stelle. In der Schweiz wird laut Vorhersagen etwa 1 von 8 Personen über 65 Jahre daran erkranken. Und die Kosten für die Betreuung – nicht zu vergessen dabei auch die Männer und Frauen, die ihren Beruf aufgeben werden müssen, um sich um ihre Eltern zu kümmern – werden, wenn sich hier nichts ändert, alles auffressen, auch das Geld für Schulen oder Strassen ...

Wie kann man sich diesen Herausforderungen stellen?

Ein Vergleich: Vor 50 Jahren war Polio ein echtes Problem, und wir hätten damals entweder weiter versuchen können, noch mehr eiserne Lungen zu bauen. Wir haben aber versucht, Einfluss auf die Krankheit zu nehmen. Ich sehe auch heute die Herausforderung darin, durch Innovationen und Entdeckungen den Verlauf dieser Krankheiten zu verändern. Die nächste Frage ist dann: Wie honoriert das die Gesellschaft? Betrachten wir die Kosten nur für den ersten Tag oder

«Wir nennen uns ein globales Pharmaunternehmen, obwohl wir lediglich 20 Prozent der Weltbevölkerung erreichen.»

im Verlauf der Zeit? Auch der Zugang zu Medikamenten wird eine sehr grosse Herausforderung sein.

Eine echte moralische und ethische Herausforderung ist es, die besten Medikamente allen Menschen zugänglich zu machen. Wir nennen uns gern ein globales Pharmaunternehmen, obwohl wir in der Realität lediglich 20 Prozent der Weltbevölkerung erreichen. Es gibt sehr viele Menschen, die von unseren Medikamenten oder den Impfstoffen nicht profitieren, das wird häufig vergessen.

Ich habe gehört, MSD unterstützt verschiedene Projekte, unter anderem in Afrika?

Ja, wir sind dort schon sehr lange aktiv. Viele Menschen wissen nicht, dass die pharmazeutische Industrie die philanthropischste Industrie der Welt ist, im Vergleich zu anderen wie etwa der Computerindustrie. Als ich beispielsweise vor 25 Jahren das erste Mal für MSD gearbeitet habe, fiel die Entscheidung, Ivermectin (gegen die Flusskrankheit a. d. R.) zu verschenken, und diese Krankheit ist jetzt in bestimmten Gebieten der Erde ausgerottet. Wir sind auch

sehr aktiv im Kampf gegen Aids und arbeiten hier mit Regierungen und gemeinnützigen Organisationen in Afrika zusammen, um Wege zu finden, Medikamente zu den Menschen zu bringen, die sie brauchen. Manchmal verschenken wir die Arzneimittel, in manchen Fällen verkaufen wir Medikamente zum Selbstkostenpreis. In Indien beispielsweise laufen interessante Projekte, bei denen Medikamente zu einem sehr geringen Preis verkauft werden, und die Patienten zahlen wöchentlich einen kleinen Beitrag zurück. Es gibt hier verschiedene Ansätze.

«Meiner Meinung nach sollte die Diskussion über den <Preis> eigentlich eine über den <Wert> sein.»

Die Kosten können aber auch andernorts ein Problem sein. Beispielsweise sind innovative Medikamente wie Keytruda® sehr teuer, sogar reiche Länder wie die Schweiz oder Deutschland können sich das nicht immer leisten. Was kann die pharmazeutische Industrie zur Lösung des Problems beitragen?

Derzeit ächzt jedes Land der Welt unter den Kosten der Gesundheitsversorgung. Dazu gibt es einiges zu sagen: Erstens, die medikamentöse Behandlung macht etwa 10 Prozent dieser Kosten aus, und diese Zahl ist schon sehr lange sehr stabil. In den USA etwa machen die Arzneimittelkosten seit 40 Jahren 10 Prozent \pm 1 Prozent aus – wir sind also nicht die Kostentreiber. Zweitens, wenn wir über den Preis eines Medikaments sprechen, meinen viele Leute die Kosten am ersten Tag, aber im Verlauf der Zeit ändern sich diese Kosten: Der Wettbewerb kommt hinzu, 10 bis 15 Jahre später sind die Generika da. Ich nehme beispielsweise Medikamente ein, die vor 30 oder 40 Jahren für viel Geld entwickelt wurden und heute nur noch Rappen kosten. Das heisst, die Frage muss lauten: Was kostet das Medikament wirklich, im Durchschnitt, im Verlauf der Zeit?

«Manchmal verschenken wir die Arzneimittel, in manchen Fällen verkaufen wir sie zum Selbstkostenpreis.»

Meiner Meinung nach sollte die Diskussion über den «Preis» eigentlich eine über den «Wert» sein. Also, was ist der Wert des Arzneimittels im Verlauf der Zeit? Das ist eine

andere Sicht der Dinge, sie gilt aber für das gesamte Gesundheitssystem: Die Herzchirurgie bei sehr alten Patienten ist ebenfalls sehr teuer, was ist uns das Individuum «wert»? Hier muss die Gesellschaft entscheiden.

Diesen gemeinsamen Nenner als Gesellschaft zu finden, das ist sicher nicht einfach ...

Ja, da stimme ich Ihnen 100-prozentig zu. Und die Situation ändert sich ja so schnell: Es gibt Bereiche, in denen ein Medikament noch vor vier oder fünf Jahren als tadellos galt, aber mittlerweile ersetzt wurde durch

etwas, das noch viel besser wirkt. Und sowohl Ärzte als auch Patienten lehnen das ältere Arzneimittel nun rundweg ab.

Die abschliessende Frage: Wie stehen Sie zu Big Data?

Ich möchte mich hier vor allem zu den Apps äussern. Meiner Meinung nach haben diese Dinge eine gewisse positive Hebelwirkung, wenn es darum geht, das Thema Gesundheit an alle zu bringen. Sie sind sehr praktisch, wenn es etwa darum geht, zu überprüfen, was falsch läuft, etwa das Gewicht, und dann Empfehlungen zu einer Ernährungsumstellung zu geben. In diesen Bereichen sind wir ebenfalls mit unserer Abteilung Human Services and Solutions sehr aktiv.

Ich kann nicht voraussagen, auf welche Weise Daten genutzt werden, aber ich weiss, dass wir sehr früh die Qualitätsmesslatte für Daten hoch legen müssen. Denn wenn die Daten nicht qualitativ hochwertig sind, wenn sie ungenügend oder irreführend sind, dann erhalten wir falsche Antworten. Und wir brauchen standardisierte Methoden zur Datenabfrage, das könnte dauern. Insgesamt glaube ich: Wir sind noch nicht ganz bereit für Big Data, und auf Qualität und Standardisierungen müssen wir aufpassen.

Aber im Zentrum unserer Bemühungen steht immer noch: Wir möchten Dinge erfinden, die Krankheiten verändern. ❖

Das Gespräch führte Christine Mücke.