

Antwort:

Das kommt darauf an, was sich die Gesellschaft dafür leisten will!

Zitat einer Betroffenen:

„Als ich mich für die Behandlung entschieden hatte, dachte ich auch darüber nach, warum die Gemeinschaft mir einfach so half. Niemand fragte nach meiner politischen oder moralischen Gesinnung, meiner Leistungsfähigkeit, was ich im Falle meines Überlebens aus meinem Leben machen wollte.

Ich war krank, und ohne zu zögern und ohne jede Anforderung an mich war diese Gesellschaft bereit, mir zu helfen, bereit eine Million Mark für mein Überleben zu bezahlen (...).

Die wahre Größe und die eigentliche Bedeutung der Begriffe ‚soziale Gemeinschaft‘ oder ‚Sozialstaat‘ wurden mir erst in diesem Moment richtig klar.“ (Marion Knaths: „Vom Krebs gebissen“, Hoffmann und Campe)

Was leistet sich die Gesellschaft derzeit?

Gesamtausgaben im Gesundheitswesen zwischen 1992 und 2002

1992	163,2 Mrd. Euro
1993	169,1 Mrd. Euro
1994	180,2 Mrd. Euro
1995	194,0 Mrd. Euro
1996	203,0 Mrd. Euro
1997	203,9 Mrd. Euro
1998	208,4 Mrd. Euro
1999	214,3 Mrd. Euro
2000	218,8 Mrd. Euro
2001	227,1 Mrd. Euro
2002	234,2 Mrd. Euro

Entwicklung der Ausgaben bezogen auf das Bruttosozialprodukt (in Prozent)

1992	10,1 %
1993	10,2 %
1994	10,4 %
1995	10,8 %
1996	11,1 %
1997	10,9 %
1998	10,8 %
1999	10,8 %
2000	10,8 %
2001	11,0 %
2002	11,1 %

Fazit: Trotz absolut steigender Gesundheitsausgaben ist der Anteil am Bruttosozialprodukt relativ konstant geblieben.

Krankheitsarten und ihre Kosten

Kreislaufsystem	15,8 %
Verdauungssystem	13,9 %
Muskel-Skelett	11,3 %
Psychische Störungen	10,0 %
Neubildungen	6,6 %
Stoffwechsel/Hormonsystem	5,8 %
Atmungssystem	5,5 %
Verletzungen/Vergiftungen	4,7 %
Sonstige	26,4 %
SUMME	100,0 %

Fazit: Die Ausgaben für Krebserkrankungen („Neubildungen“) stehen keineswegs an erster, sondern vielmehr an fünfter Stelle!

Was sind innovative Therapieverfahren?

Medikamente mit neuartigem Wirkmechanismus, wie beispielsweise:

Avastin®	(Bevacizumab)
Herceptin®	(Trastuzumab)
Erbix®	(Cetuximab)
MabThera®	(Rituximab)
Revlimid®	(Lenalidomid)
Velcade®	(Bortezomib)
Glivec®	(Imatinib)

Die Liste ist keineswegs abschließend! Viele weitere Substanzen sind entweder bereits zugelassen oder in der klinischen Entwicklung.

Eine enorme Entwicklung seit den 80iger Jahren des letzten Jahrhunderts hat es auch im Bereich der Stammzelltransplantationen gegeben (vgl. Vortrag Dr. Jung).

Typisches Kennzeichen innovativer Medikamente und Therapieverfahren sind die damit verbundenen hohen Kosten.

Zum Vergleich:

20 Tabletten Acetylsalicylsäure („Aspirin“) kosten 3,38 € (Firma A.C.A. Müller/ADAG Pharma).

21 Tabletten Revlimid® kosten 7911,73 € (Firma Celgene)

Es handelt sich jeweils um den Apothekenverkaufspreis.

Beispiel „Avastin®“

Es handelt sich um einen monoklonalen „VEGF“-Antikörper, der die Blutgefäßneubildung (Angiogenese) blockiert.

1 Durchstechflasche Avastin® (Bevacizumab) á 400 mg kostet 1589,57 €

Anfang 2005 wurde Avastin zugelassen zur Erstlinientherapie des metastasierten Dick- und Mastdarmkrebses. Zulassungserweiterungen folgten für metastasierten Brustkrebs und metastasierten Lungenkrebs. Zurzeit läuft ein klinisches Entwicklungsprogramm, in dem die Therapie bei 15 (!) verschiedenen Tumoren geprüft wird. Oftmals zeigt sich darüber hinaus, dass das Einsatzgebiet bestimmter innovativer Krebsmedikamente über den Bereich der Krebserkrankungen hinausgeht (Beispiel: Avastin® bei einer bestimmten Augenerkrankung, der altersbedingten feuchten Makuladegeneration).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wer soll das alles bezahlen? Und wo liegt die absolute „Schmerzgrenze“ der sozialen Gemeinschaft? Bei 20% des Brutto-sozialprodukts? Oder vielleicht bereits bei 18%?

Beteuerungen in „politischen Sonntagsreden“, dass jedem Patienten alles medizinisch Notwendige und Sinnvolle zur Verfügung stehe, wird schon lange kein Glauben mehr geschenkt.

Werden Probleme auf der Makroebene (Gesellschaft) und der Mesoebene (Gesundheitswesen) nicht gelöst, führt dies zu Belastungen auf der Mikroebene (Patientenversorgung) und somit zu Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Wichtig ist, sich darüber im Klaren zu sein, dass im Sozialgesetzbuch nicht vorgesehen ist, dass alles übernommen wird, was „möglich“ und „sinnvoll“ ist. Entscheidend ist vielmehr, ob eine Leistung „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ ist. Die Leistungen dürfen das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten.

Lösungsansätze, die zurzeit praktiziert bzw. - teils heftig - diskutiert werden:

Personalisierte Therapie

- Anwendung der Therapie anhand von molekularbiologischen Biomarkern (Beispiel: Herceptin® bei Brustkrebs)
- Fortsetzung der Therapie nur nach Ansprechen (Beispiel: Velcade® beim Myelom)

Strukturänderungen

- Modelle zur integrierten Versorgung
- „Zweitarztmeinung“
- Beschränkung auf Zentren
- Sonstige Kooperationsmodelle

Kosten-Nutzen-Bewertung

- Orientierung an „QALY“ (qualitätsadjustierte Lebensjahre)
- Gesamtgesellschaftliche Perspektive (Therapiekosten versus Arbeitsfähigkeit)
- Kriterium: schwerwiegende Erkrankung (die Akzeptanz für höhere Ausgaben ist bei Vorliegen dieses Kriteriums eher gegeben)

Orientierung an der „Evidenz-basierten Medizin“

- Die Zulassungsindikationen für Arzneimittel werden immer enger gefasst.
- Es wurden Expertengruppen für den Off-Label-Use eingerichtet, die den Stand der Erkenntnisse definieren sollen für Anwendungsgebiete, für die (noch) keine Zulassung besteht.
- Die Behandlung in Klinischen Studien kann zum Erkenntnisgewinn beitragen.
- Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit Im Gesundheitswesen) führt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Bewertungen durch und orientiert sich dabei sehr stark an der Evidenzbasierten Medizin. Es hat sie förmlich zum „Dogma“ erhoben.
- Vorübergehend (z.B. nach Veröffentlichung aktueller Daten auf großen Krebskongressen) können Stellungnahmen von Fachgesellschaften von Nutzen sein.

Ein gewisses Konfliktpotential ist vorgezeichnet. Hier spielt die Selbsthilfe eine zunehmend wichtige Rolle!

„Die DLH stellt eine Brücke dar zwischen den Patienten und den Leistungserbringern sowie Kostenträgern im Gesundheitswesen. Im „Dschungel“ des Gesundheitswesens mit seinen vielfältigen Regularien und Zugangshürden fungiert die DLH als Lotse.“

Arzneimittel-Einzelfälle der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe [Verweigerung der Kostenübernahme für ein No- oder Off-Label-Medikament durch die Krankenkasse, off-label = nicht für das vorliegende Krankheitsbild zugelassen, no-label = gar nicht zugelassen]

- ca. 1 Fall alle zwei Wochen
- Hauptproblematik: Thalidomid beim Myelom/Plasmozytom
- Außerdem (u.a.): Revlimid®, VidazaTM, Dacogen®

No label-Fälle der DLH im Jahr 2006 (n = 28)

Wirkstoff	Handelsname	Erkrankung	Anzahl Fälle
5-Azacytidin	Vidaza™	Myelodysplastisches Syndrom	2
Gemtuzumab Ozogamicin	Mylotarg®	Akute Myeloische Leukämie	1
Lenalidomid	Revlimid®	Multiples Myelom	5
Thalidomid	Thalidomide®	Multiples Myelom/ Amyloidose Osteomyelofibrose Myelodysplastisches Syndrom	18 1 1

Die DLH hilft außerdem, indem sie anstrebt, Lösungen auf übergeordneter Ebene herbeizuführen, u.a. durch:

- Resolutionen
- Forderungskataloge
- Gespräche mit Politikern
- Stellungnahmen
(z.B. AVWG, IQWiG-Berichte)
- Appellschreiben
(z.B. PET, Bade-PUVA, Studien, OTC)
- politische Öffentlichkeitsarbeit
- Podiumsdiskussionen
- Petitionen

Gremienarbeit der DLH:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Expertengruppe Off-Label
Expertenkommission Off-/No-Label
Patientenbeirat der Deutschen Krebshilfe
BAG Krebs-Selbsthilfe

Tipps für das Einholen weitergehender Informationen:

Medizinrechtsberatungsnetz

Tel. 0800 – 073 24 83, www.medizinrechts-beratungsnetz.de

Betafon – Telefonischer Expertenrat für Sozialfragen im Gesundheitswesen
Tel. 01805 – 238 23 66 (14 cent/Min.), Mo. – Do. 16 – 18 Uhr, www.betanet.de

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V.

- seit 1995: Hilfe, Information, Interessenvertretung -
Telefon: 0228 – 33 88 9 200
www.leukaemie-hilfe.de