

PRESSEMITTEILUNG

DGHO-Frühjahrstagung, Berlin, 18. bis 19. März 2010

Rationierung darf nicht in den Köpfen der Ärzte anfangen

Berlin, 22. März 2010 – Die Kosten für neue Arzneimittel in der Onkologie steigen rascher als die wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit. Rationierung, Rationalisierung und Priorisierung sind bereits im ärztlichen Alltag angekommen. Im Mittelpunkt der diesjährigen Frühjahrstagung der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. in Berlin stand deshalb die Frage nach Ethik und Ökonomie in der Onkologie.

Angesichts der Kostenspirale bei innovativen Krebsmedikamenten fordert der Vorsitzende der DGHO, Prof. Gerhard Ehninger, dass sich gerade die Onkologen aktiv an der Diskussion um Rationierung und Priorisierung beteiligen sollten. Dabei spricht er sich nochmals gegen den Vorschlag von Bundesärztekammerpräsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe aus, Leistungen im Gesundheitswesen zu priorisieren. Ehningers Vorschlag: Da nicht für jede Innovation zum Zeitpunkt der Zulassung ein tatsächlicher Zusatznutzen nachgewiesen sei, sollten Ärzte die Einführung neuer Präparate kritisch begleiten. Anschließend müssten die Medikamente mithilfe weiterführender klinischer Studien im Versorgungsalltag kontrolliert und nach drei Jahren neu bewertet werden. „Wir müssen den Mut haben, im Expertenkonsens Therapieempfehlungen zu neuen Substanzen zu formulieren und auch Scheininnovationen als solche zu enttarnen“, so Ehninger. Er verweist dabei auf das Internetportal Onkopedia der DGHO, welches aktuelle Leitlinien für die Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen zur Verfügung stellt.

Verbesserung der Evidenz neuer Wirkstoffe

„Bislang gibt es zum Zeitpunkt der Zulassung neuer Krebsmedikamente noch erhebliche Evidenzlücken“, kritisiert Prof. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dabei sei häufig nicht klar, ob sich der neue Wirkstoff durch eine bessere Wirksamkeit, verminderte Toxizität oder vereinfachte Verabreichung auszeichnet. Als problematisch erweisen sich laut Ludwig auch die für Zulassungsstudien ausgewählten Endpunkte. Nur selten basiere die Zulassung auf dem primären Endpunkt Gesamtüberleben, und eine sichere Aussage zur Verbesserung der Prognose oder Lebensqualität sei meistens nicht möglich.

Ziel müsse sein, rasch die Evidenz für neu zugelassene Arzneimittel zu verbessern. Ludwig schlägt vor, dass sich Experten schon vor der Zulassung beraten, patientenrelevante Endpunkte zu identifizieren und diese nach der Zulassung

schneller zu erforschen. Seiner Ansicht nach könnte ein Gremium, angesiedelt beim Gemeinsamen Bundesausschuss, die Steuerung übernehmen. Auch müsse die bisherige Vorgehensweise in Deutschland auf den Prüfstand gestellt werden, dass die von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zugelassenen Medikamente sofort ohne weitere Preisverhandlungen und intensives Monitoring hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes im Medizinischen Versorgungsalltag verordnet werden können.

Entwicklung der stationären Vergütung

Der DRG-Beauftragte der Universitätsklinik Heidelberg und Mitglied des AK DRG der Fachgesellschaft, Dr. Markus Thalheimer, erklärt, dass hämatologische und onkologische Leistungen im Krankenhaus seit Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) meist kostendeckend vergütet werden. Einzig die Vergütung der stationären Versorgung solider Tumore widerspreche diesem Trend und verstärke eine Verschiebung in den ambulanten Sektor.

Thalheimer befürchtet, dass die Krankenkassen in wenigen Jahren angesichts der gedeckelten Budgets nicht mehr in der Lage seien, sämtliche Kosten für Innovationen zu übernehmen. In seiner Klinik duldet Thalheimer keine ökonomische Diskussion, wenn ein Patient eine Therapie dringend braucht: „Ökonomische Belange sollten immer der medizinischen Notwendigkeit folgen. Wenn der Einsatz teurer Medikamente notwendig ist, kämpfe ich auch um deren Erstattung.“ Rationierung dürfe in den Köpfen der Ärzte nicht schon als vorausseilender Gehorsam einsetzen.

Strategien im Umgang mit Mittelbegrenzung

Empirische Studien von Prof. Dr. Dr. Daniel Strech vom Institut für Geschichte, Ethik & Philosophie der Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover belegen, dass Rationalisierung nach wie vor als maßgebliche ärztliche Strategie im Umgang mit Mittelknappheit signalisiert wird. 96 Prozent der Ärzte geben an, aus Kostengründen auf kostengünstigere, aber ebenso effektive Maßnahmen auszuweichen.

Dennoch wird laut Strech auch Rationierung im klinischen Alltag bereits teilweise praktiziert. So bestätigen 78 Prozent der befragten Klinikärzte, dass sie in den letzten sechs Monaten bestimmte medizinische Maßnahmen aufgrund von Kostenerwägungen nicht ergriffen haben. 53 Prozent der Befragten gaben beispielsweise an, mindestens einmal pro Monat eine teure Maßnahme zunächst nicht anzuwenden und zu prüfen, ob der Patient auch ohne diese auskommt. „Einzelne Patientengruppen dürfen nicht strukturell benachteiligt werden“, betont Strech.

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V.

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. besteht seit 70 Jahren und hat heute über 2.400 Mitglieder, die in der Erforschung und Behandlung hämatologischer und onkologischer Erkrankungen tätig sind. Im „Arbeitskreis Medizin und Ethik“ befasst sie sich seit Herbst 2009 u.a. mit dem Thema Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

5.297 Zeichen

Die Pressemitteilung sowie weitere Informationen zur DGHO-Frühjahrstagung finden Sie unter www.dgho.de. Bei Abdruck Belegexemplar erbeten.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V.
DGHO Hauptstadtbüro
V.i.S.d.P. Mirjam Renz
Fon: 030 / 27 87 60 89 – 0
Fax: 030 / 27 87 60 89 – 18
E-Mail: renz@dgho.de
Internet: www.dgho.de

Akzent
Agentur für strategische Kommunikation
Ulrike Feldhusen, Kirsten Thellmann
Fon: 030 / 63 41 32 – 05, 0761 / 70 76 – 904
Fax: 030 / 63 41 32 – 06, 0761 / 70 76 – 905
E-Mail: u.feldhusen@akzent-pr.de
E-Mail: k.thellmann@akzent-pr.de

Weitere Themen auf der Frühjahrstagung:

„Therapiefortschritte bei seltenen hämatologischen und onkologischen Erkrankungen“ und „Onkologische Versorgungsforschung“

Stimmen der DGHO

Prof. Dr. Gerhard Ehninger, Vorsitzender der DGHO und Direktor am Universitätsklinikum Dresden

Um auch zukünftig onkologische Versorgung auf hohem Niveau garantieren zu können brauchen wir dringend unabhängige klinische Studien. Zur Finanzierung stehen derzeit noch kaum Mittel zur Verfügung. Schon lange fordert die Fachgesellschaft die Beteiligung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen an der Finanzierung. Das Beispiel der angekündigten Vergleichsstudie zur Wirksamkeit von Avastin und Lucentis macht es deutlich: Wenn die gesetzlichen Kassen die Chance sehen, in größerem Umfang Kosten einzusparen finden Sie schon heute die Möglichkeit Studien zu finanzieren. Im erwähnten Fall haben Sie sogar eine Stiftung gegründet. Jetzt ist es auch an den Kassen mit der gleichen Kreativität auch andere Studien und dringend notwendigen Medikamentenvergleiche zu finanzieren. Vom Gesetzgeber erwarte ich die dringend notwendige Unterstützung.

Dr. med. F. Overkamp, Vorsitzender der DGHO und Leiter der Praxis und Tagesklinik für Internistische Onkologie und Hämatologie Recklinghausen

Die besondere Kostenproblematik bei seltenen Erkrankungen darf sich prinzipiell nicht nachteilig für die Betroffenen auswirken. Naturgemäß ist aber der Nachweis von Nutzen und Zusatznutzen bei Orphan Drugs noch schwieriger als bei häufigen Tumorentitäten. Zu fordern sind daher Erleichterungen bei der Durchführung von Studien und die Stärkung der Versorgungsforschung, z.B. durch Nutzung von Registeruntersuchungen. Die regelmäßige Überprüfung der Zulassungsindikation nach definierten Anwendungszeiträumen sollte einheitlich geregelt werden.

Weitere Stimmen auf der DGHO-Frühjahrstagung

Dr. med. Norbert Marschner, Niedergelassener Onkologe, Ambulante Schwerpunktpraxis für Onkologie u. Hämatologie

Die Versorgungsforschung ist in Zukunft neben der Klinischen Studie die wichtigste Stütze der medizinischen Innovation. Die Klinische Studie erforscht den „Proof of Principle“ eines neuen Medikamentes oder eines Therapieverfahrens. Die Versorgungsforschung prüft die Nützlichkeit und klinische Relevanz der Innovation für die allgemeine Versorgung unabhängig von Ein- und Ausschlussfaktoren, aber abhängig von Begleiterkrankungen, Alter und weiteren Faktoren. Die gesetzlich und gesellschaftlich gewollte Öffnung und Flexibilisierung der sektoralen Versorgung eröffnet neben dem Vergleich medizinischer Endpunkte auch die Darstellung der Versorgungsqualität und -kosten.

R. Schäfer, Patientenvertreter von Myeloma Euronet - Europäisches Netzwerk von Myelom-Patientengruppen

Trotz einiger Fortschritte, z. B. bei CML oder beim Multiplen Myelom, müssen auch heute noch viele Menschen sterben, weil es für ihre seltene Krankheit nach wie vor keine spezifischen Medikamente oder Heilungsmöglichkeiten gibt.

Einsparungen bei seltenen Erkrankungen sind weder angemessen noch gerechtfertigt. Gesundheit und das Recht auf Leben sind unveräußerliche Menschenrechte für alle, unabhängig von der Art und Schwere der Erkrankung. Die Forschenden, Ärzte, Betroffenen und Industrievertreter aus spezifischen Krankheitsgruppen müssen sich untereinander und mit Versicherern und politischen Entscheidungsträgern besser austauschen und ihre Kräfte effektiver bündeln. Zudem muss weiter über Wege zur Flexibilisierung, Verkürzung und Kostensenkung bei Zulassungsverfahren und Studien sowie über weitere Forschungs- und Entwicklungsanreize nachgedacht werden.

Dr. Rolf Koschorrek, MdB und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

Der demografische Wandel, der Kostendruck aufgrund des Zuwachses an altersbedingter Morbidität und des medizinisch-technischen Fortschritts stellen unser Gesundheitswesen vor immense Herausforderungen. Uns allen ist klar, dass wir nachhaltige Veränderung der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen brauchen, um das qualitativ hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu erhalten. Sie alle wissen, dass im Gesundheitswesen viel in Bewegung ist und wir uns in einem Prozess befinden, in dem sich kontinuierlich neue Strukturen bilden. Diesen Prozess wollen wir gestalten. Wir müssen deshalb noch mehr das Bewusstsein dafür stärken, dass es kein Widerspruch ist, wenn das Gesundheitswesen an erster Stelle der Gesundheitsfürsorge dient und es dessen unbeschadet gleichzeitig auch ein immer größer werdender Wirtschaftszweig ist. Dazu gehört es auch, dass wir in Deutschland weiterhin leistungsstarke Unternehmen brauchen, die unserem Gesundheitssystem innovative Arzneimittel zur Verfügung stellen.

Basis der Qualität in der Gesundheitsversorgung ist eine möglichst gute Kenntnis der Versorgungssituation. Hier aber haben wir in Deutschland noch Nachholbedarf. Der Ausbau der Versorgungsforschung wird systematisch vorangebracht, als eine Querschnittsaufgabe von BMG, BMBF und BMWi. Nur auf Basis valider Daten lassen sich zukunftssteife Systeme entwickeln, lässt sich Qualität definieren und umsetzen und der Bedarf unserer Bevölkerung nachhaltig planen. In der Koalitionsvereinbarung unserer Bundesregierung ist festgelegt, dass die Gesundheitsforschung systematisch ausgebaut wird. Hierzu heißt es: Sie „trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen in allen Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“