

Arzneimittelausgaben in Bayern – Zweiter Teil: Multiple Sklerose

Arzneimittel zur Behandlung der multiplen Sklerose gehören zu den Präparaten, die in den vergangenen Jahren mit einer starken Ausgabensteigerung verbunden waren. Diese möchten wir in dieser Ausgabe unserer Artikelserie zu Arzneimittelausgaben näher betrachten.

In Deutschland sind rund 120 000 Patienten von multipler Sklerose als chronisch-entzündlicher Erkrankung des Zentralnervensystems betroffen. Bei 80 Prozent der Patienten ist der Verlauf der Erkrankung zunächst schubförmig remittierend und geht danach in die chronisch progrediente Verlaufsform über. Akute Schübe werden meist mit Glukokortikoiden behandelt. In den letzten vergangenen Jahren wurden Arzneimittel entwickelt, die immunmodulatorisch in das Krankheitsgeschehen eingreifen: Interferon-beta-1a, Interferon-beta-1b und schließlich Glatirameracetat. Mit Erteilung der Zulassung für den rekombinanten humanisierten Antikörper Natalizumab steht seit 2006 eine weitere Therapieoption zur Behandlung beim Versagen einer Therapie mit Interferon-beta oder bei rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Erkrankung zur Verfügung.

Die Arzneimittel Natalizumab, Glatirameracetat und die Interferone-beta-1a und -1b machten im ersten Quartal 2007 mit einem Betrag von rund 22,2 Millionen Euro etwa 2,6 Prozent der Gesamtkosten für Arzneimittel in Bayern aus. Wie bei den onkologischen Präparaten sind auch hier überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen zu beobachten. In Abbildung 1 ist die Entwicklung der Krankenhaus-Diagnosen mit multipler Sklerose dargestellt. Hier zeigt sich eine relativ konstante Fallzahl über den betrachteten Zeitraum bei gleichzeitig abnehmender Verweildauer der Patienten, vor allem nach Einführung des DRG-Systems. Eine gleich bleibende Fallzahl im Krankenhaus bei Sinken der durchschnittlichen Verweildauer verschiebt somit auch hier die Morbidität in den ambulanten Bereich.

Die Entwicklung der ambulanten Behandlungsfälle und der Arzneimittelkosten für Multiple Sklerose-Präparate (Kosten der Arzneimittel Interferon-beta-1a und -beta-1b, Glatirameracetat und Natalizumab) in Bayern ist in Abbildung 2 dargestellt.

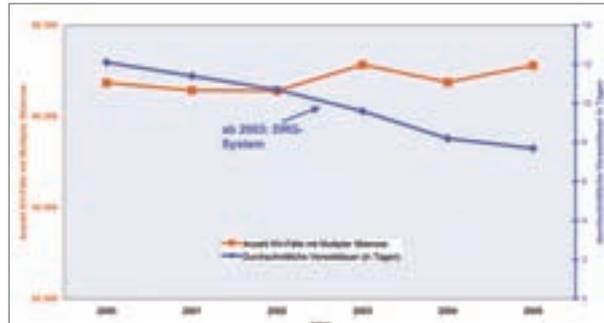


Abbildung 1: Anzahl der Diagnosen multiple Sklerose und durchschnittliche Verweildauer der Multiple-Sklerose-Patienten im Krankenhaus in Deutschland im Zeitraum 2000 bis 2005.

(Quelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn).

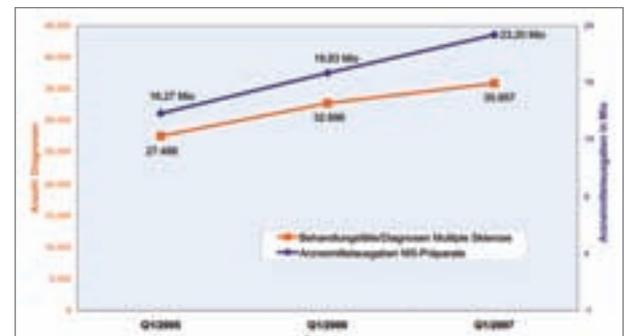


Abbildung 2: Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle multiple Sklerose und GKV-Arzneimittelausgaben für Multiple-Sklerose-Präparate in Bayern im jeweils ersten Quartal 2005 bis 2007.

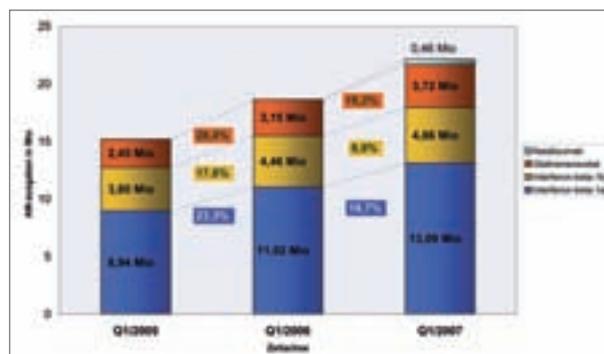


Abbildung 3: Entwicklung der GKV-Ausgaben für Multiple-Sklerose-Präparate Interferon-beta-1b, Interferon-beta-1a, Glatirameracetat und Natalizumab in Bayern über den angegebenen Zeitraum.

Arzneimittel	1. Quartal 2005		1. Quartal 2006		1. Quartal 2007	
	Menge DDDs	Kosten je DDD (€)	Menge DDDs	Kosten je DDD (€)	Menge DDDs	Kosten je DDD (€)
Interferon-beta-1a	164 275	54,44	188 965	58,33	221 657	59,05
Interferon-beta-1b	85 950	44,16	98 130	45,47	103 590	46,93
Glatirameracetat	61 040	40,19	74 340	42,39	85 624	43,50
Natalizumab	–	–	–	–	6001	77,39

Tabelle: Menge der verordneten DDDs in Bayern und Kosten je DDD für die angegebenen Arzneimittel im jeweiligen Quartal.

Die Arzneimittelkosten nehmen parallel zu der Anzahl der Diagnosen im ambulanten Bereich zu. Hinter dem Anstieg der Arzneimittelkosten stehen vor allem gestiegene Mengen verordneter DDDs, wie man aus Tabelle 1 entnehmen kann.

Die Entwicklung der Arzneimittelkosten der Arzneistoffe Natalizumab, Glatirameracetat, Interferon-beta-1a und -1b findet sich in Abbildung 3. Bei allen Arzneimitteln zeigen sich starke Steigerungen, die mit teilweise über 20 Prozent weit über den durchschnittlichen Kostensteigerungen liegen.

Hier zeigt sich wie schon bei onkologischen Indikationen, dass dieser Spezialbereich mit hohen Arzneimittelkosten und ebenso mit Kostensteigerungen verbunden ist. Die Kostensteigerung bei den Präparaten zur Behandlung

der multiplen Sklerose scheinen vor allem auf die steigende Anzahl von ambulanten Behandlungsfällen mit entsprechender Diagnose zurückzuführen zu sein. Im Hinblick auf die starken Kostensteigerungen im Bereich der Spezialpräparate erscheint unklar, inwiefern die Ärzteschaft pauschal Verantwortung für diese Steigerungen zu übernehmen hat, wenn diese überwiegend durch die Verordnung von Arzneimitteln für spezielle Indikationen und Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich ausgelöst werden. Dies darf nicht dazu führen, dass Ärzte dazu gezwungen werden, ihren Patienten notwendige Therapien vorzuenthalten, wenn deren Einsatz entsprechend der Arzneimittelrichtlinien gerechtfertigt ist.

*Dr. Valérie Straßmann,
Franziska Hörbrand (beide KVB)*

Standpunkte

Angewandte Medizin hat mindestens zwei Seiten: die ärztliche und die patientliche. Die ärztliche ist uns bestens geläufig. Heilung, Besserung, Begleitung, Linderung, Beratung nach Leitlinien, Konsens-Papieren, EbM, Algorithmen, kassenärztlichen Hürden und der Berufsordnung.

Ärzte sind wie Eltern: sie wollen immer nur das Beste für ihre Schützlinge. Die Patientenseite ist uns weniger geläufig, auch wenn wir an der compliance oder concordance herummäkeln.

Patienten sind wie Kinder: sie wollen selber entscheiden, was für sie das Beste ist. Wird ein Arzt Patient, ist der Konflikt vorprogrammiert. So ein Unpatient, innen Arzt und außen Patient, bringt sich und den behandelnden Arzt in weitere Konflikte. Für einen Arzt ist nichts so schwer wie die Rolle eines Patienten. Für einen Arzt ist es schwer, einen Arzt als Patienten betreuen zu müssen.

Das nächste Problem kündigt sich an: ein junger Arzt denkt manchmal anders als ein älterer. Wenn jetzt ein älterer Unpatient auf einen jüngeren Arzt trifft, kann es zu Inkompatibilitäten kommen. Während nämlich für den jüngeren Arzt die Heilung akuter Krankheiten attraktiver ist, erwartet der ältere Unpatient Beistand bei chronischen, unheilbaren Krankheiten. Fällt hier ein prinzipielles Problem auf? Junge Menschen rechnen eher mit akuten Krankheiten, ältere eher mit chronischen.

Zurück zum Arzt. Dient die Heilung akuter Krankheiten dem Selbstbewusstsein des Arztes besser als das Eingeständnis, nicht heilen zu können? Bedeutet Heilen mehr als Helfen?

Sicher ist es für den Arzt, der einen Kollegen behandeln muss, schwer, kollegial mit einem Patienten umzugehen. Also: Patient bleibt Patient.

*Meint
Ihr*

MediKuss



Zeichnung: Reinhold Löffler, Dinkelsbühl.