

# Arzneimittelausgaben in Bayern – Erster Teil: Zytostatika

Von Jahr zu Jahr nehmen in Deutschland die Ausgaben für Arzneimittel zu. In den vergangenen Jahren stiegen diese gerade im Bereich der Spezialarzneimittel (Arzneimittel der Anlage 2 in Bayern) im Vergleich zu den übrigen Ausgaben überproportional an. Mit einer Reihe von Artikeln im „Bayerischen Ärzteblatt“ möchten wir Sie darüber informieren, wie sich die Ausgabenstruktur für bestimmte Spezialpräparate in den letzten Jahren entwickelt hat, und welche Ursachen dieser enormen Ausweitung zu Grunde liegen. Zu Beginn der Artikelserie geht es um die Ausgabenentwicklung im Bereich der Zytostatika.

Die Ausgaben für onkologische Präparate umfassten im zweiten Quartal 2007 mit einem Volumen von 67,34 Millionen Euro etwa acht Prozent der Arzneimittelausgaben in Bayern. Die Entwicklung der Ausgaben dieser Präparate im Vergleich zu den Gesamtausgaben ist in der Abbildung 1 dargestellt. Bei onkologischen Präparaten und bei Arzneimitteln zur Behandlung der multiplen Sklerose lässt sich eine starke Ausgabensteigerung beobachten: Die onkologischen Präparate erreichen Steigerungen von knapp 17 Prozent beim Vergleich des zweiten Quartals 2006 mit dem zweiten Quartal 2005, der Vergleich des zweiten Quartals 2007 mit dem zweiten Quartal 2006 zeigt einen Ausgabeanstieg von über zehn Prozent.

Ausgaben im Gesundheitswesen werden in der Regel nach stationärer und ambulanter Versorgung aufgeteilt. Ebenso erfolgt auch die Betrachtung der Arzneimittelkosten für stationäre und ambulante Behandlung separat. In den vergangenen Jahren kam es zu einer Ausweitung der ambulanten Versorgung von früher stationär behandelten Krankheitsbildern. Die Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich führt zu Kostenersparnissen in der stationären Versorgung und wurde durch die Einführung der Fallkostenpauschalen (DRG) 2003 forciert. Die Auswirkungen dieser Verschiebungen auf die Arzneimittelausgaben im ambulanten Bereich sind jedoch nicht einfach abzuschätzen. Man kann allerdings feststellen, dass in den vergangenen Jahren in Deutschland eine starke Abnahme der Fälle mit onkologischen Diagnosen im stationären Bereich zu beobachten ist, gefolgt von einem Anstieg des

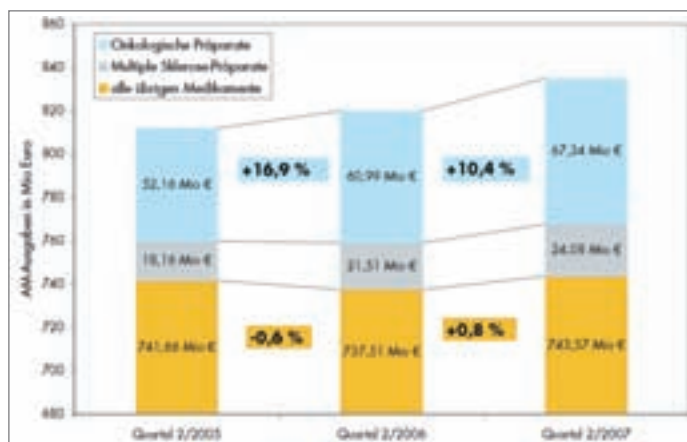


Abbildung 1: Entwicklung der Arzneimittelausgaben von Präparaten für spezielle und Indikationsgruppen der GKV-Versicherten in Bayern.

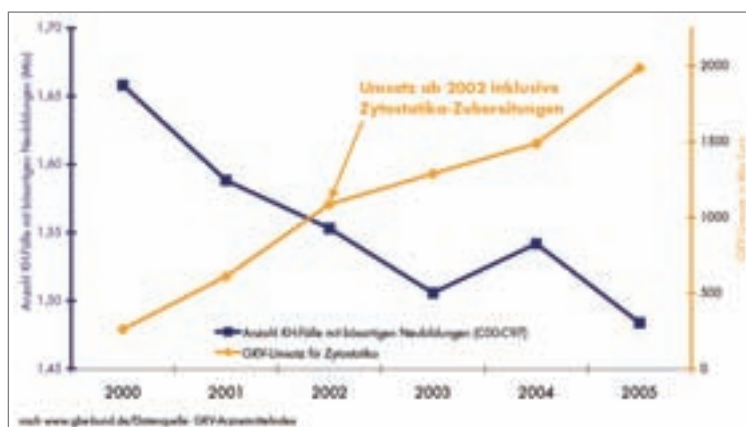


Abbildung 2: Zytostatika – Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich.

Umsatzes onkologischer Präparate und Zubereitungen im ambulanten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Abbildung 2).

Der in Abbildung 2 gezeigte Trend setzt sich bis 2007 hin fort, wie eine Analyse der Diagnosen der bösartigen Neubildungen und der Arzneimittelausgaben für onkologische Präparate in Bayern zeigt (Abbildung 3). Die Verschiebung von Leistungsbereichen aus der stationären in die ambulante Versorgung scheint eine große Rolle für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben zu spielen.

Neben dem Effekt der zunehmenden onkologischen Behandlungsfälle werden die Arzneimittelkosten gerade in diesem Bereich auch

durch die Entwicklung neuer Arzneimittel und durch Zulassungserweiterungen schon auf dem Markt befindlicher Arzneimittel gekennzeichnet. So lässt sich bei onkologischen Präparaten vor allem ein vermehrter Einsatz von monoklonalen Antikörpern und Proteinkinase-Inhibitoren beobachten. Die Ausgabenentwicklungen für diese Präparategruppen sind in Abbildung 4 dargestellt. Die Steigerungsraten von teilweise über 100 Prozent bei monoklonalen Antikörpern sind für einen Großteil der Ausgabensteigerungen im Bereich onkologischer Präparate verantwortlich.

Bei einigen Onkologika wie zum Beispiel dem monoklonalen Antikörper Bevacizumab ist auch eine ständige Ausweitung der Indikati-

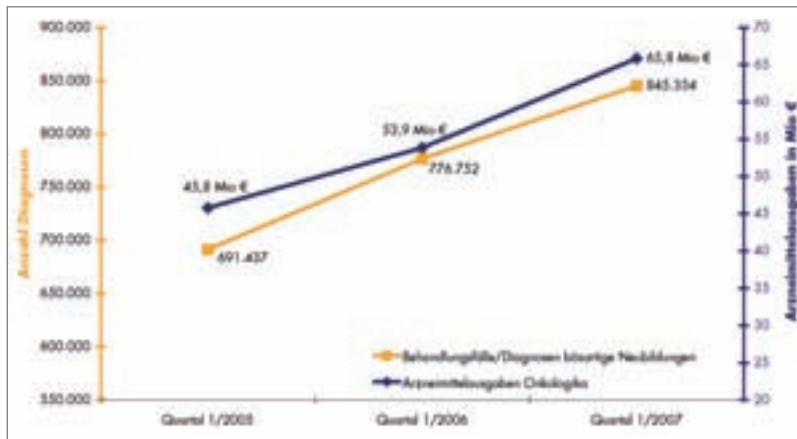


Abbildung 3: Bösartige Neubildung – Diagnosen versus Arzneimittelausgaben für onkologische Präparate innerhalb der GKV in Bayern.

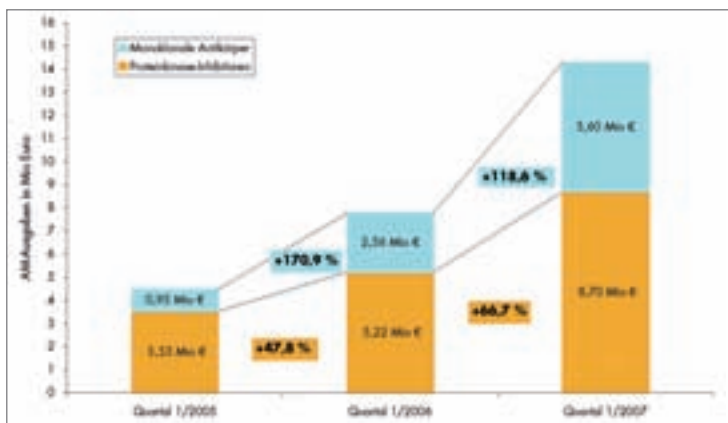


Abbildung 4: Arzneimittelausgaben der GKV in Bayern für ausgewählte Zytostatika.

onsgebiete zu beobachten. Nachdem dieser VEGF-Inhibitor im Januar 2005 zunächst zur First-Line-Therapie des metastasierenden kolorektalen Karzinoms zugelassen worden war, folgte im März dieses Jahres die Zulassung zur First-Line-Therapie des Mammakarzinoms. Die Zulassung zur Behandlung des fortgeschrittenen, nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms wurde in Europa im August erteilt. Eine Zulassung zur Behandlung des Nierenzellkarzinoms ist bereits beantragt und wird für 2008 erwartet – weitere Indikationen werden aktuell überprüft. Ebenso zeigt sich auch ein starker Anstieg der Arzneimittelausgaben durch die zunehmende Anwendung von Arzneimitteln mit dem neuen Therapieprinzip der Tyrosinkinase-Hemmung. Typischerweise werden diese neuen Therapieprinzipien immer als Add-on-Therapie angewendet. Sie werden also zusätzlich zu anderen Therapeutika gegeben und verursachen dementsprechend höhere Therapiekosten. Da die Arzneimittelentwicklung im onkologischen Bereich durch eine starke Zunahme von speziellen Therapieprinzipien wie der Tyrosinkinase- oder VEGF-Inhibition gekennzeichnet ist, wer-

den Anzahl und Anwendung solcher Präparate weiter voranschreiten.

Insgesamt scheinen für die Ausgabenentwicklung auf dem Gebiet der onkologischen Arzneimittel vor allem drei Faktoren wichtig zu sein:

- Erstens die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich mit steigender Anzahl an Behandlungsfällen, die entsprechende Verordnungen nach sich ziehen.
- Zum zweiten ist gerade das Gebiet der onkologischen Präparate durch zahlreiche neue Arzneimittel geprägt, welche mit sehr hohen Preisen auf den Markt gebracht werden.
- Drittens erfahren die schon auf den Markt befindlichen Therapieprinzipien Indikationsausweitungen, wie am Beispiel des Bevacizumab gezeigt wurde.

Es bleibt anzumerken, dass sich – betrachtet man nur die Arzneimittelkosten – durch die

Verschiebung in den ambulanten Bereich keine Einsparungen realisieren lassen. Denn hier gilt im ambulanten Bereich die Arzneimittelpreisverordnung, während diese im stationären Bereich nicht angewandt wird und somit die Preise in der Klinik anwendung häufig deutlich niedriger liegen. Das gleiche Arzneimittel ist also im ambulanten Bereich häufig teurer als im stationären Bereich. Ein Ende der drastischen Ausgabensteigerungen im Bereich onkologischer Arzneimittel ist somit nicht in Sicht. In anderen Ländern wird die Wirtschaftlichkeit neuer onkologischer Arzneimittel durchaus kritischer betrachtet als in Deutschland. So befand zum Beispiel in England das NICE (National Institute of Clinical Excellence) im Januar, dass Bevacizumab und Cetuximab zur Therapie des kolorektalen Karzinoms aus Sicht des Kosten-Nutzen-Verhältnisses nicht zu empfehlen seien.

Vor diesem Hintergrund erscheint es mehr als problematisch, den niedergelassenen Ärzten pauschal die Verantwortung für zunehmende Arzneimittelkosten anzulasten. Sicherlich sind die Ärzte verpflichtet, Präparate zu verschreiben, die wirtschaftlich sind und das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten, wie es in den Arzneimittelrichtlinien heißt. Gerade aber bei den onkologischen Arzneimitteln kann die Verantwortung für steigende Arzneimittelkosten nicht alleine von den Vertragsärzten übernommen werden. Denn diese sind weder verantwortlich für die Festlegung der enorm hohen Preise innovativer Arzneimittel (über die Festlegung dieser Preise befindet sich in Deutschland immer noch der Hersteller eines Arzneimittels selbst), noch kann ihnen die steigende Morbidität der Patienten und die zunehmende Zahl ambulant behandelter Patienten angelastet werden.

Wie in Deutschland in Zukunft mit den stark steigenden Arzneimittelkosten umgegangen wird, bedarf sicherlich noch intensiver Diskussionen aller Beteiligten des Gesundheitswesens. Denn hier muss entschieden werden, wie die begrenzten Ressourcen unseres Gesundheitswesens am sinnvollsten eingesetzt werden können und wer in Zukunft die Verantwortung für Arzneimittelkosten trägt. Dazu gehört eine klare Positionierung, auch gegenüber den Patienten, welche Kosten die Krankenkassen in Zukunft zu tragen bereit sind. Diese Entscheidungen und die Aufklärung der Versicherten darüber können – auch auf Grund der ethischen Aspekte dieser Entscheidungen – nicht alleine in die Verantwortung der Vertragsärzteschaft gestellt werden.

Franziska Hörbrand,  
Valérie Straßmann (beide KVB)