

Neue Medikamente und ihre Finanzierung An der Grenze zwischen Kosten und Nutzen

Es besteht kein Zweifel, im Vergleich zu vor 100 Jahren ist der medizinische Fortschritt heute enorm. Dennoch scheint sich in Bezug auf die große Volkskrankheit Krebs die Fortschrittsspirale langsamer zu drehen und an ihre Grenzen zu kommen. Eine spezielle Grenze betrifft die Verbesserung medizinischer Möglichkeiten, die in vielen kleinen Schritten voranschreitet, die aber zunehmend teurer wird.

Die Vorstellung, das Leben sei unendlich wertvoll, findet sich vor allem in unseren weit entwickelten westlichen Gesellschaften. Dennoch ergeben sich inzwischen unweigerlich Probleme der Finanzierbarkeit. Die ersten Staaten erkennen die hier anstehenden Konflikte und versuchen zu klären, in welcher Form der Nutzen des medizinischen Fortschritts den entstehenden zusätzlichen Kosten gegenüber gestellt werden könnte.

Dies wird bei den Krebserkrankungen von besonderer Brisanz, denn gerade hier sind die meisten neu zugelassenen Medikamente ausgesprochen teuer (mehrere Tausend Euro Behandlungs-kosten pro Monat), wirken jedoch nur bei einem Teil der Behandelten und sind meist nur für wenige Monate wirk-

sam ohne dabei die Krebserkrankungen zu heilen.

In Großbritannien wurde 1999 das unabhängige NICE-Institut (National Institute for Health and Clinical Excellence) als Sondergesundheitsbehörde des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) für England und Wales gegründet. Aufgabe des NICE ist es, möglichst umfassende und verlässliche Empfehlungen für Patienten, die medizinische Fachwelt und die Öffentlichkeit zu den aktuellen Medizinleistungen abzugeben. Das Institut hat sich nach intensiven Kosten-/Nutzenabwägungen unter anderem gegen den Einsatz der neuen und heftig beworbenen Krebsmedikamente Bevacizumab und Cetuximab bei Darmkrebs ausgesprochen.

Zum einen ist das Konzept einer solchen kritischen Behörde provokant, zum anderen zeigt das Beispiel in Großbritannien, dass die NICE-Empfehlungen, die nicht bindend für den verschreibenden Arzt sind, bisher keine relevante Senkung der Gesundheitskosten erreichen konnten.

In Deutschland soll mehr erreicht werden. Das nach dem Modell des NICE

2004 entworfene deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) plant noch für das Jahr 2008 die ersten Bewertungen medizinischer Leistungen nach strengen Kosten-/Nutzenkriterien, die dann die durch die Krankenkassen erstattungsfähigen Kosten definieren. Die Diskussion der Regeln und Kriterien, nach denen diese Bewertungen erfolgen sollen, wurde gerade eingeleitet. Als Ziel des Vorgehens ist jedoch klar definiert, nicht mehr alles zu bezahlen, was nützt, sondern auf die Kosten-Nutzen-Relation zu schauen. Dies bedeutet einen Schritt in Richtung Rationierung. Und dies zeigt uns allen, dass die „Welt“ spürbar enger wird. Die wirklich große Herausforderung wird dabei für jeden von uns sein, sich nicht an diesen finanziellen Grenzen zu zerreiben und möglicherweise zu verzweifeln, sondern die durch Erkrankung beschwerten Phasen zwischen Geburt und Tod durch Verständnis, Hilfe und Unterstützung für einander dennoch mit Leben zu füllen.

Dr. med. Jann Arends
Oberarzt
Klinik für Tumorbiologie

Die onkologische Rehabilitation Wichtige Rolle in Behandlung von Krebspatienten

Nachdem Ende der 60er Jahre im Rahmen des Apolloprogramms der erste Mensch den Mond betreten hatte, glaubte man, mit vergleichbaren wissenschaftlich-technischen Anstrengungen in überschaubarer Zeit die Krankheit Krebs besiegen zu können. Aus heutiger Sicht wirkt der damalige Optimismus eher naiv. Die Therapieziele sind heute meist viel bescheidener. So wird es als Erfolg gewertet, dass es möglich ist, eine Reihe von Tumorerkrankungen zu stabilisieren beziehungsweise mittel-, manchmal auch langfristig zurückzudrängen und damit in vielen Fällen ein Leben bei befriedigender Lebensqualität zu ermöglichen.

Mehr als 2,5 Millionen Menschen führen in unserem Land ein Leben nach oder mit Krebs. Für viele hat die Erkrankung den Charakter einer chronischen Erkrankung. Deren ambulante Behandlung stößt zuweilen an Grenzen, weswegen die medizinische Rehabilitation mit ihren interdisziplinären Konzepten an Bedeutung gewinnt. Durch die enge Zusammenarbeit von Physio-, Ergo-, Kunsttherapeuten, Psychologen, Pflegenden, Ärzten und anderen Experten können in der stationären Rehabilitation eine Therapiedichte und Therapieziele erreicht werden, die durch ambulante Maßnahmen nicht zu erreichen sind.

In Deutschland sind verschiedene Sozialleistungsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig. Nach dem

Willen des Gesetzgebers hat derjenige die Kosten zu übernehmen, der das finanzielle Risiko des Scheiterns der Reha-Maßnahme trägt. Demnach ist immer dann, wenn die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Mittelpunkt steht, die gesetzliche Rentenversicherung der zuständige Kostenträger (§15 SGB VI).

Anders als bei anderen Erkrankungen hat der Gesetzgeber im Bereich der Onkologie den Kreis der Anspruchsberechtigten wesentlich erweitert (§31 Abs.1 Nr.3 SGB VI). Danach können auch die Angehörigen von Versicherten oder diejenigen, die bereits eine Rente beziehen und deren Angehörige eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen. In diesen Fällen ist nicht mehr die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit das Ziel, sondern durch die Rehabilitation sollen die Lebensqualität verbessert und krankheits- beziehungsweise therapiebedingte dauerhafte körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen verhindert werden.

Im Gegensatz zu anderen Indikationen steigt die Zahl der stationären Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich der Onkologie (und der psychischen Erkrankungen) seit Jahren. 2006 wurden zirka 700.000 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger durchgeführt, davon etwa 145.000 bei onkologischen Erkrankungen. Bis zum Jahr

2010 wird von einer Zunahme onkologischer Rehabilitationen um etwa 25 Prozent ausgegangen. Die stationäre onkologische Reha spielt also eine wichtige Rolle in der Behandlung tumorkranker Menschen in Deutschland.

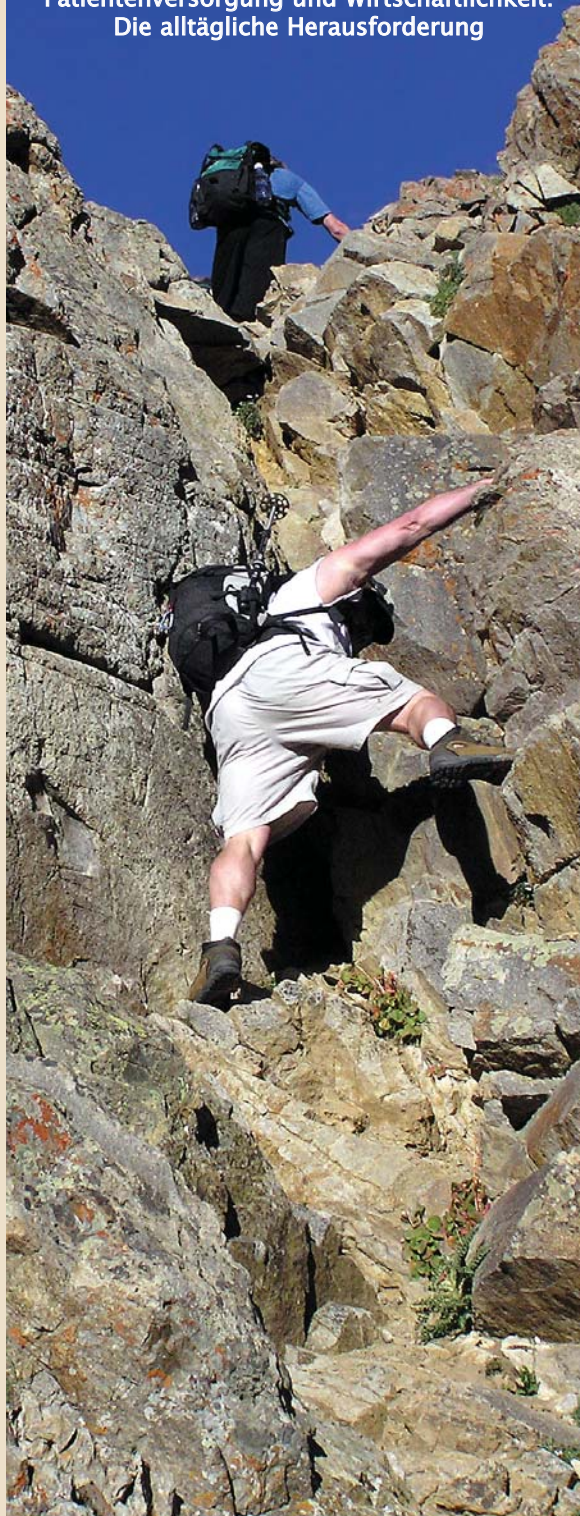
Zur Sicherung der Behandlungsqualität führten die gesetzlichen Rentenversicherungen Mitte der 90er Jahre einheitliche qualitätssichernde Maßnahmen ein. Ein Teil der Abläufe der Reha-Behandlung wurde seither standardisiert. Dies ermöglicht eine, wenn auch begrenzte, Einschätzung des Reha-Ergebnisses und eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Kliniken. Ein Teil der Patienten wird hinsichtlich ihrer Reha-Erfahrungen und ihres Rehabilitationserfolgs mittels standardisierter Fragebögen nachuntersucht.

Leitlinien und Therapiemodule unterstützen die Arbeit der Rehabilitation. Dabei können Standardisierung und Individualisierung der Behandlung in ein Spannungsfeld geraten. Während sich Ablauf und Ziel einer Rehabilitation zum Beispiel nach der Implantation einer Hüftendoprothese noch einigermaßen vereinheitlichen lässt, ist die Notwendigkeit der Anpassung der Therapie und der Therapieziele an die individuellen Einschränkungen, Ressourcen und Präferenzen in der onkologischen Rehabilitation ungleich höher.

Qualitätssicherung und individualisierte Therapie schließen sich aber keineswegs aus. Notwendig sind Dokumentation der Reha-Ziele, die Beurteilung des Reha-Ergebnisses durch die Betroffenen und Fachleute sowie die Transparenz der Reha-Prozesse. Reha-Erfolg oder Reha-Qualität sind mehr als die Summe der therapeutischen Einzelmaßnahmen. Nicht zu unterschätzen ist auch so schwer Fassbares wie das menschliche „Klima“ einer Rehabilitationsklinik. Mit Respekt, manchmal auch Bewunderung, ist aber auch zu beobachten, mit welcher großer Kompetenz Tumor Betroffene sich selbst und anderen helfen können.

Dr. med. Dipl. Psych. Andreas Mumm
Oberarzt
Klinik für Tumorbiologie

Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit: Die alltägliche Herausforderung



Naturheilkunde und Komplementärmedizin Was müssen die Patienten selbst bezahlen?

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 wurde der größte Teil der komplementärmedizinischen Präparate und Therapieverfahren aus der Erstattungsfähigkeit herausgenommen. Es wurde festgelegt, dass nur noch rezeptpflichtige Arzneimittel von den Krankenkassen bezahlt werden sollen.

Rezeptpflichtigkeit besteht in Deutschland für Medikamente, die ein hohes Potential an Nebenwirkungen haben und daher in der Apotheke für Patienten im Rahmen der Selbstmedikation nicht zur Verfügung gestellt werden. Da die meisten pflanzlichen, homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel aber nicht unter Rezeptpflicht stehen, müssen diese seitdem vom Patienten selbst bezahlt werden.

Es wurden allerdings für bestimmte Erkrankungen und bestimmte Präparate Ausnahmen festgesetzt. So dürfen zum Beispiel bei leicht- bis mittelgradigen Depressionen einige (höher dosierte) Johanniskrautpräparate auf Kassenrezept verschrieben werden. Bei Patienten mit einer Tumorerkrankung werden auch weiterhin die Kosten für Mistelpräparate von den Krankenkassen übernom-

men. Dies gilt für die Präparate der anthroposophischen Therapierichtung generell sowie für die Präparate einer phytotherapeutischen Therapierichtung – zumindest in der palliativen Therapie-situation (nach den Arzneimittelrichtlinien Ziffern 16.4 und 16.5).

Eine häufig nicht bekannte Ausnahmeregelung ist die Verordnungsfähigkeit von anthroposophischen und homöopathischen Arzneimitteln bei schwerwiegenden Erkrankungen (wie zum Beispiel Tumorerkrankungen), wenn unter der konventionellen Behandlung (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie) schwerwiegende Nebenwirkungen aufgetreten sind (Arzneimittelrichtlinie Ziffer 16.7). Allerdings ist der Begriff „schwerwiegend“ in Bezug auf die Nebenwirkungen definiert als „lebensbedrohlich“ und „die Lebensqualität des Patienten auf Dauer nachhaltig beeinträchtigend“. Außerdem gibt es einige Krankenkassen, die gezielt Behandlungen bei anthroposophischen Ärzten bezahlen und (in begrenztem Umfang) künstlerische Therapien im Rahmen eines anthroposophischen Gesamtkonzeptes. Mittlerweile 120 verschiedene

Krankenversicherungen übernehmen auf der Grundlage so genannter integrierter Verträge die Kosten für eine homöopathische Behandlung, wenn sie von einem Kassenarzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie vorgenommen wird.

Bei bestimmten Indikationen werden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine Akupunkturbehandlung übernommen. Der Arzt benötigt jedoch neben der Zusatzbezeichnung Akupunktur auch die Zusatzqualifikation Schmerztherapie.

Es ist jedoch anzumerken, dass die Kostenersatzung häufig so gering ausfällt (vor allem bei der Akupunktur), dass viele Ärzte die Behandlung dennoch als privatärztliche Leistung anbieten. Bei Unklarheiten bezüglich der Kostenübernahme sollte man vor Inanspruchnahme einer Leistung ein klärendes Gespräch mit dem behandelnden Arzt und gegebenenfalls mit der eigenen Krankenversicherung führen.

Dr. med. Matthias Rostock
Komplementärmedizinische Beratung
Klinik für Tumorbiologie

Finanzierung psychoonkologischer Leistungen Noch sind viele Fragen offen

Die psychoonkologische Versorgung stellt heute einen wesentlichen Baustein in der Krebsbehandlung dar. Als Teil einer interdisziplinären Behandlungskonzeption wird sie durch interdisziplinäre Standards und Behandlungsleitlinien geregelt. Durch eine bedarfsgerechte psychoonkologische Betreuung können die weitreichenden Auswirkungen der Erkrankung im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich aufgefangen werden. Eine frühzeitige Betreuung kann davor schützen, dass die Beschwerden chronisch werden und somit Spätfolgen und Folgekosten vermeiden helfen.

In der Versorgungsrealität beruht die psychoonkologische Betreuung auf einem gegliederten System verschiedener Strukturen und Einrichtungen (im Akutbereich, in Rehabilitation sowie ambulanter Nachsorge), das jedoch in seiner Ausgestaltung bisher nicht flächendeckend und bedarfsgerecht ausgebaut ist. Gründe hierfür liegen unter anderem auch in Fragen der jeweiligen Finanzierung und den häufig nicht geklärten Zuständigkeiten der verschiedenen Träger unseres Gesundheitssystems. Die Finanzierung der psychoonkologischen Tätigkeit ist in den jeweiligen Versorgungsbereichen unterschiedlich geregelt.

Im Akutkrankenhaus ist sie Bestandteil des Versorgungsauftrages und wird durch die Fallpauschalen (DRG) abgerechnet. Allerdings verfügen nur die größeren Krankenhäuser über psychoonkologische Fachkräfte. In den sich zunehmend etablierenden Organkrebszentren (wie den Brustzentren und Prostatazentren) ist eine psychoonkologische Versorgung der Patienten Voraussetzung für die Zertifizierung. Diese Leistungen können als Einzelziffern dokumentiert, in der Regel jedoch nicht als Einzelleistungen zusätzlich abgerechnet werden, sondern sind in der Pauschale mit enthalten. Da das DRG System sich immer noch in Entwicklung befindet, kann die regelhafte Dokumentation erste Anhaltspunkte zur Bedarfs-schätzung geben.

Für den Bereich der stationären Rehabilitation wird seitens der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen für

alle onkologischen Spezialeinrichtungen eine psychoonkologische Fachkraft gefordert, wobei die Relation zwischen den zur Verfügung gestellten Stellen und der Bettenzahl erheblich variiert. Die Abrechnung erfolgt in der stationären Rehabilitation nach Tagessätzen. In den onkologischen Reha-Kliniken ist am ehesten ein integriertes psychoonkologisches Angebot unter Einbeziehung der künstlerischen Therapien und der Sozialberatung gewährleistet. Allerdings nehmen nur zirka ein Drittel aller Patienten eine derartige Maßnahme in Anspruch.

Die ambulante fachpsychoonkologische Versorgung basiert im Wesentlichen auf den psychosozialen Krebsberatungsstellen sowie den niedergelassenen Psychotherapeuten. Die Ambulanzen der Kliniken und onkologischen Schwerpunktpraxen halten nur in wenigen Ausnahmen ein spezielles psychoonkologisches Beratungs- und Betreuungsangebot vor. Schwerpunkte der ambulanten Versorgung sind die psychosozialen Krebsberatungsstellen in freier Trägerschaft (Länderkrebsgesellschaften, Tumorzentren, Diakonien, Caritas), die eine wichtige Schnittstelle zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Nachsorge darstellen. Für die Patienten sind begrenzte Beratungsleistungen kostenlos, bei aufwendigeren Angeboten wird ein entsprechender finanzieller Beitrag zur Eigenbeteiligung erhoben.

Durch die zunehmende Verkürzung der Liegezeiten im Akutkrankenhaus kommt den Beratungsstellen eine wichtige Funktion in der Klärung und Vermittlung weiterführender ambulanter Hilfen zu. Eine Regelfinanzierung konnte für diesen Bereich bisher nicht erreicht werden. Daher sind diese Einrichtungen auch von Spenden und Fördermitteln abhängig.

Entsprechend den Richtlinien zur ambulanten Psychotherapie können Tumorkranken bei entsprechender Indikationsstellung behandelt werden. Indikation für die ambulante psychotherapeutische Behandlung beim entsprechend qualifizierten Fachpsychotherapeuten sind

psychische Folgestörungen im



Sinne der psychischen Morbidität, die sich als inadäquate Krankheitsverarbeitung äußern und über normale Reaktionen der Krankheitsverarbeitung hinausgehen. Sofern der jeweilige Psychotherapeut eine Kasenzulassung besitzt, kann die psychotherapeutische Leistung über Krankenschein abgerechnet werden.

Durch Modellversuche wie die DMP Programme werden derzeit am Beispiel des Mammakarzinoms integrierte psychosoziale Versorgungsmodelle erprobt, die auch niedrigschwellige Problemlagen bei Tumorpatienten einbeziehen. Über die Ergebnisse und die Umsetzbarkeit für die gesamte psychoonkologische Versorgung wird man jedoch erst nach Abschluss des Modellversuchs mehr Klarheit haben.

Wenngleich eine dauerhafte Sicherung und flächendeckende Versorgung in allen Bereichen von fachlicher Seite gefordert wird, klaffen fachliche Anforderungen und Versorgungsrealität in vielen Versorgungsbereichen weit auseinander. Die Fachgesellschaften konnten gemeinsam mit den Interessenvertretungen der Patienten große Erfolge erzielen. Um eine Regelfinanzierung im Rahmen unseres gegliederten Systems der Krankenversicherung zu erreichen, bedarf es jedoch erheblicher Anstrengungen und einer engen Zusammenarbeit mit Vertretern von Politik, Sozialadministration, Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und Kommunen.

Prof. Dr. phil. Joachim Weis
Leiter der Abteilung Psychoonkologie
Klinik für Tumorbiologie