

schen Versorgung. In Kooperation mit den meldenden Abteilungen und Ärzten erfolgt ein Informationsaustausch über Prognosefaktoren, Behandlungsmethoden und das Behandlungsergebnis, um dem betreuenden Arzt damit das Instrument zur Qualitätssicherung selbst in die Hand zu geben. Darüber hinaus dienen die onkologischen Schwerpunkte als Multiplikatoren von evidenzbasierten Leitlinien und Behandlungsstandards in der Onkologie gemäß den Empfehlungen der internationalen und nationalen Fachgesellschaften. Voraussetzung für dieses Qualitätsmanagement ist die Validität und Repräsentativität der erhobenen Daten, ihre Vollständigkeit und ihr Bevölkerungsbezug. Für bestimmte Tumorarten haben die OSP schon jetzt diese Voraussetzungen erreicht. Als Beispiel solcher Auswertungen werden die Onkologi-

schen Schwerpunkte des Landesteils Nordrhein demnächst Daten zum Mammakarzinom veröffentlichen.

#### 5. Literatur

- [1] Dudeck, J., Wagner, G., Grundmann, E., Hermenek, P.: Basisdokumentation für Tumorkranke; Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis 4., grundlegend revidierte Auflage: Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1994
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Nordrhein-Westfälischen Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Onkologischen Arbeitskreise in der GfK: Empfehlungen zur Diagnose, Therapie und Nachsorge maligner Tumoren Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebserkrankheiten e.V.: 1995
- [3] Statistisches Landesamt Saarland Morbidität und Mortalität an Bösartigen Neubildungen im Saarland Sonderheft 186: Statistisches Landesamt Saarland, 1994
- [4] Günther, B., et al.: Nachsorgeleitstellen in Niedersachsen; Jahresbericht 1992; Nachsorgeleitstelle Bremen; Statistische Aufbereitung für das Jahr 1992 KV Niedersachsen: 1992
- [5] Jensen, O.M., et al.: Cancer registration principles and methods IARC: Lyon; France, 1991

Sofort stellt sich die Frage, ob „teurere“ Medikamente immer den Mehrpreis wert sind, d.h. die Beschwerden schneller lindern, die Krankheitsdauer abkürzen und weniger unerwünschte Wirkungen (auch auf die Lebensqualität) haben. Die Umsatzzuwächse betreffen z.T. Arzneistoffgruppen, die erst kürzlich eingeführt wurden. Von ihnen gibt es, wenn überhaupt, nur wenige aussagekräftige kontrollierte Studien, die bewährte Arzneistoffe mit dem Neuen vergleichen. Sind die Hersteller nicht bereit, solche Studien zu finanzieren, müßten sie die Kassen durchführen lassen. Wahrscheinlich überträfen die Einsparungen die Förderungsmittel.

Die Presseerklärung gibt aber noch weitere interessante Einblicke: „Umsatzstarke Spezialpräparate mit geringen Verordnungsmengen, die fast ausschließlich für spezielle Indikationen im Rahmen besonderer therapeutischer Verfahren an ausgewählte Zentren eingesetzt werden, haben im Jahre 1996 einen Umsatz von knapp 1,5 Mrd. DM erreicht. Gegenüber dem Vorjahr liegt der Kostenzuwachs ... bei 1,3 Mrd. DM und erklärt somit zu einem großen Teil den Umsatzzuwachs im Gesamtmarkt in der Höhe von 1,6 Mrd. DM.“

Das zeigt eindeutig die Notwendigkeit, mit der GKV zu einer Sonderregelung für diesen Posten zu kommen. Aber auch außerhalb der „Spezialpräparate“ sind im laufenden Jahr Kostensprünge in Milliardenhöhe nicht auszuschließen, die zu Lasten des Honorars gingen. Würde nur die Hälfte der Hochdruckpatienten, wie gelegentlich für Neubehandlungen empfohlen, auf Angiotensinrezeptorenblocker oder Calcium-T-Kanalblocker umgestellt, wären bei Tagesbehandlungskosten zwischen zwei und vier DM die obengenannten Kostenzuwächse bald erreicht.

Fazit: Um unsere Patienten ausreichend und zweckmäßig mit Arzneimitteln zu behandeln, bedarf es nicht immer des Neuesten und Teuersten, wie uns die Herstellerverbände weismachen wollen. Wir brauchen aber neutrale Informationen, wann es notwendig ist und wann nicht. Die müssen wir uns selbst beschaffen und über die Kammerblätter und KV-Informationen allen Kollegen zugänglich machen.

#### KOMMENTAR

## Wer soll das bezahlen?

von Karl H. Kimbel

Der Karnevalsschlager wird nicht nur durch die zunehmende Staatsverschuldung, sondern auch für uns Ärzte und unsere Patienten bald bitterer Ernst. Während bewußt wurde, daß jeder Fortschritt diagnostischer Techniken praktisch keine Einsparung bei bewährten Methoden bringt, hat die (Standes-)Politik die Folgen der Schubkraft arzneitherapeutischen Fortschritts noch nicht im vollen Umfang erkannt.

Dazu trägt nun auch die Zensur des „Arzneiverordnungs-Report“ 1997 bei, der die Vertragsärzte seit zwölf Jahren verlässlich über ihr Ordnungsverhalten informiert hat. Fast wäre es soweit gekommen, daß der Ärzteschaft dieses international hochgelobte und einzigartige Zahlenwerk weggenommen worden wäre, nur weil in Marginalien

dazu, die ohne Schaden entfallen könnten, Marktinteressen einiger Hersteller tangiert sein sollen. Inzwischen ist das Buch als „verfügbungsbeklagte Ausgabe“ mit geschwärtzten Passagen erschienen.

Einer der beiden Autoren gibt in einer Presseerklärung Einblicke in die Ordnungsproblematik des vergangenen Jahres: „Der Anstieg des Arzneimittelumsatzes im Gesamtmarkt um 4,8% auf 34,7 Mrd. DM (Rekordwert 1992: 33,5 Mrd.) beruht 1996 auf einem ungewöhnlich starken Wechsel hin zur Verordnung teurerer Medikamente (+6,7%), während die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen (-3,5%) deutlich rückläufig war. ... In drei Jahren sind die Einsparungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) somit vollständig aufgezehrt worden.“