
Medizinisch-pharmazeutische Innovationen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben

Walter Köbele

Der demografische Wandel ist eine der größten Herausforderungen, die unser Gesundheitssystem in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten zu meistern hat. Er wird dazu führen, dass immer mehr und vor allem ältere Menschen im Gesundheitssystem Leistungen benötigen und beanspruchen, für die aber immer weniger Erwerbstätige die finanziellen Mittel aufbringen müssen.

Diese Entwicklung ist bereits heute spürbar. So sind die jährlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen. 2005 entstanden Kosten in Höhe von 144 Mrd. Euro – ein Drittel davon in Krankenhäusern, ein weiteres Drittel zu gleichen Teilen in der ärztlichen Behandlung und bei Arzneimitteln, das letzte Drittel in vielen anderen Bereichen, unter anderem für zahnärztliche Leistungen, in der häuslichen Pflege, für Fahrtkosten und Verwaltung. Würde man das heutige Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ohne Änderungen fortschreiben, müsste man von einem enormen Anstieg des Kostenvolumens und damit des Kostendrucks im Gesundheitswesen ausgehen.

Hier wird deutlich, welches Ausmaß die Herausforderung hat, wie groß der Reformdruck in Wirklichkeit ist.

Welche Ansätze für zukunftstaugliche Lösungen haben wir?

Die demografische Entwicklung, mit anderen Worten: die alternde Gesellschaft ist eine feste Größe. Die Einnahmenseite ist limitiert, insbesondere aufgrund einer sinkenden Zahl von Beitragszahlern. So bleibt vor allem ein Ansatzpunkt: Für was wollen wir im System Geld ausgeben, welche Investitionen nutzen den Patienten, welche zeigen die beste Effektivität und Effizienz? Nur durch ein kluges, vorausschauendes Management der Gesundheitsausgaben werden gute Versorgung, Verfügbarkeit neuer Therapiemöglichkeiten und Finanzierbarkeit miteinander vereinbar sein.

Wenn es um die Gesundheit geht, sind solche Betrachtungen besonders komplex. Denn medizinisch-therapeutische Entscheidungen, das Wohl des Patienten und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient müssen auch in Zukunft Vorrang vor rein wirtschaftlichem Denken haben.

Lösungen von der Stange wird es daher für die Herausforderung „Gesundheitssystem und demografischer Wandel“ nicht geben. Alle Beteiligten sind gefragt, sich und ihre Kompetenz einzubringen. Ein Weg aber bietet sich in jedem Fall an. Wir sollten uns noch stärker auf den Erhalt von Gesundheit konzentrieren, auf Prävention, Früherkennung, die rechtzeitige Behandlung von Erkrankungen, den Einsatz moderner medizinisch-pharmazeutischer Innovationen und eine gezielte Nachsorge. Das nutzt natürlich den Menschen, die dadurch länger gesund leben können. Und auch für das Gesundheitssystem können Vorteile entstehen.

Betrachten wir zunächst, wie das Gesundheitssystem bisher auf den zunehmenden Kostendruck reagiert hat.

Rationierung und Rationalisierung

Der Knappheit der Mittel versucht das Gesundheitswesen bislang auf zwei verschiedene Arten zu begegnen: durch Rationalisierung und Rationierung. Bei Rationalisierungen

sollen entweder vergleichbare Ergebnisse mit weniger Mitteln oder mit gleichen Mitteln größere Effekte erzielt werden. Hierzu kann sowohl eine effizientere Nutzung der limitierten Mittel als auch eine verbesserte medizinische Versorgungsqualität beitragen. Dass allein durch die Steigerung der Effizienz die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems gelöst werden können, ist jedoch nicht zu erwarten. Rationierungen begrenzen dagegen die zur Verfügung gestellten Leistungen, zum Beispiel durch Leistungsausschlüsse. Aber auch Richtgrößen und finanzielle Anreize, wie sie beispielsweise durch die Bonus-Malus-Regelung gegeben sind, führen praktisch bereits zu einer Rationierung im deutschen Gesundheitssystem.

Oftmals wird versucht, in möglichst vielen Bereichen zu sparen und die Ausgabenbegrenzung auf die verschiedenen Leistungsbereiche zu verteilen. Doch dieser Ansatz birgt die Gefahr, mit den Sparmaßnahmen in den falschen Bereichen anzusetzen, die falschen Anreize zu vermitteln. Differenzierte Lösungen sind im Gesundheitswesen unumgänglich. Es gilt genau abzuwägen, in welchen Bereichen Einsparungen zu höheren Folgekosten führen und in welchen sich Investitionen mittel- und langfristig auszahlen. So können zum Beispiel Investitionen in innovative Arzneimittel Krankenhausaufenthalte vermeiden oder verkürzen und dadurch Kosten einsparen.

Innovative Arzneimittel wurden bislang in der öffentlichen Diskussion selten mit der Chance der langfristigen Kostenreduktion in Verbindung gebracht. Insbesondere hochpreisigen Medikamenten wird in der öffentlichen Kritik angelastet, für die Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem mitverantwortlich zu sein. Sie gelten dabei eher als Einsparpotenzial denn als lohnendes Innovationsfeld: ein Fehler, wie viele Beispiele zeigen. Um zu verstehen, wie die Patienten und das System von den Erfolgen der pharmazeutischen Forschung profitieren können,

muss man sich zunächst intensiver mit innovativen Arzneimitteln als einem Teil des gesamten Systems beschäftigen und untersuchen, wie Investitionen in diesen Sektor dazu beitragen können, die Gesamtkosten zu senken.

Die verschiedenen Wege von Innovation

Welche sind also diese aus Forschung und Entwicklung hervorgehenden Innovationen im Arzneimittelsektor? Das können Medikamente mit neuen Wirkstoffen oder ganz neuen Wirkprinzipien sein, die gegen bislang nicht oder nicht hinreichend therapierbare Krankheiten eingesetzt werden. Innovation kann aber auch darin bestehen, dass bereits bekannte Wirkstoffe durch neue Darreichungsformen besser verfügbar gemacht werden oder geringere Nebenwirkungen entfalten. Innovation entsteht darüber hinaus durch die Erforschung und Entwicklung bereits bekannter Wirkstoffe für die Behandlung neuer Indikationen. Die Einsatzbereiche innovativer Arzneimittel finden sich dabei in der gesamten Gesundheitskette von der Prävention über die Therapie bis zur Nachsorge. Die Auswirkungen auf die Höhe der Arzneimittel- und der Gesamtkosten sind von Fall zu Fall unterschiedlich. So kann der Einsatz von Innovationen im Einzelfall sowohl zu einer Steigerung als auch zu einer Reduktion der Behandlungskosten führen. Sektorenübergreifende Produktivitätssteigerungen ergeben sich, wenn der Einsatz von Innovationen zur Senkung der Gesamtausgaben führt.

Deutschland Schlusslicht beim Einsatz innovativer Arzneimittel

Im internationalen Vergleich kann man die deutsche Arzneimittelversorgung kaum als kostenintensiv bezeichnen. Obwohl in der hiesigen Diskussion vielfach von „explodierenden Arzneimittelkosten“ die Rede ist, belegt Deutschland bei den Ausgaben für Medikamente in Europa nur einen Mittelfeldplatz. So liegt unser Gesundheitssystem beim Pro-Kopf-Umsatz von Arzneimitteln etwa auf einem Niveau mit Italien und Spanien, während die Umsätze in Frankreich und der Schweiz beträchtlich höher sind. Wesentlich mehr noch als in allen europäischen Ländern wird in Japan und vor allem in den USA für Medikamente ausgegeben. Im Schnitt gibt der Patient aus Pittsburgh mehr als doppelt so viel für seine Arznei aus wie der Patient aus Pirmasens.

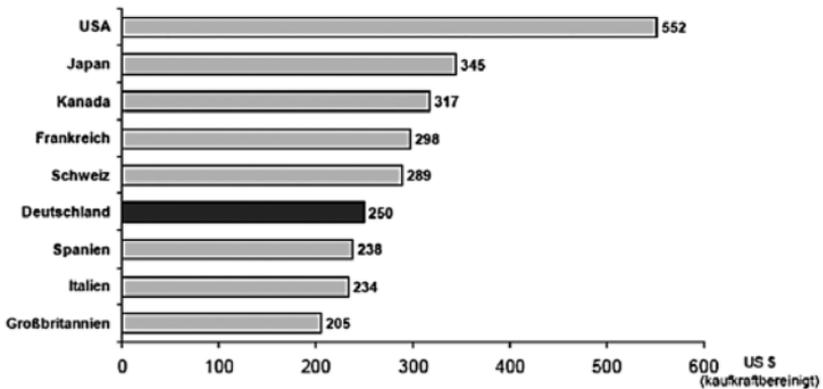


Abb. 1: Arzneimittelumsatz pro Kopf (2003)

Noch aussagekräftiger ist der Ländervergleich beim Anteil innovativer Präparate an den gesamten Arzneimittelumsätzen. Deutschland, früher im Ausland als „Apotheke der Welt“ bezeichnet, ist heute beim Einsatz von neuen, in-

novativen Medikamenten weit abgeschlagen. Nur 7,5 % der gesamten Arzneimittelausgaben wurden 2003 auf Medikamente verwandt, die in den fünf Jahren zuvor auf den Markt gekommen waren. Zum Vergleich: Bei den allgemeinen Arzneimittelausgaben liegt Spanien noch gleichauf mit Deutschland, beim Einsatz von Innovationen ist das Land dagegen in Europa führend. 23 % der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem werden dort für die Versorgung der Patienten mit modernen Medikamenten eingesetzt.

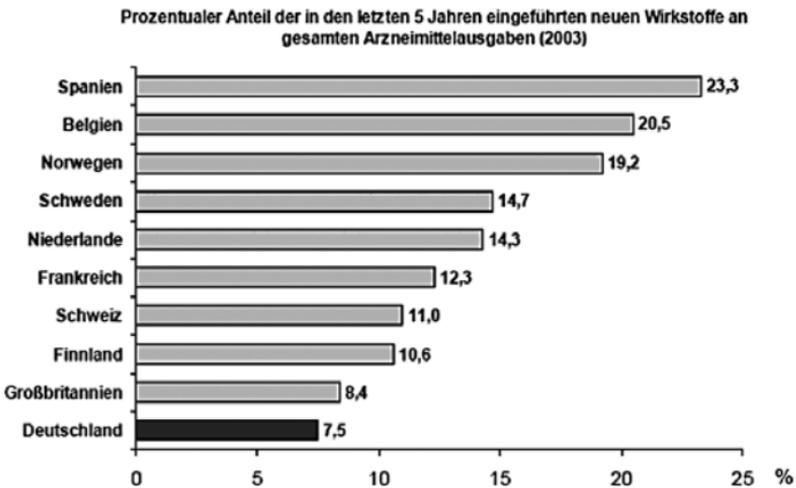


Abb. 2: Neue Wirkstoffe im europäischen Vergleich

Interessant ist in diesem Zusammenhang zum einen, welche Beziehung zwischen Innovation und Gesundheit besteht. Zum anderen stellt sich die Frage, wie hoch das Einsparpotenzial wäre, wenn in Deutschland mehr in Innovationen investiert würde und dadurch Krankheiten besser bekämpft, die Arbeitskraft länger erhalten und die Einnahmeseite im Gesundheitswesen gestärkt würde. Ich möchte mich einer Antwort anhand ganz unterschiedlicher Beispiele nähern, denn innovative Arzneien können in verschiedensten Bereichen zu Einsparungen führen.

Sparpotenziale innovativer Arzneien

Nehmen wir als ein Beispiel die über 700.000 blinden oder sehbehinderten Menschen in Deutschland. Weiterentwickelte Medikamente könnten bei ihnen bestimmte Erkrankungen der Netzhaut stoppen oder verzögern oder sogar die Sehfähigkeit wieder verbessern. Das würde vor allem den Patienten helfen, aber auch unserer Gesellschaft und Wirtschaft, denn die jährlichen Gesamtkosten infolge von Blindheit sind beträchtlich. Allein für die Pflege der Betroffenen werden Jahr für Jahr etwa 3 Mrd. Euro aufgewendet. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive entstehen weitere Folgekosten. Eine gesunde Arbeitnehmerin und ein sehender Arbeitnehmer würden Gehalt bekommen. Der sich ergebende Einkommensverlust wird mit 2,4 Mrd. Euro beziffert. Weiterhin könnten Einsparungen von 2,4 Mrd. Euro im Bereich der bezahlten Unterstützung durch Dritte realisiert werden. Andere Kosten wie zum Beispiel für die ärztliche Behandlung belaufen sich gegenwärtig auf insgesamt 1,4 Mrd. Euro. Zählt man alle Ausgabenposten zusammen, entstehen durch Blindheit und Sehbehinderung 9,2 Mrd. Euro Kosten pro Jahr, die zum Teil nicht entstehen müssten. Für jede vermiedene Erkrankung oder jeden geheilten Patienten ergibt sich ein Einsparpotenzial von bis zu 13.000 Euro. Angesichts einer zunehmend alternden Bevölkerung ergeben sich mittel- und langfristig weitere Einsparmöglichkeiten.

Eine sektorale Betrachtung unseres Gesundheitssystems zeigt zum Beispiel Möglichkeiten zur Einsparung im Krankenhausbereich. 44 Mrd. Euro kostet die stationäre Versorgung in Deutschland pro Jahr – der größte Posten im Gesundheitssystem. Neue oder weiterentwickelte Arzneimittel können dabei helfen, diese Summe zu senken, indem die Dauer der Krankenhausaufenthalte reduziert wird. So lohnt es sich in diesem Zusammenhang beispielsweise,

in innovative Antibiotika zu investieren, die von den Patienten selbst eingenommen werden können. Neben der besseren Wirksamkeit kann der stationäre Aufenthalt durch die Art der Verabreichung verkürzt werden. Wer ein nur intravenös applizierbares Generikum bekommt, ist während des gesamten Therapieverlaufs von der stationären Betreuung im Krankenhaus abhängig, wer aber nach einer gewissen Zeit auf ein oral zu verabreichendes Folgemedikament umsteigt, kann zu Hause weiter genesen. In klinischen Studien konnten etwa beim Einsatz eines innovativen Medikaments gegen Staphylokokken-Infektionen Krankenhausaufenthalte von durchschnittlich 16 Tagen auf 8 Tage verkürzt werden. Dabei stiegen zwar die Kosten für das Antibiotikum und für die Therapie nach der Entlassung an, die Ausgaben für die Begleitmedikation und insbesondere für die Betreuung im Krankenhaus fielen aber deutlich geringer aus. Die Einsparungen im stationären Bereich überstiegen die Mehrausgaben im ambulanten Bereich. Als Ergebnis sanken die Gesamtkosten.

Innovative Arzneien und Zivilisationskrankheiten

Trotz solcher Beispiele werden Gesundheitsausgaben oft in einer sehr kurzsichtigen Weise allein nach ihrer gegenwärtigen Höhe bewertet. Besser wäre eine Beurteilung als Investition unter Berücksichtigung des nachhaltigen Nutzens. In diesem Fall würden die zu erwartenden Erträge in Form vermiedener Folgekosten mit berechnet. Insbesondere bei den sogenannten Zivilisationskrankheiten, die unsere Forschung und unsere Gesundheitssysteme in den nächsten Jahrzehnten zunehmend beschäftigen werden, wird eine kurzsichtige Betrachtungsweise zu Problemen führen. Gerade hier scheint man den Wert innovativer Arzneimittel nicht ausreichend zu würdigen.

Zu diesen Zivilisationskrankheiten zählt im weiteren Sinne die Demenzerkrankung. Gerade in der Behandlung von Demenzkranken – zu zwei Dritteln handelt es sich hierbei um Patienten mit Alzheimererkrankungen – können Investitionen in moderne Medikamente die Gesamtkosten für die Gemeinschaft senken. Zurzeit steigen diese Gesamtkosten stetig an. Es gibt schon heute knapp 1 Million Demenzkranke in Deutschland, und man rechnet damit, dass sich diese Zahl bis 2020 verdoppeln wird. Das wird auch einen starken Anstieg der Kosten mit sich bringen, die heute schon bei 5 Mrd. Euro jährlich liegen. Der Einsatz von innovativen Arzneimitteln kann diese Ausgaben begrenzen. Es ist nachgewiesen, dass moderne Antidementiva die Krankheitsprogression bei Alzheimer verzögern können und zu Verbesserungen in Motorik, Kognition, Verhalten und Alltagskompetenz führen. Durch neue Medikamente verbessert sich somit nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Menschen und ihren betreuenden Angehörigen, sondern es werden der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit und damit auch die institutionelle Einweisung hinausgeschoben.

Die finanziellen Auswirkungen der Verabreichung solcher innovativer Medikamente ist bereits untersucht worden. Dabei wurde gezeigt, dass jeder Arzt, der seinem Patienten moderne Antidementiva im Wert von durchschnittlich 2500 Euro pro Jahr verschreibt, das Gesundheitssystem im Gegenzug um bis zu 11.000 Euro entlasten könnte. Eine verzögerte Alzheimerprogression kommt also sowohl den Patienten als auch dem Gesundheitssystem zugute.

Ökonomisch interessant oder medizinisch notwendig sind innovative Arzneimittel in vielen Bereichen. Doch mit Blick auf die Zukunft des Gesundheitssystems sind vor allem die Einsparmöglichkeiten bei den Volkskrankheiten von morgen bedeutsam. Immer mehr Menschen er-

kranken etwa an Diabetes und chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten (COPD). Die Zahl der Diabetiker wird sich in den nächsten vier Jahren auf 10 Millionen erhöhen. Die chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten werden in absehbarer Zeit zu den drei häufigsten Todesursachen gehören. Patienten beider Indikationen und auch das Gesundheitssystem können von modernen Medikamenten profitieren. Beispielsweise leiden Diabetiker, deren Blutzuckerwerte gut eingestellt werden, seltener an Begleit- und Nachfolgekrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nieren- und Augenerkrankungen, dem diabetischen Fuß und Nervenschädigungen. Zum Wohle der Patienten und zugunsten des gesamten Gesundheitssystems versucht die Forschung daher dazu beizutragen, dass die Grunderkrankungen besser zu behandeln sind, damit Komplikationen hinausgezögert und Folgeerkrankungen verhindert werden. Auch bei den chronisch-obstruktiven Krankheiten hat sich gezeigt, dass man bei Verordnung eines modernen Anticholinergikums die Therapiekosten für die Basisversorgung und die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte begrenzt und somit die gesetzlichen Krankenversicherungen und die gesamte Volkswirtschaft entlastet.

Der allgemeine Spareffekt von Investitionen

Diese Krankheiten, die uns zukünftig finanziell stark belasten werden, bieten sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht wichtige Ansatzpunkte für innovative Arzneimitteltherapien. Studien zeigen hierbei, dass sich der Einsatz qualitativ hochwertiger und weiterentwickelter Medikamente indikationsübergreifend auszahlt. So wurden beispielsweise im Jahre 2003 über 200.000 Patienten von der größten amerikanischen *Health Maintenance Organization Kaiser Permanente* beobachtet. Einem

Teil der Patienten wurde der jährliche Rahmen der Arzneimittelerrstattungen von ihrer Medicare-Krankenversicherung auf 1000 US-Dollar begrenzt, dem anderen Teil der Gruppe wurden aufgrund von Arbeitgeberleistungen keine Beschränkungen der Arzneimittelerrstattungen auferlegt. Das Ergebnis der Studie dokumentiert, dass die Begrenzung der Arzneimittelerrstattung nur ein Prozent der Gesamtkosten einsparte, während die Nachfolgekosten, analog zu den obigen Beispielen, unverhältnismäßig stiegen. Ein optimal mit Medikamenten versorgter Patient, so belegte das Studienergebnis ebenfalls, bedarf seltener Hilfe aufgrund eines Notfalls, wird seltener stationär behandelt und hält sich konsequenter an die ihm verordnete Arzneimitteltherapie, mit positiven Auswirkungen beispielsweise auf Blutdruck oder Blutzuckerspiegel.

Natürlich trifft in der wissenschaftlichen Diskussion immer Beispiel auf Gegenbeispiel. Und ganz gewiss gibt es auch Medikamente, die das Gesundheitssystem finanziell be- und nicht entlasten. Bei allen genannten Beispielen zeigt sich aber, dass sich Einsparungen bei innovativen Arzneimitteln nicht auszahlen.

Letztlich stellt sich aber auch die grundsätzliche Frage, ob uns mehr Gesundheit nicht auch mehr wert sein sollte, ob wir also bereit sind, für eine bessere Gesundheitsversorgung mehr Geld auszugeben. Diese Frage müssen Gesellschaft und Politik und jeder Einzelne für sich mittelfristig ausloten. Gleichzeitig sollte das ökonomische Potenzial, das in innovativen Arzneimitteln steckt, nicht zuletzt angesichts der großen gesundheitlichen Herausforderungen der Zukunft, konsequent genutzt werden – zum Wohle der Patienten und zum Nutzen des Gesundheitssystems. Der englische Philosoph Francis Bacon wusste vor mehr als 500 Jahren: „Wer keine neuen Heilmittel anwendet, muss neue Übel akzeptieren: denn die Zeit ist der größte Neuerer.“ Dem kann man auch heute nur zustimmen. Es bleibt

somit festzuhalten, dass mehr Gesundheit auch mehr Investition in Innovation braucht.

Literatur

Bacon, F.: The Essays, London 1978.

Bickel, H.: Stand der Epidemiologie. In: Hallauer, F. / Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart 2002, 10–14.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung 2005.

Hallauer, J. F. et al.: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 5 (2000), 73–79.

Hauber, A. B. et al.: Savings in the Cost of Caring for Patients with Alzheimer's Disease in Canada: an Analysis of Treatment with Rivastigmine. In: Clinical Therapy 22 (2000), 439–451.

Hsu, J. et al.: Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. In: New England Journal of Medicine 354 (2006), 2349–2359.

Johannsen, P. et al.: Assessing therapeutic efficacy in a progressive disease – A study of Donepezil in Alzheimer's Disease. In: CNS Drugs 20 (2006), 311–325.

Jönsson, L.: Cost-Effectiveness of Memantine for Moderate to Severe Alzheimer's Disease in Sweden. In: American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 3/2 (2005), 77–86.

Köster, I. et al.: Die Kosten des Diabetes mellitus – Ergebnisse der KoDiM-Studie. Jahrestagung der DDG (Deutsche Diabetes-Gesellschaft) 2004

Lafuma, A. et al.: Evaluation of non-medical costs associated with visual impairment in four European countries: France, Italy, Germany and the UK. In: Pharmacoeconomics 24 (2006), 193–205.

Li, Z. et al.: Comparison of length of hospital stay for patients with known or suspected methicillin-resistant Staphylococcus species infections treated with linezolid or vancomycin: a randomized, multicenter trial. In: Pharmacotherapy 21 (2001), 263–274.

Marckmann, G.: Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsver-

sorgung. In: Düwell, M. / Steigleder, K. (Hrsg.): Bioethik. Frankfurt a. M. 2003, 333–343.

Resch, A. et al.: Kosteneffektivitätsanalyse der Therapie der COPD mittels Tiotropium, Salmeterol und Ipratropium in Deutschland. In: *Pneumologie* 58 (2004).

Schürmann, D. et al.: Cost-Effectiveness of Linezolid vs. Vancomycin. In: ISPOR 7th annual European Congress 2004.

VFA [Verband forschender Arzneimittelhersteller] Statistics 2006 – Die Arzneimittelindustrie in Deutschland.

WHO European Health Database 2006.