

**Pressekonferenz**

**"Die Kosten der Unterversorgung mit  
Arzneimitteln"**

19. Februar 2008  
Berlin

Statement von:

Cornelia Yzer  
Hauptgeschäftsführerin des VFA

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Meine Damen und Herren,

In den vergangenen Jahrzehnten wurde ein ganzer Katalog von Regulierungen im Gesundheitswesen geschaffen, die permanent verschärft, erweitert und um neue Regulierungen ergänzt wurden. Ein Dschungel sich teilweise widersprechender oder gegenseitig aufhebender Maßnahmen sollte dazu führen, dass nur noch das verordnet wird, was möglichst wenig kostet.

**Seite 2/5**

In der Folge dieser Sparbemühungen sind wir in Deutschland mittlerweile europäisches Schlusslicht beim Einsatz innovativer Arzneimittel. Nur 6,3 Prozent der Ausgaben für Arzneimittel entfallen auf Medikamente, die in den letzten fünf Jahren auf den Markt gebracht wurden. In Schweden sind es über 20 Prozent, in Belgien über 17, in Irland und den Niederlanden 16 Prozent. In Folge undifferenzierter Sparvorgaben wurde gleichsam das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Was in den Arzneimittelbudgets eingespart wurde, erwies sich als Kostentreiber an anderer Stelle: So führt Unterversorgung mit Osteoporose-Medikamenten zu höheren Pflegekosten, weil für viele alte Menschen die erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche den Beginn der Pflegebedürftigkeit darstellt.

Die Menschen werden – dank medizinischer Fortschritte - immer älter – und ältere Menschen haben einen höheren medizinischen Bedarf. 70 – 75-jährige verursachen im Durchschnitt jährliche Pro-Kopf-Ausgaben von über 800 Euro, während die Ausgaben von 30 - 35-jährigen bei durchschnittlich 145 Euro liegen. Den Versicherten, die steigende Beiträge bezahlen müssen, wird aber kein reiner Wein über den Zusammenhang zwischen der alternden Gesellschaft und dem steigenden medizinischen Bedarf an Arzneimitteln eingeschenkt. Stattdessen suggeriert man ihnen, dass Ärzte immer noch zu sorglos verschreiben würden.

Betrachtet man aber den Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben der GKV einmal ganz nüchtern, so wird man feststellen, dass nur rund 18 Prozent der Ausgaben auf Arzneimittel entfallen. Das bedeutet, von 100 Euro, die die gesetzlichen Krankenkassen ausgeben, werden 18 Euro für Arzneimittel aufgewendet. Und der Anteil der Arzneimittelkosten an den Gesamtaufwendungen teilt sich auf Hersteller, Großhandel, Apotheken und die Finanzverwaltung auf. Für Krankenhäuser gibt die GKV rund 33 Prozent ihrer Einnahmen aus, die Verwaltungskosten betragen 6 Prozent. Dennoch stehen die 18 Prozent Arzneimittelausgaben im Mittelpunkt jeder Spar-Diskussion, die die Politik in den letzten Jahren unter dem Begriff "Kostendämpfung" führt.

Seite 3/5

Trotz eines als vorbildlich gerühmten Gesundheitssystems haben wir eklatante Versorgungslücken und zwar keineswegs nur in Randindikationen, sondern bei "Volkskrankheiten" wie Depression oder Osteoporose. Lassen Sie es mich klar sagen: hier bekommen Patienten noch immer nicht, was sie brauchen, was also Leitlinien und Behandlungsempfehlungen der Ärzte vorgeben. Die Qualität der Behandlung in der Fläche des Gesundheitssystems ist hier nicht gewährleistet. Dieser unhaltbare Zustand sollte im Interesse der Patienten so schnell wie möglich behoben werden.

Beim Thema "Unterversorgung" lässt sich prototypisch ablesen, wie im Gesundheitssystem Geld verschwendet wird, weil falsch gespart wird. Es wird den Ärzten regelrecht erschwert, wirksame Medikamente zu verschreiben. Die Folge sind aber keine Einsparungen, sondern Mehrkosten: Allein aufgrund der Unterversorgung im Bereich der Depression entstehen jährliche Kosten von 17,9 Mrd. Euro, wobei die Kosten für Berufsunfähigkeit den Löwenanteil bilden. Bei rheumatoider Arthritis liegen die jährlichen Kosten, die durch Unterversorgung verursacht werden, bei 6,8 Mrd. Euro. Bei Osteoporose wurde über einen Zeitraum von 10 Jahren ermittelt, dass sich die

Kosten der Unterversorgung auf 3,59 Mrd. Euro summieren!  
Das ist aus Sicht einer gesamtgesellschaftlichen Kostenrechnung eine Form von "rechte Tasche - linke Tasche", die Patienten mit ihrer Gesundheit und die Allgemeinheit mit hohen nachgelagerten Aufwendungen bezahlt. Nur wenn es uns gelingt, gesamtwirtschaftliche Kostenrechnungen zur Kalkulationsgrundlage unseres Gesundheitssystems zu machen, können wir den gigantischen Verschiebebahnhof zwischen eingesparten Akutbehandlungskosten und erhöhten Spätfolgekosten stoppen.

**Seite 4/5**

Unterversorgung ist also nicht nur ein medizinisches Problem, das dem Einzelnen wirksame Therapieoptionen vorenthält, es ist auch ein ökonomisches Problem, das der Versicherten-gemeinschaft mittel- und langfristig unnötige Kosten verursacht.

Wir müssen endlich in der gesundheitspolitischen Diskussion die Leistungsfähigkeit des Systems zum entscheidenden Orientierungswert für die Patienten machen. Die alles dominierende Diskussion der vergangenen Monate um den Gesundheitsfonds ist ein Beispiel für die falsche Perspektive, die sich auf Verteilung und Verwaltung konzentriert statt auf Versorgung. Ob der Gesundheitsfonds aber einen Beitrag dazu leisten wird, das Versorgungsniveau der Patienten auf das nötige Maß zu verbessern, ist mehr als zweifelhaft.

Statt eines Ideenwettbewerbs der Gesundheitsökonomien, der sich um die intellektuell anspruchsvollste Form der Vereinnahmung der Beiträge der Versicherten bemüht, bräuchten wir einen Ideenwettbewerb der Versorgungsforscher, der sich fragt, wie wir mehr Patientennutzen aus unserem Gesundheitssystem heraus holen.

Mit Blick auf die Versorgungsrealität sehe ich vier praktische Punkte, an denen wir dabei ansetzen müssen:

- Die Möglichkeiten der Patienteninformation müssen erweitert werden, damit Patienten angemessene Therapien früher und aufgrund ihrer Kenntnisse und Mitwirkung auch nachhaltiger zugute kommen.
- Die Ärztefortbildung muss mit Blick auf Therapieerneuerungen intensiviert werden, damit Behandlungsschemata in der Praxis schneller aktualisiert werden können.
- Die Politik muss die gesetzlichen Rahmenvorgaben für die ärztlichen Ausgaben stärker auf den medizinischen Bedarf ausrichten, damit Ärzte nicht zur verkappten Rationierung gezwungen werden.
- Die Kosten-Nutzenbewertung in Deutschland muss den therapeutischen Nutzen von Medikamenten in ein Verhältnis zu den gesamtgesellschaftlichen Kosten setzen, damit unser Sozialsystem kein Verschiebebahnhof wird.

**Seite 5/5**

Unser Gesundheitssystem setzt immer noch auf die Verwaltung des finanziellen Mangels statt auf optimale Ressourcenallokation. Wettbewerb im Gesundheitssystem wird immer noch als Teufelszeug denunziert. Ob aber verdeckte Rationierungsentscheidungen der Gesundheitsbürokratie tatsächlich besser sind als die weitgehende Wahlfreiheit der Versicherten darf bezweifelt werden.

Es geht nicht darum, den Wettbewerb um des Wettbewerbs willen zu propagieren. Ziel ist es vielmehr, die "segensreichen Wirkungen des Wettbewerbs" zu nutzen: Er ist am ehesten in der Lage, Effizienzprobleme zu lösen, den individuellen Interessen der einzelnen Akteure gerecht zu werden und die Versorgungsqualität zu verbessern.