

Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland

Stand: 22.06.2000

Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland

Zusammenfassung	3
Die Arzneimittelversorgung in Deutschland hat Defizite	5
Jeder Vierte gesetzlich Versicherte ist von der Unterversorgung betroffen	6
Die Unterversorgung betrifft zahlreiche Indikationsgebiete	8
Alzheimer	8
Herz-Kreislauf.....	9
Schizophrenie.....	12
Depressionen	13
Schmerz	14
Osteoporose.....	16
Diabetes	17
Hepatitis C	18
Allergien/Asthma	19
Onkologie	20
Chronische Bronchitis	21
Epilepsie.....	22
Ulcus und Gastritis	22
Ein Grund für die Unterversorgung: Das Arzneimittelbudget.....	23

Zusammenfassung: Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland

Das Problem

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland entspricht oftmals nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis. Für viele Indikationsgebiete wurden innovative Medikamente entwickelt, die von medizinischen Experten weltweit als Standardtherapie definiert wurden. Zahlreiche Studien zeigen, dass diese Standards in Deutschland häufig nicht erfüllt werden:

- 27,4% der Versicherten der Gmünder Ersatzkasse, die im 4. Quartal 1999 in ärztlicher Behandlung waren, wurden bisher erhaltene Arzneimittel und Heil-/Hilfsmittel vom Arzt verweigert.
- Im Indikationsgebiet **Alzheimer** erhalten ca. 88% aller Patienten, die für innovative Medikamente geeignet sind, keine entsprechenden Präparate.
- Im Indikationsgebiet **Herz-Kreislauf** werden 87% aller therapiegeeigneten Patienten mit koronarer Herzkrankheit gar nicht oder nicht ausreichend mit präventiven Lipidsenkern behandelt und 75% aller geeigneten Herzinsuffizienz-Patienten nicht mit Betablockern therapiert.
- Im Indikationsgebiet **Schizophrenie** werden in Deutschland nur 10% der Patienten mit modernen Antipsychotika behandelt.
- Im Indikationsgebiet **Depressionen** betrifft die medikamentöse Unterversorgung 65% aller Personen mit schweren Depressionen.
- Im Indikationsgebiet **Schmerz** muss in Deutschland rund 1 Million Menschen trotz zur Verfügung stehender adäquater Medikamente unnötig leiden. 46% aller an Migräne erkrankten Frauen werden nicht optimal medikamentös behandelt.
- Im Indikationsgebiet **Osteoporose** werden mindestens 3 Millionen der an dieser Krankheit leidenden Frauen weder diagnostiziert noch medikamentös adäquat therapiert.
- Im Indikationsgebiet **Diabetes** können durch eine bessere ambulante und medikamentöse Behandlung viele der Folgeschäden vermieden werden: Jährlich erblinden 6.000 Typ 2-Diabetiker, 8.000 werden dialysepflichtig, bei 28.000 werden Gliedmaßen amputiert, 27.000 bekommen Herzinfarkte und 44.000 erleiden einen Schlaganfall.
- Im Indikationsgebiet **Hepatitis C** wird lediglich ein Drittel aller diagnostizierten Erkrankten medikamentös adäquat behandelt.
- Im Indikationsgebiet **Allergien** gehen Experten davon aus, dass über 2,5 Millionen Asthmatiker medikamentös mangelhaft betreut werden. Der Bedarf an **Asthma**-Arzneimitteln ist mehr als doppelt so hoch wie die tatsächlich getätigten Verordnungen.
- Im Indikationsgebiet **Onkologie** wird beispielsweise das Non-Hodgin-Lymphom nur bei 24 bis 36% aller therapiefähigen Patienten mit entsprechenden innovativen Medikamenten behandelt.
- Im Indikationsgebiet **chronische Bronchitis** werden nur 50 - 60% aller mittelschweren und schweren Fälle adäquat mit Antibiotika therapiert.
- Im Indikationsgebiet **Epilepsie** könnten aufgrund vorhandener moderner Medikamente wesentlich mehr Erkrankte symptomfrei sein als dies gegenwärtig der Fall ist.
- Im Indikationsgebiet **Gastritis und Ulcus** erhalten lediglich 6,7 bis 14,8% der Erkrankten eine Therapie mit innovativen Medikamenten.

Die Ursache

Ein Grund für die bestehenden Versorgungsdefizite ist das Arzneimittelbudget. Jedes Jahr wird versucht, die medizinisch bedarfsgerechte Höhe der Budgets in einem planwirtschaftlichen Prozeß prospektiv festzusetzen. Dies kann nicht gelingen, da dem Planungsprozeß alle notwendigen Informationen zur Berechnung, welche und wieviele Arznei- und Heilmittel im folgenden Jahr in einer Region benötigt werden, fehlen. In der Bemühung, dieses vorweg falsch festgelegte Budget einzuhalten, werden die Ärzte in die Rationierung getrieben.

Die Lösung

Die First-Best-Lösung ist die Abschaffung der Budgets. An Stelle der planwirtschaftlichen Elemente muss der einzelne Arzt in die Lage versetzt werden, die ihm medizinisch bedarfsgerecht und ökonomisch effizient erscheinende Therapie einzusetzen. Nur der Arzt kann diese Entscheidungen individuell für jeden Fall, ggf. mit Unterstützung von Leitlinien, treffen.

Solange die Budgets existieren, ist als Second-Best-Lösung ein möglichst bedarfsgerechtes Arzneimittelbudget zu ermitteln. Hierbei sind die bestehenden Versorgungsdefizite unbedingt mit einzubeziehen.

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland hat Defizite

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland entspricht oftmals nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis. Für viele Indikationsgebiete wurden innovative Medikamente entwickelt, die von medizinischen Experten weltweit als Standardtherapie definiert wurden. Obwohl die neuartigen Medikamente auf dem deutschen Markt verfügbar sind, werden sie häufig nicht eingesetzt. Was in anderen Ländern oftmals längst Standard ist, wird deutschen Patienten verweigert.

Zahlreiche einzelne Studien machten in der jüngeren Vergangenheit bereits auf das Problem aufmerksam. Einen Gesamtüberblick über das ganze Ausmaß der Unterversorgung gibt es jedoch bisher nicht. Die folgende Zusammenstellung von Studienergebnissen erhebt ebenfalls keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird in Form einer Punktaufnahme möglichst viel vorhandenes Material zusammengestellt, um einen breiten Überblick über die Versorgungssituation auf dem Arzneimittelsektor in Deutschland zu ermöglichen.

Auswahlkriterium für die Berücksichtigung der Studien war die Objektivierbarkeit der Unterversorgung. D. h. es wird nur dann von einem „Versorgungsdefizit“ gesprochen, wenn es für die Therapie der jeweiligen Krankheit international anerkannte, evidenz-basierte Standards gibt, von denen in der Realität abgewichen wird.

Anzumerken ist hierbei jedoch, dass es verschiedene Stufen der Versorgungsqualität gibt. Eine medizinische Versorgung ist nicht entweder „optimal“ oder „nicht vorhanden“. Dazwischen existiert ein breites Behandlungsspektrum. Die Bezeichnung „Versorgungsdefizit“ wird hier für die Abweichung der tatsächlichen Behandlung von der optimalen Behandlung gemäß evidenz-basierter Standards verwendet und impliziert somit nicht zwingend, dass jede andere Behandlungsform inakzeptabel sei.

Ein bestehendes Defizit lediglich aufzuzeigen ist nicht ausreichend. Es ist ebenso notwendig, die Ursachen dafür zu identifizieren und Lösungsmöglichkeiten zu benennen.

Im Anschluß an die Darstellung der Versorgungssituation wird deshalb erneut aufgezeigt, was der VFA in diesem Zusammenhang immer wieder im Einklang mit vielen Wissenschaftlern und Politikern analysiert hat: Die Arzneimittelbudgets stellen eine wesentliche Ursache der Versorgungsdefizite dar. Auch hierfür gibt es zahlreiche Studien, die den Zusammenhang von Unterversorgung und Arzneimittelbudgets empirisch belegen. Die Arzneimittelbudgets müssen daher endlich abgeschafft und durch intelligente Lösungen ersetzt werden.

Bei dem großen Ausmaß der bestehenden Versorgungsdefizite kann selbstverständlich nicht davon ausgegangen werden, dass die Unterversorgung „von heute auf morgen“ komplett beseitigt wird. Entscheidend ist jedoch, dass sofort damit begonnen wird. Moderne medikamentöse Versorgung muss so schnell wie möglich jedem Patienten verfügbar gemacht werden. Hierbei darf es keine Unterschiede zwischen den gesetzlich Versicherten mit Arzneimittelbudget und den privat Versicherten ohne Arzneimittelbudget geben.

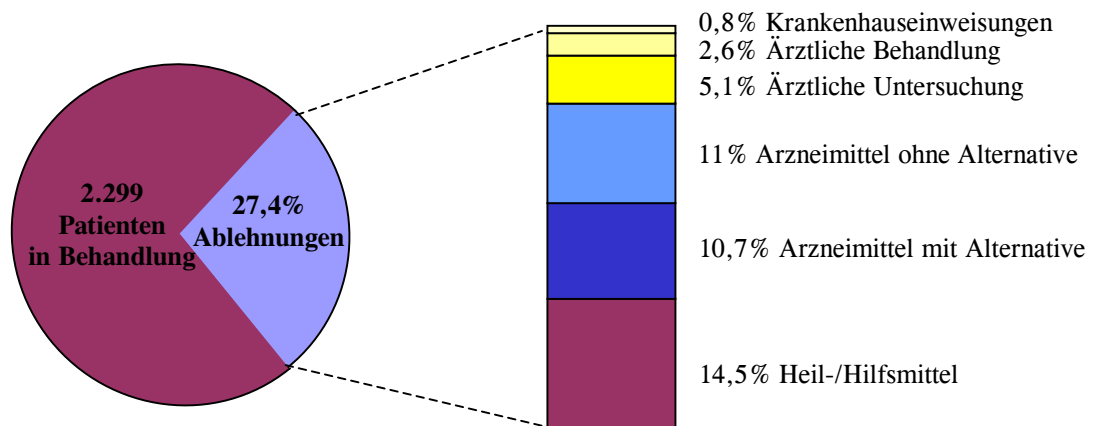
Jeder Vierte gesetzlich Versicherte ist von der Unterversorgung betroffen

Bestehende Unterversorgung aufzuzeigen ist äußerst schwierig. Häufig fehlt es an wissenschaftlich zuverlässigen Angaben über Art und Umfang der Unterversorgung, was dazu führt, dass derartige Fälle von Kassenseite interessengeleitet als „Einzelfälle“ abqualifiziert werden. Im Folgenden wird nun eine Reihe von Untersuchungen dargestellt, die die Einzelfall-Theorie eindeutig widerlegen. Unterversorgung ist in Deutschland in verschiedenen Indikationsbereichen zum Massenphänomen geworden.

Besonders eindrucksvoll zeigt dies eine von der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag gegebene Befragung von Versicherten zu diesem Thema.¹ Das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen wertete im April 2000 die Antworten von 4.024 repräsentativen GEK-Versicherten aus. Gefragt wurde u. a., ob im 4. Quartal 1999 ambulante oder stationäre Leistungen in Anspruch genommen wurden, ob Heil-/Hilfsmittel und bisher verordnete Arzneimittel mit oder ohne Alternative abgelehnt oder verschoben wurden, und ob und welche Folgen diese abgelehnten oder verschobenen Leistungen verursachten.

Von den 57,9% der Befragten (=2.299 Personen), die im 4. Quartal 1999 überhaupt in Behandlung waren, wurden 27,4% bisher erhaltene Arzneimittel und Heil-/Hilfsmittel verweigert bzw. auf das Jahr 2000 verschoben. 11% wurden sogar bisher erhaltene Arzneimittel verweigert, ohne dafür eine alternative Behandlungsmöglichkeit zu gewährleisten.

Abgelehnte Leistungen der GEK-Versicherten im vierten Quartal



Beachte: Mehrfachnennungen möglich

Besonders problematisch sind die Begründungen der Ablehnungen. Hier zeigen sich deutlich die Folgen der Arzneimittelbudgets: Bei 68% aller Ablehnungen der Verordnung bisher verschriebener Medikamente ohne Alternative gab der Arzt als Begründung an, er müsse wegen der Budgetierung die Leistungen aus eigener Tasche bezahlen!

¹ Braun B. : Ablehnungen von Sachleistungen als Folge von Budgetierung sägen an den Wurzeln des sozialen Gesundheitssystems; Versichertenbefragung der Forschungseinheit „Gesundheitspolitik und Evaluation medizinischer Versorgung“ im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, 2000

Auf die Frage, ob die Versicherten wegen der Ablehnung oder Verschiebung von Leistungen „spürbare gesundheitliche Nachteile“ hatten oder haben, gaben beachtliche 24,2% der Befragten an, es gäbe „viele“ oder sogar „sehr viele“. Zur Aussagefähigkeit der Methode der selbstgetätigten subjektiven Gesundheitsbewertungen sei angemerkt, dass eine Vielzahl von Studien bewiesen hat, dass Patienten mit sehr hoher Zuverlässigkeit in der Lage sind, ihren Gesundheitszustand korrekt einzuschätzen.

Als Reaktionen auf die Ablehnungen beschafften sich 46,7% der Versicherten die abgelehnten Leistungen auf eigene Rechnung und 12,1% wechselten den Arzt und bekamen von einem anderen Arzt die ursprünglich abgelehnte Leistung.

Verständlich und alarmierend zugleich sind die offenbar weitreichenden Konsequenzen der Leistungsablehnungen. Hier wird deutlich, dass derartige Konstruktionsfehler wie die Arzneimittelbudgets großen Schaden an den Grundlagen des Krankenversicherungssystems verursachen können: 58,6% der Versichertengruppe mit mindestens einer Leistungsablehnung gab an, ein „weitgehend eingeschränktes“ oder „gänzlich verlorenes“ Vertrauen in den Status quo des sozialen Krankenversicherungssystems zu haben.

Die Unterversorgung betrifft zahlreiche Indikationsgebiete

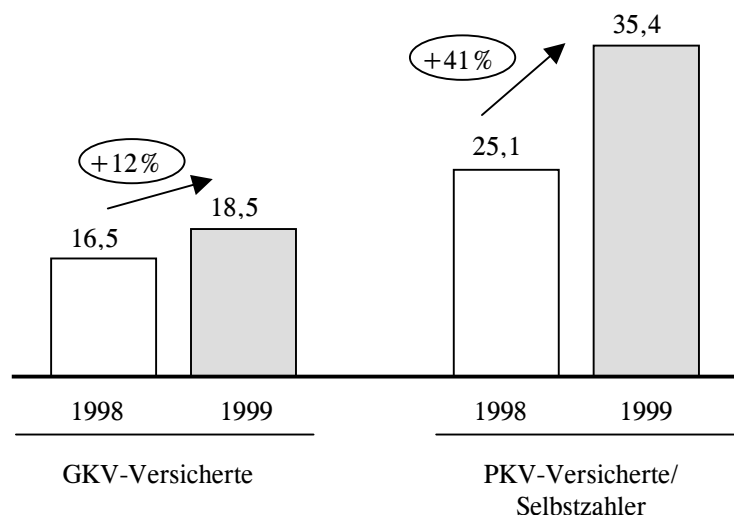
Neben allgemeinen Versichertenbefragungen lassen sich indikationsbezogen zahlreiche weitere Belege für Unterversorgung in Deutschland aufzeigen.

Im Indikationsgebiet Alzheimer...

... ist seit 1995 in Deutschland die Behandlung mit Präparaten der neuen Wirkstoffgruppe der Acetylcholinesterase-Hemmer (AChE-H) möglich. Die Selbstständigkeit der Alzheimer-erkrankten kann mit der neuen Substanzklasse verlängert werden und so die Einweisung in (teurere) Pflegeheime um mindestens ein Jahr hinausgezögert werden. Epidemiologischen Studien zufolge litten 1997 zwischen 0,6 und 0,8 Millionen Menschen an einer Alzheimer-erkrankung.² Hiervon befanden sich mindestens 325.000 Erkrankte in einem leichten und mittelschweren Erkrankungsstadium, so dass ihnen eine Behandlung mit Acetylcholinesterase-Hemmern deutlich nutzen würde.³ Tatsächlich werden jedoch mit diesen innovativen Medikamenten lediglich ca. 40.000 Patienten behandelt, was einem Anteil von ca. 12% entspricht.⁴

Dass als Ursache für die Unterversorgung das Arzneimittelbudget identifiziert werden kann, macht ein Vergleich zwischen dem Verschreibungsspektrum zu Lasten der budgetierten GKV mit dem Verschreibungsspektrum zu Lasten der budgetfreien PKV bzw. Selbstzahler deutlich.⁵

Anteil der AChE-Hemmer-Verordnungen an den Gesamtverordnungen



1999 entfielen bei an Alzheimer erkrankten GKV-Versicherten lediglich 18,5% der Verordnungen auf die innovativen AChE-Hemmer. Bei den budgetfreien PKV-Versicherten war der Anteil der neuartigen AChE-Hemmer mit 35,4% immerhin schon fast doppelt so hoch.

² Kern A.O., Beske F.: Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF), 2000

³ Hallauer J.F., Schons M., Smaler A., Berger K.: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland, 2000

⁴ Psyma GmbH (Arbeitsgruppe für psychologische Marktanalysen), Nürnberg; Pfizer, Marktanalysen

⁵ Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Die Trendzahlen der letzten Jahre lassen vermuten, dass sich die Unterversorgung der GKV-Versicherten im Vergleich zu den PKV-Versicherten zukünftig noch weiter verschärft. Während der Anteil der innovativen AChE-Hemmer im PKV-Bereich im letzten Jahr deutlich um 41 % anstieg, erhielten im GKV-Bereich im selben Zeitraum nur 12 % mehr diese Arzneimittel.

Noch deutlicher zeigt eine repräsentative Befragung des Jahres 1999 von Ärzten mit Alzheimerpatienten die Ursachen dieser Versorgungsdefizite auf.⁶ Demnach verzichteten 85 % aller Ärzte bewusst auf den Einsatz eines AChE-Hemmers. Als Hauptmotiv dafür wurden von 38 % der Ärzte das Arzneimittelbudget und die damit verbundenen Probleme genannt. Ohne den Budgetzwang würden die Ärzte nach eigenen Angaben den Anteil dieser Verordnungen von 18,5 % auf 40 bis 50 % erhöhen.

Im Indikationsgebiet Herz-Kreislauf...

... gelten erhöhte Cholesterinwerte und Bluthochdruck als Hauptrisikofaktoren für schwere Herz-Kreislauf Erkrankungen. Der Sekundärprävention kommt bei Menschen mit diesen Risikofaktoren somit eine besonders große Rolle zu. So ist beispielsweise für Patienten mit zu hohen Cholesterinwerten und koronarer Herzkrankheit der therapeutische Nutzen moderner HMG-CoA-Reduktasehemmer (sogenannter Statine) nach international anerkannten Kriterien der evidenz-basierten Medizin sehr gut belegt. Es wurde nachgewiesen, dass die präventive Senkung der Lipidspiegel bei diesen Patienten die Morbidität und Mortalität um ca. 30 % reduziert.⁷ Die 4 S-Studie, die LIPID-Studie und die CARE-Studie haben gezeigt, dass bei den bereits an koronarer Herzkrankheit Erkrankten durch Medikation mit Statinen ungefähr jedes dritte Ereignis verhindert werden kann.

Obwohl die Zahl der Verordnungen von Lipidsenkern, insbesondere den innovativen HMG-CoA-Reduktasehemmern, zu Lasten der GKV stark gestiegen ist, erhält noch immer ein großer Teil der betroffenen Risikogruppe keine ausreichende präventive Behandlung.⁸ Aus der Vielzahl der Studien zur Versorgungssituation mit Lipidsenkern in Deutschland, die zu diesem Ergebnis kommen,⁹ sei eine Untersuchung herausgegriffen, die 3.720 Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) in 591 Arztpraxen im gesamten Bundesgebiet einbezog.

Für 91 % der KHK-Patienten wäre eine lipidsenkende Medikation angezeigt gewesen, da ihre Cholesterinwerte deutlich über den international anerkannten Höchstwerten lagen.¹⁰

⁶ Psyma GmbH (Arbeitsgruppe für psychologische Marktanalysen), Nürnberg: Befragung bei 172 niedergelassenen Ärzten, insgesamt 61 Neurologen, 74 Allgemeinärzte mit Altenheimbetreuung, 37 Allgemeinärzte mit Demenz-/Alzheimerpatienten, Befragungszeitraum Juli 1999

⁷ Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (4S): Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. *Lancet*, Vol. 344, 1994, S. 1383-1389

⁸ Schwabe U., Paffrath D.: Arzneiverordnungs-Report 1999, Kap. 32

⁹ März W., Wollschläger H., Klein G., Neiß a., Wehling M.: Safety of LDL-Reduction with Atorvastatin versus Simvastatin in a Coronary Heart Disease Population (The TARGET TANGIBLE Trial), *American Journal of Cardiology*. Vol. 84 (1999) S. 7-13

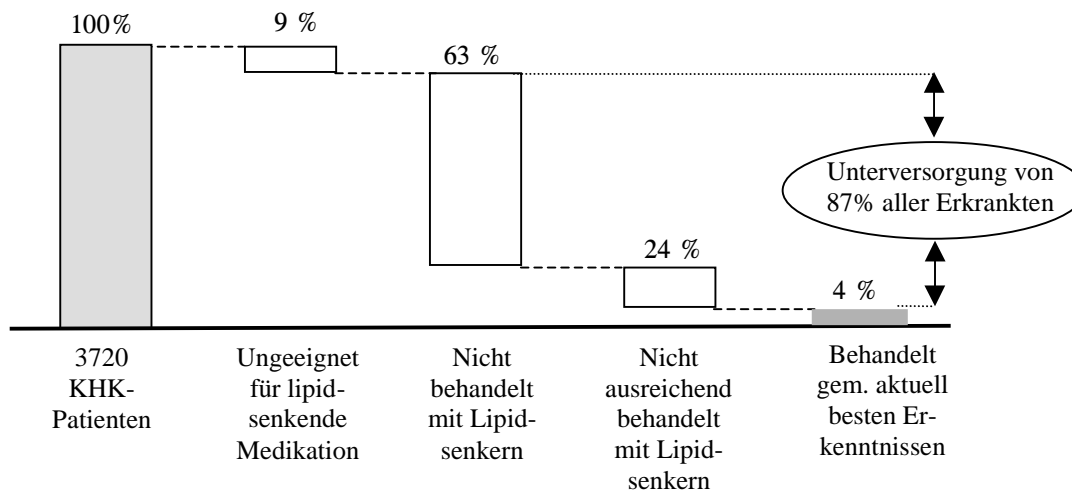
EURO ASPIRE Study Group: A European Study of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *European Heart Journal*, Vol. 18 (1997), S. 1569-1582

Klein G., Ruof J., März W., Wollschläger H., Neiß A., Wehling M.: Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit in Deutschland. Manuskript (zur Publikation bei der Münchner Medizinische Wochenschrift eingereicht)

¹⁰ Wood D., De-Backer G., Faergam O., Graham I., Mancina G., Pyroala K.: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the second joint task force of European and other societies on coronary prevention. *Journal of Hypertension*, Vol. 16 (1998), S. 1407-1414

Jedoch erhielten lediglich 28% der Patientengruppe überhaupt Lipidsenker und das sogar zum überwiegenden Teil in unzureichender Form. Die international empfohlenen LDL-Cholesterinwerte von 115 mg/mL erreichten nämlich nur 4% aller Patienten. D. h. 87% aller KHK-Patienten waren unterversorgt. Die prospektive PIN (Post-Infarkt-Studie) zeigte darüber hinaus an 2.441 Patienten in über 2.000 Praxen, dass die insgesamt leitliniengerechte Prozessqualität der stationären kardiologischen Rehabilitation ambulant bereits im ersten Jahr nicht entsprechend fortgeführt wird.¹¹

Unterversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)



Eine Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie hat gezeigt, dass der vermehrte Einsatz der innovativen Medikamente auch aus der Sicht der Sozialversicherungen zu deutlichen Kostensenkungen führen könnte. Wären z. B. alle Infarktpatienten 1996 in der Folge mit Statinen behandelt worden, hätte dies zu Kostensenkungen von fast 1,5 Milliarden DM in einem Zeitraum von 5 Jahren geführt.¹²

Auch in der präventiven Bluthochdruckkontrolle liegt Deutschland im internationalen Vergleich weit zurück. So beträgt der Anteil der kontrollierten Hypertoniker in Deutschland lediglich 22,5% (sogar bezogen auf die veralteten Zielblutdruckwerte von 160/95 mmHg), während derselbe Anteil in einem medikamentös besser versorgtem Land wie den USA 27,5% beträgt (bezogen auf die restriktiveren aktuellen Zielblutdruckwerte von 140/90 mmHg).¹³

Aber nicht nur in der Prävention, sondern auch in der Akutversorgung von Herz-Kreislauf-erkrankungen bestehen in Deutschland erhebliche Versorgungsdefizite. So gelten Betablocker in Fachkreisen inzwischen als unverzichtbar in der Behandlung der chronisch stabilen

¹¹ Völler H, Klein G, Gohlke H, Hahmann H, Dovifat C, Binting S, Willich SN für die PIN-Studiengruppe. [Sekundärprävention Koronarkrankter nach stationärer Rehabilitation. DMW \[accepted\]](#)

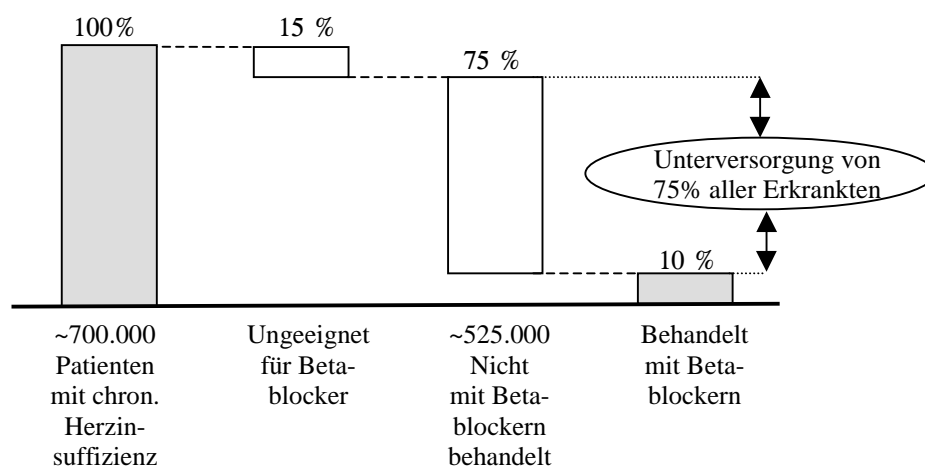
¹² Lauterbach K.W., Versorgungsmängel bei Infarktpatienten aus medizinischer und ökonomischer Sicht: Bedeutung von Leitlinien, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Dezember 1998

Willich SN, Müller-Nordhorn J, Kuhlig M, Binting S, Gohlke H, Hahmann H, Besthorn K, Krobot K, Völler H. für the PIN Study Group. *European Heart Journal* [accepted]

¹³ JNC VI, *Arch Intern Med*, Vol. 157 (1997), S. 2413, Marques-Vidal et al., *Journal of Human Hypertension*, Vol. 11(1997), S. 213

Herzinsuffizienz. Zusätzlich zu der etablierten Standardtherapie bestehend aus Diuretika und ACE-Hemmern ist der Einsatz von Betablockern im Sinne einer „On Top“-Therapie zu sehen, die die Überlebensrate der so behandelten Herzinsuffizienzpatienten entscheidend verbessert. Nach Ansicht führender Kardiologen sollten daher alle herzinsuffizienten Patienten, die einen Betablocker vertragen und keine Kontraindikationen aufweisen, entsprechend therapiert werden.¹⁴ Dies sind ca. 85% aller Herzinsuffizienzpatienten. Gegenwärtig werden aber nur rund 10% dieser Patienten mit einem Betablocker behandelt.¹⁵ Dies bedeutet, dass von den ca. 700.000 herzinsuffizienten Patienten in Deutschland¹⁶ ca. 525.000 behandelbare Patienten nicht adäquat versorgt werden.

Unterversorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz



Als Ursache für die - ansatzweise skizzierte - weit unter dem internationalen Standard liegende deutsche Versorgungssituation ist im Wesentlichen die restriktive Budgetsituation zu nennen. In einer Anfang 1999 durchgeführten Befragung des Institutes für Medizin- und Patientenforschung nannten 75% der befragten Ärzte das Budget – nach den ärztlichen Erfahrungen mit einem Präparat – als den zweitstärksten Bestimmungsfaktor für ihre Arzneimittelversorgung.¹⁷

Zum Ausdruck kommt diese Einschätzung in der Realität in der Form, dass im PKV-Bereich Hochdruckpatienten doppelt so häufig mit modernen Arzneimitteln, wie z.B. AT-II Antagonisten, versorgt werden wie in der budgetierten Kassenmedizin.¹⁸

¹⁴ Böhm M., Expertenworkshop „Herz 2000“ in Frankfurt am Main

¹⁵ Van Veldhuisen, D.J., et al.: Differences in drug treatment of chronic heart failure between European countries, 1999, 20, 666-672

¹⁶ Cowie M.R. et al.: The epidemiology of heart failure. European Heart Journal, 1997, 18, 208-225
Delahaye F. et al.: Epidemiology and economic impact of heart failure in France. Archives des maladies du coeur et de vaisseaux, 1998, Vol. 91 (11), 1307-1314

¹⁷ Institut für Medizin- und Patientenforschung GmbH (IMePA), Umfrage unter 200 Ärzten (Allgemeinärzte und Internisten) im 1. Quartal 1999

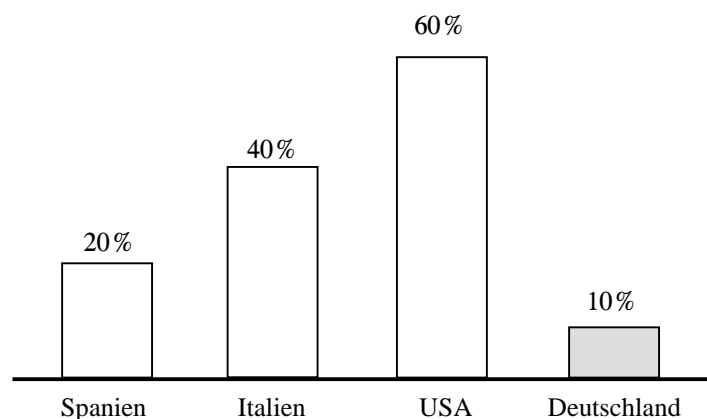
¹⁸ Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Im Indikationsgebiet Schizophrenie...

... sind die Therapiemöglichkeiten durch medizinische Innovationen in den vergangenen Jahren ebenfalls erheblich verbessert worden. Die moderne Langzeittherapie mit Antipsychotika der zweiten Generation wird von führenden Psychiatern und internationalen Fachverbänden als Therapie der ersten Wahl angesehen.¹⁹

Unter Kostengesichtspunkten ist diese Versorgungsform ebenfalls vorteilhaft. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft die Schizophrenie als eine der weltweit teuersten Krankheiten ein. Die Gründe sind ihre Häufigkeit, Chronizität und Beeinträchtigung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Eine adäquate medikamentöse Behandlung verbessert somit nicht nur die Lebensqualität des Erkrankten erheblich, sondern vermeidet u. a. die wesentlich teureren stationären Einweisungen. Zahlreiche Studien weisen auf diesen gesamtwirtschaftlich beträchtlichen Nettoeinspareffekt hin, der sich bei einem vermehrten Einsatz ambulanter medikamentöser Therapiemethoden ergäbe. Dennoch verharret die Anwendung innovativer Medikamente in Deutschland auf sehr niedrigem Niveau. Von den geschätzten 10 Milliarden DM, die jährlich für die Behandlung der Schizophrenie aufgewendet werden, entfallen bisher lediglich 5% auf die Arzneimittelversorgung. Besonders problematisch ist, dass in Deutschland die innovativen Antipsychotika der zweiten Generation nur 10% der Verordnungen ausmachen und somit weit hinter dem internationalen Standard hinterherhinken, d. h. noch immer erhalten in Deutschland die meisten Schizophrenie-Patienten keine zeitgemäße medikamentöse Therapie. In den USA hingegen liegt der Verordnungsanteil der atypischen Neuroleptika bei 60%, in Italien und Spanien immerhin bei 40% bzw. 20%.²⁰

Anteil der atypischen Neuroleptika an den Verordnungen für Schizophrenie-Patienten



¹⁹ World Psychiatric Association

²⁰ Expertenworkshop „Innovationen in der Therapie der Schizophrenie“ (Berliner Empfehlungen), März 2000; Studie mit 686 Psychiatern in neun europäischen Ländern, Cohn und Wolf Marktforschungsagentur, 1999; Arbeitskreis Psychiatrie: Rundtischgespräch III „Gefahren für den Fortschritt der Psychiatrie – die aktuelle Lage 25 Jahre nach der Enquete“, Berlin, 23. März 2000

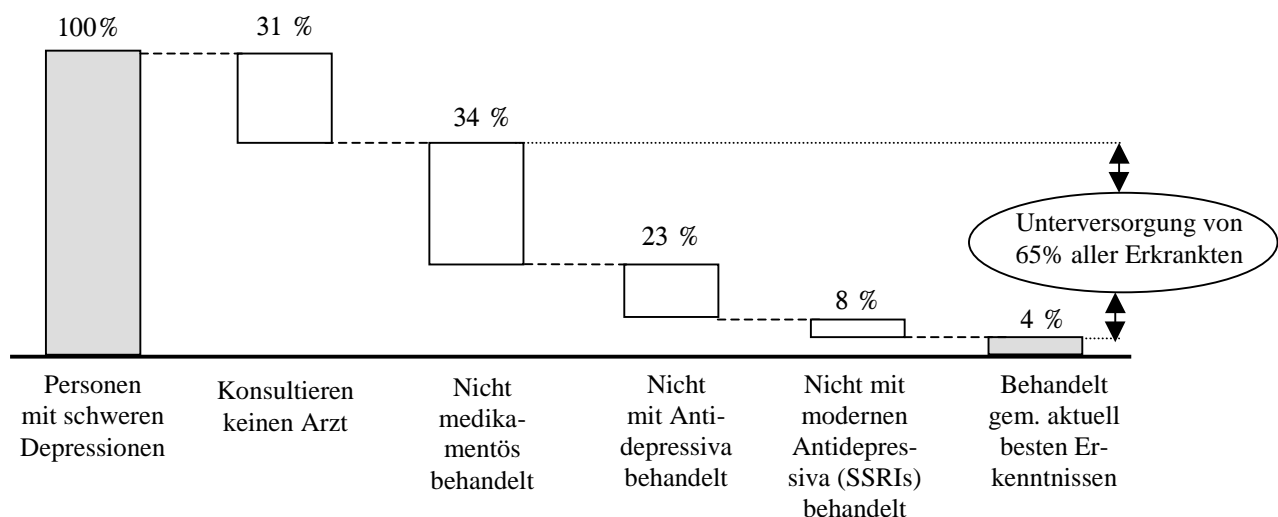
Als Ursache für diese enormen Versorgungsdefizite wurden von zahlreichen Ärzten auf einem Expertenworkshop im März dieses Jahres in Berlin eindeutig zu enge Budgetrestriktionen identifiziert.²¹ Auch der Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 weist explizit darauf hin, dass die Schwierigkeiten der Behandlung der Schizophrenie sich nicht aus dem Mangel an wissenschaftlich begründeten und überprüften Therapiemethoden begründet, sondern in den sozialrechtlichen und strukturellen Defiziten der Versorgung zu sehen ist.²²

Im Indikationsgebiet Depressionen...

...wird ebenfalls nur ein Bruchteil der Patienten adäquat versorgt. Im Jahre 1998 litten in Deutschland fast 10% der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 14 - 65 Jahren (also ca. 5,5 Millionen Menschen) unter Depressionen.²³ Die paneuropäische Studie DEPRES (Depression Research in European Society) analysierte die Daten von 78.463 Menschen in 6 Ländern. Für Deutschland kommt sie zu dem erschreckenden Ergebnis, dass lediglich 35% der Patienten mit schweren Depressionen überhaupt medikamentös behandelt werden und sogar nur 12% der Erkrankten eine Therapie mit Antidepressiva erhalten. Damit liegt Deutschland erheblich unter dem ohnehin äußerst geringen europäischen Mittelwert von 18%.²⁴

Aber auch innerhalb der bereits sehr kleinen Gruppe der mit Antidepressiva behandelten Patienten lassen sich weitere qualitative Behandlungsdefizite aufzeigen. Nur 4% bekommen moderne Antidepressiva, die dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen (SSRIs). Die übrigen 8% werden hingegen noch immer mit älteren Substanzen, die deutlich mehr Nebenwirkungen haben (TCAs) oder mit dem Schweregrad der Erkrankung nicht angemessenen zu leichten Medikamenten (pflanzliche Präparate) therapiert.²⁵

Defizite in der Behandlung von schweren Depressionen



²¹ Expertenworkshop „Innovationen in der Therapie der Schizophrenie“ (Berliner Empfehlungen), März 2000

²² Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998

²³ Wittchen et. al., 1998

²⁴ Lepine J.-P, Gastpar M., Mendlewitz J., Tylee A.: Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society), International Clinical Psychopharmacology, Vol. 12 (1997), S. 19-29

²⁵ Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

Im europäischen Vergleich belegt Deutschland auch in dieser Hinsicht einen der letzten Plätze. In Ländern wie Schweden, Spanien, Frankreich und Österreich hingegen sind die modernen Präparate längst Standard.²⁶

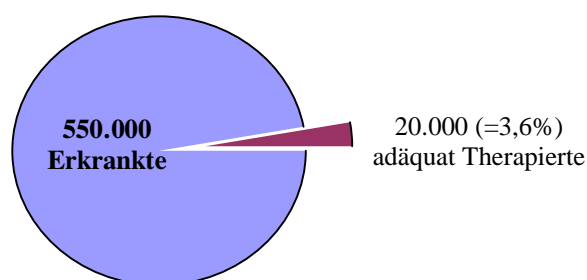
Beachtenswert ist, dass die Preisunterschiede zwischen den innovativen und den veralteten Präparaten in diesen Ländern ähnlich wie in Deutschland sind. Die Unterversorgung im Bereich der Depressionen lässt sich somit offensichtlich nicht mit den *Unterschieden* zwischen den Preisen der Medikamente erklären, sondern mit einer *absoluten* Deckelung der zur Therapie verfügbaren Ausgaben.

Im Indikationsgebiet Schmerz...

... wird Deutschland von Experten als analgesiologisches Notstandsgebiet bezeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass eine Million Menschen unnötig leiden muss.²⁷

Obwohl zur Schmerzbehandlung Medikamente entwickelt werden, die u. a. mit dem Robert-Koch-Arzneimittelpreis ausgezeichnet wurden (ein Preis, der jeweils für ein in der hausärztlichen Praxis besonders bewährtes und wichtiges Medikament vergeben wird), finden diese Medikamente in der Realität häufig keine Anwendung. So ist die Morphinverschreibung in den letzten Jahren zwar angestiegen; um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, müsste sich die verschriebene Menge jedoch in etwa *verzehnfachen*.²⁸ Eine Größenordnung, die im internationalen Vergleich längst Standard ist. Von den rund 550.000 Patienten, die stark wirkende Opioide brauchen, erhalten in Deutschland nur 3,6% die erforderliche Behandlung.²⁹

Defizite in der medikamentösen Schmerztherapie bei Patienten, die stark wirkende Opioide benötigen



²⁶ dito

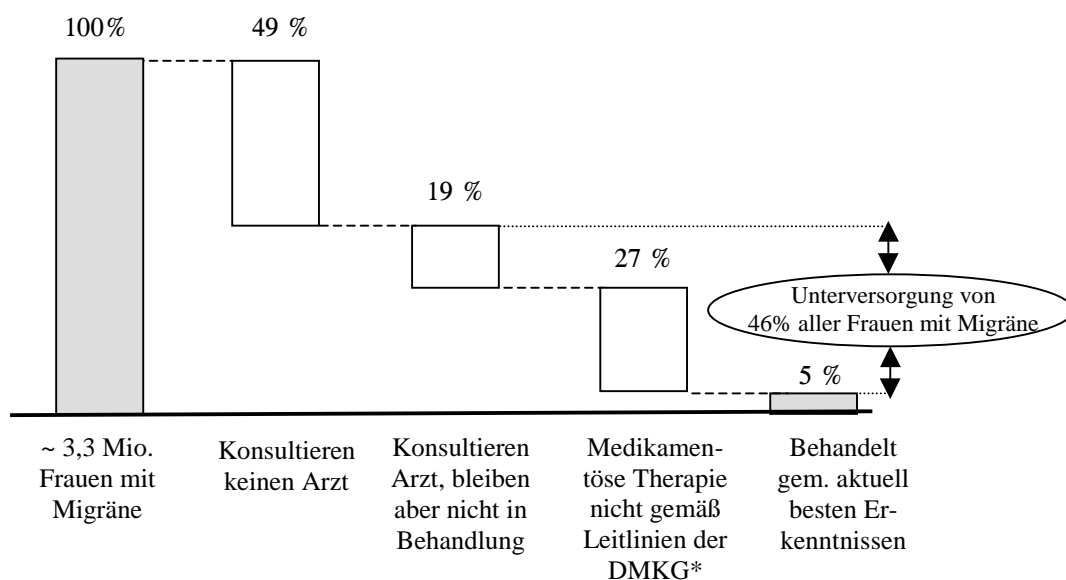
²⁷ Symposium „Schmerztherapie und Palliativmedizin heute“ anlässlich der Verleihung des Robert-Koch-Arzneimittelpreises 1999 am 12.4.99 beim Internistenkongress in Wiesbaden

²⁸ dito

²⁹ Deutscher Schmerztag 1999 „Fortschritt in der Schmerzbehandlung, Stagnation in der ärztlichen Berufspolitik, kontraproduktive Gesundheitspolitik“, Frankfurt am Main 24. bis 28. 2.1999; Junck D., Schmerztherapeutisches Kolloquium 2000

Ein weiteres Beispiel für die unzureichende medikamentöse Behandlung von Schmerzpatienten stellt die Migräne dar. An Migräne leiden etwa 5,5 Millionen Menschen in Deutschland. 3,3 Millionen davon sind Frauen, von denen 49% nicht oder nicht mehr zum Hausarzt gehen, 19% nach einem ersten Hausarzt-Besuch wieder abspringen, 27% nicht durchgehend nach den Empfehlungen³⁰ der Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-Gesellschaft (DMKG) behandelt werden und nur 5% der Frauen durchgehend Migränetherapien nach den aktuell besten Erkenntnissen erhalten.³¹

Defizite in der Behandlung von Migränepatientinnen



* DMKG = Deutsche Migräne und Kopfschmerzgesellschaft

Auf dem Deutschen Schmerztage 1999 in Frankfurt führten Experten die Unterversorgung der Schmerzpatienten darauf zurück, dass bei den Berechnungen der Arzneimittelbudgets die oftmals teuren Medikamente, die diese Patienten unbedingt benötigen, offensichtlich „vergessen“ wurden. Hinsichtlich der Kostenseite gelte auch in diesem Indikationsgebiet, dass die Mehrkosten der teureren innovativen Versorgung durch somit erzielbare erhebliche Einsparungen im stationären Bereich sowie Einsparungen von Krankengeld überkompensiert würden. Aufgrund der vom behandelnden Arzt sektoral getrennt zu betrachtenden Budgets wird dieses Einsparpotential jedoch nicht realisiert.

³⁰ Diener HC, Brune K, Gerber WD, Göbel H, Pfaffenrath V.: [Behandlung der Migräneattacke and Migräneprophylaxe. Deutsches Ärzteblatt 1997; 94\(46\): 2277-2283](#)

³¹ Krobot KJ, Steinberg HW, Pfaffenrath V. [Migraine prescription density and recommendations. Results of the PCAOM Study. Cephalalgia. 1999;19\(5\):511-9](#)

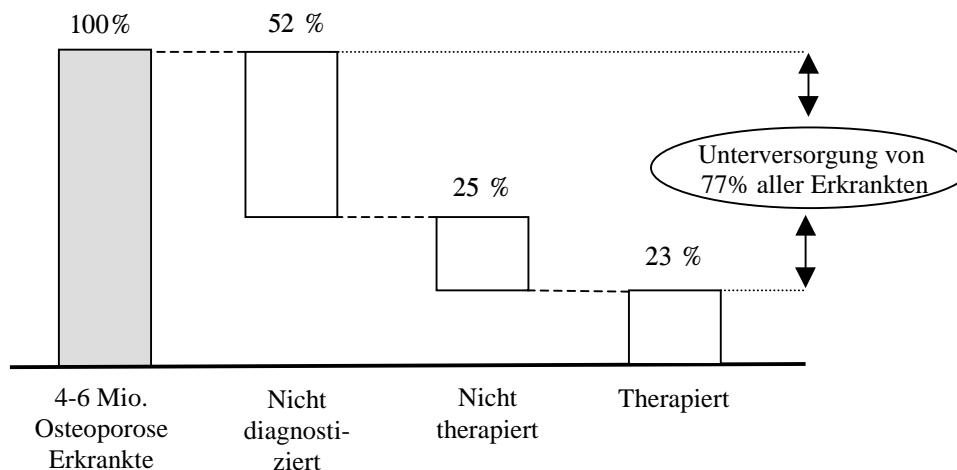
Krobot KJ, Schröder-Bernhardi D, Pfaffenrath V. Migraine consultation patterns in primary care. Results from the PCAOM study 1994-96. *Cephalalgia*. 1999; 19(9):831-40

Krobot KJ, Pfaffenrath V. Primärversorgung der Migräne in Deutschland. Ergebnisse der PCAOM-Studie *Der Schmerz [Suppl 1] 1999; 13: S64*

Im Indikationsgebiet Osteoporose...

... ist in Deutschland jede vierte Frau im Alter von über 50 Jahren betroffen. Insgesamt erreicht die Erkrankung eine Prävalenz von 4 - 6 Millionen.³² Hierfür sind neue Behandlungsstrategien, wie z. B. die Behandlung mit Biphosphonaten, entwickelt worden. Sie werden zwar in den letzten Jahren vermehrt eingesetzt, alarmierend ist aber der mit 23 % immer noch sehr geringe Anteil der überhaupt therapierten Osteoporosen.³³ Mindestens 3 Millionen Frauen mit der Indikation Osteoporose werden somit weder diagnostiziert noch therapiert.

Defizite in der Behandlung von Osteoporose-Patienten



Da in diesem Indikationsgebiet durch rechtzeitige Prävention sowohl schwerwiegende Erkrankungen als auch die damit verbundenen hohen Kosten verhindert werden können, kommt der Diagnostik eine besonders große Rolle zu. Auch hier bietet Deutschland jedoch ein völlig unbefriedigendes Bild: nur knapp jede zweite Osteoporose (48%) wird diagnostiziert, davon nur jede zweite behandelt.³⁴

Nur 17 % der Frauen, die eine Fraktur aufgrund Osteoporose erlitten haben, nehmen Medikamente gegen diese Erkrankung ein.³⁵

Der Gesundheitsbericht für Deutschland des Jahres 1998 geht davon aus, dass von den Krankenhauskosten in Höhe von 2,6 Milliarden DM (bezogen auf die 5,3 Millionen Krankenhaustage 1994) ein enorm großer Teil durch Anwendung vorhandener, aber bisher nicht flächendeckend angewendeter Diagnostik- und Behandlungsmethoden eingespart werden kann.³⁶

³² Pollhäne W., Minne, H.W.: Diagnostik und Therapie der Osteoporose, Notfall Medizin, 36, 39-43
Expertenworkshop „Multiple Gesundheitsrisiken einer Frau in der Postmenopause“, Köln, April 1999;
Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998

McCloskey E.V.: The epidemiology of osteoporosis. Bone Depeche, Vol. 5, 32-34

³³ Pollhäne W., Minne, H.W.: Diagnostik und Therapie der Osteoporose, Notfall Medizin, 36, 39-43

³⁴ Krappweis J, Rentsch A, Schwarz U, Krobot KJ, Kirch W. Outpatient Costs of Osteoporosis in a National Insurance Population. Clinical Therapeutics 1999; 21(11):2001-14

³⁵ Schultz-Zehden B., Frauengesundheit in und nach den Wechseljahren, Institut für Medizinische Psychologie der Freien Universität Berlin, 1998

³⁶ Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998






Im Indikationsgebiet Diabetes...

... hängen der Gesundheitszustand des Patienten und die damit einhergehenden Kosten entscheidend von dem Umgang mit der Erkrankung sowie der Blutzuckereinstellung ab. Wird dieses ordnungsgemäß durchgeführt, können ernsthafte und teure Folgeerkrankungen vermieden oder zumindest sehr lange hinausgezögert werden.

So betragen 1991 für einen schlecht eingestellten, nicht insulinpflichtigen Diabetiker die jährlichen Kosten 11.000 bis 13.000 DM, während ein gut eingestellter nur 1.000 DM kostete. Ähnlich ist die Relation bei den insulinpflichtigen Diabetikern. Hier kostet ein schlecht eingestellter Patient jährlich 13.000 bis 17.000 DM, ein gut eingestellter dagegen nur 2.400 bis 4.000 DM.³⁷ Bei mindestens 4 Millionen - oftmals schlecht eingestellten - Diabetikern in Deutschland ergibt sich somit ein Einsparpotential durch korrekte Blutzuckereinstellung und geschulten Umgang mit der Krankheit in Milliardenhöhe. So stünde gemäß der CODE 2-Studie alleine für die Typ 2-Diabetiker den Mehrkosten einer adäquateren ambulanten und medikamentösen Therapie ein Einsparpotential von ca. 5 Milliarden DM pro Jahr gegenüber (bei 3,5 Millionen Typ 2-Diabetikern und durchschnittlichen Kosten von 5.538 DM pro Patient pro Jahr).³⁸ Die Regel „Sparen durch Arzneimittel statt Sparen an Arzneimitteln“ könnte hier also einmal mehr ihre Anwendung finden.

Knapp 60% der enorm hohen Kosten eines Diabetikers werden durch Krankenhausaufenthalte verursacht (Arzneimittel: 27%), von denen bei ordnungsgemäßer ambulanter Therapie ein sehr großer Teil vermeidbar wäre. Besonders anschaulich stellt dies u.a. eine Studie zu den Typ 2-Diabetikern dar:³⁹ Aufgrund der ungenügenden ambulanten Versorgung erblinden in Deutschland jährlich 6.000 Typ 2-Diabetiker, 8.000 werden dialysepflichtig, bei knapp 28.000 werden Gliedmaßen amputiert, 27.000 bekommen Herzinfarkte und 44.000 eine Schlaganfall.⁴⁰ Eine bessere medikamentöse Einstellung der Diabetiker kann diese Folgen nicht alle verhindern, aber zu einem großen Teil verringern.

Folgeerkrankungen von Typ 2-Diabetikern aufgrund ungenügender ambulanter Versorgung

Erblindungen	6.000 p.a.	
Dialyse-Patienten	8.000 p.a.	
Herzinfarkte	27.000 p.a.	
Gliedmaßenamputationen	28.000 p.a.	
Schlaganfälle	44.000 p.a.	

³⁷ CODE 2-Studie (Costs of Diabetes in Europe, Type 2) , 1999

³⁸ dito

³⁹ dito

⁴⁰ dito

Schulungsmaßnahmen für die Patienten sowie optimale Stoffwechseleinstellungen erfolgen jedoch in viel zu geringem Maße. Von den mindestens 4 Millionen Diabetikern in Deutschland werden 30% überhaupt nicht medikamentös behandelt und keine Hb-A_{1c} Messungen vorgenommen. Bei den übrigen 70% wiesen lediglich 26% eine gute Blutzuckereinstellung von Hb-A_{1c} Werten unter 6,5 Prozent auf. Durch den vermehrten Einsatz von Antidiabetika könnten diese alarmierenden Werte deutlich verbessert werden.⁴¹

Als eine Ursache für den zu geringen Einsatz von Antidiabetika können eindeutig die zu geringen Budgets identifiziert werden, die keine adäquate ambulante medikamentöse Therapie ermöglichen. In der Folge der zu gering bemessenen und sektoral begrenzten Budgets werden die Ärzte zu einem kurzfristigen Behandlungshorizont genötigt, der spätere Folgeerkrankungen nicht berücksichtigen kann. Mittel- und langfristig auftretende teure stationäre Behandlungen fallen in einen anderen „Kostentopf“. Der eindeutig nachweisbare und allseits bekannte Zusammenhang zu den zu geringen und sektoral fokussierten Arzneimittelbudgets wird hier einfach negiert.

Im Indikationsgebiet Hepatitis C...

...ist unstrittig, dass Hepatitis C zu den am stärksten unterdiagnostizierten und untertherapierten Krankheiten in Deutschland zählt. Es gibt keine Quelle, die exakte Daten für die Epidemiologie der Hepatitis C liefern kann. Dieses Krankheitsbild ist u.a. durch eine sehr hohe Dunkelziffer (bis zu 80%) gekennzeichnet.⁴² Es wird davon ausgegangen, dass 400.000 bis 800.000 Menschen betroffen sind,⁴³ jedoch lediglich 30.000 diagnostiziert sind und nur 10.000 Patienten (entspricht 1,3 bis 2,5% (!) aller Therapiebedürftigen) heute adäquat mit Interferonen in Monotherapie bzw. auch in Kombinationstherapien mit anderen Medikamenten therapiert werden.⁴⁴ Neben dem großen Problem der Diagnostizierung ist also bemerkenswert, dass lediglich ein Drittel aller diagnostizierten Patienten adäquat medikamentös therapiert wird.

Die genannten Therapieverfahren entsprechen den Leitlinien der European Association for the Study of the Liver und helfen, sehr häufig auftretende Folgeerkrankungen der Hepatitis C zu vermeiden. So entwickelt jeder dritte unzureichend behandelte Patient eine Leberzirrhose, einige davon ein Leberzellkarzinom.⁴⁵

Auch in diesem Indikationsgebiet gilt: Die Mehrkosten der Folgeerkrankungen, beispielsweise einer Lebertransplantation, übersteigen bei weitem die Mehrkosten einer innovativen Medikation. Dass der medizinische Mehrnutzen einer medikamentösen Therapie gegenüber schwerwiegenden stationären Eingriffen für den Patienten unmessbar groß ist, ist ohnehin selbstverständlich.

⁴¹ dito

⁴² Schlaak J.F., Gerken G.: Aktuelle Strategie in der Diagnostik und Therapie der chronischen Virushepatitiden. *Tägl. Prax.*, 1997, 38, 515-526

⁴³ Kühnl P et al.: Antibody to hepatitis C virus in german blood donors. *The Lancet*, 1989, 2, 324

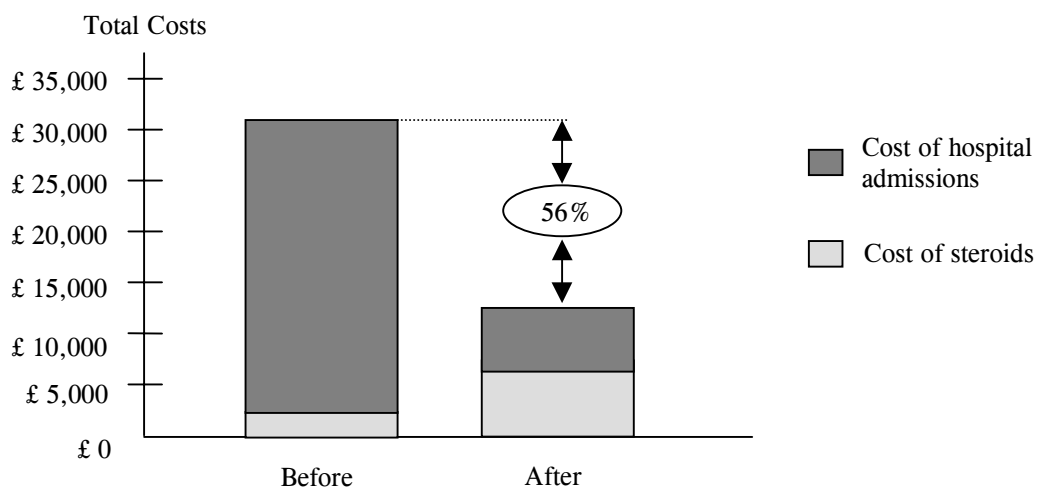
⁴⁴ Ermittelt aus dem Jahresumsatz der in diesem Bereich eingesetzten Interferon-Präparate.

⁴⁵ Internationale Konsensuskonferenz der European Association for the Study of the Liver, 1999

Im Indikationsgebiet Allergien/Asthma...

...werden in Deutschland Millionen Allergiepatienten diagnostisch und therapeutisch mangelhaft betreut. Die Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (DGAI) und des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA) nennt in diesem Zusammenhang sogar eine Zahl von 20 – 25 Millionen unzureichend betreuten Allergikern.⁴⁶ Zwar ist unstrittig, dass durch eine frühzeitige und adäquate medikamentöse Behandlung von Allergien stationäre Behandlungskosten entfallen. Als Beispiel sei eine Studie genannt, in der die Gesamtkosten von Asthmatikern (stationäre Behandlung sowie Behandlung mit Steroiden) nach Umstellung auf ein innovatives, teureres Steroid innerhalb von sechs Monaten um 56% reduziert wurden.⁴⁷

Asthmatiker: Kostenreduktion nach Umstellung auf ein Steroid



Dennoch wird die Behandlung von Allergiepatienten nicht als Praxisbesonderheit anerkannt. Es besteht also für allergologisch tätige Ärzte zunehmend die Gefahr, in Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder Regresse aufgrund ihres Verschreibungsverhaltens zu kommen. In der Folge kann eine Vielzahl der Allergiker lediglich „mangelhaft“ betreut werden.

Nach Angaben des „Weißbuch Lunge“ wird heute nur ein Drittel der mehr als vier Millionen Asthmatiker in Deutschland überhaupt medikamentös therapiert. Die Anzahl der medikamentös adäquat therapierten Patienten wird auf um ein Vielfaches geringer geschätzt.⁴⁸ Dies bedeutet, dass weit über 2,5 Millionen Asthmatiker keine versorgungsgerechte medikamentöse Therapie erhalten und die sektorübergreifenden Gesamtkosten somit viel höher sind als unbedingt notwendig.

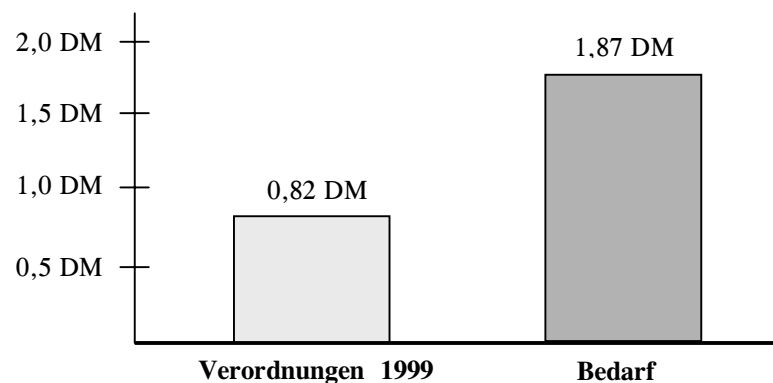
⁴⁶ Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (DGAI) zusammen mit dem Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA) anlässlich der 21. DGAI-Tagung, München, Oktober 1999

⁴⁷ ABPI

⁴⁸ Konietzko N., Fabel H., Weißbuch Lunge 2000, Stuttgart

Bestätigt werden die Versorgungsdefizite von Asthmatikern auch durch Daten des Instituts für Medizinische Statistik (IMS). Anhand der Tagestherapiekosten (TTK) kann die Differenz zwischen der tatsächlich durchgeführten und der bedarfsgerechten Medikation errechnet werden. Was „bedarfsgerecht“ ist, wurde von der Deutschen Atemwegsliga definiert, was tatsächlich verschrieben wurde, lässt sich anhand der Abrechnungsdaten ermitteln. Das Ergebnis ist, dass der Bedarf zur Behandlung der Asthmatiker in Höhe von 1,87 DM TTK pro Patient pro Tag mehr als doppelt so hoch ist wie die tatsächlich getätigten Verordnungen in Höhe von 0,82 DM TTK pro Patient pro Tag.⁴⁹

Versorgungsdefizit in der Arzneimitteltherapie der Asthmatiker in Deutschland



Im Indikationsgebiet Onkologie...

... wird eine Senkung der Mortalitätsrate bei Brustkrebs u. a. auf ein zielgruppenadäquates, gut organisiertes Mammographie-Screening sowie die Therapie mit Taxanen zurückgeführt. Beides wird in anderen Ländern, wie beispielsweise den USA mehr eingesetzt als in Deutschland. Im Gegensatz zur USA gibt es in Deutschland kein Mammographie-Screening, also eine routinemäßige Röntgen-Untersuchung der Brust bei jeder Frau, obwohl internationale Studien belegen, dass sich die Zahl der Brustkrebs-Todesfälle bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren durch ein Mammographie-Screening um bis zu 30% verringern lässt. So verwundert es nicht, dass in den USA 26% aller Brustkrebspatientinnen sterben müssen, gegenüber 40% in Deutschland.⁵⁰

Des Weiteren steht zur Bekämpfung des Non-Hodgkin Lymphoms inzwischen eine Antikörpertherapie zur Verfügung. 1999 kamen hierfür in Deutschland zwischen 3.600 und 5.400 Patienten aufgrund des Schweregrades ihrer Erkrankung in Frage.⁵¹ Tatsächlich mit innovativen Medikamenten behandelt wurden jedoch lediglich 1.300 Patienten, also nur 24% bis 36% aller behandlungsbedürftigen Patienten.⁵²

⁴⁹ Konietzko N., Fabel H., Weißbuch Lunge 2000, Stuttgart, Institut für Medizinische Statistik (IMS Health)

⁵⁰ Datamonitor 1998

⁵¹ Stanford Research Institute, 1999; Europäische Krebsdatenbank, 1995

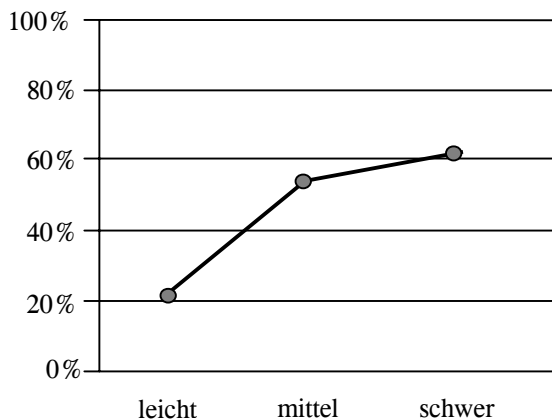
⁵² Ermittelt aus dem Jahresumsatz der MabThera-Therapie.

Im Indikationsgebiet chronische Bronchitis...

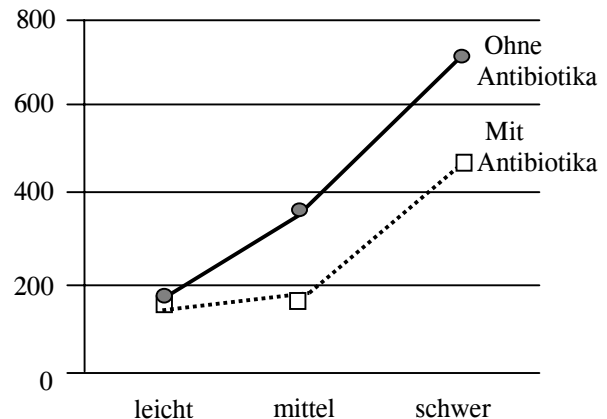
... wird von einer Prävalenz von mindestens 10% der Bevölkerung ausgegangen, d. h. mindestens 8 Millionen Menschen können an einer chronischen Bronchitis erkranken. Damit ist die Dimension dieser Volkskrankheit deutlich, die durchschnittlich je Patient ca. 1.200 DM und somit über 9 Milliarden DM jährlich an direkten Kosten (die Kosten, die hauptsächlich den Krankenversicherungen entstehen) verursacht.⁵³

Die zweifellos adäquate medikamentöse Therapie akuter Exazerbationen ist die Behandlung mit Antibiotika. Eine repräsentative Studie von 785 Patienten bei 147 Ärzten zeigt jedoch, dass lediglich ca. 50 - 60% aller Fälle mittlerer und schwerer akuter Exazerbationen antibiotisch therapiert werden.⁵⁴

Häufigkeit einer Antibiotikaverordnung



Direkte Kosten in DM je AECEB*



* Akute Exazerbationen (neuartige Verschlimmerungen) Chronischer Bronchitis

Dieses Ergebnis ist nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten äußerst unbefriedigend, sondern treibt darüber hinaus die Kosten der Behandlung derartiger Erkrankungen unnötig in die Höhe. Die Studie konnte nämlich ebenfalls nachweisen, dass die direkten Kosten *ohne* antibiotische Therapie bei Fällen mit mittlerer Exazerbation doppelt so hoch und bei Fällen mit schwer akuter Exazerbation um ein Drittel höher sind als die direkten Kosten *mit* antibiotischer Therapie. Begründet sind diese Kostenunterschiede im Wesentlichen durch höhere Krankenhauskosten in den nicht-antibiotisch behandelten Fällen, die für die antibiotisch behandelten Patienten größtenteils entfallen.⁵⁵

⁵³ Pfeil T. et.al., Sozioökonomische Relevanz akuter Exazerbationen der chronischen Bronchitis in der BRD: Eine prospektive repräsentative Krankheitskostenstudie, Institut für Empirische Gesundheitsökonomie

⁵⁴ Use of drugs within a year German representative burden of illness study in chronic bronchities, 6. GAA Jahrestagung, April 1999

⁵⁵ Pfeil T. et.al., Sozioökonomische Relevanz akuter Exazerbationen der chronischen Bronchitis in der BRD: Eine prospektive repräsentative Krankheitskostenstudie, Institut für Empirische Gesundheitsökonomie

Im Indikationsgebiet Epilepsie...

... könnten aufgrund vorhandener innovativer Medikamente wesentlich mehr Erkrankte symptomfrei sein als dies gegenwärtig der Fall ist. Rund ein Dutzend von Substanzen verschiedener Wirkungsweise stehen zur Verfügung, unter denen für die meisten Patienten wenigstens eine zu finden ist, die bei richtiger Anwendung und guter Verträglichkeit eine erfolgreiche Behandlung gewährleistet, d. h. eine Anfallsfreiheit von 50% bei den therapieschwierigen und von 80% bei den therapielichteren Erkrankten bewirkt.

Die Versorgungsrealität zeichnet jedoch ein anderes Bild. Eine versorgungsepidemiologische Studie aus dem Jahre 1996 zeigt auf, dass aufgrund mangelhafter Versorgung statt 50% der Erkrankten nur 40,7% bzw. statt 80% nur knapp 50% anfallsfrei waren. Darüber hinaus wurden lediglich 7,3% zu einer höherspezialisierten Einrichtung verwiesen, obwohl das Epilepsiekuratorium bereits 1990 in seinen Leitlinien der Epilepsiebehandlung darauf hingewiesen hat, dass jeder Patient, der trotz Behandlung weiterhin Anfälle hat, an eine höherspezialisierte Einrichtung zu überweisen ist.⁵⁶

Im Indikationsgebiet Ulcus und Gastritis...

... kommen grundsätzlich alle Patienten für eine Hp-Eradikations-Therapie in Betracht, die von den Fachgesellschaften nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft als die adäquate Therapieempfehlung angesehen wird. Eine Studie auf der Basis von Patientendaten von 364 Allgemeinmediziner, Praktikern und Internisten ergab jedoch, dass nur ein kleiner Teil aller Erkrankten eine Hp-Eradikations-Therapie erhält. Je nach Indikationsgebiet sind dies 6,7% (Gastritis), 8,9% (Ulcus ventriculi) bzw. 14,8% (Ulcus duodeni).⁵⁷

⁵⁶ Päßflin M. , May T.W., Stefan H., Adelmeier U.: Prävalenz, Behandlung und soziale Aspekte von Epilepsien in Deutschland: Erste Ergebnisse einer epidemiologischen Querschnittsstudie (EPIDEG-Studie)

⁵⁷ Institut für Medizinische Statistik (IMS Health): Die Helicobacter pylori-Eradikations-Therapie: Wie ist die aktuelle Situation in den deutschen Praxen?, Frankfurt am Main, Februar 1999

Ein Grund für die Unterversorgung: Das Arzneimittelbudget

Wie in der Darstellung der Versorgungsdefizite schon aufgezeigt wurde, ist eine wesentliche Ursache der bestehenden Unterversorgung das Arzneimittelbudget. Die eindeutigen empirischen Belege hierfür sind die schmerzhafteste Bestätigung der vom VFA im Einklang mit vielen Wissenschaftlern und Politikern bereits seit Jahren analysierten Konstruktionsfehler der Arzneimittelbudgets. Die Praxis zeigt nun mehr denn je, was in der Theorie längst vorhergesehen wurde: Budgets führen zu Rationierung und zu einer massiven Gefährdung der Gesundheitsversorgung!

Wieso ist das so? Worin besteht der Konstruktionsfehler der Arzneimittelbudgets? Und wie lässt sich der Fehler korrigieren?

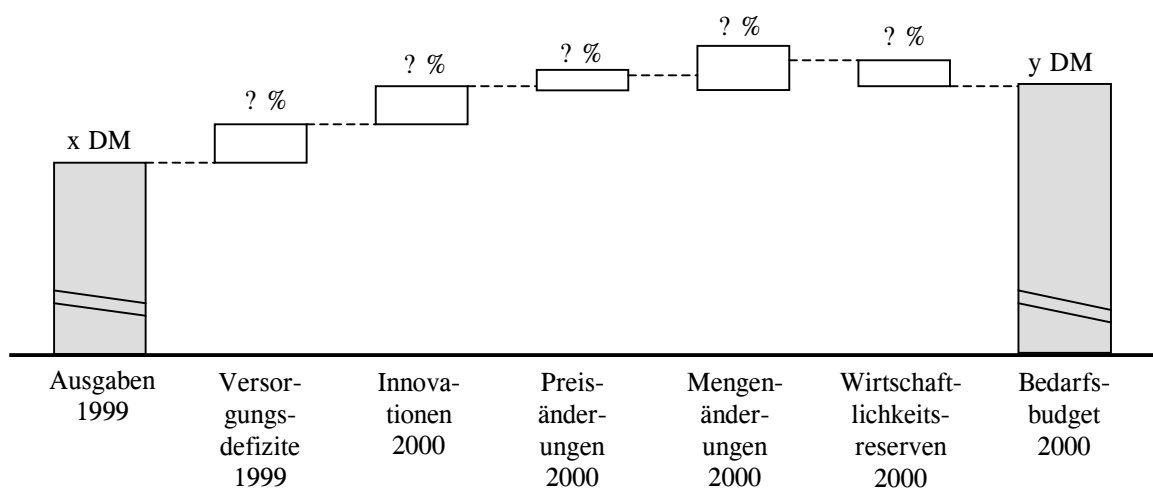
Der Konstruktionsfehler: Es gibt keine medizinisch bedarfsgerechten Budgets

Das Instrument der Arzneimittelbudgets wurde ursprünglich als kurzfristige Notmaßnahme eingeführt, deren einziges Ziel die kurzfristige Kostenbegrenzung war. Die medizinischen Notwendigkeiten und die therapeutischen Bedürfnisse der Patienten blieben dabei vollkommen unberücksichtigt.

Wie die tatsächlichen Kostenentwicklungen zeigen, waren die Budgets nicht einmal geeignet, dieses kurzfristige bloße Kostenziel zu erreichen. Die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitsleistungen – und nur diese Zahl ist entscheidend – sind seit der Einführung der Arzneimittelbudgets (1993) um 20,5% gestiegen. Die Auswirkungen auf die Versorgungssituation sind hingegen leider deutlich spürbar. Wie ausführlich dargestellt ist eine enorme Unterversorgung entstanden.

Budgets werden prospektiv festgelegt, d.h. anhand eines planwirtschaftlichen Prozesses soll ermittelt werden, welche und wieviele Arznei- und Heil-/Hilfsmittel im kommenden Jahr in einer Region benötigt werden. Dies ist unmöglich, da dem Planungsprozeß alle notwendigen Informationen zur Berechnung des Budgets fehlen. Die Entstehung von Krankheiten und die dementsprechend notwendige Behandlung richtet sich nicht nach dem Willen des Gesetzgebers oder der finanziellen Situation der Krankenkassen, sondern unterliegt ganz anderen Kriterien. Über die in § 84 SGB V festgelegten Faktoren hinaus müßten folgende Größen exakt vorhergesagt werden, um ein medizinisch bedarfsgerechtes Budget zu ermitteln:

Der unmögliche Prozeß der Ermittlung eines medizinisch bedarfsgerechten Arzneimittelbudgets



Der einzige bekannte Parameter in dem Budgetberechnungsprozeß ist die Höhe der Ausgaben des abgelaufenen Jahres. Bereits diese können allerdings erhebliche bestehende Versorgungsdefizite implizieren. Sie zu identifizieren ist schwer genug, sie exakt zu quantifizieren nahezu unmöglich. Tatsache ist jedoch: Um lediglich die ausführlich dargestellten Versorgungsdefizite aufzuholen – und die Auflistung ist noch längst nicht vollständig –, ist eine Budgeterhöhung um Milliardenbeträge notwendig.

Auch die weiteren Faktoren, die in die Berechnung des Budgets einzubeziehen sind, können nicht vorweg berechnet werden. Wer kann etwa die Kostenwirksamkeit der im folgenden Jahr neu auf den Markt kommenden innovativen Medikamente sowie die Preis- und Mengenentwicklungen exakt prognostizieren? Kleinste Abweichungen vom tatsächlichen Wert können hier schon enorme Auswirkungen auf die Versorgung haben.

So gehen die alljährlichen Expertenberechnungen denn auch erfahrungsgemäß weit auseinander. Als sicher gilt lediglich die Voraussage, dass die kostensteigernd wirkenden Faktoren die kostensenkenden Wirtschaftlichkeitsreserven des Systems deutlich übertreffen werden. Die Einsparmöglichkeiten im Bereich der sogenannten umstrittenen Arzneimittel und auf dem Feld der Generika sind nämlich bereits weitgehend ausgeschöpft. So ist z.B. Deutschland mit einem Anteil der Generikaverordnungen von knapp 70% am dafür geeigneten Markt bereits schon heute „Generika-Weltmeister“. Die hier angeblich noch vorhandenen Sparpotentiale basieren auf der Annahme eines hundertprozentigen Generika-Anteils und sind damit unrealistisch. Wer – wie zuletzt die AOK – von Einsparmöglichkeiten in Höhe von über sieben Milliarden Markt spricht, verabschiedet sich aus der ernsthaften Diskussion. Wer angesichts der aufgezeigten enormen Unterversorgung das Arzneimittelbudget um weitere 20% reduzieren will, handelt – auf dem Rücken der Patienten – grob fahrlässig.

Die Folgen des Konstruktionsfehlers: Weniger Qualität für mehr Geld

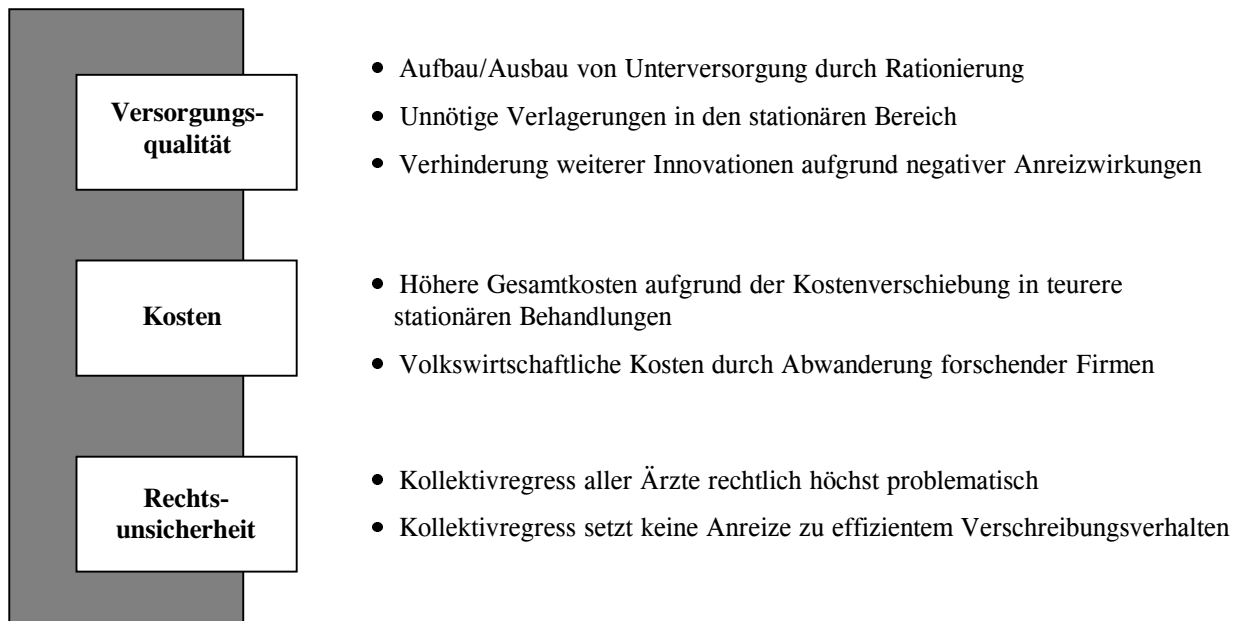
Jedes planwirtschaftlich berechnete Budget ist falsch, und jedes falsche Budget ist schlecht. Ist das vereinbarte Budget *höher* als der tatsächliche Bedarf, verfehlt es seine kostensenkende Wirkung. In diesem Falle können im Gegenteil sogar höhere Ausgaben als nötig entstehen, da ein festgesetzter Budgetrahmen schwerlich unterschritten werden wird. Ist das vereinbarte Budget *niedriger* als der tatsächliche Bedarf, ergeben sich gravierende negative Konsequenzen für die Versorgungsqualität und die Gesamtkosten der nicht nur die Arzneimittel umfassenden Gesundheitsversorgung.

Nicht nur ein zu gering bemessenes Budget, sondern bereits die „Androhung“ von Regressen bei Überschreitung eines extern festgesetzten Budgets führt zu erheblichen negativen Steuerungseffekten. Die Budgets des abgelaufenen Jahres sind hierfür ein gutes Beispiel. Auf den ersten Blick scheinen sie in einigen Ländern „ausgereicht“ zu haben, da sie unterschritten wurden. Auf den zweiten Blick wird jedoch klar, dass dies – wie ausführlich aufgezeigt – teilweise zu enormer Unterversorgung geführt hat.

Bereits bestehende Versorgungsdefizite werden also durch Arzneimittelbudgets weiter ausgebaut bzw. neue Formen der Unterversorgung entstehen. Immer mehr Patienten werden nicht gemäß dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt. Insbesondere „teure“ chronisch kranke Patienten werden einer Risikoselektion unterzogen, d.h. es wird ihnen besonders erschwert, einen Arzt zu finden, der ihnen entsprechend ihrer Krankheit teure und häufig benötigte Medikamente verordnet.

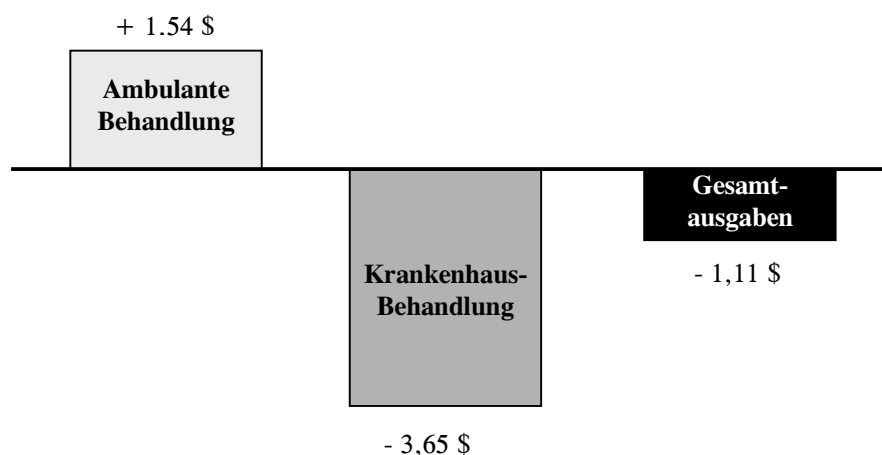
Weitere Investitionen in die Entwicklung innovativer Medikamente werden behindert, da den hohen Forschungsaufwendungen zu geringe Absatzmöglichkeiten gegenüberstehen, so dass sich derartige Investitionen für die Firmen kaum mehr lohnen. In der Folge investieren sie entweder in anderen Ländern oder in anderen Wirtschaftszweigen. Beides ist verbunden mit erheblich negativen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen für den Standort Deutschland, die weit über das Gesundheitswesen hinaus gehen.

Die Folgen des Arzneimittelbudgets



Des Weiteren führt ein zu gering bemessenes Arzneimittelbudget in vielen Fällen zu Verlagerungseffekten von dem zu geringen „Kostentopf Arzneimittel“ in den getrennt betrachteten und von einem anderen zu verantwortenden „Kostentopf Krankenhaus“. Statt zu Hause medikamentös behandelt zu werden, müssen die Patienten stationäre Aufenthalte hinnehmen. Dies stellt nicht nur eine erhebliche Minderung der Lebensqualität der betroffenen Patienten dar, sondern führt darüber hinaus zu wesentlich höheren Gesamtausgaben, da die stationäre Versorgung (fast) immer teurer ist als die ambulante Arzneimitteltherapie.

Zusätzliche Arzneimittelausgaben von 1 \$ verursachen...



Dieser bereits intuitiv zwingende Zusammenhang zwischen ambulanter Arzneimitteltherapie und stationärer Behandlung wird empirisch durch eine Vielzahl von Studien bestätigt.⁵⁸ Als Beispiel sei die aktuellste Untersuchung der Basler Health Econ AG genannt, die für das Indikationsgebiet Herz-Kreislauf mit deutschen Daten zeigte, was international schon häufig nachgewiesen wurde: Restriktive Verordnungen bei Arzneimitteln führen zu steigenden Krankenhauskosten und zu vermehrter Arbeitsunfähigkeit.

Last but not least ist das Arzneimittelbudget rechtlich äußerst bedenklich. Da die finanzielle Ausgleichspflicht aller Kassenärzte für den Fall einer Überschreitung des festgesetzten Budgets besteht, wird das Budget von Rechtswissenschaftlern als verfassungswidrig angesehen. Selbst Ärzte, die keinerlei Arzneimittel oder Heilmittel verordnen, müssen mit einer Kürzung ihres Einkommens rechnen, wenn ihre Kollegen mehr verordnen müssen, als das planwirtschaftliche Budget vorsieht.

Das Arzneimittelbudget muss durch intelligente Lösungen ersetzt werden

Die Fülle der Beispiele beweist: Arzneimittelbudgets führen zu teilweise drastischer Unterversorgung. Eine effiziente Arzneimittelversorgung, bei der Kosten und Nutzen der Medikamente in einem von den Marktteilnehmern gewünschtem Verhältnis zueinander stehen, ist mit dem Arzneimittelbudget nicht möglich. Krankheiten und deren Behandlung orientieren sich nicht an Planzahlen, und zwar erst recht nicht, wenn für diese Planungen die Daten und Fakten fehlen.

Eine effiziente Arzneimittelversorgung führt vor allem über den eigenverantwortlich handelnden Arzt. Nur er hat alle notwendigen Informationen, um fallbezogen zu entscheiden, welche (Arzneimittel-)Therapie in welcher Situation für welchen Patienten am sinnvollsten ist. Intelligente Lösungen setzen keine willkürlichen Restriktionen für den Arzt, sondern geben ihm Anreize, sich zum perfekten Sachwalter des Patienten zu machen. Wird es dem Arzt ermöglicht, den Patienten individuell mit dem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis zu behandeln, so geht es dem System als Ganzem ebenfalls gut.

⁵⁸ Health-Econ AG: Produktivitätsanalyse des Arzneimitteleinsatzes in Deutschland, Basel, März 2000; Lichtenberg F.: The Effect of Pharmaceutical Utilization and Innovation on Hospitalization and Mortality. Working Paper 5418, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 1996, 1996; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Die Veränderungen von Behandlungsindikatoren als Folge von Praxisbudgets, Arzneimittelbudgets und der Erhöhung von Arzneimittelzuzahlungen, Köln, Juni 1999; Schöffski O.: Consequences of Implementing a Drug Budget for Office – Based Physicians in Germany. Pharmacoeconomics 1996, 10 Suppl. 2: 37-47,