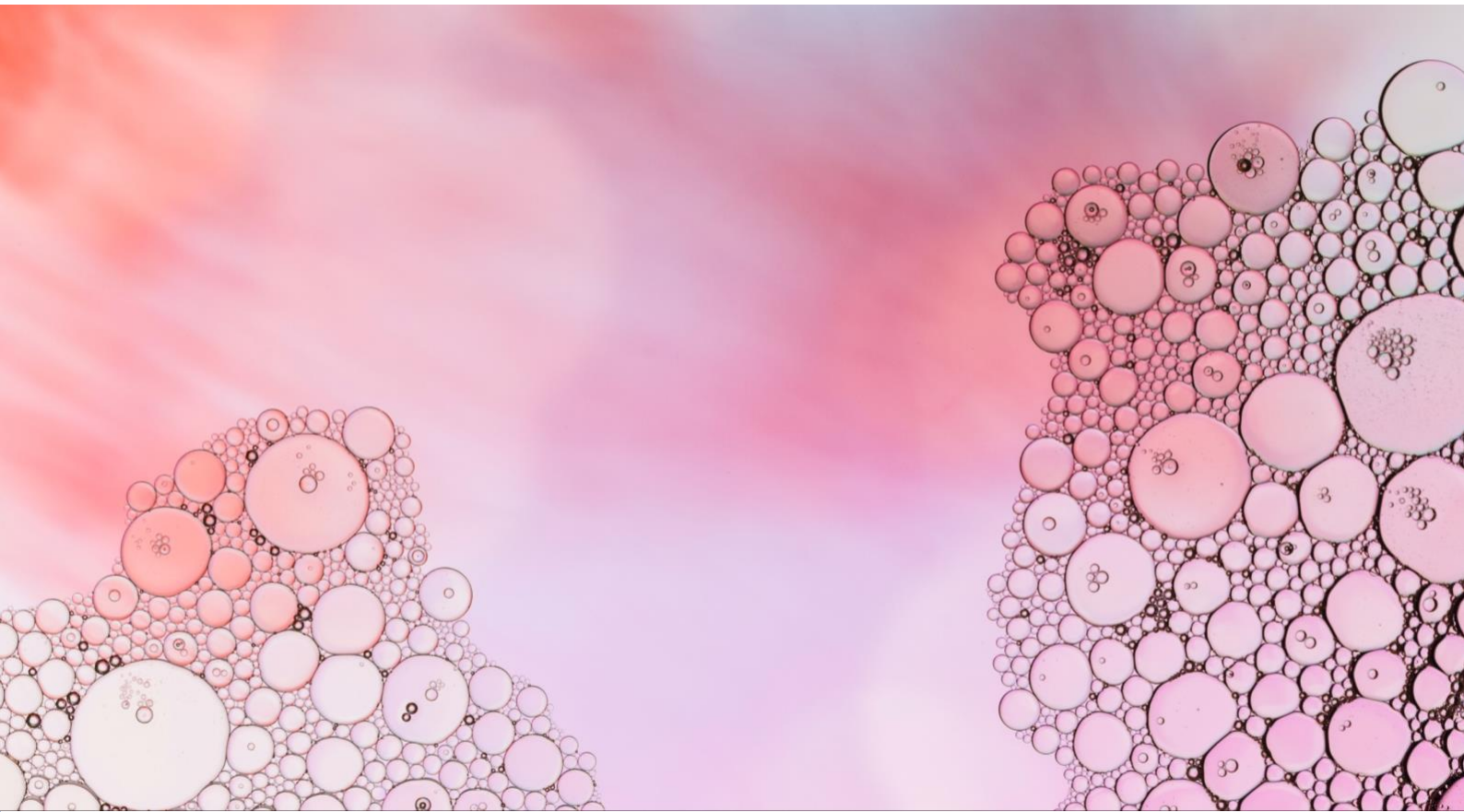




Institute for  
Policy Evaluation

2026



# Working Paper

GESUNDHEITSÖKONOMISCHE MODELLE ALS HEBEL GEGEN DIE GKV-  
AUSGABENDYNAMIK, GEZEIGT AN RUXOLITINIB-CREME BEI ATOPISCHER  
DERMATITIS

## Working Paper

### Gesundheitsökonomische Modelle als Hebel gegen die GKV-Ausgabendynamik, gezeigt an Ruxolitinib-Creme bei atopischer Dermatitis

*Dieses IPE Working Paper ist eine nicht peer-reviewte Übersicht zu gesundheitsökonomischen Modellierungen in Deutschland. Am Beispiel einer Budget-Impact- und einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse zeigt es, welchen Beitrag solche Modelle schon vor einer Markteinführung zu Erstattungs-, Versorgungs- und Marktzugangsentscheidungen leisten. Beide Analysen stehen im Peer-Review-Prozess. Die folgenden Ausführungen sind daher als vorläufige, modellbasierte Einordnung zu verstehen.*

*Die Darstellung ist bewusst verkürzt und ersetzt nicht die vollständigen wissenschaftlichen Manuskripte bzw. Kongressbeiträge. Zentrale Ergebnisse, Detailmethoden, Sensitivitätsanalysen, Tabellen und Abbildungen bleiben den jeweiligen Fachpublikationen vorbehalten. Die Inhalte dieses Working Papers wurden allein von IPE erstellt und verantwortet. Potenzielle Interessenkonflikte werden in den jeweiligen wissenschaftlichen Beiträgen offengelegt.*

<b>1. Executive Summary</b>	<b>2</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>3. Gesundheitsökonomische Modelle</b>	<b>5</b>
<b>4. BIA und CEA bei moderater atopischer Dermatitis</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Methodik</b>	<b>6</b>
a. Budget-Impact-Analyse	7
b. Kosten-Wirksamkeits-Analyse	7
<b>4.2 Vorläufige Ergebnisse</b>	<b>8</b>
<b>5. Implikationen</b>	<b>9</b>
<b>6. Quellen</b>	<b>10</b>

## 1. Executive Summary

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht unter zunehmender finanzieller Belastung. Die Beiträge sind zuletzt 2026 erneut gestiegen, und angesichts der demografischen Entwicklung muss die Kostenentwicklung stärker in den Blick genommen werden. Arzneimittel bilden mit rund 16,6 % der Leistungsausgaben einen der größten Ausgabenblöcke der GKV, betrachtet wird dabei aber meist allein der Arzneimittelpreis.

An einem Arzneimittel hängen jedoch auch verkürzte Therapieverläufe, weniger Arztbesuche und vermiedene Krankenhausaufenthalte, also direkte Kosten an anderer Stelle im System. Werden diese Kostentreiber ausgeblendet, bleibt die Steuerung einseitig und Einsparpotenzial ungenutzt. Wer die Kosteneffizienz erhöhen will, muss sie in die Betrachtung einbeziehen, sonst verschärft sich die finanzielle Schieflage der GKV weiter.

Genau diese Gesamtsicht liefern gesundheitsökonomische Modelle. Sie machen schon vor der Einführung eines Arzneimittels sichtbar, welche finanziellen und versorgungsbezogenen Folgen eine Therapie über den gesamten Versorgungsverlauf hat. In Deutschland finden sie bislang nur begrenzt Anwendung. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und der EU-HTA-Verordnung ist die vergleichende Nutzenbewertung zwar etabliert, eine systematische gesundheitsökonomische Modellierung ist jedoch nicht verpflichtend. Der Trend weist nach oben, doch eine verbindliche Vorgabe für Arzneimittelhersteller wäre der konsequente nächste Schritt.

Dieses Working Paper zeigt an der Positionierung der Ruxolitinib-Creme bei atopischer Dermatitis, welche zusätzlichen Erkenntnisse eine Budget-Impact- und eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse für dieses Problem liefern. Beide derzeit im Peer-Review befindlichen Analysen weisen in dieselbe Richtung. Wo die Creme eine systemische Therapie verzögert oder ersetzt, ergibt sich über fünf Jahre eine Budgetentlastung der GKV im mittleren einstelligen Milliardenbereich, je behandelter Patient:in eine Einsparung in fünfstelliger Größenordnung bei zugleich höherem gesundheitlichem Nutzen.

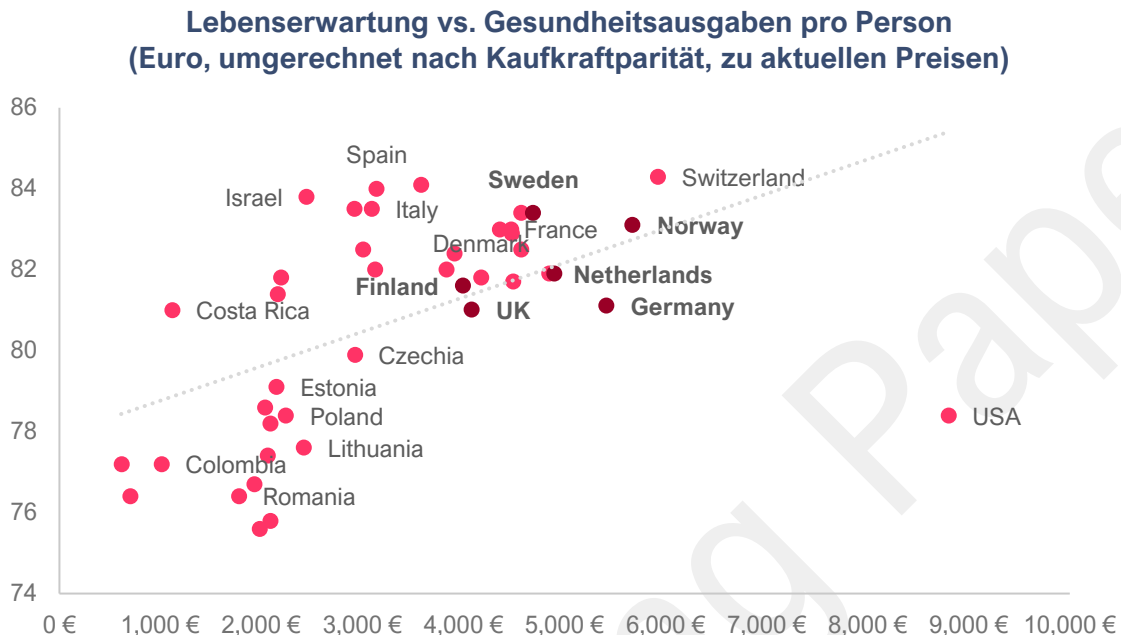
## 2. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht unter wachsendem finanziellem Druck. Die Ausgaben der GKV wuchsen 2025 mit rund 7,8 % erneut deutlich stärker als die Beitragseinnahmen mit etwa 5,3 %.<sup>1</sup> Der durchschnittliche Zusatzbeitrag stieg zum Jahr 2026 von 2,5 auf 2,9 %, womit die Beitragsbelastung im Schnitt bei rund 17,5 % liegt.<sup>2</sup> Die demografische Entwicklung verschärft die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter. Wer die Bezahlbarkeit des Systems sichern will, muss die Kostenentwicklung deshalb genauer steuern als bisher.

Arzneimittel stehen in dieser Debatte besonders im Fokus. Mit rund 16,6 % der Leistungsausgaben bildeten sie 2025 den zweitgrößten Ausgabenblock der GKV nach den Krankenhäusern.<sup>3</sup> Eine reine Preisbetrachtung greift hier allerdings zu kurz. An einem Arzneimittel hängen auch verkürzte Therapieverläufe, weniger Arztbesuche und vermiedene Krankenhausaufenthalte, also direkte Kosten an ganz anderer Stelle im System. Werden diese Wechselwirkungen und ökonomischen Effekte ausgeblendet, bleibt Einsparpotenzial ungenutzt und die Steuerung einseitig.

Wohin eine solche einseitige Betrachtung führen kann, zeigt der internationale Vergleich. Deutschland hat eine der höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der EU, bei der Lebenserwartung lag es 2023 mit

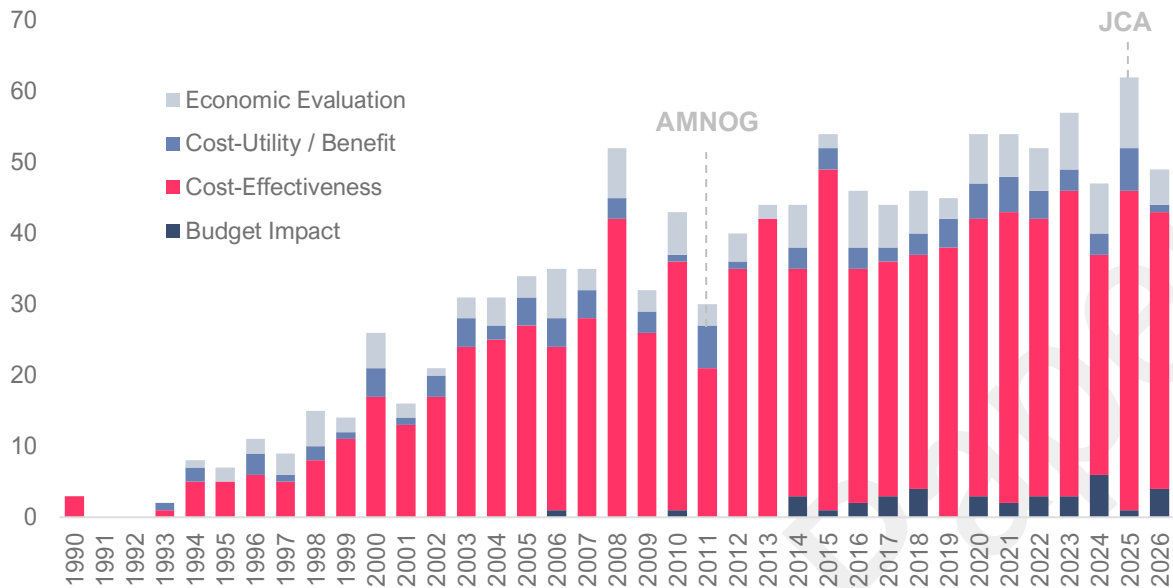
81,2 Jahren jedoch erstmals unter dem EU-Durchschnitt.<sup>4,5</sup> Gegenüber dem EU-Spitzenreiter Spanien sterben Menschen in Deutschland fast drei Jahre früher. OECD-Länder mit höherer Lebenserwartung erreichen diese bei vergleichbaren oder geringeren Ausgaben und nutzen gesundheitsökonomische Bewertung systematischer als Deutschland.



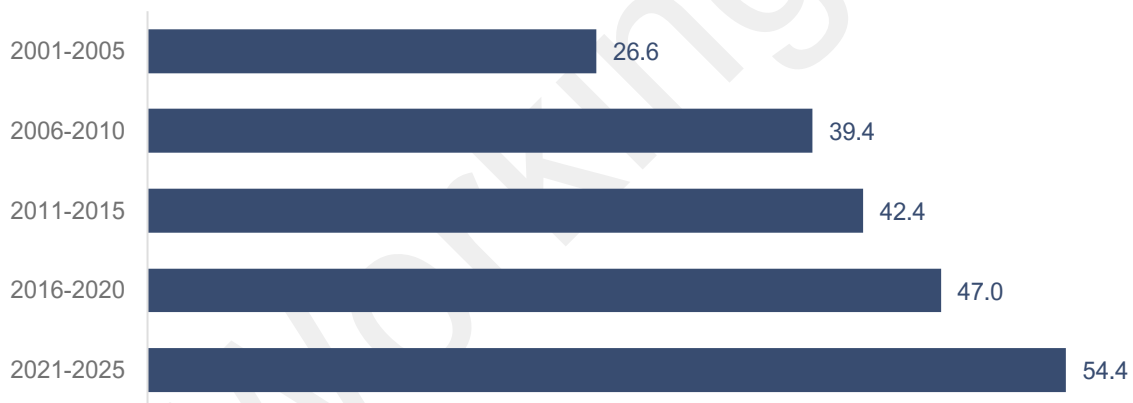
Genau hier setzt die gesundheitsökonomische Versorgungsforschung (Health Economics and Outcomes Research, HEOR) an, indem sie Kosten und gesundheitlichen Nutzen einer Therapie gemeinsam bewertet. In Deutschland hat sie mit dem AMNOG von 2011 und der frühen Nutzenbewertung an Bedeutung gewonnen. Eine systematische PubMed/NCBI-Query-Analyse zeigt, dass die jährlichen HEOR-Publikationen mit Deutschlandbezug nach Inkrafttreten des AMNOG um 47 % zunahm (p < 0,001).<sup>a</sup> Trotz dieses positiven Trends ist HEOR politisch noch nicht verankert und für Arzneimittelhersteller bislang nicht verpflichtend.

<sup>a</sup> PubMed/NCBI-Recherche, durchgeführt am 10.06.2026. Titelbasierte Suche [Title] je Analysetyp – Budget Impact („budget impact“ OR „budget-impact“), Cost-Effectiveness („cost-effectiveness“ OR „cost effectiveness“ OR „cost-effective“ OR „cost effective“), Cost-Utility & Cost-Benefit („cost utility“ OR „cost-utility“ OR „cost benefit“ OR „cost-benefit“) sowie Economic Evaluation („economic evaluation“ OR „economic evaluations“). Alle Queries wurden mit AND um zwei gemeinsame Filter ergänzt. Marktbezug: Germany, German, „German health care“, „German healthcare“, „German payer“, „statutory health insurance“, GKV, SHI, Germany[MeSH Terms]. Wirkstoffbezug: drug, medication, pharmaceutical, pharmacotherapy, therapy, treatment, „Pharmaceutical Preparations“[MeSH], „Drug Therapy“[MeSH].

### HEOR-Publikationen auf PubMed/NCBI: Trendanalyse (1990–2026)



### Jährliche HEOR-Publikationen auf PubMed/NCBI: 5-Jahres-Durchschnitte (1990–2026)



Die Bedeutung dieser Evidenz dürfte weiter zunehmen. Mit der seit 2025 geltenden EU-HTA-Verordnung und ihren verpflichtenden Joint Clinical Assessments wird eine systematische, vergleichende Evidenzbewertung europaweit etabliert, wie sie angloamerikanische und skandinavische Länder seit Langem verfolgen.<sup>6</sup> Eine verpflichtende gesundheitsökonomische Bewertung für Arzneimittelhersteller in Deutschland könnte diesen Ansatz konsequent fortführen und die Kosteneffizienz im System stärken.

Für Hersteller und Kostenträger wird die gesundheitsökonomische Bewertung damit aus einer optionalen Zusatzanalyse zu einer Grundvoraussetzung. Wer ein neues Arzneimittel positionieren will, muss dessen ökonomische Folgen früher und prüfbarer darlegen als noch vor wenigen Jahren. Die folgende Zusammenfassung zeigt am Beispiel der Ruxolitinib-Creme bei moderater atopischer Dermatitis, welches Einsparpotenzial sich mit solchen Modellen sichtbar machen lässt.

### 3. Gesundheitsökonomische Modelle

Die Wahl des gesundheitsökonomischen Modells richtet sich nach der zu beantwortenden Entscheidungsfrage und damit nach Zielpopulation, Preisniveau der Therapie und dem Adressaten der Ergebnisse. Häufig ergänzen sich mehrere Modelle, da ein einzelnes Modell selten alle relevanten Perspektiven abbildet. Cost-Effectiveness- und Cost-Utility-Analysen sind dabei eng verwandt. Erstere misst den Nutzen in klinischen Einheiten (etwa Respondern oder gewonnenen Lebensjahren), während Letztere ihn in qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) ausdrückt und so indikationsübergreifend vergleichbar macht. Die folgende Übersicht ordnet die vier gebräuchlichen HEOR-Modelltypen ihren typischen Einsatzfeldern zu.

Modell	Leitfrage & Ergebnismaß	Eignung & Therapiegebiete	Adressat
Kosten-Wirksamkeits-Analyse (CEA)	<b>Größerer klinischer Nutzen pro Euro als der Versorgungsstandard?</b> Gemessen als Kosten je klinischer Einheit (z. B. Responder, gewonnenes Lebensjahr)	Therapie vs. Standard, populationsübergreifend (z. B. Onkologie, Immunologie, Neurologie, Infektiologie)	Erstattungs- und Zulassungsentscheider, Hersteller, behandelnde Ärzt:innen
Budget-Impact-Analyse (BIA)	<b>Wie verändert sich das Budget des Kostenträgers bei wachsender Nutzung?</b> Gemessen als absolute Mehrausgaben bzw. Einsparungen in Euro	Häufige Erkrankungen mit hoher Fallzahl (z. B. Dermatologie, Kardiometabolik, Pneumologie, Impfprävention)	Kostenträger/GKV, Beitragszahler, Krankenhäuser
Cost-Utility Analysis (CUA)	<b>Rechtfertigt der Lebensqualitätsgewinn den Preis?</b> Gemessen als Kosten je QALY, indikationsübergreifend vergleichbar	Hochpreisig, oft selten oder schwer (z. B. Onkologie, seltene Erkrankungen, Neurologie, Ophthalmologie)	HTA-Institutionen und Erstattungsbehörden (z. B. NICE, IQWiG)
Cost-of-Illness (Col)	<b>Wie groß ist die gesamte ökonomische Krankheitslast?</b> Gemessen als Gesamtkosten einer Erkrankung in Euro	Preisunabhängige Grundlagenschicht, breit und krankheitsbezogen (z. B. Dermatologie, Diabetologie, psychische Erkrankungen)	Gesundheitspolitik, Forschungsförderung, Patient:innenvertretungen

Es gibt damit nicht das eine HEOR-Modell. Welches Modell trägt, hängt davon ab, welche Entscheidung gestützt werden soll und für welches Arzneimittel in welcher Population. Im vorliegenden Working Paper werden mit der Kosten-Wirksamkeits- und der Budget-Impact-Analyse zwei dieser Modelle kombiniert, wie das konkret zusammenspielt, zeigt der folgende Anwendungsfall zur Ruxolitinib-Creme bei atopischer Dermatitis.

### 4. BIA und CEA bei moderater atopischer Dermatitis

Den Anwendungsfall bildet die Positionierung der Ruxolitinib-Creme bei atopischer Dermatitis in Deutschland. Für diese Fragestellung haben wir zwei eigenständige gesundheitsökonomische Analysen durchgeführt, eine Budget-Impact-Analyse und eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse. Beide befinden sich derzeit als separate Manuskripte im Peer-Review-Prozess. Dieses Working Paper fasst beide Arbeiten zusammen und ordnet sie in die wachsende Bedeutung von HEOR für Versorgungs- und Erstattungsentscheidungen ein.

Atopische Dermatitis (AD) ist eine chronisch rezidivierende entzündliche Hauterkrankung, deren Krankheitslast über die sichtbare Hautbeteiligung hinausgeht.<sup>7,8</sup> Neben Ekzemen stehen Pruritus, Schlafstörungen und psychosoziale Belastung im Vordergrund. Für Deutschland wird die Prävalenz bei Erwachsenen auf rund 3,3 % (2,3 Millionen) geschätzt.<sup>9,10</sup> Die ökonomische Belastung umfasst Arzneimittelkauf, ärztliche Versorgung, Schubbehandlung, Komorbiditäten und Produktivitätsverluste. Frühere deutsche Krankheitskostenanalysen bezifferten die Belastung des atopischen Ekzems bereits auf 1,2 bis 3,5 Mrd. Euro pro Jahr.<sup>8,11</sup> Bei Patient:innen mit ausgeprägter Einschränkung der Lebensqualität wurden jährliche Kosten in einer Größenordnung von 14.000 Euro berichtet.<sup>12</sup>

Die Versorgung folgt in Deutschland grundsätzlich einem stufenweisen Therapieansatz.<sup>13,14</sup> Basistherapie und topische anti-entzündliche Therapien bilden die frühen Stufen. Bei unzureichendem Ansprechen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen gegenüber topischen Standardtherapien (topische Calcineurin-Inhibitoren und Kortikosteroide, TCI/TCS) kann eine Eskalation notwendig werden. Trotz lokalisierter Manifestation kann die Lebensqualität dieser Patient:innen durch starken Juckreiz, sichtbare Läsionen, Schlafverlust oder wiederkehrende Exazerbationen erheblich beeinträchtigt sein.<sup>15,16</sup>

Für diese Patient:innen kommen dann konventionelle systemische Therapien (Glukokortikoide, Immunsuppressiva) oder moderne systemische Therapien (Biologika, orale Januskinase-Inhibitoren) in Betracht, obwohl die AD-Beeinträchtigung relativ gering ist. Die Folge ist eine potenzielle Überversorgung. Dazu kommt die immer üblicher werdende Behandlung mit zwar effektiven, aber auch hochpreisigen modernen systemischen Therapien. Für die deutsche GKV lagen die Arzneimittelkosten für allein diese Therapien im Jahr 2024 bei 1,3 Mrd. Euro.<sup>17,18</sup> Vor diesem Hintergrund ist die Therapiepositionierung von Ruxolitinib-Creme gesundheitsökonomisch besonders relevant. In den zugrunde liegenden Modellierungen wird die Creme als potenzielle topische Option für Patient:innen betrachtet, die eine moderate AD-Indikation mit unzureichendem Ansprechen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber TCI/TCS aufweisen.

Maßgeblich ist daher weniger der Einkaufspreis einer neuen Behandlung als der Verlauf der kurz- und langfristigen Kosten über eine lebenslange Therapie. Diese Fragestellung ist für Kostenträger (Ausgabenstruktur), Versorgungspraxis (Einordnung im Therapiealgorithmus) und gesundheitspolitische Bewertung (Veränderung von Versorgungspfaden) unterschiedlich relevant. Unsere zugrunde liegenden gesundheitsökonomischen Modelle setzen genau an dieser Schnittstelle an.

## 4.1 Methodik

Die Analysen nutzen zwei etablierte gesundheitsökonomische Modellansätze, die im Kontext von Health Technology Assessment (HTA), Erstattung, Marktzugang und Versorgungseinführung innovativer Arzneimittel unterschiedliche Entscheidungsfragen adressieren.<sup>19</sup> Die Budget-Impact-Analyse bewertet die finanzielle Tragweite einer neuen Therapiepositionierung auf Populationsebene, während die Kosten-Wirksamkeits-Analyse Kosten und gesundheitlichen Nutzen anhand modellierter Behandlungspfade gegeneinander abwägt. Beide Modelle wurden nach publizierten gesundheitsökonomischen Leitlinien konzipiert, sind vollständig parametrisierbar und reproduzierbar. Alle Eingabeparameter beruhen auf öffentlich verfügbaren Quellen und sind von Dritten nachvollziehbar.

## a. Budget-Impact-Analyse

Die Budget-Impact-Analyse ist ein populationsbasiertes Szenario-Modell für Deutschland. Sie stellt ein Basisszenario mit fortgeführtem systemischem Therapiemix einem Interventionsszenario gegenüber, in dem Ruxolitinib-Creme schrittweise eingeführt wird. Für die weitere Entwicklung wird ein jährliches Marktwachstum von 4 % angenommen.<sup>17,20</sup> Die modellierte Marktdurchdringungsannahme sieht vor, dass Ruxolitinib-Creme bis 2030 einen hypothetischen Marktanteil von 25 % erreicht.

Die Zielpopulation leitet sich über einen indikationsbasierten Funnel-Ansatz ab. Ausgangspunkt ist die erwachsene Population mit atopischer Dermatitis. Diese wird anschließend auf moderate Erkrankung, begrenzt betroffene Körperoberfläche und systemische Therapieeignung eingegrenzt.<sup>9,15,16</sup> Daraus ergibt sich eine Zielpopulation im Ausgangsjahr von 330.600 erwachsenen Patient:innen. Diese stehen an der Schwelle zur systemischen Therapie und kommen zugleich für eine topische Option mit Januskinase-Inhibitor (JAKi) – äquivalent zu Ruxolitinib-Creme – infrage.

Den aktuellen systemischen Therapiemix modelliert die Analyse anhand von GKV-Abrechnungsdaten nach Therapieklassen. Im Ausgangsjahr entfallen 80 % der systemischen Therapien auf Biologika, 16 % auf orale Januskinase-Inhibitoren und 4 % auf konventionelle systemische Therapien.<sup>18</sup> Im Interventionsszenario ersetzt Ruxolitinib-Creme diese Klassen proportional, um eine selektive Bevorzugung einzelner Wirkstoffe zu vermeiden. Zusätzlich wird eine Rückfallrate von 11,5 % modelliert. Dieser Anteil der Ruxolitinib-Creme-Nutzerinnen und -Nutzer kehrt im Verlauf in die systemische Therapie zurück, was die Einsparungen entsprechend konservativ reduziert.<sup>21</sup> Alternative Szenarien untersuchen explizit eine weniger substitutive oder stärker additive Nutzung.

Die Kostenberechnung umfasst Arzneimittelkosten, ärztliche Versorgung, Monitoring, Laborleistungen, stationäre Inanspruchnahme und produktivitätsbezogene Kosten.<sup>22-30</sup> In einer erweiterten Perspektive werden private Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste ergänzt.

Ökonomische Vorteile entstehen nur dort, wo Ruxolitinib-Creme systemische Therapien tatsächlich ersetzt oder verzögert. Wird sie lediglich zusätzlich verordnet, fällt die Budgetwirkung deutlich geringer aus. Deshalb wurden Eskalationsszenarien, Rückkehr in systemische Therapie, unterschiedliche Nutzungsintensitäten und alternative Annahmen zur Marktentwicklung geprüft. Die Substitutionsannahme beschreibt eine plausible Therapiepositionierung, aber keinen automatisch eintretenden Versorgungseffekt.

## b. Kosten-Wirksamkeits-Analyse

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse nimmt die Perspektive der GKV ein und vergleicht Ruxolitinib-Creme mit Biologika, oralen Januskinase-Inhibitoren und Immunsuppressiva. Methodisch verbindet sie einen kurzfristigen Entscheidungsbaum mit einem langfristigen Markov-Modell. Ergebnisgrößen sind Gesamtkosten, qualitätsadjustierte Lebensjahre und inkrementelle Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse (ICERs). Der ICER gibt an, welche zusätzlichen Kosten pro gewonnenem QALY im Vergleich zu Alternativen entstehen.

Das Modell verwendet einen lebenslangen Zeithorizont von 61 Jahren, einen Diskontsatz von 3 % für Kosten und QALYs sowie einen Zahlungsbereitschaftsschwellenwert von 40.000 Euro je QALY als

Sensitivitätsschwelle.<sup>31</sup> Die modellierte Population hat ein mittleres Ausgangsalter von 39 Jahren, einen Männeranteil von 46 % und eine mittlere betroffene Körperoberfläche von 15 %.<sup>32,33</sup>

Der Entscheidungsbaum bildet die initiale Behandlungsphase ab. Als Response-Kriterium wird EASI-75 verwendet, also eine mindestens 75-prozentige Verbesserung des Eczema Area and Severity Index. Patient:innen mit Response verbleiben zunächst auf der initialen Therapie, während Non-Responder in einen Folgetherapie-Basket mit den verbleibenden systemischen Therapien wechseln. Die Wirksamkeit der Vergleichstherapien wird über relative Behandlungseffekte aus einer Netzwerk-Metaanalyse abgeleitet. Daran schließt das Markov-Modell an, das die langfristige Entwicklung nach der initialen Response-Phase abbildet. Die zentralen Gesundheitszustände umfassen Response auf initiale Therapie, Response auf Folgetherapie, Non-Response und Tod. Übergänge ergeben sich aus Therapieansprechen, Behandlungsabbruch, Wechsel in einen Folgetherapie-Basket und altersabhängiger Mortalität.

Die Kostenkomponenten umfassen Arzneimittelakquisition, medizinischen Ressourcenverbrauch, Begleitmedikation, Schübe, unerwünschte Ereignisse und krankheitsbezogene Versorgung. Für Ruxolitinib-Creme wird die Dosierung anhand der betroffenen Körperoberfläche und der beobachteten Anwendung in klinischen Studien und Real-World-Evidence-Studien abgeleitet.<sup>32-34</sup>

Die Nutzenbewertung erfolgt über QALYs. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird aus Nutzenwerten abgeleitet, die mit Modellstatus und klinischem Verlauf verknüpft sind. Zusätzlich werden altersbezogene Nutzwertabschläge berücksichtigt. Neben den ICERs zählen für die Interpretation der Netto-monetäre Nutzen und die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität bei einem definierten Zahlungsbereitschaftsschwellenwert. Die Unsicherheit prüfen univariate und probabilistische Sensitivitätsanalysen sowie Szenarioanalysen.

Eine wesentliche Einschränkung beider Modelle ist die Übertragbarkeit der Evidenz. Klinische Studien, Netzwerk-Metaanalysen und internationale Real-World-Daten bilden die deutsche Versorgung nicht vollständig ab, weshalb, soweit möglich, deutsche Kosten-, Routine-, Mortalitäts- und Nutzenwertquellen verwendet werden. Die Modelle sind damit kein Abbild des Versorgungsalltags. Sie legen die zentralen Treiber offen und müssen durch Post-Launch-Real-World-Evidenz validiert werden.

## 4.2 Vorläufige Ergebnisse

Beide Modellierungen stützen dieselbe gesundheitsökonomische Grundannahme. Der potenzielle Wert von Ruxolitinib-Creme entsteht vor allem dann, wenn die Therapie bei einer klar definierten Patientengruppe sequenzverändernd eingesetzt wird. Der zentrale Treiber liegt damit weniger im Arzneimittelpreis als in den nachgelagerten Therapiepfaden.

In der Budget-Impact-Analyse lagen die modellierten kumulativen Gesamtkosten im Basisszenario im mittleren zweistelligen Milliardenbereich über fünf Jahre. Der Budgeteffekt im Interventionsszenario mit Ruxolitinib-Creme ergab einen mittleren einstelligen Milliardenbereich. Dabei entfiel der überwiegende Anteil dieser potenziellen Einsparungen auf die GKV.

Die Sensitivitäts- und Szenarioanalysen zeigten eine erwartbare Spannweite der Ergebnisse. Unter konservativeren Annahmen fielen die potenziellen Einsparungen deutlich niedriger aus, unter günstigeren

Annahmen deutlich höher. Den Ausschlag gaben vor allem Zielpopulationsgröße, Marktdurchdringung, Dosierungsintensität, die Rückkehr in systemische Therapie und der Grad additiver Nutzung.

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse war Ruxolitinib-Creme gegenüber den betrachteten systemischen Vergleichstherapien dominant. Dominanz bedeutet, dass die Therapie im Modell mit geringeren Kosten und höheren QALYs verbunden war. Die modellierten Einsparungen pro Patient:in lagen in einer fünfstelligen Größenordnung, während zugleich ein zusätzlicher gesundheitlicher Nutzen ausgewiesen wurde. Über alle Vergleichstherapien hinweg blieb diese Ergebnisrichtung stabil. Wichtigste Treiber waren Arzneimittelkosten, EASI-75-Response, Therapieabbrüche, die Zusammensetzung des Folgetherapie-Baskets und die aus der Körperoberfläche abgeleitete topische Anwendung.

## 5 Implikationen

Für den betrachteten Anwendungsfall ist das Fazit eindeutig: Die Einführung der Ruxolitinib-Creme bei atopischer Dermatitis kann die Kosten substantiell senken. Auf Ebene der GKV ergibt sich über den Betrachtungszeitraum eine Budgetentlastung im mittleren einstelligen Milliardenbereich, je behandelter Patient:in eine Einsparung in fünfstelliger Größenordnung bei zugleich höherem gesundheitlichem Nutzen. Unter Berücksichtigung der verfügbaren Behandlungsalternativen erscheint eine Einführung in Deutschland aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll.

Das Beispiel zeigt zugleich, was gesundheitsökonomische Modelle bereits vor einer Markteinführung leisten. Sie machen über die klinische Wirksamkeit eines Arzneimittels hinaus dessen Kostenimplikationen sichtbar, für Beitragszahler, GKV, Arztpraxen und das Versorgungssystem insgesamt. Budget-Impact- und Kosten-Wirksamkeits-Analyse beantworten dabei zwei verschiedene, gleichermaßen notwendige Fragen. Die BIA zeigt, ob eine Innovation das System finanziell belastet oder entlastet, die CEA, ob ihr klinischer Nutzen die Kosten je Patient:in rechtfertigt. Erst zusammen ergeben sie eine vollständige Entscheidungsgrundlage.

Das zugrunde liegende Prinzip gilt weit über die atopische Dermatitis hinaus. Ob eine Innovation das Budget be- oder entlastet, hängt weniger am Listenpreis als an Zielpopulation, Verordnungsposition, Substitutionsrate und Folgetherapien und damit an der Präzision der Indikationsstellung. Sequenzverändernde Therapien, neue Darreichungsformen und frühere Interventionen entfalten ihr ökonomisches Potenzial überall dort, wo sie spätere Hochkostenphasen verschieben oder vermeiden, etwa in Immunologie, Onkologie, Kardiometabolik, Pneumologie oder bei seltenen Erkrankungen. Gerade für ein Solidarsystem unter wachsendem Ausgabendruck entscheidet diese Präzision darüber, ob zusätzliche Mittel Folgekosten senken oder ungenutzt verpuffen.

Über die reine Erstattungsfrage hinaus schaffen belastbar gebaute Modelle dieser Art eine gemeinsame, quantifizierte Faktenbasis, die in mehreren Funktionen trägt. In Market Access und Pricing bilden sie die Grundlage für die Preis- und Erstattungsstrategie sowie die AMNOG-Vorbereitung, im Vertrieb eine nachvollziehbare Wert-Argumentation gegenüber Kostenträgern und Fachkreisen und in der externen Kommunikation eine konsistente, überprüfbare Evidenzbasis gegenüber Stakeholdern und Öffentlichkeit. In der Evidenzstrategie legen sie die zentralen Modellannahmen offen und geben so die Agenda für ein gezieltes Post-Launch-Real-World-Programm vor.

Dieser Befund verweist zurück auf die Ausgangsproblematik, doch er zeigt zugleich den Ausweg. Gesundheitsökonomische Modelle verlagern die Steuerung vom reinen Arzneimittelpreis auf die Gesamtkosten einer Therapie über den gesamten Versorgungsverlauf. Damit lassen sich begrenzte Mittel gezielt auf Innovationen lenken, die nachgelagerte Ausgaben senken. Für eine gesetzliche Krankenversicherung, deren Ausgaben rascher steigen als ihre Einnahmen, wird die Kostendynamik so von unkontrolliertem Druck zu einer steuerbaren Größe, ohne den Zugang zu wirksamen Innovationen zu verengen.

## 6 Quellen




1. Finanzentwicklung der GKV im 1.-4. Quartal 2025. BMG. Accessed June 12, 2026. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025>
2. Zahlen, Daten, Fakten: vdek veröffentlicht „Basisdaten 2025/26 des Gesundheitswesens in Deutschland“. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Accessed June 12, 2026. <https://www.vdek.com/LVen/HES/Presse/Pressemitteilungen/2025/Basisdaten.html>
3. Daten zum Gesundheitswesen: Arzneimittel. Accessed June 12, 2026. [https://www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_arzneimittel.html](https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_arzneimittel.html)
4. OECD, Commission E. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. *Health Glance Eur.* 2024;2024. doi:10.1787/b3704e14-en
5. Health expenditure by financing scheme: Health at a Glance 2025. OECD. November 13, 2025. Accessed June 12, 2026. [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en/full-report/health-expenditure-by-financing-scheme\\_074bead0.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/health-expenditure-by-financing-scheme_074bead0.html)
6. Angelis A, Lange A, Kanavos P. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. *Eur J Health Econ.* 2018;19(1):123-152. doi:10.1007/s10198-017-0871-0
7. Guttman-Yassky E, Renert-Yuval Y, Brunner PM. Atopic dermatitis. *The Lancet.* 2025;405(10478):583-596. doi:10.1016/S0140-6736(24)02519-4
8. Thomas Werfel, Annice Heratizadeh, Werner Aberer, et al. Atopische Dermatitis (AD) [Neurodermitis; atopisches Ekzem]. Published online 2023. Accessed February 16, 2026. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-027>
9. Hagenström K, Sauer K, Mohr N, et al. Prevalence and Medications of Atopic Dermatitis in Germany: Claims Data Analysis. *Clin Epidemiol.* 2021;13:593-602. doi:10.2147/CLEP.S315888
10. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung wächst im Jahr 2023 um gut 0,3 Millionen Personen. DESTATIS. 2024. Accessed January 29, 2026. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24\\_035\\_124.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_035_124.html)
11. Ehlken B, Möhrenschrager M, Kugland B, Berger K, Quednau K, Ring J. Krankheitskostenstudie bei Patienten mit atopischem Ekzem in Deutschland. *Hautarzt.* 2005;56(12):1144-1151. doi:10.1007/s00105-005-0953-2
12. Augustin M, Glaeske G, Hagenström K. Neurodermitisreport. Published online 2021. Accessed March 27, 2026. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.uke.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-\(ivdp\)/dokumente/neurodermitisreport\\_2021.pdf&ved=2ahUKEwja--6r7L-TAxVPZ\\_EDHQ7\\_H18QFnoECBgQAQ&usq=AOvVaw2osw\\_OKofksYhizgdPKIMt](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.uke.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegeberufen-(ivdp)/dokumente/neurodermitisreport_2021.pdf&ved=2ahUKEwja--6r7L-TAxVPZ_EDHQ7_H18QFnoECBgQAQ&usq=AOvVaw2osw_OKofksYhizgdPKIMt)
13. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(9):1409-1431. doi:10.1111/jdv.18345

14. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2022;36(11):1904-1926. doi:10.1111/jdv.18429
15. Silverberg J, Deininger K, Sohn A, et al. Treatment Patterns, Inadequate Disease Control and Burden/Unmet Need among Adult Patients with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Results from the Adelphi Real World Disease Specific Programme. 2025;ISPOR. [https://www.ispor.org/docs/default-source/cti-meeting-21305-documents/85c9065f-c83a-4b1f-95a0-6e02c248cb2e.pdf?sfvrsn=12472615\\_0](https://www.ispor.org/docs/default-source/cti-meeting-21305-documents/85c9065f-c83a-4b1f-95a0-6e02c248cb2e.pdf?sfvrsn=12472615_0)
16. De Bruin-Weller M, Pink AE, Ferrucci SM, et al. Use of systemic therapies in adults with atopic dermatitis: 12-month results from the European prospective observational study in patients eligible for systemic therapy for atopic dermatitis (EUROSTAD). *J Dermatol Treat*. 2022;33(5):2565-2570. doi:10.1080/09546634.2022.2038361
17. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). PharMaAnalyst. 2025. Accessed January 20, 2026. <https://arzneimittel.wido.de/PharMaAnalyst/?0>
18. Kraska R, Kortendick K, Wintersohl K, Flume M. EE628 Systemic Therapy of Atopic Dermatitis in Germany: Real-World Data on Care Structures and Economic Implications in a Retrospective Longitudinal Study. *Value Health*. 2024;27(12):S179. doi:10.1016/j.jval.2024.10.908
19. Sullivan SD, Mauskopf JA, Augustovski F, et al. Budget impact analysis-principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2014;17(1):5-14. doi:10.1016/j.jval.2013.08.2291
20. Insights10. Germany Atopic Dermatitis Therapeutics Market Report 2022 to 2030. Accessed January 29, 2026. <https://www.insights10.com/report/germany-atopic-dermatitis-therapeutics-market-analysis>
21. Liu J, Desai K, Teng CC, et al. Atopic Dermatitis Treatments Before and After Initiation of Ruxolitinib Cream: 6-Month Follow-Up Analysis of a US Payer Claims Database. *Clin Outcomes Res*. 2025;17:69-77. doi:10.2147/CEOR.S506043
22. EBM - Der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM 2026/Q1. Accessed January 29, 2026. <https://ebm.kbv.de/index.xhtml>
23. AbbVie Deutschland. *Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Upadacitinib*. 2022. Accessed February 2, 2026. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1217/>
24. Almirall Hermal. *Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Lebrikizumab*. 2023. Accessed February 2, 2026. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/1035/>
25. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Abrocitinib (atopische Dermatitis bei Jugendlichen  $\geq 12$  Jahre); Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V. *IQWiG*. Preprint posted online 2024. doi:10.60584/A24-45
26. LEO Pharma. *Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Tralokinumab*. 2021. Accessed February 2, 2026. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/717/>
27. Lilly Deutschland. *Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Baricitinib*. 2023. Accessed February 2, 2026. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/284/>
28. Sanofi-Aventis Deutschland. *Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Dupilumab (Atopische Dermatitis)*. 2017. Accessed February 2, 2026. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/333/>
29. Schenkel A, Meyer M, Düring A, Baumgardt J. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2024. In: Badura B, Ducki A, Meyer M, Baumgardt J, Schröder H, eds. *Fehlzeiten-Report 2025*. Volume. Fehlzeiten-Report. Springer Berlin Heidelberg; 2025:345-421. doi:10.1007/978-3-662-71885-8\_24

- 
30. Destatis. VGR des Bundes - Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt (nominal/preisbereinigt): Deutschland, Jahre. Accessed February 4, 2026. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/81000/table/81000-0001>
31. IQWiG. Allgemeine Methoden. December 19, 2025. Accessed January 19, 2026. <https://www.iqwig.de/ueberuns/methoden/methodenpapier/>
32. Papp K, Szepietowski JC, Kircik L, et al. Efficacy and safety of ruxolitinib cream for the treatment of atopic dermatitis: Results from 2 phase 3, randomized, double-blind studies. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(4):863-872. doi:10.1016/j.jaad.2021.04.085
33. Papp K, Szepietowski JC, Kircik L, et al. Long-term safety and disease control with ruxolitinib cream in atopic dermatitis: Results from two phase 3 studies. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(5):1008-1016. doi:10.1016/j.jaad.2022.09.060
34. FirstWord PHARMA. Press Release Incyte Announces New Data from Phase 3b TRuE-AD4 Trial of Opzelura® (Ruxolitinib Cream) in Adults with Moderate Atopic Dermatitis. Press Release. 2025. Accessed February 4, 2026. <https://firstwordpharma.com/story/6508725>

## **Publisher**

IPE Institute for Policy Evaluation GmbH  
Oskar-von-Miller-Straße 16  
60314 Frankfurt am Main

   +49 69 67808053

[info@ipe-evaluation.de](mailto:info@ipe-evaluation.de)  
[www.ipe-evaluation.de](http://www.ipe-evaluation.de)

## **Liability**

The information contained in this document is non-binding and is provided for informational purposes only. No action should be taken based on the information provided without specific professional advice. The document may only be passed on to third parties or used with the prior written consent of IPE Institut für Politikevaluation GmbH.

Liability claims against IPE Institute for Policy Evaluation GmbH arising from the use of the information contained in this presentation are excluded.

© 2026 IPE Institut für Politikevaluation GmbH. All rights reserved.