



Bundesministerium
für Gesundheit



Die Spreu vom Weizen trennen

Das Arzneimittelmarkt-
neuordnungsgesetz (AMNOG)

www.bundesgesundheitsministerium.de

Die Spreu vom Weizen trennen

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

Inhalt

Ein hoher Wert – Arzneimittel für unsere Gesundheit	6
Die Herausforderung – hohe Arzneimittelausgaben	9
Die Lösung – ein neuer Ordnungsrahmen	16
Neue Balance – zwischen Innovation und Bezahlbarkeit	26
Impressum	28

A photograph of a pharmacy aisle. The aisle is lined with tall white shelves filled with various boxes and bottles of medicine. A person wearing a white lab coat is walking through the aisle, their figure is blurred to suggest motion. The floor is a light-colored, polished material. The ceiling has recessed lighting and circular ventilation grilles. In the background, there are more shelves and a person standing near a counter.

**Ein hoher Wert –
Arzneimittel für
unsere Gesundheit**

Pharmazeutischer Fortschritt für alle

Wer in Deutschland krank wird, kann mit einem guten Gefühl zum Arzt gehen. Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, in dem Versicherte unabhängig von Einkommen und Alter die notwendige Versorgung auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhalten. Ärztliche Behandlung ist bei uns für jeden gut zugänglich, und wenn es für die Therapie notwendig ist, wird sofort ein geeignetes Medikament verschrieben.

Moderne Arzneimitteltherapie – ein langer Weg


Die Arzneimittel haben inzwischen für die Heilung von Krankheiten eine so große Bedeutung erlangt, dass es für uns nur noch schwer vorstellbar ist, dass sie bei Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung vor rund 130 Jahren praktisch keine Rolle spielten. Die Beitragsgelder wurden damals vor allem für das Krankengeld eingesetzt, also für die Existenzabsicherung der Arbeitnehmer im Krankheitsfall. Erst nach und nach entwickelte sich die flächendeckende medizinische Versorgung, und die ärztliche Behandlung wuchs zu einem wichtigen Ausgabenposten heran. Und die Karriere der Arzneimitteltherapie begann noch später, auf der Basis revolutionärer Forschungs- und Entwicklungsleistungen.

So gelang es in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts erstmals, Insulin aus dem Gewebe der Bauchspeicheldrüse zu gewinnen. Bis dahin bedeutete die „Zuckerkrankheit“, Diabetes mellitus, den sicheren Tod der Erkrankten. 1942 begann die industrielle Produktion des Wirkstoffs Penicillin, des ersten Antibiotikums. Damit stand erstmals ein Medikament zur erfolgreichen Behandlung schwerer bakterieller Infektionen zur Verfügung. Ein Durchbruch in der Krebstherapie gelang 1946. Mit der Entwicklung einer neuartigen Chemotherapie gelang es zum ersten Mal, Menschen mit bösartigen Krebserkrankungen erfolgreich zu behandeln und ihre Überlebenszeit deutlich zu verlängern.

Selbstverständlicher Teil der Gesundheitsversorgung

Inzwischen können viele Krankheiten problemlos geheilt, andere immer besser behandelt werden. Der kontinuierliche Fortschritt in der Arzneimitteltherapie gehört heute untrennbar zu unserer hochwertigen Gesundheitsversorgung dazu – und der problemlose Zugang für alle Patientinnen und Patienten ist Teil unseres sozialen Selbstverständnisses geworden. Wenn es darum geht, die großen gesundheitlichen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft oder die Zunahme chronischer Erkrankungen zu bewältigen, können wir auf die Forschungs- und Entwicklungsleistungen der pharmazeutischen Industrie nicht verzichten. Auch wenn der Aufwand beträchtlich ist. Von der Forschung im Labor über die Entwicklung bis zur Zulassung und ersten Verschreibung eines Arzneimittels können mehr als zehn Jahre vergehen, und der finanzielle Einsatz kann mehrere Hundert Millionen Euro betragen.

Das ist viel Geld, das am Ende auch die Versicherten als Beitragszahler aufbringen müssen.



**Die Herausforderung –
hohe Arzneimittel-
ausgaben**

Arzneimittelausgaben – höher als Arztkosten

Die Ausgaben für Arzneimittel sind in den letzten Jahrzehnten stark angewachsen und haben sich zu einem Dauerproblem für die gesetzliche Krankenversicherung entwickelt. Die Arzneimittelausgaben weisen im Vergleich zu anderen Leistungen nicht nur deutlich überdurchschnittliche Wachstumsraten auf; sie übersteigen seit 2001 sogar die Ausgaben für Arztbesuche.

32,4 Milliarden Euro gab die GKV allein im Jahr 2009 für die Arzneimittelversorgung aus. Das entspricht einem Anteil von 18 Prozent an den Gesamtausgaben und einem Zuwachs von 5,3 Prozent. Der dramatische Aufwärtstrend zeichnet sich auch für das Jahr 2010 ab: Bereits im ersten Quartal des Jahres stiegen die Ausgaben für Arzneimittel erneut um knapp fünf Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr.

Bei der Frage, welche gesundheitspolitischen Maßnahmen hier ergriffen werden können, geht es vor allem um einen guten Ausgleich zwischen verschiedenen berechtigten Interessen. Die wichtigsten Ziele sind,

- dass den Patienten auch zukünftig die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Behandlung von Krankheiten zur Verfügung stehen,
- dass die Ressourcen der GKV geschont werden,
- dass die pharmazeutische Industrie verlässliche Rahmenbedingungen hat, die ihre Innovationsfähigkeit fördern und Arbeitsplätze sichern.

Im Blick auf diese Ziele muss die Gesundheitspolitik effektive Instrumente zur Steuerung der Arzneimittelausgaben entwickeln und diese auch immer wieder neu justieren. In den vergangenen Jahren ist hier viel geschehen. Manche Maßnahmen setzen bei den Ärzten und deren Ordnungsverhalten an, andere bei den Patienten, z. B. die Zuzahlungsfreiheit bei besonders günstigen Präparaten. Das Festbetragsssystem und die Rabattverträge haben außerdem einen wichtigen Beitrag zu Einsparungen geliefert.

Günstige Nachahmerprodukte (Generika) – bewährte Festbeträge

Als Nachahmerprodukte von ehemals patentgeschützten Arzneimitteln machen Generika mit 70 Prozent aller verordneten Medikamente in der GKV (Stand: 2009) den Löwenanteil an der Arzneimittelversorgung aus. Für den Generika-Markt gibt es einen Ordnungsrahmen, der für stabile und seit einigen Jahren sogar rückläufige Preise sorgt.

Insbesondere für Generika gelten seit 1989 sogenannte Festbeträge. Ein Festbetrag ist die Summe, bis zu der die Krankenkassen die Kosten eines Arzneimittels übernehmen. Zusätzlich können die einzelnen Krankenkassen seit 2003 auch noch Rabattverträge mit den Arzneimittelherstellern aushandeln und weitere Preisnachlässe vereinbaren. Beide Instrumente – Festbeträge und Rabattverträge – haben in den zurückliegenden Jahren stark dazu beigetragen, die Kosten für nicht patentgeschützte Arzneimittel zu stabilisieren und Einsparpotenziale in Milliardenhöhe zu realisieren. Davon profitieren nicht nur die Beitragszahler, weil die gesetzliche Krankenversicherung so weniger Ausgaben hat. Auch die Patientinnen und Patienten haben ganz direkt etwas davon, weil für besonders preiswerte Präparate die Zuzahlungen entfallen. Rund 6.500 Präparate sind heute von der Zuzahlung befreit.

Neue Arzneimittel treiben die Kosten

Das Problem der stark ansteigenden Arzneimittelausgaben liegt also nicht im Bereich der etablierten Wirkstoffe und Medikamente. Die GKV-Umsätze mit Festbetragsarzneimitteln sinken (2009: minus 2 Prozent).

Der Ausgabenanstieg ist vielmehr das Ergebnis hoher und stark steigender Preise bei der Markteinführung neuer Arzneimittel. Die Ausgaben für Arzneimittel ohne Festbetrag stiegen im Jahr 2009 um 8,9 Prozent. Wachstumsträger sind vor allem kostenintensive Spezialpräparate mit jährlich zweistelligen Zuwachsraten. Ihr Anteil am GKV-Arzneimittelumsatz erreicht bereits rund 26 Prozent, obwohl ihr Verordnungsanteil nur 2,5 Prozent beträgt.

Das Problem bei den neuen Arzneimitteln ist ein doppeltes:

- Den hohen Herstellerpreisen steht häufig kein adäquater Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüber, der eine deutlich verbesserte Behandlung ihrer Krankheit ermöglichen würde.
- Die Preise für wirklich innovative Arzneimittel mit deutlichem Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten sind vielfach unangemessen hoch. Ihr Preis entspricht nicht den Anforderungen an einen fairen Interessenausgleich zwischen den ökonomischen Interessen der Hersteller auf der einen und denen der Versicherten an einer wirtschaftlichen Verwendung ihrer Beiträge auf der anderen Seite.

Patentgeschützte Arzneimittel – Ordnungsrahmen fehlt

Jedes Jahr erhalten in Deutschland etwa 30 neue Arzneimittel eine Marktzulassung. Für die Wirkstoffe können die Hersteller Patentschutz beantragen. Das erlaubt ihnen eine freie Festlegung des Arzneimittelpreises für die Dauer des Patentschutzes – ab Marktzulassung etwa 10 bis 15 Jahre lang. Dadurch wird ein im Grundsatz wichtiger und richtiger Anreiz gesetzt: Forschung soll sich lohnen. Das Problem: Ob der Arzneimittel-Wirkstoff tatsächlich innovativ ist und deutlich bessere Behandlungsmöglichkeiten gegenüber marktgängigen Medikamenten eröffnet, spielt zunächst keine Rolle. Die Hersteller müssen diesen therapeutischen Zusatznutzen nicht nachweisen.

Therapeutische Verbesserung oft fraglich

Mit der Zulassung eines neuen Arzneimittels sind die Krankenkassen allerdings umgehend verpflichtet, bei entsprechender ärztlicher Verordnung die Kosten dafür zu übernehmen. Dadurch gelangen viele teure Medikamente auf den Markt, für die es bereits preisgünstigere Varianten bei gleichem Nutzen gibt. Experten gehen davon aus, dass es sich bei knapp 45 Prozent aller seit 1986 neu zugelassenen Wirkstoffe um keine echten Innovationen im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität handelt. Würden anstelle dieser vergleichsweise teuren Präparate therapeutisch gleichwertige und preiswertere Generika verordnet, ergäbe sich ein jährliches Einsparpotenzial von 2,2 Milliarden Euro.

Spezialarzneimittel – Fortschritt, aber unverhältnismäßig teuer

Ganz anders liegt der Fall bei innovativen Arzneimitteln, die den Patientinnen und Patienten einen echten Therapiefortschritt bringen. Hier geht es zum Beispiel um neue Arzneimittel gegen Rheuma, Krebs und Multiple Sklerose. Die Kehrseite: Es sind vor allem diese vergleichsweise sehr teuren Spezialmedikamente, die zu einem starken Anstieg der Arzneimittelausgaben führen. Im Jahr 2009 verzeichneten sie Ausgabensteigerungen von bis zu 25 Prozent.

Für die Behandlung eines Patienten mit einem innovativen Krebsmedikament wenden die Kassen jährlich bis zu 50.000 Euro auf. Hier muss geprüft werden, ob der hohe Preis, den der Hersteller für das neue Arzneimittel verlangt, gerechtfertigt ist und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht. Wie kann es zum Beispiel sein, dass das Krebsmedikament in Großbritannien zum Preis von 1.800 Euro angeboten wird, die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland dafür aber 2.800 Euro bezahlen müssen?

Welchen Preis darf der Fortschritt haben?

Im Prinzip muss die gesetzliche Krankenversicherung nicht jedes Arzneimittel und jeden geforderten Preis bezahlen. Sie verfügt mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Patienten vertreten sind, über ein Entscheidungsgremium, das die Verordnung von Arzneimitteln ausschließen oder einschränken kann, wenn es

- nicht zweckmäßig oder
- nicht wirtschaftlich ist.

Das Problem: Auf welcher Grundlage soll der G-BA seine Entscheidung treffen? Wie soll er feststellen, dass ein neues Arzneimittel unwirtschaftlich ist, weil es eine preisgünstigere gleichwertige Vergleichstherapie bereits gibt?

Um der gesetzlichen Krankenversicherung hier unabhängige wissenschaftliche Kompetenz zur Seite zu stellen, wurde 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet (IQWiG). Es untersucht im Auftrag des G-BA den Nutzen medizinischer Maßnahmen für Patienten und hat mit seinen Gutachten auch schon einige wichtige Entscheidungen vorbereitet. Dabei geht es bei der Bewertung neuer Arzneimittel vor allem um die Frage, mit welchen anderen, schon etablierten Arzneimitteln sie vergleichbar sind, ob sie im Vergleich dazu einen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten aufweisen und wie dieser Zusatznutzen zu gewichtet ist. Bei einer Kosten-Nutzen-Bewertung wird dieser Zusatznutzen in ein Verhältnis zum geforderten Preis gesetzt.

Die bisher beim IQWiG etablierten Bewertungsverfahren sind allerdings sehr zeitaufwendig und reichen allein nicht aus, um die dringend notwendigen Steuerungseffekte für die Arzneimittelversorgung zu entfalten.



**Die Lösung – ein neuer
Ordnungsrahmen**

Paradigmenwechsel – Nutzen und Wettbewerb bestimmen den Preis

Sowohl bei der Preisbildung für innovative Medikamente als auch bei der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel gibt es einen grundlegenden Korrekturbedarf. Das am 1. Januar 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) leistet dies und schafft einen geeigneten neuen Ordnungsrahmen:

- Für alle neuen Arzneimittel muss der Hersteller künftig Nachweise für einen Zusatznutzen vorlegen.
- Sofort nach Markteinführung wird eine kompakte, transparente Nutzenbewertung durchgeführt.
- Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird die Erstattungshöhe auf den Preis vergleichbarer Medikamente begrenzt.
- Für Arzneimittel mit Zusatznutzen werden die Preise auf Basis der Nutzenbewertung in fairem Wettbewerb ausgehandelt.

Nutzen – Hersteller müssen Nachweis liefern

Der Preis, den die GKV für ein neues Arzneimittel erstattet, muss sich zukünftig vor allem an seinem konkreten therapeutischen Nutzen messen lassen. Diesen Nutznachweis müssen die Hersteller selbst erbringen. Die Hersteller werden verpflichtet, bereits zur Markteinführung bzw. zur Zulassung neuer Anwendungsgebiete ein Dossier vorzulegen, in dem sie vor allem den zusätzlichen Nutzen des Präparates nachweisen müssen: Lässt sich eine Krankheit im Vergleich zu aktuell eingesetzten Arzneimitteln besser behandeln? Ist ein schnellerer Heilungsverlauf zu erwarten? Können unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden? Kann das neue Medikament die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessern?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss darüber entscheiden, ob der behauptete Zusatznutzen anerkannt wird.

Für seine Entscheidung erstellt der G-BA innerhalb von drei Monaten nach der Marktzulassung des neuen Arzneimittels zunächst eine Nutzenbewertung. Damit kann er das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragen. Die Nutzenbewertung wird im Internet veröffentlicht. In weiteren drei Monaten können Hersteller, Verbände und Fachkreise zu dem Ergebnis Stellung nehmen. Danach entscheidet der G-BA abschließend, ob ein zusätzlicher Nutzen anerkannt wird. Mit diesem Beschluss, der ebenfalls umgehend veröffentlicht wird, befindet der G-BA auch über das weitere Verfahren zur Preisfindung für das neue Medikament.

Ohne Zusatznutzen – Übernahme ins Festbetragssystem

Kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel gegenüber marktgängigen Produkten keinen nennenswerten Zusatznutzen aufweist, wird es entweder direkt in das Festbetragssystem überführt, oder es wird ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Therapiekosten nicht höher sind als bei Arzneimitteln mit vergleichbarem Nutzen. Das bedeutet: Die Krankenkassen zahlen für das neue Arzneimittel nur noch den festgelegten Höchstbetrag, der auch für vergleichbare Medikamente gilt.

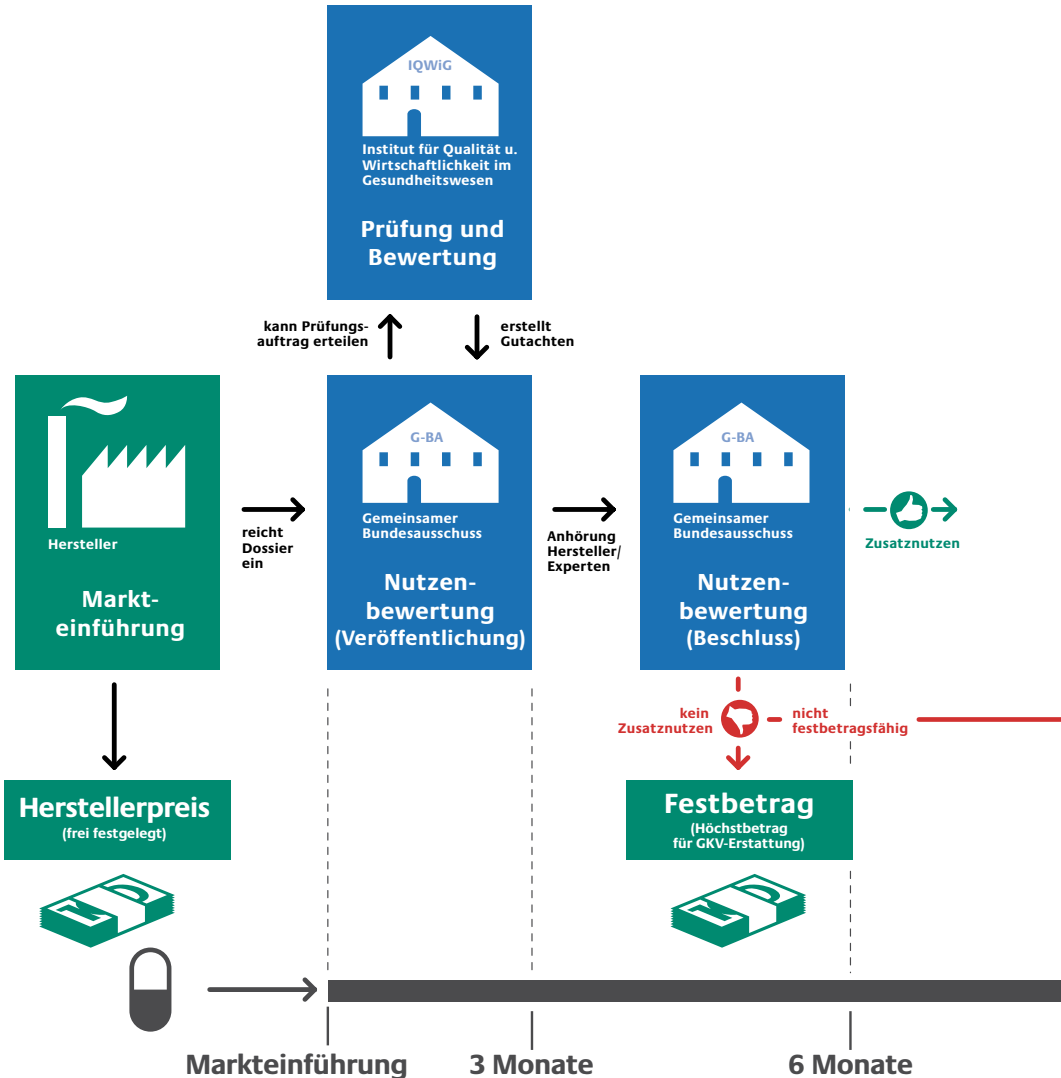
Mit Zusatznutzen – zu angemessenem Preis

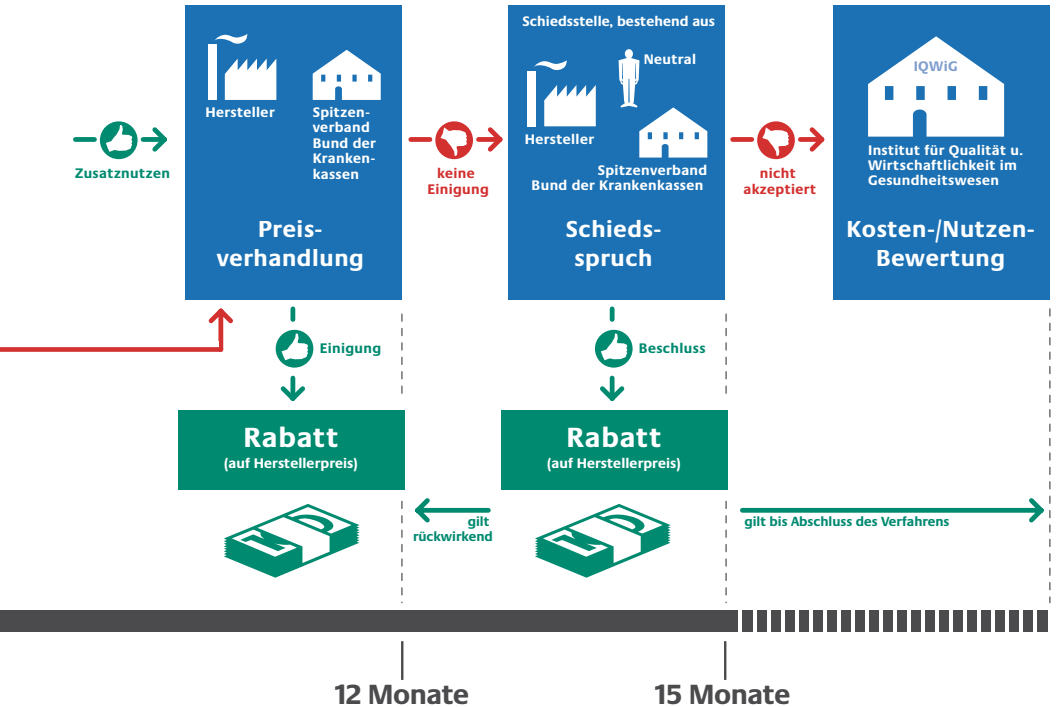
Kommt der G-BA zu dem Schluss, dass das neue Arzneimittel die Behandlung bestimmter Krankheiten deutlich verbessern kann, gilt das Medikament als echte Innovation. Für den Arzneimittelhersteller bedeutet das, dass er sein neues Präparat für die Dauer eines Jahres ab Markteinführung zu dem von ihm festgelegten Preis verkaufen kann. Diese Zeit müssen Hersteller und Krankenkassen allerdings nutzen, um in Vertragsverhandlungen einen angemessenen GKV-Erstattungspreis für das Medikament auszuhandeln – gültig ab dem zweiten Jahr nach dem Inverkehrbringen. Damit werden einerseits die legitimen wirtschaftlichen Interessen der Arzneimittelhersteller gewahrt. Zugleich sollen aber auch die berechtigten Interessen der Versicherten an einer wirtschaftlichen Verwendung ihrer Beiträge berücksichtigt werden.

Gegenstand von Vertragsverhandlungen werden auch die nicht festbetragsfähigen Arzneimittel, für die der G-BA keinen Zusatznutzen festgestellt hat. Hier dürfen der GKV keine Mehrkosten entstehen gegenüber der Vergleichstherapie mit gleichem Nutzen.

Faire Preise für Arzneimittel

Nutzenbewertung und Preisgestaltung in der GKV nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)





Der Schlüssel: Stärkung des Wettbewerbs

Der Schlüssel zu einer angemessenen Lösung des Ausgabenproblems bei Arzneimitteln liegt in einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den beteiligten Akteuren. Ein fairer Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Interessen kann nur in direkten Verhandlungen zwischen dem jeweiligen Arzneimittelhersteller auf der einen und den gesetzlichen Krankenkassen auf der anderen Seite gefunden werden. Deshalb sollen beide Seiten zukünftig innerhalb eines Jahres nach Markteinführung eines neuen Arzneimittels über Rabatte auf den vom Hersteller gewünschten Preis verhandeln. Können die Verhandlungspartner in dieser Zeit keine Einigung erzielen, setzt eine zentrale Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten einen Rabatt fest, der rückwirkend ab dem 13. Monat nach Markteinführung gilt. Als Entscheidungsbasis können zum Beispiel internationale Vergleichspreise dienen. Beide Seiten können gegen diesen Schiedsspruch Einspruch erheben und eine weitergehende Kosten-Nutzen-Bewertung verlangen. Eine aufschiebende Wirkung haben diese Verfahren aber nicht.

Die neue Regelung kann auch für patentgeschützte Arzneimittel angewendet werden, die bereits im Markt sind und nicht dem Festbetragsystem unterliegen. Ein entsprechendes Verfahren kann vom G-BA eingeleitet werden.

Das AMNOG sieht darüber hinaus weitere Maßnahmen vor:

Rabattverträge und Festbetragssystem weiterentwickeln

Festbeträge und Rabattverträge für Generika haben sich grundsätzlich bewährt. Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern sollen jedoch stärker als bisher nach Regeln des fairen Wettbewerbs ausgehandelt werden. Kartellartigen Zusammenschlüssen aufseiten der Vertragspartner soll juristisch vorgebeugt werden. Ziel ist es vor allem, weitere wirtschaftliche Nachteile für mittelständische Hersteller zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass genügend Anbieter im Markt bleiben können.

Von fairem Wettbewerb profitieren auch die Patienten. Sie können ein anderes als das Rabatt-Präparat ihrer Kasse wählen und so ihr gewohntes Arzneimittel behalten. Das fördert die Zufriedenheit und damit auch die Compliance. Die Patienten müssen dafür zunächst in Vorleistung treten und erhalten dann eine Kostenerstattung, bei der die der Kasse entstandenen Mehrkosten abgezogen werden.

Unter diesen Bedingungen bleiben Festbeträge und Rabattverträge für die Versicherten ein Garant dafür, dass ihre Beiträge verantwortlich eingesetzt werden. Die Wahlfreiheit verschafft ihnen darüber hinaus Spielraum, individuelle Wünsche umzusetzen.

Bürokratie abbauen – Ärzte entlasten

Der unübersichtliche Arzneimittelmarkt in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dereguliert. Die bürokratische Bonus-Malus-Regelung und die Zweitmeinungsregelung werden aufgehoben. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden verschlankt. Damit werden Ärzte in ihrer täglichen Arbeit entlastet. Therapiehinweise und Verordnungsausschlüsse werden klarer geregelt.

Mit Transparenz die medizinische Diskussion fördern

Von den Herstellern, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, wird künftig umfassende Transparenz verlangt. Sie müssen innerhalb von sechs Monaten nach Zulassung alle Berichte und Ergebnisse der konfirmatorischen klinischen Prüfungen veröffentlichen, z. B. im Internet. Dazu gehören auch ungünstige, unvollständige oder frühzeitig abgebrochene Studien, deren Veröffentlichung unter Umständen nicht im Interesse des Herstellers liegt. So wird die Diskussion zu Nutzen, Risiken und Wirksamkeit neuer Arzneimittel in breiten Fachkreisen gefördert. Ärzte erhalten mehr Informationen und können dies bei ihren Verordnungen berücksichtigen. Wissenschaftler haben die Chance, die Erkenntnisse bei eigenen Forschungsarbeiten zu verwenden.

Für langfristig mehr Transparenz und mehr Information der Bürger sorgt auch die feste Etablierung der unabhängigen Patientenberatung. Sie unterstützt nachhaltig die Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Kurzfristig entlasten – mittelfristig neue Strukturen einführen

Strukturelle Reformen brauchen eine gewisse Zeit. Das gilt auch für die angestrebte Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Weil aber die Arzneimittelausgaben weiter ansteigen, sind für eine Übergangszeit auch entschlossene, unmittelbar wirksame Sparmaßnahmen erforderlich. Dazu wurde – im Rahmen des GKV-Änderungsgesetzes – zunächst der Herstellerabschlag auf Arzneimittel ohne Festbetrag von 6 auf 16 Prozent erhöht. Diese Regelung gilt bis zum 31. Dezember 2013 auf der Grundlage der Preise vom 1. August 2009. Für diese Zeit gilt zudem ein Preisstopp. Hersteller, die dennoch die Preise erhöhen, müssen den gesetzlichen Krankenkassen einen entsprechenden Zusatzrabatt in derselben Höhe gewähren.

Einsparungen wird auch die Umstellung der Vergütung für den Arzneimittelvertrieb bringen. Das AMNOG sieht vor, dass der Großhandel ab 2012 eine leistungsgerechte Vergütung auf der Basis eines preisunabhängigen Fixzuschlags und eines prozentualen Zuschlags erhält. Dadurch wird das Volumen des Großhandelszuschlags für rezeptpflichtige Arzneimittel (GKV und PKV) abgesenkt. Im Ergebnis werden dadurch rund 200 Mio. Euro pro Jahr eingespart. Im Jahr 2011 gilt als Übergangsregelung ein Großhandelsrabatt von 0,85 Prozent mit gleichem Einsparvolumen. Der Anteil der GKV an der Einsparung beträgt rund 85 Prozent, das sind etwa 170 Mio. Euro.

Darüber hinaus wird der Apothekenrabatt je Packung verschreibungspflichtiger Arzneimittel von 1,75 Euro auf 2,05 Euro erhöht. Diese Regelung gilt für die Jahre 2011 und 2012. Die Einsparungen zugunsten der GKV betragen 200 Mio. Euro. Ab 2013 kann der Rabatt durch eine vertragliche Lösung zwischen dem Spitzenverband Bund und dem Deutschen Apothekerverband angepasst werden.

Rabatte, Preisstopp und neue Vergütung im Arzneimittelvertrieb geben Zeit und Raum, um die notwendigen Strukturmaßnahmen sinnvoll und gezielt einzuleiten – damit die Gesundheitsversorgung in Deutschland qualitativ hochwertig und langfristig bezahlbar bleibt.

A person wearing a red jacket, a patterned headscarf, and a light-colored skirt stands on the crest of a sand dune. Their arms are outstretched, one pointing forward and the other to the side. The background is a clear, light blue sky. The person is silhouetted against the sky, and the sand dune is in the foreground, sloping upwards from the bottom left towards the right.

**Neue Balance –
zwischen Innovation
und Bezahlbarkeit**

Auf dem richtigen Weg – fairer Wettbewerb im Arzneimittelmarkt

Die strukturelle Neuordnung im Arzneimittelmarkt sorgt für eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit. Unternehmen bekommen finanzielle Anreize, um weiterzuforschen und innovative Medikamente auf den Markt zu bringen. Davon profitieren die Patienten, weil Krankheiten besser geheilt oder behandelt werden können.

Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die Arzneimittel auch in Zukunft für die Menschen bezahlbar bleiben. Voraussetzung dafür sind aber faire Wettbewerbsbedingungen. Das Preismonopol der Hersteller für neue Arzneimittel ist damit nicht vereinbar. Arzneimittelpreise müssen sich am therapeutischen Zusatznutzen für die Patienten orientieren, der in jedem Einzelfall vom Hersteller nachzuweisen ist. Krankenkassen und Arzneimittelhersteller müssen in Verhandlungen zu einem fairen Ausgleich ihrer Interessen finden.

Ein so verstandener Wettbewerb ist nicht nur fair, sondern auch transparent für alle Beteiligten: Er fördert und belohnt den Innovationswillen der Hersteller, er unterstützt die bestmögliche Versorgung der Patienten und er belastet das Gesundheitssystem nicht durch unnötige Kosten. Schließlich kann sich der Arzt dadurch auch wieder mehr auf die Patienten statt auf die Preise für seine verordneten Arzneimittel konzentrieren. Das alles wird einen Beitrag zu einer neuen Kultur des Vertrauens im Gesundheitswesen leisten.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab {Referat Öffentlichkeitsarbeit}
11055 Berlin

Text / Gestaltung: A&B ONE

Fotos: plainpicture GmbH

Druck: Druckerei Conrad GmbH

Stand: Dezember 2010, 1. Auflage

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-G-10050

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 0 18 05/77 80 90*

Fax: 0 18 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

GP_aktuell

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05 / 77 80 90*

Fax: 018 05 / 77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der
Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

■ 030 / 340 60 66 – 03

Fragen zur Suchtvorbeugung

■ 02 21 / 89 20 31**

Beratungsservice für Gehörlose / Telefax

■ 030 / 340 60 66 – 07

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 08

Beratungsservice für Gehörlose / Schreibtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 09

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

**BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung,
Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr