



Arzneipreise auf dem Prüfstand

Die Arzneimittelausgaben der GKV wachsen seit Jahren deutlich schneller als die Ausgaben in anderen Leistungsbereichen. Aktuelle Analysen zeigen, dass diese Entwicklung vor allem strukturelle Ursachen hat. Nicht die Menge der verordneten Arzneimittel bestimmt die Ausgabendynamik.

Von Frank Brunner

Die Nettokosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Arzneimittelversorgung haben 2024 mit 59,3 Milliarden Euro erneut ein Rekordniveau erreicht. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von rund zehn Prozent. Arzneimittel sind damit inzwischen der zweitgrößte Ausgabenposten der GKV. Nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist kein kurzfristiges Ende dieser Entwicklung absehbar. „Das Ende der Fahnenstange ist noch nicht erreicht“, sagt Helmut Schröder, Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Arzneimittel-Kompasses 2025.

In der Ende 2025 erschienenen Publikation mit dem Schwerpunktthema „Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen“ werden die Entwicklungen auf Basis der Arzneimittelabrechnungsdaten aller GKV-Versicherten analysiert. Damit können Marktstrukturen, Preisentwicklungen und regulatorische Instrumente systematisch beschrieben werden und die Publikation ordnet sie gesundheitsökonomisch ein. Die Auswertungen zeigen, dass der Kostenanstieg seit Jahren

nicht mengen-, sondern preis- und strukturgetrieben ist. Besonders ins Gewicht fallen patentgeschützte Arzneimittel. Obwohl sie 2024 nur gut sieben Prozent der verordneten Tagesdosen ausmachten, entfielen auf sie rund 54 Prozent der gesamten Kosten. Seit Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 sind die GKV-Arzneimittel ausgaben insgesamt um mehr als 125 Prozent gestiegen.

Ein zentrales Problem sieht das WIdO in der nachlassenden Steuerungswirkung des AMNOG. „Die Marktanalysen zeigen, dass die frühe Nutzenbewertung und die nachgelagerte Preisverhandlung zunehmend durch Umgehungsstrategien ausgehöhlt werden“, erläutert WIdO-Chef Schröder. In der Folge komme es wieder häufiger zu einer Entkopplung von Preis und therapeutischem Nutzen. Selbst Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen könnten hohe Erstattungsbeträge erzielen.

Dass Preisverhandlungen stattfinden, ersetze dabei keine systematische Berücksichtigung von Opportunitätskosten,



Therapiegespräch in der Praxis:
Die steigenden Arzneikosten in
der GKV liegen laut WIdO-
Datenanalyse nicht am Verord-
nungsverhalten der Ärzte.

Budgetwirkungen oder Evidenzrobustheit – genau diese „Preisblindheit“ kritisieren eine Vielzahl der wissenschaftlichen Autorinnen und Autoren im Arzneimittel-Kompass. Besonders deutlich zeige sich das bei hochpreisigen Präparaten. Der durchschnittliche Packungspreis im Patentmarkt stieg laut der Analyse zwischen 2015 und 2024 von rund 4.100 auf etwa 7.700 Euro. Gleichzeitig seien 2024 knapp 49 Prozent des gesamten Bruttoumsatzes auf Packungen mit einem Preis von mehr als 1.000 Euro entfallen. Auch wenn einzelne Preise im Zeitverlauf sinken, verschiebe sich das Ausgangsniveau neuer Markteintritte kontinuierlich nach oben – ein Effekt, der das System dauerhaft belaste, heißt es.

ORPHAN DRUGS IM FOKUS

Hinzu komme die wachsende Bedeutung von Orphan-Arzneimitteln. 2024 wurden 42 neue Medikamente eingeführt, darunter 24 Orphan-Präparate. Obwohl Orphan-Arzneimittel in 2025 mengenmäßig kaum ins Gewicht fallen – ihr Anteil an den verordneten Tagesdosen liegt bei unter 0,1 Prozent –, verursachten sie der Analyse zufolge rund 14 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben.

Der Arzneimittel-Kompass zeigt, dass der Orphan-Status kein verlässlicher Indikator für dauerhaft kleine Märkte ist: Indikationserweiterungen und kumulative Patientenzahlen führten häufig erst Jahre später zu einer regulären Bewertung – oft mit deutlich geringerem Zusatznutzen als ursprünglich unterstellt.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage der Fairness in der Preisbildung an Bedeutung. Die häufig vorgebrachte Begründung hoher Preise mit angeblich unverzichtbaren Forschungsausgaben greift aus Sicht der Gesundheitsökonomin Privatdozentin Dr. Claudia Wild zu kurz. „Die Behauptung, diese Preise seien zwingend notwendig, ist schlicht falsch“, betont Wild (siehe Interview Seite 46). Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes,

sagt: „Wir sind in Deutschland in der glücklichen Lage, einen schnellen Zugang zu neuen Therapien zu haben. Damit das auch künftig möglich bleibt, brauchen wir wirksame und faire Instrumente der Preisregulierung.“ Dazu gehört aus Sicht der AOK, Preise stärker entlang des Produktlebenszyklus‘ auszurichten und bei neuer Evidenz konsequent nachzusteuern.



Den „Arzneimittel-Kompass 2025“ können Sie kostenfrei
Downloaden über den QR-Code anbei oder die Website:
www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen



BEZAHLBAR, EVIDENZBASIERT, VERLÄSSLICH

In ihrem Papier „Positionen zur Arzneimittelversorgung – Eckpunkte für mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Sicherheit“ fordert die AOK eine Neustellung der Arzneimittelpolitik. Nur so würden Innovationen dauerhaft finanziert bleiben. Zentrale Voraussetzung sei eine angemessene Preisbildung ab Markteintritt: Statt frei gesetzter Einstiegspreise soll ein Interimspreis gelten, der sich an der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientiert und später mit dem ausgehandelten Erstattungsbetrag verrechnet wird. Geheimpreise und intransparente Vergütungsmodelle lehnt die AOK ab.

Das gesamte Positionspapier finden Sie unter:
<https://www.aok.de/pp/bv/positionen/>



„Dieselbe Entwicklung wird mehrfach öffentlich finanziert“

Steuergelder tragen einen Großteil der Arzneimittelforschung. Im Interview spricht die Gesundheitswissenschaftlerin Claudia Wild über die doppelte öffentliche Finanzierung.

Das Interview führte Frank Brunner

Frau Dr. Wild, Sie sagen, dass öffentliche Gelder bei der Entwicklung neuer Arzneimittel eine viel größere Rolle spielen als gemeinhin angenommen. Warum war es Ihnen wichtig, diesen Befund gerade jetzt so deutlich zu machen?

Üblicherweise heißt es ja, dass die öffentliche Hand die Infrastruktur bereitstellt und die Wirtschaft dann innoviert. Dieses Geben und Nehmen ist aus dem Gleichgewicht geraten. Heute verdient überwiegend die Industrie, während die öffentliche Hand zahlt.

Hohe Preise für Arzneimittel werden oft damit begründet, dass Forschung so teuer sei.

Die Behauptung, diese Preise seien zwingend notwendig, ist schlicht falsch. Tatsächlich stammen 80 bis 90 Prozent der Grundlagen- und frühen medizinischen Forschung – insbesondere bei

Gentherapien und bei Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP) – aus öffentlicher Hand. Was dabei oft übersehen wird, ist, dass diese öffentliche Finanzierung nicht nur punktuell stattfindet, sondern systematisch entlang der gesamten Entwicklungskette wirkt. Die öffentliche Hand trägt nicht nur das wissenschaftliche Risiko, sondern auch einen erheblichen Teil des finanziellen Risikos – und das über viele Jahre hinweg, ohne Aussicht auf direkte Erträge. Diese Vorleistungen sind die Grundlage dafür, dass überhaupt marktfähige Innovationen entstehen können.

Eine Ursache der doppelten öffentlichen Finanzierung sei die mangelnde Transparenz, lautet Ihre Kritik. Was meinen Sie damit konkret?

Auf supranationaler Ebene gibt es noch transparente Datenbanken, etwa in Eu-



**Priv.-Doz. Dr.
Claudia Wild**

ist Gesundheitswissenschaftlerin und langjährige Leiterin des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA).

ropa oder bei den National Institutes of Health der staatlichen US-Gesundheitsforschungsbehörde. Intransparent wird es auf nationaler Ebene. Dort gibt es zahlreiche Förderinstrumente – von Grundlagenforschung über translatationale Forschung bis hin zur Wirtschaftsförderung. Gerade diese Wirtschaftsförderungen, etwa für Start-ups aus dem universitären Umfeld, werden bei der Betrachtung von Forschungsförderung meist

völlig ausgeblendet. Dabei werden diese Unternehmen oft über Jahre mit öffentlichen Geldern finanziert. Das ist faktisch Teil der Arzneimittelentwicklung, wird aber nicht mitgerechnet.

So entsteht der Eindruck, als ob die Industrie einen viel größeren Eigenanteil an der Forschung hätte, als es tatsächlich der Fall ist. In Wahrheit wird dieselbe Entwicklung mehrfach öffentlich finanziert – zuerst über Forschungsförderung, dann über Wirtschaftsförderung und später über hohe Erstattungspreise im Versorgungssystem.

Wo entlang der Entwicklungskette trägt die öffentliche Hand besonders große Risiken?

Nicht nur in der Grundlagenforschung, sondern weit darüber hinaus. Die großen Pharmaunternehmen steigen oft erst nach erfolgreich abgeschlossenen Phase-I- oder Phase-II-Studien ein. Dann kaufen sie kleinere Firmen auf. Diese Käufe sind aber keine Forschungsausgaben, sondern Akquisitionen am Finanzmarkt.

Die kleinen Firmen, die das Risiko getragen haben, wurden zuvor umfassend öffentlich finanziert. Das finanzielle Risiko liegt also größtenteils bei der Allgemeinheit.

Man muss hier sehr klar unterscheiden zwischen echter Forschung und finanzmarktgetriebenen Transaktionen. Wenn ein Unternehmen für mehrere Milliarden ein Start-up kauft, das zuvor jahrelang öffentlich gefördert wurde, dann ist das kein Beleg für hohe eigene Forschungsausgaben, sondern für eine strategische Bewertung am Kapitalmarkt. Diese Kosten werden später dennoch als Rechtfertigung für hohe Arzneimittelpreise herangezogen – und das ist aus meiner Sicht nicht legitim.

Das heißt, Sie kritisieren nicht die öffentliche Finanzierung von Grundlagenforschung an sich?

Nein, ganz im Gegenteil. Grundlagenforschung durch die öffentliche Hand ist sinnvoll und notwendig. Problematisch ist, dass dieses System aus dem Gleichgewicht geraten ist. Früher hat die öffentliche Forschung zu bezahl-

baren Medikamenten geführt. Heute erleben wir exorbitante Preise. Es stimmt etwas nicht mehr im Verhältnis von Geben und Nehmen.

Was müsste man regulatorisch korrigieren, um mehr Transparenz in Sachen Industriefinanzierung zu erreichen?

Es braucht eine standardisierte Methode zur Berechnung von Forschungs- und Entwicklungskosten. Die öffentliche Hand und auch philanthropische Organisationen zeigen, dass das möglich ist. Sinnvoll wäre ein EU-Projekt, das unterschiedliche Berechnungsmethoden entwickelt und vergleicht.

Da der Arzneimittelmarkt in Europa fast vollständig öffentlich finanziert ist, hat die öffentliche Hand auch das Recht, Regeln für Transparenz vorzugeben.

Wie realistisch ist dies?

Auf politischer Ebene sehe ich wenig Hoffnung. Aber die Kostenträger, also gesetzliche Krankenversicherungen und öffentliche Einkäufer, sind nicht machtlos. Sie können Transparenz einfordern, bevor Preisverhandlungen beginnen.

Ein Schwerpunkt Ihrer Kritik ist die sogenannte Orphanisierung. Wo sehen Sie die Grenze zwischen notwendiger Förderung und strategischer Nutzung?

Es gibt dazu eine EU-Studie, die zeigt, dass von mehreren hundert Orphan-Drugs nur sehr wenige originär von der Industrie entwickelt wurden. Der Großteil stammt aus öffentlicher Forschung und wurde später aufgekauft. Orphanisierung bezeichnet dabei die strategische Ausrichtung auf Arzneimittel für seltene Erkrankungen, die regulatorische Erleichterungen erhalten, etwa beim Nutzennachweis oder in der frühen Preisbildung. Problematisch wird es dort, wo diese Seltenheit künstlich hergestellt wird.

Wie kann denn Seltenheit künstlich erzeugt werden?

Erkrankungen werden in immer kleinere genetische Subgruppen aufgeteilt, sodass sie formal als selten gelten, obwohl die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten durchaus relevante

Größenordnungen erreicht. Europaweit betrachtet wären für viele dieser Erkrankungen robuste klinische Studien möglich. Stattdessen wird der Orphan-Status gezielt genutzt, um hohe Preise durchzusetzen. Das ist keine medizinische Notwendigkeit, sondern eine Marktstrategie.

Was fehlt der öffentlichen Hand im Umgang mit diesen Strategien?

Sie vermarktet ihre eigene Rolle viel zu schlecht. Die öffentliche Hand produziert enormes Wissen und trägt hohe Kosten, auch Kapitalisierungskosten. Dieses Engagement wird aber kaum sichtbar gemacht. Dadurch kann sich die Industrie als alleinige Innovatorin darstellen.

Welche Debatte bräuchten wir über Arzneimittelpreise?

Wir müssten viel stärker darüber sprechen, wie viel öffentliche Innovation tatsächlich in Arzneimitteln steckt und wie wenig transparent Preisbildung heute ist. Solange diese Informationen fehlen, bleibt die Debatte unsachlich und verzerrt zugunsten der Industrie.

Vielen Dank für das Gespräch!



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 19. März:

Deutschland ist Schlusslicht im Public Health Index – vor diesem Hintergrund veranstaltet der AOK-Bundesverband am 5. März den 1. Deutschen Präventionsgipfel. Bei der Veranstaltung geht es um ungenutztes Präventionspotenzial und Strategien für eine gesündere Gesellschaft.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.