

1 Zusammenfassung – Das Wichtigste in Kürze

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene Arzneimittel lagen 2017 bei 44,82 Mrd. Euro und damit um 1,47 Mrd. höher als 2016 – entsprechend der Ausgabenabgrenzung nach der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit und gemessen in Apothekenverkaufspreisen. Die Zuwachsrate lag somit bei 3,6% und war im Vergleich zum Vorjahr geringer. Im Jahr 2016 kam es zu Mehrausgaben in Höhe von 1,53 Mrd. Euro, was einer Zuwachsrate von 3,9% entsprach.

Die Einsparungen der GKV erhöhten sich um 202 Mio. Euro und erreichten insgesamt 9,07 Mrd. Euro. Daran hatten die Herstellerrabatte mit 5,7 Mrd. Euro den höchsten Anteil und lagen um 103 Mio. Euro höher als 2016. Wenige Änderungen gab es bei den Zuzahlungen von Patienten, die mit 2,2 Mrd. Euro um 22 Mio. Euro höher waren als 2016. Die Arzneimittelrabatte der Apotheken stiegen im Vergleich zu 2016 um 77 Mio. Euro und führten somit für die GKV zu Einsparungen von 1,18 Mrd. Euro im Jahr 2017.

Stärkster Treiber für den Ausgabenanstieg war 2017 die Innovationskomponente mit 1,22 Mrd. Euro. 2016 lag der Ausgabeneffekt dieser Komponente bei 1,08 Mrd. Euro. Der höhere Anteil neuerer Therapieansätze stand 2017 stark im Vordergrund und erhöhte die Ausgaben um 1,06 Mrd. Euro. 2016 machte der Ausgabenbeitrag der Therapieansatzkomponente nur 783 Mio. Euro aus.

Zur Innovationskomponente trugen in hohem Maße die antineoplastischen Mittel (L01) mit 446,8 Mio. Euro bei, gefolgt von der Gruppe der antithrombotischen Mittel (B01) mit 201,7 Mio. Euro und der Gruppe der antiviralen Mittel zur systemischen Anwendung (J05) mit 113,0 Mio.

Die Verbrauchskomponente war 2017 mit 507 Mio. Euro deutlich niedriger als noch im Vorjahr (1,01 Mrd. Euro). Wichtigste Ursache dafür war der erneute starke Verbrauchsrückgang der Präparate zur Behandlung der chronischen Hepatitis C in der Gruppe der antiviralen Mittel zur systemischen Anwendung (J05). Weiterhin die

mit Abstand am stärksten verbrauchsgetriebene Gruppe waren die Immunsuppressiva (Lo4) und hier zuvorderst die verbrauchsbedingten Ausgabensteigerungen bei den Teil-Indikationsgruppen der Psoriasis-Mittel mit 207,3 Mio. Euro und den Mitteln zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit 140,1 Mio. Euro.

Die anbieterbezogenen Einsparungen durch die Generika- und Herstellerkomponente lagen 2017 bei 423 Mio. Euro und fielen somit etwas höher aus als im Vorjahr mit 364 Mio. Euro. Am stärksten trugen 2017 die antineoplastischen Mittel (Lo1) zu den Einsparungen durch generischen Wettbewerb bei, da hier für Imatinib Generika und für Rituximab Biosimilars eingeführt wurden. Auch in der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva führte der weiter steigende Anteil von Biosimilars für Infliximab (51,2% des Verbrauchs) und Etanercept (34,1% des Verbrauchs) erneut zu Einsparungen. Zusätzlich kam es zu Einsparungen durch Rabattverträge, die sich in der Preiskomponente manifestierten.

Die Preiskomponente war 2017 mit 378,3 Mio. Euro zwar deutlich negativ, die Einsparungen waren aber spürbar geringer als noch 2016 (536,6 Mio. Euro). Die höchsten preisbedingten Einsparungen wurden dabei für antineoplastische Mittel (Lo1) erzielt, wobei hier die verhandelten Erstattungspreise im Anschluss an die Nutzenbewertung die größte Rolle spielten.

In Bezug auf einzelne Indikationsgruppen hatten die Immunsuppressiva (Lo4) mit einer Ausgabensteigerung von 467 Mio. Euro den größten Einfluss. Bei diesen Arzneimitteln stand die Verbrauchskomponente im Vordergrund. Den zweitgrößten Ausgabeneffekt hatten die antineoplastischen Mittel (Lo1) mit Mehrausgaben von 299 Mio. Euro, wobei hier die Innovationskomponente treibender Faktor war. Für die antithrombotischen Mittel (Bo1) lagen die Mehrausgaben vor allem bedingt durch die Innovationskomponente bei 215 Mio. Euro. Der höchste Ausgabenrückgang war auch 2017 wieder bei den antiviralen Mitteln (Jo5) zu beobachten und erreichte 235 Mio. Euro. Hinter

den Einsparungen stand ein erneuter Verbrauchsrückgang bei den Mitteln zur Behandlung von chronischen Hepatitis-C-Infektionen.

Das Kapitel AMNOG-Reporting (» Kap. 5) gibt einen Überblick zu den Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. Bis Ende 2017 wurden inzwischen 294 Verfahren durchgeführt. Ein Schwerpunkt des diesjährigen Reportings liegt auf erneuten Nutzenbewertungen, die aus verschiedenen Anlässen durchgeführt werden. Neubewertungen ermöglichen, neuere Evidenz zu berücksichtigen, und geben so der Nutzenbewertung eine gewisse Flexibilität. Bis Ende 2017 wurden 91 Neubewertungsverfahren durchgeführt, die sich auf insgesamt 57 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen bezogen. Häufigster Anlass war mit rund 65% die Erweiterung der Zulassung, gefolgt von Neubewertungen wegen Befristungsablauf in 22% der Fälle. Aus der Analyse ergibt sich, dass bei knapp der Hälfte der Verfahren mit einer erneuten Bewertung gerechnet werden kann. Bei wiederum der Hälfte der Verfahren mit Neubewertung dauert es ab Abschluss des Verfahrens etwa zwei Jahre, bis das Ergebnis der erneuten Bewertung vorliegt.

Für einige Indikationsgruppen wurde untersucht, wie sich die Marktdurchdringung von Arzneimitteln mit Nutzenbewertung bezogen auf den Umsatz mittlerweile entwickelt hat. So ergab sich für die antineoplastischen Mittel (Lo1), dass der Umsatzanteil von Arzneimitteln mit einem attestierten Zusatznutzen von 1,1% im Jahr 2011 auf 36,6% im Jahr 2017 angestiegen ist. Der Anteil von Arzneimitteln mit abgeschlossener Nutzenbewertung, doch ohne belegten Zusatznutzen, lag 2017 bei 5,3%. Der restliche Umsatz entfiel auf ältere Krebsmittel, darunter auch ein Großteil der Wirkstoffe, die bisher als zweckmäßige Vergleichstherapie festgelegt wurden. Hinsichtlich der aktuellen Themen ist u. a. von Bedeutung, dass im Oktober 2018 vom Bundesministerium für Gesundheit der Verordnungsentwurf zu den Mindestanforderungen für die Inhalte zur Nutzen-

bewertung im geplanten Arztinformationssystem veröffentlicht wurde.

Thema des diesjährigen Fokuskapitels im Arzneimittel-Atlas sind Innovationszyklen bei Arzneimitteln.

Auch die im Arzneimittelmarkt verfügbaren Produkte unterliegen einem Lebenszyklus mit verschiedenen Phasen von der Forschung und Entwicklung bis zum Niedergang nach Ablauf der Patentlaufzeit, in denen sich der Umsatz der Theorie nach in einem typischen Verlauf entwickelt. Dieses idealtypische Muster lässt sich auch für reale Arzneimittelprodukte aufzeigen. Betrachtet man aggregierte Gruppen von Wirkstoffen, wie etwa Therapieansätze oder Indikationsgruppen, so werden Innovationszyklen erkennbar, die sich aus der Überlagerung der Lebenszyklen aller Produkte einer Gruppe ergeben. Diese Innovationszyklen gleichen dem Lebenszyklus eines Produkts und zeigen die charakteristischen Phasen des Umsatzwachstums, der Sättigung und schließlich des Umsatzrückgangs nach Ablauf des Zyklus, wenn alle Wirkstoffe generisch verfügbar sind. Am Beispiel der Mittel zur Behandlung der Hypertonie wird gezeigt, dass es nach Ablauf der Innovationszyklen in dieser Gruppe zu einem Umsatzrückgang trotz steigenden Verbrauchs kam. Daher ist davon auszugehen, dass es auch in anderen Indikationsgruppen, die derzeit aufgrund anhaltender Innovations-

tätigkeit zu steigenden Ausgaben führen, zu einem Umsatzrückgang kommen wird. Es ist jedoch heute nicht abzusehen, wann dies der Fall sein wird. Es kann jedoch an aktuellen Beispielen demonstriert werden, dass auch bei Krebsarzneimitteln der Umsatz nach Patentablauf stark zurückgeht, im Prinzip also die gleichen Gesetzmäßigkeiten gelten, die bei den Mitteln zur Behandlung der Hypertonie beobachtet werden konnten.

Die Umsatzentwicklung des Arzneimittelmarktes ergibt sich stets aus der Überlagerung der Verläufe in den verschiedenen Indikationsgruppen, die sich jeweils in unterschiedlichen Phasen befinden. Das heißt, dass das beobachtete Umsatzwachstum, das sich aus der Innovationsaktivität in bestimmten Indikationsgruppen ergibt, stets gebremst wird durch Umsatzrückgänge in anderen Gruppen, die sich anderen Phasen eines Innovationszyklus befinden. In der Regel reicht diese Kompensation jedoch nicht aus, um ein Nullwachstum zu erreichen. Da aktuell und in der nahen Zukunft die Innovationstätigkeit besonders hoch ist und voraussichtlich auch bleiben wird, ist weiterhin von wachsenden Umsätzen und damit Ausgaben auszugehen. Die Innovationen ermöglichen neue und verbesserte Therapieoptionen für die Patienten und werden alle durch die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V auf ihren Zusatznutzen hin bewertet.

2 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2017 im Überblick

Bertram Häussler und Lukas Maag

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war im Jahr 2017 mit 1,43 Mrd. Euro moderat und entsprach fast genau den Mehrausgaben des Vorjahres.

Die Gründe für das moderate Wachstum liegen hauptsächlich in der sehr niedrigen Verbrauchskomponente, die das Ausgabenwachstum bremste. Für Einsparungen sorgte auch wieder die Preiskomponente, in der sich vor allem Preissenkungen durch Rabattwettbewerb sowie die Erstattungspreisverhandlungen niederschlugen.

Wie bereits im Vorjahr gab es auch 2017 keine grundlegenden gesetzlichen Änderungen betreffend die Arzneimittelpreise oder die Erstattung. Der zwischen den Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft und Forschung und den maßgeblichen Pharmaverbänden über 15 Monate geführte Pharmadialog wurde im April 2016 abgeschlossen, doch soll der Dialog fortgeführt werden (BMG 2016). Ein Jahr nach dem Pharmadialog trat im Mai 2017 das

GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) in Kraft (Deutscher Bundestag 2017). Mögliche Einflüsse des Gesetzes werden daher ihre volle Wirkung voraussichtlich erst im Jahr 2018 entfalten. Es sind insbesondere in drei Bereichen direkte Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenkassen möglich bzw. zu erwarten:

- Bei der Herstellung von Zubereitungen wird die Vergütung bei Standardzubereitungen und Betäubungsmitteln ergänzt. Für die Herstellung von Zytostatikazubereitungen sind Ausschreibungen der Kassen mit Apotheken nicht mehr möglich; alternativ sollen Rabattverträge mit den Herstellern und erweiterte Verhandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Selbstverwaltung (Hilfntaxe) Einsparungen ermöglichen.
- Für Impfstoffe können künftig keine Rabattverträge mehr zwischen Kassen und Herstellern vereinbart werden.

- Das Preismoratorium wurde bis Ende 2022 verlängert. Ab Juli 2018 können die Preise entsprechend der jeweiligen Inflationsrate jedoch seit 2009 erstmals wieder angehoben werden.

Für das Jahr 2017 wirkten somit weiterhin die Reformen der letzten Jahre. Neben dem bereits erwähnten Preismoratorium galten 2017 weiterhin verschiedene gesetzliche Rabatte für Arzneimittelhersteller. Soweit nicht unter Festbetrag, betrug für patentgeschützte Arzneimittel der Herstellerrabatt 7% und für die übrigen 6% (§ 130a Abs. 1 i.V.m. Abs. 3 SGB V). Diese bleiben vom AMVSG unberührt.

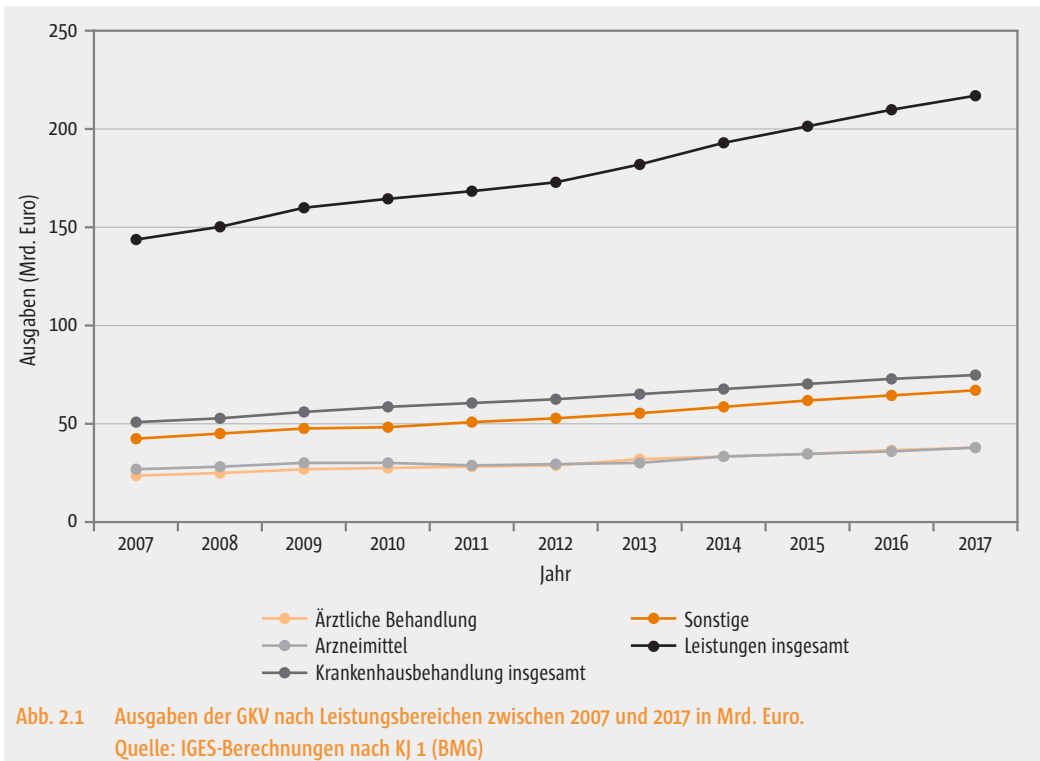
Bezüglich der Preisverhandlungen, die im Anschluss an die Zusatznutzenbewertung nach § 35a SGB V stattfinden, galt 2017 weiterhin, dass das verhandelte Ergebnis direkt im Abga-

bepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) abgebildet ist. In Folge reduzieren sich damit auch die Vergütungen für Großhandel und Apotheken, da es sich teilweise um prozentuale Aufschläge handelt. Auch diese Regelung wird in Zukunft erhalten bleiben.

www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt

2.1 Grundelemente der Ausgabenentwicklung

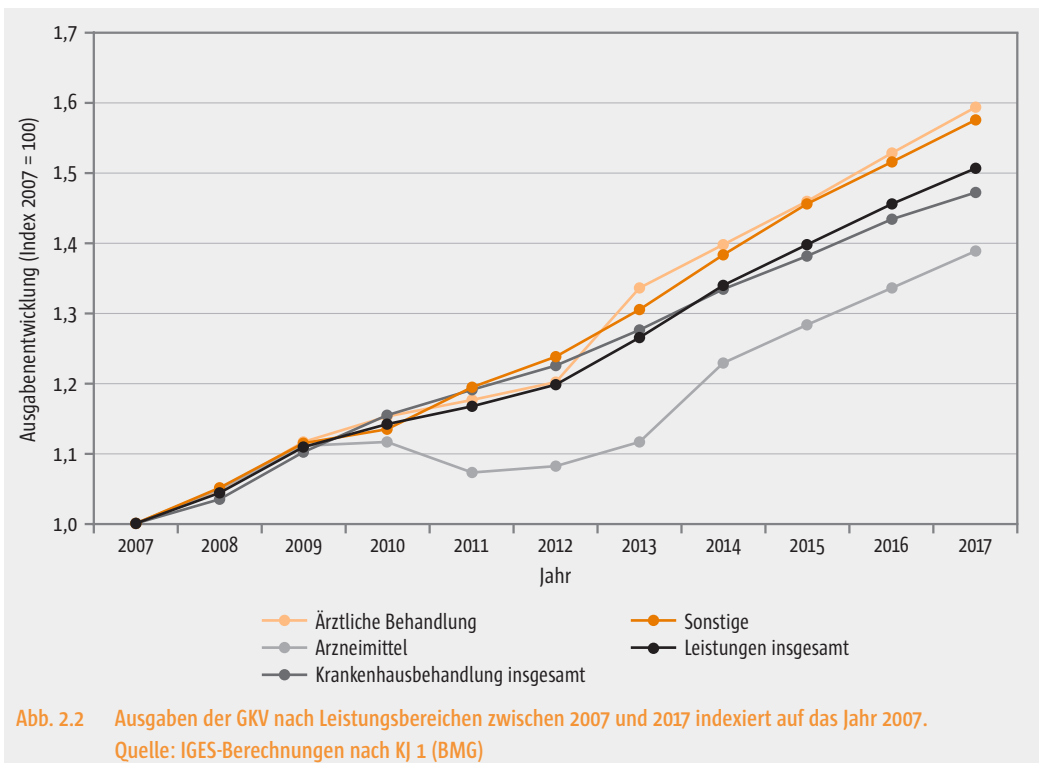
Differenziert nach vier Leistungsbereichen (ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlungen und Leistungen von Sonstigen) zeigt sich in »» Abbildung 2.1, dass die Arzneimittelausgaben, im Vergleich zu den anderen Leistungsbereichen, eine durchschnitt-



liche Wachstumsrate aufweisen. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben lag im Jahr 2017 bei 3,9% und war damit geringfügig unter dem Wert des Vorjahres von 4,1%. Die Arzneimittelausgaben erreichten in der Summe einen Wert von 37.703 Mio. Euro. Der Ausgabenanstieg für die Leistungen insgesamt betrug 3,6% und lag leicht unter dem von Arzneimitteln. In der Summe erreichten die vier Leistungsbereiche einen Wert von 217.828 Mio. Euro. Der größte absolute Ausgabenanteil entstand auch im Jahr 2017 durch die Krankenhausbehandlungen, welche insgesamt 74.895 Mio. Euro bzw. 34% an den Ausgaben ausmachten. Dieser Ausgabenbereich trug auch mit Mehrausgaben von 1.945 Mio. Euro am stärksten zum Ausgabenwachstum bei. Das höchste relative Wachstum zeigten, wie schon im Vorjahr, die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung mit 4,3%.

Die indexbasierte Darstellung (» Abb. 2.2) zeigt die Ausgabenentwicklung der einzelnen Leistungsbereiche, bezogen auf das Basisjahr 2007. Hierbei zeigt sich, dass die Ausgabenveränderung im Arzneimittelbereich in den letzten zehn Jahren insbesondere zwischen den Jahren 2011 bis 2013 von den übrigen Leistungsbereichen abweicht. Hintergrund ist eine gedämpfte Wachstumsentwicklung, welche durch gesetzliche Maßnahmen erwirkt wurde (z.B. AMNOG). Seit dem Jahr 2014 entwickeln sich die Arzneimittelausgaben wieder auf ähnlichem Niveau wie die anderen Leistungsbereiche.

» Tabelle 2.1 zeigt eine differenzierte Aufschlüsselung des Leistungsbereichs der Arzneimittel nach KJ 1 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).



Tab. 2.1 Elemente der Ausgabenentwicklung der GKV für Arznei- und Verbandmittel in den Jahren 2016–2017.

	Element der Ausgabenentwicklung	Quelle	2015 (Mio. Euro)	2016 (Mio. Euro)	2017 (Mio. Euro)	Differenz 2016 vs. 2017 (Mio. Euro)	2017 Prozen- tuale Ände- rung gegen- über dem Vorjahr (%)
I	Gesamtsumme Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken nach AVP*	IGES- Berechnung	39.814	41.349	42.820	1.471	3,6
II	Abschläge auf diese Umsätze		-8.524	-8.868	-9.071	-202	2,3
	darunter						
Ila	Zuzahlungen von Patienten	KJ 1	-2.101	-2.174	-2.196	-22	1,0
Ilb	Arzneimittelrabatte von Herstellern (gesetzlich und individuell)	KJ 1	-5.335	-5.596	-5.700	-103	1,8
Ilc	Arzneimittelrabatte von Apothekern	KJ 1	-1.088	-1.098	-1.175	-77	7,0
III	Sonstiges**	KJ 1	3.546	3.790	3.954	164	4,3
	Ausgaben GKV	KJ 1	34.836	36.270	37.703	1.433	3,9

* Aus Apotheken, ohne Hilfsmittel, zu Apothekenverkaufspreisen

** Ausgaben für Arzneimittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, Digitalisierung der Verordnungsblätter, Arzneimittel von sonstigen Lieferanten und dem Versandhandel

Quelle: KJ 1 (BMG), NVI (INSIGHT Health), IGES-Berechnungen

Die GKV-Arzneimittelausgaben entsprechend der amtlichen Statistik setzen sich aus drei Elementen zusammen:

- Umsätze aus Verordnungen für Arzneimittel, Verbandmittel etc., die über Apotheken ausgeliefert werden mit Ausnahme der Impfstoffe
- Abschläge auf diese Umsätze durch Rabatte und Zuzahlungen
- sonstige Umsätze von anderen Lieferanten sowie für Artikel, die nicht Arzneimittel sind, aber dort erfasst werden

Die Umsätze der Apotheken mit Arznei- und Verbandmitteln zu Apothekenverkaufspreisen

stiegen – berechnet aus der amtlichen Statistik des BMG – 2017 im Vergleich zum Vorjahr um 3,6% bzw. 1.471 Mio. Euro auf 42.820 Mio. Euro (Tab. 2.1). Der Anstieg im Vorjahr war mit 3,9% etwas höher, was einem Betrag von 1.534 Mio. Euro entsprach.

Für die Umsätze aus Apotheken waren die Steigerungen somit etwas geringer als für die Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel. Ursache für den Unterschied war der geringere Anstieg der Abschläge. Für die Kassen wurden im Vergleich zum Vorjahr zusätzliche Einsparungen bei Herstellern, Apotheken und Patienten von insgesamt 202 Mio. Euro realisiert. Im Vorjahr war die Summe der Einsparungen aus Rabatten von Herstellern und Apotheken

sowie Zuzahlungen von Patienten noch um 344 Mio. Euro gestiegen.

Im Jahr 2017 nahmen die geleisteten Zuzahlungen weiter zu. Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich eine Steigerung von 22 Mio. Euro, was einen Betrag von 2.196 Mio. Euro ergab. Im Vorjahr war der Betrag noch um 73 Mio. Euro gestiegen.

Bei den gesetzlichen Rabatten handelt es sich um Abschläge nach § 130a Abs. 1 bis 3b SGB V. Die individuellen Rabatte sind die Ergebnisse von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 und zu einem kleineren Teil nach § 130c SGB V. Die verhandelten Abschläge nach § 130b zwischen dem GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen auf Basis der frühen Nutzenbewertung nach § 35a durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind bereits in den Umsätzen berücksichtigt und werden nicht in den Rabattkonten ausgewiesen.

Die gesetzlichen und individuellen Rabatte der Hersteller bildeten weiterhin die höchsten Abschläge auf die Umsätze. Diese Rabatte waren 2017 mit 5.700 Mio. Euro, abgeleitet aus den Statistiken des BMG, um insgesamt 103 Mio. Euro höher als im Vorjahr. 2016 war das Rabattvolumen mit 261 Mio. Euro deutlich stärker gestiegen. Während 2017 die gesetzlichen Rabatte um 2,4% zurückgingen, nahm die Höhe der geleisteten Individualrabatte um 3,7% zu. Von 2015 zu 2016 waren die gesetzlichen Rabatte noch um 1,7% und die individuellen Rabatte um 6,8% gestiegen.

Die geleisteten Abschläge der Apotheker stiegen mit 1.175 Mio. Euro für das Jahr 2017 deutlich an. Der Apothekenabschlag hatte sich in den letzten Jahren nur geringfügig geändert. Für das Jahr 2014 galt ein Abschlag von 1,80 Euro, und für das Jahr 2015 erfolgte eine Absenkung auf 1,77 Euro. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Mitte 2015 wurde diese Rabatthöhe auch langfristig festgesetzt, zuvor war sie immer wieder Verhandlungsgegenstand zwischen Apotheken und den gesetzlichen Krankenkassen. Geleistete Rabatte der Apotheker bei der Ab-

gabe von Zubereitungen sind bereits in den Umsätzen berücksichtigt und werden nicht im entsprechenden Rabattkonto erfasst.

Sonstige Ausgaben für Arzneimittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, für die Digitalisierung der Verordnungsblätter und für Arzneimittel sonstiger Lieferanten sowie des Versandhandels stiegen 2017 um 4,3% auf 3.954 Mio. Euro und somit deutlich moderater als noch im Vorjahr (6,9%).

2.2 Apothekenumsätze versus Erstattungspreise

Im Arzneimittel-Atlas 2018 erfolgt die Darstellung der Ausgabenentwicklung für Fertigarzneimittel auf Basis der Erstattungspreise. Das heißt, alle von Herstellern und Apotheken gewährten Abschläge und Rabatte gemäß § 130, § 130a Abs. 1, 1a, 3a, 3b und 8, § 130b sowie § 130c SGB V wurden berücksichtigt. Lediglich die Zu- und Aufzahlungen der Patienten konnten nicht eingerechnet werden, da sich die Informationen über erlassene Zuzahlungen wegen Überschreitung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V nicht der einzelnen Verordnung zuordnen ließen. Die Umsätze und Ausgaben für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln sind seit dem Arzneimittel-Atlas 2015 Teil der folgenden Gesamtübersicht und der Komponentenzerlegung. Die Ausgaben ergeben sich dabei aus den ausgewiesenen Taxpreisen, d. h. hier sind die spezifischen Abschläge und Vergütungen für Zubereitungen berücksichtigt, soweit sie dem einzelnen Arzneimittel zugeordnet werden konnten. Pauschale Vergütungen an die Apotheker für die Herstellung von Zubereitungen sind nicht eingerechnet.

Die hier berichteten Erstattungspreise (und Taxpreise) spiegeln somit den arzneimittelbezogenen Betrag wider, welcher von den Krankenkassen erstattet und von den Patienten gezahlt wurde. Vereinbarungen über Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V wurden auf Basis des Informationsstands zum 01.03.2018 berücksich-

tigt. Es wurde davon ausgegangen, dass alle Rabatte nach § 130b, die bis zum 01.03.2018 gemeldet wurden, ab dem 13. Monat nach Markteintritt geleistet wurden (s. »» Kap. 6 für weitere Angaben für das Vorgehen zur Berechnung der Erstattungspreise).

2.3 Entwicklung der Apothekenumsätze

Um mit den Arzneimittel-Atlanten der Vorjahre kompatibel zu sein, erfolgte auch für den Arzneimittel-Atlas 2018 eine erste Betrachtung auf Ebene der Apothekenverkaufspreise (AVP). Die betrachteten Komponenten wurden hingegen, wie in »» Abschnitt 2.2 dargelegt, auf Basis der Erstattungspreise (bzw. Taxpreise) berechnet. Gemeinsame Grundlage für alle Berechnungen im Arzneimittel-Atlas 2018 waren die Daten der

„Nationalen Verordnungsinformation“ (NVI) für Fertigarzneimittel und Zubereitungen.

Der im Arzneimittel-Atlas betrachtete Gesamtmarkt umfasst 94 Indikationsgruppen. In »» Tabelle 2.2 sind die zehn Indikationsgruppen dargestellt, welche im Jahr 2017 die größte absolute Umsatzveränderung – sei es in Form eines Anstiegs oder Rückgangs – erzielten.

Wie schon im Vorjahr zeichnet sich die Gruppe der antiviralen Mittel zur systemischen Anwendung (J05) im Jahr 2017 durch den mit Abstand größten Umsatzrückgang aus. Der Rückgang entsprach einem Volumen von 266,1 Mio. Euro im Jahr 2017 und einem kumulierten Rückgang von 764,1 Mio. Euro in den letzten beiden Jahren. Dieser Rückgang war insbesondere Folge der Marktentwicklung zur Behandlung der chronischen Hepatitis C. Gegenüber dem Vorjahr ging der Verbrauch 2017

Tab. 2.2 Die zehn Indikationsgruppen mit der größten absoluten Umsatzveränderung (AVP) von 2016 nach 2017 (Fertigarzneimittel und Zubereitungen). Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

ATC 3	Indikationsgruppe	Umsatzänderung	Prozentuale Änderung	Umsatz	Umsatz
		(Mio. Euro)	gegenüber Vorjahr (%)	(Mio. Euro)	(Mio. Euro)
		2016 vs. 2017	2016 vs. 2017	2016	2017
L04	Immunsuppressiva	641,7	13,9	4.606,7	5.248,4
L01	Antineoplastische Mittel	331,0	7,3	4.533,7	4.864,7
B01	Antithrombotische Mittel	238,2	12,1	1.960,2	2.198,3
A10	Antidiabetika	84,4	3,5	2.422,2	2.506,5
C10	Lipidsenkende Mittel	66,7	10,1	662,2	728,9
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel	58,3	13,2	441,8	500,1
N06	Psychoanaleptika	-67,3	-6,5	1.029,3	962,0
L03	Immunstimulanzien	-72,9	-5,9	1.245,6	1.172,7
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	-78,5	-9,9	789,4	710,9
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	-266,1	-13,9	1.918,0	1.651,9
	Sonstige Gruppen	112,8	0,5	22.394,4	22.507,2
	Gesamt	1.048,1	2,5	42.003,5	43.051,6