

Bertram Häussler  
Ariane Höer (Hrsg.)

# Arzneimittel- Atlas 2025

Der Arzneimittelverbrauch in der GKV.  
Die wichtigsten Ergebnisse



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

B. Häussler | A. Höer (Hrsg.)

**Arzneimittel-Atlas 2025**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



B. Häussler | A. Höer (Hrsg.)

# Arzneimittel-Atlas 2025

Der Arzneimittelverbrauch in der GKV.  
Die wichtigsten Ergebnisse



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

## Die Herausgeber

Prof. Dr. Bertram Häußler  
bertram.haeussler@iges.com

Dr. Ariane Höer  
ariane.hoer@iges.com

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
www.iges.com

www.arzneimittel-atlas.de

### **IGES Arzneimittel-Atlas ist eine eingetragene Marke der IGES Institut GmbH.**

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Unterbaumstr. 4  
10117 Berlin  
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-7753-0033-9  
ISSN 2942-4003

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2025

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen nutzen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Florian Mürmann, Anna-Lena Spies, Berlin  
Copy Edting: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin  
Druck: Thomas Druck Leipzig GmbH

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

## Die Autoren

**Prof. Dr. Bertram Häussler**  
IGES Institut GmbH

**Dr. Ariane Höer**  
IGES Institut GmbH

**Lukas Maag**  
IGES Institut GmbH

## Unter Mitarbeit von

**Sandra Jessel**  
IGES Institut GmbH

**Steffen John**  
IGES Institut GmbH

**Marc Musfeldt**  
IGES Institut GmbH



## Vorwort

Mit der vorliegenden Ausgabe feiert der Arzneimittel-Atlas ein besonderes Jubiläum: Seit nunmehr 20 Jahren analysiert und dokumentiert er die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ist heute zu einem unverzichtbaren Instrument der gesundheitspolitischen Meinungsbildung geworden.

Der Arzneimittel-Atlas entstand zu einer Zeit, in der Ausgabensteigerungen durch sogenannte Analog-Wirkstoffe einen großen Raum in der gesundheitspolitischen Debatte einnahmen. Aus dieser Situation heraus entwickelten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IGES Instituts im Jahr 2006 einen neuen Ansatz für valide Informationen über den Arzneimittelmarkt. Ziel war es, einen analytischen Rahmen zu schaffen, der die verschiedenen Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung trennscharf isoliert und damit eine sachliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen bietet. Sein Kernstück ist die Komponentenzerlegung der Ausgabenänderungen.

Die Analysen erstrecken sich auf rund 90 Indikationsgruppen. 12 besonders dynamische Gruppen inklusive Impfstoffe, für die der Arzneimittel-Atlas eine der wenigen Quellen für eine jährliche strukturierte Übersicht ist, werden ausführlich dargestellt. Weitere rund 60, übersichtlich dargestellte Indikationsgruppen und die dazugehörigen wichtigsten Marktdaten sind online zu finden. Dort können auch Grafiken und Tabellen heruntergeladen werden.

Diese Publikation fasst die wichtigsten Ergebnisse der Auswertungen zusammen. Es werden die wesentlichen Trends in Bezug auf Verbrauch und Ausgaben bei den wichtigsten Indikationsgruppen dargestellt. Zum Standard-Reporting des Arzneimittel-Atlas gehören zudem Analysen zur Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG).

Diese Jubiläumsausgabe wird durch ein besonderes Sonderkapitel ergänzt, das eine umfassende Bilanz der Untersuchungen der vergangenen 20 Jahre darstellt. Es liefert wichtige Erkenntnisse über den oft missverstandenen Zusammenhang zwischen Arzneimittelpreisen und Arzneimittelausgaben. Die Ergebnisse zeigen: Im langjährigen Mittel steigen die GKV-Arzmittelausgaben um rund 4,1 Prozent pro Jahr – und damit sogar etwas langsamer als die gesamten GKV-Leistungsausgaben. Die Ausgabenentwicklung ist dabei wesentlich durch mehr und neue Therapieoptionen vor allem gegen schwere Erkrankungen geprägt und geht häufig mit immer kleineren Zielpopulationen einher. Das Verständnis dieser Zusammenhänge ist entscheidend für eine rationale Debatte über „steigende Arzneimittelausgaben“.

Der Erfolg des Arzneimittel-Atlas wäre ohne die kontinuierliche Unterstützung unserer Partner nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt der Firma INSIGHT Health für die zuverlässige Bereitstellung der Datenbasis seit der ersten Ausgabe. Für die Inhalte zeichnen ausschließlich die Herausgeber und Autoren verantwortlich.

## Vorwort

Nach 20 Jahren erfolgreicher Arbeit blicken wir stolz darauf zurück, mit dem Arzneimittel-Atlas allen, die an der Gestaltung unseres Gesundheitswesens mitwirken, einen verlässlichen Kompass für die komplexe Landschaft der Arzneimittelversorgung bieten zu können.

Der Arzneimittel-Atlas 2025 analysiert das Geschehen im GKV-Arzneimittelmarkt bis einschließlich 2024 (Datenstand: 31.12.2024).

*Berlin, im Dezember 2025*

*Prof. Dr. Bertram Häußler*

*Dr. Ariane Hörer*

### **Der Arzneimittel-Atlas online:**

[www.arzneimittel-atlas.de](http://www.arzneimittel-atlas.de)

### **Informationen zur Methodik des Arzneimittel-Atlas:**

[www.arzneimittel-atlas.de/methodik](http://www.arzneimittel-atlas.de/methodik)

## Inhalt

	<b>20 Jahre Arzneimittel-Atlas: realistischer Blick auf den Arzneimittelmarkt als Schutz vor Fehldeutungen</b> _____	<b>9</b>
	<i>Bertram Häussler</i>	
	Einführung: Arzneimittelpreise im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion _____	10
	Komponentenzerlegung des Arzneimittel-Atlas zeigt auf den zunehmenden Verbrauch als Haupttreiber _____	11
	Was es bedeutet, dass die Einstiegspreise ständig steigen _____	16
	Zusammenfassung und gesundheitspolitische Implikationen _____	23
<b>1</b>	<b>Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2024</b> _____	<b>27</b>
	<i>Ariane Höer und Lukas Maag</i>	
	Eckdaten des GKV-Arzneimittelmarktes 2024 _____	27
	GKV-Arzneimittelausgaben und Abschläge _____	29
	Komponenten der Ausgabenentwicklung _____	29
<b>2</b>	<b>Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen</b> _____	<b>33</b>
	<i>Ariane Höer</i>	
	Antidiabetika (A10) _____	34
	Andere Mittel aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel (A16) _____	39
	Antithrombotische Mittel (B01) _____	44
	Mittel zur Behandlung der Hypertonie (C02–C09) _____	49
	Lipidsenkende Mittel (C10) _____	54
	Andere Dermatika (D11) _____	59
	Antivirale Mittel (J05) _____	64
	Impfstoffe (J07) _____	69
	Antineoplastische Mittel (L01) _____	76
	Endokrine Therapie (zytostatische Hormone) (L02) _____	81
	Immunsuppressiva (L04) _____	86
	Ophthalmika (S01) _____	92
<b>3</b>	<b>AMNOG-Reporting</b> _____	<b>99</b>
	<i>Ariane Höer</i>	
	Übersicht zu Verfahrensstand und aktuellen Nutzenbewertungen _____	101
	Ergebnisse der Nutzenbewertung nach Anzahl der Verfahren _____	103
	Ergebnisse der Nutzenbewertung nach Anzahl der Patientengruppen _____	103
	Zusatznutzen nach Anwendungsgebieten _____	105



# 20 Jahre Arzneimittel-Atlas: realistischer Blick auf den Arzneimittelmarkt als Schutz vor Fehldeutungen

Bertram Häussler

## Führen stetig steigende Arzneimittelpreise zu immer höheren Arzneimittelausgaben?

Dieses Kapitel geht der Frage nach, ob stetig steigende Preise für Arzneimittel zwangsläufig zu immer höheren Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen. Grundlage sind die seit 20 Jahren durchgeführten Auswertungen des Arzneimittel-Atlas mit einer Komponentenzерlegung der Ausgabenänderung sowie ergänzende Analysen auf Basis von AMNOG-Daten (IGES ARA®).

Im langjährigen Mittel der vergangenen 20 Jahre steigen die GKV-Arzneimittelausgaben für Arzneimittel um rund 4,1 Prozent pro Jahr und damit etwas langsamer als die gesamten Leistungsausgaben. Die Zerlegung zeigt: Haupttreiber ist der wachsende Verbrauch – mehr behandelte Fälle, längere Behandlungsdauern und neue Therapieoptionen –, während Einsparungen durch Generika, Parallelimporte und Rabatte einen erheblichen Teil der Mehrausgaben kompensieren und so einen „Headroom for Innovation“ schaffen.

Für neue Arzneimittel steigen zwar die Einstiegspreise (gemessen an Jahrestherapiekosten) deutlich; gleichzeitig schrumpfen die adressierten Patientenpopulationen massiv. Damit geht das theoretische Umsatz- und Budget-Impact-Potenzial neuer Wirkstoffe trotz höherer Preise deutlich zurück. In Nischenmärkten kommt es zudem häufig faktisch zu einer Verlängerung der Marktexklusivität, weil der Anreiz für Generika- und Biosimilarwettbewerb gering ist. Insgesamt zeigt sich: Steigende Preise neuer Arzneimittel tragen zur Ausgabenentwicklung bei, erklären sie aber nicht allein. Entscheidend sind die Ausweitung und Verlagerung der Versorgung hin zu schweren und sehr seltenen Erkrankungen.

**Die Antwort auf die Ausgangsfrage lautet daher:** Nein, hohe und weiter steigende Preise führen nicht automatisch zu immer höheren Ausgaben; sie wirken im Zusammenspiel mit Mengenentwicklungen, Innovationsmustern und Einsparmechanismen, die der Arzneimittel-Atlas sichtbar macht und so vor Fehldeutungen schützt.

## Einführung: Arzneimittelpreise im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion

### Preise gestern und heute

Preise für Arzneimittel, insbesondere für solche, die neu auf den Markt kommen, sind ein besonderer Stein des Anstoßes. Wenn eine Tablette 1.000 Euro, der Jahresbedarf eines Krebsmittels 100.000 Euro oder eine einzelne Spritze sogar mehr als eine Million Euro kosten, scheint die naheliegendste Erklärung zu sein, dass der Preis überhöht sei und sich hier jemand auf Kosten kranker Menschen bereichert.

Diesen Verdacht äußerte im Sommer 2025 auch der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, der in einem Interview über Krebsmedikamente sagte: „... die Preise, die dafür heute aufgerufen werden, sind zu hoch.“ Und fügte hinzu: „Krebsmedikamente sind kein Luxusgut wie ein Porsche, auf den ich verzichten kann.“ (Neuhaus und Polke-Majewski 2025). Diese Äußerung bringt die Vermutung zum Ausdruck, dass bei Arzneimitteln ähnlich wie bei einer Gucci-Handtasche hohe Preise durchsetzbar sind, weil im Wesentlichen nicht für Material und Verarbeitung gezahlt wird, sondern für den Charakter als besonderes Gut, das dem Käufer bzw. der Käuferin eine bestimmte Sonderstellung vermittelt.

Die vielfach geäußerte Kritik zielt im Übrigen nicht auf Preiserhöhungen von Produkten, die sich bereits im Markt befinden. Hier sind die Auswirkungen durch das seit langem gültige Preismoratorium (§ 130a, Absatz 3a SGB V) auf den Inflationsausgleich begrenzt bzw. sind Preisänderungen für patentgeschützte Arzneimittel mit einer Nutzenbewertung nach § 35a SGB V nur nach erneuter Preisverhandlung zwischen Hersteller und GKV möglich. Die Kritik zielt vielmehr auf die Preise von neu eingeführten Arzneimitteln, die in der öffentlichen Wahrnehmung immer mehr steigen.

### Wie der Arzneimittel-Atlas entstand

Arzneimittelpreise waren auch vor 20 Jahren ein zentrales gesundheitspolitisches Thema, als der Arzneimittel-Atlas zum ersten Mal erschienen ist. Damals ging es noch nicht um sehr hochpreisige Krebsmedikamente, sondern um Preisaufschläge für Analogarzneimittel – damals „Me-Too“-Arzneimittel genannt –, bei denen ebenfalls angenommen wurde, dass ungerechtfertigt hohe Preise verlangt wurden. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) äußerte sich damals, „in vielen Fällen seien die Preise nicht fair. Manche neue Mittel brächten nur fünf bis zehn Prozent mehr Nutzen, aber mehr als 300 Prozent höhere Kosten“, sagte Schmidt (Deutsche Presse Agentur [dpa] 2008).

Damals wie heute gilt es herauszufinden, was die Arzneimittelausgaben der GKV beeinflusst, d. h. in der Regel, was sie steigen lässt. Steigende Preise können ein Faktor sein – es gibt aber noch zahlreiche andere. Der Arzneimittel-Atlas wurde auf der Höhe der Arzneimittel-Me-Too-Diskussion entwickelt. Er hatte das Ziel, diejenigen Komponenten trennscharf zu isolieren, die die Entwicklung der Arzneimittelausgaben der GKV beeinflussen. Hierfür wurde eine umfangreiche Methodik entwickelt, die in einer Publikation von 2021 ausführlich beschrieben ist (Maag und Höer 2021). Das Kernstück der Methodik ist eine Komponentenzerlegung, die auf Indexberechnungen nach dem Laspeyres-Typus basiert (Reichelt 1988). Mit diesem Instrumentarium können im langfristigen Vergleich die Effekte der verschiedenen Komponenten nachvollzogen werden. Zur Übersicht siehe auch Tabelle I.

Komponentenzerlegung des Arzneimittel-Atlas zeigt auf den zunehmenden Verbrauch als Haupttreiber

Im Folgenden wird gezeigt, was die Analyse der vergangenen 20 Jahre über die Rolle der Preise neuer Arzneimittel, der Innovation und des Verbrauchs tatsächlich erkennen lässt.

## Komponentenzerlegung des Arzneimittel-Atlas zeigt auf den zunehmenden Verbrauch als Haupttreiber

Mit Hilfe der Komponentenzerlegung, dem Herzstück des Arzneimittel-Atlas, werden Ausmaß und Richtung der Faktoren beschrieben, die zur Ausgabenänderung beitragen. Neben der Verbrauchs- und Preiskomponente werden verschiedene Strukturkomponenten unterschieden, die im Abschnitt *Ausgabenänderung und ihre Erklärung durch die Komponenten des Arzneimittel-Atlas* näher beschrieben werden.

## Vier Prozent Anstieg der GKV-Arzneimittelausgaben im langjährigen Mittel

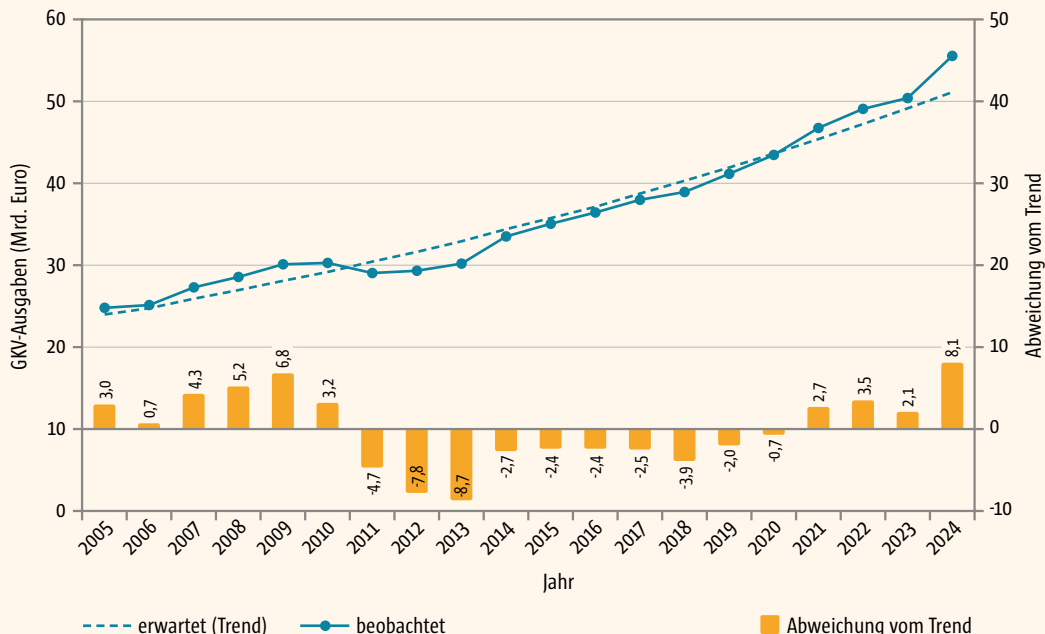
Wenn man die Veränderung der Arzneimittelausgaben über die vergangenen 20 Jahre betrachtet, muss man berücksichtigen, dass sich der Kreis der in der offiziellen Statistik im Detail erfassten Arzneimittel immer wieder erweitert hat: Seit 2019 werden etwa die Arzneimittel aus Krankenhausaпotheken zusätzlich ausgewiesen. Umgekehrt wurden 2004 die rezeptfreien, sogenannten OTC-Arzneimittel („Over-the-Counter“ - „über den Ladentisch“) aus der Erstattung durch die GKV weitgehend ausgeschlossen. Dazwischen gab es mehrere gesundheitspolitische Eingriffe in Form von verordneten Rabatten, die befristet als Sparmaßnahmen getroffen wurden. Bei der folgenden Überblicks-Betrachtung werden die verschiedenen Interventionen nicht im Einzelnen im Detail beschrieben.

Die Analyse der Daten der vergangenen 20 Jahre ergibt einen stetigen Anstieg der GKV-Arzneimittelausgaben. Dieser kann durch eine Exponentialfunktion abgebildet werden und wird als „Trend“ bezeichnet. Demnach kommt es über den gesamten Betrachtungszeitraum zu einem durchschnittlichen Anstieg von 4,1 Prozent pro Jahr. Dieser Wert liegt etwas unter dem Wert für alle Leistungsausgaben zusammen, der einem Anstieg von 4,5 Prozent pro Jahr entspricht.

Die Periode von 2011 bis 2020 lag durchgehend unter diesem Trend. Obwohl diese Periode mit den ersten zehn Jahren zusammenfällt, in denen das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) in Kraft getreten ist, ist dieser Effekt zumindest in den ersten Jahren bis 2013 vor allem auf den erhöhten Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1a SGB V zurückzuführen: Dieser lag vom 01.08.2010 bis 31.12.2013 bei 16% und wurde ab dem 01.01.2014 wieder auf sechs Prozent gesenkt.

Seit 2021 bis 2024 liegt die Höhe der Ausgaben allerdings über dem Trend. Obwohl hierzu beigetragen haben kann, dass der Wert für 2021 durch den Wegfall der Absenkung der Mehrwertsteuer leicht erhöht sein könnte, trägt die Situation eines deutlich wachsenden Ausgabenlevels sicherlich zu der allgemein empfundenen Sensitivität gegenüber Preisen für Arzneimittel bei. Im Folgenden soll eine Betrachtung der Ergebnisse der Komponentenzerlegung im Arzneimittel-Atlas weitere Aufklärung bieten.

Abb. I Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel seit 2005  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach KV45 (BMG 2006ff.)



### Ausgabenänderungen und ihre Erklärung durch die Komponenten des Arzneimittel-Atlas

Kernstück des Arzneimittel-Atlas ist eine Zerlegung der Ausgabenanstiege wie auch der -rückgänge, also der Ausgabenänderungen in zehn Einzelkomponenten, die auf vier Hauptkomponenten verdichtet werden können (näheres siehe [Maag und Höer 2021]). Zur Übersicht werden diese in der folgenden Tabelle I kurz charakterisiert. Grundlage für die Berechnungen sind im Arzneimittel-Atlas und auch in diesem Kapitel nicht die ausgewiesenen Apothekenverkaufspreise (AVP), sondern die im Atlas vorgenommene Berechnung der „Erstattungspreise“ (EP). Diese resultieren aus dem AVP, jedoch reduziert um verschiedene Abschläge, die die GKV nicht bezahlen muss (s. auch Tabelle 4 in [Maag und Höer 2021]). Aus technischen Gründen können diese Erstattungspreise erst ab 2008 berechnet werden. Erstattungspreise sind nicht zu verwechseln mit den Erstattungsbeträgen, die für Arzneimittel nach erfolgter Nutzenbewertung entsprechend § 130b SGB V verhandelt werden. Diese Erstattungsbeträge wirken sich seit April 2014 in den allermeisten Fällen direkt auf den AVP der betreffenden Arzneimittel aus.

## Komponentenzerlegung des Arzneimittel-Atlas zeigt auf den zunehmenden Verbrauch als Haupttreiber

Demnach ist der stärkste ausgabentreibende Faktor die Verbrauchskomponente (im Mittel +1.600 Mio. Euro p. a. über den Betrachtungszeitraum), die eine Mengenkomponekte darstellt. Mehr Arzneimittel werden verbraucht, im Wesentlichen durch drei Effekte:

- Lange oder seit kurzem bestehende Therapieoptionen finden eine größere Verbreitung, wie z. B. Antihypertensiva.
- Die Zunahme der Morbidität wie z. B. beim Diabetes mellitus.
- Neue Therapieoptionen entstehen durch innovative Arzneimittel.

Diese Ausgabenkomponente hat insbesondere in den vergangenen Jahren zugenommen, was vor allem auf die vielfach neu entstandenen Therapieoptionen zurückzuführen ist.

An zweiter Stelle steht die Innovationskomponente, die sich aus zwei Strukturkomponenten zusammensetzt und im Mittel +1.100 Mio. Euro p. a. in dem untersuchten Zeitraum ausmacht. Mehrausgaben entstehen hier am häufigsten im Rahmen der Einführung neuer Arzneimittel, wobei in der Regel niedrigpreisige durch höherpreisige Arzneimittel verdrängt werden, wenn es zu Verschiebungen zwischen ganzen Therapieansätzen oder zwischen Analogwirkstoffen kommt, was oft bei kleineren Innovationsschritten der Fall ist.

An dritter Stelle kommen Minderausgaben von im Mittel -600 Mio. Euro jährlich durch Einsparprozesse, bei denen in der Regel bei gleichwertigen Arzneimitteln kostengünstigere zum Einsatz kommen, insbesondere bei der Einführung von Generika oder Biosimilars nach dem Patentauslauf der Originalpräparate. Diese Einsparungen könnten auch „effizienzsteigernde“ Einsparungen genannt werden.

Und letztlich bewirken Rabatte unterschiedlicher Art, dass die effektiven Preise gesenkt werden. Auf diese Weise kommen im Betrachtungszeitraum im Mittel -400 Mio. Euro an Einsparungen p. a. durch die Preiskomponente zustande.

Die summierten Einsparungen von im Mittel 1.000 Mio. Euro stehen Mehrausgaben von etwa 1.100 Mio. Euro aus der Innovationskomponente entgegen, die damit praktisch neutralisiert werden. Dieser Effekt ist gesundheitspolitisch sowohl auf der Seite der Kostenträger als auch der pharmazeutischen Industrie erwünscht, weil er finanzielle Spielräume für Innovationen – „Headroom for Innovation“ schafft (z.B. Glaeske und Jahnsen 2005).

Tab. I Die Haupt-Komponenten und Komponenten des Arzneimittel-Atlas und ihre durchschnittliche Entwicklung im Zeitverlauf 2008–2024  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health)

Nr.	Haupt-Komponente	Beschreibung	Größenordnung als Erstattungspreise (Mittelwert 2008–2024 gerundet in Mio. Euro)
<b>A</b>	<b>Verbrauch</b>	<b>Mehr Arzneimittel, auch durch neue Behandlungsoptionen</b>	<b>1.600</b>
1.	Verbrauch		
<b>B</b>	<b>Innovation</b>	<b>Neuere und in der Regel höherpreisige Arzneimittel</b>	<b>1.100</b>
2.	Therapieansatz		
3.	Analogwirkstoffe		
<b>C</b>	<b>Einsparungen</b>	<b>Niedrigpreisigere AM, insbesondere nach Patentablauf</b>	<b>-600</b>
4.	Darreichungsform		
5.	Wirkstärke		
6.	Packungsgröße		
7.	Parallelimport		
8.	Generika		
9.	Hersteller		
<b>D</b>	<b>Preis</b>	<b>Preisreduktionen durch Rabatte, darunter auch durch AMNOG bewirkt</b>	<b>-400</b>
10.	Preiskomponente		

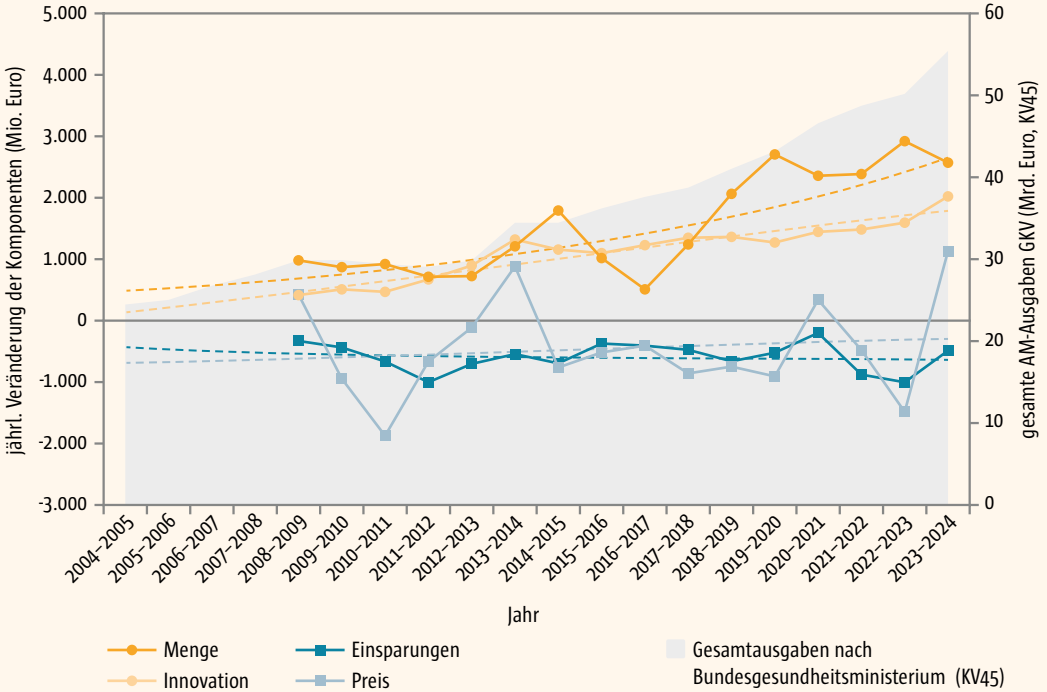
Die Verbrauchskomponente hat die Innovationskomponente seit Anfang der 2000er deutlich zurückgelassen (s. Abb. II), was andeutet, dass es weniger die höheren Preise sind, die im Zuge von Innovationsprozessen gezahlt werden, sondern die Zunahme der Mengen, die sich dadurch ergeben, dass von neuen Arzneimitteln auch Gebrauch gemacht wird.

Effizienzsteigernde Einsparungen aufgrund der Substitution durch niedrigpreisige Arzneimittel sind wenig Schwankungen unterworfen. Auffällig ist allerdings, dass diese (negative) Größe nicht in einem ähnlichen Ausmaß wächst, d. h. zunehmend negativer wird, wie Innovationen und Verbrauch zunehmen. Dies wäre eigentlich zu erwarten, wenn Mechanismen wie die Einführung von Generika bzw. Biosimilars nach Patentablauf und dem Ende der Marktexklusivität nach Ablauf des Orphan Drug-Status keinen Änderungen unterworfen wären.

Einsparungen durch Preissenkungen zeigen einen stark gezackten Verlauf, der sich im Wesentlichen durch staatliche Eingriffe im Sinne von temporären Rabatten ergibt.

Komponentenzerlegung des Arzneimittel-Atlas zeigt auf den zunehmenden Verbrauch als Haupttreiber

Abb. II Zeitliche Entwicklung der Haupt-Komponenten der Ausgabenentwicklung seit 2008  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health) und KV 45 (BMG 2006ff.)



**Ausgabenanstieg durch wachsenden Verbrauch von Arzneimitteln vor allem gegen schwere Erkrankungen**

Die Entwicklung der Mengenkompente führt zu der Frage, was den Verbrauch angetrieben hat. Um einen orientierenden Überblick über die Anlässe für Mehrausgaben zu gewinnen, wurden auf der Basis der Arzneimittel-Atlas-Daten für alle 3.674 unterschiedlichen Wirkstoffe die Differenzen zwischen den Ausgaben (nach AVP) und den verbrauchten Tagesdosen ermittelt. Es gab für zahlreiche Wirkstoffe einen Zuwachs von insgesamt 6,7 Mrd. Euro und für andere einen Rückgang von insgesamt -2,0 Mrd. Euro, in Summe also einen Zuwachs von 4,7 Mrd. Euro.

Zwei Drittel des Netto-Zuwachses entfielen auf insgesamt sechs Gruppen nach der dreistelligen ATC-Klassifikation, die in der folgenden Tabelle dargestellt werden (s. Tab. II). Die Aufstellung zeigt, dass es sich ganz überwiegend um Arzneimittel gegen sehr schwere bis mittelschwere Erkrankung handelt wie Krebserkrankungen, Behandlungen von Multipler Sklerose oder Psoriasis, Unterstützung bei schweren Immundefekten oder die Prophylaxe von Infektionen mit dem RSV (Respiratory Syncytial Virus) bei Säuglingen mit Nirsevimab. Zusätzlich sind es Diabetes mellitus (A10) und die Vorbeugung von gerinnungsbedingten Gefäß-, Herzkreislauf- und Hirnkreislauf-erkrankungen (B01), die zu Buche schlagen. Bei den Mitteln gegen Diabetes stehen Wirkstoffe im Vordergrund, die auch - unabhängig von einer bestehenden Diabeteserkrankung - zur Behandlung von Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz bzw. gegen Adipositas eingesetzt werden können.

Die Zielpopulationen für Arzneimittel aus der Gruppe der antineoplastischen Mittel (L01), der Immunglobuline und Immunsereen (J06) sowie der Immunsuppressiva (L04) sind teilweise deutlich kleiner als für die übrigen Indikationsgruppen. Dieser Umstand reflektiert sich in den mittleren Preisen (Berechnungsbasis AVP), die pro Tagesdosis verlangt werden: rund 41 bis 164 Euro bei den selteneren Erkrankungen und 1,54 bis 9,21 Euro bei den häufigeren Erkrankungen.

Tab. II Indikationsgruppen mit dem höchsten Ausgabenanstieg im Jahr 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health)

ATC Gruppe	Bezeichnung	Gefährlichkeit d. Erkrankungen	Veränderung 2023/24 in Mio. Euro	Anteil an Zunahme (%)	Kum. Anteil (%)	Mittlerer AVP-Preis 2024 in Euro/DDD
L01	Antineoplastische Mittel	hoch	+1.094	21	21	111,32
L04	Immunsuppressiva	mittel	+922	18	39	40,94
A10	Antidiabetika	mittel	+585	11	50	1,54
L02	Endokrine Therapie	hoch	+283	5	56	9,21
J06	Immunglobuline und Immunsereen	mittel	+245	5	60	163,51
B01	Antithrombotische Mittel	hoch	+290	6	66	1,87

## Was es bedeutet, dass die Einstiegspreise ständig steigen

Es ist unübersehbar, dass die Preise, die bei Einführung neuer Arzneimittel aufgerufen werden, im Zeitverlauf stetig gestiegen sind. Im Folgenden soll die Bedeutung dieser Entwicklung näher betrachtet werden.

## Arzneimittel-Atlas erweitert seine Analysen durch Rückgriff auf die Dokumente und Daten aus den AMNOG-Verfahren

Zur Beantwortung dieser Frage wird auf eine Datenquelle zurückgegriffen, die parallel zum Arzneimittel-Atlas am IGES Institut entwickelt worden ist, die Datenbank IGES ARA® (AMNOG Resolution Analyzer). Sie enthält Daten, die in systematischer Weise aus den Dokumenten des AMNOG-Prozesses seit Inkrafttreten der Nutzenbewertung im Jahr 2011 extrahiert worden sind. Angereichert sind die Daten durch Informationen zu Apothekenverkaufspreisen im Zeitverlauf für die in der Datenbank erfassten Arzneimittel.

Der ARA-Datensatz beginnt mit dem ersten nach AMNOG bewerteten Arzneimittel und umfasst zum Zeitpunkt der Datenschnitts (Mitte 2025) 486 (475)<sup>1</sup> Wirkstoffe und 1.903 (1.833)<sup>1</sup> einzeln bewertete Patientenpopulationen.

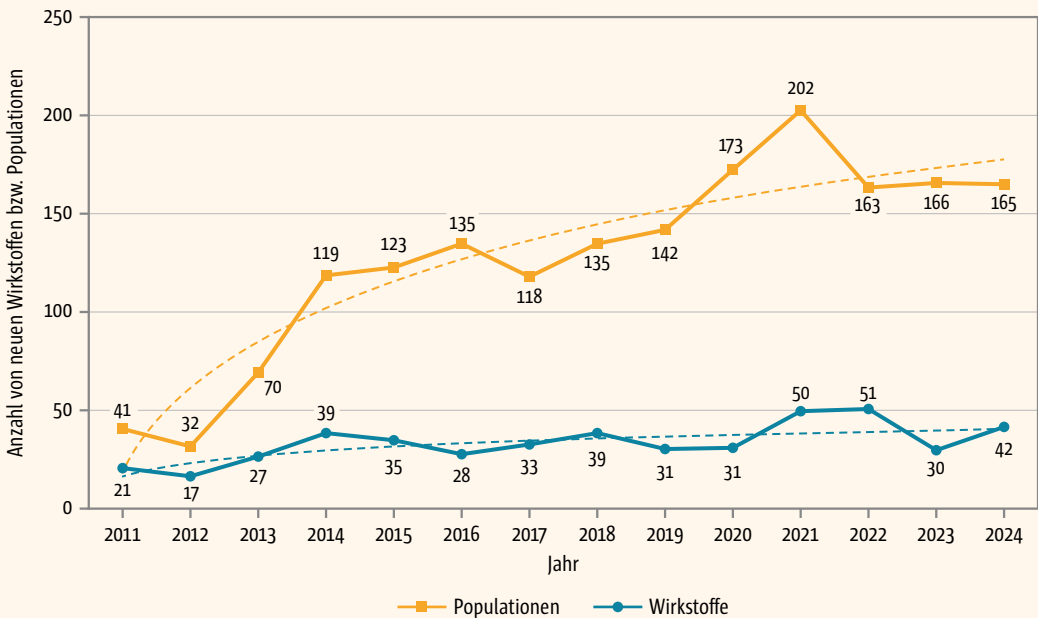
1 Die Zahlen in Klammer beziehen sich auf Populationen, für die sowohl Daten über die Größe der Populationen als auch der Jahrestherapiekosten verfügbar sind, sofern es sich um abgeschlossene Verfahren handelt.

Was es bedeutet, dass die Einstiegspreise ständig steigen

## Die jährliche Einführung neuer Wirkstoffe und ihr Einsatz in unterschiedlichen Patientenpopulationen nehmen stetig zu

Von 2011 bis einschließlich des gesamten Jahres 2024 sind für insgesamt 480 Wirkstoffe und 1.865 neue Populationen abgeschlossene AMNOG-Verfahren dokumentiert. Die zeitliche Entwicklung spiegelt zum einen wider, dass das AMNOG-Verfahren in den Jahren 2011 bis 2013 zunächst etabliert werden musste. Zum anderen kann man aber in den Jahren danach erkennen, dass sowohl die Zahl der neuen Wirkstoffe als auch der neuen Patientenpopulationen ein kräftiges Wachstum zeigte, das sich mittlerweile etwas abschwächt (s. Abb. III).

Abb. III Zeitliche Entwicklung der jährlich neu hinzukommenden Wirkstoffe und von Patientenpopulationen, in denen diese zum Einsatz kommen  
Quelle: IGES ARA®



Die Zunahme folgt jedoch einer gedämpften Metrik, die sich in beiden Fällen am besten durch ein logarithmisches Modell ( $y = a + b \cdot \ln[x]$ ) beschreiben lässt. Die Zahl der Wirkstoffe steigt wesentlich langsamer als die Zahl der neuen Patientenpopulationen. Für das Jahr 2025 werden – ceteris paribus – 46 neue Wirkstoffe bzw. 212 neue Patientenpopulationen erwartet.

Tab. III Erwartete Anzahl neuer Wirkstoffe und Patientenpopulationen im Jahr 2025 (Modellierung)  
Quelle: IGES ARA®

Anzahl der neuen	Steigungs- Koeffizient (b)	Steigung des Modells von 2023 auf 2024 (%)	Konstante (a)	Korrelation mit den beobachte- ten Daten ( $R^2$ )	Erwartete Zahl in 2025
Wirkstoffe	8,8	1,6	18,074	0,48	46
Patienten-Popula- tionen	59,7	2,6	19,986	0,86	212

Obwohl sich die Zahl der verschiedenen Populationen mit und nach der Einführung eines neuen Wirkstoffes über mehrere Jahre verteilen kann, führt die Korrelation zwischen der Zahl der Wirkstoffe und der Populationen in Bezug auf das jeweilige Jahr des Eintritts zum höchsten Bestimmtheitsmaß ( $R^2$ ). Wenn man die beiden modellierten Parameter zueinander in Beziehung setzt, erkennt man, dass die Zahl der Patientenpopulationen pro Wirkstoff im Lauf der Jahre 2014 bis 2024 von etwa 3,4 auf 4,3 angestiegen ist, also um 27 Prozent. Im Verlauf der vergangenen zehn Jahre wurde die „Ausbeute“ an Patientenpopulationen je neuem Wirkstoff somit um etwa ein Viertel erhöht.

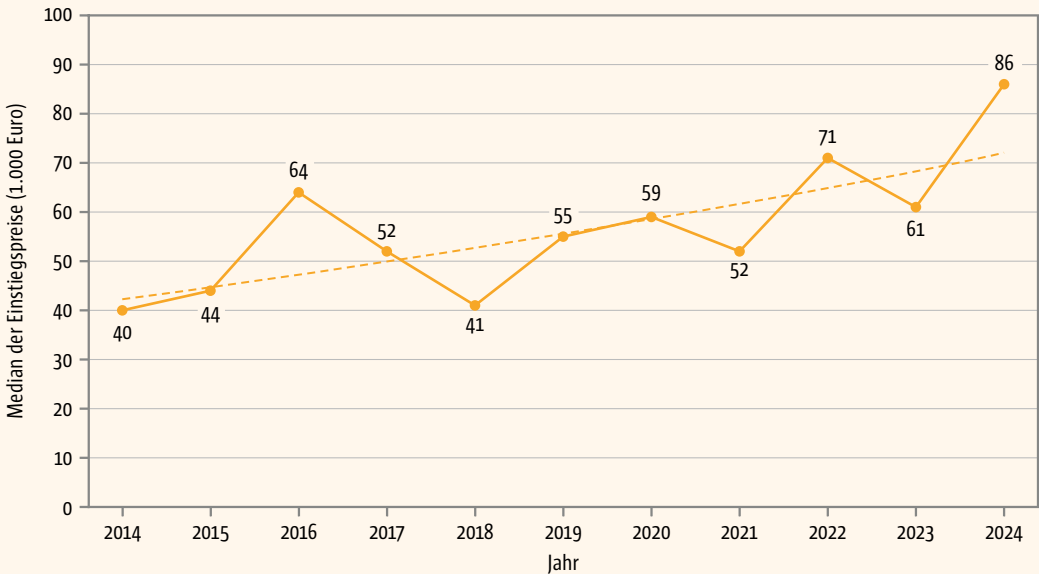
### Die Einstiegspreise steigen von Jahr zu Jahr

Methodisch gesehen ist es erforderlich, die Preise für neue Arzneimittel, wie sie z. B. für Packungen ausgewiesen werden, so zu normieren, dass sie vergleichbar werden. Im Folgenden werden der Einfachheit halber die im AMNOG-Dossier ausgewiesenen Jahrestherapiekosten als Maß für das Preisniveau neuer Therapien eingesetzt, den Einstiegspreis. Streng genommen handelt es sich dabei nicht um den „Preis des Arzneimittels“, sondern um einen abgeleiteten Kostenwert pro Patient und Jahr, der auf Apothekenverkaufspreisen (abzügl. der gesetzlichen Rabatte) sowie Annahmen zu Dosierung, Behandlungsdauer und Patientenmerkmalen beruht. Weitere Rabatte und preisrelevante Vereinbarungen bleiben unberücksichtigt. Dennoch sind die Jahrestherapiekosten im Wesentlichen durch die Ausgaben für die Arzneimittel bestimmt. Die folgenden Betrachtungen basieren auf der Zeitreihe von 2014 bis 2024. Damit werden die ersten drei Jahre seit Inkrafttreten der Nutzenbewertung ausgeblendet. Der Grund hierfür liegt darin, dass die anfänglich noch geringen Zahlen bewerteter Arzneimittel bzw. Patientenpopulationen keine ausreichend stabilen Ergebnisse liefern würden.

Die Zeitreihe der Einstiegspreise lässt sich am besten mit einer Exponentialfunktion approximieren, bei der die Einstiegspreise jährlich um 5,5% ansteigen (s. Abb. IV). Trotz zweier überproportional starker Anstiege in den Jahren 2016 und 2024 hat die Modellfunktion mit einem  $R^2 = 0,59$  einen guten Fit.

## Was es bedeutet, dass die Einstiegspreise ständig steigen

Abb. IV Zeitliche Entwicklung der Einstiegspreise (approximiert durch die Jahrestherapiekosten)  
Quelle: IGES-Berechnungen nach IGES ARA®



Eine vielfach geäußerte Kritik an der Entwicklung des GKV-Arzneimittelmarktes wurde auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVRGP) in seinem Gutachten 2025 geäußert: „Insbesondere für Markteinführungen innovativer Arzneimittel werden immer höhere Preise beobachtet. Der durchschnittliche Preis eines neu eingeführten patentgeschützten Arzneimittels lag vor 15 Jahren bei rund 1.000 Euro und schwankte zuletzt um einen Wert von 50.000 Euro“ (SVRGP 2025). Dieser Eindruck kann durch das hier vorliegende Ergebnis bestätigt werden: Die Einstiegspreise steigen auch im Zeitraum von 2014 bis 2024 auf das Doppelte.

### Parallel immer kleinere Patientenpopulationen, die mit den neuen Wirkstoffen behandelt werden können

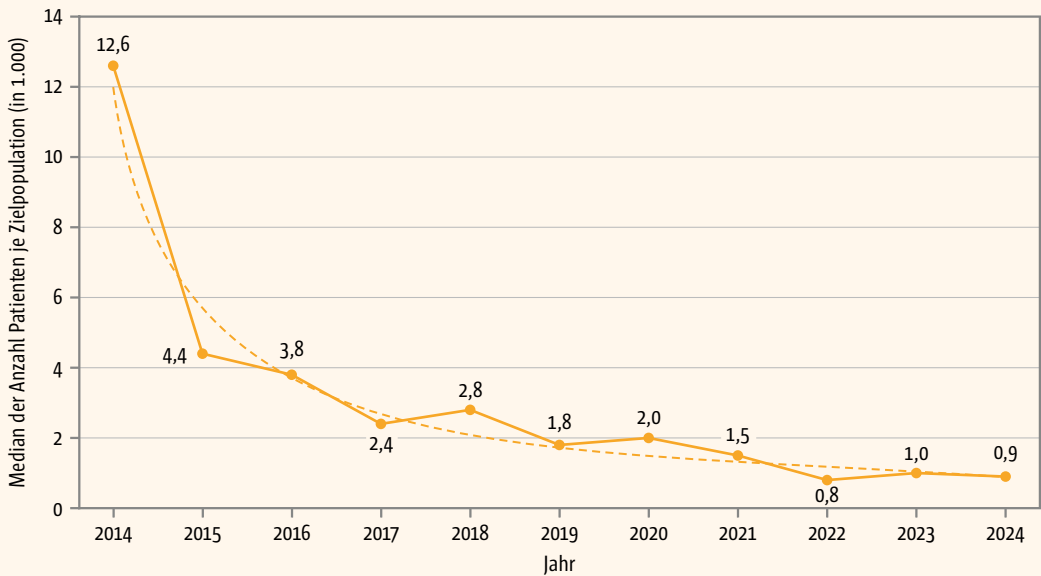
In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass es einen inversen Zusammenhang zwischen dem Preisniveau eines neuen Arzneimittels und der Größe der damit erreichbaren Patientenpopulation gibt (Schlander et al. 2018). Wenn die Preisbildung neuer Arzneimittel die Refinanzierung der F&E-Ausgaben und damit den Fortbestand eines forschenden pharmazeutischen Unternehmens sicherstellen soll, erscheint dieser Zusammenhang wirtschaftlich rational (Häussler 2022).

Es ist also zu erwarten, dass die oben gezeigten Anstiege der Einstiegspreise damit einhergehen, dass die Patientenpopulationen kleiner werden. Umgekehrt kann formuliert werden: Wenn die moderne Entwicklung von wirksamen Mitteln, z. B. gegen einzelne Krebsarten und Stoffwechselerkrankungen, immer kleinere Patientenpopulationen ansteuert, bei denen sie wirksam sind, müssen gleichzeitig höhere Preise festgesetzt werden, um F&E-Kosten zu refinanzieren, weil diese

keine ausreichende Elastizität in Bezug auf schrumpfende Zielpopulationen zeigen (Schlander et al. 2018; Jayasundara et al. 2019).

Bei der Betrachtung der Patientenpopulationen muss berücksichtigt werden, dass die in der Realität erreichte Zahl von Patienten je Zielpopulation in der Regel weit unter den Angaben im AMNOG-Dossier liegen. In dieser Arbeit geht es jedoch um die Dynamik der Entwicklung, weshalb auf die theoretischen Angaben zurückgegriffen werden kann.

Abb. V Entwicklung der Größe der Patientenpopulationen im Jahr der Einführung  
Quelle: IGES-Berechnungen nach IGES ARA®

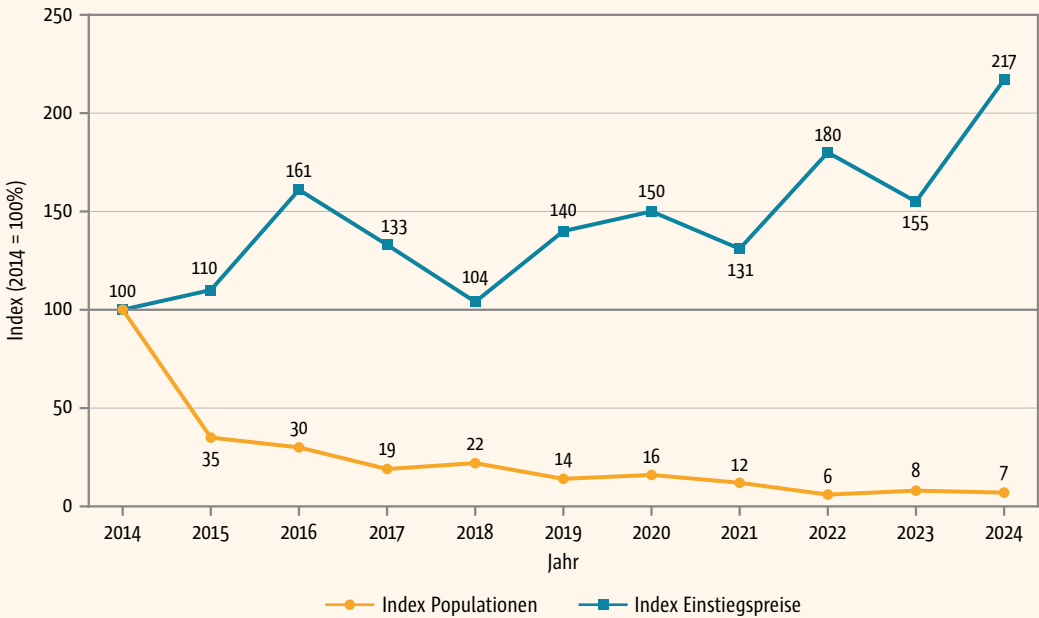


Die oben formulierte Erwartung, dass der Anstieg der Einstiegspreise mit einem Rückgang der Zahl von Patienten je Zielpopulation einhergeht, zeigt eine stark fallende Potenzfunktion, die sehr gut mit den beobachteten Werten in Einklang steht. Dieses Ergebnis ist überaus deutlich und unterstreicht die Tendenz der modernen Arzneimittelentwicklung, immer kleinere Patientenpopulationen zu adressieren, bei denen jedoch häufig eine deutliche Wirksamkeit erzielt werden kann.

Um eine Zusammenschau zu ermöglichen, wurden beide Parameter indexiert und gemeinsam dargestellt (s. Abb. VI). Demnach sind von 2014 bis 2024 die Einstiegspreise auf gut das Doppelte gestiegen. Andererseits ist allerdings der Median für die Anzahl Patienten je Zielpopulation auf weniger als ein Zehntel zurückgegangen.

Was es bedeutet, dass die Einstiegspreise ständig steigen

Abb. VI Indexierte Zusammenschau der Entwicklung von Zielpopulationsgröße und Einstiegspreisen (Jahrestherapiekosten)  
Quelle: IGES-Berechnungen nach IGES ARA®



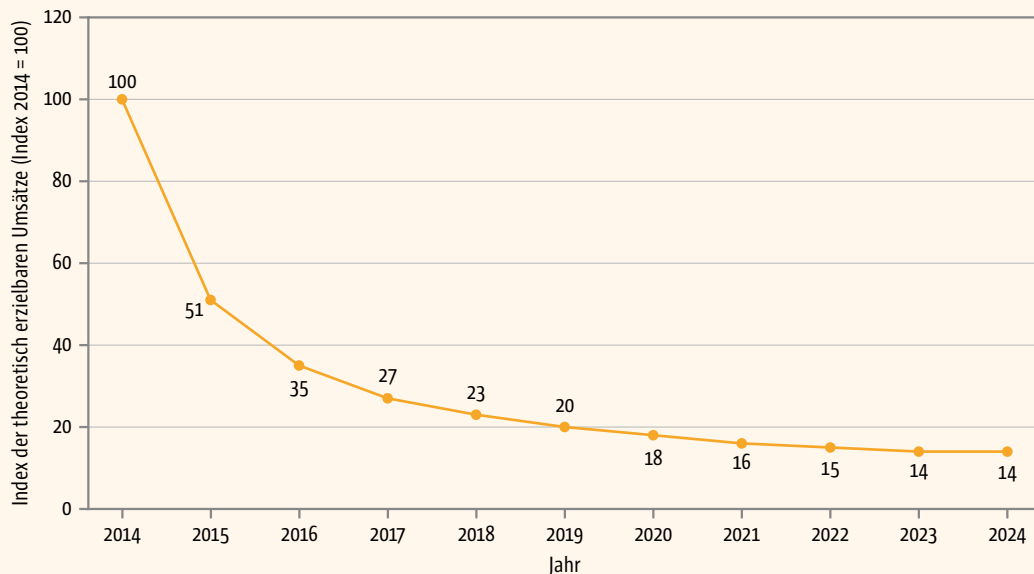
### Können höhere Einstiegspreise einen Ausgabenanstieg für Arzneimittel bewirken?

Einstiegspreise und Größe der Patientenpopulationen stehen in einem Zusammenhang, der sowohl für die Kostenträger als auch für die pharmazeutischen Unternehmen von Bedeutung ist. Der Zusammenhang ergibt sich für beide aus dem Umstand, dass das Produkt aus Einstiegspreis und Zahl der Patienten je Population den theoretischen Rahmen für den Budget-Impact (aus GKV-Sicht) bzw. den erzielbaren Umsätzen (aus Sicht der Unternehmen) darstellt. Zu berücksichtigen ist dabei noch, dass die vorgestellten Analysen auf der Basis von Patientenpopulationen erfolgten, Kostenträger und Hersteller ihre Ausgaben bzw. Umsätze jedoch auf der Basis von Wirkstoffen kalkulieren.

### Budget-Impact bzw. Umsatzpotenzial nehmen deutlich ab

In den beiden vorigen Abschnitten wurde gezeigt, dass seit 2014 die medianen Einstiegspreise zwar auf etwas mehr als das Doppelte angestiegen sind, die mediane Größe der Patientenpopulationen jedoch um über 90 Prozent zurückgegangen ist. Dies in Beziehung zueinander gesetzt, ergibt einen sehr deutlichen Rückgang des theoretisch zu erwartenden Budget-Impacts für die gesetzliche Krankenversicherung bzw. eine Verkleinerung des theoretisch erzielbaren Umsatzes auf etwa ein Siebtel (s. Abb. VII). Dieser Rückgang würde auch durch die um 27 Prozent gestiegene Anzahl von Patientenpopulationen pro Wirkstoff (vgl. Abschnitt *Die jährliche Einführung neuer Wirkstoffe und ihr Einsatz in unterschiedlichen Patientenpopulationen nehmen stetig zu*) bei Weitem nicht ausgeglichen.

Abb. VII Entwicklung der theoretisch erzielbaren Umsätze als Index (2014=100%)  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach IGES ARA®



### Steigende Arzneimittelausgaben bei rückläufigen Potenzialen?

Dieses Ergebnis scheint im Widerspruch zu stehen zu dem eingangs berichteten jährlichen Ausgabenanstieg der GKV-Arzneimittelausgaben. Wie kann es sein, dass die Gesamtausgaben steigen, wenn die neuen Wirkstoffe ein geringeres Potenzial in Bezug auf den Budget-Impact haben?

Bei der Beantwortung dieser Frage muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass die Gesamtausgaben die Summation einer nicht näher bestimmten Vielzahl von Einflussfaktoren sind. Die Komponentenerlegung des Arzneimittel-Atlas hat einige davon adressiert, darunter die Zunahme des Verbrauchs beim weitgehenden Ausbleiben der Zunahme von Einsparungen.

Empirische Studien zur Generika- und Biosimilar-Konkurrenz zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Markteintritts von Nachahmerprodukten wesentlich von der Marktgröße abhängt. Für Arzneimittel in kleinen Nischenmärkten – etwa bei seltenen Erkrankungen – bleibt der Wettbewerb nach Ablauf der formalen Schutzrechte häufig ganz aus (Bagley et al. 2019). Analysen zur Orphan-Regulierung in der EU und den USA zeigen, dass ein Großteil der Orphan-Arzneimittel auch Jahre nach Ende von Patent- und Orphan-Exklusivität keine Generika- oder Biosimilarkonkurrenz hat. Vor dem Hintergrund des Trends zu immer kleineren, molekular definierten Patientenpopulationen spricht daher viel für eine faktische Verlängerung der Marktexklusivität in diesen Segmenten, obwohl die gesetzlichen Schutzdauern formal unverändert geblieben sind. Für Deutschland steht eine genauere Untersuchung dazu noch aus.

## Zusammenfassung und gesundheitspolitische Implikationen

### 20 Jahre Arzneimittel-Atlas als Schutz vor Fehldeutungen

Die Ausgaben für Arzneimittel in der GKV steigen. Die naheliegende Erklärung, die in der öffentlichen Debatte immer wieder formuliert wird, lautet: „Die Preise sind zu hoch.“ Der Arzneimittel-Atlas wurde geschaffen, um über diese verkürzte Sicht hinauszugehen und Jahr für Jahr darzustellen, wofür zusätzliches Geld ausgegeben wird.

Die Analysen der vergangenen 20 Jahre zeigen, dass:

- die Ausgabenentwicklung wesentlich durch mehr und neue Therapieoptionen geprägt ist,
- sich die zusätzlichen Ausgaben in den letzten Jahren in der Regel auf schwere und sehr schwere Erkrankungen konzentrieren,
- steigende Einstiegspreise neuer Arzneimittel häufig mit kleineren Zielpopulationen und begrenztem Budget-Impact einhergehen und
- Preisregulierung, Generikawettbewerb und andere Instrumente einen relevanten dämpfenden Beitrag leisten.

Damit leistet der Arzneimittel-Atlas genau das, wofür er vor 20 Jahren konzipiert wurde: Er schützt vor Irrtümern und Fehldeutungen, indem er die Ausgabenentwicklung in ihre Komponenten zerlegt und die Rolle von Preisen, Mengen und Innovation differenziert sichtbar macht.

### Der Preis als Dauerthema, der Preis als Fetisch

Der Blick auf die Komponentenzerlegung macht deutlich, dass der größte Beitrag zur Ausgabensteigerung aus der Verbrauchskomponente stammt. Das bedeutet:

- mehr behandelte Fälle,
- längere Behandlungsdauern,
- neue Therapieoptionen, die in die Regelversorgung übernommen werden.

In vielen Fällen handelt es sich um Behandlungen, die aus medizinischer Sicht gut begründet sind: verbesserte Überlebenschancen bei Krebserkrankungen, Vermeidung schwerer thromboembolischer Ereignisse, bessere Einstellung des Diabetes mellitus und Behandlung seltener, bisher kaum therapierbarer Erkrankungen, wie beispielsweise schwere Formen der Psoriasis oder der atopischen Dermatitis.

Dennoch nehmen wir über 20 Jahre hinweg wahr, dass die Fokussierung auf die Preise von Arzneimitteln zunimmt, was aufgrund ihrer oft verblüffenden Höhe menschlich verständlich ist. Im Vergleich zu ihrer physischen Präsenz – z. B. eine einzige Spritze – übersteigt der Preis eines Medikaments oft das Sagbare. Der Vergleich zum Gold ist schon lange Geschichte (Friedrich und Rosenbrock 1977). Selbst mit Diamanten ließen sich Preisvergleiche heutzutage nicht mehr sinnvoll anstellen.

Der Preis wird damit zu einem Sachverhalt, der sich in Wahrnehmung und Diskussion verselbstständigt und um den Bewunderung wie auch Empörung kreist. Der Arzneimittelpreis wird somit zu einem Fetisch, jede vernünftige Diskussion überschattend.

## Auftrag an die Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitisch stellt sich daher weniger die Frage, ob diese Behandlungen „zu teuer“ sind, sondern ob und in welchem Umfang das Solidarsystem solche Ausweitungen der Versorgung dauerhaft tragen soll. Wird diese Prioritätenfrage nicht explizit gestellt, erscheint jede beobachtete Ausgabensteigerung zwangsläufig als „Preisproblem“, obwohl sie im Kern ein Versorgungs- und Erwartungsproblem ist: Eine Gesellschaft entscheidet sich faktisch für mehr Versorgung schwerer Erkrankungen, ohne diese Entscheidung offen zu benennen.

Eine rationale Gesundheitspolitik sollte sich diese Zusammenhänge klarmachen und sich danach ausrichten.

## Beitrag des Arzneimittel-Atlas zur politischen Entscheidungsfindung

Der Arzneimittel-Atlas übernimmt in dieser Konstellation eine spezifische Funktion:

- **Entdramatisierung und Einordnung:** Durch die langfristige Perspektive und die Zerlegung der Ausgaben in Komponenten wird sichtbar, welche Entwicklungen strukturell bedingt sind und welche auf zeitlich begrenzte Eingriffe oder Sondereffekte zurückgehen. Kurzfristige Ausschläge werden relativiert, Trends werden von Zufallsschwankungen getrennt.
- **Transparenz über Treiber und Zielgruppen:** Die Kombination aus Komponentenerlegung und Auswertung nach Indikationsgruppen zeigt, für welche Erkrankungen die Ausgaben zunehmen und welche Patientengruppen dadurch besser versorgt werden. Damit werden Nutzen- und Lastenverschiebungen im System sichtbar, nicht nur die Bruttosummen.
- **Bewertung von Steuerungsinstrumenten:** Die Entwicklung der Einsparungs- und Preiskomponente im Zeitverlauf erlaubt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit gesundheitspolitischer Instrumente: Rabattverträge, AMNOG-Verfahren, Zwangsrabatte und Preismoratorium. Die Ergebnisse können genutzt werden, um bestehende Instrumente gezielt weiterzuentwickeln, statt pauschal neue Regulierungen einzuführen.
- **Grundlage für Prioritätensetzung:** Die Auswertungen zu seltenen Erkrankungen, kleinen Zielpopulationen und sinkendem theoretischen Umsatzpotenzial neuer Therapien liefern die empirische Grundlage für eine prioritätenorientierte Strategie: Sie zeigen, wo mit hohem Ressourceneinsatz vergleichsweise wenige, aber schwerkranke Betroffene erreicht werden und wo Massenindikationen mit niedrigen Tagesdosenpreisen den größten Volumenanteil ausmachen.

## Konsequenz für die gesundheitspolitische Debatte

Die häufig zitierte Aussage, Arzneimittel dürften „kein Luxusgut wie ein Porsche“ sein, bringt eine verbreitete Skepsis gegenüber hohen Preisen zum Ausdruck. Die Daten aus 20 Jahren Arzneimittel-Atlas legen jedoch nahe, dass eine reine Preisdebatte nicht ausreicht.

## Zusammenfassung und gesundheitspolitische Implikationen

Die gesundheitspolitische Herausforderung besteht darin:

- die tatsächlichen Treiber der Ausgabenentwicklung klar zu benennen,
- die Rolle neuer Therapien für schwere Erkrankungen nüchtern einzuordnen und
- auf dieser Grundlage explizite Entscheidungen über Prioritäten und Finanzierungswege zu treffen.

Der Arzneimittel-Atlas kann diese Debatte nicht ersetzen. Er kann aber verhindern, dass sie auf einer verkürzten und zum Teil irreführenden Grundlage geführt wird.

## Literatur

- Bagley, N.; Berger, B.; Chandra, A.; Garthwaite, C.; Stern, A.D. (2019): The Orphan Drug Act at 35: Observations and an Outlook for the Twenty-First Century. In: *Innovation Policy and the Economy* 19, S. 97–137. URL: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/699934> (zuletzt abgerufen 19.11.2025)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006ff.) Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45
- Deutsche Presse Agentur (dpa) (2008): Schmidt droht mit Spargesetz. In: *Pharmazeutische Zeitung* 41, 06.10.2008. URL: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-412008/schmidt-droht-mit-spargesetz/> (zuletzt abgerufen 19.11.2025)
- Neuhaus, C.; Polke-Majewski, K. (2025): Krebsmittel sind kein
- Friedrich, V.H.; Rosenbrock, R. (1977): Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik
- Glaeske, G.; Jahnsen, K. (2005): GEK-Arzneimittel-Report 2005. Hg. v. GEK – Gmünder ErsatzKasse
- Häussler, B. (2022): Arzneimittelpreise zwischen ökonomischen Partikularinteressen und gerechter globaler Verteilung. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* (3)
- Jayasundara, Kavisha; Hollis, Aidan; Krahn, Murray; Mamdani, Muhammad; Hoch, Jeffrey S.; Grootendorst, Paul (2019): Estimating the clinical cost of drug development for orphan versus non-orphan drugs. In: *Orphanet J Rare Dis* 14 (1), S. 12. DOI: 10.1186/s13023-018-0990-4
- Maag, L.; Höer, A. (2021): Methodische Erläuterungen. In: B. Häussler und A. Höer (Hg.): *Arzneimittel-Atlas 2021. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV)*. URL: [https://www.arzneimittel-atlas.de/sites/igesgroup/arzneimittel-atlas.de/myzms/content/e16421/e31915/e31934/e31936/IGES\\_Arzneimittel-Atlas\\_2021\\_KapMethod.pdf](https://www.arzneimittel-atlas.de/sites/igesgroup/arzneimittel-atlas.de/myzms/content/e16421/e31915/e31934/e31936/IGES_Arzneimittel-Atlas_2021_KapMethod.pdf) (zuletzt abgerufen 19.11.2025)
- Neuhaus, C.; Polke-Majewski, K. (2025): Krebsmittel sind kein Luxusgut. Interview mit Dr. Jens Baas. In: *Die Zeit*, 17.07.2025
- Reichelt H (1988) Eine Methode der statistischen Komponentenzzerlegung – Konzept einer erweiterten Index-Analyse volkswirtschaftlicher Änderungsraten. Bd. 31, *WidO-Materialien*. AOK Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen Bonn
- Schlender, M.; Charalabos-Markos, D.; Gandjour, A.; 3 (2018): Budgetary Impact and Cost Drivers of Drugs for Rare and Ultrarare Diseases. In: *Value Health* (21), S. 525–531. DOI: 10.1016/j.jval.2017.10.015
- SVRGP (2025): Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem. Gutachten 2025. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVRGP)



# 1 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2024

Ariane Höer und Lukas Maag

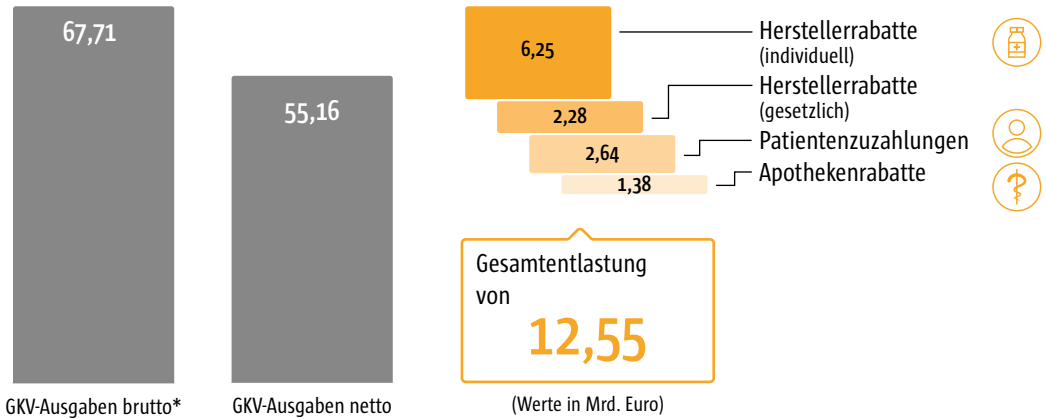
## Eckdaten des GKV-Arzneimittelmarktes 2024

Die Ausgaben der GKV für ambulant abgegebene Arzneimittel lagen im Jahr 2024 nach der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bei 55,16 Mrd. Euro. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahr einer Wachstumsrate von 10,0%.

Die Wachstumsrate war stark durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) geprägt, das am 11. November 2022 am in Kraft getreten ist und eine Reihe von Maßnahmen zur Stabilisierung der Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel beinhaltet hat. Hier ist insbesondere die befristete Erhöhung des Herstellerabschlags um 5 Prozentpunkte für das Jahr 2023 zu nennen, da diese Maßnahme den unmittelbarsten finanziellen Effekt auf die Arzneimittelausgaben hatte. Die hierdurch für das Jahr 2023 erzielten Einsparungen belaufen sich auf 1,2 Mrd. Euro. Durch das Auslaufen der Maßnahme im Jahr 2024 kam es durch den wieder herabgesetzten Herstellerabschlag im Vergleich zum Vorjahr zu deutlichen Mehrausgaben. Dieser Sondereffekt wird für das laufende Jahr 2025 keine Rolle mehr spielen.

# 1 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2024

Abb. 1 GKV-Arzneimittelausgaben und Abschläge 2024 (in Mrd. Euro)  
 Quelle: KJ 1 (BMG), NVI (INSIGHT Health), IGES-Berechnungen



\* Gesamtsumme Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken nach Apothekenverkaufspreis (AVP), inkl. Ausgaben für Arzneimittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, Digitalisierung der Verordnungsblätter, Arzneimittel von sonstigen Lieferanten und dem Versandhandel.

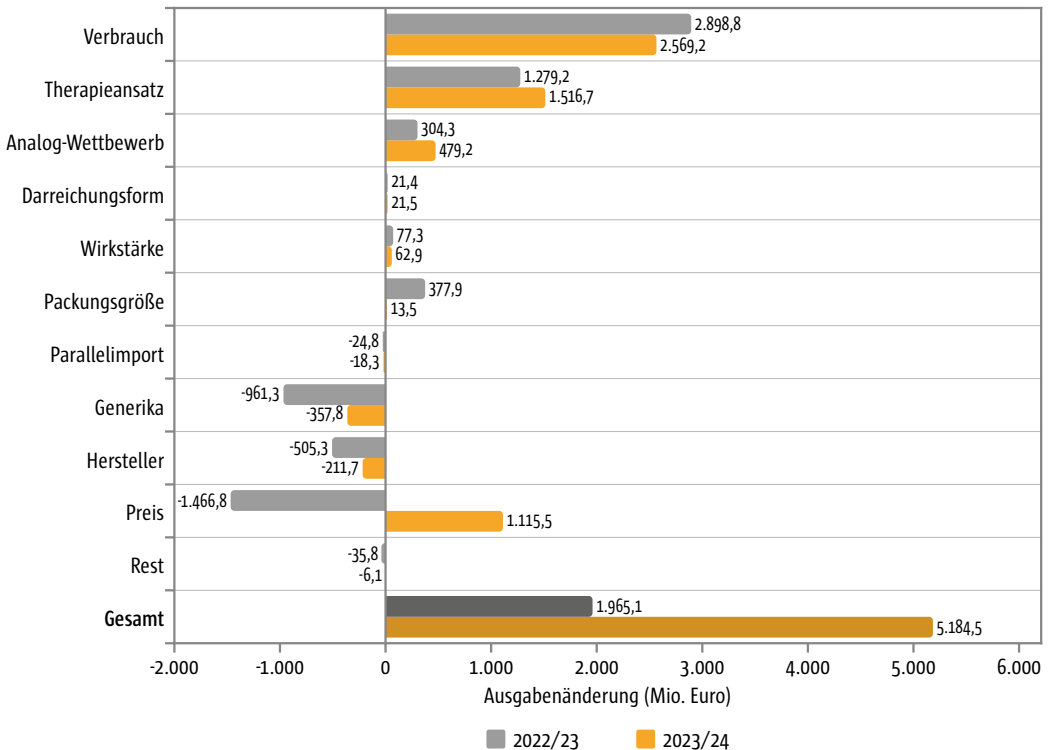
Tab. 1 Trends bei den Abschlägen auf die Arzneimittelausgaben  
 Quelle: KJ1 (BMG), IGES-Berechnungen

Art der Abschläge	2023	2024	Änderung 2023/2024	Trend
Herstellerrabatte (individuell)	5,84 Mrd. Euro	6,25 Mrd. Euro	+7,1%	Anstieg zu verzeichnen
Herstellerrabatte (gesetzlich)	3,55 Mrd. Euro	2,28 Mrd. Euro	-35,8%	Der Sondereffekt 2024 war die Wiederabsenkung des Herstellerabschlags (auf 7%), der 2023 temporär erhöht war (auf 12%).
Patientenzahlungen	2,48 Mrd. Euro	2,64 Mrd. Euro	+6,4%	Anstieg zu verzeichnen
Abschläge der Apotheken	1,33 Mrd. Euro	1,38 Mrd. Euro	+3,7%	Erhöhung des Apothekenabschlag auf 2 Euro je Arzneimittelpackung (befristet für zwei Jahre) im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes
Gesamt	13,20 Mrd. Euro	12,55 Mrd. Euro	-4,9%	Rückgang bedingt durch das Auslaufen des erhöhten Herstellerabschlags im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes.

## GKV-Arzneimittelausgaben und Abschläge

Die Ausgaben der GKV wurden 2024 durch verschiedene Abschläge und Zuzahlungen gemindert. Die Abschläge nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 649 Mio. Euro ab (Minus von 4,9%) und beliefen sich auf 12,55 Mrd. Euro.

Abb. 2 Gesamte Ausgabenveränderung und Veränderung der Komponenten der Ausgabenentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt in den Jahren 2023 und 2024 in Mio. Euro  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Komponenten der Ausgabenentwicklung

Am stärksten hat die Verbrauchskomponente – vor allem von Krebs- und Immuntherapeutika – die Mehrausgaben im GKV-Arzneimittelmarkt beeinflusst und somit Therapiegebiete mit ungedecktem Bedarf betroffen. Diese Zunahme wurde durch eine Komponente abgefedert: So konnten Einsparungen durch eine verstärkte Verordnung (neuer) Generika und Biosimilars generiert werden. Die Preiskomponente, die üblicherweise Einsparungen erreicht, konnte im Jahr 2024 jedoch nicht wirken, da sie von dem Sondereffekt des wieder abgesenkten Herstellerabschlags überlagert wurde.

## 1 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2024

Diese Komponenten beeinflussten die Arzneimittelausgaben am stärksten:

### Verbrauchskomponente **+2,57 Mrd. Euro**

Erneut die Komponente mit dem stärksten Einfluss auf das Ausgabenwachstum. Der Wert war um 329,61 Mio. Euro niedriger als im Vorjahr.

Verbrauchsbedingter Ausgabenanstieg vor allem bei diesen Indikationsgruppen:

- **Immunsuppressiva (L04):** vor allem durch Immunsuppressiva gegen Psoriasis (Risankizumab und Bimekizumab), Rheumatoide Arthritis (besonders Upadacitinib und Adalimumab), Multiple Sklerose (hauptsächlich Ofatumumab und Ocrelizumab).
- **Antineoplastische Mittel (L01):** vor allem durch die bei verschiedenen Krebserkrankungen eingesetzten Checkpoint-Inhibitoren Pembrolizumab und Durvalumab, das bei Brustkrebs indizierte Abemaciclib sowie der bei Multiplem Myelom verwendete Wirkstoff Daratumumab.
- **Andere Mittel für das Nervensystem (N07):** vor allem durch Tafamidis (bei Transthyretin-Amyloidose) und Omaveloxolon (bei Friedreich-Ataxie).

### Innovationskomponente (Therapieansatz- und Analogkomponente)

**+2,00 Mrd. Euro**

Die Innovationskomponente weist durch die stetige Einführung neuer Arzneimittel einen höheren Anstieg im Vergleich zum Vorjahr auf, wo sie 1,58 Mrd. Euro betrug. (Therapieansatzkomponente: 1,28 Mrd. Euro, Analogkomponente: 304 Mio. Euro).

Innovationsbedingter Ausgabenanstieg zeigte sich vor allem bei diesen Indikationsgruppen:

- **Antineoplastische Mittel (L01):** in erster Linie durch Immunonkologika in Form der PD-1/PDL-1-Inhibitoren, durch CDK-Inhibitoren sowie durch bestimmte Antikörper und Wirkstoffkonjugate.
- **Antidiabetika (A10):** vor allem durch neuere Antidiabetika, insbesondere die SGLT2-Inhibitoren Empagliflozin und Dapagliflozin.
- **Endokrine Therapie (L02):** vor allem durch die Antiandrogene Apalutamid, Enzalutamid und Darolutamid zur Behandlung des Prostatakarzinoms.



## Preiskomponente **+1,12 Mrd. Euro**

Die Komponente führte 2024 zu erheblichen Mehrausgaben. Im Jahr 2023 lag der Wert noch bei -1,47 Mrd. Euro. Der Anstieg erklärt sich maßgeblich durch die befristete Wiederabsenkung des Herstellerabschlags nach temporärer Erhöhung von 7 auf 12 Prozent im Jahr 2023. Durch das Auslaufen der Maßnahme kam es im Vergleich zum Vorjahr zu geringeren gesetzlichen Rabatten und daher zu preisbedingten Mehrausgaben.

Die größte Rolle bei den Mehrausgaben, die durch die Absenkung des Herstellerabschlags bedingt waren, spielten antithrombotische Mittel (Bo1) und Antidiabetika. Einsparungen wurden trotz dieses Sondereffekts durch die antineoplastischen Mittel (Lo1) erzielt – hier hauptsächlich durch Preisverhandlungen. Die höchste Preiskomponente überhaupt fand sich bei den Impfstoffen insbesondere bei den Impfstoffen gegen Herpes zoster, wo erneut die Preise angehoben wurden.



## Generikakomponente

## **-357,8 Mio. Euro**

Diese Komponente war die Strukturkomponente mit dem größten Einspareffekt im Jahr 2024.

Am stärksten trugen diese Indikationsgruppen dazu bei, weil vermehrt neuere Generika bzw. Biosimilars verbraucht wurden:

- **Immunsuppressiva (L04):** hauptsächlich durch Fingolimod, Lenalidomid, Ustekinumab und Tocilizumab
- **Antidiabetika (A10):** vor allem durch Sitagliptin-haltige Generika
- **Antineoplastische Mittel (L01):** unter anderem durch Pemetrexed, Bevacizumab und Trabectedin

## 1 Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2024

Tab. 2 Die zehn Indikationsgruppen mit den größten absoluten Umsatzänderungen von 2023 nach 2024 (nach Apothekenverkaufspreis, AVP; vor Abzug von Abschlägen und Zuzahlungen)  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

ATC 3	Indikationsgruppe	Umsatzänderung 2023 vs. 2024 in Mio. Euro	Änderung gegenüber Vorjahr (%)	Umsatz 2023 in Mrd. Euro	Umsatz 2024 in Mrd. Euro
L01	Antineoplastische Mittel	1.141,0	11,1%	10,24	11,38
L04	Immunsuppressiva	873,8	9,7%	8,98	9,85
A10	Antidiabetika	546,8	14,2%	3,86	4,41
L02	Endokrine Therapie	245,9	17,4%	1,41	1,66
J06	Immunsera und Immunglobuline	239,6	30,0%	0,80	1,04
B01	Antithrombotische Mittel	196,8	5,8%	3,41	3,61
D11	Andere Dermatika	189,7	27,1%	0,70	0,89
N07	Andere Mittel für das Nervensystem	156,8	24,2%	0,65	0,81
C10	Lipidsenkende Mittel	132,6	13,4%	0,99	1,12
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	125,4	5,4%	2,33	2,46

### Mehr zum GKV-Gesamtmarkt 2024:

[www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt-2024](http://www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt-2024)

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

Ariane Hörer

Der Arzneimittel-Atlas untersucht die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die in Apotheken abgegebenen Arzneimittel.

Basis sind rund 90 Indikationsgruppen. 12 besonders dynamische Gruppen in Bezug auf Ausgaben, Verbrauch und Innovation werden ausführlich dargestellt. Im Jahr 2024 sind dies:

- Antidiabetika (A10)
- Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)
- Antithrombotische Mittel (B01)
- Mittel zur Behandlung der Hypertonie (C02-C09)
- Lipidsenkende Mittel (C10)
- Andere Dermatika (D11)
- Antivirale Mittel (J05)
- Impfstoffe (J07)
- Krebsmedikamente (Antineoplastische Mittel) (L01)
- Endokrine Therapie (Zytostatische Hormone) (L02)
- Immunsuppressiva (L04)
- Ophthalmika (S01)

**Mehr zu den Indikationsgruppen:**

[www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel)

### Antidiabetika (A10)

Diabetesmittel werden bei Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 eingesetzt. Bei Typ-1-Diabetes, der sich in der Regel bereits im Kindesalter manifestiert, produziert das Pankreas zu wenig Insulin und es ist deshalb eine Substitutionstherapie mit Insulin erforderlich. Beim Typ-1-Diabetes erfolgt die Therapie mit Insulin. Beim Typ-2-Diabetes liegt ein relativer Insulinmangel vor. Erst wenn eine ausreichende Kontrolle des Blutzuckers bei Typ-2-Diabetes mit anderen Antidiabetika nicht mehr möglich ist, wird auch bei Typ-2-Diabetes Insulin eingesetzt.

### Arzneimittel

#### Teil-Indikationsgruppen

##### Insuline

(werden gespritzt)

- reine Insuline und Insulin-Kombinationen (unterschiedlicher Wirkbeginn und Wirkdauer)

##### Andere Antidiabetika

(vor allem orale Antidiabetika [OAD] zum Einnehmen bei Typ-2-Diabetes)

- Biguanide
- SGLT2-Inhibitoren (Gliflozine)
- GLP-1-Rezeptor-Agonisten (Glutide)
- DPP-IV-Inhibitoren (Gliptine)
- Sulfonylharnstoffe und Glinide
- Alpha-Glucosidase-Hemmer

### Verbrauch

2024 lag der Verbrauch von Antidiabetika bei insgesamt 2,86 Mrd. DDD. Der Anteil der Anderen Antidiabetika war 74%, der Anteil der Insuline entsprechend 26%.

Antidiabetika zählen zu den besonders häufig verordneten Arzneimitteln.

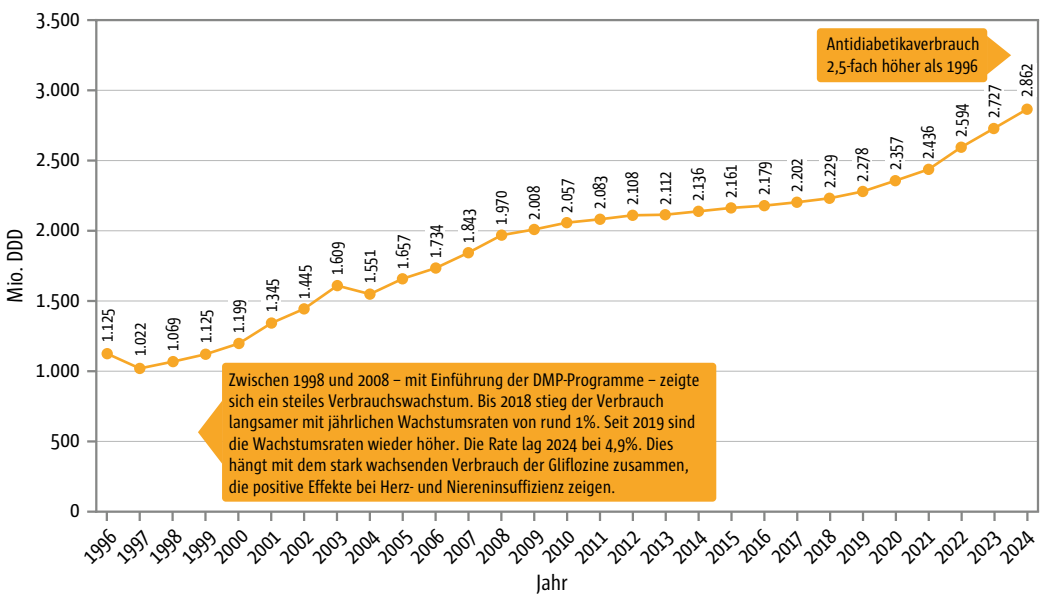
## Antidiabetika (A10)

Tab. 3 Verbrauch in den Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „A10 Antidiabetika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)		
Insuline	752,9		
Andere Antidiabetika	2.108,9		
<b>gesamt</b>	<b>2.861,7</b>	<b>Zuwachsrate</b>	<b>Anteil am Gesamtverbrauch</b>
		<b>4,9%</b>	<b>5,9%</b>

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 3 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „A10 Antidiabetika“ im Zeitraum von 1996 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach AVR (1996–2002) und NVI (INSIGHT Health) ab 2003; AVR: Arzneiverordnungs-Report



Seit einigen Jahren geht der Insulinverbrauch langsam zurück – von 855 Mio. DDD im Jahr 2017 auf nunmehr 753 Mio. DDD. Im selben Zeitraum ist der Verbrauch von Nicht-Insulinen um fast die Hälfte angestiegen, nämlich von 1.338 Mio. auf 2.109 Mio. DDD.

Bei den Nicht-Insulinen haben neuere Therapieansätze (Gliflozine, Glutide und Gliptine) inzwischen einen Anteil von 51% und damit die Sulfonylharnstoffe weitgehend verdrängt.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### TOP TEN bei den Antidiabetika

Abb. 4 Top 10 der Antidiabetika in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

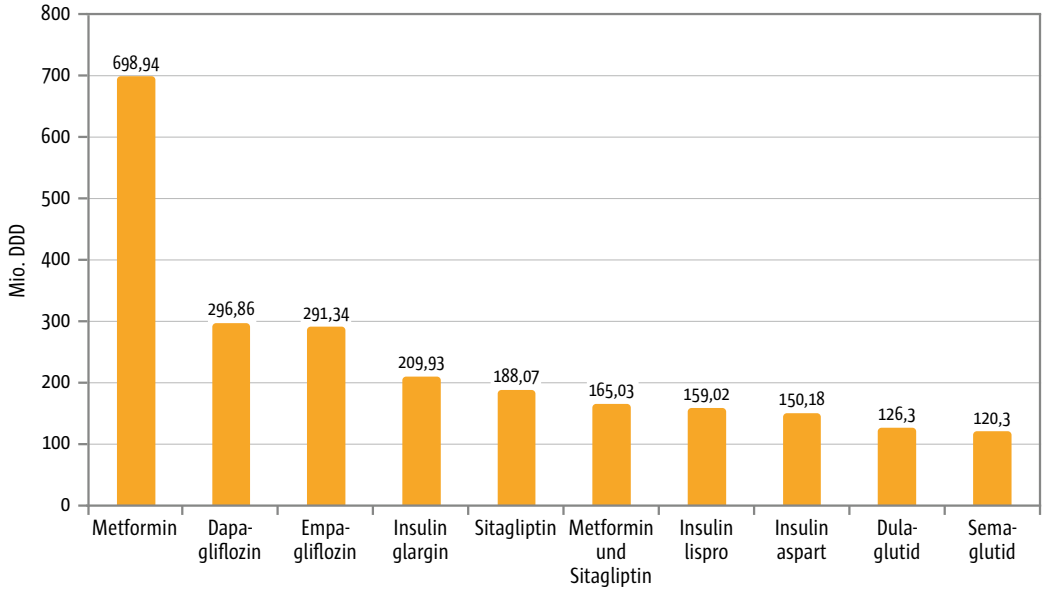
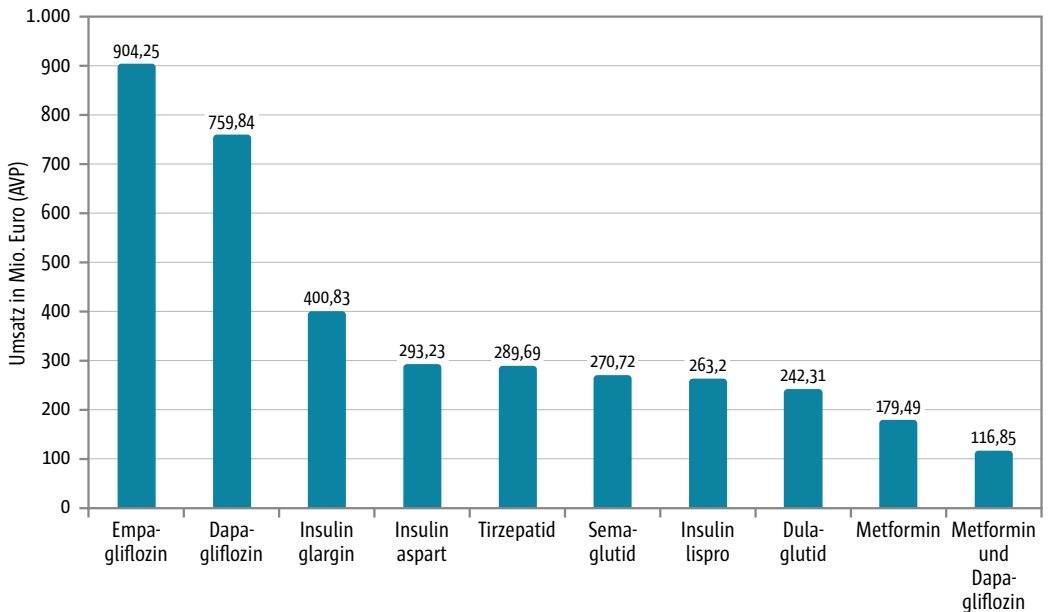


Abb. 5 Top 10 der Antidiabetika in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



**Ausgaben**

Das Ausgabenplus 18,8% im Jahr 2024 stellt das stärkste Wachstum im betrachteten Zeitraum (2019 bis 2024) dar. Der Anteil der Insuline an den Ausgaben ist zwischen 2020 und 2024 kontinuierlich von 41,7% auf 24,9% zurückgegangen. Dabei lagen die Ausgaben für Insuline konstant bei knapp 1 Mrd. Euro, während die für Andere Antidiabetika sich fast verdoppelt haben.

Tab. 4 Ausgaben in den Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „A10 Antidiabetika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben		
Insuline	0,96 Mrd. Euro		
Andere Antidiabetika	2,7 Mrd. Euro		
<b>gesamt</b>	<b>3,70 Mrd. Euro</b>	<b>Zuwachsrate</b>	<b>Anteil an Gesamtausgaben</b>
		<b>18,8%</b>	<b>6,8%</b>

**Verbrauchsranking\* 4    Ausgabenranking\* 3**  
\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

**Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung**

2024 erhöhten sich die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 584,5 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Therapieansatzkomponente +394 Mio. Euro** durch erneut gestiegene Verbrauchsanteile von neueren Therapieansätzen, insbesondere der SGLT2-Inhibitoren (Gliflozine).
- **Verbrauchskomponente +159 Mio. Euro** durch Mehrverbrauch. Allerdings gab es zwei Entwicklungen: Verbrauchsrückgang bei den Insulinen verringerte die Ausgaben um rund 18 Mio. Euro, während Verbrauchszunahme bei den Anderen Antidiabetika die Ausgaben um rund 177 Mio. Euro erhöhte. Hauptverantwortlich waren auch hier die SGLT2-Inhibitoren.
- **Generikakomponente -62 Mio. Euro** durch Generikaeinführungen für die Wirkstoffe Sitagliptin und Vildagliptin.
- **Preiskomponente +134 Mio. Euro** durch höhere Preise bei den meisten Wirkstoffen, bedingt durch die Senkung des temporär höheren Herstellerabschlags im Jahr 2023.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Fazit

- Ausgabenerhöhung von insgesamt rund 585 Mio. Euro (Plus von 18,8%).
- Verbrauchsplus von 4,9% zum Vorjahr, was geringer ist als im Vorjahr mit 5,1%.
- Der Verbrauchszuwachs betraf in den beiden Vorjahren ausschließlich die Anderen Antidiabetika, die bei nicht insulinpflichtigem Diabetes eingesetzt werden, und lag 2023 und 2024 bei 9,1% bzw. 7,6%.
- Der Verbrauch von Insulinen ist dagegen seit 2018 rückläufig. Der wahrscheinlichste Hintergrund für diese Entwicklung ist, dass neuere Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen (SGLT2-Inhibitoren, GLP1-Rezeptor-Agonisten) bei Patienten mit Typ-2-Diabetes anstelle von Insulin eingesetzt werden bzw. den Insulinverbrauch vermindern können.
- Mehrverbrauch neuer innovativer Therapieansätze führte auch 2024 zu einem Ausgabenanstieg, der durch Generikaeinführungen (Sitagliptin, Vildagliptin) nur in geringem Umfang kompensiert wurde.

### Ausblick

- Gegenwärtige Trends bei Verbrauch und Ausgaben werden in den kommenden Jahren anhalten: Verbrauch von Nicht-Insulinen steigt, während für Insuline mit einem weiteren Verbrauchsrückgang zu rechnen ist.
- Der Verbrauchsanteil von Humaninsulin (Anteil 2024: 14,5% der Insuline) wird weiterhin zurückgehen, da es weiterhin durch Insulinanaloge ersetzt wird. Bei den Anderen Antidiabetika werden die SGLT2-Inhibitoren am stärksten wachsen, weshalb die Antidiabetika auch zunehmend die Versorgung bei Herz- und Niereninsuffizienz abbilden.
- Die Stellung von Metformin bleibt weiterhin stark und der Verbrauch könnte auch leicht steigen, doch ist das Wachstum bei den neueren Antidiabetika stärker ausgeprägt.

#### **Mehr zu Diabetesmitteln:**

[www.arzneimittel-atlas.de/antidiabetika](http://www.arzneimittel-atlas.de/antidiabetika)

## Andere Mittel aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel (A16)

Die Anderen Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel werden überwiegend bei seltenen Stoffwechselstörungen eingesetzt. Ursache dieser Erkrankungen sind oft angeborene Störungen, die dazu führen, dass bestimmte Enzyme in den Zellen entweder nicht oder fehlerhaft gebildet werden. Dadurch werden Stoffwechselwege gestört und es können sich giftige Stoffwechselprodukte in Körperzellen ansammeln und so zu verschiedensten Krankheitserscheinungen in Organen führen. Die Erkrankungen sind meist selten, weshalb viele der Arzneimittel Orphan Drugs sind.

### Arzneimittel

#### Wichtige Teil-Indikationsgruppen

- Morbus Fabry
- Morbus Gaucher
- Morbus Pompe
- Phenylketonurie

### Verbrauch

Von den Anderen Mitteln für das alimentäre System und den Stoffwechsel wurden im Jahr 2024 1,98 Mio. DDD verbraucht. Die Arzneimittel dieser Indikationsgruppe gehören zu den sehr selten verordneten, und jedem GKV-Versicherten wurden 2023 im Mittel 0,03 DDD verordnet.

Der Zuwachs lag 2024 im Vergleich zum Vorjahr bei nur 5 Tsd. DDD bzw. 0,3%, was und im betrachteten Zeitraum einem sehr niedrigen Wachstum entspricht. Das geringe Wachstum ergibt sich aus der Summe der Effekte aller Teil-Indikationsgruppen: 2024 neutralisierte der in einigen Gruppen zu beobachtende Verbrauchsrückgang den Verbrauchszuwachs in anderen Gruppen fast vollständig. Ein besonders ausgeprägter Verbrauchsrückgang fand sich für die Mittel bei Kurzdarmsyndrom und denen bei Morbus Pompe mit insgesamt rund -40 Tsd. DDD. Das höchste Wachstum zeigten die Mittel bei Phenylketonurie, solche bei Morbus Gaucher Typ 1 und NAGS-Mangel mit insgesamt rund +36 Tsd. DDD.

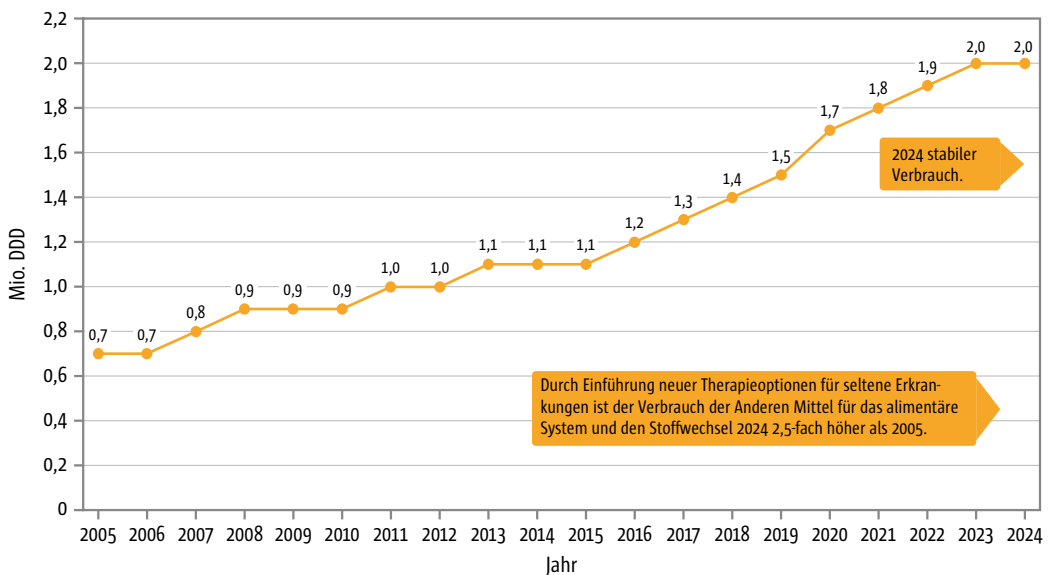
## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

Tab. 5 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen in der Indikationsgruppe „A16 Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Tsd. DDD)		
Carnitinmangel	593,3		
Morbus Wilson	251,7		
Morbus Fabry	225,8		
Phenylketonurie	193,5		
Morbus Gaucher Typ 1	132,7		
Andere Stoffwechselkrankheiten	82,8		
Morbus Pompe	70,0		
Tyrosinämie Typ 1	68,5		
Hypophosphatasie	63,7		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	296,9		
		Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
<b>Andere Mittel aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel gesamt</b>	<b>1.979,1</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,004%</b>

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 6 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „A16 Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel“ im Zeitraum von 2005 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## TOP TEN bei den Anderen Mitteln aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel

Abb. 7 Top 10 der Anderen Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

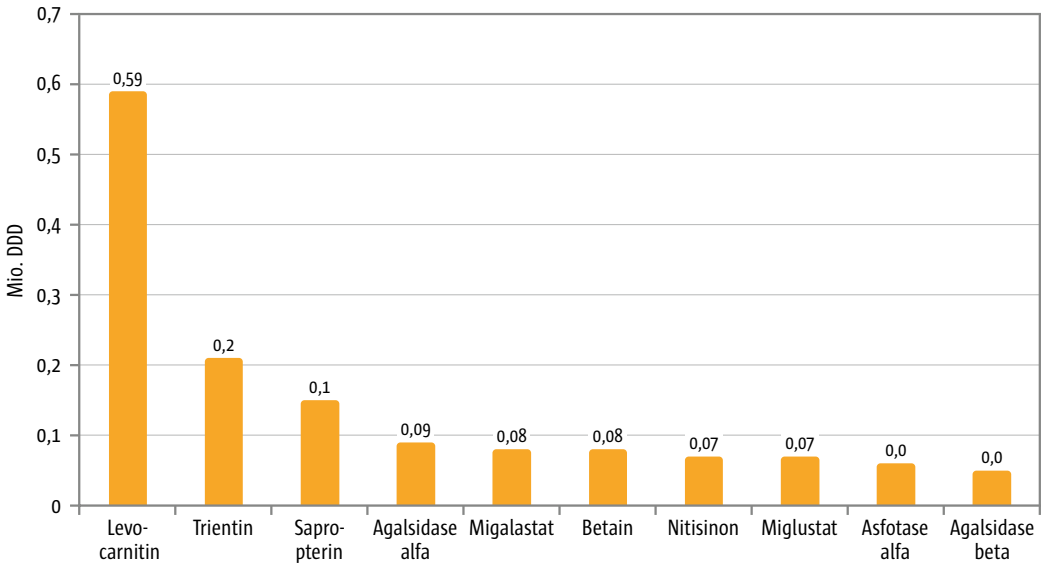
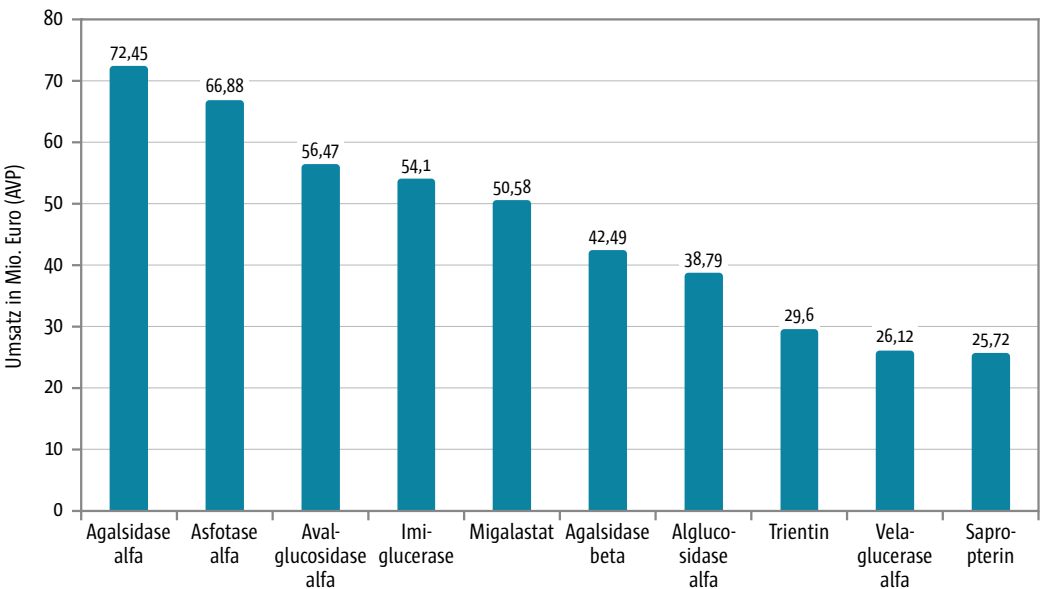


Abb. 8 Top 10 der Anderen Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Ausgaben erreichten 2024 eine Höhe von rund 704 Mio. Euro, was einen Rückgang um 1,2% im Vergleich zum Vorjahr bedeutet.

Tab. 6 Ausgaben in der Indikationsgruppe „A16 Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben		
Morbus Fabry	169,3 Mio. Euro		
Morbus Gaucher Typ1	105,1 Mio. Euro		
Morbus Pompe	101,7 Mio. Euro		
Hypophosphatasie	66,6 Mio. Euro		
Phenylketonurie	40,5 Mio. Euro		
Kurzdarmsyndrom	23,9 Mio. Euro		
Morbus Wilson	23,7 Mio. Euro		
Hyperoxalurie	19,3 Mio. Euro		
Hepatische Porphyrie	19,2 Mio. Euro		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	134,5 Mio. Euro		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel gesamt</b>	<b>703,9 Mio. Euro</b>	<b>-1,2%</b>	<b>1,3%</b>

**Verbrauchsranking\* 78**      **Ausgabenranking\* 17**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 gingen die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 8,5 Mio. Euro zurück. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente -30,4 Mio. Euro** vor allem durch geringeren Verbrauch der Mittel bei Morbus Pompe und der Mittel bei Mucopolysaccharidose Typ 1.
- **Analogkomponente -12,4 Mio. Euro** besonders durch höheren Anteil von Miglustat bei Mitteln bei Morbus Gaucher Typ 1.
- **Preiskomponente +39,8 Mio. Euro** in den meisten Teil-Indikationsgruppen durch Senkung des im Jahr 2023 vorübergehend erhöhten Herstellerrabatts.

## Fazit

- Ausgabenrückgang um 8,5 Mio. Euro (Minus von 1,2%).
- Das Verbrauchsplus war 2024 mit 0,3% sehr gering. Am stärksten stieg der Verbrauch in den Teil-Indikationsgruppen der Mittel bei Alfa-Mannosidose und LAL-Mangel (Lysosomaler Saurer Lipase-Mangel), nämlich um 41,7% bzw. 32,2% gegenüber 2023.
- Auffälliger Verbrauchsrückgang u. a. für Mittel bei Mucopolysaccharidose Typ 1 und Typ 2 sowie bei Hutchinson-Gilford-Progerie (um 54,5%, 35,1% bzw. 39,9%).
- Innovationen spiegeln sich in der Indikationsgruppe fast ausschließlich in der Verbrauchskomponente wider. Die meisten neuen Arzneimittel stellen erstmalige medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten für seltene Erkrankungen dar. Substitutionseffekte sind selten.

## Ausblick

- Verbrauch und Ausgaben sind in den vergangenen Jahren in der Regel stetig gestiegen.
- Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren so fortsetzt, weil weiterhin neue Arzneimittel eingeführt werden, die erstmals die medikamentöse Therapie weiterer seltener Erkrankungen des Stoffwechsels ermöglichen.
- Zwar stehen einige wenige Generika zur Verfügung, die jedoch kaum Wirkung entfalten, weil die Umsatzvolumina der Wirkstoffe insgesamt vergleichsweise gering sind und die Marktdurchdringung sehr schleppend verläuft.

**Mehr zu Anderen Mitteln aus dem Bereich Ernährung und Stoffwechsel:**

[www.arzneimittel-atlas.de/stoffwechsellmittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/stoffwechsellmittel)

### Antithrombotische Mittel (B01)

Zu dieser Indikationsgruppe gehören Mittel, welche die Gerinnungsneigung herabsetzen. Diese Arzneimittel werden überwiegend zur Vermeidung von Blutgerinnseln eingesetzt, welche z.B. am Herzen zum Infarkt führen können, im Gehirn zum Schlaganfall, in der Lunge zur Embolie und in den Beinen zur Beinvenenthrombose. Wenn Patienten nach bestimmten Ereignissen, wie etwa einem Herzinfarkt oder bei bestimmten Störungen wie z.B. Vorhofflimmern, antithrombotische Mittel anwenden, wird das Risiko für das Auftreten weiterer Ereignisse gesenkt. Das heißt, es erleiden weniger Patienten einen erneuten Infarkt oder einen Schlaganfall.

### Arzneimittel

#### Teil-Indikationsgruppen und Therapieansätze

- Thrombozytenaggregationshemmer
  - Direkte Faktor-Xa- bzw. Thrombininhibitoren
  - ASS
  - ADP-P2Y-Antagonisten
  - Vit.-K-Antagonisten
  - HeparinGruppe
- Mittel bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK)
- Mittel bei pulmonaler Hypertonie

**Verbrauch**

Antithrombotische Mittel werden sehr häufig eingesetzt. Die Thrombozytenaggregationshemmer bestimmen das Verbrauchsgeschehen: Auf sie entfallen 99,9% des Verbrauchs.

Tab. 7 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen in der Indikationsgruppe „B01 Antithrombotische Mittel“ im Jahr 2024  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)	Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
Mittel bei erhöhter Neigung zur Bildung von Thromben und Thromboembolien (Thrombozytenaggregationshemmer)	1.929,9		
Mittel bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK)	2,5		
<b>gesamt</b>	<b>1.932,6</b>	<b>1,1%</b>	<b>4%</b>

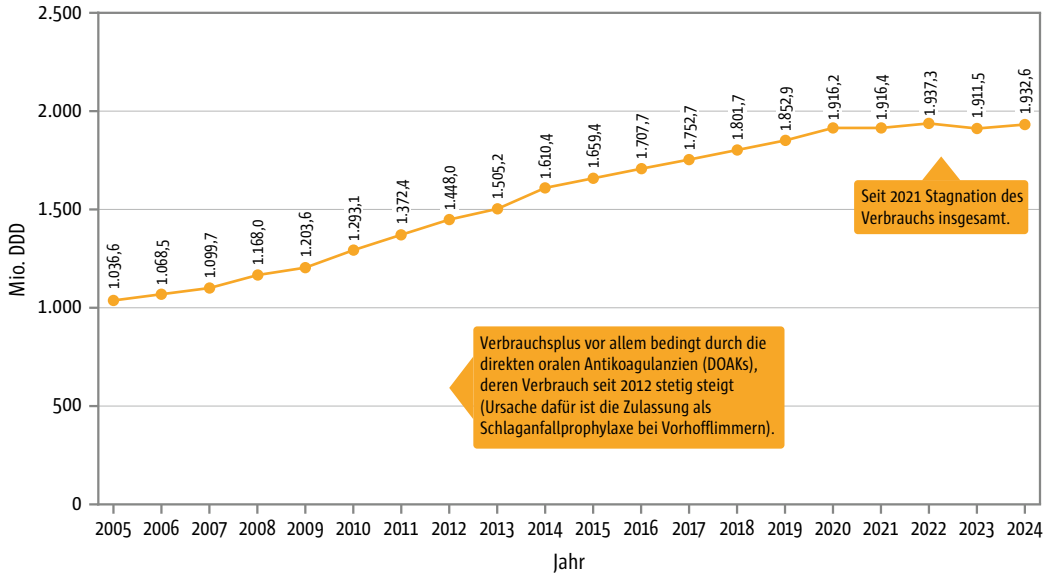
Dargestellt ist nur der Verbrauch für die beiden größten Teil-Indikationsgruppen. Der jährliche Verbrauch für die übrigen Teil-Indikationsgruppen war im betrachteten Zeitraum nie höher als 0,1 Mio. DDD.

**Entwicklung des Verbrauchs**

2024 erhöhte sich der Verbrauch geringfügig. Dabei ging der Verbrauch für fast alle Therapieansätze zurück, nur bei den direkten oralen Antikoagulanzen (DOAKs) zeigte sich erneut ein deutliches Wachstum (6%) im Vergleich zum Vorjahr.

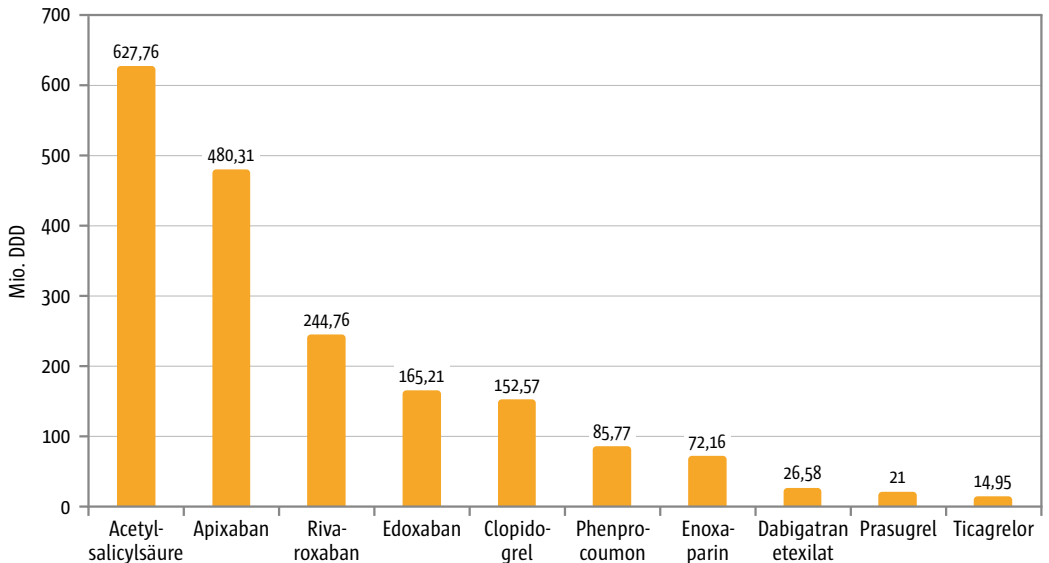
## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

Abb. 9 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „B01 Antithrombotische Mittel“ im Zeitraum von 2005 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



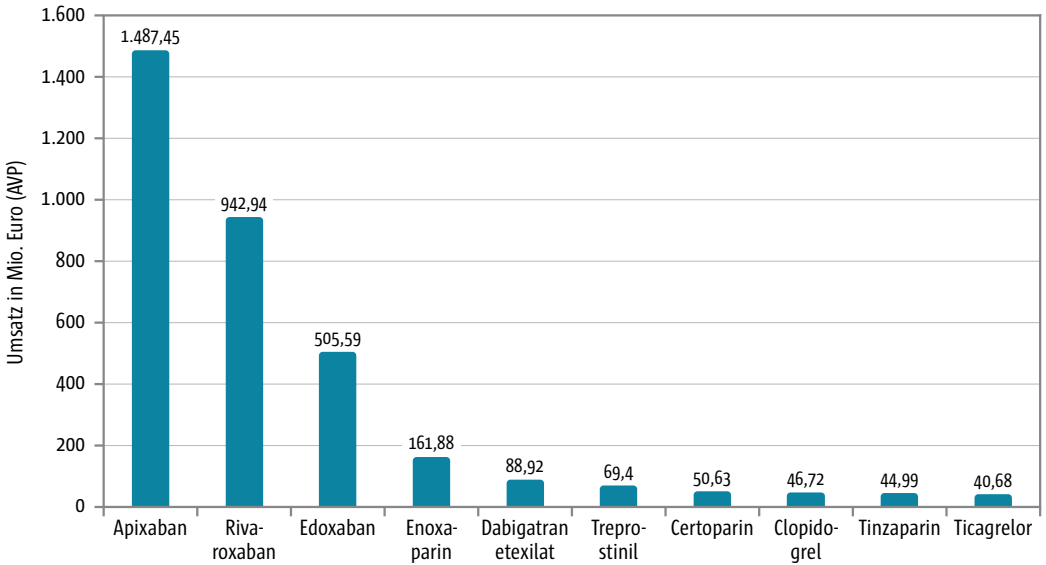
## TOP TEN bei den antithrombotischen Mitteln

Abb. 10 Top 10 der Antithrombotischen Mittel in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Antithrombotische Mittel (B01)

Abb. 11 Top 10 der B01 Antithrombotischen Mittel in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Ausgaben

Die Ausgaben der GKV für antithrombotische Mittel lagen 2024 bei 3,07 Mrd. Euro. Sie fielen zu 97,0% auf die Teil-Indikationsgruppe der Thrombozytenaggregationshemmer.

Tab. 8 Ausgaben in der Indikationsgruppe „B01 Antithrombotische Mittel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
Antithrombotische Mittel gesamt	3,07 Mrd. Euro	10,4%	5,6%

**Verbrauchsranking\* 6**    **Ausgabenranking\* 4**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben stiegen 2024 um 290 Mio. Euro und damit erheblich stärker als 2023. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Therapieansatzkomponente +89,7 Mio. Euro** durch steigende Verbrauchsanteile direkt wirkender Faktorenhemmer (DOAKs; insbesondere direkte Faktor-Xa-Inhibitoren).
- **Verbrauchskomponente +41,2 Mio. Euro** durch Verbrauchswachstum, wobei nur der Verbrauch von direkten Faktor-Xa-Inhibitoren anstieg.
- **Preiskomponente +183,9 Mio. Euro** durch die Senkung des Herstellerabschlags, der im Jahr 2023 temporär erhöht wurde.

### Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um 290 Mio. Euro (Plus von 10,4%).
- Verbrauchsanstieg von 1,1% gegenüber dem Vorjahr. Der Verbrauch der direkten oralen Antikoagulanzen (DOAKs; insbesondere Faktor-Xa-Hemmer) wuchs etwas schwächer als in den Vorjahren. Der Verbrauch von Vitamin-K-Antagonisten ist weiterhin deutlich rückläufig, auch der Verbrauch von ASS (Acetylsalicylsäure) und Heparinen ist erneut gesunken.
- Die Innovation mit den größten Auswirkungen innerhalb der Indikationsgruppe sind die DOAKs. Bezogen auf die Zielpopulation ist das größte Anwendungsgebiet die Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern.
- Das Verbrauchswachstum der DOAKs erreichte 2018 einen Höhepunkt und verlangsamte sich seitdem leicht. Der Verbrauchsanteil dieser Therapieansätze stieg in diesen Jahren jeweils etwa um 3%. 2024 fielen rund 47% des Verbrauchs der gesamten Indikationsgruppe auf diese Therapieansätze.

### Ausblick

- In den nächsten Jahren ist weiterhin ein Verbrauchsanstieg für die DOAKs zu erwarten. Seit 2013 ist hier ein stetiges Wachstum zu beobachten.
- Parallel ist ein Rückgang der Vitamin-K-Antagonisten zu erkennen. Somit ist absehbar, dass Vitamin-K-Antagonisten zu einem großen Teil durch DOAKs verdrängt werden.
- Umsatzstärkster Wirkstoff ist Apixaban. Generika wurden durch die Europäische Arzneimittel-Agentur EMA (European Medicines Agency) bereits zugelassen. Die Einführung von Apixabangenerika erscheint 2026 möglich.

#### **Mehr zu antithrombotischen Mitteln:**

[www.arzneimittel-atlas.de/thrombosemittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/thrombosemittel)

## Mittel zur Behandlung der Hypertonie (C02–C09)

Bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck) können Wirkstoffe aus verschiedenen – teilweise sehr großen – Wirkstoffgruppen verwendet werden. Mit Ausnahme der Antihypertensiva (C02), die nahezu ausschließlich für die Therapie der Hypertonie eingesetzt werden, kommen die Wirkstoffe aus allen übrigen Gruppen zusätzlich auch bei weiteren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zur Anwendung, z. B. bei der Herzinsuffizienz oder nach einem Herzinfarkt.

### Arzneimittel

#### Teil-Indikationsgruppen

- Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)
- Calciumkanalblocker (C08)
- Betablocker (C07)
- Diuretika (C03)
- Antihypertensiva (C02)
- Mittel bei pulmonal-arterieller Hypertonie (PAH)

### Verbrauch

Bluthochdruckmittel sind die am häufigsten verordneten Arzneimittel bei GKV-Versicherten. Im Vergleich zum Vorjahr ist 2024 der Verbrauch leicht angestiegen.

Tab. 9 Verbrauch in der Indikationsgruppe „C02–C09 Mittel zur Behandlung der Hypertonie“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

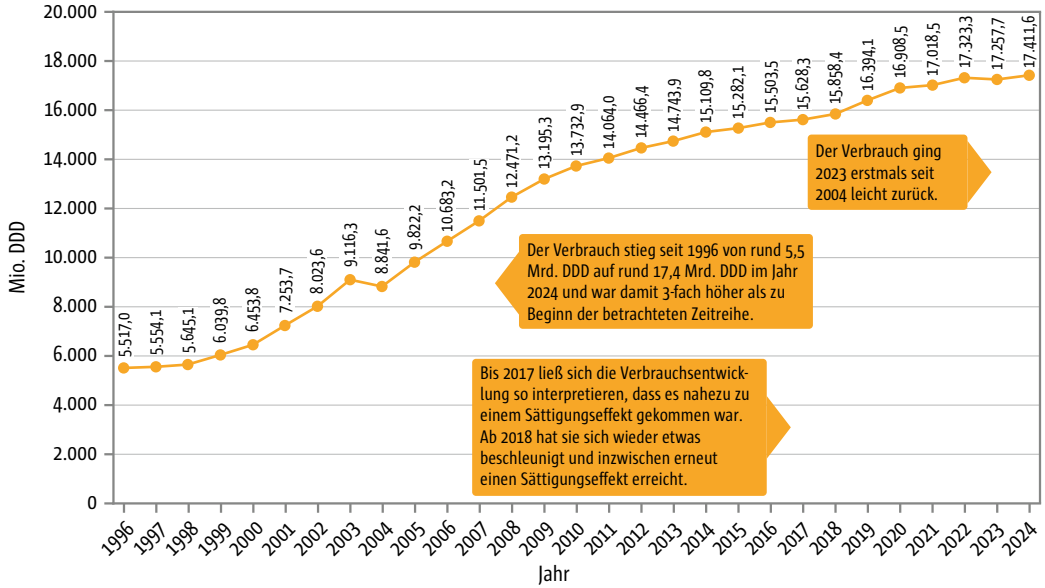
Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)	Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
Bluthochdruckmittel gesamt	17.411,6	0,9%	36%

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 12 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „C02–C09 Mittel zur Behandlung der Hypertonie“ im Zeitraum von 1996 bis 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach AVR (1996–2002) und NVI (INSIGHT Health) ab 2003; AVR: Arzneiverordnungs-Report



Größte Teil-Indikationsgruppe sind die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System mit einem Anteil von 60% und einem Verbrauchswachstum von 1,6%.

Auf Calciumkanalblocker und Betablocker entfallen 15 bzw. 11% des Verbrauchs in der Indikationsgruppe. Während der Verbrauch von Calciumkanalblockern stetig steigt, ist für Betablocker seit 2016 ein langsamer, doch kontinuierlicher Verbrauchsrückgang zu beobachten.

## TOP TEN bei den Bluthochdruckmitteln

Abb. 13 Top 10 der Mittel zur Behandlung der Hypertonie in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

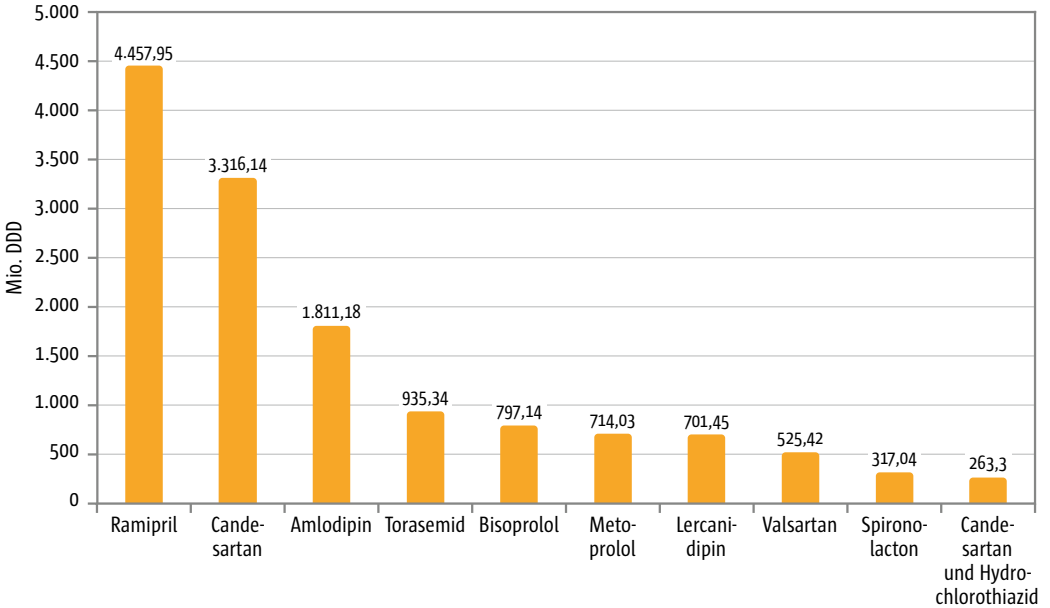
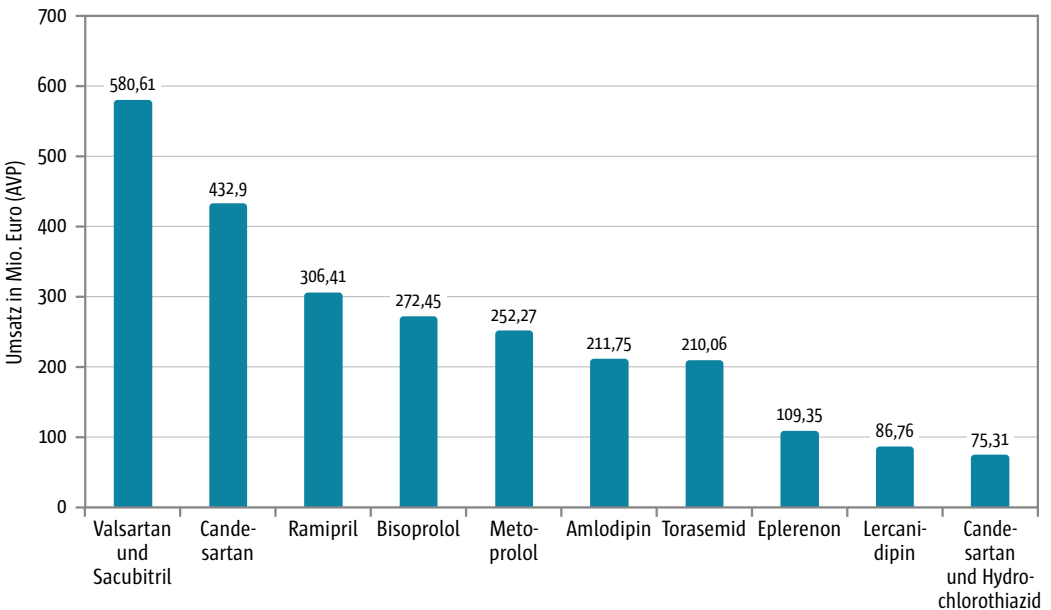


Abb. 14 Top 10 der Mittel zur Behandlung der Hypertonie in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Mittel zur Behandlung der Hypertonie verursachten 2024 Ausgaben in Höhe von 3,0 Mrd. Euro und lagen damit 4,2% über denen des Vorjahres.

Tab. 10 Ausgaben in der Indikationsgruppe „C02-C09 Mittel zur Behandlung der Hypertonie“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
Bluthochdruckmittel gesamt	3,0 Mrd. Euro	4,2%	5,5%

#### Verbrauchsranking\* 1 Ausgabenranking\* 5

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen; bezogen auf die bedeutendste Teil-Indikationsgruppe: Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09).

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 stiegen die Ausgaben für Blutdruckmittel um 121,3 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Therapieansatzkomponente +85,2 Mio. Euro** vor allem durch Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, wo die Komponente 69 Mio. Euro erreichte. Ursächlich ist hier in erster Linie der Therapieansatz der Nephilysinhemmer in fester Kombination mit Angiotensin-II-Antagonisten zu nennen (bisheriger einziger Vertreter: Sacubitril/Valsartan).
- **Verbrauchskomponente +32,4 Mio. Euro** vor allem durch Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System sowie die Antihypertensiva.
- **Herstellerkomponente -29,3 Mio. Euro** Einsparungen besonders bei Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System sowie Diuretika.
- **Preiskomponente +18,65 Mio. Euro** hauptsächlich durch Sacubitril/Valsartan.

## Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um 121,3 Mio. Euro (Plus von 4,2%).
- Der Verbrauch stieg 2024 in der Indikationsgruppe um 0,9%. Für die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (ACE-Hemmer und AT-II-Antagonisten) war ein Verbrauchsanstieg um 163 Mio. DDD zu beobachten. Ein Verbrauchswachstum findet sich auch für Calciumkanalblocker und Mittel bei pulmonaler Hypertonie.
- Die Indikationsgruppe ist in Bezug auf die Arzneimittel, die bei arterieller Hypertonie eingesetzt werden, inzwischen komplett generisch.
- Innovative Arzneimittel finden sich aktuell in der Teil-Indikationsgruppe der Mittel bei pulmonaler Hypertonie. Als weitere Innovation ist das bei Herzinsuffizienz eingesetzte Sacubitril/Valsartan zu nennen. Die Wirkstoffkombination hatte den höchsten Umsatzzanstieg und verursachte hauptsächlich die positive Innovationskomponente. Seit 2024 ist mit Sparsentan ein Orphan Drug verfügbar (Immunglobulin-A-Nephropathie).
- Preiserhöhungen durch Senkung des Herstellerabschlags bewirkten eine positive Preiskomponente mit Mehrausgaben von 18,7 Mio. Euro, wozu insbesondere Sacubitril/Valsartan beitrug.

## Ausblick

- Für die Indikationsgruppe der Mittel bei Hypertonie schein mittlerweile eine Sättigung erreicht zu sein bzw. ein gebremstes Wachstum absehbar.
- Beschleunigtes Wachstum wäre nur möglich, wenn Innovationen zu zusätzlichen Therapieoptionen für größere Patientenpopulationen führen würden. Es gibt aktuell keine Hinweise darauf, dass dies in den nächsten Jahren der Fall sein könnte.
- Die Indikationsgruppe ist bezogen auf den Verbrauch zu 96% generisch. Weitere Einsparungen durch generischen Wettbewerb werden in Zukunft weiterhin gering ausfallen. Durch Inflationsausgleich ist dagegen möglich, dass Preise steigen und dadurch die Ausgaben wachsen.

### Mehr zu Bluthochdruckmitteln:

[www.arzneimittel-atlas.de/hypertoniemittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/hypertoniemittel)

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Lipidsenkende Mittel (C10)

Der Zusammenhang zwischen erhöhter Lipidkonzentration im Blut und erhöhten kardiovaskulären Risiken wurde ab den 1950er-Jahren auf der Basis von großen epidemiologischen Studien entdeckt. Nachfolgend wurden die verschiedensten Arzneimittel entwickelt, um die in den Studien entdeckten Risikofaktoren nicht nur durch Lebensstiländerungen, sondern auch medikamentös bekämpfen zu können. Insbesondere, wenn neben erhöhten Blutfetten weitere Risikofaktoren vorhanden sind, wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Übergewicht oder eine familiäre Belastung in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist die Anwendung lipidsenkender Mittel zur Minderung des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse relevant.

### Arzneimittel

#### Wichtigste Teil-Indikationsgruppe

- Lipidsenker
- Therapieansätze**
- Statine
  - Azetidinone (Ezetimib)
  - Fibrate
  - ACL-Inhibitoren (Bempedoinsäure)
  - PCSK9-Hemmer (z.B. Evolocumab)

### Verbrauch

Lipidsenker sind besonders häufig verordnete Arzneimittel. Am Verbrauch der Lipidsenker hatte 2024 der Therapieansatz der Statine einen Anteil von 87,2%. 10,5% entfielen auf den Therapieansatz der Ezetimib-haltigen Produkte.

Tab. 11 Verbrauch in der Indikationsgruppe „C10 Lipidsenkende Mittel“ im Jahr 2024

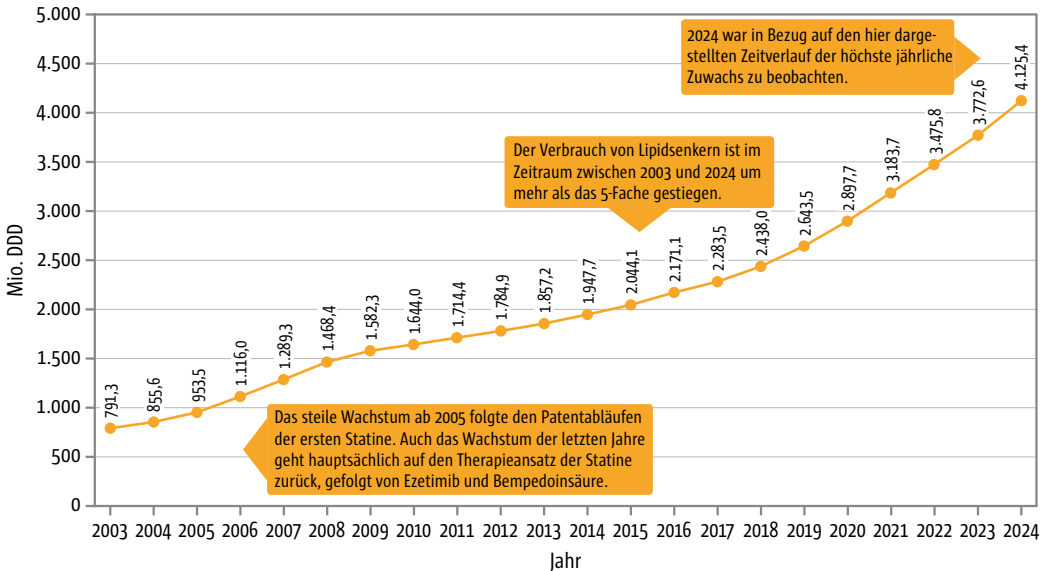
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)	Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
Lipidsenkende Mittel gesamt	4.125,4	9,4%	8,5%

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 15 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „C10 Lipidsenkende Mittel“ im Zeitraum von 2003 bis 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



Statine stellen den wichtigsten Therapieansatz unter den Lipidsenkern dar. Wichtigstes Statin war lange Zeit das Simvastatin, auf das noch 2011 fast 90% des Verbrauchs entfiel, aktuell aber nur noch 19%.

Mit Einführung von Generika für Atorvastatin (2012) bzw. Rosuvastatin (2018) stieg deren Verbrauchsanteil wegen ihrer höheren lipidsenkenden Wirkung von 1 bzw. 0,1% auf nunmehr 57% bzw. 23%. Damit entfällt aktuell 80% des Statinverbrauchs auf diese beiden Wirkstoffe.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### TOP TEN bei den Lipidsenkern

Abb. 16 Top 10 der Lipidsenker in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

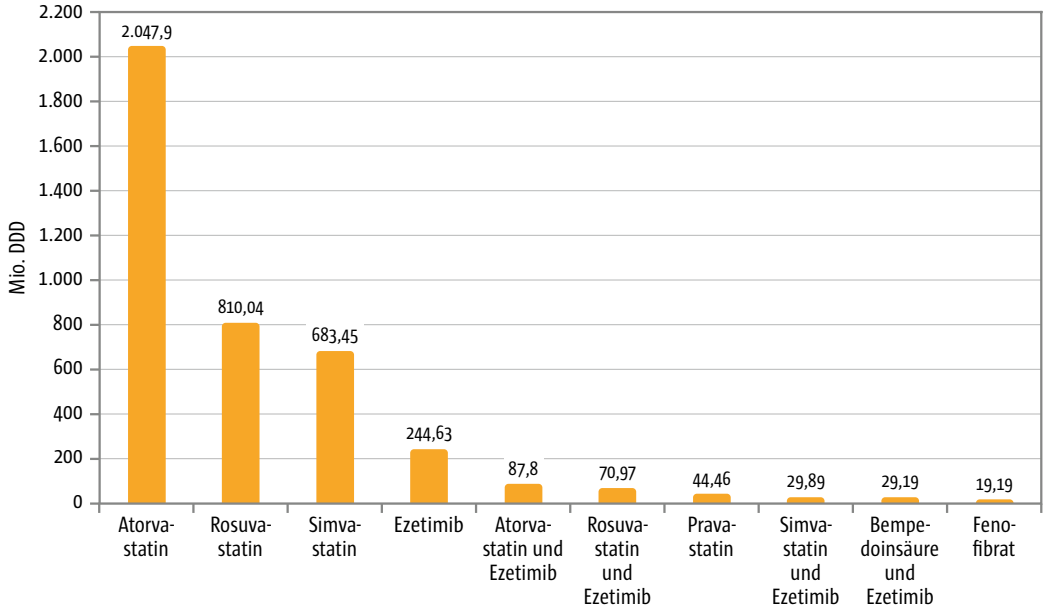
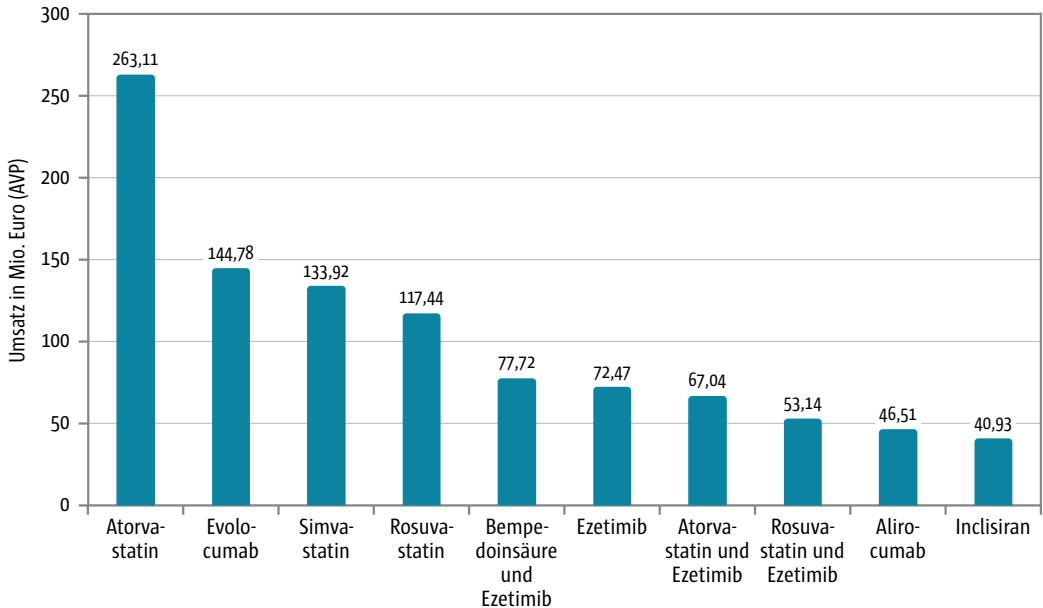


Abb. 17 Top 10 der Lipidsenker in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Ausgaben

Die Ausgaben der GKV für lipidsenkende Mittel erreichten 2024 insgesamt 853,7 Mio. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben um 111,1 Mio. Euro bzw. 15% gestiegen.

Tab. 12 Ausgaben in der Indikationsgruppe „C10 Lipidsenkende Mittel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
Lipidsenker gesamt	853,7 Mio. Euro	15%	1,6%

**Verbrauchsranking\* 2    Ausgabenranking\* 15**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

## Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 stiegen die Ausgaben für Lipidsenker um 111,1 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente +73,2 Mio. Euro** durch Mehrverbrauch und etwas stärker als im Vorjahr 2023.
- **Therapieansatzkomponente +67,4 Mio. Euro** durch gestiegene Anteile von neuen Therapieansätzen wie Bempedoinsäure- und Ezetimib-haltige Arzneimittel.
- **Generikakomponente -16,2 Mio. Euro** durch höheren Generikaanteil für Colesevelam und Fenofibrat.

## Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um 111,1 Mio. Euro (Plus von 15%).
- Der Verbrauch von Lipidsenkern lag 2024 bei 4,1 Mrd. DDD. Im Vergleich zum Vorjahr ist er um 353 Mio. DDD (9,4%) gestiegen. Das Verbrauchswachstum wird weiterhin von den Statinen getragen, die 2024 einen Verbrauchsanteil von 87% hatten. Der Anteil ist seit 2016 rückläufig, während der Anteil insbesondere der Ezetimib-haltigen Arzneimittel steigt; er lag 2024 bei 10,5%.
- Das wieder zunehmende Verbrauchswachstum bei Statinen ist einerseits auf die demografische Entwicklung und andererseits auf geänderte Leitlinienempfehlungen zurückzuführen.
- Unter den innovativen Arzneimitteln, die im Markt verfügbar sind, sind vor allem die 2015 eingeführten PCSK9-Hemmer sowie die 2020 eingeführte Bempedoinsäure relevant, deren höherer Verbrauchsanteil sich in der Therapieansatzkomponente niederschlug. Der Anteil der PCSK9-Hemmer am Verbrauch ist mit 0,4% zu vernachlässigen, der Anteil von Bempedoinsäure liegt bereits bei 0,9%.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausblick

- Die Entwicklung der Lipidsenker war über viele Jahre hinweg hauptsächlich durch die alles dominierenden Statine geprägt, aber auch die Ezetemib-haltigen Mittel haben sich etabliert. Neuerungen wie die PCSK9-Hemmer blieben bisher Nischenprodukte.
- Interessant bleibt die weitere Entwicklung von ACL-Inhibitoren (Bempedoinsäure), die ein den Statinen verwandtes Wirkprinzip aufweisen, doch möglicherweise seltener zu Muskelbeschwerden führen, worauf Studienergebnisse hinweisen.
- Da der Bedarf für Lipidsenker demografiebedingt weiterhin ansteigen wird, ist für die Zukunft weiterhin mit Ausgabenwachstum zu rechnen.

#### **Mehr zu lipidsenkenden Mitteln:**

[www.arzneimittel-atlas.de/lipidsenker](http://www.arzneimittel-atlas.de/lipidsenker)

**Andere Dermatika (D11)**

Die Indikationsgruppe der Anderen Mittel zur Anwendung auf der Haut (Andere Dermatika) umfasst eine Vielzahl von Wirkstoffen, die bei unterschiedlichen Hauterkrankungen eingesetzt werden. Die allermeisten werden zur unterstützenden Behandlung bei anderen Hauterkrankungen genutzt, wie etwa medizinische Bäder, medizinische Shampoos oder Warzenmittel. Von wachsender Bedeutung sind Wirkstoffe zur Behandlung der atopischen Dermatitis (Neurodermitis). Diese chronische Erkrankung manifestiert sich meist in der Kindheit; mehr als die Hälfte der Betroffenen zeigt im Erwachsenenalter keine Symptome mehr.

**Arzneimittel**

**Teil-Indikationsgruppen**

- Mittel bei verschiedenen Störungen der Haut- und Hautanhangsgebilde
- Mittel bei atopischer Dermatitis (Neurodermitis)

**Therapieansätze**

- IL-Inhibitoren
- Calcineurininhibitoren
- JAK-Inhibitoren
- Keratolytika und Warzenmittel
- Andere Dermatika (Diclofenac, Ivermectin)

**Verbrauch**

Im Zeitraum zwischen 2005 und 2024 hat sich der Verbrauch verdoppelt und lag 2024 bei insgesamt 106,1 Mio. DDD. Die zur Gruppe der anderen Dermatika gehörenden Mittel sind als selten verordnete Arzneimittel einzustufen.

Tab. 13 Verbrauch in der Indikationsgruppe „D11 Andere Dermatika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

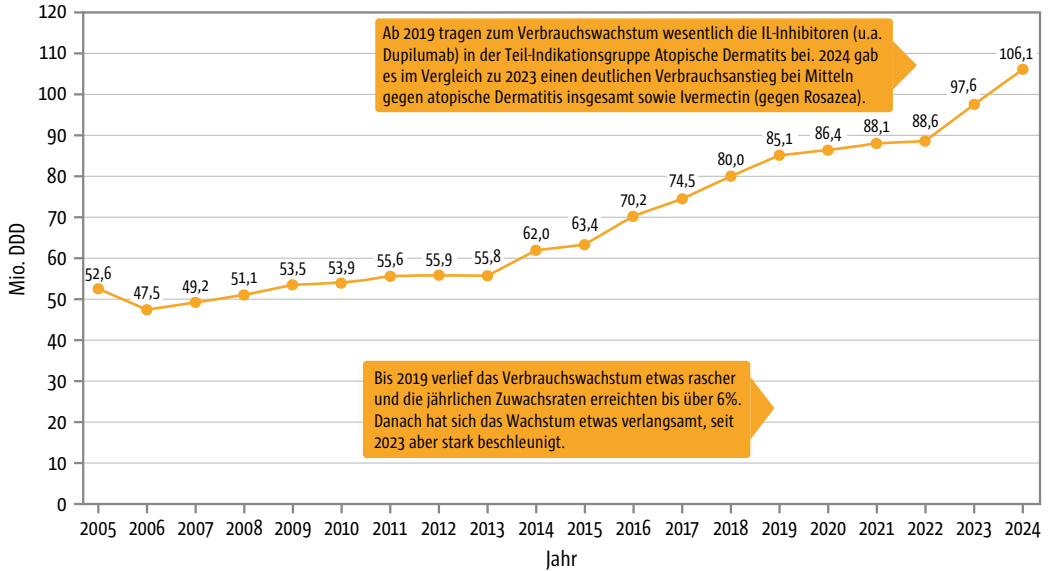
Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)	Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
Andere Dermatika gesamt	106,1	8,8%	0,2%

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 18 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „D11 Andere Dermatika“ im Zeitraum von 2005 bis 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health); ab 2011 inkl. Zubereitungen



Insgesamt zeigt die Indikationsgruppe aktuell das stärkste Wachstum im beobachteten Zeitraum seit dem Jahr 2005. Innerhalb der Teil-Indikationsgruppen gibt es jedoch sehr unterschiedliche Entwicklungen.

Mittel bei atopischer Dermatitis zeigten 2024 ein Wachstum von rund 25% auf 29,7 Mio. DDD (Verbrauchsanteil 28%). Für Warzenmittel und Keratolytika stieg der Verbrauch um 9% (Verbrauchsanteil 29%). Mittel bei verschiedenen Störungen der Haut- und Hautanhangsgebilde wuchsen um 4% (Verbrauchsanteil 43%), insbesondere durch den bei Rosazea eingesetzten Wirkstoff Ivermectin (Anstieg um 12%).

**TOP TEN bei den Anderen Mitteln zur Anwendung auf der Haut**

Abb. 19 Top 10 der Anderen Dermatika in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

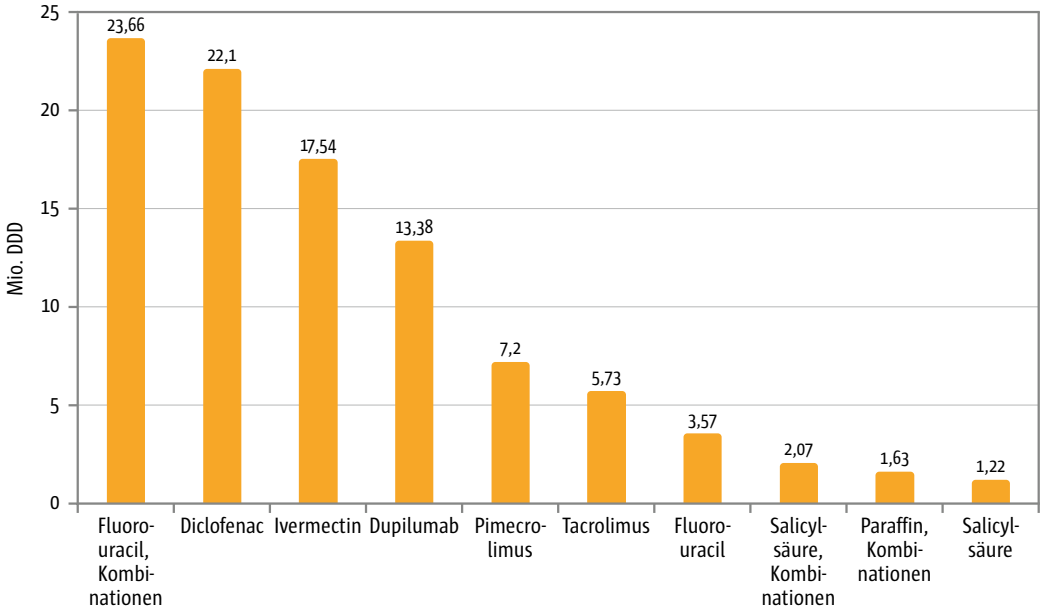
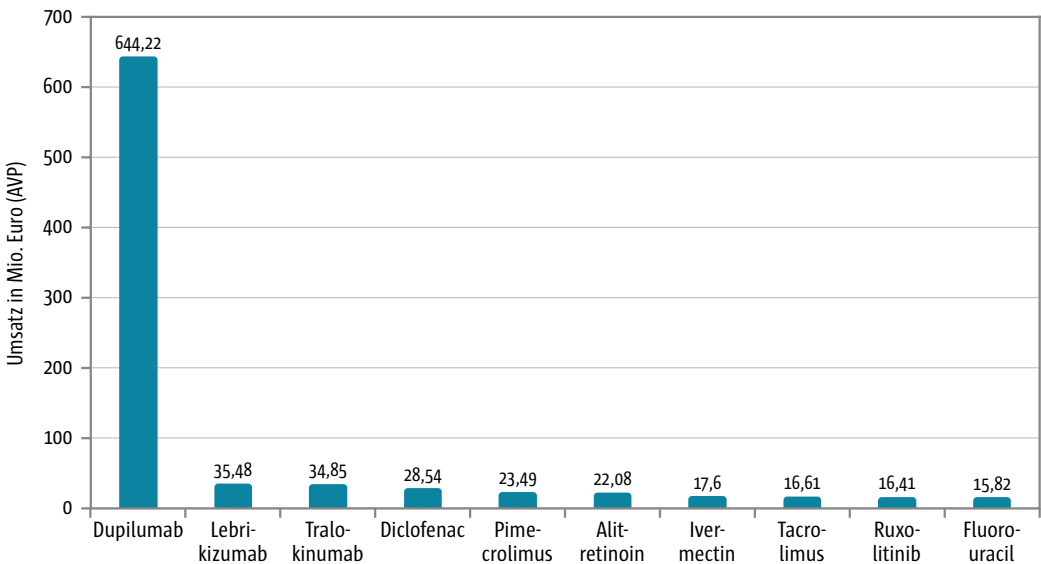


Abb. 20 Top 10 der Anderen Dermatika in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Für die Indikationsgruppe der Anderen Mittel zur Anwendung auf der Haut musste die GKV im Jahr 2024 insgesamt 677,5 Mio. Euro aufwenden. Den höchsten Anteil an den Ausgaben hatten mit 88% die Mittel bei atopischer Dermatitis, auf deren Konto auch zum größten Teil das Ausgabenwachstum der Indikationsgruppe ging.

Tab. 14 Ausgaben in der Indikationsgruppe „D11 Andere Dermatika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
Anderer Dermatika gesamt	677,5 Mio. Euro	30,6%	1,2%

**Verbrauchsranking\* 36    Ausgabenranking\* 19**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben für die anderen Mittel bei Hauterkrankungen stiegen 2024 um 158,9 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente +128,2 Mio. Euro** hauptsächlich durch den steigenden Verbrauch von Mitteln bei atopischer Dermatitis sowie Mitteln bei Vitiligo (Weißfleckenkrankheit).
- **Therapieansatzkomponente +40,0 Mio. Euro** durch Veränderungen der Verbrauchsanteile unterschiedlicher Therapieansätze. Zurückzuführen ist dies auf den gestiegenen Anteil von IL-Inhibitoren (insbesondere Dupilumab).
- **Preiskomponente -10,0 Mio. Euro** durch Preissenkungen bei Mitteln gegen atopische Dermatitis.

### Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2024 um 158,9 Mio. Euro (Plus von 30,6%).
- Der Verbrauchsanstieg war am stärksten für die Teil-Indikationsgruppe Atopische Dermatitis, wo ein Anstieg um 24,7% auf 29,7 Mio. DDD festzustellen war. Hauptverantwortlich für diese Entwicklung waren die IL-Inhibitoren und hier insbesondere das seit 2017 verfügbare Dupilumab.
- Die Innovationskomponente zeigt für 2024 die zunehmende Verwendung von IL-Inhibitoren zur Behandlung der atopischen Dermatitis und hier besonders von Dupilumab an, wodurch sich 2024 die Ausgaben um rund 40 Mio. Euro erhöhten.
- Durch die Preiskomponente gingen die Ausgaben um rund 10 Mio. Euro zurück. Dies ist allein auf die Mittel bei atopischer Dermatitis zurückzuführen, bedingt durch Preisverhandlungen infolge von Nutzenbewertungen nach § 35a SGB V.

## Ausblick

- Die Indikationsgruppe der Anderen Dermatika ist eine Sammelgruppe, deren Ausgabenentwicklung sich bis 2017 unauffällig verhielt. Dies änderte sich mit Einführung des Antikörpers Dupilumab zur Therapie der atopischen Dermatitis im Jahr 2017: Seitdem beschleunigte sich die Ausgabenentwicklung erheblich.
- Die Erkrankung tritt bei etwa 4 bis 5% der Erwachsenen auf und bei mindestens 7% der Kinder; bei der Hälfte der Patienten ist die Erkrankung im Verlauf moderat bis schwer ausgeprägt. Das heißt, es besteht ein hoher Bedarf an gut wirksamen Mitteln bei atopischer Dermatitis.
- Da künftig vermutlich weitere innovative Wirkstoffe für die Therapie eingeführt werden und zudem neue Therapieoptionen für weitere Störungen der Haut angeboten werden (etwa bei Vitiligo oder tuberöser Sklerose), ist für die nächsten Jahre von ähnlich hohen Ausgabensteigerungen wie in den letzten Jahren auszugehen.

### **Mehr zu Anderen Mittel zur Anwendung auf der Haut:**

[www.arzneimittel-atlas.de/hautmittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/hautmittel)

## Antivirale Mittel (J05)

Viren bestehen im Wesentlichen aus einem „Bauplan“ für sich selbst, einer Hülle sowie einigen wenigen „Werkzeugen“ in Form von Proteinen. Diese Werkzeuge sorgen dafür, dass die infizierten Zellen – eines Organismus oder einer Zellkultur – neue Viruspartikel synthetisieren und freisetzen. Nur mit „Hilfe“ von Zellen können sich Viren vermehren. Daher waren Infektionen durch Viren lange Zeit erheblich schwieriger zu bekämpfen, ohne den Wirtsorganismus zu schädigen, als Infektionen durch Bakterien.

Erfolge einer antiviralen Therapie gelangen erstmals in den 1960er-Jahren mit sogenannten Antimetaboliten. Antimetaboliten hemmen die Synthese von Stoffen, die für die Vermehrung der Viren essenziell sind, beispielsweise Nukleinsäuren.

Neuentwicklungen richten sich zunehmend gezielt gegen bestimmte Virusproteine und sind daher in der Regel deutlich besser verträglich als Antimetaboliten. Jüngstes Beispiel dafür sind die neuen DAA (direkt wirkende antivirale Wirkstoffe) zur Behandlung der Hepatitis C, die die herkömmlichen Therapien in kürzester Zeit komplett abgelöst haben.

## Arzneimittel

### Wichtige Teil-Indikationsgruppen

- HIV
- Herpes
- Hepatitis B
- Cytomegalievirus (CMV)
- Hepatitis C

## Antivirale Mittel (J05)

### Verbrauch

Der Verbrauch von Antiviralen Mitteln erreichte 2024 einen Wert von 60,7 Mio. DDD. Der Verbrauch stieg gegenüber dem Vorjahr um 3,5%.

Tab. 15 Verbrauch in der Indikationsgruppe „J05 Antivirale Mittel“ im Jahr 2024

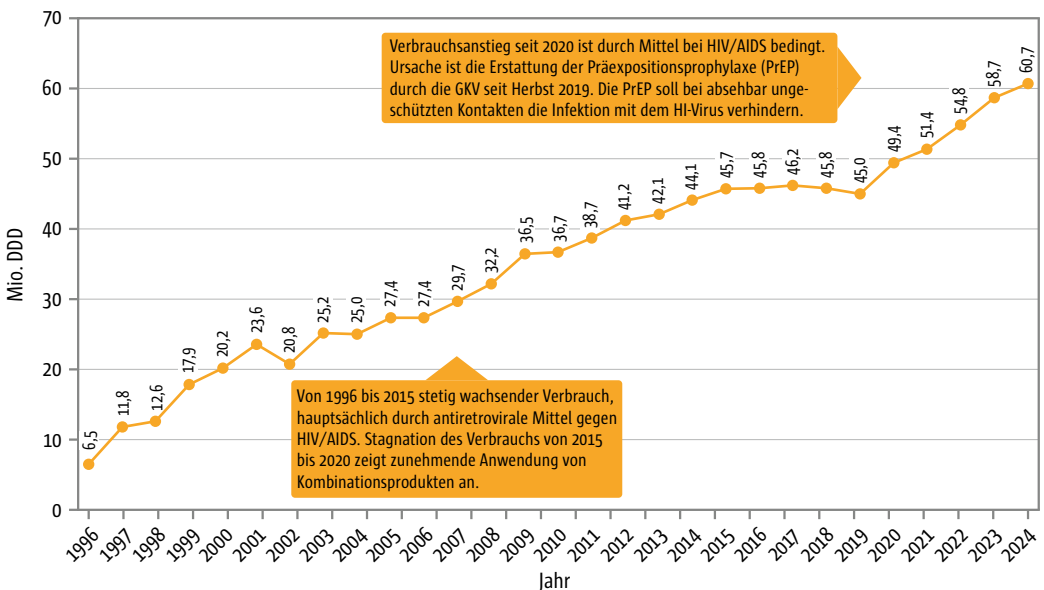
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)		
HIV	48,0		
Herpes	6,7		
Hepatitis B	4,5		
Cytomegalievirus (CMV)	0,64		
Hepatitis C	0,54		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	0,41		
		Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
<b>Antivirale Mittel gesamt</b>	<b>60,7</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,1%</b>

### Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 21 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „J05 Antivirale Mittel“ im Zeitraum von 1996 bis 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health); ab 2011 inkl. Zubereitungen



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

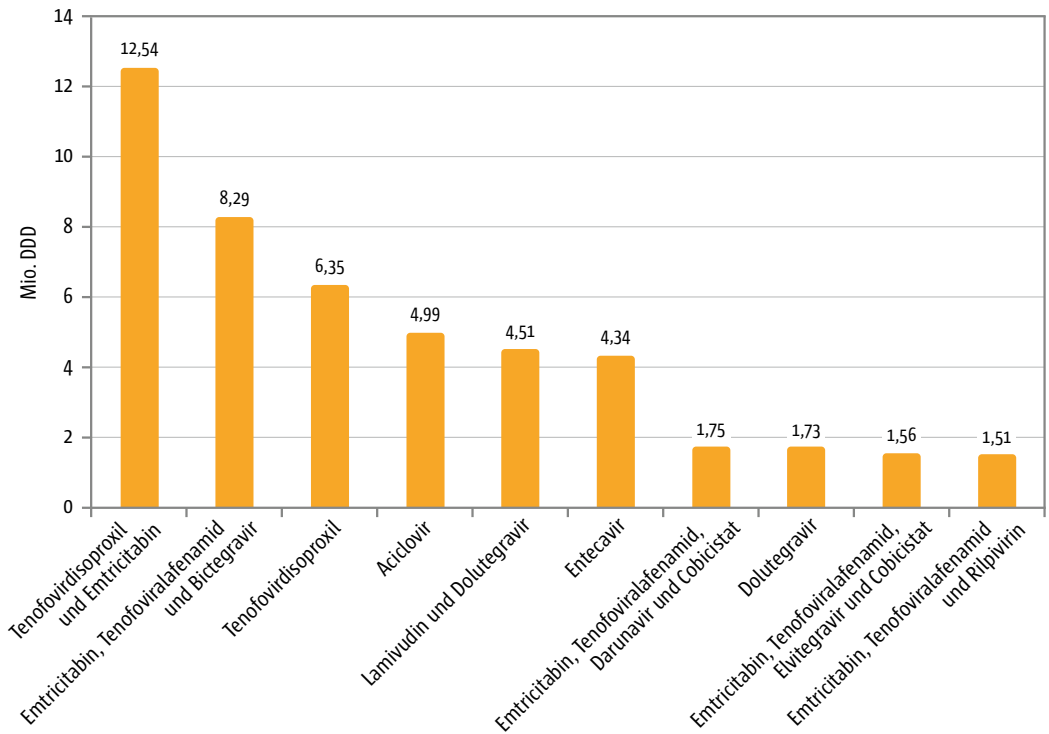
Der Verbrauch der antiviralen Mittel erreichte 2024 60,7 Mio. DDD, was einem Zuwachs von 3,5% gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Den höchsten Anteil am Verbrauch hatten 2024 mit 79% die Mittel bei HIV/AIDS, gefolgt von den bei Herpes zoster eingesetzten Medikamenten (11,0%) sowie den Mitteln bei Hepatitis B und Hepatitis C (7,4% bzw. 1,1%). Am stärksten wuchs der Verbrauch mit 6,9% für die Mittel bei Hepatitis B, am schwächsten mit 2,5% für die Mittel bei Herpes zoster.

### TOP TEN bei den antiviralen Mitteln

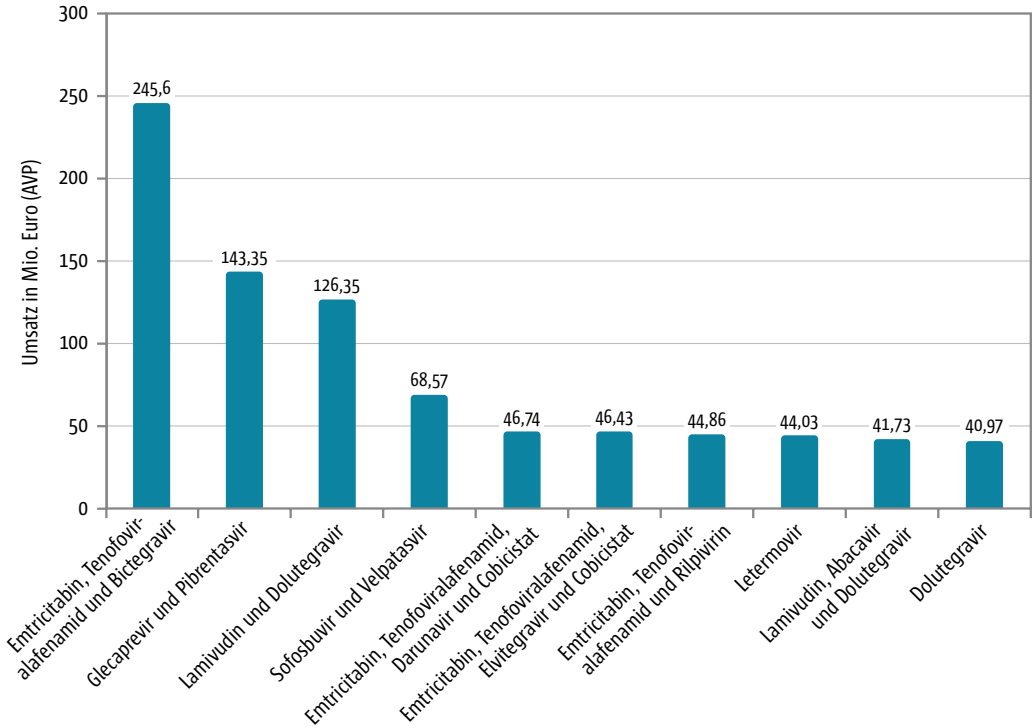
Abb. 22 Top 10 der antiviralen Mittel in Bezug auf Verbrauch 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Antivirale Mittel (J05)

Abb. 23 Top 10 der antiviralen Mittel in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## Ausgaben

Die Ausgaben der GKV für antivirale Mittel beliefen sich für 2024 auf 1.082,5 Mio. Euro. Sie nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 8,4% zu. Damit erreichten die Ausgaben 2024 den höchsten Wert im dargestellten Zeitraum 1996 bis 2024.

Tab. 16 Ausgaben in der Indikationsgruppe „J05 antivirale Mittel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
HIV	748,9 Mio. Euro		
Hepatitis C	183,8 Mio. Euro		
CMV	64,8 Mio. Euro		
Hepatitis D	30,9 Mio. Euro		
Übrige antivirale Mittel	54,2 Mio. Euro		
<b>Antivirale Mittel gesamt</b>	<b>1.082,5 Mio. Euro</b>	<b>8,4%</b>	<b>2,0%</b>

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

**Verbrauchsranking\* 44    Ausgabenranking\* 11**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 ergaben sich für die antiviralen Mittel Mehrausgaben in Höhe von 84,3 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente +26,4 Mio. Euro** durch Verbrauchsanstieg hauptsächlich durch Mittel bei HIV/AIDS (29,0 Mio. Euro) und Mittel bei Hepatitis D (7,2 Mio. Euro).
- **Preiskomponente +21,4 Mio. Euro** durch höhere Preise insbesondere bei Mitteln gegen HIV/AIDS sowie solchen gegen Hepatitis C. Ursache ist die Senkung des Herstellerabschlags.
- **Herstellerkomponente +17,7 Mio. Euro** Weil Nirmatrelvir/Ritonavir zur Behandlung von COVID-19 seit Anfang 2024 nicht mehr zu preisgünstigeren Konditionen aus den Beständen des Bundes abgegeben wird, und daher von den Apotheken zum regulären Preis über den Großhandel vom Hersteller bezogen werden muss.

### Fazit

- Ausgabenerhöhung 2024 auf 1,08 Mrd. Euro (Plus von 8,4%).
- Der Verbrauch stieg 2024 in der Indikationsgruppe um 2 Mio. DDD (3,5%) auf rund 61 Mio. DDD. Der erneute Anstieg ist durch die Mittel bei HIV/AIDS bedingt und bildet insbesondere die weiter zunehmende Nutzung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP), die mit der Kombination Tenofoviridisoproxil/Emtricitabin durchgeführt wird.
- Seit 2020 gab es insgesamt neun neue Wirkstoffe, davon je drei zur Behandlung von HIV/AIDS bzw. COVID-19. Dies schlug sich 2024 lediglich mit Mehrausgaben von 9,5 Mio. Euro durch die Analogkomponente nieder.
- Die Preiskomponente erhöhte die Ausgaben um rund 21 Mio. Euro.

### Ausblick

- Haupttreiber der Ausgaben sind die bei HIV/AIDS eingesetzten Mittel, gefolgt von den Mitteln zur Behandlung der Hepatitis C. Für beide ist auch künftig mit weiter steigenden Ausgaben zu rechnen.
- Neue Therapieoptionen, wie bspw. das seit 2020 verfügbare Bulevirtid zur Behandlung der chronischen Hepatitis D, tragen ebenfalls zu einem Anstieg der Ausgaben bei. Abhängig vom saisonalen Infektionsgeschehen können auch Medikamente zur Behandlung von COVID-19 zu unerwarteten Ausgabensteigerungen führen.

**Mehr zu antiviralen Mitteln:**

[www.arzneimittel-atlas.de/antivirale-mittel](http://www.arzneimittel-atlas.de/antivirale-mittel)

## Impfstoffe (J07)

Impfungen dienen der Prävention von Infektionskrankheiten bzw. der Prävention von Risiken, die durch bestimmte Infektionen entstehen können. In Bezug auf Sicherheit und Effektivität sind Impfungen allen anderen Präventionsstrategien überlegen. Bei einer Impfung werden entweder lebende, aber abgeschwächte Krankheitserreger, abgetötete Krankheitserreger oder Bestandteile von Krankheitserregern verabreicht. Das Immunsystem des Impflings bildet daraufhin spezifische Antikörper, die vor einer echten Infektion schützen oder diese zumindest in ihrem Verlauf abmildern. Für viele Impfstoffe ist es notwendig, dass sie mehrfach gegeben werden, da bei vielen Impfungen erst nach einem zweiten oder noch häufigeren Kontakt mit dem Impfstoff ausreichend Antikörper produziert werden. Wiederholungsimpfungen können außerdem erforderlich sein, um den Impfschutz weiter aufrechtzuerhalten, oder – wie bei der Grippeimpfung – bei sich ständig verändernden Erregern.

## Arzneimittel

### Arten von Impfungen

- Standardimpfungen
- Auffrischimpfungen
- Indikationsimpfungen (nur für bestimmte Personengruppen mit höherem Risiko für bestimmte Erkrankungen)
- Weitere Impfungen (bei erhöhtem Krankheitsrisiko durch Beruf oder Reisen)

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Verbrauch

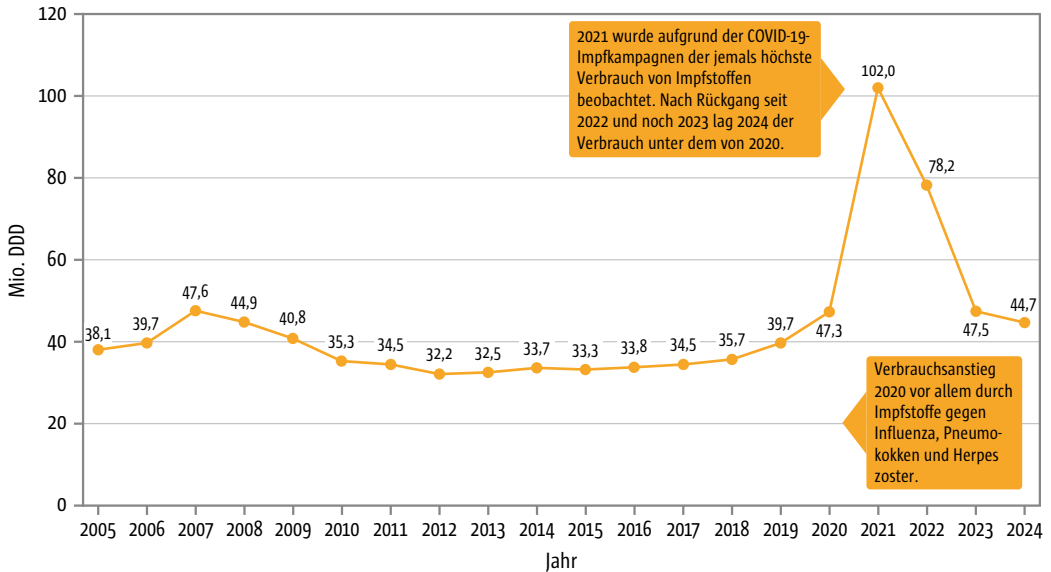
Im Jahr 2024 ist der Verbrauch von Impfstoffen im Vergleich zum Vorjahr um 6% zurückgegangen und erreichte 44,7 Mio. Impfdosen.

Tab. 17 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „J07 Impfstoffe“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. Impfdosen)		
Influenza	14,86		
FSME	5,54		
Pneumokokken	3,97		
COVID-19	3,73		
Pertussis, Kombinationen mit Toxoiden	2,62		
Diphtherie-Pertussis-Poliomyelitis-Tetanus	2,48		
Herpes zoster	2,41		
Diphtherie-HIB-Pertussis-Poliomyelitis-Tetanus-Hepatitis B	1,81		
HPV	1,09		
Übrige Impfstoffe	6,13		
		Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
<b>Impfstoffe gesamt</b>	<b>44,7</b>	<b>-6,0%</b>	<b>0,1%</b>

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 24 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „J07 Impfstoffe“ im Zeitraum von 2003 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

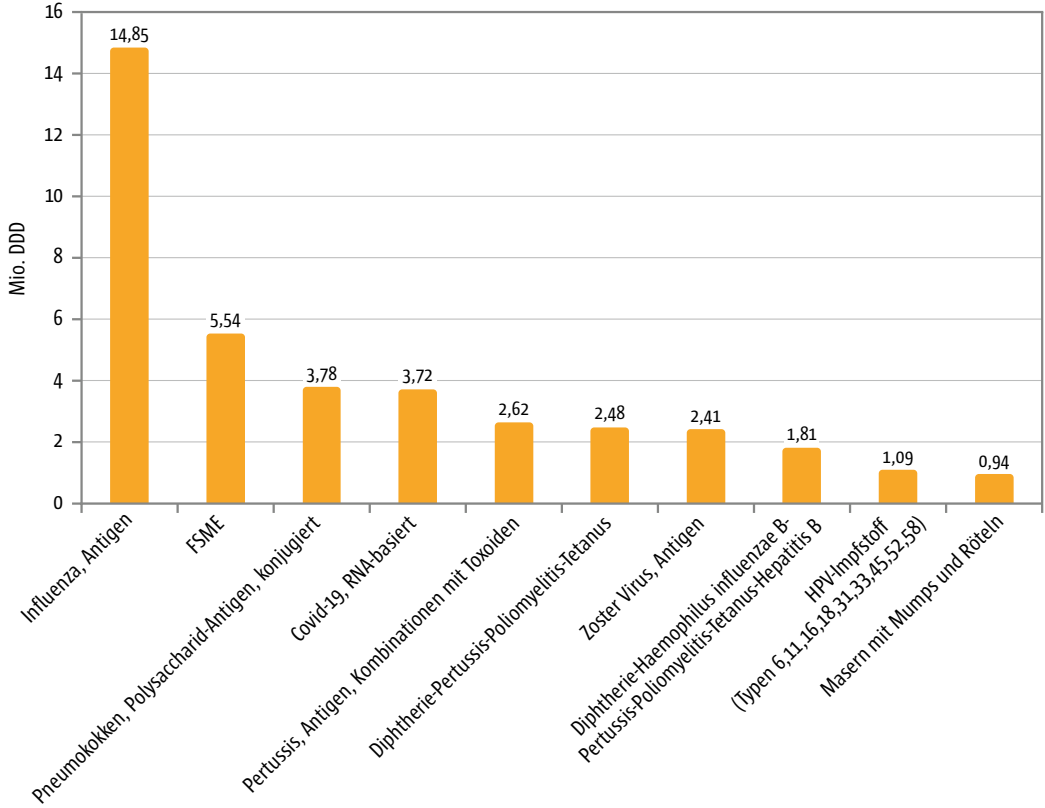


Ein deutlicher Pneumokokken-Verbrauchsanstieg war 2024 bei den Standard- und Indikationsimpfstoffen für den Pneumokokken sowie den FSME-Impfstoff festzustellen (um 22,8% bzw. 8,9%). Ferner stieg der Verbrauch von Impfstoffen gegen HPV und Keuchhusten (um 12,0 bzw. 10,4%). Für die Mehrzahl der Impfstoffe ging der Verbrauch zurück, besonders gegen COVID-19 (um 36%), Herpes zoster (um 32%) und Influenza (um 6,8%).

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

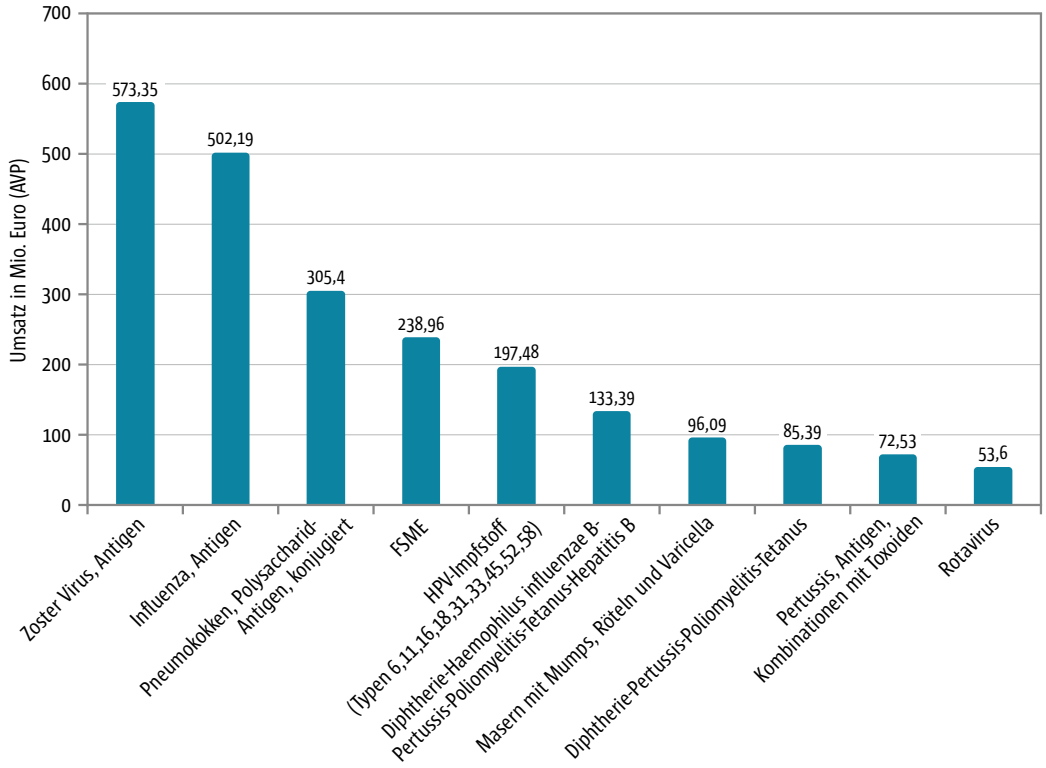
### TOP TEN bei den Impfstoffen

Abb. 25 Top 10 der Impfstoffe in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



# Impfstoffe (J07)

Abb. 26 Top 10 der Impfstoffe in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Ausgaben für Impfstoffe erreichten 2024 rund 2,41 Mrd. Euro. Die höchsten Ausgabenanteile hatten 2024 die Herpes-zoster-Impfstoffe, auf die rund 23% der Ausgaben für Impfstoffe entfielen (559,1 Mio. Euro), gefolgt von den Influenzaimpfstoffen mit 20% der Ausgaben (488,9 Mio. Euro).

Tab. 18 Ausgaben in der Indikationsgruppe „107 Impfstoffe“ im Jahr 2023  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben		
Herpes zoster	559,1 Mio. Euro		
Influenza	488,9 Mio. Euro		
Pneumokokken	296,6 Mio. Euro		
FSME	226,3 Mio. Euro		
HPV	187,4 Mio. Euro		
Diphtherie-HIB-Pertussis-Poliomyelitis-Tetanus-Hepatitis B	129,4 Mio. Euro		
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen	93,1 Mio. Euro		
Diphtherie-Pertussis-Poliomyelitis-Tetanus	81,1 Mio. Euro		
Rotaviren	70,4 Mio. Euro		
Übrige Impfstoffe	277,7 Mio. Euro		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Impfstoffe gesamt</b>	<b>2,41 Mrd. Euro</b>	<b>5,8%</b>	<b>4,4%</b>

**Verbrauchsranking\* 47      Ausgabenranking\* 6**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben für die Impfstoffe stiegen 2024 um 132,9 Mio. Euro (kein Einfluss durch COVID-19-Impfstoffe, da Finanzierung durch den Bund). Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Preiskomponente +216,3 Mio. Euro** in erster Linie durch Preiserhöhungen beim Impfstoff gegen Herpes zoster.
- **Verbrauchskomponente -164,1 Mio. Euro** durch geringeren Verbrauch besonders von Impfstoffen gegen Herpes zoster und Influenza.
- **Analogkomponente +48,9 Mio. Euro** in erster Linie bei den Pneumokokken-Impfstoffen durch höheren Verbrauch des Konjugatimpfstoffs.

## Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2024 um 132,8 Mio. Euro (Plus von 5,8%).
- Der Verbrauch von Impfstoffen, die im ärztlichen Bereich verimpft wurden, lag 2024 bei 44,7 Mio. Impfdosen und damit um 6% niedriger als im Vorjahr. Besonders ausgeprägt war der Verbrauchsrückgang bei Impfstoffen gegen COVID-19, Herpes zoster und Influenza.
- Relevante Verbrauchsanstiege gab es 2024 für Impfstoffe gegen Pneumokokken, FSME und HPV.
- Von den in den vergangenen Jahren eingeführten neuen Impfstoffen ist der 2018 eingeführte Totimpfstoff für eine Impfung zur Vorbeugung der Gürtelrose (Herpes zoster) versorgungsrelevant sowie der seit 2023 verfügbare Impfstoff gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV).
- Die größte Innovation stellten die COVID-Impfstoffe dar, mit denen erstmals mRNA-basierte bzw. Vektorbasierte Impfstoffe ermöglicht wurden.

## Ausblick

- Auch 2024 ging der Verbrauch von Impfstoffen weiter zurück und fiel unter den Verbrauch, der vor der COVID-19-Pandemie beobachtet wurde. Zu beachten ist auch, dass inzwischen zusätzliche Impfungen verfügbar sind.
- Wie sich der Verbrauch innerhalb der GKV künftig entwickelt, ist kaum einzuschätzen. Der Rückgang bei der Impfung gegen Herpes zoster bspw. könnte eine Normalisierung des Verbrauchs anzeigen, nachdem es in den beiden Vorjahren Nachholbedarf gab. Bedingt durch den zunehmenden Anteil älterer Menschen ist ein steigender Bedarf für die Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken und Herpes zoster zu erwarten. Der Einfluss sinkender Geburtenzahlen auf den Impfstoffbedarf ist aufgrund der kleinen Jahrgangszahlen zu vernachlässigen. Zudem wird es künftig weiter Impfstoffneuentwicklungen geben.
- Somit ist insgesamt eher von einem gleichbleibenden bis leicht steigenden Verbrauch von Impfstoffen auszugehen und daher auch von steigenden Ausgaben.

### Mehr zu Impfstoffen:

[www.arzneimittel-atlas.de/impfstoffe](http://www.arzneimittel-atlas.de/impfstoffe)

### Antineoplastische Mittel (Lo1)

Arzneimittel, die zur Behandlung von Krebserkrankungen eingesetzt werden, finden sich in insgesamt drei Indikationsgruppen. Zur umfangreichsten Gruppe gehören die antineoplastischen, also gegen bösartige Neubildungen wirkenden Arzneimittel (Lo1).

Eine weitere Indikationsgruppe mit überwiegend bei Krebserkrankungen eingesetzten Wirkstoffen ist die Endokrine Therapie (Lo2). Weitere Wirkstoffe, die beim Multiplen Myelom zur Anwendung kommen, finden sich in der Indikationsgruppe der Immunsuppressiva (Lo4).

Bei manchen Krebserkrankungen kann eine antineoplastische Therapie kurativ eingesetzt werden, d. h. dass die Behandlung mit dem Ziel der Heilung durchgeführt wird. Eine weitere Anwendungsform antineoplastischer Arzneimittel ist die adjuvante Therapie. Hier werden die Arzneimittel unterstützend zu einer operativen oder Strahlentherapie eingesetzt. Bei vielen Krebserkrankungen werden, vor allem in fortgeschrittenen Stadien, antineoplastische Arzneimittel palliativ angewendet. Ziel der Behandlung ist es, die Lebenszeit zu verlängern, durch die Krebserkrankung verursachte Symptome zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern. Eine Heilung ist bei palliativer Therapie in der Regel nicht mehr möglich.

### Arzneimittel

#### Wichtige Therapieansätze

- Antimetabolite
- Immunonkologika, insbesondere PD-1/PDL-1-Inhibitoren
- CDK-Inhibitoren
- Monoklonale Antikörper, insbesondere gegen HER-2
- Platinhaltige Verbindungen
- Taxane
- Proteinkinasehemmer, insbesondere gegen BCR-ABL
- CD38-Inhibitoren

### Verbrauch

2024 lag der Verbrauch von Mitteln gegen Krebs bei insgesamt 102,2 Mio. DDD. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Verbrauch um 5,9 Mio. DDD bzw. 6,2%. Damit waren Mengenzuwachs wie auch die Wachstumsrate mehrfach höher als im Vorjahr. Mittel gegen Krebs gehören zu den selten verordneten Arzneimitteln.

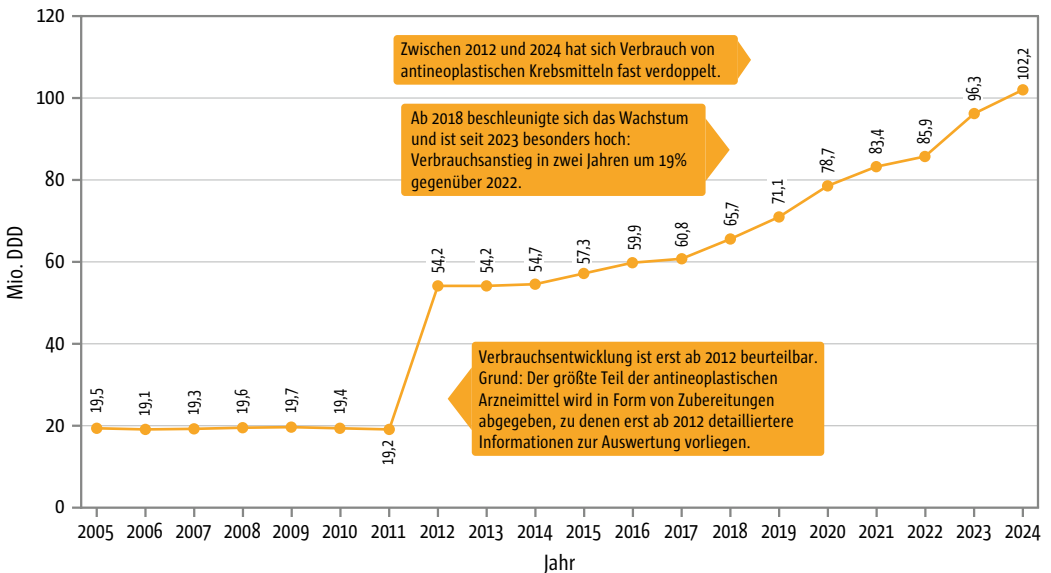
## Antineoplastische Mittel (L01)

Tab. 19 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „L01 Antineoplastische Mittel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)	Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
Antineoplastische Wirkstoffe	101,7		
Komplementäre Therapie	0,5		
<b>gesamt</b>	<b>102,2</b>	<b>6,2%</b>	<b>0,2%</b>

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 27 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „L01 Antineoplastische Mittel“ im Zeitraum von 2005 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health); ab 2011 inkl. Zubereitungen



Der Verbrauch stieg von 2019 bis 2024 besonders stark für folgende Therapieansätze: PD-1/PDL-1-Inhibitoren (Pembrolizumab, Nivolumab; bei verschiedenen Krebskrankungen) um 8,6 Mio. DDD; CDK-Inhibitoren („Ciclib“; bei Brustkrebs) um 3,6 Mio. DDD, CD38-Inhibitoren (Daratumumab; bei Multiplem Myelom) um 2,9 Mio. DDD.

Die PD-1/PDL-1-Inhibitoren sind mit einem Verbrauch von 12,8 Mio. DDD mittlerweile der zweithäufigste Therapieansatz. Nur die Antimetabolite (z.B. 5-Fluoruracil) liegen mit 17,5 Mio. DDD noch höher.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### TOP TEN bei den Krebsmedikamenten

Abb. 28 Top 10 der Krebsmedikamente in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

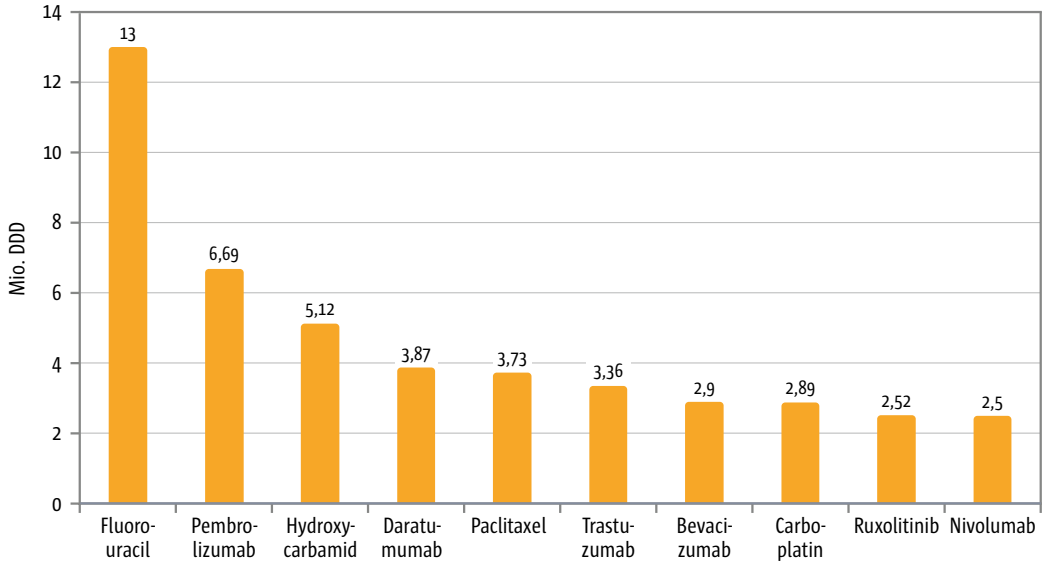
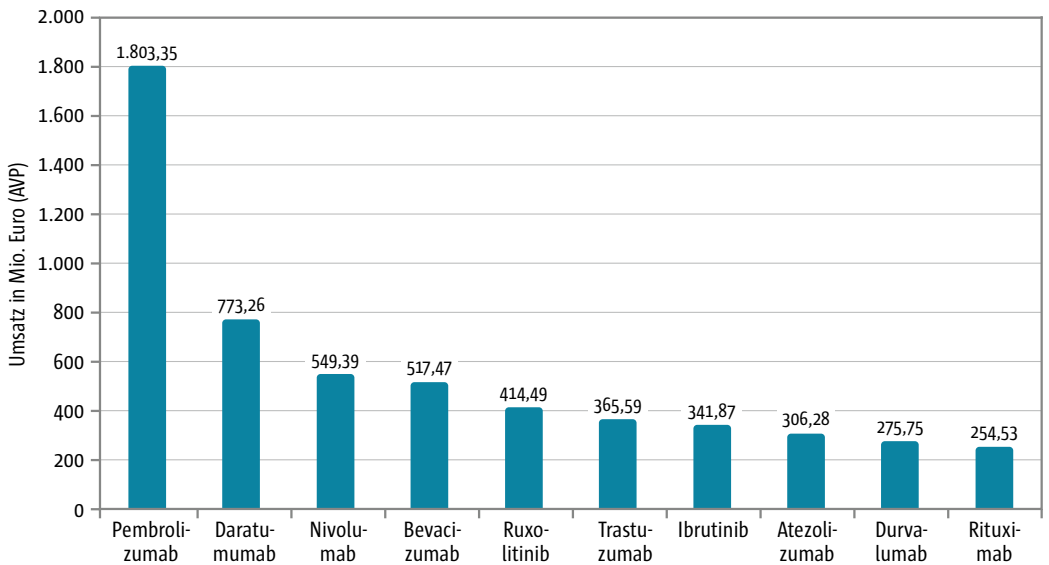


Abb. 29 Top 10 der Krebsmedikamente in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



**Ausgaben**

Die Mittel gegen Krebs verursachten der GKV 2024 Ausgaben in Höhe von 9,21 Mrd. Euro. Im Vergleich zu 2023 sind die Ausgaben um 1.094,4 Mio. Euro gestiegen, was einem Wachstum von 13,5% entspricht. Somit war 2023 das höchste Ausgabenwachstum in der betrachteten Zeitreihe zu beobachten. Der Beitrag der komplementären Therapie (fast ausschließlich Mistelpräparate) ist vernachlässigbar.

Tab. 20 Ausgaben in der Indikationsgruppe „L01 Antineoplastische Mittel“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben	Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Krebsmittel gesamt</b>	<b>9,21 Mrd. Euro</b>	<b>13,5%</b>	<b>16,9%</b>

**Verbrauchsranking\* 38    Ausgabenranking\* 1**  
\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

**Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung**

Die Ausgaben für Krebsmedikamente erhöhten sich 2024 um 1.094,4 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Therapieansatzkomponente +564,2 Mio. Euro** durch Verschiebungen zwischen den Verbrauchsanteilen der Therapieansätze. Hier sind als Hauptursache die gestiegenen Verbrauchsanteile von Immunonkologika in Form der PD-1/PDL-1-Inhibitoren, CDK-Inhibitoren sowie bestimmte Antikörper und Wirkstoffkonjugate zu nennen.
- **Verbrauchskomponente +521,63 Mio. Euro** durch Verbrauchsanstieg zahlreicher Wirkstoffe. Besonders ins Gewicht fallen hierbei unter anderem die Wirkstoffe Pembrolizumab, Daratumumab, Abemaciclib, Durvalumab oder Zabrutinib.
- **Preiskomponente -106,5 Mio. Euro** in Folge von Preissenkungen vor allem durch Rabatte aus den Preisverhandlungen im Zuge der Nutzenbewertung.

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um 1,09 Mrd. Euro (Plus von 13,5%).
- Ausgabenzuwachs war nur wenig höher als im Vorjahr 2023, trotz Senkung des Herstellerabschlags.
- Der Verbrauch für Mittel gegen Krebs stieg 2024 um 6,2% auf 102,2 Mio. DDD. Bezogen auf bestimmte innovative Arzneimittelgruppen stieg der Verbrauch am stärksten bei den PD-1/PDL-1-Inhibitoren (2,1 Mio. DDD). Der zu dieser Gruppe gehörende Antikörper Pembrolizumab erreichte einen Zuwachs von 1,1 Mio. DDD und ist damit nun nach 5-Fluoruracil der zweithäufigste antineoplastische Wirkstoff.
- Die antineoplastischen Mittel zur Krebstherapie gehören zu den Indikationsgruppen mit dem höchsten innovativen Potenzial. Innerhalb der vergangenen fünf Jahre wurden über 60 neue Wirkstoffe bzw. fixe Wirkstoffkombinationen eingeführt, davon dreizehn im Jahr 2024. Entsprechend erhöhten die Innovationskomponenten die Ausgaben 2024 um 681 Mio. Euro.
- Durch Preisreduktionen kam es 2024 zu Einsparungen in Höhe von 106,5 Mio. Euro. Zu den Preis-senkungen trugen hauptsächlich die Preisverhandlungen im Rahmen der Nutzenbewertung bei. Ohne Senkung des im Jahr 2023 temporär erhöhten Herstellerabschlags wären die Einsparungen durch die Preiskomponente noch höher ausgefallen.

### Ausblick

- In den letzten Jahren sind ausgesprochen viele neue antineoplastische Wirkstoffe eingeführt worden. Dabei handelt es sich überwiegend um zielgerichtete Therapien, durch die auch zahlreiche neue Therapieansätze begründet wurden. Hervorzuheben ist hier bspw. die Einführung der Immunonkologika oder der CAR-T-Zell-Therapien.
- Insbesondere die mit der Innovationstätigkeit einhergehende hohe Zahl von Neueinführungen hat zu dem in den vergangenen Jahren beobachteten Ausgabenwachstum beigetragen.
- Da der Innovationsschub bei den Krebsarzneimitteln in den nächsten Jahren anhalten wird, ist auch mit weiterem Ausgabenwachstum in ähnlicher Größenordnung wie in den letzten Jahren zu rechnen.
- Eine gewisse Entlastung ergibt sich durch Patentabläufe. Auch in den nächsten Jahren werden immer wieder Generika und Biosimilars auch für die zielgerichteten Therapien verfügbar sein, doch ist aktuell kein Patentablauf für „Blockbuster“ in Sicht, der zu spürbaren Einsparungen führen würde.

#### **Mehr zu Krebsmedikamenten:**

[www.arzneimittel-atlas.de/krebsmedikamente](http://www.arzneimittel-atlas.de/krebsmedikamente)

## Endokrine Therapie (zytostatische Hormone) (L02)

Den in der Indikationsgruppe der Endokrinen Therapie (zytostatische Hormone) zusammengefassten Arzneimitteln ist gemeinsam, dass sie hemmend auf das Wachstum hormonabhängiger Zellen wirken.

Einer der ersten Hinweise auf den Zusammenhang von Hormonen und Krebswachstum wurde im Jahr 1893 von Beatson beschrieben, der nach einer Ovariectomie eine Regression bei Brustkrebs beobachtete. Beatson war es auch, der 1896 feststellte, dass eine Kastration bei Männern zum Rückgang einer bestehenden Prostatahypertrophie führt.

Durch die endokrine Therapie wird entweder die Wirkung von körpereigenen Östrogenen bei Brustkrebs oder von Androgenen bei Prostatakrebs gehemmt und so das Wachstum von Tumorzellen unterdrückt.

### Arzneimittel

#### Teil-Indikationsgruppen

- Mittel zur Behandlung des Prostatakarzinoms

##### Therapieansätze

- GnRH-Analoga (Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga)
- Antiandrogene
- CYP17-Inhibitoren

- Mittel zur Behandlung des Mammakarzinoms

##### Therapieansätze

- Aromatasehemmer
- Antiöstrogene

### Verbrauch

Im Jahr 2024 wurden 179,7 Mio. DDD von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe der zytostatischen Hormone verbraucht. Die Teil-Indikationsgruppe der bei Brustkrebs eingesetzten Mittel hatte mit 62% den höchsten Anteil. Die Arzneimittel der Gruppe insgesamt gehören zu den selten verordneten Wirkstoffen.

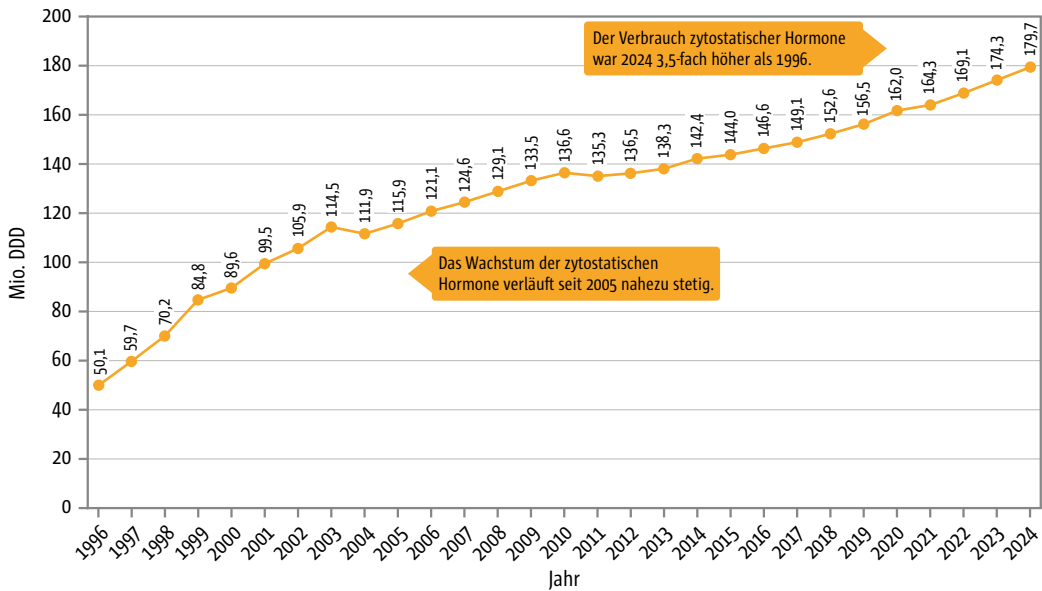
## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

Tab. 21 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „L02 Endokrine Therapie (zytostatische Hormone)“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)		
Brustkrebs	112,0		
Prostatakrebs	67,7		
		Zuwachsrate	Anteil am Gesamtverbrauch
<b>Zytostatische Hormone gesamt</b>	<b>179,7</b>	<b>3,1%</b>	<b>0,4%</b>

## Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 30 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „L02 Endokrine Therapie (zytostatische Hormone)“ im Zeitraum von 1996 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach AVR (1996–2002) und NVI (INSIGHT Health) ab 2003; AVR: Arzneierordnungs-Report



Bei den Mitteln bei Prostatakrebs bilden die GnRH-Analoga mit 69,3% den größten Therapieansatz, gefolgt von Antiandrogenen (24,3%) und CYP17-Inhibitoren (4,4%). Ihr Verbrauch hat sich seit 2018 erheblich beschleunigt, was durch den vermehrten Einsatz neuerer Wirkstoffe, insbesondere von Antiandrogenen (Enzalutamid, Apalutamid) bedingt ist.

Bei den Brustkrebsmitteln ist das Verbrauchswachstum seit 2013 sehr stetig. Der Anteil der Enzym-inhibitoren hat sich seit 2016 von 51,1% auf 66,0% erhöht. Einerseits ist der Verbrauch dieser Mittel gestiegen, und zusätzlich der Verbrauch von Antiöstrogenen (hauptsächlich Tamoxifen) seit 2021 zurückgegangen, möglicherweise wegen Lieferengpässen.

**TOP TEN bei den Brustkrebs- und Prostatakrebsmitteln**

Abb. 31 Top 10 der Brustkrebs- und Prostatakrebsmittel (zytostatische Hormone) in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

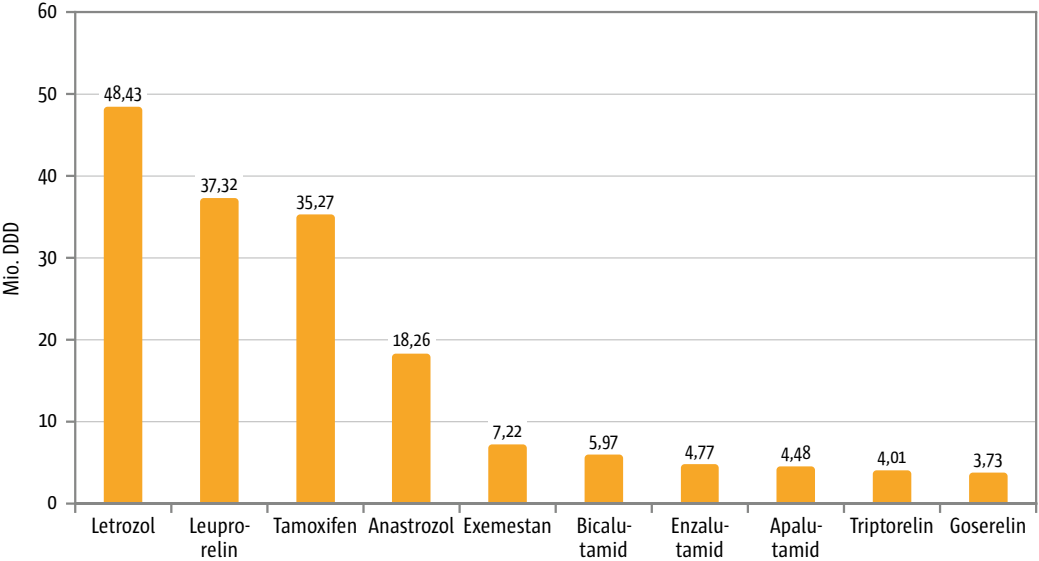
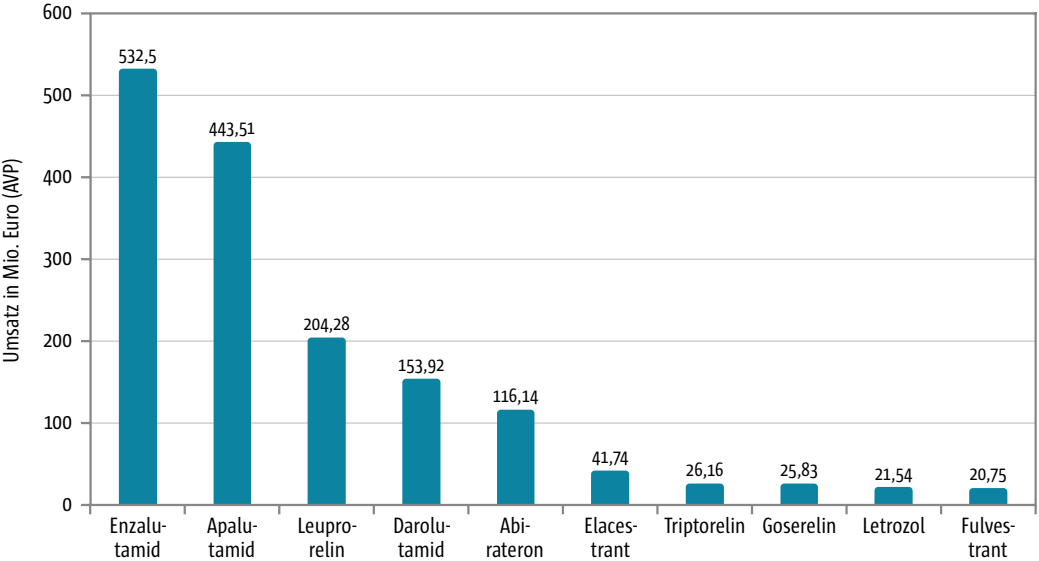


Abb. 32 Top 10 der Brustkrebs- und Prostatakrebsmittel (zytostatische Hormone) in Bezug auf Ausgaben 2023  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Ausgaben für zytostatische Hormone lagen 2024 bei 1,48 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind sie um 282,9 Mio. Euro bzw. 23,6% gestiegen. Der Anstieg betrug bei den Mitteln gegen Prostatakrebs 22% gegenüber dem Vorjahr, bei den Brustkrebsmitteln dagegen 63%.

Tab. 22 Ausgaben in der Indikationsgruppe „L02 Endokrine Therapie (zytostatische Hormone)“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben		
Prostatakrebs	1,39 Mrd. Euro		
Brustkrebs	0,09 Mrd. Euro		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Zytostatische Hormone gesamt</b>	<b>1,48 Mrd. Euro</b>	<b>23,6%</b>	<b>2,7%</b>

**Verbrauchsranking\* 28**      **Ausgabenranking\* 9**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 stiegen die Ausgaben für zytostatische Hormone um 282,9 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Analogkomponente +177,9 Mio. Euro** durch höheren Verbrauch einzelner Wirkstoffe sowohl der Prostata- als auch der Brustkrebsmittel. Hierhinter steht der Verbrauchsanstieg von drei neueren Antiandrogenen bei den Prostatamitteln und von Elacestrant bei den Brustkrebsmitteln.
- **Verbrauchskomponente +62,9 Mio. Euro** durch höheren Verbrauch hauptsächlich von Prostatamitteln. Hierhinter steht der Verbrauchsanstieg der Antiandrogene Apalutamid, Enzalutamid und Darolutamid.
- **Preiskomponente +38,0 Mio. Euro** durch Senkung des Herstellerabschlags, der 2023 temporär erhöht war. Er führt nur bei den Prostatamitteln zu positiver Preiskomponente.

## Fazit

- Ausgabenanstieg zu 2023 um 282,9 Mio. Euro (Plus von 2,7%).
- Der Verbrauch erreichte im Jahr 2024 rund 180 Mio. DDD und lag um 3,1% höher als im Vorjahr. In der Teil-Indikationsgruppe der Mittel bei Prostatakarzinom war die Zuwachsrate mit 5% mehr als doppelt so hoch wie für die Mittel bei Brustkrebs mit 2%.
- Zwischen 2020 und 2024 gab es vier Neueinführungen in der Indikationsgruppe zur Behandlung des Prostatakarzinoms. Darüber hinaus zeigt die Analogkomponente mit einer Ausgabenänderung von 177,9 Mio. Euro an, dass die Verbrauchsanteile insbesondere der seit 2013 verfügbaren neueren ARPI (Androgene Receptor Pathway Inhibitors) wie etwa Enzalutamid weiterhin steigen. Ihnen wurde in der frühen Nutzenbewertung für bestimmte Anwendungsgebiete ein Zusatznutzen in der Behandlung des Prostatakrebses bescheinigt.
- In der Teil-Indikationsgruppe der Brustkrebsmittel wurde 2023 das Antiestrogen Elascetrant eingeführt. Der Verbrauchsrückgang von Tamoxifen steht möglicherweise in Zusammenhang mit Lieferengpässen.
- Die Preiskomponente erhöhte die Ausgaben in Summe um 38,0 Mio. Euro. Dahinter steht hauptsächlich die Senkung des 2023 temporär erhöhten Herstellerabschlags.

## Ausblick

- Die Ausgaben für Arzneimittel für die endokrine Therapie von Brust- und Prostatakrebs steigen kontinuierlich.
- Der Anstieg war bislang auf die Mittel gegen Prostatakrebs beschränkt. Durch eine Neueinführung bei den Brustkrebsmitteln ist auch für diese künftig mit steigenden Ausgaben zu rechnen.

### **Mehr zu Brustkrebs- und Prostatakrebsmitteln:**

[www.arzneimittel-atlas.de/endokrine-therapie](http://www.arzneimittel-atlas.de/endokrine-therapie)

### Immunsuppressiva (L04)

Die Bezeichnung der Wirkstoffe in dieser Indikationsgruppe als Immunsuppressiva deutet bereits auf eine wichtige gemeinsame Eigenschaft hin: Die Arzneimittel wirken hemmend auf immunologische Prozesse. Dabei hat die Entwicklung in den vergangenen 20 Jahren erhebliche Fortschritte gemacht.

Ursprünglich standen lediglich die beiden Wirkstoffe Methotrexat und Azathioprin zur Verfügung, die als Antimetaboliten einst zur Behandlung von Krebserkrankungen entwickelt worden waren und relativ unspezifisch immunsuppressiv wirken. Zunehmendes Verständnis immunologischer Prozesse allgemein und besonders der spezifischen Abläufe bei bestimmten Erkrankungen erlaubte es, dass Arzneimittel entwickelt werden konnten, die sehr zielgenau in gestörte Immunprozesse eingreifen.

### Arzneimittel

#### Wichtige Teil-Indikationsgruppen

- Mittel bei rheumatoider Arthritis (RA) und anderen Systemkrankheiten
- Unspezifischen Immunsuppressiva
- Mittel bei Psoriasis
- Mittel bei Multipler Sklerose (MS)
- Mittel bei Transplantation
- Mittel bei entzündlichen Darmerkrankungen

**Verbrauch**

Der Verbrauch von Immunsuppressiva erreichte 2024 einen Wert von 320,4 Mio. DDD. Damit setzte sich der seit mehr als zehn Jahren zu beobachtende kontinuierliche Verbrauchsanstieg ungebrochen und mit gleichem Tempo fort. Daher gehören Immunsuppressiva mittlerweile zu den häufig verordneten Arzneimitteln. Den größten Anteil am Verbrauch haben die Mittel bei rheumatoider Arthritis und anderen Systemerkrankungen mit 36,7%.

Tab. 23 Verbrauch nach Teil-Indikationsgruppen der Indikationsgruppe „L04 Immunsuppressiva“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

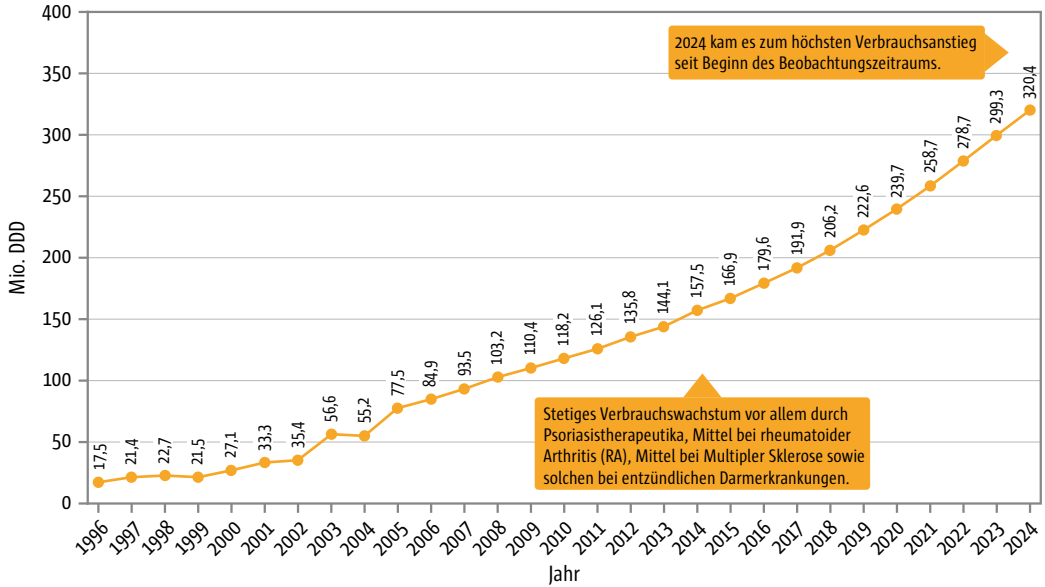
Teil-Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)		
RA und andere Systemerkrankungen	117,5		
Unspezifische Immunsuppressiva	65,5		
Psoriasis	58,9		
Multiple Sklerose	33,3		
Transplantation	27,0		
Entzündliche Darmerkrankungen	11,5		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	6,7		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtverbrauch
<b>Immunsuppressiva gesamt</b>	<b>320,4</b>	<b>7,1%</b>	<b>0,7%</b>

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 33 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „L04 Immunsuppressiva“ im Zeitraum von 1996 bis 2024

Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health); ab 2011 inkl. Zubereitungen



Bei den Mitteln bei Psoriasis sowie denen bei RA und anderen Systemerkrankungen war in den vergangenen fünf Jahren das intensivste Wachstum zu verzeichnen. Je Indikationsgruppe bewegte sich der Verbrauchszuwachs jährlich bei 6 bis 9 Mio. DDD. Die Wachstumsraten lagen 2024 im Vergleich zum Vorjahr bei 16% für die Mittel bei Psoriasis und 7% für die Mittel bei RA.

Am stärksten wächst derzeit der Therapieansatz der Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren, die 96% der Psoriasismittel ausmachen.

Am zweitstärksten nimmt der Verbrauch von Mitteln bei RA zu und hier der Therapieansatz der TNF-alfa-Inhibitoren, auf die 2024 63% des Verbrauchs dieser Teil-Indikationsgruppe entfielen.

**TOP TEN bei den Mitteln mit hemmender Wirkung auf das Immunsystem**

Abb. 34 Top 10 der Immunsuppressiva in Bezug auf Verbrauch 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

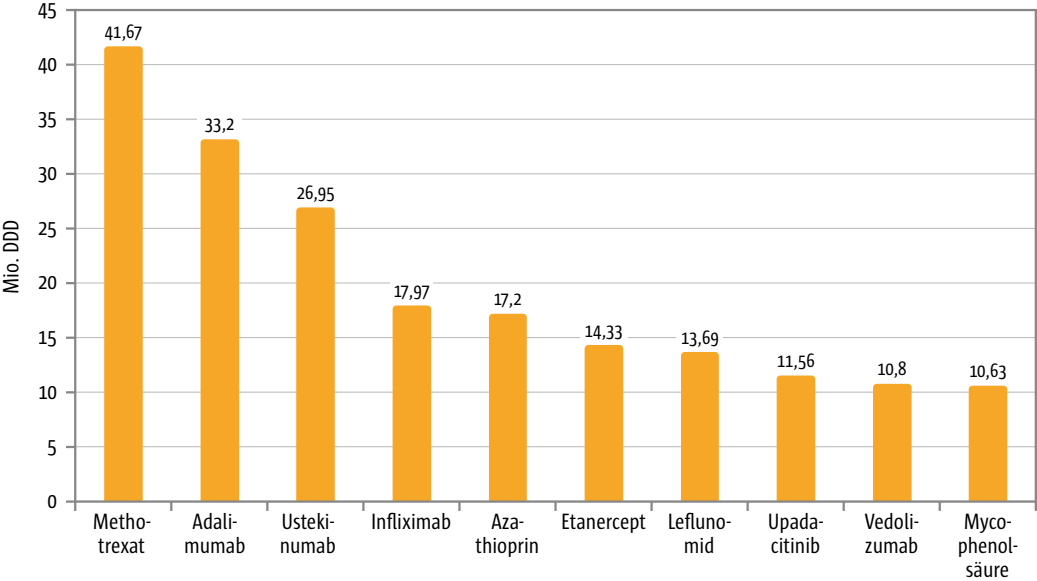
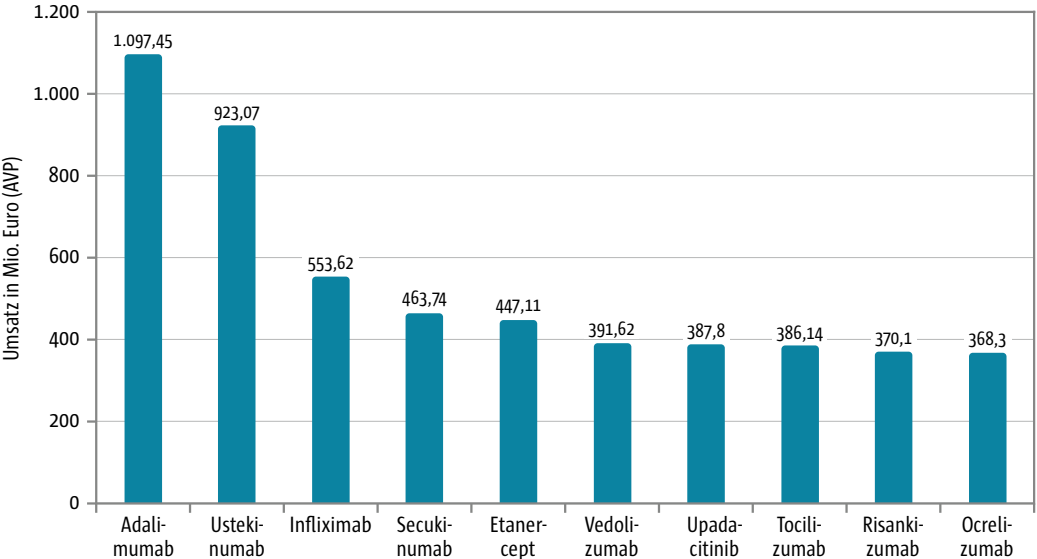


Abb. 35 Top 10 der Immunsuppressiva in Bezug auf Ausgaben 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Ausgaben der GKV für Immunsuppressiva beliefen sich für 2024 auf 8,09 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr stiegen sie um 922,4 Mio. Euro bzw. um 12,9%.

Tab. 24 Ausgaben in der Indikationsgruppe „L04 Immunsuppressiva“ im Jahr 2023  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Teil-Indikationsgruppe	Ausgaben		
RA und andere Systemerkrankungen	2.947,5 Mio. Euro		
Psoriasis	2.200,0 Mio. Euro		
Multiple Sklerose	1.347,7 Mio. Euro		
Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	383,5 Mio. Euro		
Entzündliche Darmerkrankungen	347,6 Mio. Euro		
Transplantation	340,5 Mio. Euro		
CAPS (Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom)	179,8 Mio. Euro		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	347,4 Mio. Euro		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Immunsuppressiva gesamt</b>	<b>8,09 Mrd. Euro</b>	<b>12,9%</b>	<b>14,8%</b>

**Verbrauchsranking\* 22      Ausgabenranking\* 2**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 ergaben sich für die Immunsuppressiva Mehrausgaben in Höhe von 922,4 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente +858,4 Mio. Euro** durch weiterhin ungebrochenes Verbrauchswachstum vor allem bei den Mitteln bei Psoriasis (+289,4 Mio. Euro), den Immunsuppressiva bei rheumatoider Arthritis (RA) (+191,6 Mio. Euro) sowie bei Multipler Sklerose (+121,1 Mio. Euro).
- **Preiskomponente +134,4 Mio. Euro** durch höhere Preise vor allem bei verschiedenen Psoriasis-mitteln sowie Mitteln bei Multipler Sklerose. Hintergrund ist Senkung des 2023 temporär erhöhten Herstellerabschlags.
- **Generikakomponente -123,1 Mio. Euro** hauptsächlich durch Generika bei den Mitteln zur Behandlung der Multipler Sklerose sowie Therapeutika bei Multiplem Myelom.

## Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um 922,4 Mio. Euro (Plus von 12,9%).
- Der Verbrauch stieg 2024 in der Indikationsgruppe um 21,1 Mio. DDD (7%) auf 320,4 Mio. DDD.
- Der absolut höchste Verbrauchszuwachs war für die Mittel bei Psoriasis zu beobachten; hier stieg der Verbrauch um fast 9 Mio. DDD (20%). In der Teil-Indikationsgruppe der Mittel bei rheumatoider Arthritis und anderen Systemkrankheiten war der Verbrauchsanstieg mit knapp 8 Mio. DDD etwas geringer, die Wachstumsrate lag für diese Gruppe bei 7%.
- Für die Immunsuppressiva ist ein hohes innovatives Potenzial festzustellen, was sich auch in der Zahl von 28 neu zugelassenen Wirkstoffen in den Jahren 2020 bis 2024 zeigt. Die Innovationen waren 2024 in der Innovationskomponente erkennbar, die die Ausgaben für die Indikationsgruppe um rund 95 Mio. Euro erhöhte.
- Die Preiskomponente erhöhte die Ausgaben um rund 134 Mio. Euro. Hierzu trug besonders die Senkung des Herstellerabschlags bei. Betroffen waren in erster Linie Immunsuppressiva bei Psoriasis und solchen bei Multipler Sklerose.

## Ausblick

- In den vergangenen Jahren wurde die Entwicklung in dieser Indikationsgruppe vor allem dominiert durch das stetige Wachstum der Mittel bei rheumatoider Arthritis (RA) und anderen Systemerkrankungen sowie Psoriasis-Immunsuppressiva. Zusammen mit den Immunsuppressiva bei Multipler Sklerose haben sie das größte Potenzial, auch künftig die Ausgaben zu steigern.
- Für die Psoriasismittel sind seit Mai 2024 Biosimilars für den „Blockbuster“ Ustekinumab verfügbar, doch haben diese bisher nur zu geringen Einsparungen geführt.
- Die Gruppe der Mittel bei Multiplen Myelom sind nun komplett generisch. Aufgrund des relativ kleinen Ausgabenvolumens sind nur noch geringe Einsparungen zu erwarten.
- Wegen des weiterhin zu erwartenden Verbrauchsanstiegs sowie weiterer neuer Therapieoption ist davon auszugehen, dass die Ausgaben für Immunsuppressiva auch künftig steigen werden.

### **Mehr zu den Mitteln mit hemmender Wirkung auf das Immunsystem:**

[www.arzneimittel-atlas.de/immunsuppressiva](http://www.arzneimittel-atlas.de/immunsuppressiva)

### Ophthalmika (S01)

Als Ophthalmika werden alle Arzneimittel bezeichnet, die bei Erkrankungen des Auges direkt am oder im Auge angewendet werden. Es handelt sich um eine sehr heterogene Indikationsgruppe: Die hier zusammengefassten Arzneimittel umfassen die medikamentöse Therapie der gesamten Augenheilkunde und daher werden sehr viele Teil-Indikationsgruppen unterschieden.

Von größter Bedeutung hinsichtlich des Verbrauchs sind die Mittel zur Behandlung des Glaukoms. Glaukom bezeichnet eine Schädigung des Sehnervs, die zu Sehstörungen führt und im schlimmsten Fall auch eine Erblindung zur Folge haben kann, am häufigsten infolge erhöhten Augeninnendrucks.

In Bezug auf die Ausgaben sind die Mittel zur Behandlung der Makuladegeneration relevant. Die Makula (gelber Fleck) gehört zur Netzhaut und umfasst den Bereich des schärfsten Sehens. Die Makuladegeneration ist in Deutschland die häufigste Ursache für Erblindung. Die derzeit verfügbaren Arzneimittel dienen überwiegend der Behandlung der sogenannten feuchten Form der altersbedingten Makuladegeneration (AMD).

### Arzneimittel

#### Wichtige Teil-Indikationsgruppen

- Mittel bei Makuladegeneration
- Glaukommittel
- Entzündungshemmende Mittel
- Antiinfektiva (bakteriell)
- Andere Ophthalmika
- Lebersche hereditäre Optikusneuropathie (LHON)

## Verbrauch

Der Verbrauch von Ophthalmika erreichte 2024 einen Wert von 923,6 Mio. DDD. Ophthalmika werden häufig verordnet: Der durchschnittliche Verbrauch lag 2024 bei 12,5 DDD je Versicherten.

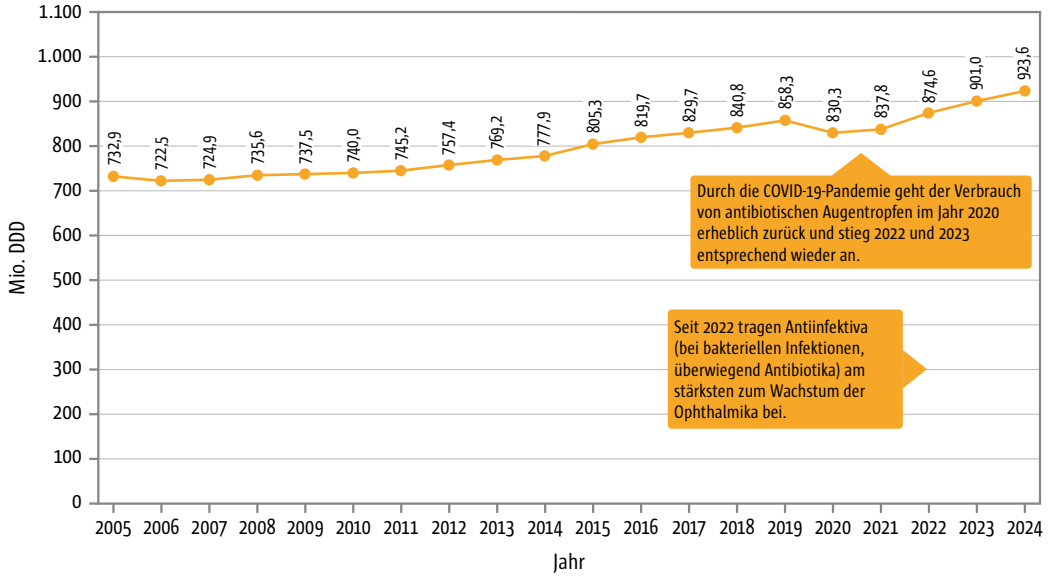
Tab. 25 Verbrauch der Indikationsgruppe „S01 Ophthalmika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Verbrauch (in Mio. DDD)		
Glaukommittel	561,3		
Entzündungshemmende Mittel	135,1		
Antiinfektiva (bakteriell)	106,8		
Mittel bei Makuladegeneration	40,6		
Mydriatika, Zykloplegia	31,3		
Andere Ophthalmika	25,9		
Andere Teil-Indikationsgruppen	22,6		
		Zuwachsrate	Anteil an Gesamtausgaben
<b>Ophthalmika gesamt</b>	<b>923,6</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,9%</b>

## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Entwicklung des Verbrauchs

Abb. 36 Verbrauch von Arzneimitteln aus der Indikationsgruppe „S01 Ophthalmika“ im Zeitraum von 2005 bis 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



Die auffälligste Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren zeigte sich für die Antiinfektiva (antibiotische Augentropfen), deren Verbrauch während der COVID-19-Pandemie stark zurückging und 2020 sowie 2021 wieder auf das vorherige Niveau angestiegen ist. Die zweithöchste Wachstumsgeschwindigkeit zeigten die Mittel bei Makulageration: sie lag 2024 bei 8% im Vergleich zum Vorjahr.

**TOP TEN bei den Ophthalmika**

Abb. 37 Top 10 der Ophthalmika in Bezug auf Verbrauch 2024  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

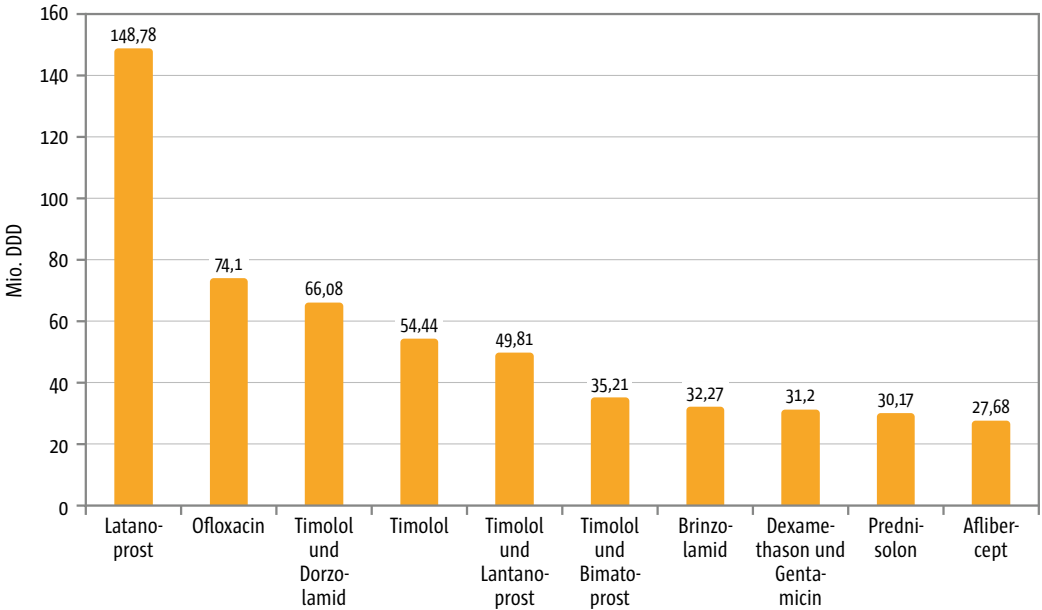
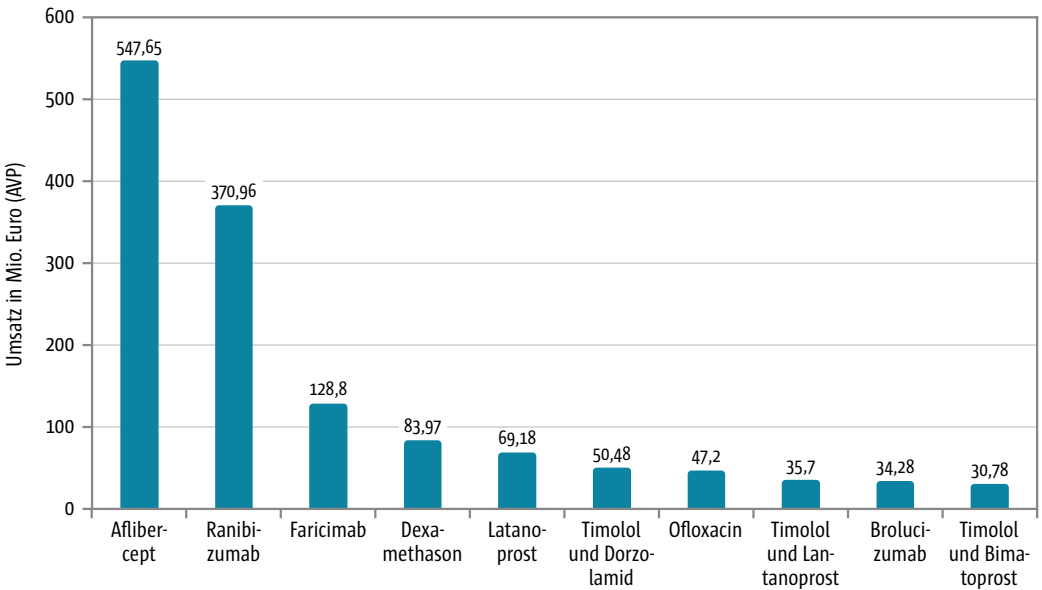


Abb. 38 Top 10 der Ophthalmika in Bezug auf Ausgaben 2024  
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)



## 2 Ausgabenänderungen in einzelnen Indikationsgruppen

### Ausgaben

Die Ausgaben der GKV für Ophthalmika beliefen sich für 2024 auf 1,38 Mrd. Euro, das sind 8,5% mehr als im Vorjahr. Seit 2019 sind die Ausgaben um 309 Mio. Euro gestiegen, ein Zuwachs von fast 26%.

Tab. 26 Ausgaben in der Indikationsgruppe „S01 Ophthalmika“ im Jahr 2024  
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

Indikationsgruppe	Ausgaben		
Mittel bei Makuladegeneration	817,5 Mio. Euro		
Glaukommittel	292,1 Mio. Euro		
Entzündungshemmende Mittel	159,1 Mio. Euro		
Mittel gegen bakterielle Infektionen	55,1 Mio. Euro		
Andere Ophthalmika	24,2 Mio. Euro		
Lebersche hereditäre Optikusneuropathie (LHON)	11,1 Mio. Euro		
Übrige Teil-Indikationsgruppen	21,6 Mio. Euro		
<b>Ophthalmika gesamt</b>	<b>1,38 Mrd. Euro</b>	<b>Zuwachsrate</b> <b>8,5%</b>	<b>Anteil an Gesamtausgaben</b> <b>2,5%</b>

**Verbrauchsranking\* 12    Ausgabenranking\* 10**

\* Ranking der 90 untersuchten Indikationsgruppen

### Die wichtigsten Komponenten der Ausgabenentwicklung

2024 ergaben sich für die Ophthalmika Mehrausgaben in Höhe von 108,2 Mio. Euro. Dazu trugen diese Komponenten mit folgenden Ausgabenänderungen bei:

- **Verbrauchskomponente +71,9 Mio. Euro** durch Verbrauchsanstieg; mit den höchsten Beiträgen durch die Mittel bei Makuladegeneration (+59,8 Mio. Euro) und die Antiinfektiva (+5,3 Mio. Euro).
- **Preiskomponente +43,6 Mio. Euro** vor allem durch die Mittel bei Makuladegeneration, bei denen die Senkung des temporär erhöhten Herstellerabschlags die Preise erhöhte.
- **Analogkomponente +18,0 Mio. Euro** durch einen höheren Verbrauchsanteil von Faricimab bei den Mitteln bei Makuladegeneration.

## Fazit

- Ausgabenerhöhung zu 2023 um rund 108 Mio. Euro (Plus von 8,5%).
- Der Verbrauch stieg 2024 in der Indikationsgruppe um 22,7 Mio. DDD (2,5%) auf 923,6 Mio. DDD. Das Wachstum war ähnlich stark wie 2023 bedingt insbesondere durch höheren Verbrauch verschiedener Teil-Indikationsgruppen.
- Den höchsten Beitrag zum Verbrauchsanstieg leisteten in den letzten drei Jahren die Antiinfektiva (hauptsächlich Antibiotika) gefolgt von den Mitteln gegen Makuladegeneration.
- Den höchsten Anteil an den Ausgaben hatten die Mittel bei Makuladegeneration mit 59%. Mit einem Plus von rund 85 Mio. Euro trugen sie auch am stärksten zum Ausgabenwachstum bei.

## Ausblick

- Die Ophthalmika zeigen – mit Ausnahme eines Einbruchs während der COVID-19-Pandemie – seit etwa 2011 ein stetiges Verbrauchswachstum, das sich auch künftig ähnlich entwickeln wird, da der Bedarf an Mitteln bei Glaukom und altersbedingter Makuladegeneration weiter steigen wird.
- Durch Neuerungen bei den Mitteln bei Makuladegeneration sind weitere Ausgabensteigerungen zu erwarten.
- Weiter erwähnenswerte Innovationen sind Mittel bei seltenen Erkrankungen, bspw. bei erblicher Netzhautdystrophie oder neurotroper Keratitis.
- Aufgrund des weiter steigenden Verbrauchs ist weiterhin mit steigenden Ausgaben zu rechnen, insbesondere durch die bei altersbedingter Makuladegeneration eingesetzten Biologika.

### Mehr zu Ophthalmika:

[www.arzneimittel-atlas.de/ophthalmika](http://www.arzneimittel-atlas.de/ophthalmika)



## 3 AMNOG-Reporting

Ariane Höer

Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) am 1. Januar 2011 ist ein Verfahren zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V erforderlich. Die Nutzenbewertung betrifft alle Arzneimittel, die seit dem 1. Januar 2011 in Deutschland neu eingeführt wurden, und wird erstmals bei der Einführung des Arzneimittels vorgenommen. Mit Inkrafttreten des AMVSC (Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV) im Mai 2017 gilt außerdem, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung veranlassen kann, wenn für einen vor 2011 eingeführten Wirkstoff mit der Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets auch ein neuer Unterlagenschutz erteilt wird. Mittlerweile ist auch ein Nutzenbewertungsverfahren erforderlich, wenn neue Arzneimittel ausschließlich im stationären Bereich eingesetzt werden.

Mit dem AMNOG-Kapitel des Arzneimittel-Atlas 2025 kann auf 14 Jahre Nutzenbewertung zurückgeblickt werden. Mittlerweile sind einige Wirkstoffe generisch verfügbar, die das Verfahren nach der Einführung in Deutschland erstmals durchlaufen haben (z.B. Abirateron, Lenalidomid oder Sitagliptin).

An dieser Stelle wird eine Übersicht zum aktuellen Stand aller Verfahren zur Nutzenbewertung gegeben.

**Mehr zum AMNOG-Reporting:**

[www.arzneimittel-atlas.de/amnog](http://www.arzneimittel-atlas.de/amnog)

### 3 AMNOG-Reporting

In den Arzneimittel-Atlas fließen auch Daten des IGES ARA<sup>®</sup> – AMNOG Resolution Analyzer ein, einer webbasierten AMNOG-Analyseplattform.

**Mehr Informationen:**

[ara-info.iges.com](http://ara-info.iges.com)

**IGESARA<sup>®</sup>**  
AMNOG RESOLUTION ANALYZER



## Übersicht zu Verfahrensstand und aktuellen Nutzenbewertungen

Seit Einführung des AMNOG wurden von Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 1.081 Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für 505 Arzneimittel eingeleitet, die bis zum Stichtag am 31. Dezember 2024 entweder abgeschlossen, ein- oder freigestellt bzw. ausgesetzt wurden. Insgesamt handelt es sich um 520 Erstbewertungen, wobei mit 494 der häufigste Anlass die Neueinführung eines Produktes ist.

Von den 1.081 Verfahren wurden:

- 533 Verfahren aufgrund einer Neubewertung abgeschlossen, wobei der häufigste Grund (369 Fälle) für die Neubewertung eine Zulassungserweiterung war, gefolgt von 73 Neubewertungen wegen Fristablaufs der ursprünglichen Bewertung,
- 1.028 Verfahren regulär mit einem Beschluss zum Zusatznutzen abgeschlossen (53 Verfahren blieben ohne einen Beschluss zum Zusatznutzen),
- 215 Verfahren als Orphan-Drug-Verfahren durchgeführt,
- in 146 Verfahren der Beschluss zunächst befristet.

Tab. 27 Übersicht zu den Nutzenbewertungsverfahren in den Jahren 2011 bis 2024 unter Berücksichtigung besonderer Verfahrensmerkmale

Quelle: IGES ARA® – AMNOG Resolution Analyzer auf Basis von Angaben des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung))

Kategorie	Anzahl Verfahren										
	2011–2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt (seit 2011)
Verfahren insgesamt	170	72	52	72	93	95	146	134	122	125	1.081
davon regulär abgeschlossen	152	72	48	71	91	88	143	129	121	113	1.028
davon Einstellung des Verfahrens	8	0	1	0	2	4	1	1	0	9	26
davon Freistellung wegen Geringfügigkeit	6	0	3	0	0	1	0	1	0	0	11
davon Aussetzung	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
davon als Orphan-Drug-Verfahren	32	15	15	15	22	17	28	26	20	25	215
davon Verfahren mit Eingruppierung in das Festbetragssystem	4	0	0	0	1	0	1	1	0	0	7
davon Verfahren mit ursprünglicher Befristung	31	13	14	8	23	13	15	12	11	6	146
davon Befristung aufgehoben	7	4	2	1	6	1	4	1	3	3	32

### 3 AMNOG-Reporting

Tab. 28 Übersicht zu den Nutzenbewertungsverfahren in den Jahren 2011 bis 2024 entsprechend dem Anlass des Verfahrens

Quelle: IGES ARA® – AMNOG Resolution Analyzer auf Basis von Angaben des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung))

Anlass des Verfahrens	Anzahl der Verfahren										
	2011 bis 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt (seit 2011)
Erstbewertung wegen Launch	127	37	26	40	41	29	59	48	41	46	494
Erstbewertung aus anderen Gründen	10	0	0	0	0	4	1	6	3	2	26
Neubewertung wegen Zulassungserweiterung (§ 1) <sup>1</sup>	23	20	19	22	35	37	62	62	63	49	392
Erneute Neubewertung nach Fristablauf (§ 1) <sup>1</sup>	5	10	5	4	4	11	12	10	10	7	78
Erneute Nutzenbewertung nach Antrag des G-BA wegen neuer Evidenz (§ 13) <sup>1</sup>	1	0	0	0	4	1	1	2	0	0	9
Erneute Nutzenbewertung nach Antrag des pharmazeutischen Unternehmers (§ 14) <sup>1</sup>	5	2	1	5	4	0	2	1	0	0	20
Erneute Nutzenbewertung wegen Überschreiten der Umsatzgrenze (§ 12) <sup>1,3</sup>	1	2	1	2	1	12	9	3	4	22	57
Erneute Nutzenbewertung wegen Aufhebung des Orphan-Drug-Status (§ 1) <sup>1</sup>	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0	7
Erneute Nutzenbewertung wegen Überschreiten der Umsatzgrenze von 1 Mio. Euro (§ 15) <sup>1</sup>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Prüfung Status Reserveantibiotikum (§ 12a)	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	5
Abgeschlossene Verfahren insgesamt (inkl. freigestellte, ausgesetzte und eingestellte Verfahren) <sup>2</sup>	170	72	52	72	93	95	146	134	122	125	1.081

<sup>1</sup> Die genannten Paragraphen beziehen sich auf das 5. Kapitel der Verfahrensordnung des G-BA.

<sup>2</sup> Die Anzahl der Verfahren ist geringer als die Summe der Verfahrensanlässe, da bei einigen Verfahren mehr als ein Verfahrensanlass vorlag.

<sup>3</sup> Die Umsatzgrenze lag bis 31.12.2021 bei 50 Mio. Euro, seitdem bei 30 Mio. Euro.

## Ergebnisse der Nutzenbewertung nach Anzahl der Verfahren

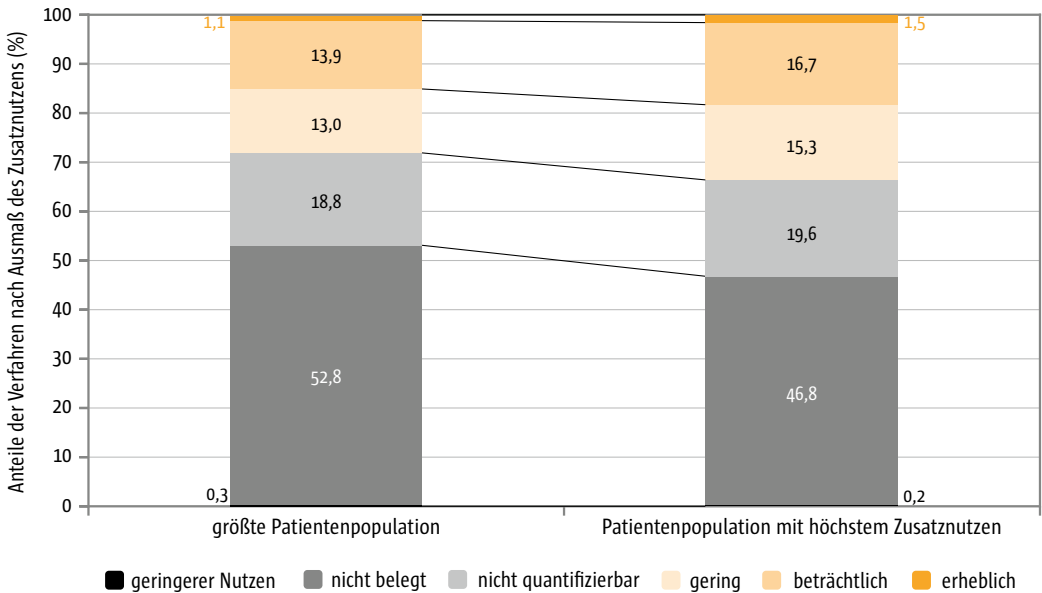
In 53,0% der Verfahren wurde mindestens einer Patientengruppe ein Zusatznutzen zuerkannt. In 46,8% der Verfahren war dies auch die größte Patientengruppe.

Bei Vorliegen eines beträchtlichen Zusatznutzens in einer Patientengruppe betrifft dies besonders oft nicht die größte Population: Den 170 Verfahren mit mindestens einer Patientengruppe mit beträchtlichem Zusatznutzen stehen lediglich 142 und damit 16% weniger Verfahren gegenüber, bei denen dies auch die größte Patientengruppe betraf.

In Bezug auf die größte Patientengruppe konnte in 53,1% der Verfahren kein Zusatznutzen belegt werden oder es wurde ein geringerer Nutzen (im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie, zVT) festgestellt.

**Abb. 39** Anteile der Verfahren nach den genannten Zusatznutzenkategorien entsprechend der Bewertung des G-BA anhand der größten bzw. besten Subgruppe im gesamten Zeitraum 2011–2024. Berücksichtigt wurden die Verfahren, für die vom G-BA ein Beschluss zur Nutzenbewertung zwischen dem 1. Januar 2011 und 31. Dezember 2024 veröffentlicht wurde und für die vom G-BA mindestens eine Zielpopulation in dem Beschluss genannt wird (1.020 Verfahren).

Quelle: IGES ARA® – AMNOG Resolution Analyzer auf Basis von Angaben des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung))



## Ergebnisse der Nutzenbewertung nach Anzahl der Patientengruppen

Die Zahl der jährlich abgeschlossenen Bewertungsverfahren als auch die der dazugehörigen Patientengruppen hat bis zum Jahr 2021 konstant zugenommen: von 29 Verfahren mit 41 Patientengruppen im Jahr 2012 auf 146 Verfahren mit 221 Patientengruppen im Jahr 2021. Der

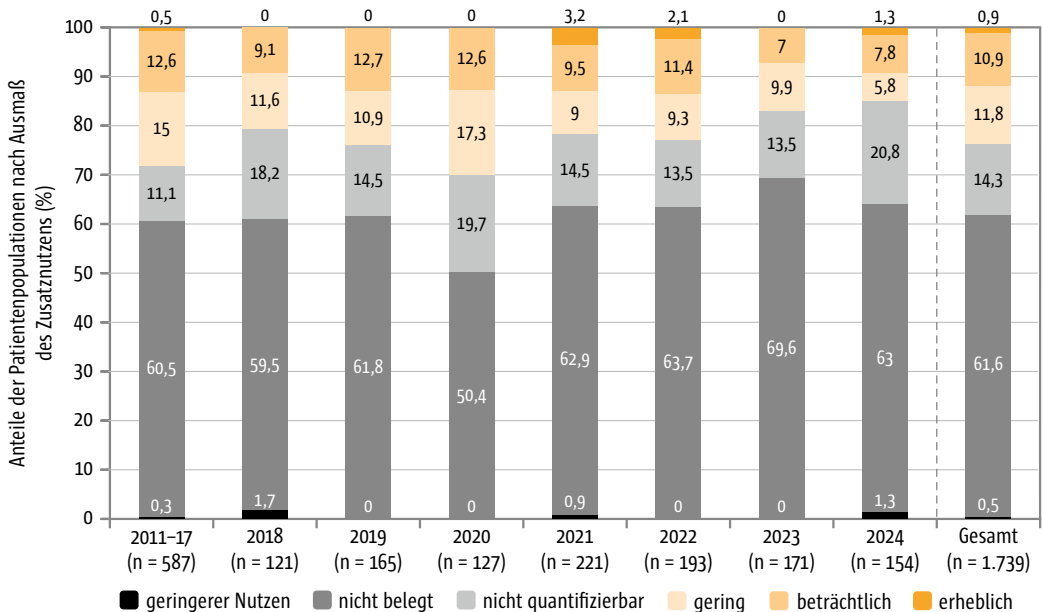
### 3 AMNOG-Reporting

Anstieg beruht auf einer steigenden Zahl von Initialbewertungen sowie einer ebenfalls steigenden Zahl von Neubewertungen bereits bewerteter Wirkstoffe aufgrund von Zulassungserweiterungen sowie nach Befristung. Seitdem ist die Anzahl der Verfahren leicht zurückgegangen und lag 2024 bei insgesamt 125 Verfahren mit 158 Populationen.

Der G-BA beschloss auf Ebene von insgesamt 1.760 Patientengruppen (bis zum 31. Dezember 2024) für:

- zwölf Wirkstoffe bei insgesamt 16 Patientengruppen (1%) einen erheblichen Zusatznutzen,
- 189 Patientengruppen (11%) einen beträchtlichen Zusatznutzen,
- 206 Gruppen (12%) einen geringen Zusatznutzen,
- 249 der Patientengruppen (14%) einen Zusatznutzen ohne Quantifizierung,
- 1.071 Patientengruppen (62%) einen nicht belegbaren Zusatznutzen,
- 8 Patientengruppen (0,5%) einen geringeren Nutzen gegenüber der Vergleichstherapie,
- 21 Patientengruppen galt der Zusatznutzen als belegt, weil es sich um Reserveantibiotika handelte.

Abb. 40 Anteile und Anzahl der Patientenpopulationen nach den genannten Zusatznutzenkategorien entsprechend der Bewertung des G-BA im gesamten Zeitraum 2011–2024. Berücksichtigt wurden die Verfahren, für die vom G-BA ein Beschluss zum Zusatznutzen zwischen dem 1. Januar 2011 und 31. Dezember 2024 veröffentlicht wurde (ohne Reserveantibiotika). Insbesondere in der Betrachtung über den gesamten Zeitraum werden identische oder überschneidende Patientenpopulationen ggf. mehrfach gezählt. Quelle: IGES ARA® – AMNOG Resolution Analyzer auf Basis von Angaben des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung))



## Zusatznutzen nach Anwendungsgebieten

Anzumerken ist, dass im Jahr 2023 der Anteil von Populationen, für die ein Zusatznutzen nicht belegt werden konnte, mit fast 70% am höchsten war.

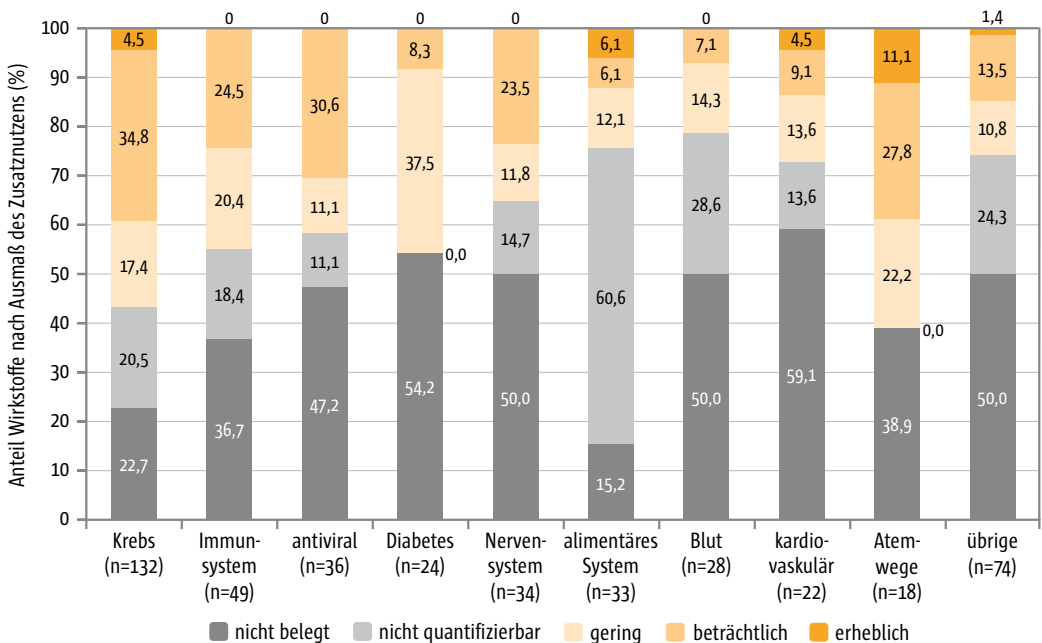
### Zusatznutzen nach Anwendungsgebieten

Zwischen dem 1. Januar 2011 und 31. Dezember 2024 wurden Nutzenbewertungsverfahren für 482 Wirkstoffe (definiert durch einen ATC-Kode) abgeschlossen. Für 450 dieser Wirkstoffe liegt mindestens ein Beschluss zum Zusatznutzen vor sowie für drei Reserveantibiotika. Um mögliche Unterschiede in verschiedenen Indikationsbereichen zu analysieren, wurden die Wirkstoffe zehn Krankheitsgruppen zugeordnet und innerhalb jeder dieser Gruppen der Anteil der Wirkstoffe nach dem Ausmaß des Zusatznutzens bestimmt. Dabei wurde je Wirkstoff der höchste Zusatznutzen berücksichtigt, der für mindestens eine Patientengruppe in mindestens einem Verfahren belegt werden konnte.

Insgesamt wurde für 279 Wirkstoffe (62% von 450) mindestens einmal ein Zusatznutzen attestiert bzw. galt für die drei Reserveantibiotika als belegt. Der höchste Anteil von Wirkstoffen mit mindestens einem Zusatznutzen fand sich bei den onkologischen Arzneimitteln: Nur für knapp 23% (30 von 130 Wirkstoffen) konnte in keinem Fall ein Zusatznutzen gezeigt werden, für 4,5% (6 Wirkstoffe) dagegen ein erheblicher und für 35% (46 Wirkstoffe) ein beträchtlicher Zusatznutzen.

**Abb. 41** Ergebnisse zum Anteil von Wirkstoffen innerhalb der genannten Indikationsgebiete entsprechend Ausmaß des Zusatznutzens. Berücksichtigt wurde jeweils der höchste Zusatznutzen je Wirkstoff für mindestens eine Patientengruppe in mindestens einem Nutzenbewertungsverfahren im Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2011 und 31. Dezember 2024.

Quelle: IGES ARA® – AMNOG Resolution Analyzer auf Basis von Angaben des G-BA ([www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung](http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung))



### 3 AMNOG-Reporting

Bei den Arzneimitteln für das alimentäre System fällt auf, dass für fast zwei Drittel der Wirkstoffe (61%, entspricht 20 Wirkstoffen) der Zusatznutzen nicht quantifiziert werden konnte. Hierbei handelt es sich überwiegend um Orphan Drugs, denen allein aufgrund dessen, dass sie zugelassen wurden, ein Zusatznutzen zuerkannt wurde.

Weitere Gruppen, in denen der Anteil von Wirkstoffen ohne mindestens einmal belegten Zusatznutzen gering ist, sind Arzneimittel mit Wirkung auf das Immunsystem (Immunsuppressiva bzw. Immunstimulanzien) und Arzneimittel zum Einsatz bei Atemwegserkrankungen: Hier sind nur 37 bzw. 39% der Wirkstoffe ohne belegten Zusatznutzen; dies entspricht 18 bzw. 8 Wirkstoffen.

Am geringsten ist der Anteil von Arzneimitteln mit mindestens einmal gezeigtem Zusatznutzen bei den Arzneimitteln für kardiovaskuläre Erkrankungen mit 41% (8 Wirkstoffe) bzw. den Antidiabetika mit 46% (11 Wirkstoffe).