

Gemeinsame Stellungnahme zur Arbeitsgruppe 4 „Preisbildung und Erstattung neuer Arzneimittel“ des Pharma- und Medizintechnikdialogs

I. Einführung

Notwendigkeit einer rein nutzenbasierten Preisbildung und flexibler Verhandlungslösungen

Der Pharmastandort Deutschland und die künftige Patientenversorgung mit innovativen Arzneimitteln stehen vor großen Herausforderungen. Derzeit geht ein erhebliches Risiko von der amerikanischen Handels- und Arzneimittelpreispolitik aus. Allem voran gefährdet die Preisreferenzierung nach dem Most-Favored-Nation-Prinzip (MFN) entscheidend den frühen und umfassenden Zugang zu Arzneimitteln in Deutschland und bedroht im Zusammenwirken mit weiteren Schritten der US-Administration die Schlüsselindustrie Pharma. Insbesondere MFN zeigt wie unter einem Brennglas den großen Reformbedarf im Bereich der Nutzenbewertung und Preisbildung von innovativen Arzneimitteln. **Einem innovationsfördernden und wachstumsorientierten Arzneimittelmarkt in Deutschland kommt nun eine Schlüsselrolle zu.**

So ist eine gezielte Weiterentwicklung der Nutzenbewertung, wie sie im Rahmen der Arbeitsgruppe 3 des Pharmadialogs diskutiert wird, nicht zuletzt aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts dringend notwendig, jedoch nicht ausreichend. Die Flankierung durch das Prinzip der rein nutzenbasierten Preisbildung ist zwingend erforderlich. Die Preisverhandlung, grundsätzlich eine Stärke des deutschen Systems, wurde immer weiter entwertet und in ein starres Korsett aus verpflichtenden Vorgaben und festgeschriebenen Abschlüssen eingefasst. Versorgungsgerechte Lösungen in der Preisfindung für Arzneimittelinnovationen wurden in der Folge deutlich erschwert. Diese Problemlage verschärft sich nun massiv vor dem Hintergrund der amerikanischen Preisreferenzierung. Letztendlich ist die Marktmacht der USA zu groß, als dass Deutschland von den Folgewirkungen nicht betroffen wäre. Unternehmen müssen in ihren Entscheidungen für Markteinführungen zwingend berücksichtigen, dass künftig ein im Verhältnis niedriger deutscher Preis unmittelbar den US-Preis beeinflusst, schließlich ist Deutschland in allen amerikanischen MFN-Modellen (GENEROUS, GLOBE und GUARD) als Referenzland benannt. **Um negative Auswirkungen auf die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in Deutschland zu verhindern und die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts zu verbessern, sind entschlossene und rasche Reformen gerade auch bei der deutschen Preisbildung unabdingbar.**

Verlässliche Erstattungsbedingungen und ein angemessenes Erstattungsniveau beeinflussen direkt, ob Unternehmen Innovationen in Deutschland einführen und ob sie ihr Engagement in Forschung, Entwicklung und Produktion hierzulande ausbauen. Wenn Rahmenbedingungen häufig geändert werden oder intransparent erscheinen, entsteht Unsicherheit: Standortentscheidungen und Investitionen werden zurückgestellt, die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands wird schleichend geschwächt. Da

unternehmerische Entscheidungen langfristig getroffen und an zentrale Absatzmärkte gekoppelt sind, zeigen sich die Folgen oft erst allmählich – und sind dann nur schwer veränderbar.¹

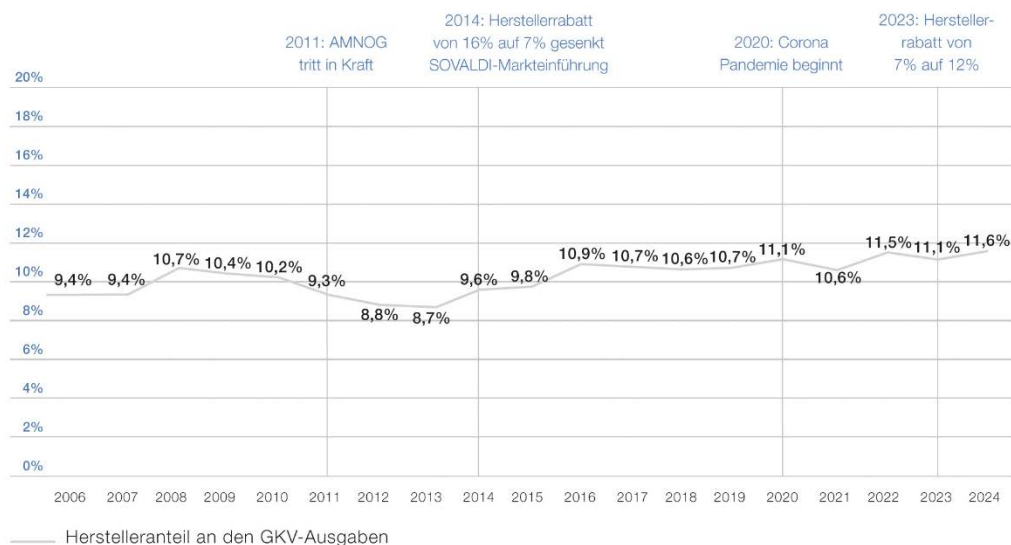
Künftig wird es darauf ankommen, die Stärken Deutschlands gezielt auszubauen. Gefordert ist eine rein nutzenbasierte Preisfindung in einem flexiblen Verhandlungsrahmen. In Verbindung mit der angestrebten Weiterentwicklung des AMNOG ergibt sich nur so die Chance, adäquat und zielgerichtet auf die Herausforderungen der amerikanischen Preisreferenzierung und einer erratischen US-Politik reagieren zu können und Deutschland als verlässlichen und innovationsfreundlichen Markt global zu positionieren. Konkret bedeutet dies für den Themenhaushalt der Arbeitsgruppe 4 des Pharma- und Medizintechnikdialogs:

- Streichung des Herstellerabschlags
- Streichung der sog. „Leitplanken“
- Streichung des Abschlags auf Kombinationstherapien
- Erweiterung der freien Preissetzung auf 12 Monate nach Markteinführung
- Dauerhafte Ermöglichung einer Nicht-Listung des Erstattungsbetrags ohne Abschlag

Abhängigkeiten verhindern und Versorgungsqualität sichern

Die Arzneimittelausgaben der GKV sind nicht die Ursache für die jahrelange Schieflage der GKV-Financen. Die Ausgaben für innovative Arzneimittel sind in der Langzeitbetrachtung stabil, erwartbar und maßgeblich vom steigenden Verbrauch einer alternden Gesellschaft geprägt. So liegt beispielsweise der Herstelleranteil seit Jahren konstant bei etwa 12 % an den GKV-Leistungsausgaben.²

Anteil der Arzneimittelhersteller an den GKV-Ausgaben 2006 – 2024



Darstellung des BPI basierend auf BMG KJ1 und Stabu 2025.

¹ [Auswirkungen des GKV-FinStG auf die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie](#) (Prognos/vfa)

² [Pharma-Daten 2025](#), S.58 ff. (BPI)

Patentgeschützte Arzneimittel machen dabei weniger als die Hälfte des GKV-Arzneimittelmarktes aus, Gen- und Zelltherapien verursachen nur rund 0,7 % der GKV-Arzneimittelausgaben im ambulanten und stationären Bereich.³ Im Zeitraum 2025-2029 sind mehr als zwanzig Patentausläufe mit relevantem Umsatzvolumen zu erwarten. Vor allem in den Therapiegebieten Herz-Kreislauf und Stoffwechselerkrankungen laufen die Schutzfristen von bedeutenden, häufig eingesetzten Wirkstoffen ab.

Überdies können innovative Arzneimittel den Kostendruck auf das Gesundheitssystem nachhaltig senken, beispielsweise durch Verringerung der Hospitalisierungsquoten, Verhinderung von Komorbiditäten oder Verkürzung von Behandlungszeiten.⁴ Trotz allem wurde in der Vergangenheit aufgrund politischer Entscheidungen der Sparbeitrag der pharmazeutischen Industrie sukzessive gesteigert – im Jahr 2025 betrug dieser rund 29 Milliarden Euro. Strukturelle Reformen blieben dagegen in großen Teilen aus.⁵

Angesichts der bestehenden Herausforderungen – insbesondere vor dem Hintergrund der geopolitischen Veränderungen – stellen weitere Sparmaßnahmen zulasten der pharmazeutischen Industrie und Vorschläge zum Umbau des Systems mit Einschränkungen des Patientenzugangs ein erhebliches Risiko für die Arzneimittelversorgung und den Pharmastandort Deutschland dar. Durch deren Umsetzung wäre das Ziel der Regierungskoalition, Deutschland zum weltweit innovativsten Pharma- und Biotechnologiestandort zu machen, konterkariert.

Vor diesem Hintergrund werden im Nachfolgenden die Nachteile der zur Diskussion gestellten Sparinstrumente beschrieben und die Chancen und Voraussetzungen erfolgsabhängiger Vergütungsoptionen ausgeführt.

II. Stellungnahme zu den seitens des BMG aufgerufenen Themenkomplexen

Ad 1. Berücksichtigung mengenbezogener Aspekte in der Preisverhandlung

Eine erneute Verschärfung der sogenannten „Preis-Mengen-Regelung“ würde ein verheerendes Signal senden: **Die Marktbedingungen in Deutschland würden sich verschlechtern, die Labilität der Standortbedingungen würde deutlich zunehmen und durch die Absenkung der Nettopreise wäre die MFN-Problematik verschärft.** Auch werden Anreize im Hinblick auf die kontinuierliche Erforschung und Zulassung weiterer Anwendungsgebiete mit ungedecktem medizinischem Bedarf verringert. All diese Effekte stehen im klaren Widerspruch zu dem, was oberstes Ziel der Arzneimittelpolitik sein muss: eine verlässliche und hochwertige Patientenversorgung. Denn für Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass wirksame, innovative Therapien frühzeitig und dauerhaft verfügbar sind.

Mengenbezogene Aspekte werden bereits heute bei der Preisfindung berücksichtigt, da stets ein populationsgewichteter Misch-Erstattungsbetrag vereinbart wird. Dieser nutzenbasierte Erstattungsbetrag spielt in den Preisverhandlungen mehrfach eine Schlüsselrolle. Er dient selbst als Preisreferenz, sei

³ [Spotlight Pharma Market 02.24](#) (vfa). [Veränderungen der Behandlungsfrequenz: Fortschritte durch innovative Arzneimittel](#) (vfa). [Arzneimittelmarkt in 10 Zahlen](#) (vfa).

⁴ [Innovationen für ein nachhaltiges Gesundheitssystem](#) (Vintura/vfa). [Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen](#) (Prognos/BDI)

⁵ [Pharma-Daten 2025](#), S.105 ff. (BPI)

es als zweckmäßige Vergleichstherapie oder als vergleichbares Arzneimittel. Ebenso muss er für Folgeverhandlungen bei Indikationserweiterungen desselben Arzneimittels die Ausgangsbasis bleiben. Allein inflationsbedingt wird ein verhandelter Erstattungsbetrag über die Patentlaufzeit schrittweise abgewertet, obwohl der Nutzen des Präparats unverändert bleibt. Zudem erhält der GKV-Spitzenverband bei Mengenüberschreitungen schon jetzt ein Sonderkündigungsrecht bzw. kann in ein Preis-Volumen-Gespräch eintreten, um auf Entwicklungen angemessen zu reagieren.

Eine zusätzliche und algorithmische Veränderung der Erstattungsbeträge würde daher in die falsche Richtung weisen und einen zusätzlichen Preisbildungsmechanismus einführen, **der die Nutzenbewertung entwertet und eine Aushöhlung der nutzenbasierten Preisbildung zur Folge hat**. Ohnehin zeigt sich für die meisten innovativen Arzneimittel eine abwärts gerichtete Preisspirale aufgrund mehrfacher Preissenkungen, insbesondere durch Neuverhandlungen.⁶ Das Referenzieren auf andere, bereits durch Mengenaspekte reduzierte Erstattungsbeträge, würde diesen Kellertreppeneffekt noch verstärken und das Preisgefüge wäre über Indikationsgebiete hinweg aus der Balance gebracht.

Die aktuelle „Preis-Mengen-Regelung“ ist bereits so ausgestaltet, dass sie Ausgabendynamiken und Marktbedeutung adressieren kann. Die bisherige Spruchpraxis der Schiedsstelle zeigt, dass sowohl das Gesamtausgabenvolumen als auch das Umsatzwachstum Berücksichtigung finden. Der Rabattsatz auf das Umsatzwachstum kann schließlich so ausgestaltet werden, dass der Stellenwert des Arzneimittels in der Versorgung einbezogen wird: So hat die Schiedsstelle Rabattsätze nach dem Anteil der Patientenpopulation mit Zusatznutzen differenziert. Um das Gesamtausgabenvolumen noch stärker zu berücksichtigen, wurde in der Gesamtrechnung ein zusätzlicher Rabattsatz je überschrittenem Intervall ergänzt. Die Schiedsstelle hat überdies explizit dargelegt, dass es noch zu früh sei, um die vom Gesetzgeber avisierten Einsparvolumen zu erzielen, da die Regelung erst 2023 eingeführt wurde.

Letztlich ist eine Mengenausweitung ein Indikator dafür, dass sich die Versorgung verbessert und der nachgewiesene Arzneimittel-Zusatznutzen in der Praxis berücksichtigt wird bzw. dass der Wirkstoff über Indikationserweiterungen weitere medizinische Bedarfe in der Versorgung deckt. Eine Mengen- bzw. Umsatzberücksichtigung sollte daher **nie gesetzlich vorgegeben sein und insbesondere nicht algorithmisch erfolgen, sondern in der Preisverhandlung individuell unter Berücksichtigung des Stellenwerts in der Versorgung vereinbart werden können**.

Ad 2. Verschärfter Wettbewerb unter patentgeschützten Arzneimitteln

Es besteht bereits zwischen forschenden Pharmaunternehmen und zwischen patentgeschützten Arzneimitteln selbst ein intensiver, marktgetriebener Wettbewerb. Stets sind die Unternehmen gefordert, kontinuierlich neue therapeutische Ansätze zu entwickeln, um in internationalen Märkten bestehen zu können. Dieser Innovationswettbewerb kann dazu führen, dass ein Arzneimittel durch andere Therapien noch während bestehender Schutzfristen ganz oder teilweise vom Markt verdrängt wird. Diese Dynamik prägt auch die Preisfindung in verschiedenen Indikationen. Die Preisdifferenzierung auch unter therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln erfolgt im Rahmen des AMNOG und kann regelmäßig in jeder nachfolgenden Preisverhandlung adjustiert werden. Zusätzliche „wettbewerbsfördernde“ Eingriffe sind dagegen nicht sachgerecht. Vielmehr bestünde die Gefahr einer

⁶ [Spotlight Pharma Market 03.25](#) (vfa)

Verschlechterung der Versorgung für die Patientinnen und Patienten, da medizinisch notwendige Alternativen aus der Versorgung verdrängt würden. Dadurch würde Deutschland auch seine Spitzenstellung mit Blick auf den frühen und umfassenden Zugang zu innovativen Arzneimitteln in Europa verlieren.

Die Vorschläge, im patentgeschützten Markt therapeutisch vergleichbare Arzneimittel in einem „Cluster“ zusammenzufassen und davon ausgehend zusätzlich einem Preis- und Selektionswettbewerb zu unterwerfen, sind entschieden abzulehnen, denn sie verkennen die Wettbewerbsrealität im innovativen Arzneimittelbereich und unterlaufen das AMNOG. Der Erstattungsbetrag als Mischpreis bildet über das gesamte zugelassene Anwendungsgebiet unterschiedliche Nutzenniveaus in unterschiedlich großen Patientengruppen ab und sorgt so für einen nutzenbasierten Preis. Ausschreibungen würden diese Nutzenlogik entwerfen – ein klarer Bruch mit der Zielsetzung des AMNOG, Innovationen angemessen zu honorieren und in die Versorgung zu bringen.

Aus gutem Grund ist die Gesetzeslage derzeit so ausgestaltet, dass neue Medikamente auch mit einem oftmals aus formalen Gründen nicht belegten *Zusatznutzen* erstattungsfähig sind. Denn diese Arzneimittel haben einen durch die Zulassungsbehörden attestierten medizinischen Nutzen, der mindestens so hoch ist, wie der bestehende Therapiestandard. Sie stellen wichtige Behandlungsalternativen dar, denn in der Medizin gilt nicht das Prinzip „*one size fits all*“ und medizinische Leitlinien sehen oft mehrere gleichwertige oder komplementäre Optionen vor, da Patientinnen und Patienten unterschiedlich – selbst auf Medikamente der gleichen Wirkstoffklasse – reagieren und somit die wirksamste und verträglichste Option gewählt werden kann. Für 35 % der AMNOG-bewerteten Arzneimittel, die später zur zweckmäßigen Vergleichstherapie werden, wurde zuvor kein Zusatznutzen anerkannt.⁷ Wenn die Erstattungsfähigkeit begrenzt wird, können notwendige Alternativen aus dem Versorgungsalltag verdrängt werden, noch bevor sie ihre Relevanz in der Versorgung – und das gilt auch für mögliche zukünftige Anwendungsgebiete – zeigen können. In der Praxis käme dieses Vorgehen einer Leistungskürzung gleich und das zulasten derjenigen, die alternative Behandlungsoptionen benötigen (etwa bei Nichtansprechen, Resistenz oder bei Neben- und Wechselwirkungen).

Krankenkassen über sogenannte „Fokuslisten“ die Möglichkeit zu gewähren, einzelne Präparate für die Versorgung bevorzugt auszuwählen oder über Selektivverträge sogar faktisch zur (allein) verordnungsfähigen Option zu machen, hätte unmittelbare Konsequenzen für die Versorgung: **Ärztinnen und Ärzte würden in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt und nicht mehr primär nach medizinischen Gesichtspunkten entscheiden, sondern sich nach dem Ergebnis eines Bieterverfahrens richten müssen. Auch Patientinnen und Patienten wird die Möglichkeit genommen, eine Therapie nach ihren Präferenzen zu erhalten. Ein weiterer Effekt wäre, dass hohe Rabatte eher für solche Produkte gewährt werden, die andernfalls keinen oder nur einen geringen Stellenwert in der Versorgung einnehmen. Dies ist aus Patientenperspektive nachhaltig zu hinterfragen und kann zur „Verarmung“ von Therapiegebieten führen mit nachteiligen Folgen für die Patientenversorgung.**

Zusätzlich droht durch eine Einschränkung der Erstattungsfähigkeit innovativer Arzneimittel eine deutliche Schwächung des Forschungs- und Entwicklungsstandortes Deutschland. Der Zugang zu innovativen Therapien ist ein zentraler Faktor dafür, ob klinische Studien hierzulande durchgeführt werden können und ob Unternehmen Deutschland weiterhin als prioritären Markt für Forschung und

⁷ „Die Spreu vom Weizen trennen“ - wie nützlich ist ein nicht belegter Zusatznutzen? (vfa)

Investitionen betrachten. Wenn Präparate aufgrund eines künstlich erzeugten Preis- und Selektionswettbewerbs gar nicht erst in der Versorgung ankommen oder frühzeitig vom Markt genommen werden, gehen Rekrutierungswege für Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer verloren, Forschungsaktivitäten werden ins Ausland verlagert und Deutschlands Attraktivität für internationale Entwicklungsprogramme sinkt nachhaltig. Damit gefährden solche Modelle unmittelbar die Innovationskraft, die medizinische Exzellenz und Wettbewerbsfähigkeit und langfristig auch die industrielle Wertschöpfung im Land.

Die Notwendigkeit zur Stärkung der nationalen Krisenresilienz, Versorgungssicherheit und technologischen Souveränität sprechen klar gegen einen übersteigerten Preiswettbewerb. Die Erfahrungen aus dem Generikamarkt zeigen die negativen Folgen solcher Mechanismen. Mit Blick auf patentgeschützte Arzneimittel würde das Risiko steigen, dass sich Anbieter aus dem Markt zurückziehen oder diesen meiden, Kapazitätsreserven abgebaut sowie Forschung und Herstellung verlagert werden – insbesondere bei wirkstoffübergreifenden Ausschreibungen.

Statt vor dem Hintergrund von MFN zusätzlichen Druck auf den Nettopreis auszuüben und den einheitlichen GKV-Leistungskatalog weiter zu fragmentieren, sollte ein umfassender Zugang zu Innovationen, eine hochwertige Patientenversorgung nach medizinischem Ermessen und eine Stärkung des Forschungs- und Entwicklungsstandortes verfolgt werden.

Ad 3. Pay-for-Performance als alternative Vergütungsoption

Pay-for-Performance-Modelle bieten Potenziale für eine Risikopartnerschaft zwischen Industrie und GKV, um eine nachhaltige Finanzierung zu ermöglichen und gleichzeitig die Patientenversorgung sicherzustellen. Die bisherigen Erfahrungen mit erfolgsabhängigen Vergütungsmodellen in Deutschland sind jedoch noch begrenzt. In den zentralen Erstattungsbetragsvereinbarungen stellen Pay-for-Performance-Ansätze bislang die Ausnahme dar. Meist wurden solche Modelle über Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen umgesetzt, dabei lässt der aktuelle Rechtsrahmen grundsätzlich viel Spielraum für innovative Vertragsformen. Die Chancen, die Pay-for-Performance für eine nachhaltige Finanzierung einzelner innovativer Therapien eröffnet und damit die Bereitschaft der Industrie zur Risikoteilung, bleiben bislang weitestgehend ungenutzt. Mit einer Risikopartnerschaft wird die GKV in ihrer Aufgabe unterstützt und entlastet, Leistungen zur Verfügung zu stellen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Damit die Umsetzung verschiedener Ausgestaltungsvarianten mit dem GKV-Spitzenverband einfacher wird, ist eine bestärkende gesetzliche Verankerung von erfolgsabhängigen Erstattungsmodellen als Alternative in der AMNOG-Preisverhandlung notwendig.⁸ Denn es mangelt grundsätzlich nicht an der Bereitschaft, den (patientenindividuellen) Therapieerfolg stärker für die Vergütung zu berücksichtigen, sondern die entsprechende Umsetzung scheitert oftmals an praktischen Hürden. Insbesondere die aktuelle Ausgestaltung des Risikopools im Risikostrukturausgleich setzt Anreize zugunsten von Rückzahlungsmodellen und benachteiligt Annuitätenmodelle, sodass die Ausgestaltungsvarianten begrenzt bleiben. Hier besteht konkreter Handlungsbedarf, damit Fehlanreize beseitigt werden und

⁸ ["Pay-for-Performance" im AMNOG - Wie die Umsetzung gelingen kann](#) (vfa 2025)
[Erfolgsabhängige Erstattungsmodelle gleichberechtigt ermöglichen](#) (BPI 2024)

Rückzahlungs- und Annuitätenmodelle gleichermaßen für die verschiedenen Fallgestaltungen zur Verfügung stehen. Zur Lösung dieses Problems liegt bereits ein Vorschlag des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) vor, der ein P4P-Ausgleichsverfahren vorsieht und mehrjährige Zahlungsflüsse abbildet. Modelle können auch Zahlungen über mehrere Jahre vorsehen, darunter Ratenzahlungen, aber auch adaptive Jahreszahlungsmodelle, die von Krankenkassen wie bei einer kontinuierlichen Therapie verbucht werden könnten. Zahlungen können an den jährlich nachgewiesenen Therapieerfolg geknüpft sein, bei Therapieversagen stoppen oder insgesamt durch einen Zeitraum oder einen vorab verhandelten Maximalbetrag begrenzt werden.

Die Erfolgsmessung ist aber nur dann praxistauglich, wenn Erfolgsparameter so gewählt werden, dass sie valide und zugleich administrierbar sind. So setzt die Beurteilung, ob vereinbarte Therapieergebnisse erreicht werden, nicht zwingend eine tiefe medizinische Dokumentation und Bewertung voraus, sondern kann von den Verhandlungspartnern auch an andere Indikatoren geknüpft werden, die Rückschlüsse auf das Therapieergebnis zulassen. Das Spektrum reicht von klinischen Endpunkten über Surrogatendpunkte und patientenberichtete Outcomes bis zu versorgungsbezogenen Parametern, z. B. vermiedene Krankenhauseinweisungen oder Folgetherapien. Geeignete Datengrundlagen können demnach je nach Fragestellung Routinedaten der Krankenkassen, Registerdaten sowie perspektivisch auch Daten der elektronischen Patientenakte (ePA) sein. Für die operative Umsetzung ist vor allem zu klären, wie und durch wen die Erfolgsmessung erfolgt. Auch ein kollektivvertragliches Erstattungsmodell mit kassenindividueller Umsetzung ohne zwingende Ergänzung durch Selektivverträge gemäß §130c SGB V ist rechtlich bereits möglich. So werden auch patientenindividuelle Erfolgsmessungen und die direkte Abrechnung mit dem pharmazeutischen Unternehmer durch die Einzelkasse administrativ umsetzbar.

Innovative Erstattungsmodelle können helfen, Patientinnen und Patienten zukünftig einen zeitnahen Zugang zu innovativen Therapien zu ermöglichen; beispielsweise wenn eine langanhaltende Wirksamkeit der Therapie noch nicht belegt werden kann oder in besonderen Therapiesituationen, wenn randomisierte klinische Studien objektiv nicht durchführbar sind oder es aus ethischen Gründen nicht angemessen wäre, sie zu fordern. Pay-for-Performance-Modelle sind dabei ein substanzieller Beitrag zur Weiterentwicklung des Systems: Unternehmen übernehmen bewusst zusätzliche finanzielle Risiken, da Vergütungsansprüche ganz oder teilweise vom tatsächlich erzielten Therapieerfolg abhängen und Zahlungen bei Nichterreichen definierter Ziele reduziert oder eingestellt werden können. Die Vergütung alternativ in dieser Weise in geeigneten Konstellationen an den tatsächlichen (patientenindividuellen) Therapieerfolg in der Zukunft zu knüpfen, würde Risiken aufgrund bestehender Unsicherheit bei Marktzugang zwischen Herstellern und Kostenträgern teilen, und so einen wesentlichen Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierbarkeit leisten und gleichzeitig die nutzenbasierte Preisfindung stärken.

BIO Deutschland e. V.

Dr. Viola Bronsema, Geschäftsführerin

Tel.: +49 30 2332164-30

E-Mail: bronsema@biodeutschland.org

Pharma Deutschland e. V.

Christian Hilmer, Geschäftsführer Rx-Markt

Tel.: +49 151 59236287

E-Mail: hilmer@pharmadeutschland.de

Bundesverband der Pharmazeutischen

Industrie e. V.

Dr. Matthias Wilken, Geschäftsführer Market Access,
Märkte und Versorgung

Tel.: +49 30 27909-172

E-Mail: mwilken@bpi.de

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.

Dr. Sven Prietzel, Geschäftsführer Gesundheitspolitik

Tel.: +49 30 206 04-504

E-Mail: s.prietzel@vfa.de