# Thesen zur Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems - „Zukunftspapier“

## Präambel

Trotz der vielen Reformen in den vergangenen Jahren ist es nicht gelungen, die Finanzierung und Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig zu sichern.

Alle Beteiligten beklagen in einem früher nicht bekannten Maße Mängel in der GKV: Patienten und Versicherte haben zunehmend den Eindruck, dass eine Rationierung von Leistungen stattfindet. Der Kostenzwang schränkt Ärzte in ihren Therapieentscheidungen ein. Der pharmazeutischen Industrie fehlt die Planungssicherheit vor allem bei der Einführung neuer und innovativer Arzneimittel.

Experten stellen fest, dass eine unüberschaubare Menge von Reglementierungen dem Wettbewerb und der Innovation entgegensteht. Das Gesundheitswesen wird überlagert von bundesweiten, sektoralen und regionalen Zuständigkeiten, die nicht miteinander integriert sind. So stehen im Arzneimittelbereich zentrale Nutzen-/Kosten-Nutzen-Bewertungen, bundesweite Vorgaben für regionale Arzneimittelbudgets und regionale Vereinbarungen zu Richtgrößen, Generikaquoten, Empfehlungslisten und Prüfungsverfahren nebeneinander. Die Wirkungen solcher widersprüchlichen Regelungen schlagen sich in der Versorgung der Patienten mit Innovationen nieder. In vergleichbaren Industrienationen wie Großbritannien oder Frankreich beträgt der Marktanteil der in den letzten 5 Jahren neu zugelassenen Arzneimittel 14,6% bzw. 14,9%, in Deutschland liegt dieser Anteil aber bei nur 6,3%.[1]

Auch mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG kann eine nachhaltige Finanzierung der GKV nicht erreicht werden. Dem erklärten Ziel, Verbesserungen für Wettbewerb und Qualität zu schaffen, stehen neu geschaffene Reglementierungen entgegen. Selbst der derzeit bestehende Beitragswettbewerb der Krankenkassen wird mit dem geplanten Gesundheitsfonds beendet. Wettbewerb setzt Wahlrechte für die Versicherten voraus, die sich sowohl auf den Beitrag als auch auf den Leistungsumfang, der über einen zu definierenden Grundleistungskatalog hinausgeht, beziehen.

Mit den nachfolgenden Thesen wird ein System skizziert, das an Stelle von staatlichen und zentralen Entscheidungen auf einem wettbewerblich organisierten und innovationsoffenen Gesundheitsmarkt basiert und sich am steigenden Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft orientiert.

---

1 Perpektive 2011, VFA-Pressekonferenz, 10.10.2007,

# Fünf Thesen

## *1. Bedürfnisse und Selbstbestimmung von Versicherten und Patienten müssen im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung stehen.*

Reformbedarf:
Es gibt kaum Anreize und Möglichkeiten für Versicherte und Patienten, selbst Verantwortung für den Umfang und die Art der Krankenversicherung zu übernehmen und unter verschiedenen Leistungsoptionen auswählen zu können. Ein fast identischer Leistungskatalog, der von allen Versicherern gesetzlich verlangt wird und einer Vollversicherung gleichkommt, macht individuelle und eigenverantwortliche Entscheidungen über den Umfang der eigenen Krankenversicherung und damit auch einen verantwortlichen Umgang mit den Leistungen weitgehend hinfällig.

**Eigenverantwortung bringt mehr Effizienz ins System.** Der Patient ist der Mittelpunkt des Gesundheitssystems. An ihn richten sich alle Leistungen. Er entscheidet gut informiert, aufgeklärt und eigenverantwortlich, welche Leistungen er bei welchem Leistungsanbieter in Anspruch nimmt. Die Leistungserbringer sorgen dabei für Transparenz hinsichtlich der Behandlungskosten. Eigenverantwortung ist dabei mehr als nur Eigenbeteiligung.

**Informationsfreiheit ist Voraussetzung für Eigenverantwortung.** Patienten sind im heutigen Gesundheitswesen gleichermaßen mit Informationsdefiziten und Informationskomplexität („wo, von wem und wie wird mir am besten geholfen“) konfrontiert. Damit Patienten ihre Entscheidungen treffen können, benötigen sie qualitativ hochwertige Informationen über Ergebnisse, die sich mit den jeweiligen Leistungen erzielen lassen.

**Eigenverantwortung erfordert Wahlfreiheit.** Patienten haben dabei Anspruch auf eine Grundversorgung, können jedoch jede darüber hinausgehende Gesundheitsversorgung frei wählen und dabei Qualität als Kriterium in ihre Entscheidung einbeziehen. Damit Patienten ihre Wahlfreiheit ausüben können, muss der „Regulierungs-Dschungel“ gelichtet werden.

**Solidarität in der Grundversorgung bedeutet einen Zusammenhalt für unsere Gesellschaft.** Eine Grundversorgung sichert einen Anspruch auf medizinische Leistungen mit einem Standard, der nicht unterschritten werden darf. Die Kriterien und Prozesse zur Festlegung des medizinischen Standards müssen offen gelegt und demokratisch legitimiert sein. Sie sind parlamentarisch zu definieren und durch Experten auch mit Hilfe von Leitlinien umzusetzen. Der Basisleistungskatalog sollte innovationsoffen ausgestaltet sein und ist dynamisch anzupassen.

**Über die Grundversorgung hinausgehende Leistungen werden individuell gewählt, abgesichert und bezahlt**. Die Zusatzversorgung kommt den jeweiligen Präferenzen der Versicherten entgegen. Ihre Absicherung unterliegt dem Wettbewerb der Versicherer.

## *2. Wettbewerb ist der zentrale Mechanismus, um Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung zu erzielen.*

Reformbedarf:
Der im internationalen Vergleich umfangreiche Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung lässt nur in Randbereichen einen Qualitäts- und Leistungswettbewerb zu. Weder ein alleiniger Beitragswettbewerb, auf den sich die Krankenkassen heute weitgehend beschränken müssen, noch ein reiner Kostenwettbewerb, der durch den Gesundheitsfonds ausgelöst werden wird, kann die Vorteile für die Wirtschaftlichkeit und Qualität des Systems mobilisieren.

**Effizienz ist der primäre Wettbewerbsparameter in der Grundversorgung.** Der heutige Leistungskatalog ist vor allem auch im internationalen Vergleich viel zu umfangreich und befördert eine Vollkasko-Mentalität. Bei einer Grundversorgung kann nicht mehr der Leistungsumfang, sondern müssen Qualität und Effizienz der Versorgung für klar definierte Leistungen das Wettbewerbskriterium sein. Die Leistungen des Basiskatalogs sind patientengerecht und in gesicherter Qualität zu erbringen.

**Wettbewerb um den individuellen Nutzen in der Zusatzversorgung.** Der Wettbewerb in der Zusatzversorgung ist ein Wettbewerb um den individuellen Nutzen. Diejenige Leistung wird sich durchsetzen, die dem Patienten den höchsten individuellen Nutzen erbringt.

**Eine wettbewerblich organisierte Versorgung sollte auf Einzelverträgen beruhen.** Versicherungen schließen Verträge mit Leistungsanbietern, aus denen der Versicherte seinen Leistungsbedarf decken kann - sowohl für die Grundversorgung als auch für die Zusatzversorgung. Es muss ein Markt für Versorgungsverträge geschaffen werden, auf dem die Leistungsanbieter ihre Leistungen mit den Versicherungen frei verhandeln können.

**Wettbewerb muss unter fairen Bedingungen stattfinden.** Für alle Vertragspartner, einschließlich Leistungserbringer, -abnehmer und Kostenträger im Gesundheitssystem gilt uneingeschränkt das Wettbewerbs- und Kartellrecht.

**Transparenz ist Voraussetzung für den Wettbewerb.** Das heutige Gesundheitswesen und die dahinter stehenden Regulierungen sind im hohen Maße intransparent. Damit Wettbewerb funktioniert, muss Transparenz um die Qualität und die Kosten von Leistungen herrschen. Leistungsanbieter und Versicherer sind daher zu verpflichten, Informationen zum Preis und Nutzen ihrer Leistungen in einer Form zu veröffentlichen, die dem Bürger rationale Vergleiche und Entscheidungen ermöglicht.

## *3. Innovationen können sich nur im Wettbewerb um den Nutzen für den Patienten und die Gesamtkosten einer Behandlung bewähren.*

Reformbedarf:
Das Gesundheitswesen ist einer der forschungsintensivsten und damit innovativsten Wirtschaftssektoren. Deutschland jedoch droht im internationalen Innovationswettbewerb immer weiter zurückzufallen. Mittelfristig wird sich dies auch negativ auf die Versorgungsqualität und den allgemeinen Zugang zu Innovationen im deutschen Gesundheitswesen auswirken.
Heute werden Innovationen von (halb-)staatlichen Institutionen oft fernab der Behandlungsrealität lediglich nach isolierten Preisparametern bewertet und nur selektiv bzw. verzögert im deutschen Gesundheitswesen verankert. Damit wird die Innovationsdynamik gebremst, Ärzten Behandlungsoptionen entzogen und dadurch die Qualität der Versorgung der Patienten gefährdet.

**Innovationen sind erwünscht und notwendig.** Dank zahlreicher Innovationen hat die Qualität der medizinischen Versorgung das heutige Niveau erreicht. Innovationen ermöglichen Fortschritt und Qualitätsverbesserungen in der Medizin als auch Effizienzsteigerungen in der medizinischen Versorgung. Die Defizite und die ungelösten medizinischen Probleme sind immer noch so groß, dass weiterer Fortschritt unbedingt angestrebt werden muss.

**Wettbewerb fördert die Selektion von Innovationen, die einen Beitrag zu Effektivität und Effizienz leisten.** Nicht der Staat, sondern der Wettbewerb trennt bei Innovationen die Spreu vom Weizen. Dafür sorgen gleichermaßen der Anbieterwettbewerb (technology push) und der Nachfragewettbewerb (demand pull). Die in diesem freien Spiel der Kräfte resultierenden Innovationen werden dann auf den Versorgungs- und Versicherungsmärkten bewertet und setzen sich im Wettbewerb um den größten Nutzen für den Patienten durch. Als Konsequenz ergibt sich daraus die beste Kosteneffektivität in der Behandlung von Erkrankungen und Krankheitsfolgen.

**Freier Zugang zu Innovationen muss gewährleistet sein.** Innovationen sollen nach ihrer Zulassung für jeden Bürger zugänglich sein. Auch hier sind die Kriterien für die Grund- und Zusatzversorgung, wie sie im demokratisch legitimierten Prozess festgelegt sind, anzuwenden. Ziel dabei muss es sein, den evolutorischen Fortschritt in der Medizin anzuerkennen und innovative Therapien denjenigen zukommen zu lassen, für die sie entwickelt wurden und die sie brauchen.

## *4. Die Arzneimittelversorgung ist zentraler Bestandteil einer wettbewerblich orientierten Patientenversorgung.*

Reformbedarf:
Über 40 verschiedene gesetzliche Eingriffe der Mengen- und Preissteuerung wirken auf den Arzneimittelmarkt ein. Die Ärzte sind einem zunehmenden wirtschaftlichen Druck ausgesetzt und damit in ihrem Verordnungsverhalten immer mehr fremdbestimmt. Für Patienten ist dieses System kaum durchschaubar. Sie sind unsicher, ob ihnen wirklich das für sie beste oder nur ein möglichst billiges Arzneimittel verordnet

wird. Diese fehlende Transparenz verunsichert Ärzte und Patienten gleichermaßen und gefährdet potenziell die Versorgungsqualität.

**Der Arzneimittelmarkt ist nach denselben Prinzipien zu ordnen wie das gesamte Gesundheitssystem.** Wettbewerb, Transparenz und Informationsfreiheit sind die Grundlagen, um Effizienz und Qualität in der Arzneimittelversorgung zu erreichen. Die Arzneimitteltherapie gehört zu den effizientesten Maßnahmen der medizinischen Leistungen. Dieses Potenzial kommt dem einzelnen Patienten und der Versichertengemeinschaft zugute, wenn die Ärzte das Recht haben, Arzneimittel unter Abwägung von Nutzen und Risiken sowie Qualität und Preis zu verordnen. In diesem Wettbewerb bildet sich ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis für das einzelne Arzneimittel heraus.

**In der Arzneimittelversorgung spiegeln sich Grund- und Zusatzleistungen wider.** Der Katalog der Arzneimittel in der Grundversorgung wird nach denselben Kriterien, die auf die sonstigen medizinischen Leistungen auch angewendet werden, in einem demokratisch legitimierten Verfahren festgelegt. Die wissenschaftlichen Grundlagen dafür werden von einem unabhängigen Gremium erarbeitet, das nicht korporatistisch begründet, sondern allein dem Wissensstand der Medizin verpflichtet ist.

**Versicherungsindividuelle Arzneimittelkommissionen bewerten den Nutzen und das Preis-Leistungs-Verhältnis von Arzneimitteln.** Jede Versicherung ist verpflichtet, Arzneimittel der Grundversorgung uneingeschränkt zu erstatten. Solange ausreichend Versorgungsalternativen angeboten werden, hat der einzelne Versicherer das Recht, generisch angebotene Produkte aufgrund einer Preis-Leistungsbewertung von der Erstattung im Rahmen der Grundversorgung auszuschließen. Wirkstoffe, die nicht zur Grundversorgung gehören, können von einer versicherungsindividuellen Arzneimittelkommission der Zusatzversorgung zugeordnet werden. Es obliegt dem einzelnen Versicherer die Standards der Nutzen- und Kosten-Nutzenbewertung, die die Zuordnung in die Zusatzversicherung bzw. den Ausschluss von der Erstattung begründen, den Versicherten gegenüber offenzulegen.

**In Verträgen zwischen Arzneimittelherstellern und Versicherern können die Partner ständig das Preis-Leistungsverhältnis in der Arzneimittelversorgung optimieren.** Versicherer und Arzneimittelhersteller können Versorgungsverträge schließen, die neben Arzneimitteln weitere medizinische, diagnostische oder präventive Leistungen und auch Serviceleistungen einschließen können. Derartige Versorgungsverträge können sich sowohl auf die Grundversorgung als auch auf die Zusatzversorgung beziehen. Dadurch können Versicherer ihren wirtschaftlichen Zielen flexibler Rechnung tragen, als wenn sie in sektorale Budgets gezwungen werden. Der Wettbewerb, in dem die Versicherer untereinander stehen, ist ein starker Anreiz, um nach maßgeschneiderten Versorgungskonzepten zu suchen, die für die eigene Klientel passen.

**Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung sind ein Schutz gegen ungerechtfertigte Rationierung.** Die Qualität beruht auf sektorübergreifenden Behandlungsleitlinien, die Ärzten und Krankenkassen von ärztlichen Gremien zur Verfügung gestellt werden und Grundlage der Behandlungsverträge sind. Die Compliance mit

diesen Leitlinien ist Gegenstand der Qualitätssicherung und -überprüfung anstelle von Richtgrößen, die als monetäre Prüfmethode vor allem Quantität statt Qualität bewertet. Mit dem resultierenden Kostendruck wird heute die Grenze zur Rationierung überschritten, die weder von der Politik noch von den Ärzten gewollt ist und den Patienten gegenüber nicht transparent gemacht wird.

**Verordnungs- und Therapiefreiheit gewährleisten ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis.** Patienten erwarten von ihrem Arzt eine optimale medizinische Versorgung. Die Befreiung von regulatorischen Zwängen ermöglicht es dem Arzt, Arzneimittel nach medizinischen Standards und nach dem Bedarf der Patienten zu verordnen. Die medizinisch begründete Arzneimittelversorgung trägt in erheblichem Maße zu Qualität und Effizienz im Gesundheitssystem bei. Ärzte sollten keine wirtschaftlichen Nachteile befürchten müssen, wenn sie Arzneimittel nach dem Kenntnisstand der Medizin verordnen. Regressandrohungen und -ansprüche behindern eine qualitätsorientierte Arzneimittelversorgung.

**Patienten haben die Möglichkeit, sich umfassend über Arzneimittel zu informieren.** Von Versicherten und Patienten wird immer mehr Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung erwartet. Damit tragen sie immer mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit. Voraussetzung dafür ist jedoch die Möglichkeit, sich umfassend über medizinische Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten informieren zu können. Dazu gehört auch die Möglichkeit, Informationen über Arzneimittel und Impfstoffe direkt beim Hersteller nachzufragen. Die Qualität dieser Informationen unterliegt einer strengen Kontrolle.

## *5. Forschende Arzneimittelhersteller übernehmen Verantwortung und sind Partner in einem leistungsfähigen Gesundheitssystem.*

Reformbedarf:
Forschende Arzneimittelhersteller investieren in Forschung und Entwicklung eines neuen Arzneimittels durchschnittlich 12 Jahre. Ständig neue Reglementierungen im Arzneimittelmarkt stören einen zielgerichteten Forschungsprozess, der den Nutzen für die Patienten in den Mittelpunkt stellt. Stetig wechselnde Chancen in der Vermarktung bringen die Forschungsfinanzierung immer wieder ins Wanken. Verlässliche Rahmenbedingungen im Markt sind erforderlich, damit zukünftige Forschungsinvestitionen auch wieder erwirtschaftet werden können. Dabei sind adäquater Schutz des geistigen Eigentums und Wettbewerb im Markt die stärksten Anreize, um die Forschung und Entwicklung neuer Arzneimittel auf den Bedarf der Patienten und der Versicherer auszurichten.

**Forschende Arzneimittelhersteller entwickeln innovative Arzneimittel unter hohen finanziellen Risiken.** Sie kommen dabei weitgehend ohne staatliche Subventionen aus und tragen die Verantwortung für den Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit ihrer Produkte. Nur eine von 5.000 bis 10.000 Substanzen aus der Grundlagenforschung schafft den Sprung als Arzneimittel auf den Markt.[2] Arzneimittelentwicklung ist deshalb ein Hochrisikogeschäft. Der Kapitalmarkt fordert

[2] http://vfa.de/download/SAVE/de/presse/publikationen/fundekonkret1/fundekonkret1_neu.pdf

deshalb von den Herstellern Risikoprämien ab. Sich rapide ändernde Rahmenbedingungen oder Markteingriffe erhöhen diese Risikoprämien unnötig und verhindern wichtige Investitionen in innovative Arzneimittel.

**Forschende Arzneimittelhersteller investieren erhebliche Mittel in die Versorgungsforschung.** Dabei werden größere Patientenzahlen unter den Bedingungen der täglichen Praxis untersucht, so dass der Nutzen für den Patienten noch besser belegt wird, als dies zum Zeitpunkt der Zulassung möglich ist.

**Die forschenden Arzneimittelhersteller stellen sich dem Wettbewerb.** In einem rechtlich fundierten wettbewerblichen Gesundheitswesen bleibt auch die Arzneimittelversorgung nicht außen vor. Arzneimittel, die nicht mehr unter Patentschutz stehen, unterliegen dem Preiswettbewerb; unter Patentschutz stehende Arzneimittel unterliegen dem Qualitäts- und Innovationswettbewerb und finden durch Marktmechanismen ihren Preis. Voraussetzung für einen effizienten Wettbewerb ist die Anwendung der allgemein gültigen Regeln des Wettbewerbs- und Kartellrechts.

**Forschende Arzneimittelhersteller befürworten den frühen Dialog mit allen Beteiligten.** Die forschenden Arzneimittelhersteller sind sich ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst und laden die politisch Verantwortlichen, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und die Patienten zum offenen Dialog über neue Wirkstoffe ein, die sich noch in der Entwicklungsphase befinden. Ein frühzeitiger Dialog fördert Vertrauen, erleichtert die effiziente Allokation von Ressourcen und ermöglicht einen schnelleren Zugang zu Innovationen.

**Private und öffentliche Forschung müssen noch stärker miteinander verzahnt werden**. Durch Forschungskooperationen, Durchlässigkeit für Expertise und Austausch von Wissenschaftlern profitieren beide Seiten gleichermaßen: Stärkung der Grundlagenforschung, Drittmittel, Entwicklung bis zur Marktreife. Bürokratische Hürden insbesondere in der klinischen Forschung müssen abgebaut werden und anwendungsbezogene Forschung muss wieder an Stellenwert gewinnen.

## Der Weg in eine zukunftsfähige Arzneimittelversorgung

**Alle kollektivrechtlichen Regelungen des Gesundheitswesens - insbesondere im Arzneimittelmarkt - sind auf den Prüfstand zu stellen.** Dabei ist zu prüfen, ob diese Regelungen obsolet, wettbewerbs- oder innovationsbehindernd sind und besser im Verhältnis von Versicherten, Krankenkasse und Leistungsanbieter angesiedelt werden sollen. Das Prinzip dezentraler Lösungen und Angebote ist vorrangig, weil es besser auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse von allen Beteiligten ausgerichtet werden kann.

**Die Verbreitung von dezentralen Verträgen, die die Arzneimittelhersteller mit Krankenkassen oder Leistungsanbietern schließen können, muss beschleunigt werden. Voraussetzung dafür ist, dass Zwangsrabatte und Festbeträge als bundesweite Preisregulierung sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößen als regionale Markteingriffe abgeschafft werden.** Diese Reglementierungen stehen der politisch gewollten Entwicklung von dezentralen Verträgen im Wege und verbauen die Chance, dass solche Verträge sich auch auf Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Effizienz in der Versorgung beziehen. Sie können durch vertraglich vereinbarte Maßnahmen zielgenauer ersetzt werden und auch den gezielten und nutzbringenden Einsatz von Innovationen fördern. Mit den Verträgen sollte angestrebt werden, dass die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit bei den Krankenkassen und für die therapeutische Qualität bei den Ärzten liegt.

**Es muss geprüft werden, ob die Versorgungssituation mit den politischen Zielen übereinstimmt.** Dafür ist die Versorgungsforschung aus öffentlichen Mitteln zu verstärken. Erkennbare Versorgungslücken sind politisch zu bewerten und gegebenenfalls zu schließen, wenn diese sozialpolitisch nicht zu vertreten sind.

**Versicherungen müssen einen größeren Spielraum für Wettbewerb bekommen und den Versicherten differenzierte Leistungspakete anbieten dürfen.** Krankenkassen sollten nach der arzneimittelrechtlichen Zulassung von Innovationen selbst entscheiden, ob sie innovative Behandlungsverfahren oder Arzneimittel als Bestandteil von Satzungsleistungen oder Zusatztarifen in ihr Angebot aufnehmen. Dies gilt unabhängig von der Prüfung oder Bewertung dieser Leistungen zur Aufnahme in den Katalog der Basisleistungen. Um einen Wettbewerb um innovative Angebote zu intensivieren und die positiven Effekte von Wettbewerb für das Gesamtsystem zu initiieren, sollten Krankenkassen und Leistungsanbieter diese Leistungen einfach und verständlich kommunizieren.

**Die Finanzierung der Krankenkassen muss flexibler werden.** Auch auf diesem Wege muss genügend Raum für differenzierte Leistungsangebote geschaffen werden. Ein starres Korsett wie ein bundeseinheitlicher Beitragssatz mit marginalem Zusatzbeitrag bietet diesen Raum nicht. Mit dem Gesundheitsfonds soll es ab 2009 einen solchen einheitlichen Betragssatz geben und den Krankenkassen wird nur ein flexibler Aufschlag von höchstens 1% des beitragspflichtigen Einkommens zugestanden. Diese Beschränkung wird keinesfalls zu einem Anschub für mehr Wettbewerb auf dem Leistungssektor führen.

**Das Heilmittelwerbegesetz ist so zu novellieren, dass Arzneimittelhersteller das Recht bekommen, Patienten über Arzneimittel zu informieren.** In einem System mit flexiblen Leistungspaketen muss dem höheren Informationsbedürfnis der Versicherten und Patienten Rechnung getragen werden. Dabei geht es nicht um Werbung. Sondern es geht um eine sachgerechte Information auf der Basis des neuesten Kenntnisstandes, über den der Hersteller am ehesten umfänglich verfügt.

**Es muss ein starker Wettbewerbsrahmen geschaffen werden statt problembehafteter Detailregulierungen.** Der Gesetzgeber sollte für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure einen klaren und einheitlichen Wettbewerbs- und kartellrechtlichen Rahmen setzen, in dem sich der Wettbewerb um bessere Qualität, Leistungen und Preise vollziehen kann.

Die Thesen zur Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems („Zukunftspapier“) wurden im April 2008 von einer Arbeitsgruppe der untenstehenden forschenden Pharmaunternehmen erarbeitet.

Abbott
AMGEN
AstraZeneca
life inspiring ideas
biogen idec
Bristol-Myers Squibb
essex pharma
genzyme
gsk GlaxoSmithKline
JANSSEN-CILAG
[Zukunftsarbeit]
Lilly
MSD
NOVARTIS
Organon
Pfizer
P&G
Wyeth