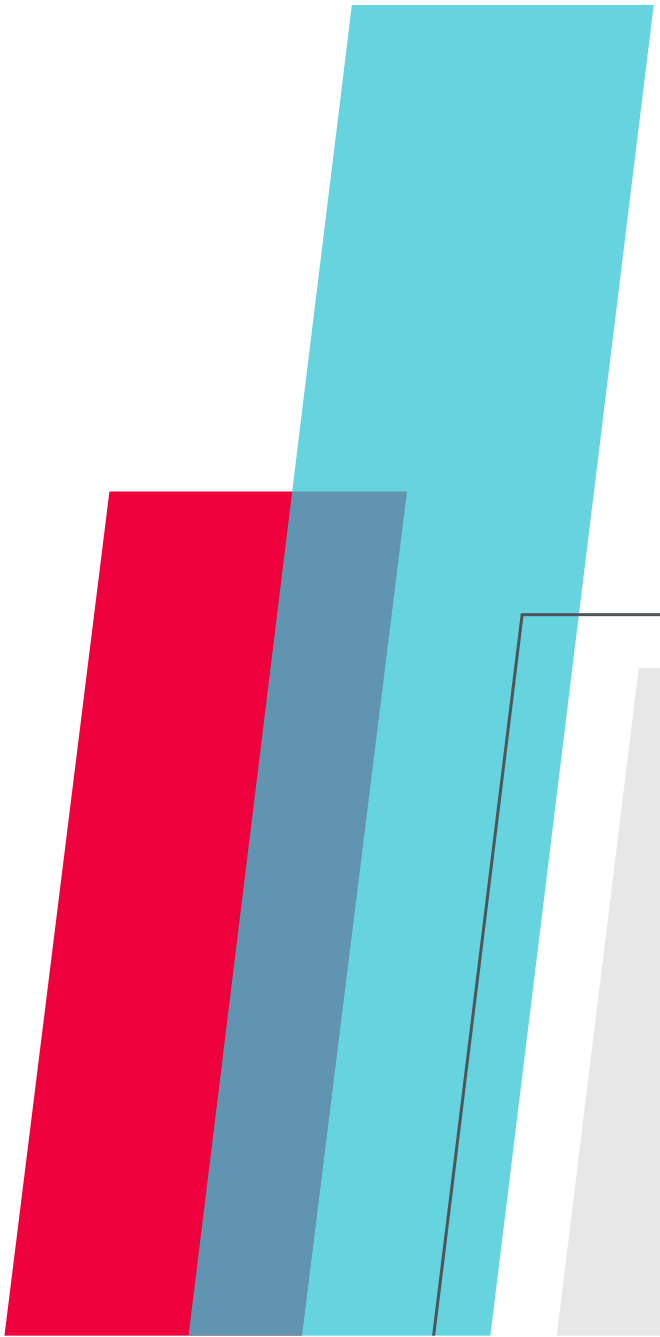
STUDIE

Potenzielle Folgen des GKV-Beitragssatz-stabilisierungsgesetzes 2026 für den Pharmastandort Deutschland

GKV-Finanzwirkung, Wirtschafts- und Versorgungsrisiken sowie Handlungsalternativen



Von
Paula Kostrzewa
Silvia Golm
Frederick Vierhub-Lorenz
Markus Hoch
Dr. Oliver Ehrentraut

Auftraggeber
Fortschrittsdialog
Gesunde Industriepolitik

Abschlussdatum
26. Juni 2026

Enabling progress.
With evidence.

Prognos gibt Orientierung in Zeiten der Ungewissheit. Wir vereinen Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, um tragfähige Entscheidungen in komplexen Umfeldern zu ermöglichen. Unsere belastbaren Daten, präzisen Analysen und innovativen Methoden unterstützen Verantwortliche in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dabei, den Wandel aktiv zu gestalten. So ermöglichen wir Fortschritt mit Substanz. Für Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen.

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
DE 122787052

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr
1959

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Unsere Standorte

Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel
info@prognos.com

X: Prognos AG
LinkedIn: @Prognos_AG

prognos.com

Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen

Prognos AG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg

Prognos AG
Rödingsmarkt 9
(c/o Mindspace)
20459 Hamburg

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG in Belgien

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft in Österreich

Prognos Europe GmbH
c/o e7
Hasengasse 12/2
1100 Wien

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung		4
1	**Hintergrund – Die FGK-Reformvorschläge**	**6**
2	**Methodisches Vorgehen**	**7**
2.1	Literaturbasierte Einordnung des Zielkonflikts	7
2.2	Operationalisierung	9
3	**Wirtschafts- und Versorgungsrisiken**	**12**
3.1	Planungs- und Investitionssicherheit	12
3.2	Markteinführungen und Standortattraktivität	15
3.3	Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten	16
3.4	Versorgungssicherheit	17
3.5	Internationale Preisstruktur (Referenzpreiseffekte)	18
3.6	Gesamtfiskalische Rückkopplungseffekte	19
4	**Fazit und Handlungsempfehlungen**	**20**
4.1	Fazit	20
4.2	Handlungsempfehlungen	21
Quellenverzeichnis		23

Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor einer strukturellen Finanzierungslücke. Seit 2019 übersteigen die Ausgaben die Einnahmen in mehreren Jahren deutlich. Auch für die kommenden Jahre sind ohne Gegenmaßnahmen steigende Zusatzbeiträge zu erwarten. Vor diesem Hintergrund verfolgt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) das Ziel, die Finanzentwicklung der GKV kurzfristig zu stabilisieren. Im Arzneimittelbereich sieht der Gesetzesentwurf unter anderem einen dynamisierten Herstellerabschlag, eine gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen sowie Fokuslisten mit Selektivverträgen für patentgeschützte Arzneimittel vor. Diese Maßnahmen sollen die Arzneimittelausgaben begrenzen und damit einen Beitrag zur Beitragssatzstabilisierung leisten.

Die vorliegende Analyse ordnet die im Gesetzesentwurf enthaltenen Reformmaßnahmen systematisch nach ihrem erwarteten Einsparpotenzial und ihren potenziellen wirtschaftlichen sowie versorgungsbezogenen Risiken ein. Auf Grundlage der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit wurden hierfür 23 priorisierte Maßnahmen betrachtet und entlang einer Zielkonfliktmatrix bewertet. Die Matrix verknüpft die erwarteten jährlichen GKV-Einsparungen mit einem Risikoindikator, der zentrale Dimensionen wie Planungs- und Investitionssicherheit, Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten, internationale Preisstrukturen, Versorgungssicherheit und fiskalische Rückkopplungen berücksichtigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass einzelne Maßnahmen relevante Einsparpotenziale bei vergleichsweise begrenzten unmittelbaren Risiken aufweisen. Hierzu zählen insbesondere die wirkungsorientierte Anpassung des Prüfquotensystems im stationären Bereich (Maßnahme 9) sowie die Streichung sämtlicher extrabudgetärer Vergütungstatbestände, die im Zuge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) eingeführt wurden (Maßnahme 8). Beide Maßnahmen können die GKV substanziell entlasten, ohne dass in der vorliegenden Bewertung erhebliche direkte Risiken für Versorgung oder wirtschaftliche Stabilität identifiziert wurden. Viele weitere Reformelemente weisen dagegen nur begrenzte Einsparpotenziale auf und leisten isoliert betrachtet keinen substanziellen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen.

Die drei in der Studie analysierten arzneimittelpolitischen Kernmaßnahmen sind der dynamisierte Herstellerabschlag, die gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen sowie Fokuslisten mit Selektivverträgen. Sie werden vor allem deshalb kritisch bewertet, weil sie mehrere Wirtschafts- und Versorgungsrisiken gleichzeitig berühren. Zu diesen Risiken zählen:

- **Planungs- und Investitionssicherheit**: Effektive Erlöse und Marktanteile werden durch die Maßnahmen zum dynamisierten Herstellerabschlag, Preis-Mengen-Regelungen und Fokuslisten weniger verlässlich kalkulierbar, weil sie stärker von nachgelagerten Mengen-, Budget- und Ausschreibungsmechanismen abhängen.
- **Markteinführungen und Standortattraktivität**: Wird die AMNOG-Preisbildung durch zusätzliche Preis- und Mengensteuerung überlagert, kann Deutschland an Berechenbarkeit als früher, transparenter und nutzenbasierter First-Launch-Markt verlieren.

- **Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten**: Diese können beeinträchtigt werden, weil regulatorischer Preisdruck und volatile Erlöserwartungen die Wirtschaftlichkeit langfristiger Entwicklungsprogramme mindern und Fehlanreize bei Indikationsausweitungen setzen.
- **Versorgungssicherheit**: Fokuslisten und Selektivverträge können das Therapiespektrum verengen, wirtschaftliche Kriterien in der Verordnung stärken oder Marktrücknahmen begünstigen.
- **Internationale Preisstruktur (Referenzpreiseffekte)**: Deutschland spielt als Referenzmarkt eine wichtige Rolle für Preisbildungsprozesse in anderen Ländern. Niedrigere oder volatilere deutsche Nettopreise können so indirekte Rückwirkungen auf globale Preisstrukturen entfalten.
- **Gesamtfiskalische Rückkopplungseffekte**: Einsparungen der GKV können durch geringere Unternehmensgewinne, Investitionen, Beschäftigung sowie Steuer- und Beitragseinnahmen an anderer Stelle teilweise kompensiert werden. Eine isolierte GKV-Betrachtung greift daher zu kurz.

Die Analyse kommt vor diesem Hintergrund zu dem Ergebnis, dass Beitragssatzstabilisierung nicht allein über zusätzliche Belastungen einzelner Leistungs- oder Industriesektoren erreicht werden sollte. Kurzfristige Finanzierungsziele müssen vielmehr mit Versorgungssicherheit, Innovationsanreizen und der langfristigen Wettbewerbsfähigkeit des Pharmastandorts Deutschland verbunden werden. Erforderlich ist daher eine Reformstrategie, die die strukturelle Kostendynamik des Gesundheitswesens adressiert, versicherungsfremde Leistungen sachgerecht finanziert und Effizienzpotenziale durch Innovation, Digitalisierung und neue Versorgungsformen hebt. Daraus leitet die Analyse fünf zentrale Handlungsempfehlungen ab:

- Versicherungsfremde Leistungen konsequent steuerfinanzieren.
- Innovationen und Digitalisierung als Effizienzhebel fördern.
- Forschungs- und Produktionsstandort gezielt stärken.
- Regulatorische Belastungen an Standortbeiträge koppeln.
- Arzneimittelpolitische Eingriffe risikoadjustiert begrenzen.

1 Hintergrund – Die FGK-Reformvorschläge

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht seit Jahren vor einer strukturellen Finanzierungslücke. Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen seit 2019 (mit Ausnahme des Jahres 2022) erheblich (Bundesministerium für Gesundheit, 2026b). Aktuell und für die kommenden Jahre sind ebenfalls Finanzierungsdefizite zu erwarten, die ohne Reformmaßnahmen deutliche Beitragssatzerhöhungen notwendig machen würden. Diese Entwicklung ist Ausdruck einer strukturellen Kostendynamik: Die Ausgaben des Gesundheitssektors wachsen systematisch schneller als die allgemeine Lohnentwicklung, da Produktivitätssteigerungen in personalintensiven Versorgungsbereichen strukturell begrenzt sind, der Sektor aber mit dem übrigen Arbeitsmarkt um qualifizierte Fachkräfte konkurriert (Baumol u. a., 2012). Eine rein einnahmenorientierte Ausgabenpolitik setzt dieser Dynamik eine politische Deckelung entgegen, ohne die zugrundeliegende Wirkungskette zu unterbrechen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung eine umfassende Reformstrategie eingeleitet. In einem ersten Schritt wurde die FinanzKommission Gesundheit (FKG) mit der Erarbeitung kurz- und mittelfristig wirksamer Konsolidierungsmaßnahmen beauftragt. In ihrem Bericht vom 30. März 2026 legte die FKG 66 Reformempfehlungen vor, die die Finanzsituation der GKV stabilisieren sollen (FinanzKommission Gesundheit, 2026). In einem zweiten Schritt überführte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zentrale Empfehlungen der FKG in einen Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG), der am 16. April 2026 vorgelegt wurde. Im Arzneimittelbereich verfolgt das BMG nach eigener Darstellung eine ausgewogene Lösung im Spannungsfeld zwischen Standortattraktivität, Ausgabenstabilisierung und gutem Zugang zu Arzneimitteln (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a). Mit dem Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026 wurde das GKV-BStabG in seiner Entwurfsfassung politisch bestätigt und muss nun noch durch das Parlament verabschiedet werden. Über die Maßnahmen im Arzneimittelbereich hinaus adressiert der Gesetzesentwurf viele weitere Reformmaßnahmen in den Bereichen ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Hilfsmittel, Krankengeld, Verwaltung sowie weitere übergreifende Reformen. Insgesamt übernimmt der Gesetzesentwurf rund 90 Prozent der Inhalte der 66 Reformvorschläge der FKG in unterschiedlicher Ausgestaltung.

Das Gesetz sieht im Arzneimittelbereich drei zentrale Maßnahmen vor. Erstens soll der bestehende statische Herstellerabschlag nach § 130a SGB V von 7 Prozent durch eine dynamische Komponente ergänzt werden, deren Höhe an die Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV gekoppelt wird. Für den Zeitraum 2027 bis 2030 erwartet das BMG dadurch kumulierte Einsparungen von rund 12 Mrd. Euro. Zweitens soll die bestehende Preis-Mengen-Regelung für AMNOG-Arzneimittel durch eine gesetzliche Auffangregelung (§ 130b Abs. 1a SGB V) neu ausgestaltet werden: Einigen sich GKV-Spitzenverband und pharmazeutische Unternehmen nicht auf eine individuelle Regelung, gilt ab dem dritten Jahr nach Inverkehrbringen automatisch ein gesetzlich definiertes Rabattmodell als vereinbart, das sich aus einer wachstumsbezogenen und einer volumenbezogenen Komponente zusammensetzt. Drittens sollen mit dem Gesetz wirkstoffübergreifende Fokuslisten mit Selektivverträgen für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (§ 130e SGB V) eingeführt werden, zunächst beschränkt auf fünf Wirkstoffklassen. Im Gegenzug werden ausgewählte

Instrumente des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes 2022 – insbesondere der Kombinationsabschlag und die Leitplanken für Erstattungsbeträge – zurückgenommen, die sich laut BMG als unflexibel und potenziell innovationshemmend erwiesen haben (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a). Zusammen sollen die beiden Maßnahmen laut Gesetzentwurf ab 2028 Einsparungen von rund 260 Mio. Euro erzielen, die bis 2030 auf rund eine Milliarde Euro jährlich ansteigen sollen.

Die vorliegende Analyse untersucht die fiskalischen Effekte sowie die potenziellen wirtschaftlichen und versorgungsbezogenen Risiken ausgewählter Reformmaßnahmen mit besonderem Fokus auf die Maßnahmen im Arzneimittelbereich. Ziel ist es, die gesundheitspolitische Debatte um eine gesamtwirtschaftliche Perspektive zu erweitern und zentrale Zielkonflikte zwischen kurzfristiger Finanzstabilisierung und langfristigen Strukturwirkungen systematisch aufzuzeigen.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Literaturbasierte Einordnung des Zielkonflikts

In der gesundheitsökonomischen Literatur ist der grundlegende Zielkonflikt zwischen kurzfristiger Kostendämpfung und langfristigen Innovationsanreizen gut etabliert. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass regulatorische Eingriffe in die Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln einerseits die Ausgaben der Kostenträger senken können, andererseits aber die erwarteten Erträge pharmazeutischer Unternehmen reduzieren und damit Investitions- und Forschungsentscheidungen beeinflussen.

Empirisch zeigt sich, dass pharmazeutische Innovation eng mit Marktgröße und Gewinnerwartungen verknüpft ist. So kann ein Anstieg der potenziellen Marktgröße zu einer signifikanten Zunahme der Entwicklung neuer Arzneimittel führen (Acemoglu und Linn, 2004). Ergänzend weisen internationale Analysen darauf hin, dass höhere erwartete Preise und Erlöse mit einer stärkeren Innovationsaktivität einhergehen (Dubois u. a., 2015). Regulatorische Eingriffe, die die erzielbaren Preise begrenzen, können entsprechend über reduzierte Gewinnerwartungen dämpfend auf Innovationsanreize wirken (Eger und Mahlich, 2014).

Dieser Zusammenhang lässt sich systematisch entlang einer Wirkungslogik strukturieren: Regulatorische Maßnahmen wirken zunächst direkt auf Preise und Erstattungskonditionen und damit auf die erwarteten Umsätze. Diese bestimmen die Renditeerwartungen von Forschungsprojekten und beeinflussen folglich Umfang und Ausrichtung von F&E-Investitionen. Ein Rückgang der erwarteten Erlöse geht dabei typischerweise mit dem Risiko einher, dass F&E-Kosten nicht vollständig amortisiert werden können, was die Innovationsanreize verringert (Eger und Mahlich, 2014; Philipson und Durie, 2021). Gleichzeitig verdeutlicht die Literatur zu den Kostenstrukturen der pharmazeutischen Industrie, dass hohe F&E-Kosten und erhebliche Entwicklungsrisiken die Sensitivität von Investitionsentscheidungen gegenüber regulatorischen Rahmenbedingungen zusätzlich erhöhen (DiMasi u. a., 2016).

Die empirische Evidenz ist jedoch nicht eindeutig kausal und weist auch auf die Bedeutung firmenspezifischer Faktoren hin. Zwar wird in der Literatur ein negativer Zusammenhang zwischen Preisregulierung und F&E-Intensität beobachtet, dieser verliert jedoch an statistischer Signifikanz, sobald unternehmensspezifische Effekte berücksichtigt werden. Dies deutet darauf hin, dass Investitionsentscheidungen unter anderem durch langfristige Unterschiede zwischen Unternehmen geprägt werden und nicht ausschließlich auf regulatorische Rahmenbedingungen zurückgeführt werden können (Shaikh u. a., 2020).

Eine stärker ordnungspolitisch und international ausgerichtete Perspektive verdeutlich zudem, dass nationale Preisbildungsmechanismen in globale Marktstrukturen eingebettet sind. Entsprechende Maßnahmen können daher über Referenzpreissysteme oder strategische Markteinführungen Spillover-Effekte auf internationale Märkte und damit auf globale Innovationsanreize auslösen (Ho und Pakes, 2024). Die Literatur zeigt, dass externe Referenzpreisbildung zu einer internationalen Preis-Konvergenz nach unten führen kann, was die globalen Umsatzerwartungen reduziert. Darüber hinaus können daraus resultierende niedrigere Preise Marktrückzüge oder Launch-Verzögerungen auslösen, um negative internationale Preiseffekte zu vermeiden (Kanavos u. a., 2020). Dies kann im äußersten Fall zu einer begrenzten Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel führen (Newton u. a., 2025).

Neben den direkten Effekten auf das Niveau von F&E-Investitionen insgesamt verweist die Literatur auf eine standortbezogene Investitionslogik, wonach dieselben preisinduzierten Veränderungen der Erlösperspektiven auch die räumliche Verteilung von Investitionen beeinflussen. Unternehmensbefragungen zeigen, dass strengere Preisregulierung – etwa im Kontext des GKV-FinStG – mit Umsatzrückgängen und erhöhter Planungsunsicherheit einhergeht. Investitionen in Forschung, Produktion und klinische Studien werden dadurch zunehmend infrage gestellt oder in andere Länder verlagert (Prognos, 2023). Grund hierfür ist, dass Investitionsentscheidungen in global agierenden Unternehmen im Wettbewerb zwischen Standorten erfolgen und sinkende Erlösperspektiven damit unmittelbar die relative Attraktivität nationaler F&E-Standorte schwächen (Prognos, 2023). Internationale Evidenz stützt diese Logik: Langfristig können restriktive Preisregime die Innovationsleistung und Wettbewerbsfähigkeit ganzer Industriesektoren mindern, da geringere Preise sowohl die Investitionsanreize als auch die finanziellen Spielräume für F&E reduzieren (Ezell, 2022).

Zusammengenommen ergibt sich aus der Literatur ein differenziertes und mehrdimensionales Wirkungsbild: Regulatorische Rahmenbedingungen beeinflussen über Erwartungen hinsichtlich Marktgröße, Preisen und Erträgen die Investitions-, Innovations- und Versorgungsentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen. Der Zielkonflikt manifestiert sich dabei systematisch entlang mehrerer miteinander verknüpfter Dimensionen – von kurzfristigen fiskalischen Entlastungen über langfristige Effekte auf F&E-Aktivitäten bis hin zu Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Innovationsdynamik und Standortpräferenz. Gleichzeitig verdeutlicht die empirische Evidenz, dass diese Effekte durch firmenspezifische Strategien und strukturelle Unterschiede beeinflusst werden.

2.2 Operationalisierung

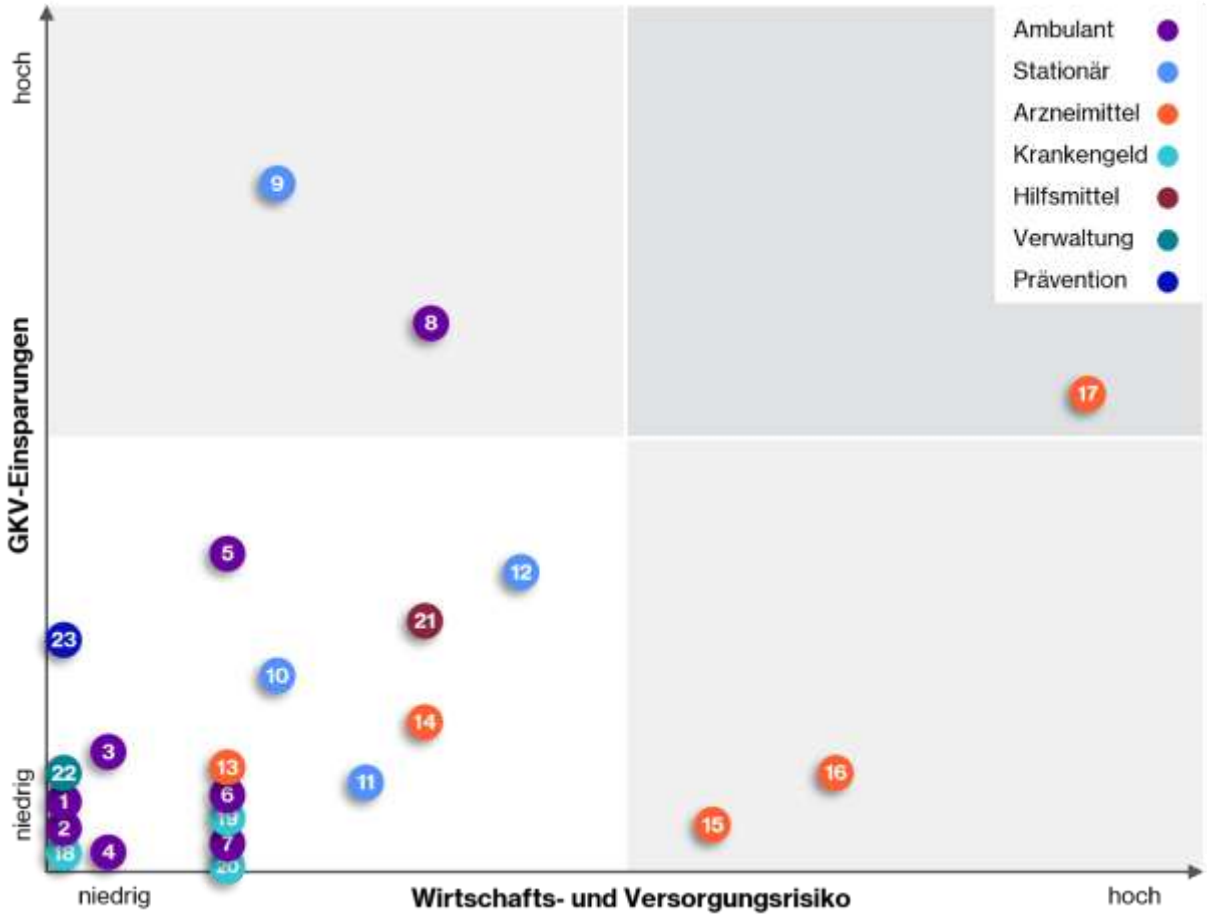
Ausgangspunkt der Analyse bildet die Maßnahmenliste der FKG, die zunächst dahingehend überprüft wurde, welche der vorgeschlagenen Maßnahmen tatsächlich in das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) eingeflossen sind. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Fokussierung auf jene Maßnahmen, die politisch relevant und potenziell wirksam sind. Übergreifende Maßnahmen sowie reine Maßnahmen zur Einnahmensteigerung wurden aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt, da für diese die gewählte Zuordnung nach Einsparwirkungen und Risikodimensionen nicht passend ist.

Im nächsten Schritt wurden die Maßnahmen nach der Höhe ihrer potenziellen Einsparwirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sortiert, um die finanzielle Relevanz systematisch abzubilden. Vor dem Hintergrund der betrachteten Literatur besteht die methodische Herausforderung darin, den mehrdimensionalen Zielkonflikt systematisch abzubilden und für eine vergleichende Bewertung von Maßnahmen operationalisierbar zu machen. Hier setzt der in der vorliegenden Analyse verwendete Risikoindikator an. Die sechs Risikokategorien Planungssicherheit (K1), Investitionen (K2), Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten (K3), internationale Preisstruktur (K4), Versorgungssicherheit (K5) sowie fiskalische Rückkopplungen (K6) können als Operationalisierung des in der Literatur beschriebenen Spannungsverhältnisses zwischen regulatorischem Rahmen und Investitionsentscheidung verstanden werden.

Zur Verdichtung der einzelnen Risikodimensionen zu einem Gesamtbild wurden die Risikokategorien K1 bis K4 gleichgewichtet und mit jeweils 0,25 in die Gesamteinschätzung einbezogen. Diese Kategorien ordnen wir den Investitionsentscheidungen zu und erreichen somit eine gleichgewichtete Aggregation von Risikodimensionen, bei der keine a priori Gewichtung einzelner Kategorien erfolgt. Die Risikokategorien K5 und K6 bilden hingegen mögliche Sekundärrisiken ab, die sich aus veränderten Investitionsentscheidungen für die Gesamtwirtschaft und die Versorgungsstrukturen ergeben können. Mit Hilfe dieses Vorgehens stellen wir eine ganzheitliche Betrachtung sicher.

Auf Basis dieser mehrstufigen Filter- und Bewertungslogik reduziert sich die ursprüngliche Maßnahmenliste auf insgesamt 23 priorisierte Maßnahmen. Diese Maßnahmen sind in Abbildung 1 systematisch visualisiert. Die Darstellung verknüpft auf der y-Achse die Höhe der GKV-Einsparungen (jährliches Potenzial für 2027) mit dem auf der x-Achse abgetragenen wirtschaftlichen und versorgungsbezogenen Risiko. Dadurch entsteht eine übersichtliche Einordnung der Maßnahmen entlang des zentralen Zielkonflikts zwischen kurzfristiger Finanzentlastung und potenziellen negativen Strukturwirkungen. Ergänzend ist eine Differenzierung nach Versorgungsbereichen (z. B. ambulant, stationär, Arzneimittel) berücksichtigt, um sektorale Schwerpunkte sichtbar zu machen.

Abbildung 1: Zielkonfliktmatrix von jährlichen GKV-Einsparungen 2027 und Wirtschafts- bzw. Versorgungsrisiko ausgewählter BStabG-Maßnahmen



1. Rücknahme Vergütung Organspende
2. Ausschluss Homöopathie
3. Korrektur Entbudg. Kinderärzte
4. Anpassung Labor (Check-up)
5. Wegfall ePA-Vergütung
6. Streichung Zuschlag Kurzzeittherapie
7. Strukturreform Kieferorthopädie
8. Streichung TSVG-Sondervergütungen
9. Erweiterung MD-Prüfauftrag
10. Personalmittel PEPP-Bereich
11. Oblig. Zweitmeinungsverfahren
12. Streichung Pflegeentlastung
13. Streichung Erstattung Cannabisblüten
14. Maßnahmen Verbandmittel
15. Preis-Mengen-Regelung
16. Selektivverträge §130e
17. Dynamisierter Herstellerabschlag
18. Krankengeld bei Teilrente
19. Teilkrankengeld
20. Krankengeldfallmanagement
21. Neuordnung Hilfsmittel-Festbeträge
22. Halbierung Werbeausgaben-Grenze
23. Zuckerabgabe (nachrichtlich)

Quelle: Eigene Darstellung

Auf Basis dieser Bewertungslogik ergibt sich eine Verteilung der Reformmaßnahmen auf die folgenden vier Quadranten:

- **Im linken oberen Quadranten** finden sich Maßnahmen, die ein vergleichsweise hohes Einsparpotenzial bei zugleich begrenzten Risiken für Wirtschaft und Versorgung aufweisen. Hierzu zählen insbesondere zwei Eingriffe:

Erstens die wirkungsorientierte Anpassung des Prüfquotensystems im stationären Bereich (Maßnahme 9). Diese umfasst unter anderem höhere Prüfquoten bei gleichzeitig abgesenkten Schwellenwerten für unbeanstandete Rechnungen, eine automatische Ausweitung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie eine Stärkung des Falldialogs zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor Einleitung einer Prüfung. Durch diese Maßnahmen werden für die GKV ab dem Jahr 2027 Minderausgaben in Höhe von rund 1,6 Milliarden Euro jährlich erwartet.

Zweitens die Streichung sämtlicher extrabudgetärer Vergütungstatbestände, die im Zuge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) eingeführt wurden (Maßnahme 8). Hierunter fallen insbesondere Zuschläge für kurzfristig vermittelte Termine, deren extrabudgetäre Vergütung sowie Vergütungsregelungen für offene Sprechstunden. Für das Jahr 2027 wird ein Einsparvolumen von etwa 1,3 Milliarden Euro prognostiziert; aufgrund der anhaltend dynamischen Inanspruchnahme entsprechender Leistungen könnte dieses bis 2030 auf rund 1,8 Milliarden Euro jährlich anwachsen.

Beide Maßnahmen zeichnen sich durch substanzielle Entlastungseffekte für die GKV aus, ohne dass in dieser Analyse erhebliche unmittelbare Risiken für die Versorgungssicherheit oder die wirtschaftliche Stabilität identifiziert wurden. Weitere potenzielle Effekte – etwa auf den Arbeitsmarkt – sind allerdings nicht Gegenstand der Betrachtung.

- **Im rechten oberen Quadranten** findet sich mit dem dynamisierten Herstellerabschlag (Maßnahme 17) eine einzelne, jedoch fiskalisch relevante Reformoption. Diese sieht eine Anpassung der Abschlagsregelungen für pharmazeutische Hersteller vor und generiert laut Gesetzesentwurf kurzfristig Einsparungen von rund 1,1 Milliarden Euro im Jahr 2027, die perspektivisch auf bis zu 5,5 Milliarden Euro jährlich im Jahr 2030 ansteigen könnten.

  Dem erheblichen Einsparpotenzial stehen jedoch ebenso signifikante Risiken gegenüber. Insbesondere werden mögliche negative Effekte auf die Standortattraktivität der pharmazeutischen Industrie sowie damit verbundene fiskalische Rückkopplungseffekte diskutiert. Vor diesem Hintergrund erscheint diese Maßnahme als klassischer Zielkonflikt zwischen kurzfristiger Ausgabenentlastung der GKV und längerfristigen industrie- und standortpolitischen Erwägungen.

- Die Maßnahmen **im rechten unteren Quadranten** vereinen geringe Einsparpotenziale mit gleichzeitig erhöhten Risiken für Wirtschaft und Versorgungssicherheit. Hierzu zählen insbesondere die Einführung von Preis-Mengen-Regelungen im Arzneimittelbereich (Maßnahme 15) sowie die Etablierung von Fokuslisten in Verbindung mit Selektivverträgen (Maßnahme 16).

  Preis-Mengen-Regelungen zielen darauf ab, bei steigenden Verordnungszahlen automatische Preisabschläge oder Budgetbegrenzungen auszulösen. Dies könnte kurzfristig zu Kostendämpfungseffekten führen, birgt jedoch potenzielle Risiken für die Verfügbarkeit von Arzneimitteln sowie für Innovationsanreize. Die Einführung von Fokuslisten und darauf basierenden Selektivverträgen verfolgt demgegenüber das Ziel, die Verordnung bestimmter Wirkstoffe gezielt zu steuern und Effizienzreserven zu heben. Gleichzeitig kann dies jedoch zu Marktverzerrungen, eingeschränkter Therapievielfalt und erhöhtem administrativem Aufwand führen.

  Insgesamt belaufen sich die mit diesen Maßnahmen verbundenen Einsparungen laut Gesetzesentwurf im Jahr 2027 auf rund 260 Millionen Euro und könnten bis 2030 auf bis zu 1 Milliarde Euro steigen. Angesichts dieses begrenzten fiskalischen Beitrags bei zugleich

vergleichsweise hohen Risiken bewertet die vorliegende Analyse diese Maßnahmen als besonders kritisch.

- **Der linke untere Quadrant** umfasst den Großteil der betrachteten Reformvorschläge. Diese Eingriffe sind typischerweise mit geringen Einsparpotenzialen verbunden, weisen jedoch gleichzeitig ein relativ niedriges Risiko für Wirtschaft und Versorgung auf.

  Zu den hier einzuordnenden Maßnahmen zählen unter anderem die Streichung homöopathischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog, Anpassungen beim Krankengeld, Reformen der Vergütungsstruktur in der Kieferorthopädie sowie die Beendigung der Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten. Auch weitere kleinteilige Eingriffe in unterschiedliche Leistungsbereiche fallen in diesen Quadranten.

  In der Gesamtschau handelt es sich um Maßnahmen, die vergleichsweise konfliktarm umsetzbar erscheinen, jedoch isoliert keinen substanziellen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen leisten.

3 Wirtschafts- und Versorgungsrisiken

Die Einordnung der Reformmaßnahmen in der Zielkonfliktmatrix zeigt, dass insbesondere die drei Maßnahmen aus dem Arzneimittelbereich – der dynamisierte Herstellerabschlag, die Preis-Mengen-Regelung sowie die Einführung von Fokuslisten mit Selektivverträgen – mit den höchsten wirtschaftlichen und versorgungsbezogenen Risiken verbunden sind. Diese Positionierung ist insofern plausibel, als dass diese Eingriffe unmittelbar in die Preisbildungs- und Marktmechanismen eines stark regulierten und zugleich innovationsgetriebenen Sektors eingreifen. Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Kapitel die potenziellen Risiken systematisch entlang zentraler Wirkungskanäle analysiert. Dabei werden die identifizierten Strukturwirkungen exemplarisch anhand der drei genannten Maßnahmen vertieft, um die zugrundeliegenden Zielkonflikte zwischen kurzfristiger Ausgabenentlastung und langfristigen Effekten auf Standort, Innovation und Versorgung differenziert herauszuarbeiten.

3.1 Planungs- und Investitionssicherheit

Erosion der nutzenbasierten Preisbildung im AMNOG-System

Das seit 2011 geltende AMNOG-Verfahren knüpft den Erstattungsbetrag ausschließlich an den therapeutischen Zusatznutzen eines Arzneimittels gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Die gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen (§ 130b Abs. 1a SGB V) steht in einem strukturellen Spannungsverhältnis zu diesem Grundprinzip: Die volumenbezogene Komponente des Rabattsatzes orientiert sich am absoluten Ausgabenvolumen, das unabhängig vom Zusatznutzen ist und die gesamtgesellschaftliche Morbiditätsentwicklung widerspiegelt. Damit entsteht ein paralleler, mengenbasierter Preisbildungsmechanismus, der die Preisfindung de

facto zu einer Mischform aus Nutzenbewertung und Budgetierung macht (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026b). Zugleich setzt die volumenbezogene Komponente an Faktoren an, die pharmazeutische Unternehmen nicht beeinflussen können: epidemiologische Trends, Erkrankungsprävalenz oder Zulassungserweiterungen. Steigen die Verordnungszahlen aufgrund eines hohen medizinischen Bedarfs, erhöht sich der Rabattsatz automatisch. Hinzu kommt ein möglicher Zielkonflikt mit bestehenden Versorgungsstrukturen: Arzneimittel, die im Rahmen regionaler Selektivverträge gezielt zur Mengenausweitung eingesetzt werden, würden bei Erfolg gleichzeitig Mengenrabatte nach § 130b Abs. 1a SGB V auslösen (Pharma Deutschland e.V., 2026).

Auch Fokuslisten mit Selektivverträgen (§ 130e SGB V) schwächen die Verknüpfung von Preis und Zusatznutzen: Wenn eine Krankenkasse eine Gruppe bildet und wirkstoffübergreifend ausschreibt, treten Produkte mit unterschiedlichem Zusatznutzen gegeneinander an, und allein der Preis entscheidet über den Exklusivvertrag. Ein Hersteller, der im AMNOG-Verfahren einen Zusatznutzen nachgewiesen hat, kann den darauf basierenden Erstattungsbetrag nicht mehr als verlässliche Kalkulationsgrundlage für seinen Marktanteil behandeln (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026a). Das AMNOG-Grundprinzip „Erstattungsbetrag folgt dem Nutzen“ wird damit für betroffene Wirkstoffklassen strukturell ausgehöhlt. Das AMNOG ermöglicht dabei eigentlich bereits jährliche GKV-Einsparungen von 3–4 Mrd. Euro (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023).

Rückwirkende Eingriffe durch das Sonderkündigungsrecht

Das im GKV-BStabG vorgesehene Sonderkündigungsrecht ermöglicht es beiden Vertragsparteien, Hersteller und GKV, unter dem GKV-FinStG 2022 geschlossene Vereinbarungen einmalig zu kündigen und unter den neuen Bedingungen neu zu verhandeln. Für Unternehmen mit langen Investitionsvorlaufzeiten stellt dies eine erhebliche Kalkulationsunsicherheit dar. Pharmazeutische Entwicklung erfordert irreversible Vorleistungen, die sich über einen Zeitraum von typischerweise zehn bis fünfzehn Jahren erstrecken und für ein neues Molekül durchschnittlich über eine Milliarde US-Dollar betragen (Adams und Brantner, 2010). Um diese Kosten nachträglich zu decken, setzt die Investitionsentscheidung stabile Erstattungserlöse voraus. Eine regulatorisch ausgelöste Neuverhandlung laufender Vereinbarungen verändert die Erlöserwartung nachträglich und erschwert damit die Ex-ante-Kalkulation künftiger Entwicklungsprojekte.

Volatilität der Erlöse durch den dynamischen Herstellerabschlag

Der dynamische Herstellerabschlag (§ 130a SGB V) macht den effektiven Erlös aus Arzneimitteln für Hersteller zu einer variablen Größe, die nicht mehr allein durch den statischen Abschlag und den therapeutischen Zusatznutzen bestimmt wird, sondern maßgeblich von der Finanzierungssituation der GKV abhängt. Während das bestehende AMNOG-System nach Abschluss der Erstattungsbetragsverhandlungen ein gewisses Maß an Preisstabilität vermittelt, löst die dynamische Abschlagslogik diese Kalkulationsgrundlage partiell auf. Unternehmen können bei Markteintritt nicht mehr verlässlich antizipieren, welchem effektiven Preisniveau ein Produkt wenige Jahre nach Markteinführung unterliegt. Auf Basis der Annahmen des Referentenentwurfs des GKV-BStabG wächst der dynamische Abschlag bis 2030 bereits auf rund 20 Prozent an und könnte mittelfristig deutlich darüber hinausgehen (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026). Dass solche fiskalischen Eingriffe unmittelbare und über den direkt erwünschten

Einspareffekt hinausgehende Wirkungen nach sich ziehen, zeigt die Erfahrung mit der temporären Erhöhung des obligatorischen Herstellerabschlags im Jahr 2023 von 7 auf 12 Prozent durch das GKV-FinStG. Der kurzzeitig erhöhte Herstellerabschlag führte unmittelbar zu Margen- und Umsatzeinbußen und wirkte sich folglich direkt auf die Finanzergebnisse aus. Die betroffenen Unternehmen gaben an, dass es in einzelnen Fällen zu Personalabbau im Zusammenhang mit der Reform kam (Prognos, 2023). Die gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen verschärft diesen Mechanismus zusätzlich, weil sie Preissenkungen nicht nur aus regulatorischen Entscheidungen ableitet, sondern auch aus exogenen Mengenentwicklungen, und damit die Volatilität der Erlöse strukturell erhöht.

SZENARIEN ZUM HERSTELLERABSCHLAG

Der zusätzliche dynamische Herstellerabschlag hängt künftig von mehreren Größen ab: der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV, dem Wachstum der tatsächlichen Arzneimittelausgaben, dem abschlagspflichtigen Bruttoumsatz der Hersteller sowie dessen Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben. Ausgangspunkt der Szenarienrechnung sind die im Gesetzesentwurf genannten Rahmendaten, darunter Ist-Ausgaben von 50 Mrd. Euro im Jahr 2025, ein abschlagspflichtiger Bruttoumsatz von 30 Mrd. Euro im Jahr 2026, ein Bruttoanteil von 60 Prozent sowie Wachstumsraten von 4,1 Prozent bei den beitragspflichtigen Einnahmen und 6,2 Prozent bei den Arzneimittelausgaben. Diese Annahmen führen zum gesetzlich vorgesehenen anfänglichen zusätzlichen Herstellerabschlag von 3,5 Prozent im ersten Halbjahr 2027.

Zur Abschätzung der langfristigen Wirkung hat Prognos 24 Szenarien bis 2040 berechnet. Variiert wurden insbesondere das Wachstum der Soll-Ausgaben auf Basis der Einnahmenentwicklung, das Wachstum des abschlagspflichtigen Bruttoumsatzes sowie die Fortschreibung des Anteils abschlagspflichtiger Umsätze. Dabei wurde einerseits ein konstanter Anteil von 60 Prozent unterstellt, andererseits eine endogene Entwicklung modelliert, bei der sich Patent- und Nicht-Patent-Bereich unterschiedlich dynamisch entwickeln.
Die Ergebnisse zeigen eine erhebliche Bandbreite möglicher Abschlagssätze. Entscheidend ist die Schere zwischen Ist- und Soll-Ausgaben: Je stärker die tatsächlichen Arzneimittelausgaben die einnahmeorientierten Soll-Ausgaben übersteigen, desto höher fällt der dynamische Herstellerabschlag aus. Unter den Grundannahmen des Gesetzesentwurfs steigt der zusätzliche Abschlag bis 2040 auf 43,2 Prozent. Im günstigsten Szenario liegt er bei 24,0 Prozent, bei hoher Ausgabendynamik dagegen bei bis zu 60,2 Prozent. Auch bei einer geringeren Dynamik des Gesamtmarktes ergeben sich bis 2040 zusätzliche Abschläge zwischen 14,4 und 49,1 Prozent. Hinzu kommt jeweils der bestehende fixe Herstellerabschlag von 7 Prozent. Damit erhöht die Maßnahme die Unsicherheit über künftige Nettoerlöse erheblich.

Kollektive Haftungsstruktur ohne Verursacherprinzip

Der dynamische Herstellerabschlag lastet auf allen Herstellern patentgeschützter Arzneimittel gleichermaßen, unabhängig vom jeweiligen Ausgabenbeitrag einzelner Produkte. Unternehmen mit geringem Marktvolumen oder seltenen Indikationen tragen einen Abschlag, dessen Höhe von den Ausgabenentscheidungen Dritter bestimmt wird. Dies widerspricht dem Verursacherprinzip

und setzt falsche Signale für Investitionen in Nischenindikationen und seltene Erkrankungen. Aktuell wird über eine Standortklausel diskutiert, die Unternehmen in Abhängigkeit ihrer Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionsaktivitäten in Deutschland vom dynamischen Herstellerabschlag (teilweise) befreit. Dies würde dem Verursacherprinzip besser gerecht, muss aber unter anderem mit Blick auf das Europarecht rechtsicher ausgestaltet werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Ausnahmeregelung dem fiskalischen Einsparziel der Maßnahme entgegensteht.

3.2 Markteinführungen und Standortattraktivität

Erschwerung von First-Launch-Entscheidungen durch Verlust des AMNOG-Alleinstellungsmerkmals

Der dynamisierte Herstellerabschlag, Preis-Mengen-Regelungen und Fokuslisten mit Selektivverträgen schwächen die Berechenbarkeit von Markteinführungen: Effektive Preise und Marktanteile hängen künftig stärker von nachgelagerten, teils exogenen Faktoren ab. Die jährliche Neuberechnung des Herstellerabschlags untergräbt die bisherige Preisstabilität nach AMNOG-Verhandlungen. Zugleich lösen steigende Verordnungszahlen ab dem dritten Jahr automatisch höhere Rabatte aus – auch dann, wenn sie Ausdruck eines hohen medizinischen Bedarfs sind.

Damit steigt für forschende Unternehmen das Risiko, dass sich die Wirtschaftlichkeit eines Produkts nach der Markteinführung verschlechtert. Deutschland verliert dadurch an Attraktivität als First-Launch-Markt: Das bisherige AMNOG-Alleinstellungsmerkmal eines frühen, transparenten und nutzenbasierten Preisbildungssystems wird durch nachgelagerten Preiswettbewerb überlagert. Selbst ein nachgewiesener Zusatznutzen bietet dann keine verlässliche Grundlage mehr für den tatsächlich erreichbaren Marktanteil.

Dass solche Eingriffe reale Standortwirkungen entfalten können, zeigte bereits das GKV-FinStG 2022: Die temporäre Erhöhung des Herstellerabschlags führte 2023 zu Margen- und Umsatzeinbußen; teils wurde Personalabbau im Zusammenhang mit der Reform berichtet (Prognos, 2023). Zudem wurden Branchenangaben zufolge fünf Arzneimittelinnovationen nicht eingeführt oder vom Markt genommen, was die Unternehmensseite mit den veränderten Rahmenbedingungen verknüpft (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2024).

Unkalkulierbarkeit des Marktanteils durch Fokuslisten mit Selektivverträgen

Die Fokuslisten mit Selektivverträgen (§ 130e SGB V) verändern die Grundlage für Markteinführungsentscheidungen grundlegend. Der realisierbare Marktanteil eines Produkts hängt dann nicht mehr allein vom verhandelten Erstattungsbetrag ab, sondern vom Ausgang einer kassenindividuellen Ausschreibung. Erhält ein Hersteller keinen Exklusivvertrag, bleibt sein Produkt zwar formal verordnungsfähig, verliert aber den strukturellen Verordnungsvorzug. Internationale Evidenz weist darauf hin, dass therapeutische Referenzpreissysteme zwar preissenkend wirken können, allerdings auch Anreize für Markteintrittsverzögerungen schaffen (Danzon und Epstein, 2012). Für Deutschland, wo derzeit noch rund 90 Prozent neu zugelassener Arzneimittel verfügbar sind (Newton u. a., 2025), ist dieser Effekt als strukturelles Risiko plausibel, zumal er kumulativ zu den weiteren Belastungsmaßnahmen des GKV-BStabG wirkt.

HISTORISCHE REFERENZFÄLLE: UK UND JAPAN

Internationale Vergleichsfälle illustrieren, welche strukturellen Folgen ein dauerhaft erhöhter regulatorischer Preisdruck entfalten kann. Im Vereinigten Königreich werden hohe und volatile Clawback-Raten von 23,5 Prozent mit einem deutlichen Rückgang der Direktinvestitionen im Life-Science-Sektor sowie einer Verschlechterung der Position im Ranking klinischer Studien im Zeitraum 2017 bis 2023 in Verbindung gebracht (ABPI, 2025). Zudem sind dort nur noch rund 37 Prozent neu zugelassener Arzneimittel vollständig verfügbar, während der entsprechende Anteil in Deutschland bisher noch bei etwa 90 Prozent liegt (Newton u. a., 2025).

Ein weiterer Referenzfall ist Japan: Nach Einführung eines umfassenden regulatorischen Instrumentariums im Jahr 1981 sank der japanische Anteil an weltweit neu entwickelten Arzneimittelwirkstoffen von 29 Prozent auf sieben Prozent in den 2010er Jahren; der Anteil an der globalen pharmazeutischen Wertschöpfung fiel zwischen 1995 und 2018 von 18,5 auf 5,5 Prozent (Ezell, 2022). Diese Entwicklungen können als Referenzfälle für potenzielle Risiken in Deutschland herangezogen werden, wo regulatorischer Preisdruck durch dynamische Abschläge, Preis-Mengen-Regelungen und Fokuslisten kumulativ wirkt.

3.3 Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten

Dämpfung der F&E-Intensität durch regulatorischen Preisdruck

Strikte und volatile Preisregulierung dämpft die F&E-Investitionen forschender Unternehmen. Empirische Studien weisen darauf hin, dass Unternehmen tendenziell niedrigere Forschungs- und Entwicklungsquoten aufweisen, wenn ein hoher Umsatzanteil in Europa vorliegt. Dieser Umsatzanteil gilt als Indikator für eine stärkere Exposition gegenüber staatlicher Arzneimittelpreisregulierung. Für den Zeitraum 2000 bis 2008 zeigt sich, dass ein EU-Umsatzanteil von über 33 Prozent mit einer signifikant geringeren F&E-Intensität führender Pharmaunternehmen verbunden ist (Eger und Mahlich, 2014). Dieser Befund wird auch für den Zeitraum 2000 bis 2017 bestätigt (Shaikh, Del Giudice und Kourouklis, 2020). Die gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen verschärft diesen Mechanismus, weil sie Preissenkungen nicht nur aus regulatorischen Entscheidungen ableitet, sondern zusätzlich aus exogenen Mengenentwicklungen, und damit die Volatilität der Erlöse strukturell erhöht. Auch Fokuslisten mit Selektivverträgen setzen Anreize, bei denen therapeutischer Mehrwert innerhalb einer Wirkstoffgruppe im Ausschreibungswettbewerb nicht honoriert wird. Dies kann die Bereitschaft mindern, in Deutschland klinische Entwicklungsprogramme für Indikationen zu finanzieren, in denen bereits mehrere AMNOG-bewertete Alternativen bestehen.

Fehlanreize bei Indikationsausweitungen

Die Kopplung des dynamischen Herstellerabschlags an das Ausgabenvolumen schafft kontraproduktive Anreize bei der Weiterentwicklung bestehender Arzneimittel. Wenn ein innovatives Präparat für zusätzliche Patientengruppen zugelassen wird (Indikationsausweitung), steigt zwangsläufig das Ausgabenvolumen. In der Logik des dynamischen Abschlags würde dieser Erfolg durch eine

höhere Rabattlast bestraft. Dies könnte dazu führen, dass Hersteller die Zulassung neuer Indikationen in Deutschland verzögern oder gänzlich darauf verzichten, um den erhöhten dynamischen Abschlag zu vermeiden. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies einen verzögerten Zugang zu neuen Therapien.

GESAMTWIRTSCHAFTLICHES OPPORTUNITÄTSKOSTENPOTENZIAL

Das volkswirtschaftliche Gegenbild verdeutlicht, welches Potenzial durch ausbleibende Investitionen verloren geht: Einer aktuellen Modellrechnung von IGES zufolge ließe sich durch eine Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen bis 2045 eine zusätzliche Bruttowertschöpfung von kumuliert 271 Mrd. Euro realisieren, verbunden mit zusätzlichen Steuereinnahmen von bis zu 55 Mrd. Euro sowie weiteren 57 Mrd. Euro an Sozialversicherungsbeiträgen (IGES, 2025). Diese Opportunitätskostenrechnung macht deutlich, dass eine einseitig auf kurzfristige GKV-Entlastung ausgerichtete Regulierung langfristig erhebliche fiskalische Rückkopplungseffekte erzeugen kann.

3.4 Versorgungssicherheit

Marktverengung und Marktrücknahmen durch Fokuslisten mit Selektivverträgen

Fokuslisten mit Selektivverträgen (§ 130e SGB V) bergen spezifische Versorgungsrisiken. Für Unternehmen mit einem hohen Anteil von Produkten ohne belegten Zusatznutzen könnte der Preiswettbewerb in Einzelfällen Marktrücknahmen nach sich ziehen (FinanzKommission Gesundheit, 2026). Die Einengung des Therapiespektrums auf wenige Exklusivprodukte je Gruppe kann bei Lieferengpässen oder atypischen Krankheitsverläufen versorgungsrelevant werden. Besondere Risiken bestehen zudem bei versorgungskritischen Arzneimitteln mit wenigen Herstellern: Wenn erhöhte regulatorische Belastungen die Marktteilnahme für Anbieter unwirtschaftlich machen, drohen Lieferengpässe, die Patientinnen und Patienten sowie Versorgungsstrukturen belasten.

Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit

Die vorgesehenen Selektivverträge nach therapeutischen Wirkungsgruppen können die Therapiefreiheit potenziell insofern einschränken, als Ergebnisse von Ausschreibungen stärker in die Arzneimittelversorgung einfließen und wirtschaftliche Kriterien bei der Verordnung an Bedeutung gewinnen. Dadurch könnte sich der Handlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahl zwischen mehreren leitliniengerechten Therapieoptionen verringern. Das betrifft insbesondere Fälle, in denen individuelle Unterschiede im Ansprechen oder in den Präferenzen der Patientinnen und Patienten eine differenzierte Therapieentscheidung erfordern (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026c).

Ausweich- und Begrenzungsreaktionen in der Verordnung

Sowohl Fokuslisten mit Selektivverträgen als auch Preis-Mengen-Regelungen können unerwünschte Steuerungsreaktionen in der Verordnung auslösen. Ärztinnen und Ärzte können aus medizinischen Gründen vom rabattierten Gruppenprodukt abweichen und auf Wirkstoffe

außerhalb der definierten Gruppen ausweichen; entsprechende Class-Switching-Effekte sind aus den Niederlanden und Spanien nach Bildung therapeutischer Gruppen im nicht patentierten Markt dokumentiert (Dylst u. a., 2011). Zugleich kann die automatische Zunahme volumenbezogener Rabatte bei steigenden Verordnungszahlen Anreize setzen, Verordnungen in epidemiologisch wachsenden Indikationen zurückhaltender vorzunehmen. Beide Effekte können die erwarteten Einsparungen relativieren und im Einzelfall versorgungsrelevant werden.

3.5 Internationale Preisstruktur (Referenzpreiseffekte)

Deutschland als Referenzmarkt: Domino-Effekte auf internationale Preise

Deutschland gilt aufgrund seines Marktvolumens und des frühen Marktzugangs als wichtiger Referenzmarkt für die internationale Preisgestaltung. Niedrige deutsche Erstattungsbeträge können über Referenzpreismechanismen Preissenkungen in anderen Ländern auslösen, die Deutschland als Referenzmarkt nutzen. Für pharmazeutische Unternehmen kann dies einen Anreiz schaffen, die Markteinführung in Deutschland zu verzögern, zu unterlassen oder Produkte vom Markt zu nehmen, um eine Erosion der globalen Preisstruktur zu vermeiden (Gamba, Pertile und Righetti, 2022; Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI), 2024). Obwohl die Mechanik der Auffangregelung für die Preis-Mengen-Regelung gesetzlich definiert und öffentlich einsehbar ist, führt ihre Anwendung ebenso wie Fokuslisten mit Selektivverträgen zu vertraulichen Nettopreisen. Die dabei gewährten Rabatte werden nicht veröffentlicht und fließen daher nicht unmittelbar in formelle internationale Referenzpreissysteme ein. Gleichwohl können sie über informelle Referenzierungen, Preisverhandlungen oder interne Benchmarking-Prozesse anderer Länder indirekte Preissignale erzeugen.

BESONDERE RISIKOEXPOSITION GEGENÜBER DEM US-MARKT

Über den deutschen Markt hinaus drohen besonders im Verhältnis zu den USA signifikante Rückkopplungseffekte. Hintergrund ist das Bestreben der US-Regierung, Arzneimittelpreise über ein Most-Favored-Nation-Modell an niedrige Preisniveaus anderer Industriestaaten zu koppeln. Nach Berichten über die aktuelle US-Preispolitik reagieren Hersteller bereits strategisch, indem sie Markteinführungen in Europa verzögern, Produkte zurückhalten oder einzelne Präparate vom Markt nehmen, um niedrige europäische Vergleichspreise nicht in den US-Markt zu übertragen (Neuhaus und Widmann 2026). Für Deutschland verschärft dies den Zielkonflikt: Zusätzliche Rabatte und Preissenkungen können kurzfristig die GKV entlasten, erhöhen aber zugleich das Risiko, dass Deutschland als früher Einführungsmarkt an Attraktivität verliert und innovative Arzneimittel später oder gar nicht verfügbar sind. Eine durch deutsche Rabatte induzierte Absenkung der Erstattungsbeträge wird damit nicht nur zu einem nationalen Preisproblem, sondern zu einem globalen Erlösrisiko für Hersteller. Verschärft wird diese Risikoexposition durch die eng verflochtenen deutsch-amerikanischen Pharma-Lieferketten; Deutschland ist mit einem Exportanteil von rund 8 Prozent der drittgrößte Pharmalieferant der USA (Kirchhoff und Sultan, 2025).

Volatilität des Nettopreises als zusätzlicher Unsicherheitsfaktor

Die mengenabhängige Ausgestaltung der Auffangregelung erhöht die Volatilität des Nettopreises, was die Kalkulierbarkeit internationaler Preisfolgen weiter erschwert und Markteinführungsentscheidungen beeinflussen kann. Im Gegensatz zu einem statischen Abschlag, dessen Referenzwirkung zumindest planbar ist, erzeugt ein dynamisch variierendes Preisniveau für andere Referenzländer schwer antizipierbare Signale.

3.6 Gesamtfiskalische Rückkopplungseffekte

Mindereinnahmen aus Steuern und Sozialbeiträgen

Die fiskalischen Effekte der Reformmaßnahmen werden im Gesetzentwurf einseitig aus GKV-Perspektive betrachtet. Eine fiskalische Nettobetrachtung zeigt jedoch, dass die angestrebten Einsparungen in der GKV teilweise durch Mindereinnahmen im Gesamthaushalt konterkariert werden können. Höhere Herstellerabschläge sowie regulatorisch erzwungene Preisnachlässe durch Preis-Mengen-Regelungen und Selektivverträge reduzieren Unternehmensgewinne und führen zu geringeren Einnahmen aus Körperschaft- und Gewerbesteuer für Bund und Kommunen. Ein erheblicher Teil der GKV-Entlastung wird zudem durch Kaufkraftverluste der Beschäftigten in der Branche und ihren Zulieferbereichen aufgezehrt, sodass der fiskalische Nutzen für die öffentliche Hand deutlich geringer ausfällt, als eine isolierte GKV-Betrachtung nahelegt (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026).

Strukturelle Kostendynamik und Effizienzpotenzial von Innovationen

Gemäß der Baumol'schen Kostenkrankheit folgen die fiskalischen Herausforderungen der GKV einer strukturellen ökonomischen Gesetzmäßigkeit (Baumol, 1967, 1993; Baumol u. a., 2012). Da Produktivitätssteigerungen in bestimmten Versorgungsbereichen strukturell begrenzt sind, der Sektor aber mit dem übrigen Arbeitsmarkt um qualifizierte Fachkräfte konkurriert, wachsen die Ausgaben des Gesundheitssektors strukturell schneller als die allgemeine Lohnentwicklung (Baumol u. a., 2012). Eine Ausgabenpolitik, die Gesundheitsausgaben starr an die Grundlohnsumme koppelt, setzt dieser Dynamik eine politische Deckelung entgegen, ohne die zugrundeliegende Wirkungskette zu unterbrechen. Innovationen wie KI-gestützte Diagnostik, Präzisionsmedizin und Ambulantisierung können dagegen den medizinischen Output pro eingesetztem Euro steigern und damit die Produktivitätsbeschränkung durchbrechen. Wird dieser Wirkungsmechanismus durch eine starre Rechenmechanik für den Herstellerabschlag ausgehebelt, geht Innovations- und Effizienzpotenzial verloren und kann die Versorgung mittel- und langfristig sogar teurer machen.

EFFIZIENZPOTENZIALE VON INNOVATIONEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Eine Prognos-Studie im Auftrag des BDI zeigt, dass Innovationen der industriellen Gesundheitswirtschaft erhebliche Effizienzpotenziale für die GKV erschließen können. Betrachtet werden insbesondere Medizintechnik, digitale Gesundheitslösungen, Arzneimittel und Biotechnologie. Bereits heute identifizierbare Potenziale belaufen sich auf jährlich rund 20,8 Mrd. Euro; bis 2045 könnten sie auf 47 Mrd. Euro steigen. Im Innovationsszenario würden die GKV-Leistungsausgaben 2045 dadurch bei 616 Mrd. Euro statt 663 Mrd. Euro im Referenzszenario liegen; der Beitragssatz könnte auf 18,7 statt 20,1 Prozent begrenzt werden. Zentrale Hebel sind Ambulantisierung, KI-gestützte Diagnostik, Telemedizin, Registersysteme, personalisierte Medizin, Biosimilars und innovative Therapien. Die Studie verdeutlicht damit: Innovationen sind nicht nur Kostentreiber, sondern können – bei geeigneten Rahmenbedingungen – wesentlich zur langfristigen Finanzstabilisierung der GKV beitragen (Prognos 2025).

4 Fazit und Handlungsempfehlungen

4.1 Fazit

Die Analyse zeigt, dass die arzneimittelpolitischen Maßnahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zwar kurzfristig wirksame Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung versprechen, zugleich aber erhebliche mittel- und langfristige Risiken für den Pharmastandort Deutschland, die Innovationsdynamik und die Versorgungssicherheit erzeugen können. Besonders der dynamisierte Herstellerabschlag, die gesetzliche Auffangregelung für Preis-Mengen-Regelungen sowie Fokuslisten mit Selektivverträgen greifen kumulativ in die Preisbildungs- und Marktmechanismen eines forschungsintensiven Sektors ein. Damit verschiebt sich die politische Abwägung: Nicht die Frage, ob kurzfristige Einsparungen erzielt werden können, ist entscheidend, sondern ob diese Einsparungen in einem angemessenen Verhältnis zu den möglichen Strukturwirkungen stehen.

Aus GKV-Perspektive erscheinen Teile der geplanten Einsparungen zunächst substanziell. Gesamtfiskalisch ist die Bilanz jedoch weniger eindeutig. Regulatorisch induzierte Preisnachlässe und Abschläge entlasten die GKV, können aber gleichzeitig Unternehmensgewinne, Investitionen, Beschäftigung und damit Steuer- sowie Beitragseinnahmen an anderer Stelle mindern. Dieser Effekt ist besonders relevant, weil die forschende Pharmaindustrie eine hohe Wertschöpfungs-, Export- und Beschäftigungsintensität aufweist. Eine isolierte Betrachtung der GKV-Finanzen unterschätzt daher die fiskalischen Rückkopplungen und kann zu einer Überschätzung des gesamtstaatlichen Nutzens führen.

Standort- und innovationspolitisch wiegt besonders schwer, dass die Maßnahmen die bislang hohe Berechenbarkeit des deutschen AMNOG-Systems schwächen. Der dynamisierte

Herstellerabschlag macht effektive Erlöse von der künftigen Finanzlage der GKV abhängig; Preis-Mengen-Regelungen koppeln Rabatte an Mengenentwicklungen, die häufig Ausdruck medizinischen Bedarfs sind; Fokuslisten mit Selektivverträgen überlagern die nutzenbasierte Preisbildung durch nachgelagerten Preiswettbewerb. Dadurch steigt für Unternehmen die Unsicherheit über Preise und Marktanteile nach Markteinführung. Deutschland könnte damit einen Teil seines bisherigen Vorteils als früher, transparenter und nutzenbasierter First-Launch-Markt verlieren.

Versorgungsrisiken ergeben sich daraus, dass Fokuslisten und Selektivverträge das Therapiespektrum verengen und wirtschaftliche Kriterien in der Verordnung stärken können. Preis-Mengen-Regelungen und dynamische Abschläge setzen zudem Fehlanreize bei Indikationsausweitungen und in epidemiologisch wachsenden Therapiegebieten, wenn steigende Verordnungszahlen automatisch höhere Rabattlasten auslösen.

Vor diesem Hintergrund sollten die arzneimittelpolitischen Maßnahmen nicht isoliert als kurzfristige Konsolidierungsinstrumente bewertet werden. Erforderlich ist eine Reformstrategie, die Beitragssatzstabilisierung, Versorgungssicherheit, Innovationsanreize und Standortpolitik gemeinsam betrachtet. Je stärker regulatorische Belastungen in forschungsintensive Märkte eingreifen, desto wichtiger wird eine risikoadjustierte Ausgestaltung, die planbare Rahmenbedingungen erhält und negative Rückwirkungen auf Investitionen, Markteinführungen und internationale Preisstrukturen begrenzt.

4.2 Handlungsempfehlungen

Erstens: versicherungsfremde Leistungen konsequent steuerfinanzieren. Eine strukturelle Entlastung der GKV sollte nicht primär über zusätzliche Arzneimittelrabatte erfolgen, sondern an den Finanzierungsursachen ansetzen. Kurzfristig wäre insbesondere eine kostendeckende Finanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger durch den Bund geeignet, den Zusatzbeitragssatz spürbar zu entlasten.

Zweitens: Innovationen und Digitalisierung als Effizienzhebel fördern. Langfristige Beitragssatzstabilisierung erfordert Produktivitätsfortschritte im Versorgungssystem. Digitale Anwendungen, KI-gestützte Diagnostik, Präzisionsmedizin, Ambulantisierung und neue Versorgungsmodelle können dazu beitragen, den medizinischen Output pro eingesetztem Euro zu erhöhen und die strukturelle Kostendynamik im Gesundheitswesen abzumildern.

Drittens: Forschungs- und Produktionsstandort gezielt stärken. Die Reformstrategie sollte die Investitionsbedingungen für klinische Forschung, pharmazeutische Produktion und F&E in Deutschland verbessern. Eine Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen kann zusätzliche Wertschöpfung, Steueraufkommen und Sozialversicherungsbeiträge generieren und wirkt damit nachhaltiger als kurzfristige Preisabschläge.

Viertens: regulatorische Belastungen an Standortbeiträge koppeln. Soweit zusätzliche Abschläge oder Belastungen beibehalten werden, sollten sie standort- und innovationssensibel ausgestaltet werden. Eine Kopplung an Produktion, Beschäftigung, klinische Forschung oder F&E-Ausgaben im Inland würde positive Standortanreize setzen und fiskalische Ziele mit industriepolitischen Zielen verbinden.

Fünftens: arzneimittelpolitische Eingriffe risikoadjustiert begrenzen. Dynamisierte Herstellerabschläge, Preis-Mengen-Regelungen und Fokuslisten sollten nur zurückhaltend, befristet und mit begleitender Evaluation eingesetzt werden. Dabei sind AMNOG-Logik, Therapiefreiheit, Versorgungssicherheit und Deutschlands Rolle als First-Launch- und Referenzmarkt ausdrücklich abzusichern.

Damit verschiebt sich der Reformfokus von kurzfristiger Ausgabenbegrenzung hin zu einer strukturellen Stabilisierung der GKV-Finanzen. Entscheidend ist, Effizienzpotenziale im System zu heben, versicherungsfremde Lasten sachgerecht zu finanzieren und zugleich die Innovations- und Wertschöpfungsbasis des Pharmastandorts Deutschland zu erhalten.

Quellenverzeichnis

ABPI (2024) „2024 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing, Access and Growth". Department of Health & Social Care. Verfügbar unter: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/69f9d311a96f4d06cda76fd8/2024-voluntary-scheme-for-branded-medicines-pricing-access-and-growth-may-2026-update.pdf (Zugegriffen: 24. April 2026).

ABPI (2025) „Creating the conditions for investment and growth. Pharmaceutical industry investment competitiveness framework". Verfügbar unter: https://www.abpi.org.uk/publications/creating-the-conditions-for-investment-and-growth/ (Zugegriffen: 24. April 2026).

Acemoglu, D. und Linn, J. (2004) „Market Size in Innovation: Theory and Evidence from the Pharmaceutical Industry", *The Quarterly Journal of Economics*, 119(3), S. 1049–1090. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1162/0033553041502144.

Adams, C.P. und Brantner, V.V. (2010) „Spending on new drug development", *Health Economics*, 19(2), S. 130–141. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1002/hec.1454.

Baumol, W.J. (1967) „Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis", The American Economic Review, 57(3), S. 415–426.

Baumol, W.J. (1993) „Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice", Public Choice, 77(1).

Baumol, W.J. *u. a.* (2012) *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven, CT: Yale University Press.

Bundesministerium für Gesundheit (2026a) „Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)". Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz (Zugegriffen: 12. Mai 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (2026b) „Finanzergebnisse der GKV". Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse (Zugegriffen: 24. April 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (2026c) „Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2025". Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1.-4._Quartal_2025_Internet.pdf (Zugegriffen: 21. Mai 2026).

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.(BPI) (2024) „AMNOG-Daten 2024". Verfügbar unter: https://www.bpi.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=81173&token=497eebb81f1f636e0dba8e870ab3eed8950fecc3 (Zugegriffen: 13. Mai 2026).

CDU, CSU und SPD (2025) „Verantwortung für Deutschland Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode". Verfügbar unter:

https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Zugegriffen: 28. April 2026).

Danzon, P.M. und Epstein, A.J. (2012) „Effects of Regulation on Drug Launch and Pricing in Interdependent Markets“, in K. Bolin und R. Kaestner (Hrsg.) *Advances in Health Economics and Health Services Research*. Emerald Group Publishing Limited, S. 35–71. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1108/S0731-2199(2012)0000023005.

DiMasi, J.A., Grabowski, H.G. und Hansen, R.W. (2016) „Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs“, *Journal of Health Economics*, 47, S. 20–33. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012.

Dubois, P. *u. a.* (2015) „Market size and pharmaceutical innovation“, *The RAND Journal of Economics*, 46(4), S. 844–871. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1111/1756-2171.12113.

Dylst, P., Vulto, A. und Simoens, S. (2011) „The impact of reference-pricing systems in Europe: a literature review and case studies“, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(6), S. 729–737. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1586/erp.11.70.

Eger, S. und Mahlich, J.C. (2014) „Pharmaceutical regulation in Europe and its impact on corporate R&D“, *Health Economics Review*, 4(23), S. 1–9.

Ezell, S. (2022) „How Japan Squandered Its Biopharmaceutical Competitiveness: A Cautionary Tale“. ITIF (information technology & innovation foundation). Verfügbar unter: https://itif.org/publications/2022/07/25/how-japan-squandered-its-biopharmaceutical-competitiveness-a-cautionary-tale/ (Zugegriffen: 28. April 2026).

FinanzKommission Gesundheit (2026) *Empfehlung zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommission-Gesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023) *Geschäftsbericht 2022*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5506/2023-06-02_G-BA_Geschaeftsbericht_2022_bf.pdf.

GKV-Spitzenverband (2025) „Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.10.2025“. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/1118498/21-14-0034-14-GKV-BEEP.pdf (Zugegriffen: 12. Mai 2026).

Ho, K. und Pakes, A. (2025) „Policy options for the drug pricing conundrum“, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 122(9), S. e2418540122. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1073/pnas.2418540122.

Kanavos, P. *u. a.* (2020) „Does external reference pricing deliver what it promises? Evidence on its impact at national level“, *The European Journal of Health Economics*, 21(1), S. 129–151.

Kirchhoff, J. und Sultan, S. (2025) *US-Pharmazölle: Mit Risiken und Nebenwirkungen*. IW-Kurzbericht 55/2025. Köln: IW. Verfügbar unter: https://www.iwkoeln.de/studien/jasmina-kirchhoff-samina-sultan-mit-risiken-und-nebenwirkungen.html (Zugegriffen: 28. April 2026).

Neuhaus, C. und Widmann, M. (2026) „Warum sie wegen Trump ihr neues Medikament nicht bekommt“, *ZEIT*. 23/2026 Aufl, 23 Mai.

Newton, M. *u. a.* (2025) „EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey“. Verfügbar unter: https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/library/publications/efpia-patients-wait-indicator-2024.pdf (Zugegriffen: 24. April 2026).

Pharma Deutschland e.V. (2026) „Stellungnahme des Pharma Deutschland e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)“. Verfügbar unter: https://www.pharmadeutschland.de/index.php?id=1&type=565&file=redakteur_filesystem/public/Stellungnahmen_und_Positionspapiere/Pharma_Deutschland_Stellungnahme_GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.pdf (Zugegriffen: 13. Mai 2026).

Prognos (2023) „Auswirkungen des GKV-FinStG auf die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Perspektiven und Einschätzungen aus Sicht der Unternehmen“. Verfügbar unter: https://www.vfa.de/download/prognos-studie-auswirkungen-gkvfinstg.pdf (Zugegriffen: 24. April 2026).

Prognos (2025) „Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen. Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW)“. Verfügbar unter: https://www.prognos.com/sites/default/files/2026-03/20251030_iGW_Effizienzpotenziale_Prognos_Bericht.pdf (Zugegriffen: 24. April 2026).

Schröder, H. *u. a.* (Hrsg.) (2025) *Arzneimittel-Kompass 2025: Die Preisfrage: Wege zu fairen Lösungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-72460-6.

Shaikh, M., Del Giudice, P. und Kourouklis, D. (2020) „Revisiting the Relationship Between Price Regulation and Pharmaceutical R&D Investment“, *Applied Health Economics and Health Policy*, 19, S. 217–229.

Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) (2026a) „Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)“. Verfügbar unter: https://www.vfa.de/download/stellungnahme-referentenentwurf-gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz-bstabg.pdf (Zugegriffen: 27. April 2026).

Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) (2026b) *vfa-Faktencheck zum ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Arzneimittel, DiGA und GKV-Finanzierung*. Verfügbar unter: https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/gesundheitspolitik/faktencheck-finanzkommission-gesundheit.

Witte, Dr.J., Naumann, Dr.L. und Surmann, B. (2026) *Budgetimpact-Simulation eines Fokuslisten-Selektivvertragsmodells im Markt patentgeschützter Arzneimittel*. Vertiefungsanalyse im Rahmen des DAK-AMNOG-Reportes. Verfügbar unter: https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/163650/data/9c93daaeebbef8f3091a49c0a125e00b.

Impressum

Potenzielle Folgen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes 2026 für den Pharmastandort Deutschland

GKV-Finanzwirkung, Wirtschafts- und Versorgungsrisiken und Handlungsalternativen

Herausgeber

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Straße 17
79100 Freiburg
Telefon: +49 761 7661164-810
Fax: +49 761 7661164-820
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com

Kontakt

Markus Hoch (Projektleitung)
E-Mail: markus.hoch@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Stand: Juni 2026

Copyright: 2026, Prognos AG

KI-DISCLAIMER

Zur Erstellung dieser Studie wurden zur Unterstützung von Recherchen, Analysen und redaktionellen Arbeiten KI-gestützte Anwendungen oder Tools eingesetzt. Alle KI-generierten Inhalte wurden vor Veröffentlichung durch Mitarbeitende der Prognos AG sorgfältig geprüft und falls nötig angepasst. Die Nutzung erfolgte auf Grundlage unternehmensinterner Standards und Richtlinien, wie sie unter anderem in der Prognos-KI-Charta festgelegt sind. Unabhängig vom Einsatz von KI-Tools liegt die Verantwortung für die Richtigkeit und

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos AG (2026): Potenzielle Folgen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes 2026 für den Pharmastandort Deutschland.