

Auswirkungen der Erhöhung des Herstellerrabatts auf Wertschöpfung und Beschäftigung: 2026-2030

BASYS Update

Gutachten für die Pharmainitiative Bayern

Berechnungsstand: 2025-10-06

Markus Schneider

Thomas Krauss

BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
Reisingerstr.25, D-86159 Augsburg, Kontakt: ms@basys.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Hintergrund	5
2 Szenarien zur Erhöhung des Herstellerrabatts.....	6
2.1 Szenarium 1: Rabatterhöhung und Defizitminderung	6
2.2 Szenarium 2: Rabatterhöhung und Beitragssatzdämpfung.....	8
2.3 Zusammenfassung der Szenarien	9
3. Diskussion.....	11
3.1 GKV-Defizit	12
3.2 Forschungsausgaben	14
3.3 Beschäftigung.....	16
3.4 Wertschöpfung	18
3.5 Zollpolitik der USA.....	19
4 Annex: Methodik und Daten.....	20
4.1 Komponenten der Endnachfrage	20
4.2 Sachinvestitionen und Forschungsinvestitionen.....	21
4.3 Arbeitsproduktivität	22
4.4 Preis- und Rabattentwicklung.....	23
4.5 GKV-Zusatzbeiträge	24
4.6 Sensitivitätsanalysen	25
4.7 Glossar.....	26
4 Referenzen	28

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Szenarium 1: Rabatterhöhung und Defizitminderung.....	7
Abb. 2: Szenarium 2: Rabatterhöhung und Beitragssatzdämpfung.....	8
Abb. 3: Kumulierte Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der Szenarien, 2026-2030	9
Abb. 4: Entwicklung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte, 2025-2030	10
Abb. 5: Entwicklung des Finanzierungssaldos, 2026-2030.....	10
Abb. 6: Effekte einer Rabatterhöhung	11
Abb. 7: Kumulierte Arbeitseinkommenseffekte der Szenarien, 2026-2030	13
Abb. 8: Finanzierungssaldo der GKV in Promille des BIP	14
Abb. 9: Investitionen und Kapital	15
Abb. 10: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigter	17
Abb. 11: Lohnsatz und Arbeitsproduktivität, 2010-2030	17
Abb. 12: Schematische Darstellung der Wertschöpfungseffekte	18
Abb. 13: Pharmaumsatz in Deutschland.....	21
Abb. 14: Rabatte pharmazeutischer Unternehmen	23
Abb. 15: Preise pharmazeutischer Erzeugnisse und allgemeine Preisentwicklung.....	24
Abb. 16: Projektion der Weltwirtschaft, IMF	25
Abb. 17: Reale Wertschöpfungseffekte einer Rabatterhöhung, 2026-2030	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: GKV-Ausgaben nach ATC-Gruppen in %.....	22
--	----

Abkürzungsverzeichnis

AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWE	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BMWK	Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BWS	Bruttowertschöpfung
CAGR	Compound Annual Growth Rate / Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate
DDD	Defined Daily Dose
DE	Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
EU	Europäische Union
EUR	Euro
FuE	Forschung und Entwicklung
GAMSi	GKV-Arzneimittel-Schnellinformation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-ÄndG	Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften
GW	Gesundheitswirtschaft
GWoP	Gesundheitswirtschaft ohne Pharma
IMF	International Monetary Fund
NAWRU	Non-Accelerating-Wages Rate of Unemployment
NGW	Nicht-Gesundheitswirtschaft
NWS	Nettowertschöpfung
Ph	Pharmazeutische Unternehmen
PhaSK	Pharmazeutisches Satellitenkonto
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SVIK	Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität
SVR	SVR-Gesundheit: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege
USA	United States of America
USTR	U.S. Trade Representative
VCI	Verband der Chemischen Industrie e. V.
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
VGRdL	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder
VK	Vermögenskonto
WZ	Wirtschaftszweig

1 Hintergrund

Das gesamtwirtschaftliche Umfeld der industriellen Produktion hat sich in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verändert. Damit änderte sich auch die Finanzierungssituation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Drei Jahre Rezession haben das Wachstum der Beitragseinnahmen gemindert. Die Finanzierungsmöglichkeiten der GKV durch Bundeszuschüsse sind durch weniger Steuereinnahmen, Erhöhung des Zinsniveaus und Defizite im Bundeshaushalt erschwert. Als Konsequenz hat die Stabilisierung der Sozialversicherungsausgaben und der öffentlichen Ausgaben eine andere Dringlichkeit in der Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik erhalten.

Die Krankenkassen schlagen zur Stabilisierung der GKV-Financen eine Erhöhung des Herstellerabatts vor.¹ „Eine Erhöhung des Herstellerrabatts bei patentgeschützten Arzneimitteln von sieben auf zwölf Prozent könnte die GKV jedes Jahr um zwei Milliarden EUR entlasten. Bei einer Erhöhung auf 17 Prozent sogar um drei Milliarden EUR“ (Baas 2025; Techniker Krankenkasse 2025). Begründet wird die Rabatterhöhung nicht nur fiskalisch zur Deckung des Haushaltsdefizits, sondern auch mit einer „Effizienzsteigerung der Versorgung“ (AOK 2025) und als angemessener Beitrag der pharmazeutischen Industrie an der Finanzierung des Gesundheitssystems (Barmer 2024). Nicht berücksichtigt sind dabei die gesamtwirtschaftlichen Effekte auf Beschäftigung und Wertschöpfung.

Die Vorstellung, um wie viel Prozentpunkte der Herstellerrabatt erhöht werden soll, variiert. Während die Barmer eine Erhöhung auf 12% nennt, fordert der AOK-Bundesverband 16%, die TK zwischen 12 und 17% und der BKK Dachverband sogar 19% (BKK 2022). Für einen regelgebundenen dynamischen Ansatz zur Anpassung des Herstellerrabatts setzt sich die DAK ein (DAK-Gesundheit 2025).

Während die Forderung nach einer Rabatterhöhung die Preise im Inlandsmarkt bedroht, sind die Exportpreise durch die Zollpolitik der Vereinigten Staaten gefährdet. Die Pharmaexporte in die USA beliefen sich im Jahr 2024 auf rund 27 Mrd. EUR, so dass ein 15%iger Zoll erhebliche Auswirkungen hat (Destatis 2025e). Die Unsicherheit wurde noch dadurch erhöht, dass Ende September 2025 100% Importzölle auf patentgeschützte Arzneimittel ins Gespräch gebracht wurden. Inzwischen wurde zwar klargestellt, dass es bei 15% bleibt, doch führende Pharmaunternehmen haben bereits mit hohen Investitionsankündigungen in den USA reagiert (DAZ 2025).

Nicht nur die amerikanische Zollpolitik, sondern auch der demographische Wandel und die Investitionsunsicherheit ändern die Rahmenbedingungen für den Standort Deutschland. Arbeitskräfteknappheit verteuert zudem den Faktor Arbeit und erschwert die Standortsicherung. Angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels wird in Zukunft die Sicherung der Wertschöpfung und der Beschäftigung mit höheren Faktorpreisen verbunden sein.²

¹ Die Begriffe Herstellerabschlag und Herstellerrabatt werden hier synonym verwendet.

² Die Bundesbank spricht davon, dass das makroökonomische Umfeld gegenwärtig von erhöhter Volatilität geprägt ist. „In diesem volatilen Umfeld unterliegen bereits die den Prognosen (genauer: Projektionen) zugrunde liegenden Annahmen erheblichen Unsicherheiten. Hinzu kommt, dass die Übertragung dieser Annahmen in die Prognosemodelle zusätzlichen Unsicherheiten ausgesetzt ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn neuartige Entwicklungen auftreten und Prognosemodelle, die auf historischen makroökonomischen Zusammenhängen basieren, diese bestenfalls approximativ abbilden. Prognosen sind damit nicht nur mit beträchtlicher, sondern möglicherweise zunehmender Unsicherheit behaftet“ (Bundesbank 2025; S.117).

In den letzten Jahren hat die pharmazeutische Industrie ihre Kapazitäten in Deutschland kontinuierlich ausgebaut und ihre Wettbewerbsposition gestärkt. Die Einführung von Zöllen auf Exporte in die USA wird einen nachhaltigen Effekt auf die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands haben. Für Exporte von patentgeschützten Medikamenten aus Deutschland in die USA gilt seit dem 7. August 2025 ein Zoll von 15%. Für Deutschland ist aufgrund der Nachfragereaktionen und der Größe des Handelsvolumens mit einem negativen Effekt auf die Wertschöpfungsentwicklung und die Beschäftigung der Pharmazeutischen Industrie sowie mit vor- und nachgelagerten Effekten zu rechnen.

2 Szenarien zur Erhöhung des Herstellerrabatts

Um die wirtschaftlichen Auswirkungen einer Erhöhung des Herstellerrabatts aufzuzeigen, wurde das von BASYS entwickelte gesamtwirtschaftliche Pharmazeutische Satellitenkonto (PhaSK) genutzt, welches Aufkommen, Verwendung, Wertschöpfung und Beschäftigung der pharmazeutischen Unternehmen umfasst. Es basiert auf aktuellen Daten aus den monatlichen Pflichtmeldungen an die Finanzämter, die Bundesagentur für Arbeit und an die statistischen Ämter. Ergebnisse der Industriestatistik und der gesamtwirtschaftlichen Rechensysteme werden einbezogen und die Quellen jeweils ausgewiesen.

Die Begründung für die Erhöhung des Herstellerrabatts liegt im Wesentlichen im Beitrag zur Verminderung der Finanzierungslücke der GKV. Ziel der Simulation der Erhöhung des Herstellerrabatts ist, die Auswirkungen auf die Beschäftigung, die Wertschöpfung und den GKV-Finanzierungssaldo zu überprüfen. Die folgenden zwei Szenarien gehen beispielhaft von einer Erhöhung des Herstellerrabatts von 7% auf 16% aus. Sie simulieren die Auswirkungen auf gesamtwirtschaftliche Werte, Forschungsinvestitionen der pharmazeutischen Unternehmen sowie die GKV-Einnahmen und GKV-Ausgaben. Die Analyse der Auswirkungen von 7% auf 16% ermöglicht einen direkten Vergleich mit den früheren Simulationsergebnissen und liegt in der Bandbreite der Kassenvorschläge.

Die zwei Szenarien unterscheiden sich in den Annahmen über die Verwendung der zusätzlichen Einnahmen der GKV. Die zwei Szenarien decken in der Diskussion befindliche Vorschläge der Mittelverwendung ab. In der Realität würde vermutlich eine Mischung eingesetzt werden. Die resultierenden Effekte würden innerhalb der aufgezeigten Effekte liegen:

- Szenarium 1: Rabatterhöhung und Defizitminderung: Die Rabatte dienen ausschließlich zur Deckung der Finanzierungslücke in der GKV.
- Szenarium 2: Rabatterhöhung und Beitragssatzdämpfung: Die Rabatte werden zur Minderung des Beitragssatzanstiegs verwendet.

Die Erhöhung des Herstellerrabatts gilt in beiden Szenarien. Allerdings verwendet die GKV im zweiten Szenarium die zusätzlichen Mittel nicht zur Defizitminderung, sondern zur Beitragssatzdämpfung, d.h. sie bezahlt die Rabatte an die Versicherten aus.

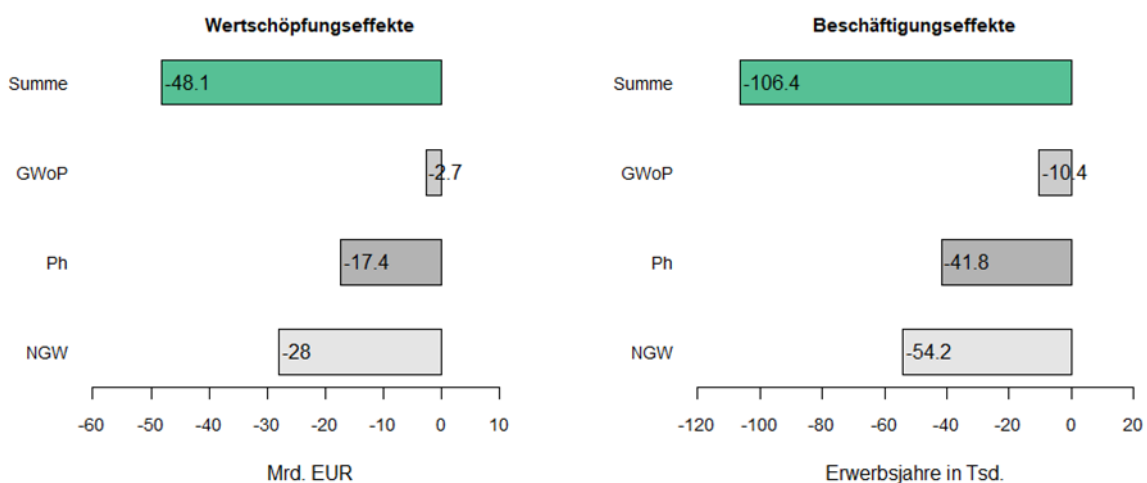
2.1 Szenarium 1: Rabatterhöhung und Defizitminderung

Szenarium 1 simuliert die Erhöhung des Herstellerrabatts von 7% auf 16% für den Zeitraum 01.01.2026 bis 31.12.2030 im Vergleich zur Entwicklung eines festen Herstellerrabatts von 7% über diesen Zeitraum. Dabei wird unterstellt, dass der Rabatt ausschließlich zur Schuldentilgung

verwendet bzw. dem Kassenbestand zugeführt wird. Also, dass er nicht zur Minderung des Beitragssatzanstiegs verwendet wird (Szenarium 23).

Dieses Szenarium bedeutet Mindereinnahmen der Pharmaunternehmen und Minderausgaben der GKV (sowie der Kostenträger PKV und Beihilfe) in Höhe der Heraufsetzung des Herstellerrabatts. Durch die Heraufsetzung des Herstellerrabatts um 9 Prozentpunkte werden die Gewinne aus dem Inlandsabsatz jährlich um mehr als 2 Mrd. EUR gemindert. Davon fällt der weitaus größte Teil auf patentgeschützte Arzneimittel, die von GKV-Versicherten verbraucht werden. Weitere Teile betreffen Arzneimittelverordnungen der PKV-Versicherten und der Beihilfe-Berechtigten.

Abb. 1: Szenarium 1: Rabatterhöhung und Defizitminderung



GVoP = Gesundheitswirtschaft ohne Pharma, Ph = Pharma, NGW = Nichtgesundheitswirtschaft

Wertschöpfungseffekte: Die durch die Mindereinnahmen der Pharmaunternehmen ausgelösten Anpassungsreaktionen senken direkt die Wertschöpfung der Pharmaunternehmen und indirekt die Wertschöpfung der vorgelagerten Wirtschaftsbereiche. Durch die induzierten Effekte über die Verteilung der Arbeitseinkommen und Unternehmensgewinne treten weitere negative Wertschöpfungseffekte auf. Die direkten, indirekten und induzierten Effekte bewirken im Zeitraum 2026-2030 einen kumulierten nominalen Wertschöpfungsverlust von insgesamt 48,1 Mrd. EUR. D.h., die Erhöhung hat einen negativen Einkommenseffekt von 3,8 EUR bezogen auf 1 EUR Rabatterhöhung.

Beschäftigungseffekte: Über die fünf Jahre 2026-2030 gehen durch die Zwangsrabatterhöhung direkt, indirekt und induziert rund 106.400 Erwerbsjahre verloren.³ Davon entfallen auf die Nicht-Gesundheitswirtschaft rund 54.200 Erwerbsjahre, die pharmazeutischen Unternehmen einschl. Forschung 41.800 Erwerbsjahre und 10.400 Erwerbsjahre auf die restliche Gesundheitswirtschaft ohne Pharma jedoch einschließlich Medizintechnik.

GKV-Effekte: Erwartungsgemäß wirkt sich die Rabatterhöhung kurzfristig positiv auf die GKV-Finanzlage aus. Durch die Erhöhung des Herstellerrabatts werden die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel um den entsprechenden Anteil verringert. Die Ausgabenminderung bedeutet rechnerisch, dass sich ceteris paribus der durchschnittliche Preis für eine Tagesdosis

³ Die Erwerbsjahre werden aus den Arbeitsstunden und der durchschnittlichen jährlichen Arbeitszeit abgeleitet. Hierbei handelt es sich um einen kumulierten Wert über die fünf Jahre. D.h. es gingen insgesamt rund 21 Tsd. Vollzeitarbeitsplätze (106.400 Erwerbsjahre / 5) verloren, davon der größte Teil in den vor- und nachgelagerten Bereichen der Nichtgesundheitswirtschaft.

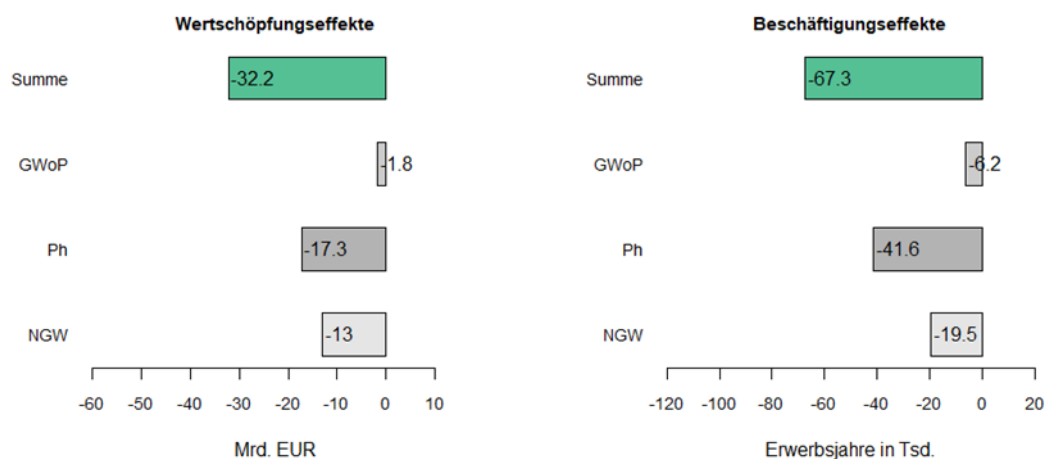
patentgeschützter Arzneimittel kurzfristig um 81 Cent für Krankenversicherte verbilligt.⁴ Es verbessert sich der Primärsaldo der Krankenkassen aus Beitragseinnahmen und Ausgaben in Höhe um mehr als 2 Mrd. EUR jährlich. Im Vergleich zur Status-quo Projektion ergibt die Simulation kumuliert über die fünf Jahre eine Defizitminderung von 11,8 Mrd. EUR.

Negativ sind ferner die Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung durch Reaktionen des Angebots bei neuen Vertragsabschlüssen und neuen Innovationen zu erwarten, so dass sich die Versorgung längerfristig verschlechtert. Des Weiteren sind die gesamtwirtschaftlichen und sektoralen Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte ebenfalls negativ (siehe Abb.1).

2.2 Szenarium 2: Rabatterhöhung und Beitragssatzdämpfung

Im Szenarium 2 werden die Rabatterhöhung bzw. die Minderausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel durch einen geringeren Anstieg des Zusatzbeitragssatzes an die Versicherten weitergegeben. Der geringere Beitragssatzanstieg senkt somit einerseits die Arbeitskosten für die Unternehmen und erhöht andererseits die Nettoeinkommen der Haushalte. Dem innovationsfeindlichen Effekt der Rabattanhebung stehen in diesem Szenarium wachstumsfreundliche Effekte für Investitionen und Konsum in der Nicht-Gesundheitswirtschaft gegenüber.

Abb. 2: Szenarium 2: Rabatterhöhung und Beitragssatzdämpfung



GWoP = Gesundheitswirtschaft ohne Pharma, Ph = Pharma, NGW = Nichtgesundheitswirtschaft

Wertschöpfungseffekte: Die kumulierten Effekte der Rabatterhöhung senken auch im Szenarium 2 das Wachstum der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung. Im Szenarium 2 bewirken die kumulierten direkten, indirekten und induzierten Effekte einen gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfungsverlust von 32,2 Mrd. EUR bzw. 2,5 EUR bezogen auf 1 EUR mehr Herstellerrabatt im Zeitraum 2026-2030. Die Wertschöpfungseffekte sind damit etwas mehr halb so hoch wie in Szenarium 1. Die Unterschiede erklären sich aus den unterschiedlichen Einkommenseffekten des Beitragssatzes auf Arbeitseinkommen, Unternehmensgewinne und Endnachfragequoten (Konsumquote, Investitionsquote und Exportquote).

Die Beitragssatzdämpfungseffekte sind für sich allein genommen zwar positiv, aber werden von der Rabatterhöhung völlig überlagert.

⁴ Bezogen auf die Tagesdosen im Patentmarkt: 2,2 Mrd. EUR Rabatterhöhung / 2,7 Mrd. Tagesdosen (DDD)

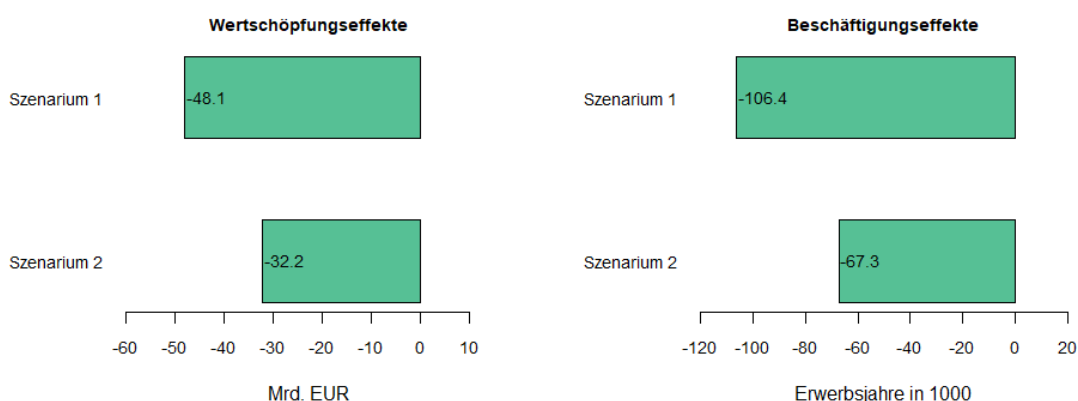
Beschäftigungseffekte: Über die fünf Jahre 2026-2030 gehen in Szenarium 2 durch die Erhöhung des Herstellerrabatts - trotz Beitragssatzdämpfung - direkt, indirekt und induziert rund 67.300 Erwerbsjahre verloren. Dies ist immerhin noch mehr als die Hälfte des Verlusts aus Szenarium 1. Das Ergebnis korrespondiert mit der unterschiedlichen Arbeitsproduktivität. Diese ist in Pharma etwa doppelt so hoch wie in der Nicht-Gesundheitswirtschaft. In der Gesundheitswirtschaft und in der Nicht-Gesundheitswirtschaft sind die Arbeitsplatzverluste allerdings unterschiedlich. Die relativen Änderungen verteilen sich wie folgt gegenüber der Status quo-Projektion: Auf die Nicht-Gesundheitswirtschaft fallen 19.500 zusätzliche Erwerbsjahre, auf die pharmazeutischen Unternehmen Verluste von 41.600 und auf die restliche Gesundheitswirtschaft ohne Pharma Gewinne von 6.200.

GKV-Effekte: Als Folge der Beitragssatzminderung bleibt das Finanzierungsdefizit bestehen. Der negative Saldo der Krankenkassen aus Beitragseinnahmen und Ausgaben für den Zeitraum 2026-2030 vergrößert sich sogar noch etwas, d.h. um minus 3,0 Mrd. EUR im Vergleich zum Status quo.

2.3 Zusammenfassung der Szenarien

Die folgende Abbildung 3 fasst die Ergebnisse der zwei Szenarien hinsichtlich der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte zusammen. Abbildung 4 zeigt dann die Effekte der beiden Szenarien im Zeitablauf 2026-2030. Die Werte ergeben sich jeweils aus der Abweichung zur Projektion der Wertschöpfung und der Beschäftigung ohne Erhöhung des Herstellerrabatts.⁵

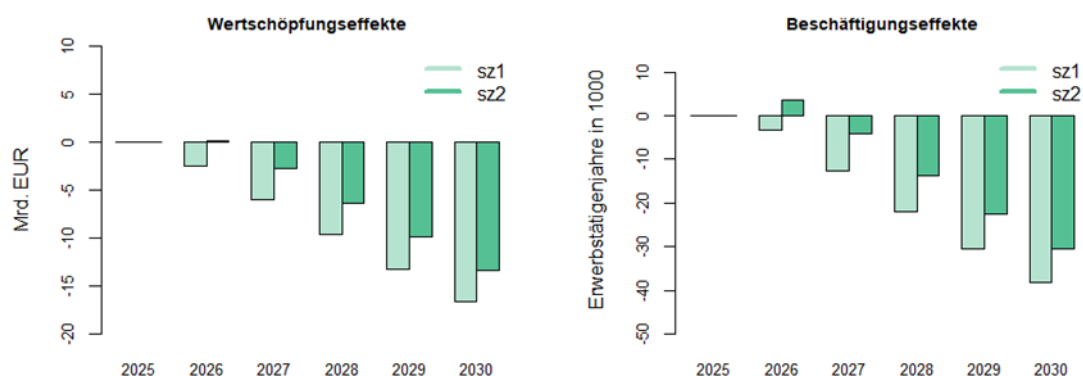
Abb. 3: Kumulierte Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der Szenarien, 2026-2030



Die stärksten negativen *Wertschöpfungseffekte* treten im *Szenarium 1: Defizitminderung* auf. Für 1 EUR Rabatt gehen 3,8 EUR Wertschöpfung verloren. Weniger Wertschöpfung geht verloren, wenn der Herstellerrabatt zur Beitragssatzdämpfung verwendet wird. Das Szenarium 2 kompensiert somit teilweise die negativen Wachstumseffekte der Zwangsrabatterhöhung. Die Beitragssatzdämpfung hilft aber nicht, das Defizitproblem der GKV zu lösen. Sie führt vermutlich auch längerfristig zu einer schlechteren Versorgungslage, da sich das Angebot an innovativen Arzneimitteln verringert. Die zusätzlichen Zinskosten und negativen Versorgungseffekte verschlechtern also noch die negative Bilanz dieses Szenariums hinsichtlich der Wertschöpfung weiter.

⁵ Bei Vorzieheffekten könnten auch unterschiedliche Werte für das Jahr 2025 auftreten.

Abb. 4: Entwicklung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte, 2025-2030

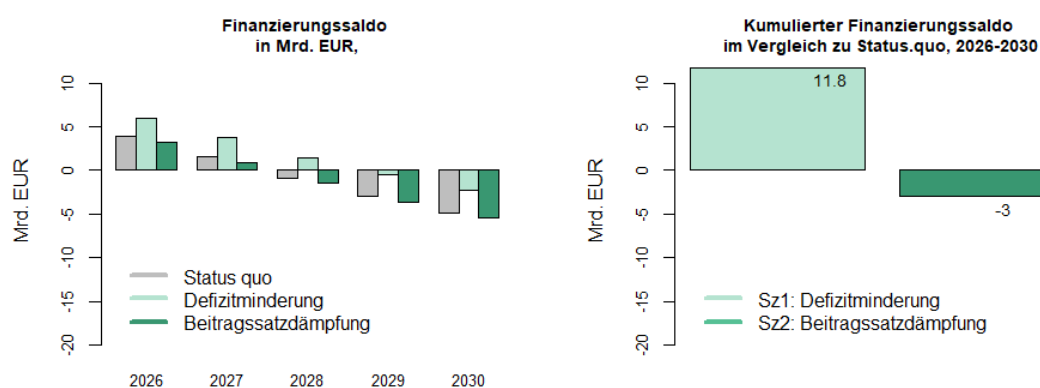


Im Zeitverlauf folgen die *Beschäftigungseffekte* der Entwicklung der Wertschöpfungseffekte.⁶ Da die Rabatterhöhung in der pharmazeutischen Industrie sich voll auf die Gewinne schlägt und praktisch keine Substitution von Arbeit durch Kapital besteht, sind die relativ größten Arbeitsplatzverluste gegenüber dem Status quo-Wachstum in *Szenarium 1: Defizitminderung* zu verzeichnen. Im *Szenarium 2: Beitragssatzdämpfung* halten sich die gesamtwirtschaftlichen „Beschäftigungsverluste“ der Rabatterhöhung in Grenzen (siehe Abbildung 5). Dies erklärt sich aus den marginalen Arbeitskoeffizienten und der relativ geringeren Arbeitsproduktivität.

Die Auswirkungen auf den *GKV-Finanzierungssaldo* lassen sich wie folgt zusammenfassen: Im Szenarium 1 ergibt sich zusammengerechnet über die fünf Jahre 2026-2030 ein Finanzierungsgewinn aus GKV-Einnahmen und GKV-Ausgaben von rund 11,8 Mrd. EUR (vgl. Abb.5). Der Beitragszuschuss von 14,5 Mrd. EUR und der Zusatzbeitrag wurden dabei konstant gehalten.

Im Szenarium 2 wird eine Defizitminderung nicht angestrebt. Erwartungsgemäß übertreffen die zusätzlichen GKV-Ausgaben die zusätzlichen Beitragseinnahmen und durch das zusätzlich generierte Wachstum wird die Defizitlücke nicht weiter geschlossen. Im Szenarium 2 ist der Saldo gegenüber dem Status quo noch um minus 3,0 Mrd. EUR gewachsen (vgl. Abb.5).

Abb. 5: Entwicklung des Finanzierungssaldos, 2026-2030



Die beiden Szenarien bilden insofern keine Lösung für die GKV-Finanzierungsprobleme. Szenarium 1 gibt nur ganz kurzfristig eine Entlastung. Bereits mittelfristig gehen die Rabatte auf Kosten

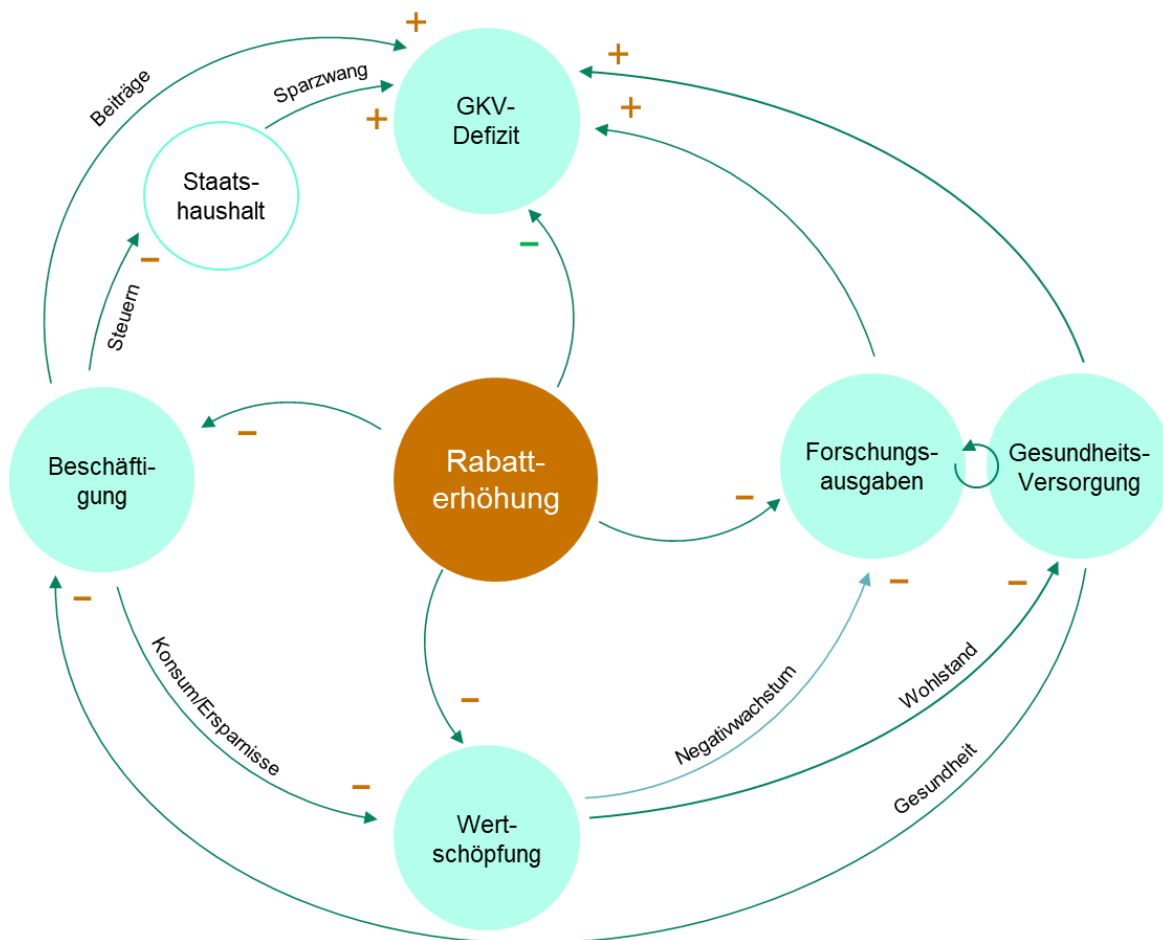
⁶ Für das Jahr 2025 ergibt sich ein Wert von Null, da keine Vorzieheffekte berücksichtigt werden.

des Industriestandorts Deutschland und generieren damit nicht die notwendigen Arbeitseinkommen zur Sicherung der Beitragsstabilität.

3. Diskussion

Während negative Wertschöpfungseffekte durch Herstellerrabatte (Szenarium 1) unmittelbar erwartet werden können, stellt sich die Frage, warum die negativen Wertschöpfungseffekte der Rabatterhöhung durch eine Beitragssatzminderung (Szenarium 2) nicht kompensiert werden. Zur Beantwortung dieser Frage ist eine Zerlegung der Effekte zweckmäßig.

Abb. 6: Effekte einer Rabatterhöhung



Die Rabatterhöhung wirkt in verschiedene Richtungen mit unterschiedlichen Effekten. Effekte können hierbei direkt, indirekt oder induziert wirken. Direkte Effekte ergeben sich insbesondere durch die Preisentwicklung sowie durch die negative Erwartungshaltung der Unternehmen vor dem Hintergrund sinkender Umsatzerlöse, da die Unternehmen Investitionen für Forschung oder neue Arbeitsplätze neu bewerten und ggf. hintenanstellen werden. Vier Zieldimensionen für die Analyse der direkten Effekte werden gesondert hervorgehoben (vgl. Abb. 6):

1. **Forschung und Entwicklung**, welche mittel- und langfristig aufgrund der sinkenden Umsatzerwartung zurückgefahren wird.
2. **GKV-Defizit**, welches sich aufgrund der Einsparungen verringert.

3. **Beschäftigung**, da die Unternehmen aufgrund der sinkenden Umsatzerwartung weniger Erwerbstätige einstellen.
4. **Wertschöpfung**, aufgrund sinkender Preise sowie durch die unternehmerische Zurückhaltung.

Indirekte und induzierte Effekte ergeben sich wiederum aus den sinkenden Umsätzen und Erwerbstätigenzahlen. Jeder Effekt wird dabei durch den Wirtschaftskreislauf verstärkt, da die einzelnen Effekte immer weitere Effekte nach sich ziehen. Sinkende Beschäftigung führt zu weniger Konsum, was wiederum zu weniger Wertschöpfung führt. Die daraus sinkenden Einkommenssteuern könnten sich negativ auf die Bundeszuschüsse zum Gesundheitsfonds auswirken. Weniger Beschäftigte bedeuten aber auch weniger Beiträge zur Krankenversicherung, was letztlich dazu führt, dass das GKV-Defizit nicht äquivalent zur Rabatterhöhung fallen wird. Entscheidend ist letztendlich, ob die wachstumsfördernden Effekte überwiegen.

Ein weiterer wichtiger Effekt, der aus der vorliegenden Diskussion bisher fast gänzlich außen vor bleibt, ist der Gesundheitseffekt. Der Kreislauf hat nicht nur negative Auswirkungen auf den Wohlstand, sondern schließlich auch auf die Gesundheitsversorgung und somit die Gesundheit der Bevölkerung. Sinkende Wertschöpfung und Beschäftigung und vor allem die sinkende Innovationskraft sind bekannte Treiber dieser Entwicklung.

3.1 GKV-Defizit

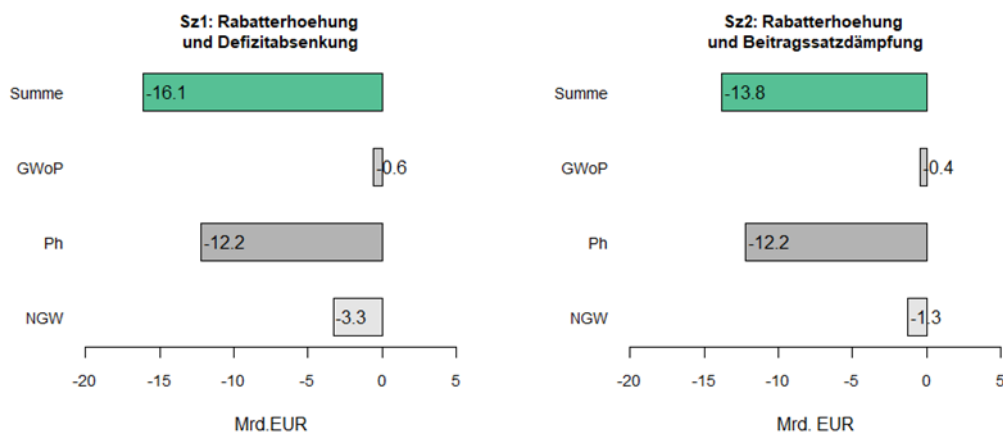
Durch die Rabatterhöhung werden zunächst die **Konsumausgaben** für Arzneimittel gesenkt, wobei die Krankenkassen annehmen, dass der Arzneimittelkonsum real konstant bleibt und keine Angebotsreaktionen erfolgen (z.B. kein Lieferungsstopp patentgeschützter Arzneimittel oder Einstellung ihrer Produktion).⁷ Auch wenn es kurzfristig keine Angebotseffekte geben sollte, sind diese doch mittelfristig wahrscheinlich und die Preiseffekte sind zu beachten (siehe Annex: 4.6 Sensitivitätsanalysen).

Auswirkungen einer **Beitragssatzänderung** in der Krankenversicherung wurden bereits verschiedentlich analysiert (vgl. SVR-Gesundheit (1996), Hüther et.al. (2025)). Der SVR-Gesundheit geht in seinem Sondergutachten 1996 davon aus, dass eine Beitragssatzsenkung eine Umstrukturierung der Nachfrage in Richtung privater Ausgaben darstellt und die entsprechenden Beschäftigungswirkungen wohlfahrtstheoretisch nicht unbedingt zu begrüßen sind (SVR-Gesundheit 1996: Ziff. 346).

Für die GKV-Beitragseffekte und die Stabilität der GKV-Financen sind nicht allein die Beschäftigten, sondern die Arbeitseinkommen die letztlich entscheidende Größe (vgl. Abb.7). Die Arbeitseinkommenseffekte korrespondieren eng mit den Effekten auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Das Arbeitseinkommen wird durch die geleisteten Arbeitsstunden und den Lohnsatz je Arbeitsstunde bestimmt.

⁷ Zur Vermeidung von Produktionseinstellungen aus wirtschaftlichen Gründen sieht der Gesetzgeber Ausnahmeregelungen vor. So können pharmazeutische Unternehmer sich von den Herstellerabschlägen ganz oder teilweise befreien lassen, wenn sie den Nachweis der Gefährdung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erbringen (§ 130a Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Abb. 7: Kumulierte Arbeitseinkommenseffekte der Szenarien, 2026-2030



GWP = Gesundheitswirtschaft ohne Pharma, Ph = Pharma, NGW = Nichtgesundheitswirtschaft

Obgleich die GKV-Ausgaben in den letzten 25 Jahren stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen wuchsen, konnte mittels Zusatzbeiträgen und Bundeszuschüssen in Krisen Jahren die Finanzierung stabilisiert werden. Schlüssel für stabile Finanzen waren die Weiterentwicklung der Leistungskataloge, der Vergütungen und der vertraglichen Beziehungen sowie Effizienzsteigerungen in allen Bereichen der Leistungserbringung. Die Weiterentwicklung der Arzneimittel spielt in der Effizienzsteigerung und den Wertschöpfungsketten des Gesundheitssystems eine zentrale Rolle.

Deutschland zählt zu 11 von 27 Mitgliedsländern der EU, die ihre Verschuldung im Jahr 2024 verringern konnten.⁸ Teil der Staatsverschuldungsberechnung ist der Finanzierungssaldo der GKV. Nach Berechnungen der VGR erreichte dieser Finanzierungssaldo mit -11 Mrd. EUR im Jahr 2024 einen Höchstwert (Destatis 2025g). Da der öffentliche Finanzierungssaldo, entsprechend den Konvergenzkriterien für die Europäische Union (sogenannte Maastricht-Kriterien), weniger als 3% des BIP betragen soll, ist der Finanzierungssaldo der GKV auch von gesamtwirtschaftlichem Interesse.⁹ Dabei ist zwischen einem kurzfristig *konjunkturell* bedingten Finanzierungsdefizit und einem mittelfristig *strukturell* bedingten Finanzierungsdefizit zu unterscheiden. Ein strukturelles Defizit lässt sich über die strukturelle Erwerbslosenquote messen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie den Lohnanstieg nicht beschleunigt („Non-Accelerating-Wages Rate of Unemployment“, NAWRU) (Werdig 2024). Das erwartete strukturelle Defizit der GKV wird vor allem Demographie bedingt begründet.¹⁰

⁸ Die Staatsverschuldung hat in Deutschland im Jahr 2024 von 65,8% auf 65,5% des Bruttoinlandsprodukts abgenommen (Eurostat 2025).

⁹ Dies entspricht den Vorgaben des europäischen Stabilitäts- und Wachstumspaktes, der bis 2030 beibehalten werden soll.

¹⁰ Eine Studie von IGES im Auftrag der DAK geht von einem strukturellen Finanzierungsdefizit aus. Nach der IGES-Projektion werden alle Zweige der Sozialversicherung bis zum Jahr 2035 von einem erheblichen Beitragssatzanstieg geprägt sein (Ochmann 2025). Für das Jahr 2025 wird der ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz mit 2,9% beziffert, was einem Gesamtbeitragssatz von 17,5% entsprechen würde. Es wird mit einem weiteren Anstieg auf rund 18,7% gerechnet. Der Wert wurde anhand Ochmann (2025), S. 11, Abbildung 1 interpoliert. Im Basisszenario wird dabei unterstellt, dass Ausgaben im Zeitraum 2026-2030 mit 4,5% und die Einnahmen mit rund 3,1% wachsen. Diese Annahmen führen zwangsläufig zu einem hohen Finanzierungsdefizit. Die Einnahmenentwicklung, die der Arbeitseinkommensprognose des BMWK (2024) folgt, liegt deutlich unter der durchschnittlichen Einnahmenentwicklung aus dem allgemeinen Beitragssatz ohne Zusatzbeitrag von 3,8% p.a. für den Zeitraum 2010-2023 nach Berechnungen der Techniker Krankenkasse (<https://wirtechniker.tk.de/2025/01/13/gkv-finanzen-wirksames-sofortprogramm/>, abgerufen am 12.08.2025).

Abb. 8: Finanzierungssaldo der GKV in Promille des BIP



Im Zeitraum 2000-2024 war das relativ höchste Defizit der GKV im Jahr 2024 mit 2,5 Promille des BIP (vgl. Abb.8). Der höchste Überschuss der GKV ergab sich mit 3,7 Promille im Jahr 2011 nach der Wirtschafts- und Finanzkrise. Über den gesamten Zeitraum 2000-2024 errechnet sich ein kumulierter Überschuss von 24 Mrd. EUR. Auch wenn dieser aufgebraucht ist, stellt sich die Frage, ob und wie schnell das Finanzierungsdefizit wieder zurückgeführt werden kann.¹¹ Je nach Kassenlage wären die Krankenkassen gezwungen, bei einem Finanzierungsdefizit die Beitragssätze weiter anzuheben. Die mittelfristige Tragfähigkeit hängt dabei entscheidend von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Entwicklung der Arbeitsproduktivität ab (BMF 2024; Werding 2024). Jüngste Zahlen zum Finanzierungssaldo der GKV für das 1. Halbjahr 2025 zeigen, als Folge der Anhebung des Zusatzbeitrags, bereits wieder einen Finanzierungsüberschuss von 2,8 Mrd. EUR im Vergleich zu einem Defizit von -2,2 Mrd. EUR im Vorjahreshalbjahr.¹²

3.2 Forschungsausgaben

Schwerpunkt der Investitionen in pharmazeutischen Unternehmen sind die *Forschungsinvestitionen* in das *Wissenskapital*. Der größte Teil der Wertschöpfung fließt in dieses Wissenskapital, das an den pharmazeutischen Investitionen einen immer größeren Anteil einnimmt. Zuletzt betrug der Anteil der Wissensinvestitionen 74% (2023). Somit werden heute nahezu 3 von 4 EUR, die von Pharmaunternehmen investiert werden, in die Forschung und Entwicklung gesteckt. Die Investitionsquote in das Wissenskapital der pharmazeutischen Industrie beträgt rund 30%. Es ist

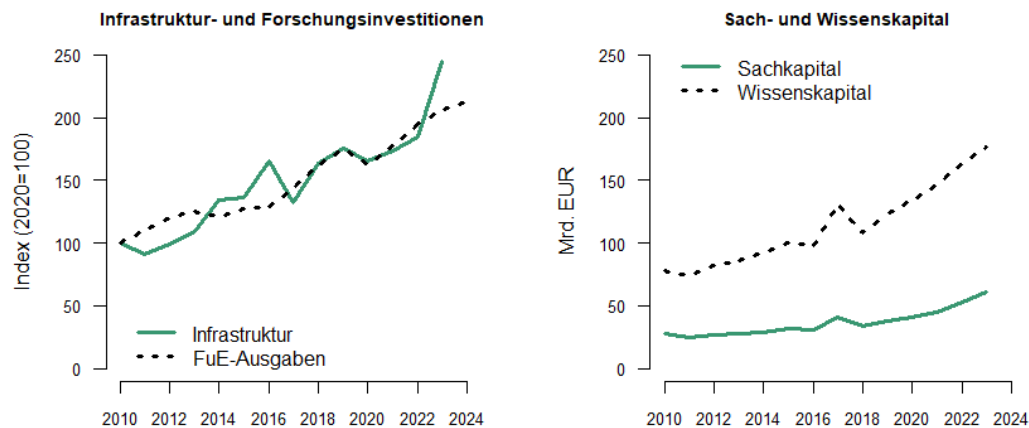
¹¹ In der GKV gelten Regeln zur Anpassung der Beitragssätze, die unter Berücksichtigung der Vorschriften zur Kassenlage darauf ausgelegt sind, das Budget jährlich auszugleichen. Bei einer steigenden Ausgabenquote impliziert dies einen steigenden Zusatzbeitrag. Im ersten Quartal 2025 betrug die Reserve der Krankenkassen nur 7% einer Monatsausgabe beziehungsweise zwei Mrd. EUR (GKV-Spitzenverband 2025b).

¹² Das BMG sieht im Ergebnis noch keine Entspannung in der Finanzentwicklung: "Der Überschuss der Krankenkassen sollte nicht falsch interpretiert werden. Er ist nur eine Momentaufnahme und dient lediglich zur Auffüllung der sehr niedrigen Finanzreserven auf das gesetzlich geforderte Mindestniveau. Bereits 2026 dürften die Beitragssätze wieder unter Druck geraten. Der Handlungsbedarf ist klar: Wir brauchen kurzfristige Maßnahmen und langfristig wirkende Strukturreformen. Die guten Zahlen täuschen. Der Überschuss der gesetzlichen Krankenkassen im ersten Quartal 2025 dient ausschließlich zum Auffüllen der niedrigen Reserven und ist kein Zeichen für eine sich entspannende Finanzsituation in der GKV." <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-halbjahr-2025-pm-05-09-2025.html>.

deshalb davon auszugehen, dass Rabatterhöhungen einen negativen Impuls auf Investitionen in das Wissenskapital ausüben.

Nach Abbildung 9 steigen die *Forschungsausgaben* nahezu parallel mit den *Infrastrukturinvestitionen* (Bauten, Maschinen) der pharmazeutischen Betriebe (Destatis 2025e). Forschung und Entwicklung und Produktion bei patentgeschützten Arzneimitteln sind eng verknüpft (Henn 2021). Allerdings unterliegen die Forschungsausgaben auch einer höheren Abschreibung. Sachkapital und Wissenskapital entwickelten sich zuletzt unterschiedlich.

Abb. 9: Investitionen und Kapital



Die Effekte von Preisabsenkungen auf Forschungsausgaben wurden vielfach untersucht (siehe Philipson, Durie 2021, Filson et al. 2025). Die negativen Wachstumseffekte wurden durchweg bestätigt. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Kapitalrentabilität pharmazeutischer Unternehmen in Deutschland durch den Herstellerrabatt sowie durch freiwillige Rabatte bereits erheblich geschmälert ist. Gesetzliche und vertragliche Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen an die GKV betrugen im Jahr 2024 bereits rund 9,7 Mrd. EUR (vgl. Abbildung 15). Unter Berücksichtigung des Gesamtmarktes (einschl. Krankenhaus und PKV) betrugen sie sogar 11,2 Mrd. EUR (IQVIA 2025).

Diese bereits bestehende Belastung zu negieren, stärkt nicht den Standort Deutschland. Der SVR-Gesundheit schreibt in seinem Gutachten 2025: „Ein durch hohe Arzneimittelpreise gekennzeichneter Absatzmarkt für innovative Arzneimittel, wie er in Deutschland besteht, erscheint für die Standortwahl forschender Pharmaunternehmen trotz dieser preislichen Attraktivität sekundär. Es gibt keine empirische Evidenz, die eine direkte oder indirekte Verknüpfung von Preisregulierung und Standortfaktoren als wirkungsvolle Maßnahme zur Förderung der deutschen Pharmaindustrie nahelegt“ (SVR-Gesundheit 2025: Ziff. 356). Als Beleg wird auf verschiedene Studien von Vernon 2005, Eger 2014 und Shaikh 2021 verwiesen. Ferner wird auf den Vergleich Deutschlands mit sechs Industrieländern mit Bezug genommen (Phillip 2023).¹³

¹³ Die Studie von Eger stützt sich beispielsweise auf eine Stichprobe der 20 größten pharmazeutischen Unternehmen zwischen 2000 und 2008, nämlich Abbot, Amgen, Astellas, AstraZeneca, Baxter, Bayer, BristolMyersSquibb, Eisai, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Merck, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis, Schering-Plough, Takeda und Wyeth. Die Studie von Shaikh M (2021) bezieht sich auf 10 Unternehmen für den Zeitraum 2000-2017.

Die genannten Studien stellen allerdings nicht die Elastizität der Forschungsausgaben hinsichtlich der Arzneimittelpreise grundsätzlich in Frage. Auch sind Sondereffekte wie Steuervergünstigungen bei Forschungsinvestitionen und die staatliche Forschungsförderung zu beachten (Lakdawalla 2018, Wilsdon 2022). Ferner ist die Aussagefähigkeit der Studienergebnisse von ausgewählten internationalen Firmen in ihrer Repräsentativität für die Gesamtheit der pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland zu hinterfragen, wenn beispielsweise große pharmazeutische Unternehmen Deutschlands nicht beteiligt sind. Teilweise bezieht sich das Datenmaterial auf einen Zeitraum vor Gültigkeit des AMNOG. Kontext und die konkrete Ausgestaltung der Erstattung haben sich auch geändert.

Filson et al. 2025 führten verschiedene Studien an, nach denen die langfristige Innovationselastizität bzgl. der Einnahmen der pharmazeutischen Industrie auf die Forschungsausgaben zwischen 0,25 und 1,5 liegt (Filson et al. 2025). In den Szenarienrechnungen liegt der Wert für Deutschland für die Investitionen der Pharmaindustrie insgesamt bei 0,96. Die Rabatterhöhung hat somit unmittelbare Effekte auf die Forschungsinvestitionen und die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Bekanntlich wird das industrielle Wachstum in Deutschland von der internationalen Wettbewerbsfähigkeit getragen. Investitionen in Forschung und Entwicklung sichern diese Wettbewerbsfähigkeit.

3.3 Beschäftigung

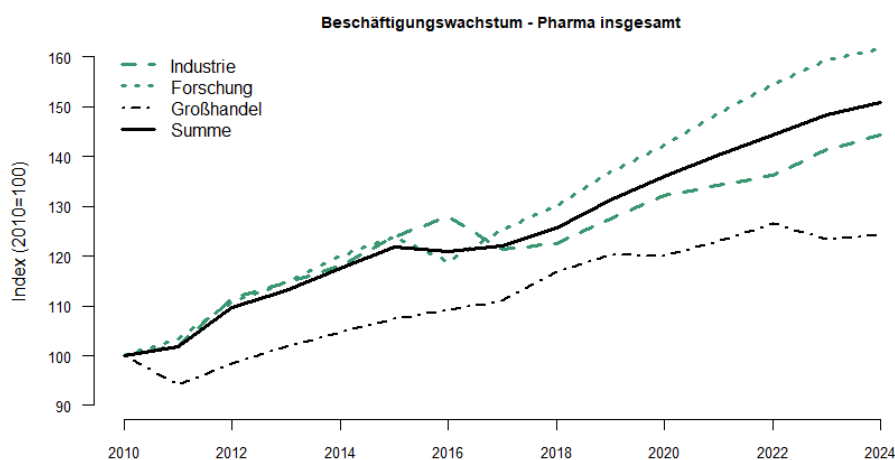
Produktion, Handel und Beschäftigung der Pharmazeutischen Industrie beeinflussen nicht nur direkt die Beschäftigung und das Einkommen der öffentlichen und privaten Haushalte an den jeweiligen Betriebsstandorten, sondern über den Wirtschaftskreislauf auch indirekt die Wirtschaft insgesamt. Über die Vorleistungskäufe fragt die Pharmazeutische Industrie vor allem chemische Erzeugnisse, Leistungen der Entsorgung und des Recyclings pharmazeutischer Stoffe, Transportleistungen und Verpackungsmaterial sowie diverse Dienstleistungen nach. In der Forschungstätigkeit ist sie eng mit universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen verbunden. Ausgabenänderungen der Pharmazeutischen Industrie entfalten entlang der Wertschöpfungskette somit vielfältige indirekte und induzierte Effekte. Neben diesen sogenannten Rückwärtseffekten auf vorgelagerte Produktionsbereiche gibt es Vorwärtseffekte auf die nachgelagerten Produktionsbereiche, die Arzneimittel nachfragen. Diese werden beispielsweise offensichtlich, wenn es zu Lieferengpässen kommt. Diese Vorwärts- und Rückwärtseffekte lassen sich mit Hilfe der Input-Output-Tabelle quantifizieren (Miller, Blair 2009; Schneider 2016).

Seit 2017 erfüllt Deutschland die Vorgabe der Wachstumsstrategie Europa 2020, 3% des BIP für FuE aufzuwenden (BMBF 2024). Die pharmazeutische Industrie zählt zu den FuE-intensiven Wirtschaftsbereichen (Wissenschaftsstatistik 2024). Ende Juni 2024 waren in medizinischen Forschungseinrichtungen rund 266 Tsd. Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Bundesagentur für Arbeit 2025). In der internen pharmazeutischen Forschung arbeiteten ca. 23 Tsd. Personen. Deutschland verfügt über eine ausgezeichnete Arzneimittelforschung.

Ende Juni 2024 arbeiteten in pharmazeutischen Unternehmen Deutschlands (Industriebetriebe und Großhandel) nahezu 206 Tsd. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Bundesagentur für Arbeit 2025). Hinzu kommen Erwerbstätige in der pharmazeutischen Forschung, Handelsvertreter und Selbstständige sowie Beschäftigte im Einzelhandel. Bemerkenswert ist, dass 2010-2024 das Beschäftigungswachstum der pharmazeutischen Unternehmen mit 44% deutlich höher war als im Produzierenden Gewerbe (17%) und in der deutschen Wirtschaft insgesamt (29%)

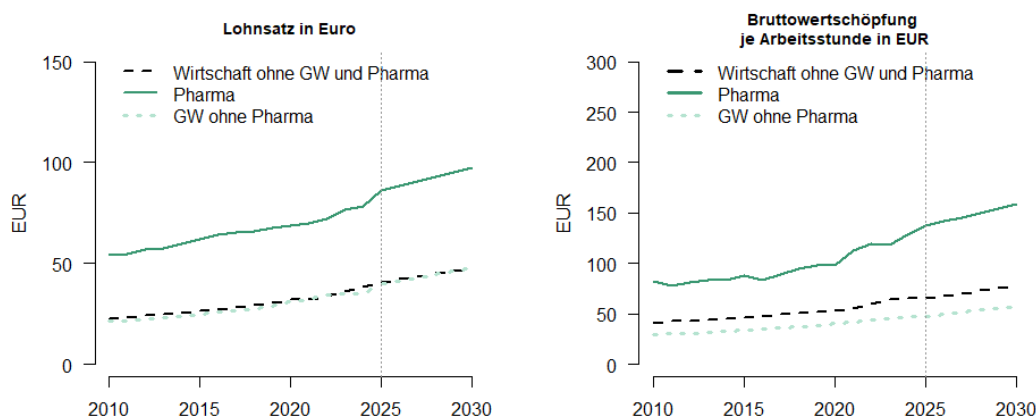
(Bundesagentur für Arbeit 2025). Innerhalb des Pharmabereichs stieg die Forschung am stärksten (vgl. Abb.10).

Abb. 10: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte



Für die GKV-Beitragseffekte und die Stabilität der GKV-Finzen sind nicht die Beschäftigten, sondern die Arbeitseinkommen letztlich die entscheidende Größe. Die Entwicklung der Arbeitseinkommen wird durch die geleisteten Arbeitsstunden und den Lohnsatz je Arbeitsstunde bestimmt. In Abbildung 11 wird die allgemeine Stärke der pharmazeutischen Unternehmen hinsichtlich der Bruttowertschöpfungsentwicklung je Arbeitsstunde über alle Wirtschaftsbereiche hinweg deutlich.

Abb. 11: Lohnsatz und Arbeitsproduktivität, 2010-2030



Die von BASYS durchgeführten Simulationen bestätigen teilweise die Aussage des SVR-Gesundheit (1996): Ziff. 375, „dass eine Beitragssatzminderung nur eine geringe Beschäftigungswirkung hätte“. Es zeigt sich, dass die langfristigen negativen Rabatteffekte, vor allem auf die Investitionen, die kurzfristig positiven Beschäftigungseffekte einer Beitragssenkung mehr als kompensieren. Die relativ geringen gesamtwirtschaftlich Beschäftigungseffekte von Beitragssatzminderungen wurden bereits in einer früheren Studie von BASYS für das Bundesarbeitsministerium zu den Auswirkungen von Preissenkungen durch Festbeträge berechnet (Dennerlein, Huber, Schneider 1990, S. 76).

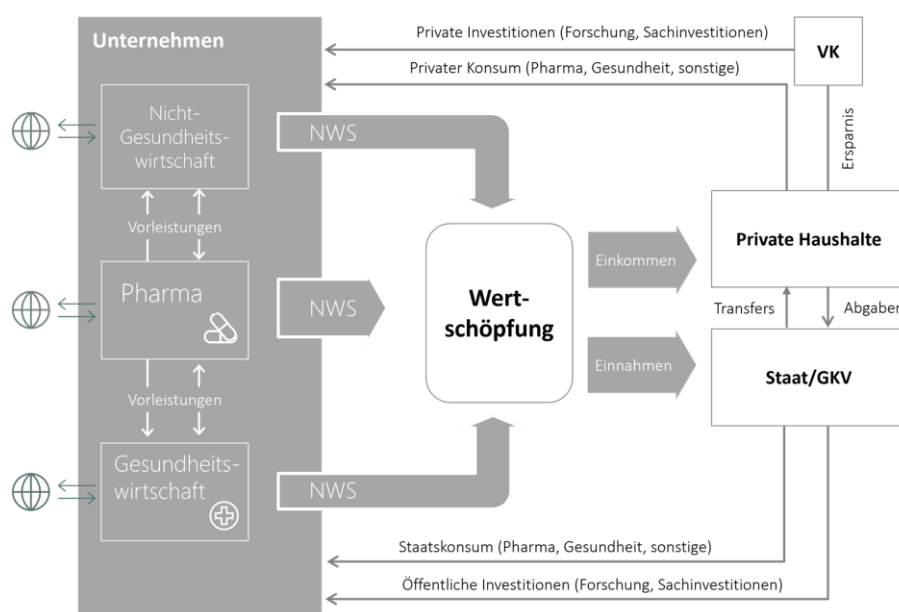
3.4 Wertschöpfung

Als Ausgangspunkt für die Wertschöpfungsberechnung dienen die Komponenten der Endnachfrage: *Konsum, Investitionen/Innovationen* und *Exporte* sowie die Input-Output-Rechnung (vgl. auch 4. Annex: Methodik und Daten).

Die *Bruttowertschöpfung* der deutschen Arzneimittelproduktion hat sich durch die Corona-Krise enorm erhöht und erreichte 2024 rund 41 EUR.¹⁴ Weitere Wertschöpfungsanteile schafften die pharmazeutischen Unternehmen durch die interne und externe medizinische Forschung und Entwicklung. Im Vergleich zu Veröffentlichungen des BMWF (BMWK 2024) und der Input-Output-Rechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zeigt das Update Pharmadaten 2026-2030 eine höhere Wachstumsdynamik der Arzneimittelproduktion in Deutschland (siehe Destatis (2024), Destatis (2025d), Schneider & Krauss (2025)).

Zur *realen Bruttowertschöpfung* liegen unterschiedliche Zahlen vor. Nach unseren Berechnungen erhöhte sich die Wertschöpfung im Zeitraum 2010-2023 um jährlich 4,8% (CAGR). Im Rezessionsjahr 2023 lag der positive Wachstumsbeitrag der deutschen Arzneimittelproduktion bei rund 0,6 Mrd. EUR. Zum Vergleich: der reale Wertschöpfungsanstieg der deutschen Wirtschaft insgesamt betrug im Krisenjahr 2023 lediglich 7,1 Mrd. EUR (VGRdL (2024), BASYS - PhaSK). Die Pharmaunternehmen trugen somit entscheidend zum positiven realen Wertschöpfungszuwachs bei.

Abb. 12: Schematische Darstellung der Wertschöpfungseffekte



Wie in Abbildung 12 dargestellt, wird die Wertschöpfung durch Staat und Haushalte in Konsum- und Investitionsgütern gelenkt. Dadurch entstehen im Wirtschaftskreislauf sogenannte induzierte Effekte. Das Schema folgt einer Darstellung des Sondergutachtens 1996 des SVR-Gesundheit (1996).

Ordnungspolitisch muss man durchaus fragen, mit welchen Instrumenten der Staat die **Transformation des Gesundheitssystems** im Allgemeinen und die Pharmazeutische Forschung im Speziellen begleiten soll. Feld LP (2023) hat darauf hingewiesen, dass die industrielle

¹⁴ In der Abgrenzung des PhaSK einschl. pharmazeutischer Großhandel und pharmazeutische Forschung.

Transformation eng mit unternehmensnahen Dienstleistungen verbunden ist. Die Wertschöpfungsprozesse der Industrie gehen deshalb eng mit der Wertschöpfung in den Dienstleistungsbereichen einher. Über Rabatte die Gewinne aus den Produktinnovationen auszuhöhlen, fördert noch nicht die Prozessinnovationen im Gesundheitssystem. Im Gegenteil, es ist zu vermuten, dass sie solche eher verzögern.

Auch aus wohlfahrtstheoretischer Sicht bleibt die Belegung von hochproduktiven Arbeitsplätzen mit Abgaben suboptimal, da anzustreben ist, "dass ein möglichst großer Teil der Arbeitskräfte eine hohe Produktivität aufweist" (SVR-Gesundheit 1996: Ziff. 342).

3.5 Zollpolitik der USA

In der Diskussion der potenziellen Wirkungen einer Rabatterhöhung ist die Änderung der außenwirtschaftlichen Rahmenbedingungen schließlich zu beachten. Die Einführung von Zöllen auf Exporte in die USA hat einen nachhaltigen Effekt auf die wirtschaftliche Entwicklung Deutschlands im Allgemeinen und die Arzneimittlexporten im Speziellen. Für Exporte von patentgeschützten Medikamenten aus Deutschland in die USA gilt seit dem 7. August 2025 ein Zoll von 15%. Für Deutschland ist aufgrund der Nachfragereaktionen und der Größe des Handelsvolumens mit einem negativen Effekt auf die Wertschöpfungsentwicklung und die Beschäftigung der Pharmazeutischen Industrie sowie mit vor- und nachgelagerten Effekten zu rechnen.¹⁵ Damit verteuern sich deutsche Arzneimittel, die dem Zollregime unterliegen, um 15%. Bei Arzneimitteln ist kurzfristig von einer unelastischen Preiselastizität auszugehen, d.h. von einem Wert > -1 und < 0 . Bei einer Preiselastizität von $-0,33$ beispielsweise würde die Menge bei einem 15%igen Zoll zu einer Reduktion von 5% führen.

Für Deutschland ist aufgrund der Nachfragereaktionen und der Größe des Handelsvolumens mit einem negativen Effekt auf die Wertschöpfungsentwicklung und die Beschäftigung der Pharmazeutischen Industrie sowie mit vor- und nachgelagerten Effekten zu rechnen. Da Anpassungen an die US-Zollpolitik durch die Unternehmen auf allen Wertschöpfungsstufen erfolgen, lassen sich diese derzeit nicht genau voraussagen. Für die Szenarien wird für die weltwirtschaftliche Entwicklung von der Prognose des IMF vom 29. Juli 2025 ausgegangen.

Vom ifo-Institut wurde im April 2025 erhoben, inwieweit die Unternehmen ihre Investitionspläne infolge der Wahl Donald Trumps zum US-Präsidenten verändert haben. Bei Investitionen in Deutschland geben knapp 80% der Unternehmen mit Investitionsprojekten an, an diesen festzuhalten. Der Trump-Effekt für Investitionen deutscher Unternehmen in den USA ist in der Tendenz

¹⁵ Eine Zollerhöhung wirkt in Höhe der *Preiselastizität der Nachfrage* auf die nachgefragte Menge (siehe Glossar). Empirische Studien zur Preiselastizität der Nachfrage für Arzneimittel deuten darauf hin, dass diese relativ preisunelastisch sind. Oftmals unterliegen Medikamente allerdings gleichzeitig unterschiedlichen Preisänderungen, die sich auf die tatsächliche Preiselastizität der Nachfrage auswirken. Die vielfältigen Auswirkungen von Zöllen wurden beispielsweise anhand des Handelskriegs zwischen den USA und China (2018-2020) untersucht. Diese Analyse hat die Anfälligkeit des Pharmasektors gegenüber Zöllen deutlich gemacht. In diesem Zeitraum wurden mehrere chinesische pharmazeutische Produkte und Rohstoffe mit US-Zöllen zwischen 10% und 25% belegt, was Pharmaunternehmen dazu veranlasste, nach alternativen Lieferanten zu suchen, oft zu höheren Kosten und mit einem höheren politischen Risiko (USTR 2020). In ähnlicher Weise wirkten sich Vergeltungsmaßnahmen Chinas und Indiens auf die Versorgung mit Generika und Wirkstoffen aus. Diese Handelsstreitigkeiten führten nicht nur zu Störungen der globalen Lieferketten, sondern trugen auch zu Arzneimittellengpässen und Verzögerungen bei der Zulassung durch die Aufsichtsbehörden bei. Der positive Importzolleffekt als Importschutz wird durch negative Auswirkungen steigender Inputkosten und Vergeltungszölle oftmals mehr als ausgeglichen. Höhere Zölle gehen auch mit einem relativen Anstieg der Erzeugerpreise durch steigende Inputkosten einher (Flaen A. 2019; Amiti M. und Weinstein 2019).

eher negativ; d.h. die Stabilität des Investitionsklimas hierzulande ist fundamental für die längerfristige Entwicklung. Dies zeigen auch die zitierten Studien von Henn S (2021).

Weitere Effekte auf die Investitionen in den Pharmastandort Deutschland und hinsichtlich der Exporte sind deshalb nicht auszuschließen. Weniger Investitionen in pharmazeutische Forschung und in den Produktionsstandort Deutschland werden bereits mittelfristig und insbesondere langfristig signifikante Effekte in die Exportfähigkeit zeigen.

4 Annex: Methodik und Daten

Zur Berechnung von Produktion und Wertschöpfung wurde ein allgemeines Gleichgewichtsmodell zu Aufkommen und Verwendung pharmazeutischer Erzeugnisse und Handelsleistungen nach der Methodik der VGR verwendet (Pharma Satellitenkonto - PhaSK). Die Wertschöpfung wird dabei unter Berücksichtigung der Entstehung, Verwendung und Verteilung berechnet.¹⁶ Als Datengrundlage dienen die relevanten Statistiken der öffentlich zugänglichen Statistik. Dazu zählen neben den monatlich und vierteljährlich erhobenen Konjunkturstatistiken der Industrie und des Großhandels, die Außenhandelsstatistik, die Forschungsstatistik, die Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und die Preisstatistiken. Die Tabellen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen sowie die gesundheitswirtschaftlichen Rechensysteme auf Bundes- und Länderebene werden ergänzend verwendet. Da die Mehrheit der Statistiken und die Input-Output-Rechnung weiterhin *rechtliche Einheiten* zur Datenerhebung verwenden (z.B. Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten), basiert das PhaSK auf *rechtlichen Einheiten* in der Abgrenzung Industrie, Handel und Forschung.

4.1 Komponenten der Endnachfrage

Daten zu den Komponenten der Endnachfrage an pharmazeutischen Produkten (Privater Verbrauch, Staatsverbrauch und Export) lassen sich durch die Umsatzsteuerstatistik, die Statistiken der Öffentlichen Haushalte einschl. der Sozialversicherung und die Außenhandelsstatistik erfassen. Die Endnachfrage zu Anschaffungspreisen korrespondiert mit den von den Unternehmen gemeldeten Umsätzen in Inland und Ausland. Das Umsatzwachstum erreichte in Deutschland im Jahr 2022 einen Höhepunkt und stagniert seitdem (Destatis 2025f) (vgl. Abb.13).¹⁷

Inlandsabsatz: Zu den Treibern des Inlandsabsatzes zählen der demographische Wandel und strukturelle Veränderungen durch Innovationen. Für den Zeitraum 2026-2030 wird mit einer weiteren Steigerung des Bedarfs gerechnet, der zwar über der gesamtwirtschaftlichen Konsumententwicklung liegt, jedoch von unterdurchschnittlich steigenden Arzneimittelpreisen begleitet wird (vgl. Abb. 15).

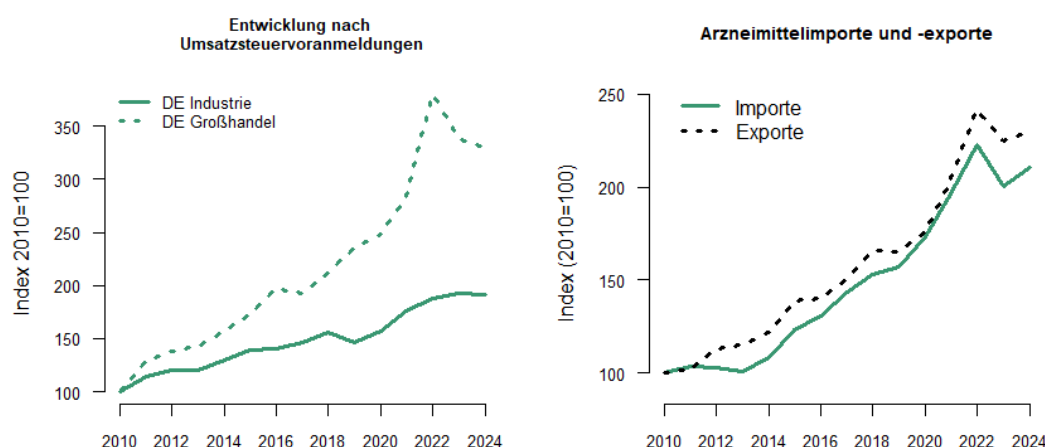
¹⁶ Die Berechnungen knüpfen an frühere Arbeiten an, begrenzen sich jedoch auf die Bereiche Arzneimittelproduktion, Arzneimitteldistribution und Arzneimittelforschung (Schneider (2013), Schneider (2017), Schneider (2022)).

¹⁷ Der Umsatzeinbruch am aktuellen Rand wird durch den Produktionsindex (2010=100) bestätigt. In Deutschland erreichte der Produktionsindex den höchsten Wert im Jahr 2018 mit 152 Punkten. Auch im Coronajahr 2022 blieb er mit 146 Punkten deutlich hinter dem Jahr 2018 zurück (VCI 2024).

Auslandsabsatz: Die deutschen Pharmaunternehmen konnten ihre *Exporte* nahezu verdreifachen. Im Jahr 2024 beliefen sich die gesamtdeutschen Arzneimittelexporte auf 115,9 Mrd. EUR.¹⁸ Trotz der hohen Exporte sind die Pharmaunternehmen dennoch stark vom Inlandsabsatz abhängig, da der deutsche Preis als Referenzpreis in vielen anderen Ländern verwendet wird. Das Niveau der Arzneimittelpreise im Inlandsmarkt ist deshalb für sie besonders wichtig. Dies zeigen Analysen der Außenhandels- und Unternehmensstatistik.

Für die zukünftige Entwicklung der Exporte wird die weltwirtschaftliche Entwicklung nach der Prognose des IMF vom 29. Juli 2025 verwendet. Diese rechnet mit einem durchschnittlichen nominalen jährlichen Wachstum von 4,9% im Zeitraum 2026-2030 (IMF 2025b).

Abb. 13: Pharmaumsatz in Deutschland



4.2 Sachinvestitionen und Forschungsinvestitionen

Die Investitionsrechnung von Destatis liefert aktuelle Daten zur Struktur der Kapitalbildung bis zum Jahr 2023 (Destatis 2025g). Die Teilkomponenten „Ausrüstungen“ und „Bauten“ wurden zu den Infrastrukturinvestitionen zusammengezogen. Die „Sonstigen Investitionen“ wurden den Forschungsinvestitionen“ zugeordnet. Eine weitergehende Aufgliederung der Investitionen ist nicht möglich: Auf die Investitionen nach Indikationsgebieten kann indirekt zwar über die Neuzulassungen patentgeschützter Arzneimittel und die Verordnungsstrukturen geschlossen werden, eine solche Simulation muss jedoch zukünftigen Berechnungen vorbehalten bleiben.

Die Ausgabenstrukturen zeigen die Nachfrageschwerpunkte patentgeschützter Arzneimittel. Ihr Beitrag für die Versorgung ist offensichtlich. Ihre Unverzichtbarkeit wurde nicht zuletzt während der Coronakrise deutlich. Die Mehrausgaben für verordnete Arzneimittel seit dem Jahr 2015 trafen vor allem drei ATC-Gruppen: *A - Alimentäres System und Stoffwechsel*, *B - Blut und blutbildende Organe*, *L - Antineoplastische und immunmodulierende Mittel* (GKV-Spitzenverband 2024) (vgl. Tab. 1).

¹⁸ Einschl. Reexporte; für die Darstellung des Außenhandels wird hier auf die Exporte nach Güterverzeichnis zurückgegriffen, um einen Vergleich mit den Produktionswerten zu gewährleisten.

Tabelle 1: GKV-Ausgaben nach ATC-Gruppen in %

	2024	2015
A - Alimentäres System und Stoffwechsel	11.3	9.8
B - Blut und blutbildende Organe	10.0	8.1
C - Kardiovaskuläres System	8.2	9.1
J - Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	5.0	8.7
L - Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	30.2	20.1
N - Nervensystem	9.7	15.1
R - Respirationstrakt	5.9	4.7
Sonstige	19.8	24.5
Insgesamt	100.0	100.0

Quelle: GKV-Spitzenverband. 2024. „GAmSi GKV-Arzneimittelschnellinformationssystem“.

4.3 Arbeitsproduktivität

Die **Arbeitskoeffizienten** (Verhältnis Beschäftigung zu Produktion bzw. Bruttowertschöpfung) bestimmen den Einsatz an Erwerbstätigen bzw. Arbeitsstunden. Arbeitsintensive Wirtschaftsbereiche, wie der Pflegebereich, werden grundsätzlich stärker durch eine Beitragssatzminderung entlastet als kapitalintensive Bereiche wie das Produzierende Gewerbe. Um die Substitutionsmöglichkeit zu berücksichtigen, wurde in der Projektion der Nachfrage nach Arbeitsstunden von einer Cobb-Douglas-Produktionsfunktion ausgegangen, welche den Nettokapitalstock verwendet.

Zur Berechnung der Produktivität wurde Produktionswert und Bruttowertschöpfung aus der Input-Output-Rechnung verwendet. Die Wertschöpfung für die einzelnen Wirtschaftsbereiche ergibt sich als Differenz aus Produktionswert und Vorleistungen. Produktionswert und Vorleistungen werden aus der Endnachfrage (Privater Konsum und Staatsverbrauch sowie Exporten) und der Vorleistungsverflechtung abgeleitet. Der reduzierte Ansatz zur Berechnung der Bruttowertschöpfung lautet:

$$(1) y = \text{conHH} + \text{conGov} + dV + (\text{exp} - \text{rex}) + \text{dom} - \text{margin} - \text{ts} - (\text{imp} - \text{rex}) - \text{vorl}$$

$$(2) y = \text{dep} + \text{nbue} + \text{spa} + \text{ba}$$

$$(3) \text{yr} = \text{pr_bas} - \text{vorlr}$$

mit

y	Bruttowertschöpfung zu laufenden Preisen
conHH	Konsum privater Haushalte
conST	Staatsverbrauch
dV	Vorratsveränderung
exp-rsx	Exporte minus Reexporte
dom	Zwischennachfrage
margin	Handelsspanne (Groß- und Einzelhandel)
ts	Nettogütersteuern
(imp-rsx)	Importe minus Reexporte
vorl	Vorleistungen
nbue	Nettobetriebsüberschuss

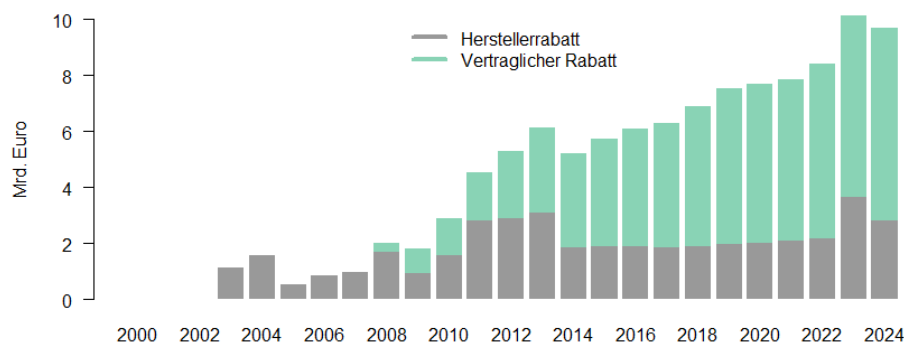
dep	Abschreibungen
ba	Bruttoarbeitseinkommen
spa	Sonstige Produktionsabgaben
yr	Bruttowertschöpfung zu konstanten Preisen
pr_bas	Produktion zu konstanten Preisen
vorl	Vorleistungen zu konstanten Preisen

4.4 Preis- und Rabattentwicklung

Rabatte reduzieren die Verkaufspreise, nicht jedoch die Erzeugerkosten. Sie reduzieren die Liquiditätsspielräume der Unternehmen und zwingen zu Produktionsanpassungen, um die Gewinnmargen zu sichern. Die Entwicklung der Rabatte stellt sich wie folgt dar:

- 2010: Erhöhung Herstellerrabatt von 6% auf 16%
- 2014: Absenkung Herstellerrabatt von 16% auf 7%
- 2020: Möglichkeiten der Inflationsanpassung
- 2023: Erhöhung Herstellerrabatt von 7% auf 12%.
- 2024: Absenkung Herstellerrabatt von 12% auf 7%.

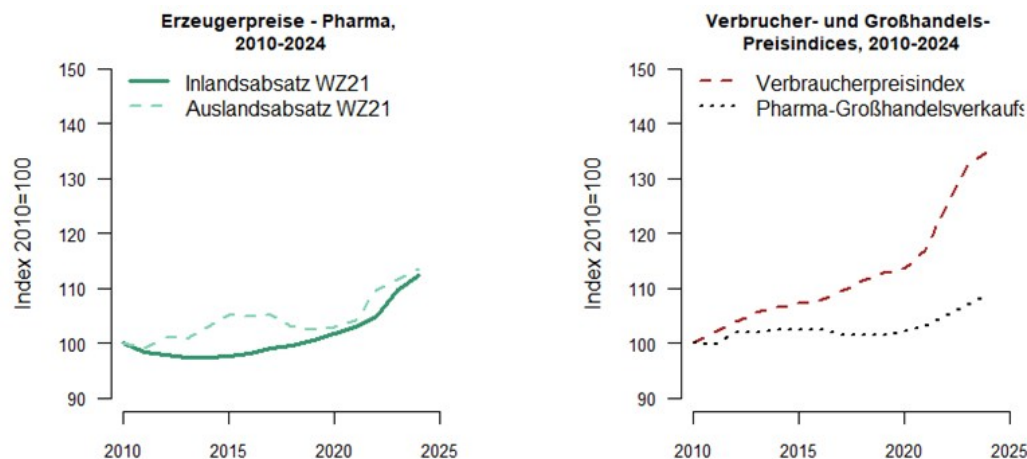
Abb. 14: Rabatte pharmazeutischer Unternehmen



Durch Rabatte leistet die pharmazeutische Industrie einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen. Durch Rabattverträge gemäß §130b SGB V allein werden jährlich mehr als 6 Mrd. EUR eingespart. Weitere Preisabschläge erhalten die Krankenkassen seit der Einführung des AMNOG durch die Verhandlung von Erstattungsbeträgen. Nach Angaben des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI) stiegen die jährlichen Einsparungen durch dieses Instrument von 144 Mio. EUR im Jahr 2013 auf rund 7,3 Mrd. EUR am Ende des Jahres 2024 (BPI 2024).

Durch den gesetzlichen Herstellerrabatt von 12% stützt die pharmazeutische Industrie die GKV im Jahr 2023 mit über 2,8 Mrd. EUR. Im Jahr 2024 lagen die Einsparungen durch die Absenkung auf 7% noch bei rund 1,7 Mrd. EUR (vgl. Abb.14).

Abb. 15: Preise pharmazeutischer Erzeugnisse und allgemeine Preisentwicklung



Mit dem Ukrainekrieg und der damit verbundenen Energiekrise haben sich die Preise in allen Lebensbereichen seit dem Jahr 2022 deutlich erhöht. Von der allgemeinen Preissteigerung weicht die Preisentwicklung im Pharmabereich positiv ab. Die *Erzeugerpreise für Arzneimittel* sind unterdurchschnittlich gestiegen (Destatis 2025a). Die Erzeugerpreise im Pharmabereich tragen damit zur Sicherung der allgemeinen Preisstabilität bei. Dies zeigt sich im Vergleich zum Verbraucherpreisindex (vgl. Abb.15). Der Pharmabeitrag zur Preisstabilität wird durch den Großhandelsverkaufspreisindex bestätigt (Destatis 2025b), der eine noch geringere Preissteigerung als der Erzeugerpreisindex aufweist. Seit dem Jahr 2010 stieg der Großhandelspreisindex nur um 9 Punkte.

4.5 GKV-Zusatzbeiträge

Der allgemeine Beitragssatz der GKV beträgt 14,6%. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises bekanntgegeben und wurde für das Jahr 2025 auf 2,5% festgelegt. Dieser Schätzwert liegt aber deutlich unter den tatsächlich realisierten Steigerungen des Zusatzbeitrags. Den höchsten Zusatzbeitrag hat derzeit die Knappschaft mit 4,4% (vgl. www.krankenkassen.de). Der GKV-Spitzenverband beziffert den durchschnittlichen Zusatzbeitrag mit 2,9% (GKV-Spitzenverband 2025).

Die ursprüngliche Intention des Zusatzbeitrages war, dass durchschnittlich 5% der Ausgaben einer Krankenkasse über Zusatzbeiträge und 95% über Zuweisungen aus dem Fonds zu finanzieren sind.¹⁹ Dabei wurde der allgemeine Beitragssatz anfangs so festgelegt, dass keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben musste. Allerdings bestand bei Einführung dieser Regelung im Jahr 2009 eine Finanz- und Wirtschaftskrise. Ab 2011 lag der Zusatzbeitrag bei durchschnittlich 0,9%. Der allgemeine Beitragssatz betrug 14,6% und ist heute noch gültig. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken konnten, hatten einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben (§ 242 SGB V).

Nicht nur der steigende Zusatzbeitragssatz, sondern auch der steigende Bundeszuschuss deutet auf ein strukturelles Defizit hin. Der Bundeszuschuss wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) zum ersten Mal für das Jahr 2004 gewährt

¹⁹ Die ursprüngliche Regelung sah keine Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes vor, denn 95% sollten durch ihn finanziert werden (Jacobs 2013: S.25).

(Bundesrechnungshof 2021). Ab der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde er drastisch erhöht und erreichte im Jahr 2020 einen Höchstwert von 18 Mrd. EUR. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass in der Coronapandemie der Bundeshaushalt noch weit höher gefordert wurde und sich der Bundeszuschuss einschl. Coronahilfen im Jahr 2022 sogar auf insgesamt 28,8 Mrd. EUR belief (GKV-Spitzenverband 2025a). Die Frage ist, kommt die GKV künftig mit 2,9% Zusatzbeitrag zurecht? Nach der Status quo-Projektion ergibt sich für den Zeitraum 2026-2030 ein weitgehend ausgeglichener Finanzierungssaldo (siehe auch Sensitivitätsanalyse).

4.6 Sensitivitätsanalysen

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Produktion, Wertschöpfung, Beschäftigte) ist im PhaSK endogen. Der Wachstumspfad hängt allerdings stark von einzelnen exogenen Variablen ab, wie von dem Wachstum der Weltwirtschaft, der Entwicklung der Erwerbspersonen und von den öffentlichen Investitionsausgaben. Im Simulationsmodell Sim.22 zeigen Annahmen zur Netto-Zuwanderung unter den einzelnen Determinanten der Bevölkerungsbewegung die schnellsten und stärksten Auswirkungen auf die Finanzen der Sozialversicherungen in Deutschland (Werding 2025).

Aufgrund der großen Bedeutung der **Entwicklung der Weltwirtschaft** für das Wachstum der deutschen Industrie wird im Folgenden zunächst auf diesen Faktor näher eingegangen. Der Weltwährungsfonds hat in seiner Juli-Prognose das reale Wachstum des BIP für die Jahre 2025 und 2026 auf 3,0% und 3,1% korrigiert. Damit liegen die Prognosen unter dem Ergebnis von 3,3% für 2024 und dem historischen Durchschnitt von 3,7% vor der Pandemie. Für Deutschland wird für 2025 und 2026 mit einem BIP-Wachstum von 0,1% bzw. von 0,9% gerechnet (IMF 2025b). Bis zum Jahr 2030 liegt die Projektion des Weltwährungsfonds für die Weltwirtschaft um durchschnittlich mehr als 2 Prozentpunkte über dem deutschen Wachstum (IMF 2025a) (vgl. Abb. 16). Dies zeigt nicht nur das Potenzial, das in der weltwirtschaftlichen Entwicklung für Deutschland liegt, sondern auch die Risiken, durch eine konsumorientierte Standortpolitik weiter abgehängt zu werden.

Abb. 16: Projektion der Weltwirtschaft, IMF



Offensichtlich weist die deutsche Wirtschaft eine strukturelle Schwäche auf, die sich im niedrigen und ab 2028 rückläufigen BIP-Wachstum nach der IMF-Projektion manifestiert. Das BASYS-Update für die Pharmainitiative Bayern zeigt allerdings, dass Deutschland das Potenzial für einen innovativen Pharmastandort hat (Schneider, Krauss 2025). Warum aber gerade die kurzfristigen Finanzierungsprobleme der GKV und strukturelle Probleme in der sektorübergreifenden

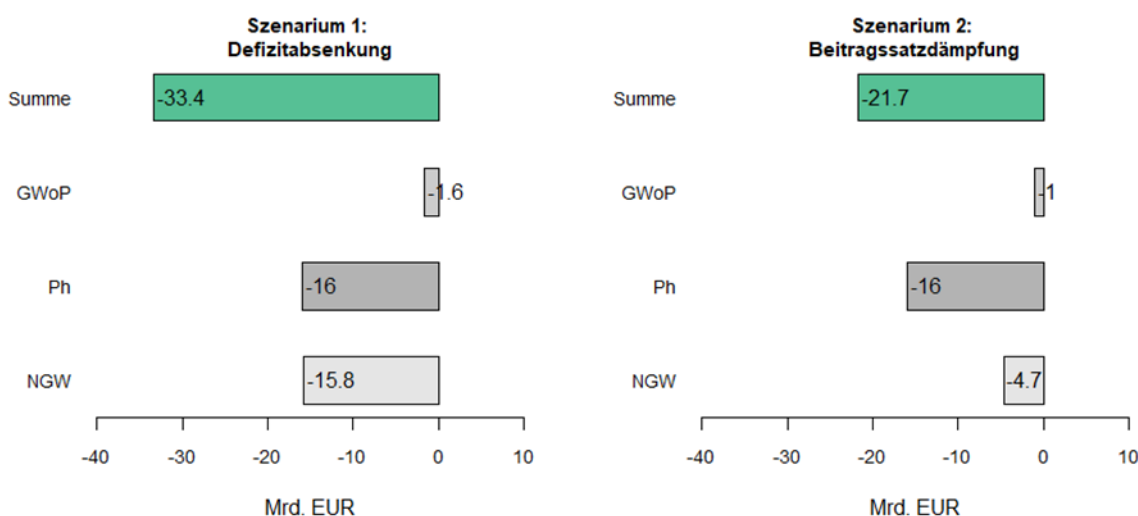
Verzahnung durch eine Erhöhung des Herstellerrabatts gelöst werden sollen, die auf Kosten der Investitionen gehen, ist zu begründen.

In den zwei Szenarien wurde angenommen, dass sich die **US-Zollpolitik** nur sehr begrenzt auf die Investitionsentscheidungen auswirkt. Würden beispielsweise die pharmazeutischen Unternehmen stärker auf die US-Zollpolitik mit Investitionsverlagerungen reagieren, wären alle Effekte deutlich negativer.

Was die **Investitionen** betrifft, erfordert der Wachstumspfad durch die Verwendung des Sondervermögens SVIK noch weitere Konkretisierung. Die mittelfristige Haushaltsplanung sieht folgende Verwendung vor (BMF 2025): 2025: 37,2 Mrd. EUR; 2026: 58,9 Mrd. EUR; 2027: 57,1 Mrd. EUR; 2028: 58,4; 2029 59,2 Mrd. EUR. Auffällig ist, dass praktisch ab 2026 keine Steigerung vorgesehen ist. Allerdings sollen über den gesamten Finanzplanungszeitraum bis 2029 die Investitionen stabil auf einem hohen Niveau bei etwa 120 Mrd. EUR bleiben, was deutlich über den Bundesinvestitionen des Jahres 2024 liegt. Im PhaSK wurde ein Wachstum der öffentlichen Investitionen von 6% jährlich unterstellt. Bei höheren öffentlichen Investitionen und einem höheren induzierten Arbeitseinkommen würde das Einnahmeproblem der GKV verschwinden.

Wesentlich für die realen wirtschaftlichen Wachstumseffekte sind schließlich die induzierten **Preiseffekte**. Durch die Erhöhung des Herstellerrabatts werden die Konsumentenpreise staatlich abgesenkt. Gleichzeitig erhalten die Pharmazeutischen Unternehmen weniger. Rechnerisch verbilligt sich somit der Konsum, ohne dass sich die Produktionskosten ändern.

Abb. 17: Reale Wertschöpfungseffekte einer Rabatterhöhung, 2026-2030



GVoP = Gesundheitswirtschaft ohne Pharma, Ph = Pharma, NGW = Nichtgesundheitswirtschaft

Abbildung 17 zeigt die realen Wertschöpfungseffekte für die zwei Szenarien. Die negativen gesamtwirtschaftlichen Ergebnisse für die Wertschöpfung (vgl. Abbildungen 1-3) werden bestätigt. Erwartungsgemäß sind die realen Effekte geringer. Das Szenarium 2 (Beitragssatzdämpfung) zeigt positive Effekte für die Nicht-Gesundheitswirtschaft. Einflüsse des Fachkräftemangels auf die Lohnsätze wurden in dieser Simulation allerdings noch nicht berücksichtigt.

4.7 Glossar

Apothekenabschlag: Apotheken zahlen für Fertigarzneimittel einen sogenannten Apothekenabschlag in Höhe von 1,77 EUR je Arzneimittel. Für sonstige Arzneimittel erhalten die

Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 5 Prozent auf den Arzneimittelabgabepreis. Ist für das Arzneimittel ein Festbetrag festgesetzt, bemisst sich der prozentuale Abschlag nach dem Festbetrag. Liegt der Arzneimittelabgabepreis unter dem Festbetrag, bemisst sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis.

Der Anspruch auf den Apothekenabschlag gilt nur, wenn die Krankenkasse innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Rechnung zahlt. Insoweit hat der Rabatt eine Skontofunktion und hält die Krankenkassen zum zügigen Ausgleich der Apothekenrechnungen an.

Herstellerabschlag: Pharmazeutische Unternehmen müssen den Krankenkassen für Arzneimittel ohne Festbetrag einen gesetzlich vorgegebenen Rabatt auf den Abgabepreis einräumen:

- 7% des Abgabepreises bei patentgeschützten Präparaten.
- 6% des Abgabepreises bei patentfreien, wirkstoffgleichen Arzneimitteln. Für Letztere erhalten die Krankenkassen allerdings zusätzlich 10% Rabatt.

Zudem galt ein Preismoratorium bis Ende 2023 für Arzneimittel, für die kein Festbetrag und kein Erstattungsbetrag galt (Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften - GKV-ÄndG) (BMG 2025).

Interne und externe Forschung: Die von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Forschung wird zu rund zwei Dritteln in den Industrieunternehmen direkt erbracht, rund ein Drittel der Mittel fließt in externe Forschungsunternehmen. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wird in den genannten Zahlen zur Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit nur der externe Teil erfasst. Die intern geförderte pharmazeutische Forschung ist in den Werten für die Industrie enthalten.

Die *Nachfrageelastizität*, e , misst die prozentuale Änderung der Nachfrage zur prozentualen Änderung des Preises:

$$e = \frac{dQ}{Q} : \frac{dP}{P}$$

Der *Produktionsindex* misst die monatliche Leistung der Unternehmen des Produzierenden Gewerbes in Deutschland. Im Mai des Folgejahres werden die endgültigen Ergebnisse für alle Monate des Berichtsjahres (sogenannte Jahreskorrektur) veröffentlicht.

Rechtliche Einheit: In der amtlichen Unternehmensstatistik wird die Rechtliche Einheit als „kleinste rechtlich selbständige Einheit, die Bücher führt“ definiert. Bis einschließlich Berichtsjahr 2017 war die Rechtliche Einheit die Erhebungs- und Darstellungseinheit der Strukturstatistiken. Die Rechtliche Einheit wird immer noch in der Input-Output-Rechnung und bei der Bundesagentur für Arbeit als statistische Einheit verwendet.

Unternehmerische Einheit: Die EU-Einheitenverordnung definiert das Unternehmen als „kleinste Kombination rechtlicher Einheiten, die eine organisatorische Einheit zur Erzeugung von Waren und Dienstleistungen bildet und (...) über eine gewisse Entscheidungsfreiheit verfügt.“ Das so definierte Unternehmen kann mehrere rechtliche Einheiten vereinigen.

Vertraglicher Rabattabschlag: Für die Abgabe von Arzneimitteln, die sich exklusiv auf Hersteller beziehen, können Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern weitere Rabatte bzw. Preisnachlässe aushandeln und die Einsparungen an ihre Versicherten weitergeben. Die

Krankenkasse kann ihren Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen die Vertragspräparate ohne Zuzahlung zur Verfügung stellen.

4 Referenzen

Amiti M., Redding S., und D. Weinstein. 2019. „The Impact of the 2018 Tariffs on Prices and Welfare“. *Journal of Economic Perspectives*. <https://pubs.aea-web.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.33.4.187>.

AOK-Bundesverband. 2025. „AOK legt Sofortprogramm 2025 vor: Effizienzreserven von bis zu 35 Milliarden Euro bei Gesundheit und Pflege.“ Pressemitteilung vom 26.02.2025. Berlin. <https://www.aok.de/pp/bv/pm/aok-sofortprogramm/>

Baas, J. 2025. „GKV-Finzen stabilisieren: Die Vorschläge liegen längst auf dem Tisch“. *TK-Newsletter*, Nr. 23.07.2025. <https://wirtechniker.tk.de/2025/07/23/gkv-finzen-stabilisieren/>.

Barmer. 2024. „Für eine starke und stabile Gesundheitsversorgung: Forderungen der BARMER zur Bundestagswahl 2025“. Berlin. Dezember 2024, <https://www.barmer.de/resource/blob/1026282/3bee4fa1e6a019c709d59392f225179b/gesundheitspolitische-positionen-der-barmer-2025-data.pdf>.

BKK Dachverband. 2025. „Stellungnahme BKK Dachverband e.V. vom 22.09.2022 Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) BT-Drs. 20/3448. Berlin.

BMBF. 2024. „Daten und Fakten zum deutschen Forschungs- und Innovationssystem: Bundesbericht Forschung und Innovation 2024“. Bundesministerium für Bildung und Forschung. https://www.bundesbericht-forschung-innovation.de/files/BMBF_BuFI-2024_Datenband.pdf.

BMF. 2024. „Tragfähigkeitsbericht 2024: Sechster Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen“. Bundesministerium für Finanzen. <https://www.bundesfinanzministerium.de/tragfaehigkeit>.

———. 2025. „Bundesregierung führt Investitionsoffensive fort: Bundeshaushalt 2026 und Finanzplan bis 2029 beschlossen: Pressemitteilung 31.07.2025“. Bundesministerium für Finanzen.

BMG. 2025. „Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften - GKV-ÄndG“. 2025. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/arzneimittelpreise.html>.

BMWK. 2024. „Faktenblatt Humanarzneimittel - Gesundheitsökonomische Gesamtrechnung (GGR): Berechnungen WifOR“. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz. <https://ggrdashboard.bmwk.de>.

BMWK, BMF. 2024. „Gesamtwirtschaftliches Produktionspotenzial und Konjunkturkomponenten. Datengrundlagen und Ergebnisse der Schätzungen der Bundesregierung. Herbstprojektion der Bundesregierung vom 9. Oktober 2024“. Tabellen. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz [BMWK] sowie Bundesministerium für Finanzen [BMF].

BPI. 2024. „Pharma-Daten 2024“. Berlin: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. <https://www.bpi.de/bibliothek/pharma-daten>.

Bundesagentur für Arbeit, BA -. 2025. „Betriebe und sozialversichersicherungspflichtig Beschäftigte in Wirtschaftszweig ... WZ 2008: Sonderauswertung: Auftragsnummer 382950, 11. Februar 2025“.

Bundesbank, Deutsche. 2025. „Hauptergebnisse der Überprüfung der geldpolitischen Strategie 2024/2025“. *Monatsberichte*. <https://publikationen.bundesbank.de/publikationen-de/berichte-studien/monatsberichte/monatsbericht-juli-2025-960336>.

Bundesrechnungshof. 2021. „Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung: Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung“. Potsdam: Bundesrechnungshof. https://www.bundesrechnungshof.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Berichte/2021/finanzielle-lage-der-gkv-volltext.pdf?__blob=publication-File&v=1.

DAK-Gesundheit. 2025. „AMNOG-Report 2025: Innovationsförderung und Kostendämpfung: Ein Widerspruch? Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 53) Andreas Storm (Hg.), Heidelberg: medhochzwei.

DAZ. 2025. „Trump kündigt 100-Prozent-Zoll auf Arzneimittel an.“ *Deutsche Apotheker Zeitung* v. 26.09.2025. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2025/09/26/trump-kuendigt-100-prozent-zoll-auf-arzneimittel-an>.

Dennerlein, Huber M. und M. Schneider (BASYS), R. 1990. „Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen von Ausgabenentwicklungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Band I: Zusammenfassung“. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Augsburg, Bonn: BASYS, Bonner Forschungsgruppe.

Destatis. 2024. „Inlandsproduktberechnung Endgültige Ergebnisse - 2023 (Fachserie 18 Reihe 1.4, Rechenstand August 2024)“. Statistischer Bericht - Erschienen am 16. September 2024. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

———. 2025a. „Index der Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz): Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige (GP2019: 9-Steller)“. Statistischer Bericht EVAS-Nr. 61241-0003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

———. 2025b. „Index der Großhandelsverkaufspreise: Deutschland, Jahre, Wirtschaftszweige (WZ2008: 3- bis 5-Steller)“. Statistischer Bericht EVAS-Nr. 61281-0003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

———. 2025c. „Inlandsproduktberechnung vorläufige Ergebnisse - 2023 (Fachserie 18 Reihe 1.4)“. Statistischer Bericht - Erschienen am 3. Juni 2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

———. 2025d. „Input-Output-Rechnung - 2021 (Revision 2024, Stand: August 2024)“. Statistischer Bericht - 10. Januar 2025, EVAS-Nummer 81511. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

———. 2025e. „Investitionserhebung im Verarbeitenden Gewerbe und Bergbau 2023)“. Auswertung Genesis-online am 29.01.2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/42231/table/42231-0001>.

———. 2025f. „Umsatzsteuerstatistik (Vorankündigungen) Genesis-online am 31.01.2025“. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/73311/table/73311-0002>.

———. 2025g. „Inlandsproduktberechnung vorläufige Ergebnisse - 2024 (Fachserie 18 Reihe 1.4)“. Statistischer Bericht - Erschienen am 2. September 2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Eger S, und Mahlich JC. 2014. „Pharmaceutical regulation in Europe and its impact on corporate R&D“. *Health Economics Review*. <https://healthconomicsreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-014-0023-5>.

Eurostat. 2025. „Government Finance Statistics“. European Union. 2025. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_finance_statistics#.

Feld LP, Haucap J, Fuest C. 2023. „Wirtschafts- und Industriestandort Deutschland in Gefahr? Was zu tun ist und was man unterlassen sollte“. Berlin: Kronberger Kreis; Stiftung Marktwirtschaft 71.

Filson D, Lakdawall D, VanNuys K, und D Goldman D. 2025. „The Elasticity of Pharmaceutical Innovation: How Much Does Revenue Drive New Drug Development?“ *Schaeffer Center White Paper Series DOI: 10.25549/ABR5-N176*. <https://schaeffer.usc.edu/wp-content/uploads/2025/02/2025-02-pharmaceutical-innovation.pdf>.

Flaaen A., Pierce J. 2019. „Disentangling the Effects of the 2018-2019 Tariffs on a Globally Connected U.S. Manufacturing Sector“. *Finance and Economics Discussion Series - Federal Reserve Board*. <https://doi.org/10.17016/FEDS.2019.086>.

GKV-Spitzenverband. 2024. „GAmSi GKV-Arzneimittelschnellinformationssystem“. <https://www.gkv-gamsi.de/>.

———. 2025a. „Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung“. Berlin: GKV-Spitzenverband.

———. 2025b. „Reserven der Krankenkassen auf sieben Prozent zusammengeschrumpft“. Pressemitteilung v. 24.03.2025. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Henn S, Roitzsch C. und Nientiet L, Malanowski N. 2021. „Pharmazeutische Industrie: Auswirkungen globaler Reorganisation von Forschung und Entwicklung auf Arbeitnehmerakteure“. 229. Hans-Böckler Stiftung. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-008162.

Hüther, M., Obst, T., Pimpertz, J. 2025. „Steigende Sozialversicherungsbeiträge belasten die Wettbewerbsfähigkeit“. IW-Policy Paper, Nr. 3, Köln/Berlin.

IMF. 2025a. „World Economic Outlook Database“. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2025/april>.

———. 2025b. „World Economic Outlook Update July 2025: Global Economy: Tenuous Resilience amid Persistent Uncertainty“. International Monetary Fund.

IQVIA. 2025. „IQVIA Marktbericht Classic - Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2024“. IQVIA. https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/germany/library/publications/iqvia-pharma-marktbericht-classic-q4-2024_fin.pdf.

Jacobs, K. 2013. „Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finzen und sinnvollen Kassenwettbewerb“. *Wirtschaftsdienst*, Nr. 1.

Lakdawalla, D.N. 2018. „Economics of the Pharmaceutical Industry“. *Journal of Economic Literature*, Vol. 56(2): 397-449.

Miller, R. E., und P. D. Blair. 2009. *Input-Output Analysis. Foundations and Extensions*. 2nd Ed.. Cambridge.

Ochmann R., Albrecht M. und D. Sonnenberger. 2025. „Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung: Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit“. Berlin: IGES Institut GmbH.

Phillip, Kürzdörfer, M. 2023. „Pharma-Innovationsstandort Deutschland. Wie Spitzenforschung ermöglicht, neue Therapieoptionen gesichert und Deutschlands internationale Wettbewerbsposition gestärkt werden können“. Verband Forschender Arzneimittelhersteller & Kearney.

<https://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/forschungsstandort-deutschland/vfa-kearney-der-pharma-innovationsstandort-deutschland-braucht-trendumkehr>.

Philipson, T. J. und T. Durie. 2021. “Issue brief: The Impact of HR 5376 on Biopharmaceutical Innovation and Patient Health.” The University of Chicago, November 29, 2021.

Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose. 2025. „Expansive Finanzpolitik kaschiert Wachstumschwäche“. Herbst 2025.

Schneider, M. 2013. *Die gesundheitswirtschaftliche Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie in Bayern: Gutachten für eine zukunftsorientierte Standortpolitik*. Augsburg: BASYS.

———. 2022. „Gesamtwirtschaftliche Analyse der Gesundheitswirtschaftlichen Auswirkungen der Rabatte auf pharmazeutische Produkte: Gutachten der Pharmainitiative Bayern“. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung.

Schneider M., Krauss T. 2025. „Update Pharmadaten Bayern 2010-2024: BASYS-Gutachten für die Pharmainitiative Bayern“. Augsburg: BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung.

Schneider M., Krauss T. und A. Köse. 2017. „Die Pharmazeutische Industrie in Bayern – Standortanalyse 2015“. *RPG* 23 (2): 67–79.

Schneider M., Ostwald D. und Karman A. 2016. *Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014: Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie*. Nomos: Baden-Baden.

Shaikh M, Kourouklis D, Del Giudice P. 2021. „Revisiting the Relationship Between Price Regulation and Pharmaceutical R&D Investment“. *Appl Health Econ Health Policy* 19 (2): 217–29.

<https://doi.org/10.1007/s40258-020-00601-9>.

SVR-Gesundheit. 1996. *Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung - Sondergutachten 1996*. Nomos: Baden-Baden: SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/sondergutachten-1996/>.

———. 2025. *Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem - Gutachten 2025*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2025/SVR_Gutachten_2025.pdf.

Techniker Krankenkasse. 2025. „10-Punkte-Plan für eine Ausgabenwende: Wettbewerb, Mittelfeffizienz und Beitragsstabilität in der GKV stärken: Position der TK“. 2025. <https://www.tk.de/resource/blob/2201382/9a1da8d3dc942ef59215b6bc14a0a6cf/tk-position-10-punkte-plan-gegen-steigende-kassenbeitraege-data.pdf>.

USTR. 2020. „Economic and Trade Agreement Between the U.S. and China – Phase One“. Office of the U.S. Trade Representative.

VCI. 2024. „Chemiewirtschaft in Zahlen - 2024“. Verband der Chemischen Industrie e. V. <https://www.vci.de/services/publikationen/broschueren-faltblaetter/chemiewirtschaft-in-zahlen.jsp>.

Vernon, J. A., 2005. „Examining the link between price regulation and pharmaceutical R&D investment“. Health Economics 14, 1, S. 1–16. <https://doi.org/10.1002/hec.897>.

VGRdL. 2024. „Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland 1991 bis 2023, Reihe 1, Länderergebnisse Band 1“. Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“. <https://www.statistikportal.de/de/vgrdl>.

Werdning, M. 2025. „Die Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge bis 2080: Ein Up-date“. Fakultät für Sozialwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum. <https://www.sowi.ruhr-uni-bochum.de/oekonomik>.

Werdning M, Schirner S, Läßle B. 2024. „Modellrechnungen für den Sechsten Tragfähigkeitsbericht des BMF“. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln. <https://www.fifo-koeln.org/downloads/berichte/FiFo-Bericht%2033.pdf>.

Wilsdon, Armstrong, T. 2022. „Factors affecting the location of biopharmaceutical investments and implications for European policy priorities“. Study for EFPIA. Charles Rivers Associates. <https://www.efpia.eu/media/676753/cra-efpia-investment-location-final-report.pdf>.

Wissenschaftsstatistik, Stifterverband. 2024. „Tabelle: FuE-Aufwendungen und FuE-Personal der Wirtschaft nach Branchen“. <https://www.stifterverband.org/wissenschaftsstatistik>.