

Ich hatte Sie dabei auf **Schwächen der wissenschaftlichen Politikberatung (Stichwort: SVR-Gutachten) und fehlleitende Aussagen und Analysen zur Arzneimittelkostenentwicklung (Stichwort: Arzneimittelkostenexplosion)** angesprochen, die einen sachorientierten Diskurs und **faktenbasierte politische Entscheidungen (Stichwort: vertrauliche Erstattungsbeiträge und GKV-FinStG) erschweren**. Die angekündigten Hintergründe zu meinen Ausführungen bin ich Ihnen noch schuldig geblieben, möchte dies aber heute nachholen:

1. **Wissenschaftlichkeit & Politikberatung:** Bei dem auch von Ihnen im Termin zitierten SVR-Gutachten zur Arzneimittelpreisbildung (2025) waren wir offen gestanden erschrocken über die teils ungefilterte Übernahme von Kassen-Positionen und -Forderungen. Aus unserer Sicht halten viele Aussagen des SVR einer wissenschaftlichen bzw. sachlichen Überprüfung nicht stand. Hierzu finden Sie zu Ihrer **vertraulichen Information** ein Papier unseres Verbandes vfa, welches die Schwachstellen des SVR-Gutachtens analysiert ([Anlage 1 vfa-Kommentierung](#)) und dem BMG zur Verfügung gestellt worden war. Ich hatte Ihnen im Termin von der quasi **Gleichsetzung von Arzneimittelpreisen mit Arzneimittelkosten** berichtet, welche die deutlich geringeren Verordnungszahlen hochpreisiger Medikamente negiert. Gleichzeitig werden höhere Kosten pro Verordnung problematisiert, obwohl diese häufig mit einer längeren Wirkdauer zusammenhängen und Mehrfachverordnungen ersetzen (das Extrembeispiel sind (teure), einmalige Gentherapien, die zuvor jahrelange Behandlungen von Chronikern obsolet machen).

Wissenschaftlich besonders gravierend finden wir ein Falschzitat im Gutachten: So zitiert der SVR zur Begründung der These, dass die Leitplanken zu stärker wertorientierten Preisen führen würden, eine Analyse von XXXXXXX et al. Allerdings kommt die Quelle zur genau entgegengesetzten Schlussfolgerung. Wenn Sie dieses Thema interessiert, arbeiten wir Ihnen dieses Beispiel gerne im Detail auf.

2. **Preise, Kosten & Wert – zur Notwendigkeit eines Perspektivwechsels:** Wir halten einen Perspektivwechsel für notwendig, Arzneimittel nicht als Kosten-Problem zu betrachten (als das es in der Öffentlichkeit oft dargestellt wird), sondern zu sehen, dass **Arzneimittel ein wichtiger Teil der Lösung** bei der Kostensenkung von Krankheit - dem eigentlichen gesellschaftlichen Problem - sind. Interessanterweise verweist auch der SVR auf eine Harvard-Studie zum Public-Health-Beitrag von Arzneimitteln (vgl. S. 26, Punkt 27.): *"Zum Beispiel schätzen Buxbaum et al. (2020), dass von dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung in den USA um 3,3 Jahre zwischen den Jahren 1990 und 2015*

35 % auf Arzneimittel zurückzuführen waren." Das Verhältnis dieser 35% Nutzen zu weniger als 10% GKV-Kosten für innovative Arzneimittel wirft eine andere Perspektive auf die Arzneimittelausgaben!

Allgemein zum Thema gibt es auch einen Kommentar auf der Plattform Pharma Fakten: [Gesundheit ist kritische Infrastruktur – doch Deutschland redet zu wenig darüber](#). Folgende Abbildung verdeutlicht die ökonomische Notwendigkeit, den (GKV-)Kosten alle Nutzeneffekte (über die individuelle Gesundheit des einzelnen Patienten hinaus) gegenüberzustellen.

Ausgaben für Gesundheit: Eine Investition in die Bundesrepublik



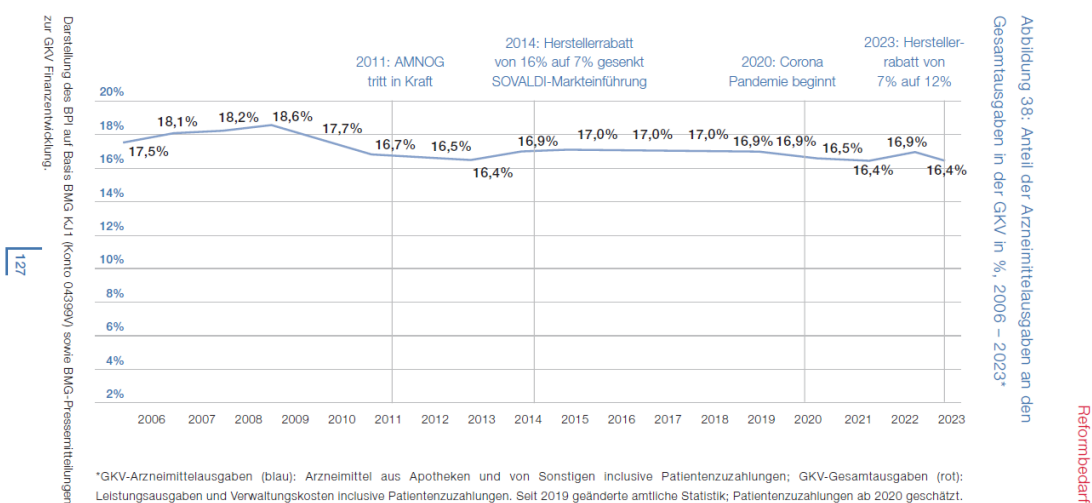
Zudem zeigen aktuelle Studien den **hohen Nutzen, den Arzneimittel für die Patienten haben und auch für unsere Gesellschaft** (vgl. [Arzneimittel als Zukunftsinvestition / Studie „Wert von Innovationen“ \(Vintura\) – LAWG Deutschland e.V.](#)). Darüber hinaus können mit Arzneimitteln auch Kosten in der GKV eingespart werden ([Gesundheitswirtschaft - Beiträge zur industriellen Gesundheitswirtschaft | BDI](#)). Es verbietet sich u.E. daher ein statisches Silodenken, welches die Kosten einzelner Bereiche getrennt betrachtet, ohne die bestehenden Interdependenzen zu beachten.

Schließlich gehört die pharmazeutische Industrie derzeit zu den wenigen **Wachstumsbranchen** in Deutschland, die **massiv in Deutschland investiert**, wie der angehängte Artikel eindrucksvoll zeigt (vgl. [Anlage 2 Groß-J-Schlüsselindustrie](#)). Nicht erwähnt wurden in diesem Artikel die **Risikokapital-Investitionen, die wir als Bristol Myers Squibb schon getätigt** (gut 700 Mio. € seit 2019) und kürzlich in 2025

vereinbart haben (3,5 Mrd. US\$ bis 2028 in eine Kooperation mit BioNTech). All dies zeigt, dass das Potential der Branche für den Wirtschaftsstandort Deutschland enorm ist. Allerdings sind diese Erfolge durch die Politik der Trump-Administration (Stichwort: MFN) und Politikvorschläge aus Teilen der SPD gefährdet. Das ist auch der Grund, weshalb wir den von der Bundesregierung initiierten **Pharma-Dialog sehr begrüßen**, Reformen des AMNOG fordern und eine Erhöhung des Herstellerrabattes – wie von Teilen der SPD gefordert – strikt ablehnen.

3. **Diskussion um Fakten:** hierzu hatte ich bereits einige Punkte im Termin benannt, die Sie hier strukturiert aufbereitet finden:

a.) **Die Höhe der GKV-Arzneimittelausgaben wird häufig übertrieben und ohne den notwendigen Kontext dargestellt.** Die BPI AMNOG-Daten zeigen ([BPI Website: AMNOG-Daten](#)), dass der Anteil der GKV-Arzneimittelausgaben an den gesamten GKV-Ausgaben seit vielen Jahren nahezu konstant ist. Den seit Jahren zwischen 16% und 18% schwankenden Kostenanteil finden Sie auch in der GKV-Statistik ausgewiesen - die **seit Jahren viel zitierte Arzneimittelkostenexplosion lässt sich beim besten Willen nicht nachvollziehen**. Berücksichtigt man, dass es in der Kosten-Diskussion um die patentgeschützten Arzneimittel geht, reden wir nur noch von rund der Hälfte - also 8% bis 9% der GKV-Kosten. Zieht man noch MwSt, Apotheken- und Großhandelsmargen ab, verbleiben **6% bis 7% bei der forschenden Arzneimittelindustrie**.

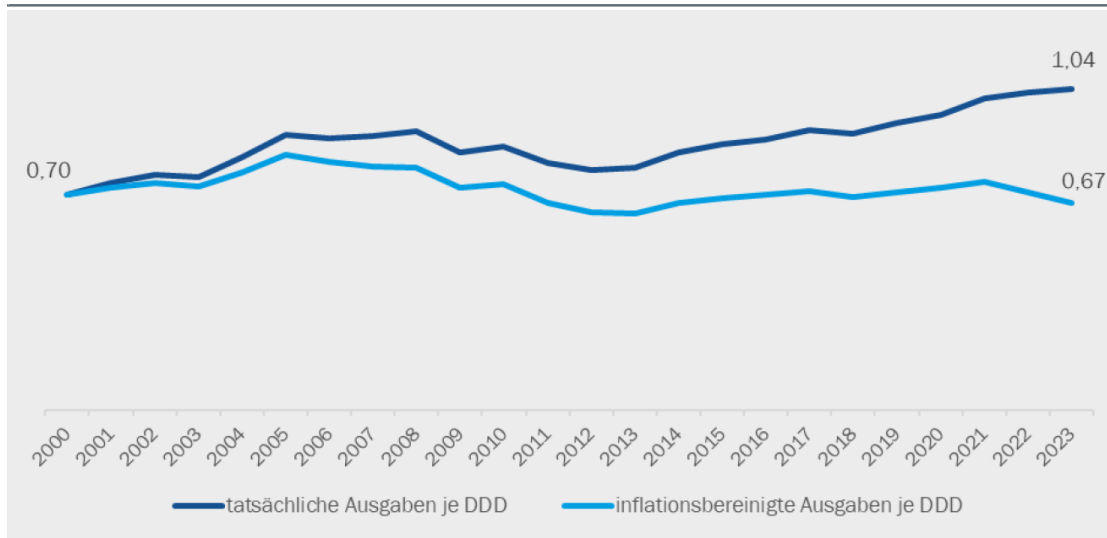


Die schon erwähnte Prognos-Studie (**InnovationRadar – Arzneimittel als Zukunftsinvestition** – vgl. [Arzneimittel als Zukunftsinvestition](#)) zeigt darüber hinaus,

dass die Erhöhung der Arzneimittelausgaben seit dem Jahr 2000 alleine durch die Inflation und ein **Mehr an Versorgung** zu erklären sind, während die Kosten pro Tagesdosis (DDD - Defined Daily Dose) real konstant geblieben sind. Dieses Mehr an Versorgung ist auch eine bessere Versorgung, da sich die therapeutischen Möglichkeiten durch Arzneimittel seit dem Jahr 2000 erheblich verbessert haben.

Abbildung 8: Arzneimittelpreisentwicklung je DDD

nominale und inflationsbereinigte Entwicklung, Euro je DDD, 2000 bis 2023



Inflation gemäß Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamts (2025). Die Mengenentwicklung basiert auf dem Arzneiverordnungs-Report (2024), die Ausgabenentwicklung auf der KJ1-Statistik.
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Hammerschmidt (2025)

© Prognos 2025

b.) Die vermeintlich hohen Kosten der Vertraulichkeit waren ebenfalls Thema am 3.12.: Faktisch ist die gesetzliche Regelung zu vertraulichen Erstattungsbeträgen für pharmazeutische Unternehmen unattraktiv und wurde bisher nur einmal genutzt: Neben dem „Vertraulichkeitsrabatt“ von 9% muss der Hersteller den Kassen noch die zuviel gezahlten Vertriebsmargen von Apotheken und Großhändlern ausgleichen. Dadurch entsteht eine weitere Belastung von ca. 3-6 % des Herstellerabgabepreises. Die Wahl eines vertraulichen Erstattungsbetrags kostet den pharmazeutischen Unternehmer also einen zusätzlichen Rabatt von 12-15%, "on top" zum bereits verhandelten AMNOG-Preisabschlag.

Im Rahmen der parlamentarischen Debatte hatten die Kassen ein "Horrorszenario" über die Mehrkosten einer solchen Regelung gezeichnet, das mit hanebüchenen Annahmen arbeitete und allein darauf abzielte, die Option auf vertrauliche Erstattungspreise abzuschließen. Eine Option, die es Unternehmen erlauben sollte, Arzneimittel auch noch bei hohen AMNOG-Preisabschlägen in Deutschland einzuführen, und zwar ohne

Auswirkungen eines niedrigen Preisabschlusses auf rund 40 Länder, die auf den deutschen Erstattungsbetrag referenzieren.

Die Kassen-"Analyse" dazu finden Sie als Anlage 3 (MFG_Mehrkosten), wobei darauf hinzuweisen ist, dass das BMG im MFG-Gesetzentwurf von maximal 10% der Neueinführungen ausging, die für einen vertraulichen Erstattungsbetrag in Frage kommen. XXXXX YYYYYYYYYY von den Grünen nutzte die halbseidene Steilvorlage der Kassen und prognostizierte 33 Mrd. € Mehrbelastungen der Kassen. Der Bundestag beschloss am Ende auf Basis dieser Argumentationen den zusätzlichen Rabatt von 9%, wodurch die ohnehin schon mit zusätzlichen Rückerstattungskosten verbundene Regelung vollends unattraktiv wurde.

c.) Die Gesetzesbegründung des GKV-FinStG hatte ich ebenfalls kurz erwähnt: Der Gesetzgeber hatte 2022 die im GKV-FinStG ergriffenen Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der innovativen Arzneimittel mit einer „**erheblichen Ausgabendynamik**“ im **Arzneimittelbereich** begründet. Tatsächlich ergab sich für das Gesamtjahr 2022 bei einem nominalen Wachstum der GKV-Arzneimittelausgaben von +4,8% und einer Inflation von +6,9% eine **reale Abnahme der Kosten von -2,0%**. Auch in 2023 sind die Arzneimittelausgaben real um -2,8% gesunken (nominal +2,9%, Inflation 5,9%). Die Begründung einer so **einseitigen Sparpolitik** (die Arzneimittelbereich machte rund 85% aller Leistungsausgabenkürzungen im Gesetz aus, trotz weniger als 10% Kostenanteil (s.o.)) war damit sachlich schlichtweg falsch.

Mit den obigen Punkten möchte ich nochmals dafür sensibilisieren, dass Politik nicht auf Basis von Behauptungen gemacht werden sollte, sondern faktenbasiert erfolgen und sich auf wissenschaftlich saubere Erkenntnisse stützen sollte. Dazu ist es notwendig, die Argumente aller Seiten (wir nehmen uns da mitnichten aus) auf ihre Validität hin zu prüfen. Das gilt auch für die Aussagen des SVR Gesundheit. Auch wissenschaftliche Erkenntnisse oder Publikation bedürfen eines kritischen Austauschs darüber, welche Daten die Realität korrekt und ausreichend differenziert wiedergeben sind. Wir hoffen sehr, dass dies - auch mit Ihrer Unterstützung - zukünftig besser gelingt.