Vom Kostenfaktor zur Investition

Der ökonomische Impact innovativer Arzneimittel

Ausgaben für pharmazeutische Innovationen werden weitgehend als Kosten gesehen – und das umso mehr, je größer die Finanzprobleme in der GKV sind. So werden auch im ersten Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026 Arzneimittel als Kostentreiber gesehen.[1] Auch der Kabinettsentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) verfällt in alte Muster und sieht deutliche Einsparungen bei patentgeschützten Arzneimitteln vor.[2]

>> Die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel wird seit jeher kontrovers diskutiert.[3] Diese Diskussion soll hier nicht wiederholt werden. Die Fakten zeigen:[4]

- Der auf Hersteller entfallende Anteil der Ausgaben für Arzneimittel an den GKV-Leistungsausgaben liegt seit Jahren konstant bei rund 12%. Davon entfallen rund 50% auf patentgeschützte Arzneimittel – konstant seit Jahren.
- Durch das AMNOG-Verfahren werden allein im Jahr 2026 Entlastungen in Höhe von 12 Mrd. Euro für die GKV erwartet. Insgesamt werden die Einsparungen inzwischen auf 55 Mrd. Euro beziffert.
- Der Pharmabereich leistete durch Abgaben und Rabatte Einsparungen von rund 29 Mrd. Euro im Jahr 2025.

Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben ist im Wesentlichen auf die Verbrauchskomponente zurückzuführen[5] – bedingt durch breitere Therapieoptionen und eine alternde Gesellschaft. Sie liegt dabei unter dem Niveau, das aufgrund der allgemeinen Preisentwicklung und einer höheren Inanspruchnahme infolge einer alternden Gesellschaft zu erwarten ist.[6]

Fokus auf Arzneimittel verstellt Blick auf indirekte und Folgekosten

Dabei werden häufig nur Kosten für Arzneimittel betrachtet. Sachgemäß wäre hingegen die Betrachtung

- erstens aller direkten Kosten der Behandlung einer Erkrankung, d. h. jener Ausgaben, die direkt für eine medizinische Versorgung anfallen: ambulante und stationäre Behandlungen, Diagnostik, Arzneimittel etc., nicht nur Arzneimittelkosten. So könnten Einsparungen durch eine Therapie mit innovativen Arzneimitteln den Arzneimittelkosten gegenübergestellt werden. Auf diese Weise könnten die Gesamtkosten einer Behandlung gesteuert werden.
- Zweitens belasten die indirekten Kosten, auch Folgekosten genannt, die GKV und darüber hinaus durch Produktivitätsverluste aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Absentismus, Präsentismus (Leistungsminderung trotz Anwesenheit), Frühverrentung und Erwerbsunfähigkeit oder vorzeitige Mortalität auch die sozialen Sicherungssysteme und die Volkswirtschaft. Die direkten Kosten der Krebsversorgung in Europa beliefen sich 2023 auf rund 146 Mrd. Euro. Fast 50% der Gesamtbelastung liegen außerhalb der direkten Behandlungskosten. Ähnlich verhält es sich bei der Behandlung des Diabetes: Die Kosten werden auf über 40 Mrd. Euro in Deutschland geschätzt, davon rund die Hälfte aufgrund indirekter Kosten.[7]
- Drittens die verdeckten Kosten durch langfristige, oft unsichtbare gesellschaftliche Belastungen durch unbezahlte Pflege von Angehörigen, reduzierte Erwerbsbeteiligung von Familienmitgliedern, gesellschaftliche Spannungen und Vertrauensverlust. Im Jahr 2019 lebten weltweit 57 Mio. Menschen mit Demenz, mit gesellschaftlichen Kosten von rund 1,3 Billionen US-Dollar. Etwa die Hälfte dieser Kosten entfällt auf unbezahlte Pflege durch Angehörige.[8]

Positive Effekte von Arzneimitteln jenseits der besseren Patientenversorgung

Der einseitige Blick auf Arzneimittelausgaben verzerrt das Gesamtbild erheblich und lässt mehr als nur den medizinischen Nutzen von Patienten außer Acht. Studienergebnisse zeigen, dass neue Arzneimittel einen wesentlichen Anteil an der Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung haben. Lichtenberg[9] schätzt den Anteil auf 66% bis 73% der beobachteten Zunahme. Antiretrovirale Therapien haben HIV/AIDS von einem Todesurteil in eine beherrschbare chronische Erkrankung verwandelt. Medikamente gegen Hepatitis C können viele Patienten heilen, mit weniger Nebenwirkungen und kürzeren Behandlungszeiten. GLP-1-Rezeptor-Agonisten und SGLT-2-Inhibitoren haben die Blutzuckerkontrolle für Diabetes-Patienten verbessert und Herzkrankheiten, Schlaganfall und Nierenerkrankungen reduziert sowie die Überlebensraten verbessert.[10]

Innovative Arzneimittel haben nicht nur positive Effekte auf die Gesundheit von Patienten. Sie haben anders als Konsumgüter breitere Effekte. Weder die gegenwärtigen Methoden des Health-Technology-Assessment (HTA) noch der Kosten-Nutzen-Analysen sind gegenwärtig geeignet, diese Komplexität abzubilden.[11] Die Quantifizierung möglichst aller Effekte ist jedoch entscheidend für eine effiziente Allokation knapper Ressourcen. In jüngerer Zeit wurden einige Forschungsarbeiten zu den verschiedenen Effekten veröffentlicht.[12] Die Studien fokussieren auf ausgewählte Effekte und Krankheiten. Praktische Anwendung finden sie in der Regel nicht. So empfiehlt derzeit nur die niederländische HTA-Behörde (ZIN) die Verwendung des iPCQ-Fragebogens zur Erfassung der Vorteile bezahlter und unbezahlter Arbeit.[13]

In Spanien hat das Gesundheitsministerium Anfang Juni 2026 ein neues Arzneimittelgesetz vorgelegt: Dem Gesetzentwurf zufolge sollen in der Preisbildung neben dem klinischen Nutzen explizit auch gesamtökonomische Effekte eines Arzneimittels berücksichtigt werden, etwa Einsparungen durch reduzierte Krankenhausaufenthalte, geringeren Pflegebedarf und weniger Produktivitätsverluste.[14]

Für eine umfassendere Bewertung des gesamtgesellschaftlichen Werts medizinischer Innovation erscheint eine Differenzierung in die mikro-, meso-, makro- und volkswirtschaftliche Ebene sinnvoll. Abbildung 1 beschreibt diese Wirkungsebenen und ihre jeweiligen Mechanismen.

Mikro-Ebene: patientenzentrierte Outcomes als Grundlage des Nutzens

Die Mikro-Ebene fokussiert auf den unmittelbaren, individuellen Nutzen für Patienten. Neue Therapien können das Überleben verlängern und die Lebenszeit bei verbesserter Gesundheit erhöhen. So konnte z. B. die Sterberate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 2000 bis 2022 um 43% reduziert werden. Die verlorenen Lebensjahre bei Typ 2 Diabetes mellitus konnten von 21 Jahren (1945) auf 6 Jahre (2017) reduziert werden.[15] Allgemein führen Innovative Arzneimittel häufig zu einer deutlichen Symptomlinderung, einer Reduktion der Krankheitslast sowie einer Verbesserung der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit. Diese Effekte tragen wesentlich zur Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei. In der Nutzenbewertung finden sich diese Effekte in den Endpunktkategorien Morbidität, Mortalität, Lebensqualität und Nebenwirkungen wieder. In einer nutzenbasierten Preisfindung bilden sie die Grundlage für die Preisbildung.[16]

Diese Mikro-Ebene bildet somit die Basis, von der aus sich die positiven Effekte auf die nachgelagerten Ebenen ableiten. Menschen, die länger gesund sind, können am Arbeitsleben teilhaben, sie sorgen für Wachstum, zahlen Steuern und entlasten die sozialen Sicherungssysteme sowie pflegende Angehörige. Diese Effekte werden im Rahmen der Nutzenbewertung und Preisbildung neuer Arzneimittel (AMNOG) nicht weiter betrachtet.



Abb. 1: Wirkungsebenen eines Arzneimittels. Quelle: eigene Darstellung.

Meso-Ebene: Effekte auf die sozialen Sicherungssysteme

Auf der Ebene der sozialen Sicherungssysteme entstehen ökonomische Effekte durch direkte und langfristige Einsparungen. Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) können innovative Arzneimittel zu unmittelbaren Kostenreduktionen führen, beispielsweise durch eine geringere Inanspruchnahme stationärer oder notfallmedizinischer Leistungen. Darüber hinaus kann eine wirksamere Behandlung die Entstehung schwerer Folgeerkrankungen reduzieren, die häufig mit komplexen und kostenintensiven Therapien verbunden sind.

Eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie von Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 (T2D) kann z. B. die Gesamtbehandlungskosten in Höhe von 1.679 Euro pro Patientenjahr reduzieren, insbesondere durch Einsparungen bei den stationären Kosten.[17] Die EDGE-COS-Studie[18] zeigt, dass die Behandlung mit dem SGLT-2-Inhibitor Empagliflozin das Gesundheitssystem insbesondere aufgrund reduzierter Krankenhausaufenthalte und je nach Versorgungskontext auch niedrigerer Arzneimittelkosten entlastet. Bei Personen mit T2D können die mittleren jährlichen Kosten pro Person gegenüber Vergleichstherapien (DPP-4-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Agonisten) um bis zu einem Drittel gesenkt werden. Dies entspricht einem hochgerechneten Einsparpotenzial von jährlich 2 Mrd. Euro.[19]

Über diese kurzfristig sichtbaren Kosteneffekte hinaus senken SGLT-2-Inhibitoren auch langfristige Folgekosten renaler Erkrankungen. Modellrechnungen zeigen, dass sie die Dialysepflichtigkeit bei Niereninsuffizienz um 7 Jahre, bei frühzeitigem Einsatz sogar bis zu 13 Jahre verzögern können.[20] Das damit verbundene Einsparpotenzial wird durch Prognos[21] auf 460 Mio. Euro jährlich beziffert.

Insgesamt beziffert Prognos[22] die Effizienzpotenziale durch die industrielle Gesundheitswirtschaft auf 20,8 Mrd. Euro im Jahr 2023. Damit könnten 7,2% der Ausgaben der GKV eingespart werden und die Qualität der Versorgung mindestens erhalten und im besten Fall sogar verbessert werden. Von den geschätzten Gesamteinsparungen entfallen

- 9 Mrd. Euro auf den Bereich der Medizintechnik, insbesondere aus dem Potenzial der Ambulantisierung,
- 7,2 Mrd. Euro auf den Bereich E-Health, insbesondere durch Anwendung von Künstlicher Intelligenz und Digitalisierung von Prozessen
- und weitere 4,6 Mrd. Euro auf den Bereich der Humanarzneimittel und Biotechnologie, davon 2,6 Mrd. Euro direkt auf Arzneimittel durch frühzeitige, leitliniengerechte Therapie.

Schreibt man dieses Szenario der Vorfahrt für Innovation fort, kann im Vergleich zum Referenzszenario eine Kosteneinsparung für die GKV von 47,8 Mrd. Euro (7,1%) im Jahr 2045 erreicht werden.[23] Differenziert nach Leistungsbereichen entfällt das größte Einsparpotenzial auf Krankenhausbehandlungen mit 21,8 Mrd. Euro, gefolgt von ärztlichen Behandlungen mit 13,5 Mrd. Euro und Arzneimitteln mit 6,2 Mrd. Euro.

Auch die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) profitiert von verlängerten Erwerbsbiografien und vermiedener Erwerbsunfähigkeit infolge gesünderer Erwerbstätiger. So zeigt der InnovationsRadar[24], dass z. B. durch Therapien mit innovativen Arzneimitteln der Anteil der Erwerbstätigen mit rheumatoider Arthritis vom Jahr 1997 bis heute von 42% auf 68% angestiegen ist. Patienten mit Krebserkrankungen nahmen im Jahr 2020 durchschnittlich mehr als vier Jahre länger am Erwerbsleben teil als noch im Jahr 2005.

Für die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) resultieren positive Effekte insbesondere aus einem verzögerten oder verminderten Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Durch eine stabilere gesundheitliche Situation sinkt die Wahrscheinlichkeit intensiver pflegerischer Interventionen. Darüber hinaus werden weitere staatliche Transferleistungen, wie Arbeitslosengeld oder Sozialleistungen, we-

niger häufig in Anspruch genommen, wenn Erkrankte länger am Arbeitsleben teilnehmen können. So sind die Fehlzeiten aufgrund von Krankheit von Patienten mit rheumatoider Arthritis von 30% im Jahr 2010 auf 19% im Jahr 2022 gesunken.[25]

Die sozialen Sicherungssysteme werden entlastet; denn Investitionen in das Humankapital durch präventive Maßnahmen und frühzeitige Behandlung senken nachweislich Fehlzeiten und können Folgeerkrankungen verhindern oder verzögern.[26] So erhöht die Vermeidung eines Krankheitstages im Durchschnitt die Bruttowertschöpfung um 16,4 Mrd. Euro. 2,4 Mrd. Euro könnte die Vermeidung eines Jahres Erwerbsunfähigkeit im Durchschnitt für die GRV sparen. Der gesamtgesellschaftliche Nutzen wird auf 16,2 Mrd. Euro geschätzt. Diese Zahlen verdeutlichen den erheblichen positiven Effekt einer gesünderen Bevölkerung.

Makro-Ebene: gesamtwirtschaftliche Effekte besserer Gesundheit

Dies zeigt: Innovative Arzneimittel beeinflussen die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit, indem sie den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern – ein zentrales Element des produktiven Humankapitals. Dadurch wird sowohl das individuelle Einkommen als auch die gesamtwirtschaftliche Arbeitsleistung gesteigert mit positiven Effekten auf Wachstum und Beschäftigung. WiFOR[27] unterscheidet in fünf Effekte von Gesundheit als ökonomischer Faktor, der Produktivität, Staatsfinanzen und gesellschaftliche Stabilität beeinflusst:

1. Humankapital: Gesundheit verbessert Bildungserfolge und langfristige Erwerbschancen. Gesunde Kinder erzielen bessere Lern- und kognitive Ergebnisse, erreichen höhere Bildungsabschlüsse und ein deutlich höheres Einkommen im Erwachsenenalter (im Durchschnitt 12% mehr im Vergleich zu Gleichaltrigen, bis zu 25% mehr im Vergleich zu ihren Geschwistern).

2. Arbeitskraft und Produktivität: Gesundheit stärkt die Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung. Gesunde Erwachsene bleiben länger im Arbeitsmarkt, fehlen seltener krankheitsbedingt und sind anpassungsfähiger gegenüber neuen Anforderungen. Weltweit entstehen jährliche Produktivitätsverluste in Höhe von rund 2 Billionen US-Dollar durch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Diabetes und psychische Erkrankungen.

3. Entlastung von pflegenden Angehörigen: Bessere Gesundheit reduziert unbezahlte Pflege und setzt Arbeitskraft frei. Informelle Pflege stellt eine große, oft unsichtbare wirtschaftliche Belastung dar. Ein erheblicher Teil der Kosten entsteht dadurch, dass pflegende Angehörige ihre Erwerbsarbeit reduzieren oder ganz aufgeben. Gesundheitsinvestitionen (Prävention, effektive Therapien, Langzeitversorgung) senken Pflegebedarfe und ermöglichen es Angehörigen, stärker am Arbeitsmarkt teilzunehmen. Dies steigert Erwerbsquote, Haushaltseinkommen und gesamtwirtschaftliche Produktivität.

4. Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Resilienz: Eine gesunde Bevölkerung ist Voraussetzung für Produktivitätsfortschritte. Länder mit hoher Lebenserwartung und geringer Krankheitslast verfügen über ein höheres Produktivitätswachstum und eine bessere Wettbewerbsfähigkeit. Gute Gesundheit fördert Investitionen in Forschung & Entwicklung, technologische Innovationen und den Umgang mit demografischem Wandel. So entsteht ein positiver Kreislauf aus Gesundheit, Produktivität und Innovation.

5. Fiskalische und gesellschaftliche Stabilität: Eine gesunde Bevölkerung vergrößert die Steuerbasis durch höhere und längere Erwerbstätigkeit. Gesundheitsausgaben wirken somit nicht als fiskalische Belastung, sondern als doppelter Gewinn: geringere Ausgaben und höhere Einnahmen. So zeigen Investitionen in Prävention (z. B. Krebsprävention), dass jeder investierte Euro ein Mehrfaches an wirtschaftlichem Nutzen erzeugt. Zusätzlich stärkt ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen Vertrauen in staatliche Institutionen und gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Für Deutschland werden die Wertschöpfungsgewinne aufgrund des medizinischen Fortschritts auf 310 Mrd. Euro beziffert. Arzneimittel leisten hieran einen bedeutenden Anteil. Für die USA wird geschätzt, dass innovative Arzneimittel Erwerbseinkommen in Höhe von 221 Mrd. US-Dollar gesichert haben.[28] Gesundheit durch Arzneimittel ist ein makroökonomischer Faktor.

Prävention

Eine entscheidende Bedeutung kommt der Prävention zu. Das Robert Koch-Institut (RKI) beziffert die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz auf 298 Euro pro Person. Dies entspricht einem Anteil von 5% an den Gesundheitsausgaben.[29] „Das eigentliche Problem ist, dass Risikofaktoren nicht früh genug erkannt und behandelt werden. Das System ist gut für Akutfälle, schwach bei Langzeitprävention", kommentiert das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, BIPS.[30] Dabei könnten frühe Diagnose und leitliniengerechte Behandlung Kosten vermeiden oder zumindest deutlich reduzieren.

Grundsätzlich werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- **Primärprävention** zielt darauf ab, das erstmalige Auftreten einer Erkrankung oder schwerer Folgeereignisse bei Risikopersonen zu verhindern. Arzneimittel können hierbei eine wichtige Rolle spielen, indem sie frühe pathophysiologische Prozesse beeinflussen. So können SGLT-2-Inhibitoren bei Hochrisikopatienten (z. B. Typ-2-Diabetes mit kardiovaskulären Risikofaktoren) eingesetzt werden, um einen frühzeitigen Nierenfunktionsverlust zu vermeiden und damit teure Erstereignisse sowie langfristige Folgekosten zu verhindern.
- **Sekundärprävention** umfasst frühe Interventionen nach Diagnosestellung mit dem Ziel, Krankheitsprogression und Folgeereignisse zu verhindern. In diesem Kontext tragen SGLT-2-Inhibitoren bei Patienten mit früh diagnostizierter Herzinsuffizienz oder chronischer Nierenerkrankung (CKD) dazu bei, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen und kostenintensive Eskalationen wie Hospitalisierungen oder den Übergang zur Dialyse hinauszuzögern.
- **Tertiärprävention** richtet sich an Patienten mit manifester Erkrankung und zielt darauf ab, Komplikationen, Rezidive und Mortalität zu reduzieren. Z. B. leisten SGLT-2-Inhibitoren bei etablierter Herzinsuffizienz oder CKD einen Beitrag zur Senkung von Hospitalisierungsraten und Mortalität und tragen damit auch zur nachhaltigen Entlastung des stationären Sektors bei.

Fehlanreiz im Risikostrukturausgleich

Eine wesentliche Rolle könnten hier Krankenversicherungen übernehmen. Diese haben jedoch keinen ökonomischen Anreiz zur Prävention oder zur Vermeidung von

Folgeerkrankungen.[31] Über den Risikostrukturausgleich (RSA) erhalten Krankenkassen für jeden Versicherten die erwarteten Ausgaben im Versicherungsjahr. Dies führt zu einer Ein-Jahres-Betrachtung: Investiert eine Krankenkasse in die Gesundheit ihrer Versicherten und verbessert sich dadurch der Gesundheitszustand, sinken auch die künftigen Zuweisungen aus dem RSA analog den Ausgaben. Investitionen in Prävention sind wirtschaftlich für eine GKV nicht rentabel: Zwar kann Prävention zu geringeren Gesundheitsausgaben führen, die damit verbundenen Ausgaben werden jedoch nicht refinanziert. „Investitionen, die zu einem späteren Auftreten der Krankheit führen, zahlen sich – aus Sicht der GKV – nicht aus. Aus Sicht der Versicherten schon."[32] Entsprechend gering sind die Anreize für präventive Maßnahmen oder generell zur Verbesserung der Behandlungsqualität, z. B. über Selektivverträge oder Disease-Management-Programme die Versorgung zu steuern. Demzufolge führte der Gesetzgeber im Jahr 2016 den Innovationsfonds und die gesetzliche Verpflichtung ein, einen festen Betrag pro Versicherten für Präventionsprogramme aufzuwenden (seit 2019: 7,52 Euro).[33]

Eine Reform des RSA zu einem nachhaltigen RSA kann die ökonomischen Fehlanreize beseitigen. Dafür könnten die RSA-Zuweisungen auf die erwarteten Gesundheitsausgaben in den nächsten zehn Jahren des Versicherten ausgeweitet werden. Investitionen in die Gesundheit würden sich so auch für eine Krankenkasse lohnen; denn erfolgreiche Programme verbessern die Gesundheit der Versicherten und führen zu niedrigeren Ausgaben in den Folgejahren. Gleichzeitig blieben die RSA-Zuweisungen aber gleich. Prävention würde so auch für die GKV finanzielle Vorteile bringen.[34]

Volkswirtschaftliche Ebene: die pharmazeutische Industrie als Schlüsselindustrie

Auf volkswirtschaftlicher Ebene leistet die pharmazeutische Industrie einen direkten Beitrag zu Wachstum und Beschäftigung.[35] Insgesamt trägt die Gesundheitswirtschaft in Deutschland rund 12,5% zur gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung bei und beschäftigt etwa 7,7 Millionen Erwerbstätige. Damit arbeitet mittlerweile mehr als jeder sechste Beschäftigte in Deutschland in diesem Sektor. Die industrielle Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet eine Bruttowertschöpfung von 101,5 Milliarden Euro jährlich und beschäftigt rund 1 Million Menschen. Durch indirekte und induzierte Effekte kommen weitere 1,1 Millionen Beschäftigte hinzu. Sie zählt damit zu den bedeutendsten Industrie- und Innovationsbranchen des Standorts Deutschland.[36]

Einen wesentlichen Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hat die pharmazeutische Industrie. Die direkte Bruttowertschöpfung der Pharmaindustrie in Deutschland beläuft sich auf rund 31 Milliarden Euro pro Jahr.[37] Über diese direkte Wertschöpfung hinaus entfaltet die Pharmaindustrie indirekte und induzierte Effekte in mindestens gleicher Höhe, die sich aus ihrer starken Vorleistungsnachfrage sowie aus einkommensinduzierten Nachfragewirkungen ergeben. Im Branchenvergleich gehört die Pharmaindustrie zu den Industriebranchen mit besonders hohen Multiplikatoreffekten.[38] Auch auf der Beschäftigungsseite entfaltet die pharmazeutische Industrie erhebliche Ausstrahlungseffekte. Zu den rund 130.000 direkt Beschäftigten in der Pharmaindustrie kommen signifikante indirekte und induzierte Beschäftigungseffekte in vor- und nachgelagerten Wirtschaftsbereichen hinzu. Die gesamtwirtschaftliche Beschäftigungswirkung der Branche liegt damit deutlich über der direkten Beschäftigung und erreicht eine mit großen industriellen Leitbranchen vergleichbare Größenordnung.[39] Sie wird aus mehreren Gründen als Leitindustrie oder Schlüsselsektor[40] bezeichnet:

1 Die pharmazeutische Industrie zählt zu den forschungsintensivsten Branchen Deutschlands. Gemessen am Verhältnis der internen F&E-Aufwendungen zum Umsatz ist sie die forschungsintensivste Industriebranche. Aktuell reinvestieren pharmazeutische Unternehmen in Deutschland 11,1% ihres Umsatzes in interne Forschung und Entwicklung (F&E). Insgesamt liegt die F&E-Intensität bei rund 16,9%. Damit liegt die Pharmaindustrie deutlich vor anderen großen Industriebranchen, auch vor dem Fahrzeugbau, dessen F&E-Intensität signifikant niedriger ausfällt.[41] Keine andere Industrie in Deutschland investiert einen höheren Umsatzanteil in Forschung und Entwicklung. Diese hohe F&E-Intensität ist Ausdruck des innovationsgetriebenen Geschäftsmodells der Branche, in dem medizinischer Fortschritt, lange Entwicklungszyklen und hohe regulatorische Anforderungen zentrale Rollen spielen. Der hohe Anteil an F&E-Aufwendungen trägt maßgeblich zur Zukunftsfähigkeit der Unternehmen und zur Sicherung hochwertiger Arbeitsplätze bei. Deutschland genießt trotz eines zunehmenden internationalen Wettbewerbs weiterhin hohes internationales Ansehen als Forschungs- und Entwicklungsstandort für Pharma und Biotechnologie. Besonders sichtbar wurde dies zuletzt bei der Entwicklung wirksamer Impfstoffe gegen Covid-19, bei der Deutschland – insbesondere im Bereich der mRNA-Technologie – weltweit eine führende Rolle einnahm.

2 Die Pharmaindustrie gehört zu den investitionsstärksten Industriebranchen in Deutschland. Mit rund 25.000 Euro Investitionen je Beschäftigten und jährlichen Sachinvestitionen von 2 Mrd. Euro leistet diese einen zentralen Beitrag zur Modernisierung des Standorts und setzt wichtige Impulse für vorgelagerte Industrien, insbesondere den Maschinen- und Anlagenbau.[42] Sie leistet wesentliche Beiträge zur fiskalischen Leistungsfähigkeit des Staates durch Unternehmenssteuern, Lohnsteuern und Sozialabgaben.

3 Die pharmazeutische Industrie leistet einen wichtigen Beitrag zur deutschen Exportstärke. Nach der Außenhandelsstatistik beliefen sich die Ausfuhren pharmazeutischer Erzeugnisse im Jahr 2025 auf rund 116,3 Mrd. Euro.[43] Die inländische Pharmaindustrie ist stark international ausgerichtet: Ein erheblicher Teil der heimischen Produktion wird auf internationalen Märkten abgesetzt. Über 60% des Umsatzes der in Deutschland produzierenden Pharmaunternehmen entfallen auf das Ausland. Im Jahr 2023 lag der Gesamtumsatz der Branche bei 58,7 Mrd. Euro, davon 37,0 Mrd. Euro Auslandsumsatz.[44]

4 Die Pharmaunternehmen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Resilienz des Standorts. Die pharmazeutische Industrie produziert nicht nur für den deutschen Gesundheitsmarkt, sondern trägt über Exporte auch zur Gesundheitsversorgung in Europa und global bei. Umgekehrt wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland durch ein europäisches und globales Netzwerk von Produktionsstandorten gewährleistet. Investitionen in moderne Anlagen für die Herstellung innovativer Arzneimittel sichern technologisches Know-how und Reservekapazitäten für Krisenzeiten. Sie sind zudem

ein zentraler Baustein für die technologische Souveränität Europas. Die geopolitischen Herausforderungen zeigen, wie wichtig strategische Unabhängigkeit ist neben der Vorsorge für Gesundheitskrisen der Zukunft. Eine Stärkung der Produktionskapazitäten im europäischen Raum erhöht die Resilienz gegenüber globalen Lieferkettenrisiken und verbessert die Stabilität der Arzneimittelversorgung im Krisenfall. Eine leistungsfähige heimische Pharmaindustrie ist sicherheitspolitisch essenziell, weil eigene Forschung und Produktion die Abhängigkeit von globalen Lieferketten verringern, schnelle Reaktionen in Krisen ermöglichen, Wissen im System halten und damit die strategische Autonomie des Gesundheitssystems und von Europa stärken. Pharmaunternehmen sind Teil dieser strategischen Infrastruktur.

5 Der nach wie vor wachsende globale Markt für Gesundheitsleistungen und Arzneimittel ist zudem eine Chance, das exportorientierte Wirtschaftsmodell Deutschlands neu aufzustellen und weiter auszubauen: erforscht, entwickelt und produziert in Deutschland. Die Menschen werden älter, der Bedarf steigt. Zusätzlich verstärkt wird die Nachfrage durch den steigenden Wohlstand in bisher weniger entwickelten Volkswirtschaften. Die pharmazeutische Industrie kann durch bessere Gesundheitsversorgung maßgeblich zur Exportstärke Deutschlands beitragen.

Erstattung als Standortfaktor

Ein mitentscheidender Standortfaktor für die Entwicklung der Branche sind auch die Erstattungsbedingungen. Eine Studie von BASYS[45] zeigt die negativen gesamtwirtschaftlichen Effekte einer Verschlechterung: Die Erhöhung des Herstellerabschlags von 7% auf 16% führt in diesem Szenario (Rabatt wird zur Stabilisierung der Finanzen verwendet, nicht zur Minderung des Beitragssatzanstiegs) nicht nur zu einer Minderung der Einnahmen von Pharmaunternehmen mit (direkten) Auswirkungen auf deren Wertschöpfung, sondern auch (indirekt) auf die Wertschöpfung vorgelagerter Wirtschaftsbereiche. Hinzu kommen negative induzierte Effekte, die beispielsweise damit zusammenhängen, wie Beschäftigte ihr Einkommen verwenden oder nicht verwenden, wenn es nicht entsteht. Über den Zeitraum von 2026 bis 2030 berechnet BASYS so einen kumulierten nominalen Wertschöpfungsverlust von insgesamt 48,1 Mrd. Euro. Gleichzeitig geht BASYS von rund zehn Mrd. Euro an Einsparungen aus, die die Anhebung auf 16% einbringt.

Das heißt: Eine Rabatterhöhung von einem Euro hat negative Einkommenseffekte von 3,80 Euro. Denn ein erhöhter Zwangsrabatt hat nicht nur Auswirkungen auf die Pharmaindustrie, sondern auch auf die Wertschöpfung vorgelagerter Wirtschaftsbereiche. Zudem fehlen Mittel, die in F&E fließen. Über die fünf untersuchten Jahre gehen (direkt, indirekt und induziert) rund 106.400 Erwerbsjahre verloren, also 21.000 Vollzeitarbeitsstellen. Wird unterstellt, dass die GKV die zusätzlichen Mittel zur Beitragssatzdämpfung nutzt, führt die Rabatterhöhung von einem Euro zu einem volkswirtschaftlichen Wertschöpfungsverlust von 2,50 Euro. Dementsprechend sah die Pharmastrategie der Bundesregierung von 2023[46] vor, den Herstellerabschlag bei 7% zu stabilisieren.



Abb. 2: Arzneimittelpreise im Ökosystem von Forschung, Entwicklung und Produktion. Quelle: eigene Darstellung.

Standort unter Druck

Forschung, Entwicklung, Produktion und ein innovationsoffener Markt stehen in enger Wechselwirkung (Abb. 2). Während attraktive Standortbedingungen meist wenig umstritten sind, werden Preise häufig kritisch bewertet. Empirische Studien zeigen einen positiven, wenn auch moderaten Zusammenhang zwischen Umsatzpotenzialen und Investitionen in F&E.[47] So finden Kouroukli et al.[48], dass steigende Arzneimittelausgaben in EU-Ländern signifikant mit mehr Innovationsaktivität in frühen Entwicklungsphasen (z. B. Patenten) einhergehen. Auch klassische ökonomische Analysen zeigen, dass höhere Preise mit steigenden F&E-Ausgaben einhergehen, wenngleich diese Ergebnisse stark vom Kontext und den zugrunde liegenden Modellannahmen abhängen.[49] Neuere Arbeiten relativieren die Stärke dieses Zusammenhangs und betonen die Bedeutung firmenspezifischer Faktoren sowie globaler Marktmechanismen. Hier spielen insbesondere Entwicklungen in den USA und China eine entscheidende Rolle.[50] Vor diesem Hintergrund ist die Bewertung des Sachverständigenrats Gesundheit (2025)[51] kritisch einzuordnen, wenn er eine Stärkung des Pharmastandorts über höhere Preise ablehnt und stattdessen auf direkte Förderinstrumente verweist. Die internationale Evidenz legt indes nahe, dass Preise bzw. Marktgröße ein relevanter, wenn auch nicht allein bestimmender Faktor für F&E-Ausgaben sind.

Wieso sollten Arzneimittelhersteller in Deutschland oder Europa forschen, entwickeln und produzieren, wenn die Arzneimittel später hierzulande keinen Markt vorfinden? Im globalen Wettbewerb um Investitionen folgen diese den Märkten. Dafür braucht es ein innovationsoffenes Erstattungssystem mit adäquaten Preisen und tatsächlichem[52] Zugang für Patienten. So entsteht ein Ökosystem, das sich gegenseitig unterstützt; denn die Wirkungen innovativer Arzneimittel entfalten sich multidimensional. Sie reichen von patientenrelevanten Verbesserungen auf der Mikro-Ebene über Entlastungen der sozialen Sicherungssysteme bis hin zu volkswirtschaftlichen Wertschöpfungseffekten. Eine systematische Betrachtung dieser Ebenen ermöglicht eine umfassende Bewertung der Wirkungen medizinischer Innovation und damit eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen hin zu einer effizienten Allokation von Ressourcen.

Diese Diskussion ist nicht gänzlich neu. Doch es gibt einen entscheidenden Unter-

schied: Das geopolitische Umfeld hat sich fundamental verändert. Der Standort Deutschland steht unter erheblichem Druck aus den USA und zunehmend aus China.[53]

USA dominieren Pharmamarkt

Die USA verfügen über das schnellste Zulassungsverfahren. Patienten erhalten neue Therapien oft früher als in anderen Regionen. Donald Trump führte zudem einen „Voucher"-Mechanismus in der Executive Order vom 5. Mai 2025 ein, die die FDA verpflichtete, Zulassungen für Arzneimittel und Produktionsstätten in den USA zu beschleunigen, wenn die Herstellung im Inland erfolgt. Der Vorteil: Unternehmen mit US-Produktion erhalten ein beschleunigtes Zulassungsverfahren gegenüber dem Standardverfahren.[54] Gleichzeitig erheben sie Zölle für Importe und drohen weitere Erhöhungen an. Die Section-232-Untersuchung (2025/26) bewertet pharmazeutische Importabhängigkeiten als Risiko für die nationale Sicherheit der USA. Daraus folgen Zölle von bis zu 100% auf ausgewählte patentgeschützte Arzneimittel sowie starke Anreize zur Produktionsverlagerung in die USA. Die USA setzen so erhebliche Anreize für Investitionen in den USA. Für Europa und Deutschland bedeutet dies gravierende Exportnachteile. Insgesamt erhöht die US-Politik den Druck auf den Standort, da Zölle, Preise und Investitionen in den USA miteinander verknüpft werden.

Die USA refinanzieren einen Großteil der F&E-Ausgaben für innovative Arzneimittel. Bei einem Anteil an der Weltbevölkerung von 4,2% finanzieren sie 66,9% des weltweiten Umsatzes mit neuen Arzneimitteln (siehe Abb. 3).[55] Das setzt die Preise unter Druck: Unter Präsident Biden hat die US-Administration mit dem Inflation Reduction Act Preisverhandlungen für besonders umsatzstarke Arzneimittel für Medicare eingeführt.

Präsident Trump hat das sogenannte Most-Favored-Nations-Prinzip bei der Preisbildung eingeführt.[56] Das Konzept besagt, dass die USA höchstens den zweitniedrigsten (Netto-)Preis aus einem Länderkorb der G7-Staaten sowie Dänemark und der Schweiz bezahlen. Das GENEROUS-Modell gilt für Medicaid. Mit GLOBE und GUARD sind weitere Programme für Medicare in Vorbereitung. Angesichts der deutlich höheren Preise in den USA im Vergleich zu Deutschland und Europa ist dies eine Zäsur in der Preisbildung von Arzneimitteln. Es braucht eine neue Balance der globalen Preise, sollen europäische Märkte nicht weiter als schon bisher vom Fortschritt gegenüber den USA abgehängt werden. Ein Drittel der zwischen den Jahren 2016 und 2025 in den USA eingeführten Arzneimittel sind in der EU/Deutschland bereits heute nicht verfügbar (siehe Abbildung 4).[57]

China fördert Innovation

Auch China setzt den Innovationsstandort Deutschland unter Druck. China hat mit mehreren Maßnahmen die Zulassungsverfahren deutlich beschleunigt und mit dem Beitritt zur „International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use" (ICH) 2017 seine Evidenzanforderungen angepasst.[58] China führte zuletzt

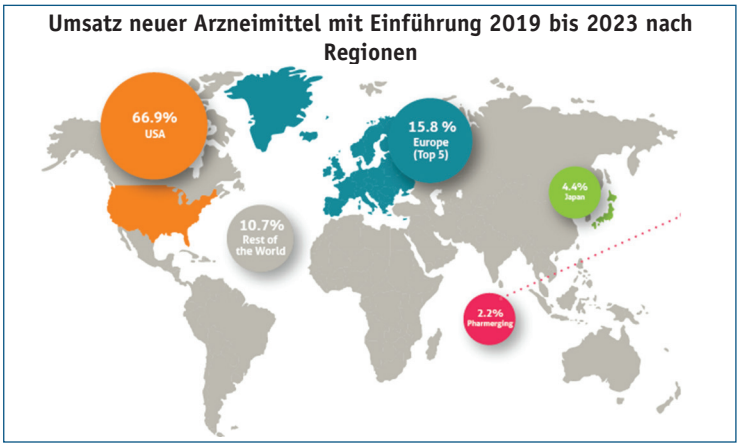


Abb. 3: Umsatz neuer Arzneimittel mit Einführung 2019 bis 2023 nach Regionen. Quelle: EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 4.

29% aller klinischen Studien weltweit durch – vor zehn Jahren waren es nur 8%.[59] Damit ist China nach den USA der zweitgrößte Entwickler neuer Medikamente. Wie Abbildung 5 zeigt, stammten im Jahr 2024 28 neue Arzneimittel aus China, 25 aus den USA und 18 aus Europa.[60] Viele in China entwickelte Medikamente erreichen Europa erst Jahre später oder werden gar nicht zugelassen. Ursachen sind lange EMA-Verfahren und höhere Evidenzanforderungen.[61] China hat in den letzten Jahren massiv aufgeholt und Europa überholt. Früher galt China als sehr langwierig. Heute ist China durch Reformen und Pilotprogramme fast auf US-Niveau. Europa bleibt dagegen streng reguliert, mit zusätzlichen Hürden nationaler Nutzenbewertung und Erstattung. Die Produktion von Generika dominiert China ohnehin. 44% des globalen Arzneimittelvolumens stammt aus China. Zwei Drittel der in Europa – und damit auch in Deutschland – benötigten Wirkstoffe werden mittlerweile in China und Indien hergestellt.[62]

Fazit

Der Standort Deutschland steht unter Druck: Es fehlt an wachstumsstarken Industrien. Mehrere Jahre ohne Wachstum belasten Beschäftigung, die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und letztlich auch die Stabilität unseres demokratischen Systems. Gleichzeitig gerät das Gesundheitssystem durch demografischen Wandel, steigende Versorgungs-

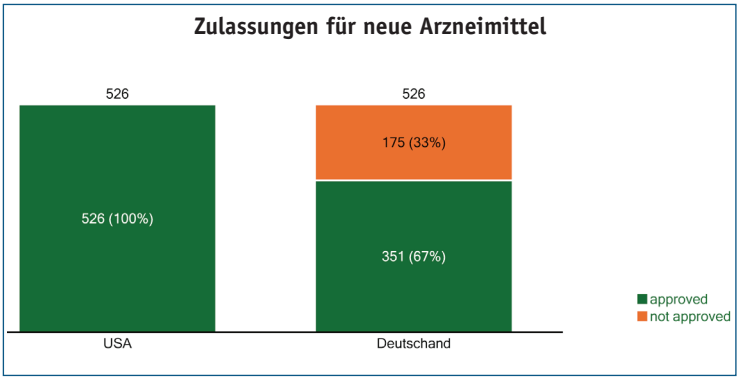


Abb. 4: Zulassungen für neue Arzneimittel in den USA und in Deutschland, einschließlich nationaler Zulassungen (2016–2025). Quelle: Wilsdon, T. et al. (2026), Europe's pharmaceutical innovation gap: An assessment of missing and delayed regulatory approvals compared with the US and China (2016–2025) and implications for Germany, S. 14f, 32f.

Zitationshinweis

Penkse, M.: „Der ökonomische Impact innovativer Arzneimittel", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 66–74.
http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2851

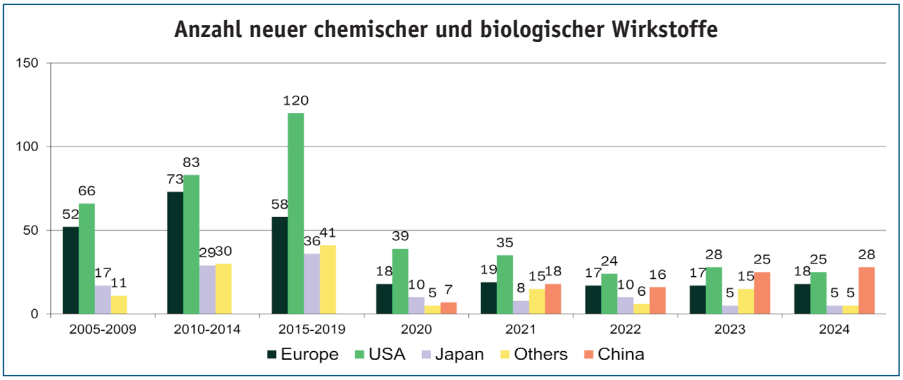


Abb. 5: Anzahl neuer chemischer und biologischer Wirkstoffe. Quelle: EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 8. China wird bis 2019 unter Others gezählt.

ansprüche und wachsende Ausgaben zunehmend unter finanzielle Spannung. Langfristig angelegte Strukturreformen und eine gezielte Wachstumsstrategie für die Pharmaindustrie sind ein zentraler Hebel. Dabei gibt es viele gute Gründe, den Pharmastandort Deutschland zu stärken.

Um die Chancen zu nutzen und den neuen Herausforderungen wirksam zu begegnen, braucht es jedoch vor allem eines: ein grundlegendes Umdenken. Arzneimittelausgaben sollten nicht weiter primär als Kosten betrachtet werden. Gesundheit ist eine Investition – in den Standort, in Wachstum und Beschäftigung sowie in Resilienz und Souveränität. Dafür braucht es klare Verantwortlichkeiten im Sinne eines „strategischen Investors". Derzeit fehlen vielfach die Anreize, um in Humankapital, Innovation und Wachstum zu investieren. Dieses Silodenken verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten: Investitionen in Prävention, in frühzeitige Behandlung und in innovative Arzneimittel bleiben aus. Notwendig ist daher eine Governance, die die Verantwortung konsequent in einem crossfunktionalen Ansatz bündelt – mit einem klar benannten Verantwortlichen, der die Gesamtsteuerung übernimmt und über den Fortschritt berichtet. Sie muss eine wirksame Abstimmung zwischen Wirtschafts-, Forschungs-, Finanz- und Gesundheitsministerium, Bund und Ländern sowie Selbstverwaltung und Krankenkassen sicherstellen.[63]

Die Pharmastrategie und der Pharmadialog haben wichtige Ansätze formuliert. Die Umsetzung ist jedoch bislang an einem Rückfall in traditionelle Sparmuster gescheitert. Statt Fortschritt zu organisieren, wird wertvolle Zeit verloren. Der Koalitionsvertrag[64] hat ein vielversprechendes Zielbild skizziert. Dieses sollte mit Nachdruck durch konkrete Maßnahmen verfolgt werden. Eine stärker an Gesamtkosten und Investitionen ausgerichtete Perspektive in der GKV trägt dazu bei, die Versorgung zu verbessern, Innovation zu fördern und wirtschaftliches Wachstum zu unterstützen. Noch besteht die Chance, den Pharmastandort Deutschland nachhaltig weiterzuentwickeln. <<

von:
Dr. rer. pol. Marco Penske[1]
ORCID: 0009-0003-6708-9257

1: Head Market Access & Healthcare Affairs bei Boehringer Ingelheim

Autorenerklärung

Marco Penske ist als Head of Market Access & Healthcare Affairs bei Boehringer Ingelheim tätig. Ehrenamtlich engagiert er sich als stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Fachgesellschaft für Market Access.
Aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit bei einem pharmazeutischen Unternehmen erklärt der Autor einen potenziellen Interessenkonflikt in Bezug auf den vorliegenden Beitrag. Weitere finanzielle oder persönliche Beziehungen, die die Ergebnisse oder deren Interpretation beeinflusst haben könnten, bestehen nicht.
Die dem Beitrag zugrundeliegende Analyse wurde unabhängig und ohne externe finanzielle Förderung oder sonstige Unterstützung Dritter durchgeführt. Dritte hatten zu keinem Zeitpunkt Einfluss auf Studiendesign, Datenerhebung, Datenauswertung, Interpretation der Ergebnisse oder die Abfassung des Beitrags.

Hinweis

Auch wenn in diesem Beitrag die männliche Schreibweise verwandt wird und Personenbezeichnungen daher nicht gegendert werden, sind immer alle Geschlechter gemeint.

Zusammenfassung

Einleitung: Ausgaben für innovative Arzneimittel werden in der Gesundheitspolitik oft einseitig als Kostenfaktor betrachtet. Dieser Fokus greift zu kurz, da Folgekosten wie Produktivitätsverluste, Frühverrentung oder vorzeitige Mortalität ignoriert werden.
Methoden: Der Beitrag nutzt ein mehrdimensionales Wirkungsmodell, um den gesamtgesellschaftlichen Wert medizinischer Innovationen auf der Mikro-, Meso-, Makro- und volkswirtschaftlichen Ebene systematisch zu bewerten.
Ergebnisse: Neue Therapien steigern die Lebensqualität der Patienten (Mikro-Ebene) und entlasten die Sozialsysteme durch vermiedene Krankenhausaufenthalte (Meso-Ebene). Auf der Makro-Ebene resultieren durch den medizinischen Fortschritt Wertschöpfungsgewinne von 310 Mrd. Euro, während reine Sparvorgaben den Wirtschaftsstandort gefährden.
Diskussion: Gesundheit darf nicht primär als Kostenblock, sondern muss als strategische Investition in den Standort und die gesellschaftliche Resilienz verstanden werden. Nötig ist eine crossfunktionale Steuerung, die medizinische Innovationen als „strategischer Investor" gezielt fördert.
Schlüsselwörter: innovative Arzneimittel, Gesundheitsökonomie, Investition, Wertschöpfung, Gesundheitspolitik.

From Cost Factor to Investment: The Economic Impact of Innovative Medicines in Germany

Introduction: Expenditures for innovative medicines are often viewed merely as a cost burden in health policy. This perspective is too narrow, as it ignores economic consequences such as productivity loss, early retirement, or premature mortality.
Methods: The article applies a multidimensional framework to systematically evaluate the societal value of medical innovations across the micro, meso, macro, and broader economic levels.
Results: New therapies improve patient quality of life (micro level) and relieve social security systems by preventing hospitalizations (meso level). At the macro level, medical progress yields Euro 310 billion in value-added gains, whereas strict cost-containment measures threaten the pharmaceutical hub.
Discussion: Health must be understood not primarily as a cost, but as a strategic investment in economic resilience and growth. A cross-functional governance model is urgently needed to holistically manage and promote medical innovation.
Keywords: Innovative medicines, health economics, investment, value-added, health policy.

Anmerkungen und Literatur

1. Finanzkommission Gesundheit (2026), Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026, S. 267ff.
2. BMG (2026), Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_Kabinett.pdf (09.05.2026).
3. stellvertretend GKV-Spitzenverband (2026), Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.03.2026 zur öffentlichen Anhörung „Arzneimittel“ am 04.03.2026, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2026_2027/20260303_GKV-SV_Stn_Arzneimittel.pdf (11.04.2026).
4. Vgl. VfA (2026a), vfa-Faktencheck zum ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit: Arzneimittel, DiGA und GKV-Finanzierung, https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/gesundheitspolitik/faktencheck-finanzkommission-gesundheit (11.04.2026); VfA (2026b), Der Arzneimittelmarkt in Zahlen, https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/arzneimittelmarkt/arzneimittelmarkt-in-zahlen (11.04.2026).
5. IGES (2025), Arzneimittelatlas, https://www.arzneimittel-atlas.de/ (25.04.2026). Die Verbrauchskomponente hat die Mehrausgaben im GKV-Arzneimittelmarkt am stärksten beeinflusst. Die Preiskomponente, die üblicherweise Einsparungen generiert, führte 2024 zu einem Ausgabenanstieg aufgrund der Sondereffekts des wieder abgesenkten Herstellerabschlags (von 12% auf 7%).
6. Prognos (2025a), InnovationsRadar, Arzneimittel als Zukunftsinvestition, S. 18ff.
7. Deutsche Diabetes Gesellschaft (2023), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024, ttps://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf (26.04.2026).
8. Zur Unterscheidung und Quantifizierung von direkten, indirekten und verdeckten Kosten WifOR (2025), Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience, S. 10ff.; IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung (2025), Gesellschaftlicher Wert pharmazeutischer Innovationen für Österreich, https://ipf-ac.at/fileadmin/user_upload/Artikel/30.04.2025_full_study_report_IPF_WS_Final.pdf (24.05.2026), S. 14ff.
9. Vgl. Lichtenberg, F. R. (2022), The effect of pharmaceutical innovation on longevity: Evidence from the U.S. and 26 high-income countries, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35344806/ (18.04.2026).
10. Vgl. Beck, J.-P. et al. (2025), Von der Kosten- zur Nutzenperspektive, Ergebnisse der Vintura-Studie zum Wert von Arzneimittelinnovationen, RPG, Band 31, Heft 2/2025, S. 50f.
11. Seddik, A. (2025), From Shopping for Utilities to Investing in Societal Impact: Realizing the Promise of a Broader Value Definition in Economic Evaluation, Value & Outcomes Spotlight, vol. 11, no. 6, S. 45.
12. WifOR (2025), ebenda, S. 6; Thams, C. (2026), Innovative Arzneimittel: Gesundheits- und Standortfaktor statt Kostenblock, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 03/26, S. 46f.; Kalle, C. et al. (2023), Vision Zero: Die Zukunft eines besseren Gesundheitssystems, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 02/23, S. 6-10; Konstanski, M. et al. (2023), Ökonomische Langzeiteffekte innovativer Therapiekonzepte am Beispiel von Hepatitis C, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 02/23, S. 61-65.
13. Vgl. Seddik, A. (2025), ebenda, S. 45.
14. Vgl. Navlin Daily (2026), Spain's Draft Medicines Bill Overhauls Drug Pricing & SNS Financing, https://www.navlindaily.com/article/30762/spain-s-draft-medicines-bill-overhauls-drug-pricing-sns-financing (13.06.2026).
15. Vintura (2025), Der Wert medizinischer Innovation, Report im Auftrag der LAWG Deutschland e.V., https://lawg-deu.de/studie-wert-von-innovationen-vintura/ (25.04.2026), S. 23, 36; Tomic et al. (2022), Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes in 23 high-income jurisdictions: a multinational, population-based study, in: Lancet Diabetes Endocrinol. Nr. 10, S. 795–803.
16. Dieser Gedanke einer nutzenbasierten Preisfindung wird zunehmend ausgehöhlt durch Leitplanken, Preis-Mengen-Vereinbarungen, zusätzliche Abschläge, Penske, M. (2024), Pharmastrategie und Medizinforschungsgesetz – Regulierungen für Arzneimittel bleiben auf der Agenda, in: Market Access & Healthpolicy, Nr. 5, S. 25-31.
17. Martin et al. (2026), Cost of illness of type 2 diabetes mellitus with a cardiovascular comorbidity and comparison with guideline recommendations: a German claims data analysis, BMC Health Services Research, https://doi.org/10.1186/s12913-026-14428-y.
18. Wilke et al. (2022), Healthcare Resource Utilization and Associated Costs in New Users of Empagliflozin versus DPP-4 Inhibitors and GLP-1 Agonists: A Comparative Analysis Based on Retrospective Real-World Data from German Sickness Funds, Clinico Economics and Outcomes Research, S. 319–332.
19. Vgl. Prognos (2025b), Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen, Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW), S. 16.
20. Vgl. Jaeckel, E. et al. (2022), Früh Entdecken, früh behandeln – Einsatz von SGLT-2i zur Therapie von metabolischen und kardiorenalen Erkrankungen, in: Diabetes, Stoffwechsel und Herz, Band 31, Nr. 2, S. 339-348.
21. Prognos (2025b), ebenda, S. 17.
22. ebenda, S. 14ff.
23. ebenda, S. 26f
24. Prognos (2025a), ebenda, S. 35.
25. Vgl. Prognos (2025a), ebenda, S. 36.
26. Vgl. Prognos (2025b), ebenda, S. 9ff.
27. WifOR (2025), ebenda, S. 10ff.
28. Vgl. Prognos (2025a), ebenda, S. 37f., hier findet sich auch eine Übersicht zu Produktivitätsgewinnen in verschiedenen Indikationen.
29. Robert Koch-Institut (RKI) (2025), Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand: 30.09.2025, https://www.gbe.rki.de (24.05.2026).
30. Zeeb, H. (2026), Gesundheit in Deutschland: Hohe Ausgaben, schwache Ergebnisse – eine aktuelle Analyse zeigt auf, woran es hakt, https://www.bips-institut.de/medien/presse/einzelansicht/gesundheit-in-deutschland-hohe-ausgaben-schwache-ergebnisse-eine-aktuelle-analyse-zeigt-auf-woran-es-hakt.html (24.05.2026).
31. So wird immer wieder von Fehlanreizen berichtet: Der uACR Bluttest ist ein frühes Anzeichen für Nierenschäden und kostet rund drei Euro. Doch Ausgaben für Labore sind mit einer Prämie für die Praxis verbunden, wenn sie unter einem Schwellenwert bleiben. So erschweren die Rahmenbedingungen einen einfachen und günstigen Test und damit dass eine der teuersten Erkrankungen früh diagnostiziert und behandelt wird, vgl. Pharma Fakten (2026), https://pharma-fakten.de/grafiken/bluthochdruck-und-nierenerkrankung-stille-risiken-mit-grosser-wirkung/ (06.06.2026). Oder Krankenkassen sollen den frühen Zugang zu einem neuen Medikament gegen Hepatitis C erschwert haben, Wirtschaftswoche (2014), https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-mittel-sovaldi-die-teuerste-pille-der-welt/10615164.html (06.06.2026). Oder bei Diabetes-Patienten soll für Krankenkassen eine Therapie mit Insulin aufgrund der RSA-Zuweisungen wirtschaftlich vorteilhaft sein gegenüber Bewegungstherapie, Stern (2017), https://www.stern.de/gesundheit/diabetes/insulin-therapie-bei-diabetes---weg-von-der-spritze--7692906.html (06.06.2026).

Anmerkungen und Literatur

32. Reif, S. et al. (2024), Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich, ZEW policy brief, Nr. 03, S. 3. Vgl. auch Weinhold, I. et al. (2019), Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: Does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? The European Journal of Health Economics, Nr. 20, S.1181–1193.
33. Reif, S. et al. (2024), ebenda, S. 4, 6.
34. Das ZEW hat einen Vorschlag dazu skizziert, ebenda, S. 8ff.
35. Penske, M. (2023), Gesundheitspolitik ist Wirtschafts- und Standortpolitik: Das Gesetz gegen Lieferengpässe konsequent weiterdenken, in: Market Access & Healthpolicy, Nr. 3, S. 27-31.
36. Vgl. BMWK (2026), Faktenblatt Industrielle Gesundheitswirtschaft, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Downloads/F/Faktenblaetter/faktenblatt-igw.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (27.04.2026).
37. Vgl. Destatis (2026), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Bruttowertschöpfung nach Wirtschaftszweigen, Wirtschaftszweig WZ 21: Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen.
38. Vgl. VfA (2024), Ökonomischer Fußabdruck der Pharmaindustrie in Deutschland, MacroScope Pharma, Ausgabe 12/2024, https://www.vfa.de/de/wirtschaft-standort/macroscope/macroscope-oekonomischer-fussabdruck-pharmaindustrie (13.06.2026), S. 6f.
39. Vgl. ebenda, S. 5f.
40. Bundesregierung (2023), Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland, Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmastrategie/231213_Kabinett_Strategiepapier.pdf (09.05.2026).
41. Vgl. VCI (2025), Innovationsstandort im Wettbewerb, https://www.vci.de/ergaenzende-downloads/standardfoliensatz-forschung-und-entwicklung-2025-5.pdf (27.04.2026), S. 19.
42. Vgl. VfA (2025), Die pharmazeutische Industrie in Deutschland, S. 16, 22.
43. Vgl. Pharmazeutische Zeitung (2026), Pharma-Exporte 2025 gestiegen, https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pharma-exporte-2025-gestiegen-162597/ (27.04.2026).
44. Vgl. VfA (2025), ebenda, S. 10.
45. BASYS (2025), Auswirkungen der Erhöhung des Herstellerrabatts auf Wertschöpfung und Beschäftigung: 2026-2030, https://www.pharmainitiative-bayern.de/wp-content/uploads/sites/5/2026/04/BASYS_PIB_AuswirkungenHerstellerabschlag_20251006.pdf (02.05.2026).
46. Bundesregierung (2023), ebenda.
47. Vgl. Kourouklis, D. et al. (2022), Pharmaceutical spending and early-stage innovation in EU countries, Industry and Innovation, https://doi.org/10.1080/13662716.2021.2021864 (07.06.2026); Giaccotto, C. et al. (2005), Drug Prices and Research and Development Investment Behavior in the Pharmaceutical Industry, Journal of Law and Economics.
48. Vgl. Kourouklis, D. et al. (2022), ebenda.
49. Giaccotto, C. et al. (2005), ebenda.
50. Shaikh, M.et al. (2020), Revisiting the Relationship Between Price Regulation and Pharmaceutical R&D Investment, Applied Health Economics and Health Policy, https://doi.org/10.1007/s40258-020-00601-9%0A (07.06.2026).
51. Sachverständigenrat Gesundheit (2025), Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem, Gutachten, S. 145ff., 158f.
52. Der theoretische Zugang zu neuen Arzneimitteln ist in Deutschland gut. Jedoch erreichen die Arzneimittel häufig den Patienten nicht. Trotz Empfehlung in den Leitlinien und positiver Nutzenbewertung werden 53% der Personen mit CKD nicht diagnostiziert. Bei multimorbiden Personen mit einem hohen Risiko für eine CKD bleiben sogar 83% nicht diagnostiziert. 10% werden leiliniengerecht behandelt. Zalesiak, M. et al. (2026), Zwischen Versorgung und Realität: Menschen mit T2D im DMP Vergleich, Poster präsentiert auf dem Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 13.-16. Mai 2026, Berlin.
53. Vgl. Wilsdon, T. et al. (2026), Europe's pharmaceutical innovation gap: An assessment of missing and delayed regulatory approvals compared with the US and China (2016–2025) and implications for Germany, S. 14f, 32f.
54. White House (2025), Fact Sheet: President Donald J. Trump Announces Actions to Reduce Regulatory Barriers to Domestic Pharmaceutical Manufacturing, May 5, 2025, https://www.whitehouse.gov/fact-sheets/2025/05/fact-sheet-president-donald-j-trump-announces-actions-to-reduce-regulatory-barriers-to-domestic-pharmaceutical-manufacturing/ (02.05.2026).
55. Vgl. EFPIA (2025), The Pharmaceutical Industry in Figures, S. 4.
56. The White House (2025), DELIVERING MOST-FAVORED-NATION PRESCRIPTION DRUG PRICING TO AMERICAN PATIENTS, Executive orders, May 12, 2025, https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/05/delivering-most-favored-nation-prescription-drug-pricing-to-american-patients/ (02.05.2026).
57. Zum Innovationsgap von Deutschland gegenüber den USA Wilsdon, T. et al. (2026), ebenda, S. 4ff.
58. Vgl. Wilsdon (2026), ebenda, S. 15.
59. IQVIA (2025), Assessing the clinical trial ecosystem in Europe, https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-session-2-what-do-numbers-tell-us-nedog-katarina_en.pdf (02.05.2026), S. 2.
60. Vgl. EFPIA (2025), ebenda, S. 8.
61. Vgl. Wilsdon, T. et al. (2026), ebenda, S. 27f.
62. Statista (2024), Distribution of active pharmaceutical ingredient (API) production volume worldwide as of 2023, by region, https://www.statista.com/statistics/1498065/api-production-volume-by-region/ (02.05.2026).
63. auch Ostwald, D. et al. (2026), Gesundheit muss zur absoluten Chefsache erklärt werden, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 01/26, S. 32-38.
64. Koalitionsvertrag (2025), Verantwortung für Deutschland, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, S. 6f., 78, 108.