

**POLICY BRIEF**

# Der dynamische Herstellerabschlag im Beitragssatzstabilisierungsgesetz 2026

Fiskalische Wirkung, Standortrisiken und  
Handlungsalternativen

**Von**

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

**Auftraggeber**

Fortschrittsdialog Gesunde  
Industriepolitik

**Abschlussdatum**

28. April 2026, ergänzt 21. Mai 2026

## **Enabling progress. With evidence.**

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

**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

**Gründungsjahr**

1959

**Präsident des Verwaltungsrates**

Dr. Jan Giller

**Arbeitssprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

**Handelsregisternummer**

Berlin HRB 87447 B

**Umsatzsteuer-Identifikationsnummer**

DE 122787052

**Rechtsform**

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

## Unsere Standorte

### Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

**Prognos AG**  
St. Alban-Vorstadt 24  
4052 Basel  
[info@prognos.com](mailto:info@prognos.com)

**X:** [Prognos AG](#)  
**LinkedIn:** [@Prognos\\_AG](#)  
  
[prognos.com](https://www.prognos.com)

### Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG  
Goethestr. 85  
10623 Berlin

Prognos AG  
Domshof 21  
28195 Bremen

Prognos AG  
Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf

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

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

Prognos AG  
Nymphenburger Str. 14  
80335 München

Prognos AG  
Eberhardstr. 12  
70173 Stuttgart

### Standort der Prognos AG in Belgien

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

### Tochtergesellschaft in Österreich

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

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
<b>1 Hintergrund und Zielsetzung der Reform</b>	<b>2</b>
<b>2 Risiken für Standort, Innovation und Versorgung</b>	<b>3</b>
<b>3 Handlungsalternativen</b>	<b>7</b>
Quellenverzeichnis	14

## Das Wichtigste in Kürze

### DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Das BMG plant unter anderem, den bestehenden statischen Herstellerabschlag nach § 130a SGB V von 7 Prozent um eine dynamische Komponente zu ergänzen und damit kumulierte Einsparungen für den Zeitraum 2027 bis 2030 von rund 12 Mrd. Euro zu erzielen.

**Der Policy Brief zeigt, dass die Maßnahme** bezogen auf:

- Planungssicherheit,
- Markteinführungen und Standortattraktivität,
- Investitionen und F&E-Aktivitäten,
- globale Preiswirkungen,
- Exportwirtschaft und fiskalische Rückkoppelungseffekte,
- strukturelle Kostendynamik und Effizienzpotenzial von Innovationen,
- Indikationsausweitungen und Versorgungssicherheit,

**mit vielfältigen Risiken verbunden ist.**

Der Policy Brief plädiert daher für eine Reformstrategie, die fiskalische Konsolidierung breiter ansetzt – etwa durch Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, Vorfahrt für Innovation und gezielte Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen.

# Zusammenfassung

Die GKV steht vor einer strukturellen Finanzierungslücke, die ohne Reformen zu Beitragssatzerhöhungen führt. Mit dem Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) vom 16.04.2026 plant das BMG unter anderem, den bestehenden statischen Herstellerabschlag nach § 130a SGB V von 7 Prozent durch eine dynamische Komponente zu ergänzen. Der Abschlag variiert künftig in Abhängigkeit davon, ob die GKV-Arzneimittelausgaben stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Für den Zeitraum 2027 bis 2030 erwartet das BMG durch den Herstellerabschlag kumulierte Einsparungen von rund 12 Mrd. Euro.

Dieser Policy Brief analysiert die fiskalischen Wirkungen und die potenziellen Risiken dieser Reform. Die kurzfristige Einsparwirkung ist real, aber ihre gesamtfiskalische Bilanz fällt geringer aus als in der GKV-Betrachtung allein: Höhere Herstellerabschläge reduzieren Unternehmensgewinne und damit Steuereinnahmen aus Körperschaft- und Gewerbesteuer; Lohneinbußen in der Branche mindern Sozialversicherungsbeiträge und Kaufkraft. Die fiskalischen Rückkoppelungseffekte auf den Gesamthaushalt werden im Referentenentwurf nicht berücksichtigt.

Mittelfristig bestehen strukturelle Risiken: Planungsunsicherheit durch jährlich neu berechnete Abschläge kann Markteinführungsentscheidungen und Investitionsplanungen erschweren. Die Erfahrungen im Vereinigten Königreich und Japan zeigen, dass ein volatiles Preisregime zu Rückgängen bei F&E-Investitionen, klinischen Studien und der Verfügbarkeit neuer Arzneimittel führen kann. Darüber hinaus besteht über das internationale Referenzpreissystem das Risiko einer globalen Erlöserosion mit Rückwirkungen auf F&E-Budgets. US-Importzölle auf patentgeschützte Arzneimittel verschärfen die geopolitische Unsicherheit für den Pharmastandort Deutschland zusätzlich. Dem vergleichsweise überschaubaren Einsparvolumen stehen damit langfristige Risiken für den Forschungsstandort, die Versorgungssicherheit und die Innovationsdynamik gegenüber.

Der Policy Brief plädiert für eine Reformstrategie, die fiskalische Konsolidierung strukturell breiter ansetzt: durch konsequente Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, Vorfahrt für Innovation und gezielte Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen. Für den Herstellerabschlag selbst wird eine Koppelung an die tatsächliche Aktivität in den Bereichen Wirtschaft und Forschung & Entwicklung in Deutschland empfohlen, um fiskalische Ziele im Einklang mit industrie- und standortpolitischen Interessen zu erreichen.

# 1 Hintergrund und Zielsetzung der Reform

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht seit Jahren vor einer strukturellen Finanzierungslücke. Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen seit 2019 (mit Ausnahme von 2022) erheblich (Bundesministerium für Gesundheit, 2026b). Aktuell und für die kommenden Jahre sind ebenfalls Finanzierungsdefizite zu erwarten, die ohne Reformmaßnahmen deutliche Beitragssatzerhöhungen notwendig machen würden. Die Bundesregierung hat daher eine zweistufige Reformstrategie eingeleitet: Die FinanzKommission Gesundheit wurde mit der Erarbeitung kurz- und mittelfristig wirksamer Konsolidierungsmaßnahmen beauftragt. In ihrem Bericht vom 30.03.2026 sind 66 Reformempfehlungen zusammengestellt, die die Finanzsituation der GKV stabilisieren sollen (FinanzKommission Gesundheit, 2026). Dazu zählt unter anderem die Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags für Arzneimittel.

Mit dem Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) vom 16.04.2026 überführt das BMG zentrale Empfehlungen in Gesetzesform. Im Arzneimittelbereich verfolgt das BMG laut Begründung eine „ausgewogene Lösung im Spannungsfeld zwischen Standortattraktivität, Ausgabenstabilisierung und gutem Zugang zu Arzneimitteln“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a, S. 56). Kern ist ein ergänzender dynamischer Herstellerabschlag, dessen Höhe an die Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen gekoppelt wird. Im Gegenzug werden ausgewählte Instrumente des GKV-FinStG 2022 – insbesondere der Kombinationsabschlag und die „Leitplanken“ für Erstattungsbeträge – zurückgenommen, die sich laut BMG als „unflexibel und potenziell innovationshemmend, bürokratie- und streitanfällig erwiesen haben“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a, S. 56).

Das GKV-BStabG 2026 sieht neben weiteren die Pharmaindustrie belastenden Maßnahmen eine Änderung von §130a SGB V vor. Die Höhe des Herstellerabschlags ist dort als feste Rechengröße in der Preissetzung bei 7 Prozent fixiert. Mit dem Entwurf soll dieser statische Wert ab 2027 durch eine dynamische Komponente ergänzt werden. Damit variiert der Herstellerabschlag als makroökonomische Steuerungsgröße in Abhängigkeit von der jeweiligen Finanzlage der GKV. In der Folge wird der effektive Erlös aus Arzneimitteln für Hersteller zu einer variablen Größe, die nicht mehr allein durch den statischen Abschlag und therapeutischen Zusatznutzen gebildet wird, sondern maßgeblich von der Finanzierungssituation der GKV abhängt.

## **Fiskalische Wirkungen und beabsichtigter GKV-Konsolidierungseffekt**

Laut Referentenentwurf summieren sich die Einsparungen durch den Herstellerabschlag bis 2030 auf 12 Mrd. Euro, davon 1,1 Mrd. Euro im Jahr 2027, 1,9 Mrd. Euro in 2028, 3,5 Mrd. Euro in 2029 und 5,5 Mrd. Euro in 2030. Die im Zeitverlauf steigende Einsparung ist auf die dynamische Ausgestaltung des Abschlags zurückzuführen und unterstellt, dass die Ausgaben für Arzneimittel im Betrachtungszeitraum überproportional steigen.

Die konkrete Berechnung des dynamischen und zusätzlichen Rabatts ist im Referentenentwurf dokumentiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a, S. 125).

## 2 Risiken für Standort, Innovation und Versorgung

### Eingriffe in Preisstabilität und zunehmende Planungsunsicherheit

Die kurzfristige Anhebung des Herstellerabschlags ab 2027 könnte einen Eingriff in den Bestandsschutz bereits verhandelter Arzneimittelpreise darstellen. Unternehmen verlieren damit die kalkulatorische Basis für Produkte, deren Wirtschaftlichkeit auf der bisherigen 7-Prozent-Logik beruhte. Dass solche fiskalischen Eingriffe unmittelbare und über den direkt erwünschten Einspareffekt hinausgehende Wirkungen nach sich ziehen, zeigt die Erfahrung mit der temporären Erhöhung des obligatorischen Herstellerabschlags im Jahr 2023 von 7 auf 12 Prozent durch das GKV-FinStG. Der kurzzeitig erhöhte Herstellerabschlag führte unmittelbar zu Margen- und Umsatzeinbußen und wirkte sich folglich direkt auf die Finanzergebnisse aus. Die betroffenen Unternehmen gaben an, dass es in einzelnen Fällen zu Personalabbau im Zusammenhang mit der Reform kam (Prognos, 2023). Im Jahr 2023 wurden Branchenangaben zufolge fünf Arzneimittelinnovationen in Deutschland nicht eingeführt oder vom Markt genommen, was von Unternehmensseite in Zusammenhang mit den veränderten finanziellen Rahmenbedingungen des GKV-FinStG gestellt wird (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2024).

Verschärft wird diese Problematik durch die kollektive Haftungsstruktur des dynamischen Abschlags. Der dynamische Abschlag lastet auf allen Herstellern patentgeschützter Arzneimittel gleichermaßen, unabhängig vom jeweiligen Ausgabenbeitrag einzelner Produkte. Unternehmen mit geringem Marktvolumen oder seltenen Indikationen tragen einen Abschlag, dessen Höhe von den Ausgabenentscheidungen Dritter bestimmt wird. Dies widerspricht dem Verursacherprinzip und setzt falsche Signale für Investitionen in Nischenindikationen und seltene Erkrankungen.

### Auswirkungen auf Markteinführungen und Standortattraktivität

Die vorgesehene jährliche Neuberechnung des Herstellerabschlags erzeugt aus Unternehmenssicht erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der mittelfristigen Erlösperspektive innovativer Arzneimittel. Auf Basis der Annahmen des Referentenentwurfs des GKV-BStabG wächst der dynamische Abschlag bis 2030 bereits auf rund 20 Prozent an und könnte mittelfristig deutlich darüber hinausgehen (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026). Während das bestehende AMNOG-System nach Abschluss der Erstattungsbeitragsverhandlungen ein gewisses Maß an Preisstabilität vermittelt, würde eine dynamische Abschlagslogik diese Kalkulationsgrundlage partiell auflösen. Unternehmen könnten bei Markteintritt nicht mehr verlässlich antizipieren, welchem effektiven Preisniveau ein Produkt wenige Jahre nach Markteinführung unterliegt. Die erhöhte Unsicherheit erschwert Markteinführungsentscheidungen und kann Deutschlands Attraktivität für „First Launches“ im internationalen Wettbewerb schmälern. Mittelfristig besteht damit das Risiko verzögerter Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in Deutschland oder zumindest einer geringeren Priorisierung des deutschen Marktes. Makroökonomische Analysen deuten darauf hin, dass

solche regulatorischen Eingriffe nicht nur unternehmensbezogene Entscheidungen beeinflussen, sondern mittelfristig darüberhinausgehende volkswirtschaftliche Auswirkungen entfalten können.

Simulationsrechnungen zeigen, dass eine Anhebung des Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel von 7 Prozent auf 16 Prozent ab 2026 deutliche realwirtschaftliche Belastungen erzeugen kann. Für den Zeitraum bis 2030 werden je nach Szenario kumulierte Wertschöpfungsverluste zwischen 32 und 48 Mrd. Euro ausgewiesen. Zudem gehen in der Modellierung etwa 13.500 bis 21.000 Vollzeitäquivalente in Deutschland verloren (BASYS, 2025).

## **Auswirkungen auf Investitionen und F&E-Aktivitäten**

Langfristig könnte eine dauerhaft dynamisierte Abschlagslogik strukturelle Folgen für den Pharmastandort Deutschland entfalten. Anhaltende regulatorische Unsicherheit kann Unternehmen veranlassen, Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten, klinische Studien oder Produktionsinvestitionen verstärkt in Märkte mit höherer Preis- und Planungssicherheit zu verlagern. Welche Risiken damit verbunden sind, zeigt sich im Vereinigten Königreich. Dort werden hohe und volatile „Clawback“-Raten von 23,5 Prozent, die mit dem geplanten dynamisierten Herstellerabschlag auch in Bezug auf die geschätzte Abschlagshöhe vergleichbar sind, mit einem deutlichen Rückgang der Direktinvestitionen im Life-Science-Sektor in Zusammenhang gebracht. Parallel dazu verschlechterte sich im Zeitraum 2017 bis 2023 die Position im Ranking klinischer Studien (ABPI, 2025). Zudem sind dort nur noch rund 37 Prozent neuer Arzneimittel vollständig verfügbar, während der entsprechende Anteil in Deutschland bisher noch bei etwa 90 Prozent liegt (Newton *u. a.*, 2025). Ein weiteres Beispiel ist Japan: Der Anteil Japans an den weltweit neu entwickelten Arzneimittelwirkstoffen ist seit der Einführung eines ähnlichen Preissetzungsmechanismus im Jahr 1981 von 29 Prozent auf sieben Prozent in den 2010er Jahren gesunken. Japans Anteil an der globalen pharmazeutischen Wertschöpfung fiel zwischen 1995 und 2018 von 18,5 auf 5,5 Prozent (Ezell, 2022)

Die Entwicklungen im Vereinigten Königreich und in Japan können als Referenzfälle für potenzielle Risiken in Deutschland herangezogen werden: Wo regulatorischer Preisdruck durch dynamische Abschläge wirkt, drohen langfristige Investitionsentscheidungen im Biotechnologie- und Pharmasektor zurückgestellt oder in andere Standorte verlagert zu werden. Dies würde dem Ziel, „Deutschland zum weltweit innovativsten Chemie- Pharma- und Biotechnologiestandort machen“ gefährden (CDU, CSU und SPD, 2025, S. 6).

Warum dieses Ziel wirtschaftlich wichtig ist bzw. was Deutschland durch diese Entwicklung entgeht, verdeutlicht die ökonomische Chancen-Verlust-Rechnung einer aktuellen IGES-Studie (2025): Durch eine Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen ließe sich bis 2045 ein erhebliches wirtschaftliches Potenzial heben, das über den gesamten Projektionszeitraum kumuliert zu einer zusätzlichen Bruttowertschöpfung von 271 Mrd. Euro führen würde. Dieser enorme Zuwachs an volkswirtschaftlicher Substanz wäre zudem mit zusätzlichen Steuereinnahmen von bis zu 55 Mrd. Euro sowie weiteren 57 Mrd. Euro an Sozialversicherungsbeiträgen verbunden.

## **Globale Preiswirkungen durch internationale Referenzierung**

Über den deutschen Markt hinaus drohen signifikante Rückkoppelungseffekte auf die globale Preisbildung. Deutschland fungiert für zahlreiche Länder (u. a. innerhalb der EU, aber auch für die USA, Kanada und Japan) als Referenzmarkt für die nationale Preisfestsetzung (International Reference Pricing, IRP). Ein durch dynamische Abschläge künstlich abgesenktes Preisniveau in Deutschland reduziert über diesen „Domino-Effekt“ die internationalen Erlöse der Hersteller. Dies verschärft den Druck auf die globalen F&E-Budgets.

Besonders kritisch ist dabei die Referenzwirkung auf die USA, den weltweit bedeutendsten Pharmamarkt. Hintergrund ist unter anderem das Bestreben der US-Regierung, Preise über ein „Most-Favored-Nation-Modell“ an die niedrigeren Preisniveaus anderer Industrienationen zu koppeln. Eine durch deutsche Rabatte induzierte Absenkung der Erstattungsbeträge in den USA stellt somit ein erhebliches unternehmerisches Risiko für die Hersteller dar. Da der dynamisierte Herstellerabschlag das deutsche Preisniveau unvorhersehbar senkt, wird dieser Preisabschlag über internationale Referenzierungssysteme direkt in den US-Markt „weitergereicht“. Verschärft wird dieses Risiko durch die aktuelle US-Handelspolitik: Importzölle auf patentgeschützte Arzneimittel erhöhen zusätzlich den Druck auf die eng verflochtenen deutsch-amerikanischen Pharma-Lieferketten – Deutschland ist mit einem Exportanteil von rund 8 Prozent der drittgrößte Pharmalieferant der USA (Kirchhoff und Sultan, 2025). Um einen massiven Erlösverlust in diesem globalen Markt zu vermeiden, entstehen somit Anreize, innovative Arzneimittel in Deutschland gar nicht erst einzuführen oder den Markteintritt zeitlich nach hinten zu verschieben.

## **Schwächung der Exportwirtschaft und fiskalische Rückkoppelungseffekte**

In der aktuellen Ausgestaltung wirkt der dynamisierte Herstellerabschlag wie eine implizite Sondersteuer auf deutsche Exportgüter. Angesichts eines jährlichen Exportvolumens von über 100 Mrd. Euro, von denen ein Großteil auf forschungsintensive, patentgeschützte Arzneimittel entfällt, stellt die Branche eine zentrale Säule der deutschen Handelsbilanz dar. Ökonomisch betrachtet verschlechtert der Entwurf damit aktiv die Terms of Trade der deutschen Exportwirtschaft: Deutschland verkauft seine pharmazeutischen Innovationen unter Wert, ohne dass der deutsche Fiskus davon profitiert. Da die globalen Erlösverluste die Steuerbasis der Unternehmen schmälern, drohen dem Gesamthaushalt Mindereinnahmen, die dem kurzfristigen Spareffekt in der GKV entgegenwirken (Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), 2026).

Ein wesentliches Risiko der Reform liegt in der einseitigen Betrachtung der GKV-Finzen. Eine fiskalische Nettobetrachtung zeigt, dass angestrebte Einsparungen in der GKV teilweise durch Mindereinnahmen im Gesamthaushalt konterkariert werden können. Forschende Pharmaunternehmen gehören zu den investitionsstärksten und produktivsten Branchen in Deutschland, mit einer Bruttowertschöpfung von rund 46 Mrd. Euro, davon 32 Mrd. Euro direkt im Sektor und 14 Mrd. Euro in vor- und nachgelagerten Bereichen; zugleich sichern sie rund 280 Tsd. Arbeitsplätze (IGES, 2025). Höhere Herstellerabschläge schmälern die Unternehmensgewinne und führen zu geringeren Einnahmen aus Körperschaft- und Gewerbesteuer für Bund und Kommunen. Ein erheblicher Teil der GKV-Entlastung wird dadurch sowie durch Kaufkraftverluste der Beschäftigten in der Branche und ihren Zulieferbereichen aufgezehrt, sodass der fiskalische Nutzen für die öffentliche Hand deutlich geringer ausfällt, als eine isolierte GKV-Betrachtung nahelegt.

## **Strukturelle Kostendynamik und Effizienzpotenzial von Innovationen**

Gemäß der Baumol'schen Kostenkrankheit (Baumol, 1967, 1993; Baumol *u. a.*, 2012) folgen die fiskalischen Herausforderungen der GKV einer strukturellen ökonomischen Gesetzmäßigkeit. Da Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen in bestimmten Versorgungsbereichen strukturell begrenzt sind - eine Pflegekraft benötigt beispielsweise heute dieselbe Zeit für die Versorgung eines Patienten wie vor dreißig Jahren, anders als etwa ein Radiologe, der durch KI-gestützte Bildanalyse ein Vielfaches der früheren Fallzahl bearbeiten kann - der Sektor aber mit dem übrigen Arbeitsmarkt um qualifizierte Fachkräfte konkurriert, entsteht ein struktureller Kostendruck: Löhne müssen mit dem progressiven Sektor Schritt halten, schlagen sich aber mangels Produktivitätsgewinn in höheren Kosten pro Leistungseinheit nieder. Die Ausgaben des Gesundheitssektors wachsen damit strukturell schneller als die allgemeine Lohnentwicklung (Baumol *u. a.*, 2012). Eine Ausgabenpolitik, die Gesundheitsausgaben starr an die Grundlohnsumme koppelt, setzt dieser Dynamik eine politische Deckelung entgegen, ohne die zugrundeliegende Wirkungskette zu unterbrechen.

Der Baumol-Effekt trifft dabei nicht alle Teilbereiche des Gesundheitswesens gleichermaßen. Während er in stagnierenden, personalintensiven Bereichen wie der pflegerischen Grundversorgung oder dem Rettungsdienst ungebrochen wirkt, wird er in innovationsgetriebenen Bereichen durch technologischen Fortschritt zunehmend abgeschwächt. Innovationen wie KI-gestützte Diagnostik, Präzisionsmedizin und Ambulantisierung steigern den medizinischen Output pro eingesetzter Euro und durchbrechen damit die Produktivitätsbeschränkung, die den Baumol-Effekt antreibt. Wird dieser Wirkungsmechanismus durch eine starre Rechenmechanik für den Herstellerabschlag ausgehebelt, geht Innovations- und Effizienzpotenzial verloren. Dies kann die Versorgung mittel- und langfristig sogar teurer machen und das angestrebte Ziel der Kostenstabilisierung konterkarieren.

## **Fehlanreize bei der Indikationsausweitung und Versorgungsrisiken**

Die im Referentenentwurf zudem geplante Koppelung des Abschlags an das Ausgabenvolumen schafft kontraproduktive Anreize bei der Weiterentwicklung bestehender Arzneimittel. Wenn ein innovatives Präparat für zusätzliche Patientengruppen zugelassen wird (Indikationsausweitung), steigt zwangsläufig das Ausgabenvolumen. In der Logik eines dynamischen Abschlags würde dieser Erfolg durch eine höhere Rabattlast „bestraft“. Dies könnte dazu führen, dass Hersteller die Zulassung neuer Indikationen in Deutschland verzögern oder gänzlich darauf verzichten, um den erhöhten dynamischen Abschlag zu vermeiden. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies einen verzögerten Zugang zu neuen Therapien.

Besondere Risiken bestehen bei versorgungskritischen Arzneimitteln mit wenigen Herstellern. Wenn erhöhte Abschläge die Marktteilnahme für Anbieter unwirtschaftlich machen, drohen Lieferengpässe, die Patientinnen und Patienten, sowie Versorgungsstrukturen belasten – ein Effekt, der dem Ziel der Versorgungssicherheit direkt entgegenwirkt.

### 3 Handlungsalternativen

Die fiskalische Wirkung des beabsichtigten Herstellerabschlags ist kurzfristig robust und unmittelbar wirksam, allerdings erfolgt sie durch Transfer von der Pharmaindustrie zur GKV und greift nicht an den Effizienzreserven des Systems an. Zudem dürfte die Einsparung der GKV mit fiskalischen Einbußen an anderen Stellen in der Volkswirtschaft verbunden sein. Wenn beispielsweise Herstellerabschläge höhere Einnahmen der GKV generieren, aber zugleich die Unternehmensgewinne (und damit Körperschaft- und Gewerbesteueraufkommen) sowie Lohnsummen reduzieren, entstehen fiskalische Gegeneffekte für Bund, Länder und Kommunen (IGES, 2025; BASYS, 2025).

Mittel- und langfristig sind die Auswirkungen eines dynamischen Herstellerabschlags mit großer Unsicherheit verbunden. Dies kann dem ursprünglichen Ziel der Beitragssatzstabilisierung zu wider laufen. Standortentscheidungen multinationaler pharmazeutischer Unternehmen folgen typischerweise einem komplexen Bündel von Faktoren (Steuerregime, Fachkräfte, regulatorische Effizienz, Nähe zu Forschungseinrichtungen), bei dem der GKV-Rabattsatz einen wichtigen Faktor darstellt. Gleichwohl bestehen Risiken für den Standort und das F&E-Potenzial ebenso wie potenzielle Auswirkungen auf die (Lieferketten-)Resilienz und Versorgungssicherheit in Deutschland. Diese Risiken sind nicht eindeutig bezifferbar, sie stehen allerdings einem verhältnismäßig geringen Einsparvolumen gegenüber. Mit anderen Worten: Der gemessen an den Gesamtausgaben der GKV überschaubare Einspareffekt ist risikobehaftet.

Eine ordnungspolitisch konsistentere Alternative bestünde darin, die Höhe des Herstellerabschlags an die tatsächliche wirtschaftliche Aktivität – gemessen etwa an Produktion, F&E-Ausgaben und Beschäftigung im Inland – zu koppeln. Je höher der volkswirtschaftliche Beitrag der Unternehmen in Deutschland ist, desto geringer würde der zusätzliche Abschlag ausfallen. Ein solches Modell würde positive Standortanreize setzen, die Versorgungssicherheit stärken und die fiskalische Funktion des Abschlags mit innovations- und industriepolitischen Zielen verbinden. Internationale Erfahrungen – etwa das britische VPAS-Modell – zeigen, dass kooperative Preismodelle mit Standortkomponente administrativ handhabbar sind (Office of Health Economics (OHE), 2022; ABPI, 2024). EU-beihilferechtliche Fragen wären zu prüfen, dürften einer solchen Ausgestaltung jedoch nicht grundsätzlich entgegenstehen.

Grundsätzlich empfiehlt sich ein ganzheitlicher Blick auf die Strukturen des Gesundheitssystems. Dazu gehören – neben den 66 Einzelvorschlägen der FinanzKommission Gesundheit – beispielsweise folgende Maßnahmen:

- **Konsequente Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen:** Kurzfristig könnte der Bund die Beitragszahlungen für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld auf ein für die GKV kostendeckendes Niveau anheben. Allein dadurch würde der Zusatzbeitragssatz um etwa 0,5 Beitragssatzpunkte reduziert (Prognos, 2025).
- **Innovationen in der Gesundheitswirtschaft:** Die GKV-Leistungsausgaben lassen sich bis 2045 um rund 40-50 Mrd. Euro jährlich reduzieren, wenn Effizienzpotenziale durch innovative

Technologien und Dienstleistungen konsequent gehoben werden. Damit ist rechnerisch eine Beitragssatzstabilisierung um 1,4 Prozentpunkte zu erreichen (Prognos, 2025).

- **Stärkung der Forschungsrahmenbedingungen:** Modellrechnungen zeigen, dass eine gezielte Investitionsförderung bis 2045 ein kumuliertes Wertschöpfungspotenzial von 271 Mrd. Euro erschließen könnte (IGES, 2025).

Im Gegensatz zu einem dynamischen Herstellerabschlag wirken innovationsfreundliche Rahmenbedingungen nachhaltig und fördern die Effizienz im System. Entsprechend ist eine Gesundheitsreform notwendig, die strukturelle Herausforderungen in den Fokus nimmt und sich nicht kurzfristige Mehreinnahmen mit dem Risiko wachsender struktureller Verwerfungen im System erkauft.

## Anhang: Szenarien zum Herstellerabschlag

Der zusätzliche, dynamische Herstellerabschlag ist mit dem Kabinettsbeschluss des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) vom 29.04.2026 politisch bestätigt worden. Grundsätzlich ist der zusätzliche Herstellerabschlag von der Entwicklung verschiedener **Faktoren** abhängig, nämlich

- von den sogenannten Soll-Ausgaben und damit von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der GKV
- vom Wachstum des abschlagspflichtigen Bruttoumsatzes (abschlGU) der Hersteller
- vom Wachstum der sogenannten Ist-Ausgaben für Arzneimittel
- vom Anteil abschlagspflichtigen Umsatzes an den gesamten Ist-Ausgaben

Das Gesetz liefert Ausgangsdaten für relevante Rahmengrößen, die zu den im Entwurf geschätzten Einsparwirkungen bis 2030 führen. Allerdings sind die vollständigen Annahmen bis 2030 nicht dokumentiert, sodass die Einsparungen in den hier vorgestellten Szenarien abweichen.

Die folgenden **Grundannahmen** sind aus dem Gesetz entnommen und führen zum im Gesetz fixierten anfänglichen Herstellerabschlag von 3,5 Prozent im 1. Halbjahr 2027:

- Ist-Ausgaben für das Jahr 2025 als Basisjahr in Höhe von 50 Mrd. Euro
- Abschlagspflichtiger Bruttoumsatz 2026: 30 Mrd. Euro
- Bruttoanteil des abschlagspflichtigen Umsatzes an den Ist-Ausgaben: 60 Prozent
- Wachstumsrate der BPE von 2025 auf 2026: 4,1 Prozent
- Wachstumsrate der Ist-Ausgaben von 2025 auf 2026: 6,2 Prozent

Um die Wirkung des dynamischen Herstellerabschlags systematisch zu bewerten, wurden **Szenarien mit verschiedenen Annahme-Kombinationen bis 2040** gerechnet. Dabei sind insbesondere drei Faktoren einschlägig:

- Die Wachstumsrate der Soll-Ausgaben, die den Rahmen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik bestimmen und auf die **BPE-Entwicklung** abstellen. Hier haben wir Varianten mit konstanten Raten von 2,5 Prozent p. a., 3,0 Prozent p. a. und 3,5 Prozent p. a. ab 2030 angenommen (jeweils nach einem schrittweisen Abschmelzen von 4,1 Prozent in 2026) sowie als Basisvariante sehr optimistische 4,1 Prozent p. a. für den gesamten Zeitraum bis 2040.
- Für die **Wachstumsrate des abschlagspflichtigen Umsatzes** wurden drei Varianten mit 6,2 Prozent p. a. +/- 1 Prozentpunkt gewählt.
- Die **Wachstumsrate der Ist-Ausgaben** wurde abhängig von der **Entwicklung des abschlagspflichtigen Bruttoumsatzes** modelliert. Dieser bleibt im Zeitverlauf entweder konstant bei den im Gesetz genannten 60 Prozent (V1) oder wird endogen berechnet, in Abhängigkeit der Entwicklung der Ausgaben für nicht-abschlagspflichtige Arzneimittel (V2). Für diese findet der dynamische Herstellerabschlag keine Anwendung, andere (bestehende) gesetzliche Rabatte allerdings schon. U. a. dadurch kann die Ausgabendynamik im Nicht-

Patent-Segment geringer ausfallen.<sup>1</sup> In der Folge fällt in V1 die Ist-Ausgabendynamik höher aus, in V2 ergeben sich endogen geringere Ist-Ausgaben.

Für die Folgejahre lassen sich die **Wirkungszusammenhänge** aus den so aufgespannten 24 Szenarien wie folgt zusammenfassen:

- Je höher die Schere zwischen Ist- und Soll-Ausgaben, desto höher der dynamische (zusätzliche) Herstellerabschlag.
- Unter den Grundannahmen des Gesetzesentwurfs (4,1 % p. a. für die Einnahmeseite und 6,2 % p. a. auf der Ausgabenseite) steigt der dynamische Abschlag in 2040 auf 43,2 Prozent.
- Im günstigsten Fall eines hohen BPE-Wachstums (4,1 % p. a.) in Kombination mit schwacher Ausgabendynamik (5,2 % p. a.), erreicht der Abschlag in 2040 24,0 Prozent.
- Bei hoher Ausgabendynamik (7,2 % p. a.) steigt der dynamische Abschlagssatz bis 2040 auf 60,2 Prozent – trotz günstiger BPE-Entwicklung.
- Der bisherige fixe Abschlag in Höhe von 7 Prozent kommt jeweils hinzu.

Die nachfolgende Abbildung 1 illustriert die Wirkungen der 24 Szenarien im Überblick. Dabei finden sich in der linken Spalte die Ergebnisse im Fall eines konstanten Bruttoumsatzanteils an allen Ausgaben für Arzneimittel (V1). In der grau hinterlegten Spalte finden sich die Ergebnisse, wenn die Ausgabendynamik im Patent- und Nicht-Patent-Bereich unterschiedlich ist. Die geringere Ausgabendynamik des Gesamtmarktes führt dabei grundsätzlich zu geringen dynamischen Herstellerabschlägen. Gleichwohl ergeben sich auch hier Abschlagssätze von 14,4 bis 49,1 Prozent im Jahr 2040.

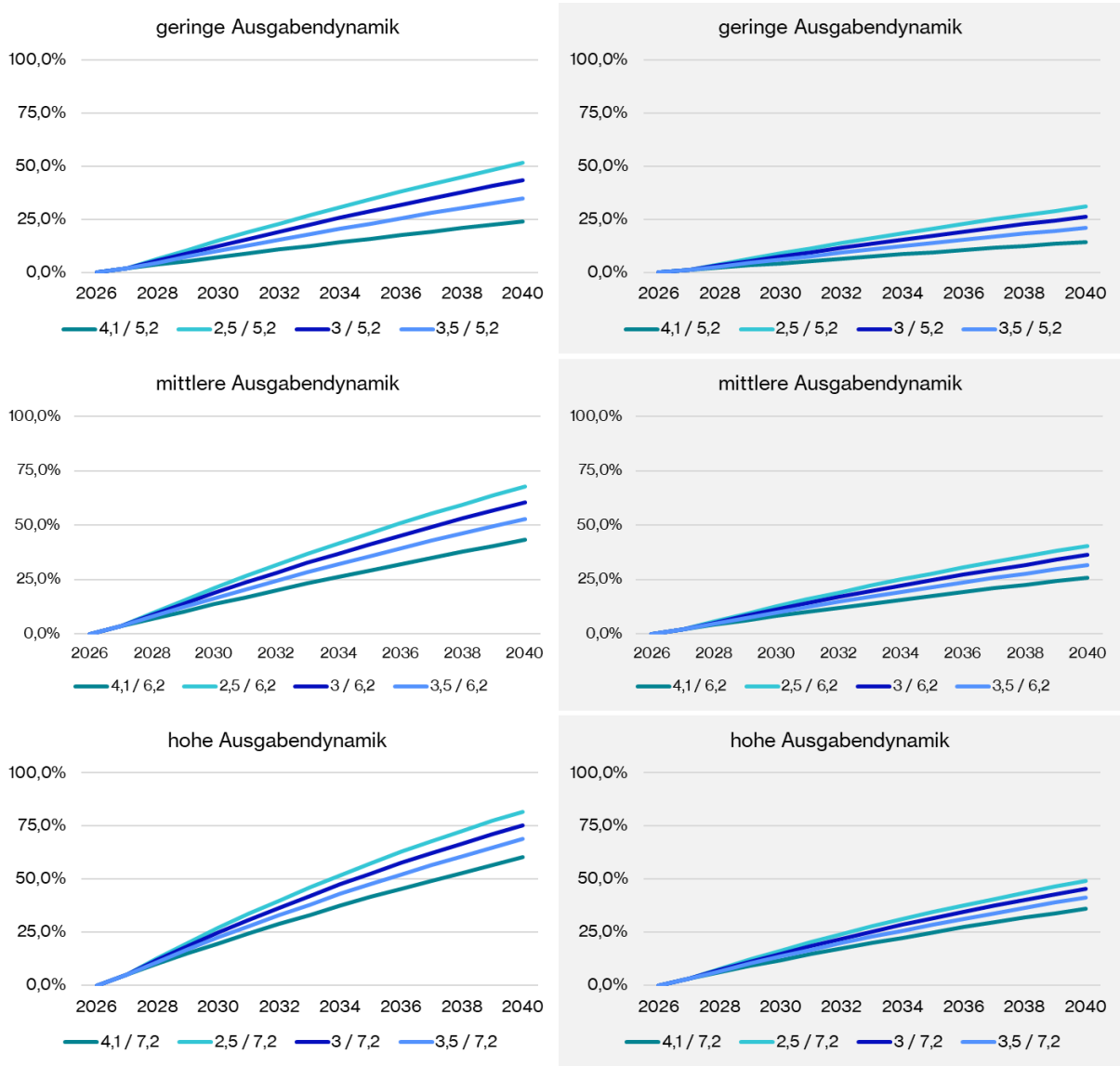
Die Tabellen 1 und 2 auf den Seiten 12 und 13 dokumentieren die jeweiligen Zahlen und zeigen zudem die (kumulierten) Einsparwirkungen aus Sicht der GKV.

---

<sup>1</sup> Hier sind verschiedene Wege der Modellierung denkbar, die im Sinne einer Veranschaulichung der Wirkungszusammenhänge zu ähnlichen Ergebnissen führen. So können beispielsweise fixe oder variable Rabatte für den Patentmarkt und Nicht-Patentmarkt oder verschiedene Wachstumsraten für die Marktsegmente angenommen werden. Um die Komplexität der Szenarien zu begrenzen, haben wir letztere Modellierung gewählt. Der Nicht-Patentmarkt wächst dabei in V2 annahmegemäß im Einklang mit den BPE.

**Abbildung 1: Entwicklung des dynamischen Herstellerabschlags in unterschiedlichen Szenarien**

2026 bis 2040, verschiedene Kombinationen aus Einnahmen- und Ausgabendynamik sowie mit fixem (links) oder variablem Anteil (rechts, grau hinterlegt) abschlagspflichtiger Umsätze an den Gesamtausgaben für Arzneimittel



Quelle: Eigene Berechnungen

© Prognos 2026

**Tabelle 1: Entwicklung des dyn. Herstellerabschlags in unterschiedlichen Szenarien (V1)**

	Jahr	Abschlags- satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V1	2030	4,3%	1,5	3,7	niedrige Ausgabendynamik
	2035	9,5%	4,4	19,5	
	2040	14,4%	8,6	53,4	
	2030	8,2%	3,0	7,2	mittlere Ausgabendynamik
	2035	17,5%	8,8	38,5	
	2040	25,9%	17,5	107,1	
	2030	11,9%	4,6	10,8	hohe Ausgabendynamik
	2035	24,9%	13,5	58,6	
	2040	36,1%	27,7	166,2	
<b>sehr hohe Einnahmenentwicklung (4,1 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags- satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V1	2030	8,9%	3,2	6,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	20,6%	9,5	41,0	
	2040	31,0%	18,4	114,2	
	2030	12,6%	4,7	10,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	27,8%	13,9	60,1	
	2040	40,5%	27,4	168,1	
	2030	16,2%	6,2	14,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	34,5%	18,7	80,4	
	2040	49,1%	37,7	227,6	
<b>niedrige Einnahmenentwicklung (2,5 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags- satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V1	2030	7,5%	2,7	5,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	17,3%	8,0	34,5	
	2040	26,1%	15,5	95,9	
	2030	11,2%	4,1	9,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	24,7%	12,4	53,5	
	2040	36,3%	24,5	150,0	
	2030	14,9%	5,7	13,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	31,6%	17,1	73,8	
	2040	45,3%	34,8	209,4	
<b>mittlere Einnahmenentwicklung (3,0 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags- satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V1	2030	6,1%	2,2	4,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	13,8%	6,4	27,8	
	2040	21,0%	12,5	77,1	
	2030	9,8%	3,6	8,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	21,5%	10,8	46,8	
	2040	31,7%	21,4	130,9	
	2030	13,5%	5,2	12,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	28,6%	15,5	67,0	
	2040	41,3%	31,7	190,2	
<b>hohe Einnahmenentwicklung (3,5 % p.a.)</b>					

Quelle: Eigene Berechnungen

© Prognos 2026

**Tabelle 2: Entwicklung des dyn. Herstellerabschlags in unterschiedlichen Szenarien (V2)**

	Jahr	Abschlags-satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V2	2030	4,3%	1,5	3,7	niedrige Ausgabendynamik
	2035	9,5%	4,4	19,5	
	2040	14,4%	8,6	53,4	
	2030	8,2%	3,0	7,2	mittlere Ausgabendynamik
	2035	17,5%	8,8	38,5	
	2040	25,9%	17,5	107,1	
	2030	11,9%	4,6	10,8	hohe Ausgabendynamik
	2035	24,9%	13,5	58,6	
	2040	36,1%	27,7	166,2	
<b>sehr hohe Einnahmenentwicklung (4,1 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags-satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V2	2030	8,9%	3,2	6,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	20,6%	9,5	41,0	
	2040	31,0%	18,4	114,2	
	2030	12,6%	4,7	10,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	27,8%	13,9	60,1	
	2040	40,5%	27,4	168,1	
	2030	16,2%	6,2	14,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	34,5%	18,7	80,4	
	2040	49,1%	37,7	227,6	
<b>niedrige Einnahmenentwicklung (2,5 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags-satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V2	2030	7,5%	2,7	5,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	17,3%	8,0	34,5	
	2040	26,1%	15,5	95,9	
	2030	11,2%	4,1	9,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	24,7%	12,4	53,5	
	2040	36,3%	24,5	150,0	
	2030	14,9%	5,7	13,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	31,6%	17,1	73,8	
	2040	45,3%	34,8	209,4	
<b>mittlere Einnahmenentwicklung (3,0 % p.a.)</b>					
	Jahr	Abschlags-satz	Einsparungen (Mrd. Euro)	Kum.Espar (Mrd. Euro)	Szenarien
V2	2030	6,1%	2,2	4,9	niedrige Ausgabendynamik
	2035	13,8%	6,4	27,8	
	2040	21,0%	12,5	77,1	
	2030	9,8%	3,6	8,4	mittlere Ausgabendynamik
	2035	21,5%	10,8	46,8	
	2040	31,7%	21,4	130,9	
	2030	13,5%	5,2	12,0	hohe Ausgabendynamik
	2035	28,6%	15,5	67,0	
	2040	41,3%	31,7	190,2	
<b>hohe Einnahmenentwicklung (3,5 % p.a.)</b>					

Quelle: Eigene Berechnungen

© Prognos 2026

## Quellenverzeichnis

ABPI (2024) „2024 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing, Access and Growth“. Department of Health & Social Care. Verfügbar unter: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/657b2977095987001295e139/2024-voluntary-scheme-for-branded-medicines-pricing-access-and-growth.pdf> (Zugegriffen: 24. April 2026).

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

BASYS (2025) „Auswirkungen der Erhöhung des Herstellerrabatts auf Wertschöpfung und Beschäftigung: 2026-2030“. Augsburg.

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

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

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

Bundesministerium für Gesundheit (2026a) „Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz)“. Berlin. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/S/RefE\\_BStabG\\_2026.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/RefE_BStabG_2026.pdf) (Zugegriffen: 24. April 2026).

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

CDU, CSU und SPD (2025) „Verantwortung für Deutschland Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode“. Verfügbar unter: [https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav\\_2025.pdf](https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf) (Zugegriffen: 28. April 2026).

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

FinanzKommission Gesundheit (2026) „Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027“. Berlin. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) (Zugegriffen: 24. April 2026).

IGES (2025) „Gesamtwirtschaftliche Effekte pharmazeutischer Forschung und Produktion. Analyse gesamtwirtschaftlicher Effekte klinischer Forschung und Produktion der

pharmazeutischen Industrie in Deutschland“. Berlin. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/ergebnisse/projekte/2026/klinische-forschung/index\\_ger.html](https://www.iges.com/ergebnisse/projekte/2026/klinische-forschung/index_ger.html) (Zugegriffen: 24. April 2026).

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

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

Office of Health Economics (OHE) (2022) „A consulting report: The impact on the NHS of the VPAS levy on branded generics and biosimilars“. London: British Generic Manufacturers Association. Verfügbar unter: <https://www.medicinesuk.com/static/assets/BGMA-OHE-synopsis-report-final-oct.pdf> (Zugegriffen: 24. April 2026).

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

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

Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) (2024) „Evaluationsbericht ignoriert Verschlechterung der Arzneimittelversorgung“. Verfügbar unter: <https://www.vfa.de/de/presse/pressemitteilungen/pm-001-2024-evaluationsbericht-ignoriert-verschlechterung-der-arzneimittelversorgung.html> (Zugegriffen: 24. April 2026).

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