



GESAMTWIRTSCHAFTLICHE UND GESUNDHEITSWIRTSCHAFTLICHE  
AUSWIRKUNGEN DER RABATTE AUF PHARMAZEUTISCHE PRODUKTE  
Gutachten für die Pharmainitiative Bayern

Augsburg, 23. Februar 2022

BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH  
D-86159 Augsburg • Reisingerstr. 25 • Tel. +49 821 257940  
Dr. Markus Schneider, ms@basys.de

## Inhalt

1. Zusammenfassung	5
2. Hintergrund	6
3. Entwicklung der Eckwerte der Pharmazeutischen Industrie	8
3.1 <i>Entwicklung von Wertschöpfung und Beschäftigung</i>	9
3.2 <i>Außenhandel</i>	11
3.3 <i>Rabatte und Preisentwicklung</i>	13
3.4 <i>Kapitalbedarf, Arzneimittelforschung und Innovationen</i>	22
4. Auswirkungen von Rabattänderungen auf Wachstum und Verteilung	26
4.1 <i>Gesamt- und gesundheitswirtschaftliche Rahmenbedingungen</i>	26
4.2 <i>Entwicklung des Arzneimittelmarktes unter Status-quo Bedingungen</i>	29
4.3 <i>Rabatterhöhung auf 16%</i>	32
Exkurs Bayern	42
Annex A: Gesamtwirtschaftliche und pharmazeutische Eckwerte	44
Annex B: Methodische Erläuterungen	47

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie Deutschlands, 2010 – 2020.....	10
Abbildung 2:	Pharmaexporte und -importe mit der EU27 und der übrigen Welt, 2010 – 2020..	12
Abbildung 3:	Zeittafel der gesetzlichen Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, 2000 - 2020 .....	15
Abbildung 4:	Rabatte* der pharmazeutischen Industrie in Mrd. €, 2007 – 2020. ....	18
Abbildung 5:	Entlastung und Belastung durch pU-Rabatte in %. ....	19
Abbildung 6:	Preisentwicklung, 2010 – 2020.....	20
Abbildung 7:	Bruttoanlagevermögen der deutschen Pharmaindustrie, 2000 - 2019 .....	22
Abbildung 8:	Externe und interne Forschungsaufwendungen, 2005 - 2020.....	24
Abbildung 9:	Projektion des Wirtschaftswachstums und der Gesundheitsausgaben bis 2030.....	28
Abbildung 10:	Projektion der demographischen Komponente des GKV-Verordnungen bis 2030..	30
Abbildung 11:	Entwicklung des Arzneimittelmarktes bis 2030 .....	31
Abbildung 12:	Wertschöpfungseffekte einer Rabatterhöhung im Jahr 2023.....	37
Abbildung 13:	Investitionseffekte einer Rabatterhöhung im Jahr 2023.....	37
Abbildung 14:	Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie Bayerns, 2010 – 2020 .....	42
Abbildung 15:	Gesamtwirtschaftliche Eckwerte 2000 – 2020. ....	44
Abbildung 16:	Gesundheits- und Pflegeversorgung 2000 – 2020. ....	45
Abbildung 17:	Arzneimittelmarkt 2000 - 2020.....	45
Abbildung 18:	Entwicklung ausgewählter Kennziffern im Zeitraum 2005 – 2030.....	46

## Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apotheker
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AR	Ageing Report (Europäische Kommission)
AVR	Arzneimittelreport
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPI	Bundesverband der Pharmazeutische Industrie e.V.
BWS	Bruttowertschöpfung
DDD	Definierte Tagesdosen (Defined daily dose)
EP	Erstattungspreis
FuE	Forschung und Entwicklung
GAmSi	GKV-Arzneimittel-Schnellinformation
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GGR	Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GW	Gesundheitswirtschaft
IMF	International Monetary Fund
ITGS	International Trade in Goods Statistics (Eurostat)
LP	Launchpreis
NGW	Nicht-Gesundheitswirtschaft
NWS	Nettowertschöpfung
PKV	Private Krankenversicherungsunternehmen
pU	Pharmazeutische Unternehmen
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
WTO	World Trade Organisation
WZ21	Wirtschaftszweig 21 nach der Industrieklassifikation NACE

## 1. Zusammenfassung

Die Pharmazeutischen Unternehmen (pU) gewährten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zeitraum 2010 – 2020 rund 72,3 Mrd. € an Rabatten. Davon entfielen rund 21,3 Mrd. € auf den gesetzlichen Herstellerrabatt, 13,5 Mrd. € auf die AMNOG-Rabatte der frühen Nutzenbewertung und 37,5 Mrd. € auf vertragliche Rabatte. Ohne all diese Rabatte wären c. p. die Arzneimittelausgaben der GKV durchschnittlich jährlich um 4,7% anstatt um 3,4% gestiegen.

Die Absenkung des gesetzlichen Herstellerrabatts von 16% auf 7% im Jahr 2014 brachte eine kurzfristige finanzielle Entlastung der pU. Doch durch die weiter ansteigenden vertraglichen Rabatte wurde bereits im Jahr 2015 das Rabattniveau des Jahres 2013 mit 6,5 Mrd. € wieder erreicht. Im Coronajahr 2020 wurden die bisher höchsten Rabatte mit insgesamt 11,6 Mrd. € gewährt.

Mit der Absenkung des Herstellerrabatts von 16% auf 7% ab dem Jahr 2014 wurden die pharmazeutischen Unternehmen jährlich rechnerisch um 1,5 Mrd. € weniger belastet. Kumuliert bis zum Coronajahr 2020 beliefen sich die verringerten Belastungen sogar auf rund 15 Mrd. €. Dem stehen allerdings Kosten für vertragliche Rabatte von 32 Mrd. € gegenüber. Durch die Rabattverträge allein minderte die GKV mit 17 Mrd. € somit ihre Ausgaben um mehr als doppelt so viel als bei einem pauschalen Herstellerrabatt von 16%. Unter Berücksichtigung der AMNOG-Rabatte ist es sogar der dreifache Betrag.

Die hohen Rabatte haben tiefe Spuren in der Kapitalrentabilität und im Wachstum der pharmazeutischen Industrie hinterlassen. Auf der einen Seite stiegen zwar die Bruttoinvestitionen in Sach- und Wissenskapital der Pharmazeutischen Industrie nach Absenken des Herstellerrabatts im Zeitraum 2014 – 2019 um 45%, von 7,4 auf 10,7 Mrd. €, und wuchsen damit sogar stärker als die gesamtwirtschaftlichen Investitionen (26%). Auf der anderen Seite sank jedoch die Kapitalrentabilität. Diese liegt nun mit 5,2% unter dem Durchschnitt des Verarbeitenden Gewerbes von 6,4% und des Fahrzeugbaus mit 6,5%.

Der größte Teil der Investitionen der pharmazeutischen Industrie fließt in das Wissenskapital, das an den pharmazeutischen Investitionen einen immer größeren Anteil einnimmt. Zuletzt betrug der Anteil der Wissensinvestitionen 78% (2019). Somit werden heute nahezu 4 von 5 €, die von Pharmaunternehmen investiert werden, in die Forschung und Entwicklung gesteckt. Die Investitionsquote in das Wissenskapital der pharmazeutischen Industrie allein stieg im Zeitraum 2014 – 2019 von 23,1% auf 31,6% der Bruttowertschöpfung<sup>1</sup>. Das Wissenskapital treibt die hohe Produktivität der

---

<sup>1</sup> Die Bruttowertschöpfung (BWS) entspricht den in den einzelnen Wirtschaftszweigen erbrachten Leistungen. Sie kann entstehungsseitig als Differenz zwischen dem Gesamtwert der im Produktionsprozess erzeugten Waren und Dienstleistungen (Produktionswert) abzüglich der hierzu verwendeten Vorleistungen errechnet werden. Sie kann allerdings auch als Summe der verteilten Einkommen additiv berechnet werden. In diesem Fall werden in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) die Arbeitsentgelte, die Unternehmensgewinne, die Abschreibungen und die Sonstigen Produktionsabgaben abzüglich der Subventionen addiert. Verwendungsseitig kann die Bruttowertschöpfung nur für alle Wirtschaftszweige insgesamt beziffert werden. Hierzu sind vom Bruttoinlandsprodukt die Nettogütersteuern abzuziehen. Die Bruttowertschöpfung ist nach allen drei Berechnungsweisen (Entstehung, Verwendung, Verteilung) in der VGR abgestimmt.

pharmazeutischen Industrie an. Der Produktivitätseffekt liegt im Durchschnitt bei jährlich 0,5 Prozentpunkten, d.h. das Wissenskapital trägt somit jährlich zu durchschnittlich 0,5 Prozentpunkten Wertschöpfungswachstum bei. Dies erklärt rund zwei Drittel des Technischen Fortschritts der pharmazeutischen Industrie und ist damit entscheidend für ihren wirtschaftlichen Erfolg.

Erhöhungen des gesetzlichen Herstellerrabatts führen nicht nur dazu, dass unmittelbar weniger für Investitionen zur Verfügung steht (Cashflow Effekt), sondern auch die Kapitalrentabilität weiter sinkt. Bereits jetzt liegt diese nur bei rund 5%. Durch die Erhöhung des Herstellerrabatts würde sie unter 5% sinken. Simulationen einer Erhöhung des Herstellerrabatts im Jahr 2023 zeigen einen erheblichen Rückgang der Investitionstätigkeit der pU im Zeitraum 2023 – 2030 und gesamtwirtschaftliche Wertschöpfungsverluste, die die Einsparungen der GKV übertreffen. Durch die Erhöhung des Herstellerrabatts von 7% auf 16% würde sich 2023 eine zusätzlichen Belastung der pU von ca. 2,6 Mrd. € ergeben. Hochgerechnet auf den Zeitraum bis 2030 würde dies bei einer Preissteigerung von 2% eine Gesamtbelastung von 22,3 Mrd. € bedeuten. Dies würde einen Rückgang der Investitionstätigkeit in Höhe von rund 22,0 Mrd. € und gesamtwirtschaftliche Verluste des BIP in Höhe von 41,7 Mrd. € bewirken. Dazu kommen Verluste in der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen pharmazeutischen Industrie auf dem Weltmarkt. Darüber hinaus wäre ein negativer Beschäftigungseffekt von rund 10,1 Tsd. hochqualifizierten Arbeitsplätzen pro Jahr zu erwarten.

Auch wenn die GKV die anvisierten Einsparungen durch die Herstellerrabatterhöhung vollständig in anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft ausgeben würde, verbliebe nach den durchgeführten Projektionen immer noch ein Wertschöpfungsverlust von 18,7 Mrd. €, da ein niedrigerer Wachstumspfad eingeschlagen würde. Außerdem wären damit keine höheren Beitragseinnahmen zu erwarten. Nach den Berechnungen dieser Studie belaufen sich die negativen Wertschöpfungs- und Investitionseffekte auf das Doppelte der vermeintlichen Einsparung einer Erhöhung des Herstellerrabatts. Eine Umverteilung zu Gunsten der Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft rechnet sich somit nicht.

## 2. Hintergrund

Die durch Covid-19 ausgelöste Pandemie führte in Deutschland - zumindest kurzfristig - in der Gesundheitspolitik zur Forderung nach einer starken Pharmazeutischen Industrie. Von Seiten der Krankenkassen werden allerdings weiterhin erhebliche Einsparpotentiale im GKV-Arzneimittelmarkt gesehen (Arzneiverordnungsreport 2020, Arzneimittel-Kompass 2021). Vor dem Hintergrund der gestiegenen Verschuldung der öffentlichen Haushalte, der finanziellen Herausforderungen des demographischen Wandels und der Bewältigung der langfristigen Pandemiefolgekosten wird die Diskussion um eine lastengerechte Verteilung der Finanzierungsdefizite zunehmen. Nach dem Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ soll beispielsweise bei neuen Produkten im Patentmarkt die freie Preisbildung auf 6 Monate verkürzt und die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise gestärkt werden. Es stellt sich somit die Frage, welche gesamt- und gesundheitswirtschaftlichen Auswirkungen könnten mit diesen preisbezogenen Sparmaßnahmen verbunden sein und wie würden sie sich

auf die pharmazeutische Industrie in Deutschland auswirken.<sup>2</sup> Diese Frage ist nicht trivial, da Preisänderungen im Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen des Arzneimittelmarktes zu sehen sind.<sup>3</sup> Wie auch immer diese preisbezogenen Maßnahmen umgesetzt werden, so werden diese Sparmaßnahmen letztlich ähnlich wie eine Preissenkung bzw. Rabatterhöhung wirken. Um die Folgen rechenbar zu machen, wird in dieser Studie deshalb beispielhaft für mögliche Preissenkungsmaßnahmen die Wiederanhebung des von 16% auf 7% gesenkten gesetzlichen Herstellerrabatts untersucht.

Zur Simulation der Auswirkungen einer solchen Änderung wird auf das in der BASYS-Studie 2013 „Die gesundheitswirtschaftliche Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie in Bayern“ entwickelte Satellitenkonto<sup>4</sup> zur pharmazeutischen Industrie zurückgegriffen. Dieses wurde aktualisiert und mit einem gesamtwirtschaftlichen Prognosemodell verknüpft. Es enthält zudem ein Nowcast der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes, gegenwärtig bis zum ersten Coronajahr 2020. Damit steht ein gesamtwirtschaftliches Modell zur Verfügung, das es ermöglicht, die Auswirkungen von zukünftigen Änderungen der Arzneimittelrabatte für die pharmazeutische Industrie in ihrer Verflechtung mit der Gesundheits- und der Gesamtwirtschaft gegen den Hintergrund der Pandemie zu analysieren.

Für die gesundheitspolitische Diskussion stellt sich aber auch die Frage, welche Verteilungswirkungen sind mit einer Rabattänderung verbunden und wie können mögliche negative Effekte auf Arbeitseinkommen abgefedert werden. Schließlich sind die regionalen Effekte einer Rabattänderung zu beachten. Auch hier wird auf Vorarbeiten früherer Studien und ihrer Fortschreibung zurückgegriffen. Wie in diesen Studien wird nicht die enge Abgrenzung der Wirtschaftszweigklassifikation „WZ 2008“ für den Wirtschaftszweig 21 „Pharmazeutische Industrie“<sup>5</sup> gewählt, sondern es werden auch namhafte Unternehmen, die als Großhandelsunternehmen eingestuft sind, berücksichtigt. Es wird somit neben dem Fokus auf den Wirtschaftszweig 21 auch eine erweiterte Abgrenzung der Pharmazeutischen Industrie gewählt, welche zusätzlich den Großhandel und die Forschung in die Wertschöpfungsberechnung einbezieht.

---

<sup>2</sup> Preisbezogene Sparmaßnahmen finden sich seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz des Jahres 1977 in den meisten Reformgesetzen zur Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung; vgl. Schneider, M. (1991), Health care cost containment in the Federal Republic of Germany, in: Health Care Financing Review, Vol. 12 (1), 87-101.

<sup>3</sup> Dazu zählen u.a. die Marktzulassung, der Patentschutz, die Arzneimitteldistribution, die Nutzenbewertung und die Vertragsregelungen.

<sup>4</sup> Schneider, M., Krauss T., Köse, A. (2017), Die pharmazeutische Industrie in Bayern – Standortanalyse 2015, RPG 23(2). 67-79; Schneider, M. (2014), Zwischen Kostendämpfung und Wachstum. Die Pharmazeutische Industrie in Bayern – 2008 bis 2012, in: RPG, 22(3): 77-96; Schneider, M. (2013), Die gesundheitswirtschaftliche Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie in Bayern, Gutachten für eine zukunftsorientierte Standortpolitik, Augsburg.

<sup>5</sup> Nicht dazu zählt beispielsweise der Anbau von Pflanzen für pharmazeutische Zwecke (01.28), Herstellung von Kräutertees (Pfefferminze, Eisenkraut, Kamille usw.) (s. 10.83), Herstellung von pharmazeutischen Bedarfsartikeln aus Glas (23.19), Herstellung von Zahnfüllungen und Zahnzement (s. 32.50), - Herstellung von Knochenzement (s. 32.50), Herstellung von chirurgischen Abdecktüchern (s. 32.50), Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 46.46), Einzelhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 47.73), Forschung und Entwicklung für pharmazeutische (auch biotechnische) Erzeugnisse (s. 72.1), Verpacken von pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 82.92); siehe Eurostat 82008),

Ziel dieser Studie ist, der Politik aktuelle Informationen zur Belastung der Pharmazeutischen Industrie durch Rabattregelungen zur Verfügung zu stellen und deren Auswirkungen auf den Pharmastandort Deutschland zu quantifizieren. Folgende zwei Teilaspekte werden dargestellt:

- (1) Entwicklung der Eckwerte der Pharmazeutischen Industrie im Vergleich zur Gesamtwirtschaft einschließlich der Rabatte und der Preisentwicklung sowie der Entwicklung des Wissenskaptals und der Arzneimittelinnovationen und
- (2) Auswirkungen von Rabatterhöhungen auf die zukünftige Entwicklung der Wertschöpfung der Pharmazeutischen Industrie und der Gesamtwirtschaft sowie Auswirkungen auf die Finanzierung der GKV und die Beitragsbelastung der Versicherten.

Diese beiden Teilaspekte werden jeweils für die Pharmazeutische Industrie in Deutschland insgesamt dargestellt. Für die Pharmazeutische Industrie in Bayern werden die Eckwerte in einem Exkurs in Fortführung früherer Gutachten berechnet (siehe Annex). Die Kontinuität und Anschlussfähigkeit der Zahlen zu früheren Berechnungen und zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) des Bundes sind gewahrt.

### **3. Entwicklung der Eckwerte der Pharmazeutischen Industrie**

Die pharmazeutische Industrie produziert ein breites Spektrum von pharmazeutischen Stoffen und Anwendungen und betreibt Forschung zu ihrer Entwicklung. Eine Fokussierung allein auf ihren Umsatz mit Humanarzneimitteln wird den Leistungen dieses Industriezweigs und den Voraussetzungen der Produktion von Arzneimitteln nicht gerecht. Deshalb führt die Betrachtung hier Informationen aus der Pharmazeutischen Industrie, dem Großhandel und der Forschung zusammen.<sup>6</sup>

Im Folgenden werden die Eckwerte der pharmazeutischen Industrie im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, der Gesundheitswirtschaft und dem Verarbeitendem Gewerbe industriebezogen dargestellt. Der Vorteil des industriebezogenen Ansatzes ist, dass die Kohärenz zu vielen Statistiken gewährleistet wird, wie beispielsweise die zur Berechnung der Kosten oder der Wertschöpfung. Die Regulierung der Märkte und die Finanzierung durch die Krankenkassen ist jedoch produktbezogen. Beides, die industrie- und produktbezogene Differenzierung ist deshalb für die Analyse der Preiseffekte und der Regulierungswirkungen hilfreich, um die Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie für die Forschungsinvestitionen zu zeigen, da diese zu großen Teilen selbst erbracht werden<sup>7</sup>. In einer rein produktbezogenen Input-Output-Rechnung verschwinden nämlich diese Forschungsleistungen der pharmazeutischen Industrie, da sie einem eigenen Bereich „Forschung“ zugeschlagen werden.

---

<sup>6</sup> Die gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung des Bundeswirtschaftsministeriums stellt beispielsweise die Eckwerte der pharmazeutischen Industrie, wie die Bruttowertschöpfung, die Exporte und die Erwerbstätigen nur bezogen auf die Herstellung von „Humanarzneimittel“ dar. D.h. relevante Teile der Produktion, wie z.B. Tierarzneimittel oder Vorprodukte für andere Wirtschaftszweige werden nicht erfasst.

<sup>7</sup> Analoges gilt beispielsweise für die Investitionsgüter im Maschinenbau.



Außerdem findet in der Darstellung der Eckwerte das Nettoprinzip stärkere Beachtung, d. h. die Abschreibungen werden von den Bruttoeinkommen abgezogen.<sup>8</sup> Die Abschreibungen sind Teil des Bruttobetriebsüberschusses, der ein Indikator für den Cash-Flow ist. Der Nettoüberschuss hingegen ist ein Indikator für die verteilbaren Einkommen. Zur Interpretation der Nettoüberschüsse werden zusätzliche Indikatoren wie die Wertschöpfung, die Produktion, die Gesundheitsausgaben insgesamt und für Arzneimittel, die Beschäftigung und die Produktivität verwendet. Die Berechnungen knüpfen an der letzten verfügbaren Input-Output-Tabelle, den Aufkommens- und Verwendungstabellen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2018 und den endgültigen Zahlen der VGR und Wirtschaftsstatistik für das Jahr 2020, welche somit die Entwicklungen der Pandemie für das Coronajahr 2020 berücksichtigen, an.

### 3.1 Entwicklung von Wertschöpfung und Beschäftigung

Viele pharmazeutische Unternehmen sind „statistisch“ als Großhandelsunternehmen klassifiziert. Für die Standortanalyse werden deshalb die Eckwerte der Wirtschaftszweige pharmazeutische Industrie und pharmazeutischer Großhandel zusammengefasst. In der Wertschöpfungskette pharmazeutischer Produkte sind die externen Forschungsaktivitäten ein weiterer wichtiger Teil der pharmazeutischen Industrie.<sup>9</sup>

Die nominale Bruttowertschöpfung der genannten drei Bereiche der Pharmazeutischen Industrie Deutschlands hat sich im Zeitraum 2010 - 2020 von rund 27,9 auf 43,5 Mrd. € erhöht.<sup>10</sup> Davon fällt der größte Teil auf Unternehmen, die statistisch den Industriebetrieben des Wirtschaftszweigs 21 zugeordnet werden, dann folgen Unternehmen des Großhandels und die externe pharmazeutische Forschung (vgl. Abbildung 1). Das nominale Wachstum der Bruttowertschöpfung der Pharmazeutischen Industrie lag in dem oben genannten Zeitraum mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 4,5% über dem nominalen gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfungswachstum von 3,4%. Allerdings geht dieses Wachstum vor allem auf die Unternehmen des Großhandels und der Forschung zurück, während die nominale Wertschöpfung im Wirtschaftszweig 21 nur um durchschnittlich 2,3% pro Jahr wuchs.

Die Zahl der Beschäftigten wuchs in den drei Bereichen im Zeitraum 2010 - 2020 ebenfalls deutlich, nämlich von 193 000 auf 240 000 Personen. Die Zahl der Beschäftigten der Pharmabranche stieg damit ebenfalls stärker (2,4%) als die Wirtschaft insgesamt (1,1%). Innerhalb der Pharmabranche wuchs die

---

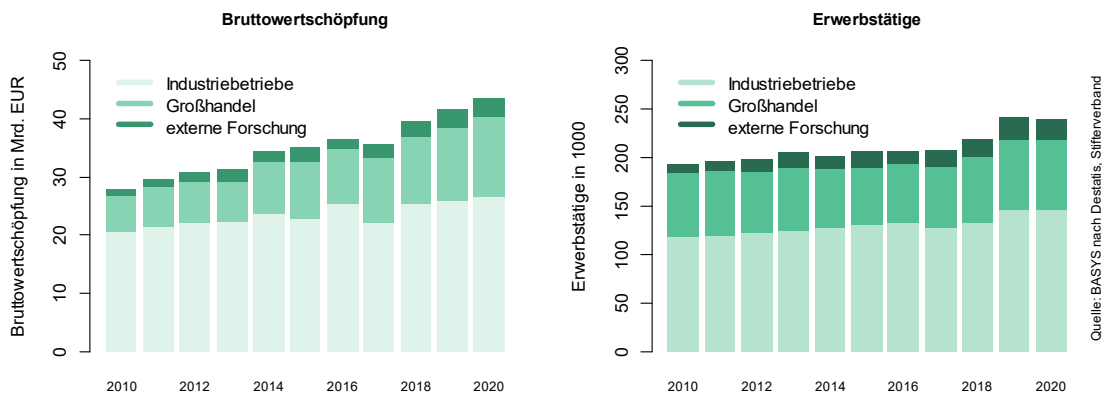
<sup>8</sup> Dies entspricht auch generell den Forderungen der Fitoussi-Sen-Stiglitz-Kommission (siehe Stiglitz, Joseph E., Amartya Sen und Jean-Paul Fitoussi (2009): Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, url: [http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport\\_anglais.pdf](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf). Zur Problematik des Vergleichs der Bruttogewinne vgl. auch Scherer F.M. (2010), Pharmaceutical Innovation, Handbook of Economics, Vol. 1, 539-574.

<sup>9</sup> Als Datengrundlage zur Berechnung der Wertschöpfung und der Erwerbstätigkeit werden neben den Daten der Industrie- und Großhandelsstatistiken, die Außenhandelsstatistik, die Forschungsstatistik, die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und die gesundheitswirtschaftlichen Rechensysteme verwendet. Für die pharmazeutische Industrie nach WZ 21 liegen die endgültigen volkswirtschaftlichen Daten derzeit nur bis 2019 vor, weshalb das Ergebnis für das Jahre 2020 noch vorläufig ist.

<sup>10</sup> Die zusammengefassten Umsätze der pharmazeutischen Unternehmen stiegen nach den Betriebsstatistiken der Industrie und des Großhandels im Zeitraum 2010 – 2019 von 13,9 auf 26,3 Mrd. € und haben sich damit nahezu verdoppelt.

Forschung dabei wiederum am stärksten. Im Jahr 2019 arbeiteten in Deutschland ca. 146 000 Menschen in der Produktion, 73 000 im Großhandel sowie 21 000 in der Forschung von Arzneimitteln. Weitere 250 000 arbeiten in der Distribution von Arzneimitteln in öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken. In Deutschland sind somit insgesamt nahezu eine halbe Million Erwerbstätige mit Entwicklung, Produktion und Vertrieb von Arzneimitteln beschäftigt.<sup>11</sup>

Abbildung 1: Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie Deutschlands, 2010 – 2020.



Quelle: BASYS anhand Destatis VGR, Großhandelsstatistik, Forschungsstatistik.

Die von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Forschung wird zu rund zwei Drittel in den Industrieunternehmen direkt erbracht. Rund ein Drittel der Mittel fließen in externe Forschungsunternehmen. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde in den oben genannten Zahlen zur Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit nur der privat finanzierte externe Teil erfasst. Die öffentlich geförderte pharmazeutische Forschung ist hier nicht berücksichtigt.

Das Wertschöpfungswachstum der Pharmazeutischen Industrie schlägt sich aufgrund der hohen Produktivität nur bedingt in einer Beschäftigungsentwicklung nieder (vgl. Abbildung 1). Für das Coronajahr 2020 lassen sich nur vorläufige Aussagen treffen. Nach den Meldungen der pharmazeutischen Betriebe in der Abgrenzung WZ21 gingen die Beschäftigten geringfügig zurück und auch die Bruttowertschöpfung verzeichnete einen geringen Verlust. Der Rückgang war dennoch geringer als in der Gesamtwirtschaft. Im Verarbeitenden Gewerbe zeigen die Daten zur Beschäftigung, dass diese im Jahr 2020 stark unter den Auswirkungen der Pandemie stand und deshalb erstmals einen Beschäftigungsrückgang innerhalb der letzten zehn Jahre verzeichnete, der sich auf 2,4% gegenüber dem Vorjahr belief.

### Inlandsmarkt

Die Nachfrage im Inlandsmarkt lässt sich für die Humanarzneimittel durch die Ausgaben der verschiedenen Ausgabenträger und den Umsatzerhebungen bei den pharmazeutischen Betrieben

<sup>11</sup> Zur Entwicklung vgl. auch die Abbildungen im Anhang.

nachverfolgen. Der größte Finanzierer, die gesetzliche Krankenversicherung, weist für den Zeitraum 2010 - 2020 ein durchschnittliches Wachstum der Ausgaben für Apotheken von 3,6% auf. Nach der Methodik der Gesundheitsausgabenrechnung<sup>12</sup>, die alle Finanzierungsträger und den Krankenhausmarkt einbezieht sowie Doppelzahlungen herausrechnet, stieg in Deutschland die Nachfrage nach Arzneimitteln insgesamt (einschl. Krankenhaus) im Zeitraum 2010 -2019 um 3,5%. Den Betriebsstatistiken zufolge stieg der Inlandsumsatz der pharmazeutischen Industrie um 3,0% jährlich.<sup>13</sup>

Das durchschnittliche gesamtwirtschaftliche Wertschöpfungswachstum betrug in diesem Zeitraum vergleichsweise 3,4% (2010-2020: 2,7%). Sieht man also vom Coronajahr 2020 ab, steht das Ausgabenwachstum im Einklang mit dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum. Aufgrund struktureller Änderungen und der Zunahme der Versicherten hätte man eher ein höheres Wachstum erwartet. Tatsächlich konnte der medizinische Fortschritt und der demographisch und sozial bedingte Zusatzbedarf mit einer nahezu stabilen Ausgabenquote erreicht werden.

Die unterdurchschnittliche Arzneimittelausgabenentwicklung zeigt sich auch an ihrem Anteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt. Dieser betrug im Jahr 2010 15,9%, im Jahr 2019 15,5% und im Jahr 2020 nach vorläufigen Berechnungen 15,4%. Der höchste Ausgabenanteil konnte für das Jahr 2007 mit 16,3% beobachtet werden. In diesem Jahr wurde durch das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) der Wettbewerb durch die vertraglichen Rabatte verschärft. Dies hat zusammen mit der Nutzenbewertung nach AMNOG, den Preisabschlägen für neue Medikamente und mit den Rabattverträgen zu einer kostengünstigen Arzneimittelversorgung geführt.

Die durchschnittliche Wachstumsrate des Inlandsumsatzes<sup>14</sup> im Vergleich zur Ausgabenentwicklung der Finanzierungsträger deutet daraufhin, dass die pharmazeutischen Unternehmen rund 0,5% des Nachfragewachstums jährlich an das Ausland verliert. Die Ursachen liegen vermutlich darin, dass dieser Teil im Inland nicht mehr kostengünstig produziert werden kann.

## 3.2 Außenhandel

Die Wachstumsschwäche des Inlandsmarkts konnte zumindest teilweise durch Umsätze im Ausland kompensiert werden. Im Zeitraum 2010-2019 stieg der Auslandsumsatz mit jährlich 5,2% rund 2,2 Prozentpunkte stärker als der Inlandsumsatz. Laut Betriebsstatistik (WZ21) ist der Auslandsumsatz aber

---

<sup>12</sup> Die Gesundheitsausgabenrechnung ist ein dreidimensionales Rechensystem, welches jede Transaktion nach Art, Abgabe (Einrichtung) und Finanzierung (Ausgabenträger) klassifiziert und abgleicht. Sie ist für die Mitglieder der EU verpflichtend vorgeschrieben (System of Health Accounts) und wird von den Statistischen Ämtern berechnet. Das von Destatis letzte veröffentlichte Jahr für die komplette Rechnung ist das Jahr 2019, für die Randverteilung der Finanzierer das Jahr 2020 (vgl. gbe-bund.de). Die restlichen Werte für das Jahr 2020 wurden durch ein Nowcast unter Verwendung der Randverteilungen und der inneren Koeffizienten-Matrizen berechnet. Nach den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen ergibt sich nach Abzug der Rabatte ein Wachstum von 3,6% für den Zeitraum 2010-2020; siehe Bundesministerium für Gesundheit, Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln, Stand Juli 2021.

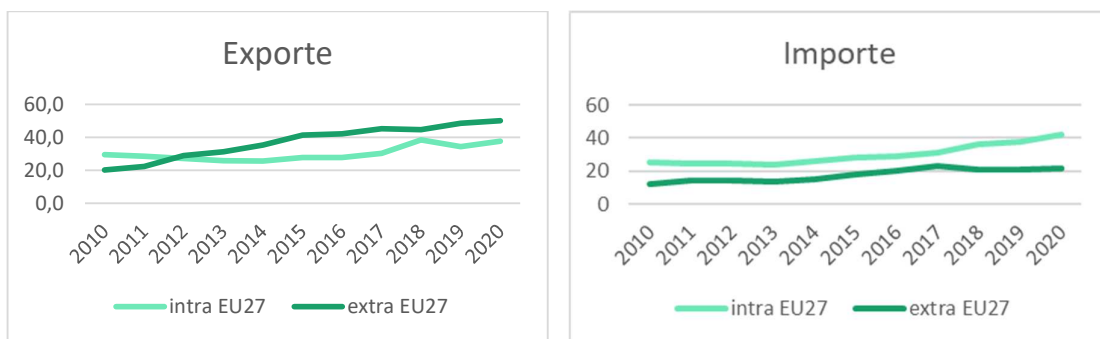
<sup>13</sup> Das unterschiedliche Wachstum erklärt sich vor allem durch drei Faktoren: Stichprobe, unterschiedliche Produkte, die in der Umsatzberechnung einbezogen sind, und Klassifikation der Betriebe.

<sup>14</sup> Nach den Betriebsstatistiken.

seit 2017 rückläufig und erreichte im Coronajahr nur noch das Niveau des Jahres 2015. Auch hier ist es zweckmäßig, weitere Statistiken zur Beurteilung der Eckwerte heranzuziehen. Nach den Voranmeldungen der Umsatzsteuerstatistik belief sich das jährliche Gesamtwachstum (Inland und Ausland) auf 4,2%. Diese Statistik bestätigt somit, dass für die pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland die Auslandsmärkte eine immer größere Bedeutung gewinnen. Allerdings stellt sich auch die Frage: Kann Deutschland seine Position auf den Auslandsmärkten behaupten?

Für die Beobachtung der Auslandsabsätze steht neben den oben genannten Umsatzstatistiken der Betriebe noch die Außenhandelsstatistik zur Verfügung.<sup>15</sup> Das stärkere Wachstum des Auslandsabsatzes im Vergleich zum Inlandsabsatz wurde durch die mRNA Impfstoffproduktion von Biontech/Pfizer im Jahr 2021 besonders stark gefördert. So erhöhten sich die Exporte in den drei ersten Quartalen des Jahres 2021 um über 8 Mrd. € bzw. 13,3% gegenüber dem Vorjahr.

Abbildung 2: Pharmaexporte und -importe mit der EU27 und der übrigen Welt, 2010 – 2020.



Quelle: ITGS /CPA 2008), Eurostat.

Als bedeutender Großhandelsstandort ist in Deutschland die Außenhandelsintensität, also der Anteil des Handels mit dem Nicht-deutschen Ausland an der Wertschöpfung, hoch. Das Volumen des Außenhandels (Exporte und Importe) betrug in Deutschland über alle Wirtschaftszweige gerechnet rund 95 % der Bruttowertschöpfung im Jahr 2019. Im Verarbeitenden Gewerbe lag die Außenhandelsintensität bei 337% und in der Pharmabranche war sie mit 546 % noch deutlich höher. Die besonders hohe Außenhandelsintensität ist nicht nur ein Zeichen der hohen Innovationskraft, sondern auch der zentralen geographischen Position Deutschlands in der Arzneimitteldistribution Europas geschuldet. Hans-Werner Sinn spricht in diesem Zusammenhang von „Basar-Ökonomie“: „Nur der Vertrieb findet noch in Deutschland statt, und nur hinter dem Verkaufstresen gibt es noch deutsche Arbeitsplätze. Ansonsten wird das Geld bei der Produktion im Ausland verdient“.<sup>16</sup> Dieses bedarf für den Pharmamarkt sicherlich einer differenzierteren Betrachtung, da Deutschland ein Standort mit hoher Innovationskraft ist.

<sup>15</sup> Siehe hierzu auch die internationale Handelsstatistik der EU (ITGS).

<sup>16</sup> Sinn H.-W., (2005), Ist Deutschland noch zu retten? Ullstein, S.71.

In Deutschland werden deutlich mehr pharmazeutische Erzeugnisse exportiert als importiert. Der Außenhandel der Pharmaindustrie erzielte nach den Ergebnissen der VGR im Jahr 2019 mit ca. 84,3 Mrd. € an Exporten einen Überschuss von ca. 27,1 Mrd. €.

### *Weltpharmamarkt*

Für den Vergleich mit der Entwicklung auf dem Weltmarkt können u.a. Daten des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (BPI) verwendet werden, die sich auf IQVIA und World Review Analyst stützten.<sup>17</sup> Nach den BPI Pharmadaten betrug der weltweite Umsatz mit Arzneimitteln im Jahr 2020 insgesamt etwa 974,02 Mrd. € (1.161,90 Mrd. US\$), wovon 447,2 Mrd. € (533,5 Mrd. US\$) d.h. fast 46 % auf den US-amerikanischen Markt fielen<sup>18</sup> Der US-Markt ist deshalb nach der EU der wichtigste Exportmarkt für deutsche pharmazeutische Produkte.

Für die Wertermittlung des Weltpharmamarktes werden die internationalen Warenströme gewöhnlich in US\$ Preisen ausgewiesen. Da innerhalb der letzten 10 Jahre erhebliche Währungsschwankungen auftraten, hat die Wahl des Umrechnungskurses einen großen Einfluss auf das Ergebnis. Darüber hinaus ist für die Wachstumsberechnung die Abgrenzung des Arzneimittelmarktes und das Preiskonzept relevant. Die in den Pharmadaten des BPI veröffentlichten Zahlen sind aufgrund von Strukturbrüchen nicht vollständig ausreichend für die Beurteilung der längerfristigen Entwicklung des Weltpharmamarktes. Hier werden deshalb zusätzlich die Zahlen der Welthandelsorganisation (WTO) herangezogen. Danach ergibt sich für den Zeitraum 2010 – 2020 ein Wachstum des Welthandelsvolumens an Arzneimitteln, das nicht nur deutlich über dem Wachstum des deutschen Arzneimittelmarktes, sondern auch über dem Wachstum des deutschen Außenhandels liegt. Das durchschnittliche Wachstum des Welthandels (Exporte und Importe) betrug nach WTO jährlich 4,7% im Zeitraum 2010 – 2020. Rund ein Viertel (1,1 Prozentpunkte) dürfte dabei dem Wachstum der Weltbevölkerung geschuldet sein. Das Außenhandelsvolumen Deutschlands konnte an dieser Entwicklung nicht ganz mithalten. Das deutsche Außenhandelsvolumen stieg durchschnittlich um 3,8%. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Deutschlands Produktionsanteil am Weltpharmamarkt, gerechnet sowohl in € als auch in US\$, in den letzten Jahren anteilmäßig abgenommen hat. Durch die Produktion der mRNA-Impfstoffe konnte Deutschland allerdings Ende des Jahres 2020 und im Jahr 2021 wieder etwas an Boden gut machen.<sup>19</sup>

### **3.3 Rabatte und Preisentwicklung**

Der Gesetzgeber griff die letzten beiden Jahrzehnte fast jährlich regulierend in den Arzneimittelmarkt ein (vgl. Abbildung 3). Fast immer ging es dabei auch um Preisregulierungen. Im Folgenden werden

---

<sup>17</sup> BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (2021), Pharma-Daten 2021, 51. Überarbeitete Auflage, November 2021, Berlin.

<sup>18</sup> Ebenda Pharma-Daten 2021, S. 38.

<sup>19</sup> Am Welthandelsvolumen von Arzneimittel des Jahres 2020 von 1.499 Mrd. US\$ betrug der deutsche Anteil 11,1%. Im Jahr 2010 betrug er 12,1% bei einem Welthandelsvolumen von Arzneimitteln von 935 Mrd. US\$; eigene Berechnungen nach WTO Stats: <https://stats.wto.org/>.

zunächst die Rabattregelungen beschrieben und in Verbindung mit der Preisentwicklung untersucht. Ferner wird analysiert, wie sich die Rabatte seit dem Inkrafttreten des Preismoratoriums<sup>20</sup> im Jahr 2010 auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Investitionen und die Wertschöpfung auswirkten.

### *Herstellerrabatt und Preismoratorium*

Der Herstellerrabatt wurde im Jahr 2003 mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) eingeführt und auf 6% des Herstellerabgabepreises festgesetzt. Das GMG erhöhte ihn für das Jahr 2004 auf 16%. Mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde der Satz im Jahr 2005 wieder auf 6 % verringert. Doch für generikafähige Wirkstoffe gilt seitdem ein Herstellerrabatt von 10 %.

Weitere weitgehende Änderungen brachte das AMNOG. Zum August 2010 wurde für verschreibungspflichtige, patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag der Herstellerrabatt wiederum auf 16% erhöht (für Generika weiterhin von 10 %) und zum 1. Januar 2014 wieder auf das alte Niveau von 6% abgesenkt, um ihn dann zum 1. Juli 2014 auf 7% anzuheben. Derzeit gilt somit grundsätzlich ein Abschlag in Höhe von 7 % (§ 130a SGB V, Abs. 1).<sup>21</sup> Rabattierfähig sind seitdem auch Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen.

Durch das Preismoratorium wurden die Preise für Arzneimittel des Bestandsmarkts, die nicht festbetragsgebunden sind, mit dem Stichtagspreis vom 01.08.2009 eingefroren. Der Bestandsmarkt hatte im Jahr 2020 nach Nettokosten von 10,6 Mrd. € bzw. 45,3% des Patentmarktes. Liegen die Herstellerabgabepreise über dem Stichtagspreis vom 01.08.2009, ist nach § 130a, Abs. 3a SGB V ein Herstellerrabatt abzuführen. Dieser gesetzliche Herstellerrabatt betrug zuletzt 1,823 Mrd. € (davon 1,508 Mrd. € Packungsabschläge nach § 130a Abs. 1 SGB V, 175 Mio. € Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a SGB V und 140 Mio. € Generikaabschlag nach § 130a Abs. 3b SGB V 1).<sup>22</sup>

Durch das AMVSG des Jahres 2016 wurde ein Inflationsausgleich eingeführt, damit pharmazeutische Hersteller die Preise der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Arzneimittel entsprechend erhöhen können, ohne dass diese Erhöhung durch den Preismoratoriumsabschlag gemindert wird. Ziel des Inflationsausgleichs<sup>23</sup> ist es zu verhindern, dass aufgrund der Entwicklung einzelner Kostenfaktoren die Gewinnspannen der pharmazeutischen Industrie mit der Dauer immer stärker gekürzt werden.<sup>24</sup> Der Inflationsausgleich orientiert sich am Verbraucherpreisindex. Durch die

---

<sup>20</sup> Dieses wurde im April 2014 bis Ende 2017, und dann noch einmal bis Ende 2022 noch einmal verlängert. Auf den Apothekenrabatt, der bereits 1914 infolge des Inkrafttretens des krankensicherungsrechtlichen Teils der Reichsversicherungsordnung (RVO) zugunsten der GKV eingeführt wurde, wird hier nicht eingegangen.

<sup>21</sup> „Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 7 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer.“

<sup>22</sup> Vgl. WiDO, Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2021, Berlin, im Oktober 2021, Tabelle 3.

<sup>23</sup> In der Begründung zum Gesetzentwurf Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG) des Jahres 2016 schätzt der Gesetzgeber die Einsparungen durch die die Verlängerung des Preismoratoriums über den 31. Dezember 2017 hinaus bis zum Ende des Jahres 2022 auf ein Volumen von jährlich rund 1,5 bis 2 Milliarden € (Bundestagsdrucksache 18/10208 v. 07.11.2016.)

<sup>24</sup> Ebenda.

Anwendung dieses Inflationsausgleichs werden die Herstellerabschläge im Bestandsmarkt allmählich abgeschmolzen. Für das Jahr 2020 schätzen Telschow et al. 2021 die GKV-Zusatzausgaben durch den Inflationsausgleich auf 122 Mio. €.

Abbildung 3: Zeittafel der gesetzlichen Eingriffe in den Arzneimittelmarkt, 2000 - 2020

2020	GKV-FKG (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz)
2019	TSVG Terminservice- und Versorgungsgesetz, GSAV Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung
2017	AMVSG (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz)
2015	EGKuaÄndG Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze
2014	14. SGB V-ÄndG Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
2013	3. AMGuaÄndG Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
2012	2. AMGuaÄndG Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
2011	GKV-VStG (GKV-Versorgungsstrukturgesetz), AMRabG (Arzneimittelrabattgesetz)
2010	AMNOG Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz)
2009	Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts
2007	GKV-WSG GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
2005	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
2003	GMG (GKV-Modernisierungsgesetz)
2002	BSSichG Beitragssatzsicherungsgesetz: Differenzierte Rabatte für Hersteller und Apotheken
2001	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
2000	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz; Festbeträge bis Ende 2003:(Festbetrags-Anpassungsgesetz)

Quelle: BASYS.

### *AMNOG-Rabatte*

Die Einführung der Nutzenbewertung durch das AMNOG vor zehn Jahren hat die Folgezeit geprägt und zusammen mit den Preis- und Rabattregelungen die Investitionsentscheidungen und damit die Wertschöpfungsentwicklung der pharmazeutischen Erzeugung entscheidend beeinflusst.

Der Erstattungspreis (EP) eines Arzneimittels mit Patentschutz, das seit dem AMNOG im Jahr 2010 neu zugelassen wurde, wird zwischen dem Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband für alle Krankenkassen kollektiv verhandelt. Kollektiv insofern als der ausgehandelte Preis Bindungswirkung für alle Kostenträger, darunter auch für die Private Krankenversicherung (PKV), hat. Spätestens nach einem Jahr<sup>25</sup> löst dieser Erstattungspreis den vom Hersteller bei der Markteinführung gesetzten Einführungs- bzw. Launchpreis (LP) ab. Die Preisdifferenz EP-LP ist der sogenannte AMNOG-Rabatt oder Nutzenbewertungsrabatt.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Laut Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP soll dies auf ein halbes Jahr verkürzt werden (S.88): „Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt.“

<sup>26</sup> Vgl. BPI (2021) AMNOG-Rabatte 2020, DAK (2020), AMONOG Report 2019.

Für das Jahr 2020 werden die GKV-Ausgaben für solche AMNOG-Arzneimittel mit früher Nutzenbewertung auf 14,3 Mrd.€, brutto bzw. 28% der Gesamtausgaben beziffert.<sup>27</sup> Der aggregierte AMNOG-Rabatt für den Erstattungsbetrag, der ab dem zweiten Vertriebsjahr gilt, liegt im Schnitt 21,4% unter dem Lauchpreis des ersten Vertriebsjahrs.<sup>28</sup> Nach IQVIA konnten durch die hochgerechneten AMNOG-Rabatte im Jahr 2020 Einsparungen von mehr als 3,9 Mrd. € erzielt werden. Im Jahr 2015 waren es je nach Quelle<sup>29</sup> zwischen 771 und 960 Mio. €.

Die Einsparungen aus diesen Rabatten werden Jahr für Jahr größer und haben seit dem Jahr 2018 die vom Gesetzgeber anvisierten Einsparungen von 2 Mrd. € deutlich überschritten. In den folgenden Berechnungen werden diese Rabatte bzgl. der Belastungs- und Entlastungseffekte extra betrachtet, da es gerade längerfristig Überschneidungen mit den im Folgenden diskutierten vertraglichen Rabatten geben kann.

### *Vertragliche Rabatte*

Die vertraglichen Rabatte sind insgesamt am höchsten (vgl. Abbildung 4). Seit 2003 haben Krankenkassen nach § 130a Abs. 8 SGB V die Möglichkeit, mit Herstellern kassenspezifische Rabattverträge abzuschließen. Dabei schreiben die Krankenkassen einzelne Wirkstoffe für einen definierten Zeitraum öffentlich aus. Vorrangig werden Rabattverträge im generikafähigen Marktsegment mit einer Laufzeit von zwei Jahren vereinbart. Von den im Jahr 2019 für AOK-Versicherte verordneten 280,9 Mio. Arzneimittelpackungen standen 59% zum Zeitpunkt ihrer Verordnung unter einem Rabattvertrag. Für die Krankenkassen insgesamt (ohne PKV und Beihilfe) wurden im Jahr 2020 Rabatterlöse in einer Höhe von 4,94 Mrd. € erzielt (WIdO 2021, S. 64f.).

Neben den Verträgen im generikafähigen Marktsegment sind Verträge für patentgeschützte Arzneimittel vor Patentauslauf, für patentgeschützte Analogarzneimittel oder für neue patentgeschützte Arzneimittel zu beobachten. Von den 616 Arzneimitteln, die zum Stichtag 1. April 2019 unter Patentschutz standen, gab es für 111 bei mindestens einer Krankenkasse einen Rabattvertrag (WIdO 2021, S. 66.). Teilweise werden die Rabatterlöse von den Krankenkassen an die Versicherten weitergegeben. So haben die AOKs für 41,9% ihrer Rabattarzneimittel auf die Zuzahlung verzichtet, womit die AOK-Versicherten im Vergleich zur regulären Zuzahlung im Jahr 2019 direkt um 96,0 Mio. € entlastet wurden (WIdO 2021, S. 66).

Die PKV-Unternehmen verfügen seit dem Jahr 2007 über die Option, Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern abzuschließen. Mit dem Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) räumte der Gesetzgeber ferner zum Januar 2011 den PKV-Unternehmen auch das Recht ein, einen Herstellerrabatt bei den

---

<sup>27</sup> Erdmann D., Wittmüß, W., Schleeff, J. (2021), AMNOG: Ziel, Funktionsweise und Ergebnisse, in: Arzneimittel-Kompass, S. 279.

<sup>28</sup> DAK(2021), AMNOG-Report 2020: 10 Jahre AMNOG – Rückblick und Ausblick, S. 227. Der AMNOG-Rabatt bzw. Nutzenbewertungsrabatt, also das produktspezifische Einsparpotenzial errechnet sich aus der Differenz zwischen Launchpreis (LP) und Erstattungsbetrag (EB), multipliziert mit der zum EB verordneten Menge in Tagesdosen.

<sup>29</sup> DAK AMNOG Report 2020, S. 242, Tabelle 26: Geschätzte Einsparungen durch § 130b-Erstattungsbeträge.



Pharmaunternehmen einzufordern. Damit gelten seit 2011 die Regelungen des § 130a SGB V für PKV und GKV gleichermaßen.<sup>30</sup> Der Rabatt für PKV-Unternehmen wird dann gewährt, wenn ein Privatversicherter die Arzneimittelrechnung zur Erstattung bei seinem PKV-Unternehmen oder bei Beihilferechtigten dem Beihilfeträger einreicht. Der Apothekenrabatt nach § 130 SGB V bleibt der GKV vorbehalten.<sup>31</sup> Das erzielte Einsparvolumen für die PKV-Unternehmen aus Rabattverträgen und Hersteller-rabatt wird von IQVIA für das Jahr 2020 auf 0,883 Mrd. € beziffert, mit einer Steigerung von 13% gegenüber dem Vorjahr.<sup>32</sup>

### *Belastung durch Rabatte insgesamt*

Die Bruttoumsätze im Fertigarzneimittelmarkt enthalten gesetzliche und vertragliche Rabatte. Sowohl die gesetzlichen Rabatte wie auch vertraglichen Rabatte sind ständig angewachsen. IQVIA zählt zu den Zwangsabschlägen die Herstellerrabatte und die AMNOG-Rabatte, welche sich im Jahr 2020 zusammen in allen Marktsegmenten auf 6,7 Mrd. € belaufen.<sup>33</sup>

Wie die Abbildung 4 zeigt, nimmt die Entwicklung unter Berücksichtigung der vertraglichen Rabatte seit dem Jahr 2014 einen exponentiellen Verlauf, denn auch die vertraglichen Rabatte sind angewachsen und betragen nun rund 5 Mrd. €. Insgesamt sind Rabatte in Höhe von 11,6 Mrd. € für das Jahr 2020 von den pharmazeutischen Unternehmen zu tragen.<sup>34</sup>

Die Absenkung der gesetzlichen Rabatte im Jahr 2014 von 16 % auf 7 % hat zwar zu einer vorübergehenden Entlastung der Pharmaunternehmen geführt, diese wurden jedoch durch die vertraglichen Rabatte und die AMNOG-Rabatte bereits im Jahr 2016 vollständig kompensiert (siehe Abbildung 4).

---

<sup>30</sup> Wild, F. (2011).

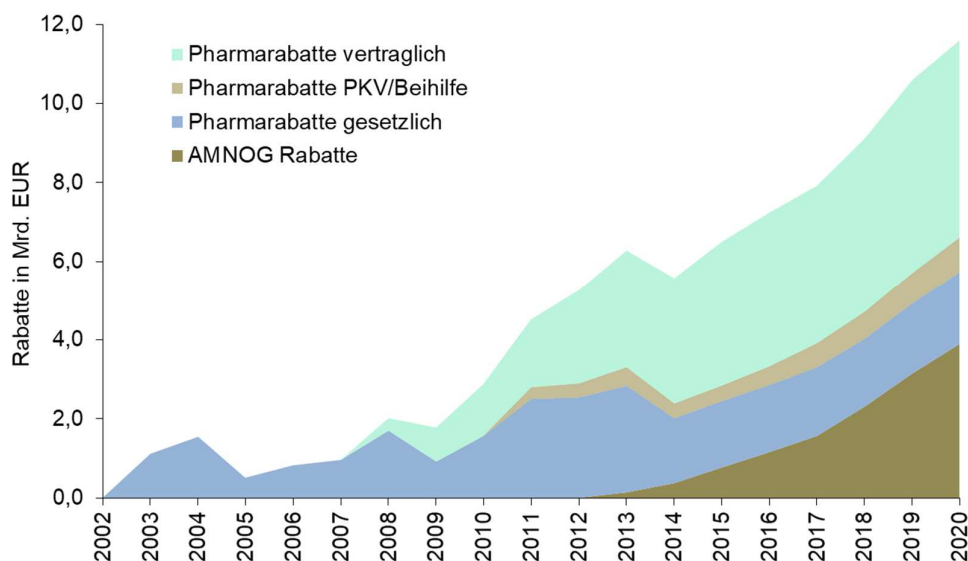
<sup>31</sup> Vgl. Wild F. (2011), Gesetzliche Arzneimittelrabatte und ihre Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben, WIP-Diskussionspapier 4/2011, Juni 2011.

<sup>32</sup> IQVIA (2021), Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Jahr 2020, IQVIA Marktbericht Classic – Graphiken, S.5.

<sup>33</sup> IQVIA (2021). Der Betrag von 5.7 Mrd. € gliedert sich wie folgt auf: GKV-Markt 5,7 Mrd. €, Krankenhausmarkt 0,1 Mrd. € und PKV-Markt 0,9 Mrd. €; S.31

<sup>34</sup> Nicht berücksichtigt ist hier, dass die GKV durch den Apothekenabschlag und die Zuzahlung der Patienten eine weitere Entlastung in Höhe von 3,5 Mrd. € erfährt. Von den genannten Bruttoumsätzen im Arzneimittelreport gehen noch die Mehrwertsteuer, die gesetzlichen Rabatte der Apotheken- und die Einzel- und Großhandelsspannen ab, will man die Einnahmen der pharmazeutischen Unternehmen berechnen. Es gilt: Inlandsabsatz GKV = Nettoausgaben GKV + Eigenbeteiligung + Apothekenabschlag – MwSt. – Apothekenspanne – Großhandelsspanne. Bruttoumsatz = Inlandsabsatz GKV + Herstellerrabatt + vertragliche Rabatte + AMNOG-Rabatte.

Abbildung 4: Rabatte\* der pharmazeutischen Industrie in Mrd. €, 2007 – 2020.



\* ohne Apothekenrabatt

Quelle: BASYS nach BMG KJ1, VfA, StBA: VGR (Abgrenzung WZ21).

Die Addition der Rabatte auf den verschiedenen Wertschöpfungsstufen zeigt eine erhebliche Zunahme der Belastungen der Pharmazeutischen Industrie durch gesetzliche und vertragliche Rabatte (vgl. Abbildung 4). So hat sich diese jährliche Belastung aus vertraglichen Rabatten und Herstellerrabatt im Zeitraum 2007 – 2020 von rund 1,0 Mrd. € auf rund 7,7 Mrd. € erhöht.<sup>35</sup> Rechnet man hierzu noch die AMNOG-Rabatte hinzu, kommt man sogar auf ein Rabattvolumen von insgesamt 11,6 Mrd. €. Nicht eingerechnet sind hier der Apothekenabschlag und die Einsparungen aus den Festbeträgen: Letztere belaufen sich auf rund 8 Mrd. € jährlich.<sup>36</sup> Der Apothekenabschlag führte zu weiteren 1,1 Mrd. € Einsparungen im Jahr 2020.

Bezogen auf die GKV-Arzneimittelausgaben im Apothekenmarkt, ergibt sich für die GKV durch den Hersteller- und die vertraglichen Rabatte (ohne AMNOG-Rabatte) eine Entlastung von zuletzt 14,7%. Im Jahr 2010 lag dieser Entlastungseffekt noch bei 9,3%. Den höchsten Entlastungseffekt aus Hersteller- und vertraglichen Rabatten gab es mit rund 17% im Jahr 2013, als der Herstellerrabatt 16% betrug. Im Jahr 2014 führte die effektive Entlastung durch die Absenkung zu einer Reduktion der Arzneimittelausgaben von 2,3%.

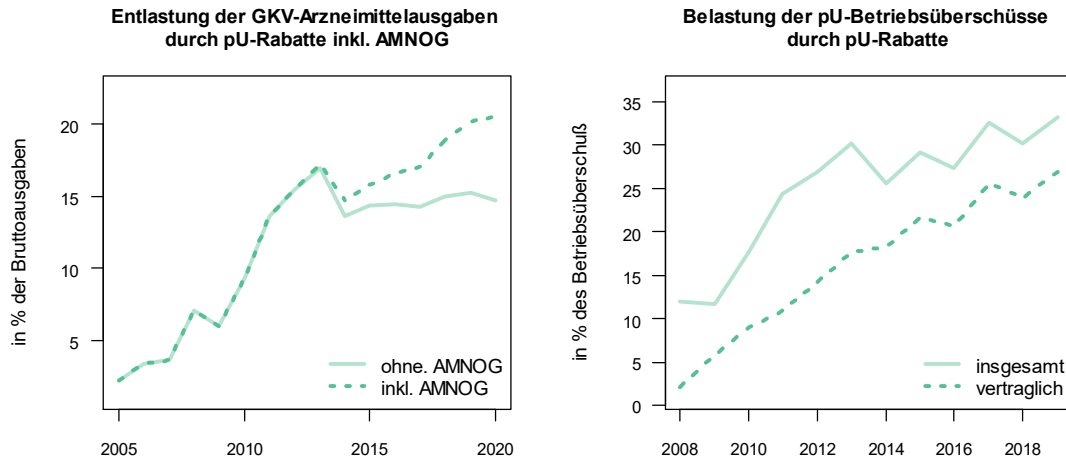
<sup>35</sup> Die gesetzliche Grundlage dazu ist in § 130a des SGB V formuliert. Grundsätzlich gilt ein Abschlag in Höhe von 7 % (§ 130a Abs. 1). Für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel gilt ein Abschlag in Höhe von 6 % (§ 130a Abs. 1). Für Arzneimittel unter Festbetrag gelten die oben genannten Abschläge nicht (§ 130a Abs. 3). Zusätzlich fällt für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel (Generika und patentfreie Referenzarzneimittel) ein Abschlag von 10 % an (§ 130a Abs. 3b) (sog. Generikaabschlag). Liegt ein Arzneimittel mindestens 30 % unter Festbetrag, so entfällt der Generikaabschlag (§ 130a Abs. 3b).

<sup>36</sup> GKV-Spitzenverband, Erfolgsmodell: Seit 30 Jahren sichern Arzneimittel-Festbeträge bezahlbare und hochwertige Versorgung, Pressemitteilung vom 19.06.2019. Ende 2020 umfassten die Festbetragsregelungen 552,1 Mio. Verordnungen bzw. 80,7% des Gesamtmarktes: Wertmäßig waren es 30,6% des Gesamtmarktes (Arzneimittel-Kompas 2021, S. 262).

Unter Berücksichtigung der AMNOG-Rabatte liegt die Entlastung der GKV im Jahr 2020 bei 20,4 % und die Belastung der Unternehmen bei 33,2% (vgl. Abbildung 5).<sup>37</sup>

Die hohe Belastung aus den Rabatten schlägt sich unmittelbar im Betriebsüberschuss der pharmazeutischen Industrie nieder. Denn dieser erreichte nicht mehr das Niveau<sup>38</sup> vor der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009. Insbesondere durch die vertraglich vereinbarten Rabatte wird das Umsatzwachstum und das Marktpotential begrenzt.

Abbildung 5: Entlastung und Belastung durch pU-Rabatte in %.



Zur Berechnung vgl. Fußnote 35.

Quelle: BASYS nach AVR, IQVIA, GamSI.

Das 2010 in Kraft getretene GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG) sowie das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahr 2011 hatten starke Auswirkungen auf die Betriebsergebnisse der pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland. Das GKV-Änderungsgesetz ist ein Spargesetz, das neben einem Preismoratorium Zwangsabschläge, besonders auch auf innovative Arzneimittel beinhaltet. Das Preismoratorium, zunächst bis Ende 2013 vorgesehen und anschließend bis Ende 2017 verlängert, bleibt nach dem Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMSVG) bis zum Ende des Jahres 2022 für Arzneimittel, die ansonsten keiner Preisregulierung unterliegen, gültig. Dabei wird seit 2018 eine jährliche Preisanpassung ermöglicht, die sich an der Inflationsrate orientiert.

Der Gesetzgeber rechnete bei Auslaufen des Preismoratoriums mit Mehrausgaben der Krankenkassen von 1,5 bis 2 Mrd. €. Als Argument gegen das Auslaufen des Preismoratoriums wurde vom GKV-Spitzenverband u.a. angeführt, dass „ein Großteil der Kosten für ein Arzneimittel nicht bei der Produktion anfällt, sondern bereits zum Zeitpunkt der Entwicklung und Zulassung. Es handelt sich bei diesen

<sup>37</sup> Die Entlastung der GKV berechnet sich als  $GKV\text{-Rabatte} / (GKV\text{-Ausgaben} + GKV\text{-Rabatte})$ ; die Belastung der pharmazeutischen Unternehmen als  $PU\text{-Rabatte} / (\text{Bruttobetriebsüberschuss} + pU\text{-Rabatte})$  wobei gilt:  $pU\text{-Rabatte} = GKV\text{-Rabatte} + PKV\text{-Beihilfe-Rabatte}$ .

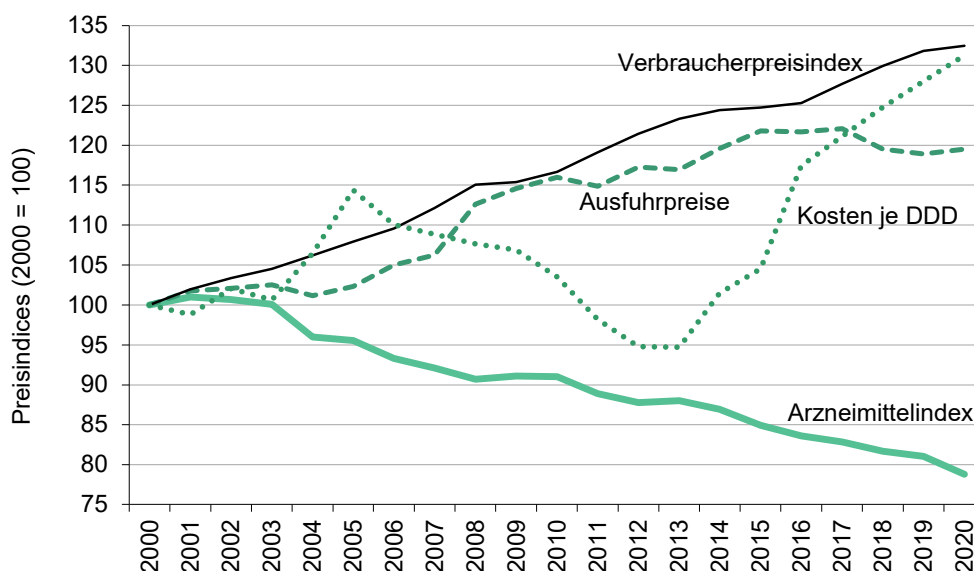
<sup>38</sup> Gemessen als Nettobetriebsüberschuss.

Kosten um fixe, irreversible Kosten. Kostensteigerungen sind nur bei variablen Kosten denkbar.<sup>39</sup> Damit wird verkannt, dass Forschung und Entwicklung aus den laufenden Einnahmen zu finanzieren sind und auch die fixen Entwicklungskosten langfristig steigen. Ein wichtiger Faktor steigender Forschungsaufwendungen sind die steigenden Kosten klinischer Studien, welche in hohem Maße von der Bereitschaft der Patienten abhängt, sich an diesen Studien zu beteiligen.<sup>40</sup>

### Arzneimittelpreise

Die hohe Entlastung durch die Rabatte spiegelt sich in den Arzneimittelpreisen je Verbrauchseinheit nieder. Besonders deutlich wird dies, wenn diese auf Tagesdosen (DDD) umgerechnet werden. Im Jahr 2015 entsprach die durchschnittliche Rabattbelastung der pU von 6,0 Mrd. € (ohne Apothekenrabatt) bezogen auf alle verordneten Tagesdosen 15 Cent je Dosis, im Jahr 2020 22 Cent.

Abbildung 6: Preisentwicklung, 2010 – 2020.



Quelle: BASYS nach BMG KJ1, VfA, StBA: VGR (Abgrenzung WZ21).

Die Diskussion um die Arzneimittelpreise wird von Beispielen zu hochpreisigen Medikamenten im Patentmarkt geprägt.<sup>41</sup> Dabei geht unter, dass bei Betrachtung des Gesamtmarktes Medikamente immer kostengünstiger geworden sind, trotz der Vielzahl von qualitativen Verbesserungen. So war die

<sup>39</sup> Im Bereich der privaten Krankenversicherungen werden Mehrausgaben mit jährlich rund 100 Mio. € beziffert. Vgl. GKV-Spitzenverband 2016a, S. 36f. Zur Argumentation für die Verlängerung des Preismoratoriums siehe auch Ludwig, Schildmann 2016.

<sup>40</sup> Malani, A., Philipson, T.J. (2012), Can Medical Progress Be Sustained? Implications of the Link Between Development and Output Markets, Working Paper 17011, National Bureau of Economic Research, September 2012, [www.nber.org/papers/w17011](http://www.nber.org/papers/w17011).

<sup>41</sup> Schröder M., Telschow C. (2021), Preisentwicklung bei Arzneimitteln, in: Arzneimittel-Kompass 2021, S.66 ff.

Preiskomponente des Gesamtmarktes auch im Jahr 2020 mit -2,3% wiederum negativ.<sup>42</sup> Wie die Abbildung 6 zeigt, fällt im Gegensatz zum Verbraucherindex der Arzneimittelpreisindex im Fertigarzneimittelmarkt langfristig. Getrieben wird diese Entwicklung vom Wettbewerb um preisgünstige Medikamente. Der langfristige Rückgang des Arzneimittelindex zeigt die hohe Produktivität der pharmazeutischen Industrie und der internationalen Arbeitsteilung. Offensichtlich wird ihre Produktion von Arzneimitteln insgesamt immer kostengünstiger.

Unter Berücksichtigung der strukturellen Verbesserungen, gemessen als Kosten je Tagesdosis (DDD), zeigt sich zuletzt allerdings ein deutlicher Anstieg. Längerfristig gesehen ist die Entwicklung der Kosten je Tagesdosis noch unter dem Anstieg der Verbraucherpreise.

Richtig ist auch, dass die Preise von patentgeschützten Arzneimitteln steigen, und dies teilweise sogar erheblich, was zu einer permanenten Forderung nach gesetzlichen Preisregulierungen führt. Vereinfacht sind die Preissteigerungen jedoch das Ergebnis, dass die Forschungsaufwendungen für neue Medikamente immer teurer werden und es durch die AMNOG-Rabatte immer schwieriger wird Innovationen zu finanzieren. Die hohen strukturellen Verbesserungen der Arzneimittelversorgung, die durch die Innovationen ermöglicht werden, zeigen sich im gestiegenen Umsatz der Arzneimittel mit Nutzenbewertung. Zwischen 2011 und 2020 ist nach dem Arzneimittel-Atlas ihr Umsatz von 0,47 Mrd. € auf 14,3 Mrd. € gestiegen.<sup>43</sup>

Cassel/Ulrich 2017 sprechen in diesem Zusammenhang vom „AMNOG-Paradoxon“: „Denn je erfolgreicher das AMNOG mit seiner auf Kostendämpfung zielenden Preisregulierung ist, umso höher werden die Einführungspreise künftig sein müssen, sollen die Patienten nicht unter der nachlassenden Innovationsdynamik mit dem dadurch bedingten Ausbleiben arzneimitteltherapeutischer Fortschritte leiden“.<sup>44</sup>

Die Preiswirkungen sind vielfältig, da Preise Herstellern signalisieren, welche Erlöse sie für ihre Produkte erzielen können und ob es sich lohnt, in die Forschung und Produktion der jeweiligen Güter zu investieren. Wie die unterschiedlichen Preisentwicklungen im Arzneimittelmarkt insgesamt zeigen, ist es zwingend notwendig, Preise und ihre Regulierung differenziert für die einzelnen Teilmärkte zu betrachten. Die Preisentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt hat nicht nur Einfluss auf die Forschungsausgaben, sondern auch auf die Sicherheit der Versorgung. Investitionen können die Hersteller nur aus laufenden Gewinnen generieren. Werden diese abgeschöpft, fehlt das Investitionspotential und damit die Voraussetzung für notwendige Innovationen bei bislang noch nicht optimal therapierbaren Indikationen. Diese Thematik wurde im Pharmadialog der Bundesregierung aufgegriffen, da der Zielkonflikt zwischen kurzfristiger Beitragssatzstabilität durch Preissenkungsmaßnahmen und nachhaltiger Sicherung von pharmazeutischer Forschung und Entwicklung bestehen bleibt.

---

<sup>42</sup> Telschow C., et al (2021), Der Arzneimittelmarkt 2020 – Im Überblick, in: Arzneimittel-Kompass 2021, S.244.

<sup>43</sup> Häussler, B., Höer, A. (Hrsg.), Arzneimittel-Atlas 2021, S.4.

<sup>44</sup> Vgl. auch Cassel, D., Ulrich, V. (2017), AMNOG-Check 2017, Gesundheitsökonomische Analysen der Versorgung mit Arzneimittelinnovationen. S. 27.

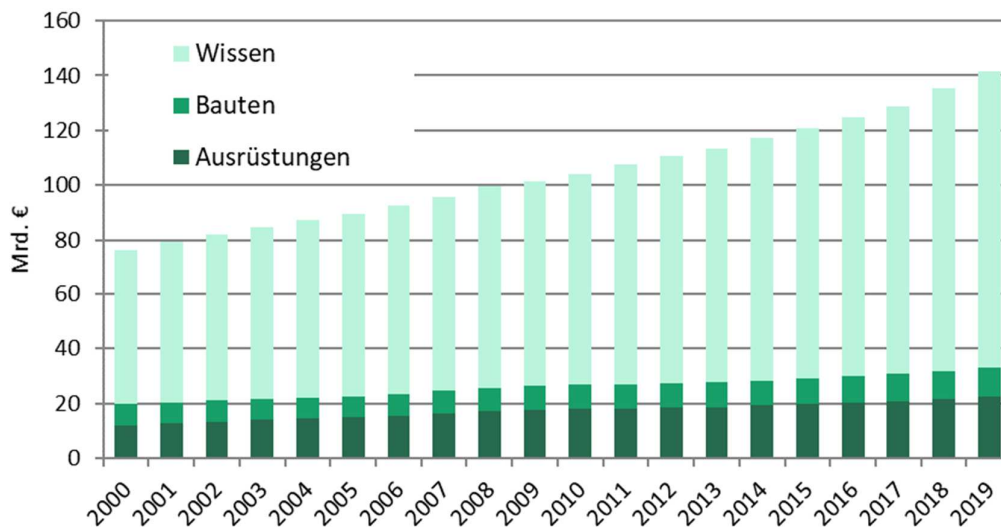
### 3.4 Kapitalbedarf, Arzneimittelforschung und Innovationen

Die überdurchschnittliche Produktivität der pharmazeutischen Industrie hängt wesentlich vom Einsatz von Wissenskapital und technischer Ausrüstung ab. Im Jahr 2019 fielen rund 9,3% des gesamten deutschen Wissenskapitals auf die Pharmazeutische Industrie. Vor der Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/9 waren es noch knapp 10%. Man muss sich deshalb fragen, was zu diesem Rückgang beigetragen hat, welcher Zusammenhang zu den Rabatten besteht und welche Entwicklung bei einer weiteren Rabatterhöhung zukünftig eintreten würde.

#### Struktur des Vermögens

Die große Bedeutung der Investitionen in Forschung und Entwicklung wird in der Vermögensstruktur sofort sichtbar, denn mehr als drei Viertel des Bruttoanlagevermögens (76,5%) fällt in der Pharmazeutischen Industrie auf diesen Bereich (vgl. Abbildung 2). Im zeitlichen Verlauf ist dabei ein rascheres Wachstum dieser Komponente als bei den Sachinvestitionen (Bauten und Ausrüstungen) festzustellen.

Abbildung 7: Bruttoanlagevermögen der deutschen Pharmaindustrie, 2000 - 2019



Quelle: BASYS nach StBA: VGR.

Im Verarbeitenden Gewerbe beträgt das Wissenskapital im Vergleich 39,7% und im Fahrzeugbau 51,8% des Bruttoanlagevermögens, also deutlich weniger. Zum Wissenskapital zählen u. a. Forschungs- und Entwicklungsergebnisse, Software und Datenbanken, Urheberrechte, Marken, Organisationskapital, Design, Finanzinnovationen und Weiterbildung.

Die Bertelsmann Stiftung kommt in einem internationalen Vergleich zu Investitionen in das Wissenskapital zum Ergebnis: „Der geringe Modernitätsgrad und der vergleichsweise niedrige Umfang des Wissenskapitals in Deutschland entsprechen nicht dem postulierten Anspruch, zu den technologisch führenden Nationen zu gehören. Die Wirtschaftspolitik in Deutschland ist deshalb aufgefordert, die

hiesigen Rahmenbedingungen für Investitionen in alle Arten von Wissenskapital auf den Prüfstand zu stellen.<sup>45</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich des Modernitätsgrads der pU mit Verarbeitenden Gewerbe und dem Fahrzeugbau. Der Modernitätsgrad der pU liegt mit 1,84 im Durchschnitt 2010-2019 geringfügig unter dem Fahrzeugbau (1,87) und etwas deutlicher unter dem des Verarbeitenden Gewerbes (1,99). Das ist ein Hinweis, dass die Pharmainvestitionen im sektoralen Vergleich nicht nur nicht zu hoch sind, sondern es ergibt sich auch eine Parallele zur unterdurchschnittlichen Kapitalrentabilität.

### *Produktivität*

Das Wachstum der realen Wertschöpfung der deutschen Pharmazeutischen Industrie von durchschnittlich 2,4% jährlich im Zeitraum 2011 - 2019 erklärt sich zur Hälfte durch die Steigerung der Kapitalproduktivität, welche die Komponenten Sachkapital (Ausrüstungen und Bauten) und Wissenskapital einschließt. Gliedert man die Kapitalproduktivität weiter in Sach- und Wissenskapital auf, lässt sich der Einfluss des Wissenskapitals isolieren. Rund ein halber Prozentpunkt des Wertschöpfungswachstums der Pharmazeutischen Industrie werden direkt durch den Zuwachs des Wissenskapitals erklärt. Dies entspricht rund zwei Drittel der Multifaktorproduktivität, der Messgröße für den technischen Fortschritt, was ein beachtlicher Erklärungsanteil ist.<sup>46</sup> Diese immaterielle Kapitalproduktivität ist damit notwendiger und zentraler Baustein für die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Pharmazeutischen Industrie.

Die immaterielle Kapitalproduktivität steht im logischen Zusammenhang mit dem Ausgabenanteil der patentgeschützten Arzneimittel an den Ausgaben der GKV. Etwa die Hälfte der Arzneimittelausgaben fallen auf die patentgeschützten Arzneimittel. Allerdings sank ihr Ausgabenanteil im Zeitraum 2011 – 2020 geringfügig von 51,1% auf 49,9%.<sup>47</sup> Dabei ist zu beachten, dass das Verordnungsvolumen auch deutlich gesunken ist. Auf den Anteil des Patentmarktes am Fertigarzneimittelmarkt wurde bereits oben eingegangen.

Für die hoch entwickelten Volkswirtschaften gelten die Investitionen in Forschung und Entwicklung als Schlüsselfaktoren für Wachstum, Produktivität und Wohlstand. Der ökonomische Nutzen der

---

<sup>45</sup> Siehe Belitz H., Gornik, M. (2019), Internationaler Vergleich des sektoralen Wissenskapitals, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Juli 2019. Seit der VGR Revision 2014 wird Forschung und Entwicklung als Investition behandelt und ist damit nicht nur relevant für die Berechnung des laufenden Bruttoinlandsprodukts (BIP), sondern auch auf das zukünftige, da es den volkswirtschaftlichen Kapitalstock, vor allem in den wissenschaftsintensiven Branchen erhöht. Der Modernitätsgrad beschreibt das Verhältnis von Brutto- zu Nettoanlagevermögen. Je höher dieses ist, desto qualitativ hochwertiger ist der Kapitalstock. Um die Bedeutung des Kapitalstocks für die Wertschöpfung zu ermitteln, wird üblicherweise der Kapitalstock mit anderen Inputkomponenten in einer Wachstumsgleichung (growth accounting) zur Bruttowertschöpfung in Beziehung gesetzt. Die Zerlegung der verschiedenen Einflussfaktoren erlaubt Aussagen über die Wachstumstreiber und die Wettbewerbsfähigkeit einer Industrie im nationalen und internationalen Vergleich.

<sup>46</sup> Berücksichtigt ist hierbei nur die eigentliche Kapitalkomponente und nicht das Wissenskapital, welches sich in der Arbeitskomponente niederschlägt. Die Multifaktorproduktivität gibt die Wachstumsrate des Outputs an, die nicht durch das Wachstum des Inputs erklärt werden kann. Diese Restgröße wird als Törnquistindex berechnet (vgl. Schneider, M., Karman, A., Braesecke, G. (2014), Produktivität der Gesundheitswirtschaft, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 44 ff.

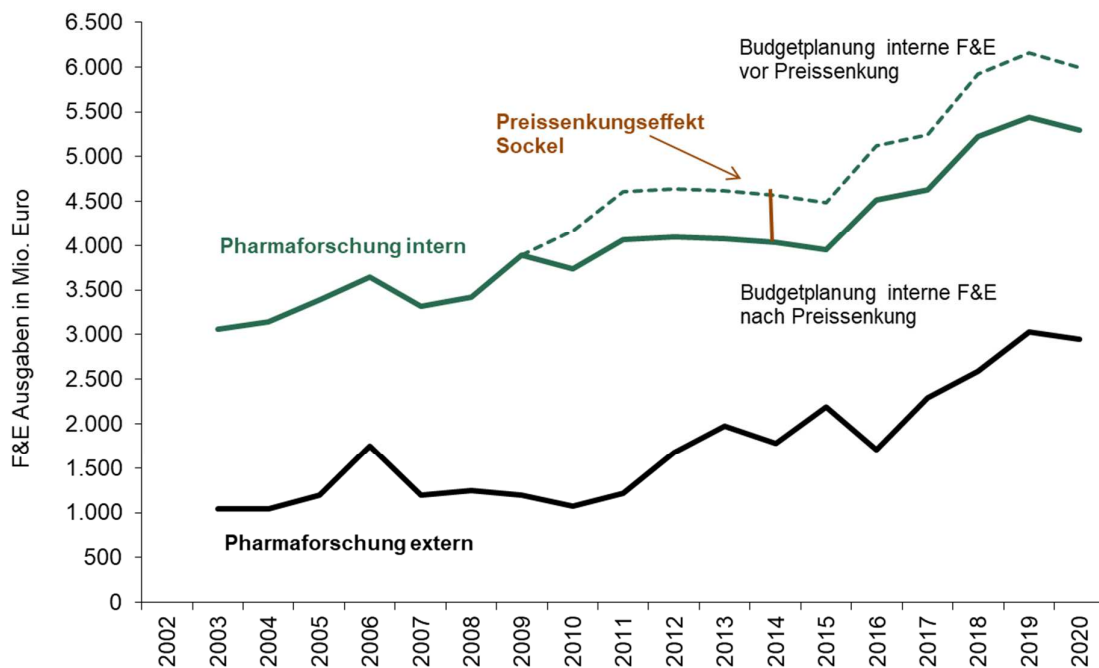
<sup>47</sup> Vgl. Abb. 16.5 des Arzneimittel-Kompass 2021, S.248.

wissenschaftlichen Forschung ist hoch. Die Pharmazeutische Industrie ist äußerst forschungsintensiv und zählt zum Cluster der Spitzentechnologie<sup>48</sup>, das zudem den Luft- und Raumfahrzeugbau, die Herstellung von EDV, Elektronik, Optik sowie Bestrahlungs- und Elektrotherapiegeräten und elektromedizinischen Geräten umfasst.

### Externe und interne Forschungsausgaben

Ein großer Teil der Forschung und Entwicklung erfolgt in der Pharmazeutischen Industrie unternehmensintern. Aber auch die externe (auftragsbezogene) Forschung und Entwicklung hat einen hohen Stellenwert in der Pharmazeutischen Industrie, etwa in der klinischen Forschung.<sup>49</sup> Die Akkumulation dieses Wissenskapitals erfordert somit in einem weit verzweigten Forschungsnetz eine enge Zusammenarbeit privater Unternehmen mit einer Vielzahl öffentlicher Einrichtungen.

Abbildung 8: Externe und interne Forschungsaufwendungen, 2005 - 2020



Quelle: BASYS nach Stifterverband.

<sup>48</sup> Die FuE-Intensität wird anhand der NIW/ISI/ZEW-Liste der forschungsintensiven Industrien und Güter 2012 in dreistelliger Wirtschaftsgliederung (WZ 2008) dargestellt. In Abhängigkeit von der Höhe der FuE-Intensität werden die Spitzentechnologie, die Hochwertige Technik und nichtforschungsintensive Wirtschaftszweige unterschieden. Das Segment der Spitzentechnologie umfasst Industrien, deren Anteil der internen FuE-Aufwendungen am Produktionswert mindestens 7% ausmachen.

<sup>49</sup> Zur klinischen Forschung gehören die Planung, Durchführung, Auswertung und Publikation der klinischen Prüfungen, die dazu erforderlichen gesetzlichen Grundlagen auf nationaler und internationaler Ebene sowie alle weiteren damit im Zusammenhang stehenden Aspekte – wie die Zusammenarbeit mit Auftragsinstituten, Kompetenzzentren und Behörden, Aspekte der Sicherheit von Probanden in klinischen Studien, Patienteninformationen, Versicherungen und rechtliche Fragen.



Verzögert hat sich die Senkung des Herstellerrabatts im Jahr 2014 in höheren FuE-Ausgaben der pharmazeutischen Industrie niedergeschlagen. Für die Jahre 2017, 2018 und 2019 zeigt die Forschungsstatistik einen deutlichen Anstieg in den internen und externen Forschungsaufwendungen. Aber auch die öffentliche FuE-Finanzierung ist gestiegen, allerdings mit jährlich 1,8% deutlich schwächer als die interne (3,3%) und externe Pharmaforschung (5,9%) in den Jahren 2014 - 2019.<sup>50</sup> Entgegen der Entwicklung im Verarbeitenden Gewerbe insgesamt haben sich im Coronajahr 2020 die Forschungsausgaben der Industrie im medizinischen und biotechnologischen Bereich stabil entwickelt bzw. weisen nur einen geringen Rückgang auf.<sup>51</sup>

Dies deutet darauf hin, dass die forschende pharmazeutische Industrie in den Standort Deutschland wieder Vertrauen gefasst hat, trotz hoher Preisabschläge durch Zwangs- und vertragliche Rabatte. Rabatte schränken den Spielraum für Investitionen ein. Zur Beurteilung der Belastungssituation der pharmazeutischen Unternehmen ist neben der Belastung aus den Rabatten auch die Belastung durch Abschreibungen<sup>52</sup> am Wissenskapital zu berücksichtigen. Diese beliefen sich auf rund 8 Mrd. € im Jahr 2020. Unter dem Strich ergibt sich somit keine Entlastung der Pharmaindustrie insgesamt.<sup>53</sup> Die Unternehmen werden auch nach Absenkung des Zwangsrabatts noch erheblich belastet. Dieses zeigt sich vor allem in der gesunkenen Kapitalrentabilität.<sup>54</sup> Im Jahr 2019 (2010) verzeichneten die pharmazeutischen Unternehmen in der engeren Abgrenzung des WZ21 eine Kapitalrentabilität von 5,2% (7,2%), in der weiteren Abgrenzung (unter Berücksichtigung von Großhandel und Forschung) von 5,0% (5,6%). Sowohl im Verarbeitenden Gewerbe insgesamt als auch beispielsweise im Fahrzeugbau war die durchschnittliche Kapitalrentabilität im Zeitraum 2010-2019 höher. Nach den Ergebnissen der VGR ergeben sich folgende Durchschnittswerte für diesen Zeitraum: Verarbeitendes Gewerbe 7,3%, Fahrzeugbau 7,8% und Pharmazeutische Industrie im engeren Sinne (WZ 21) 6,6%.<sup>55</sup>

---

<sup>50</sup> Expertenkommission Forschung und Innovation (2021), Gutachten zu Forschung, Innovation und Technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands 2021, EFI, Berlin.

<sup>51</sup> Stifterverband, Pressemitteilung 12.11.2021.

<sup>52</sup> Die Abschreibungen der VGR beziehen sich sowohl auf Wertminderungen durch die Nutzung der Sachanlagen als auch auf den Wertverzehr des geistigen Eigentums. Seit der Wirtschafts- und Finanzkrise im Jahr 2009 ist ein stetiger Anstieg der jährlichen Belastung zu beobachten.

<sup>53</sup> Entscheidend für die Belastung ist letztlich die Entwicklung des Nettobetriebsüberschusses. Dies entspricht auch generell den Forderungen der Fitoussi-Sen-Stiglitz-Kommission (siehe Stiglitz, Sen und Fitoussi 2009). Zur Problematik des Vergleichs der Bruttogewinne vgl. auch Scherer 2010.

<sup>54</sup> Gemessen als Nettobetriebsüberschuss zu Anlagevermögen zu Wiederbeschaffungspreisen. Der Nettobetriebsüberschuss berechnet sich wie folgt: Bruttowertschöpfung minus Abschreibungen minus Arbeitnehmerentgelte minus Sonstige Nettoproduktionsabgaben (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), Inlandsproduktberechnung, Detaillierte Jahresergebnisse, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.4, erschienen am 03.09.2021).

<sup>55</sup> Eine geringere Kapitalrentabilität der pU gilt auch Bezug auf des Nettobetriebsüberschusses auf das Nettoanlagevermögen. Für den Zeitraum 2010-2019 errechnen sich aus der VGR folgende Mittelwerte: Pharmaindustrie: 12,1%. Fahrzeugbau 18,6%, Verarbeitendes Gewerbe 14,6%.

## 4. Auswirkungen von Rabattänderungen auf Wachstum und Verteilung

In der Wirkungsanalyse sind einerseits die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Marktzulassung und Erstattungsregelungen für die Zulassung und Distribution pharmazeutischer Produkte und andererseits die ökonomischen Rahmenbedingungen auf dem Inlandsmarkt und den Auslandsmärkten zu unterscheiden. Für den Warenabsatz in Deutschland und der Stabilität der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen kommt den Erstattungsregelungen eine besondere Bedeutung zu.

Rabatte bewirken einen negativen direkten Cash-Flow Effekt, der sich über die Zeit kumuliert. Rabatte haben zudem einen unmittelbaren Effekt auf die zukünftigen Umsatz- und Ertragserwartungen.<sup>56</sup> Sie senken zudem unmittelbar die Kapitalrendite. Diese drei Effekte senken die Investitionsausgaben. Die unterlassenen Investitionen führen dann zu weiteren Effekten in der industriellen Verflechtung. Die indirekten und induzierten Ausstrahleffekte hängen eng mit der Vorleistungs- und der Investitionsverflechtung sowie der Verteilung der Primäreinkommen an die Privaten Haushalte und deren Verwendung zusammen.

### 4.1 Gesamt- und gesundheitswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung wird aller Voraussicht nach in der Periode 2021-2030 nicht mehr das Wirtschaftswachstum der Periode 2010-2019 erreichen. Nach der Finanzplanung des Bundes vom August 2021 wird das reale Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Zeitraum von 2023 bis 2025 um durchschnittlich real 1,1% pro Jahr im Einklang mit der Potenzialwachstumsrate steigen. Das nominale BIP-Wachstum wird für denselben Zeitraum auf durchschnittlich 2,6% pro Jahr beziffert.<sup>57</sup> Der Internationale Währungsfonds rechnet für Deutschland für den Zeitraum 2021-2025 mit nominal 2,1%. Kurzfristig sehen alle Projektionen für das Jahr 2022 einen starken Aufschwung voraus.<sup>58</sup> Für das Jahr 2021 berechnete das Statistische Bundesamt ein reales Wachstum des BIP von 2,7% nach einem Rückgang von 4,6% im Jahr 2020. Preisbereinigt liegt das BIP damit noch unter dem Wert des Jahres 2018.<sup>59</sup>

Unsicherheiten ergeben sich in den genannten Trends durch die weitere Pandemieentwicklung, die zukünftige CO<sub>2</sub>-Bepreisung und durch die globalen Lieferschwierigkeiten. Auch stellen sich die öffentlichen Finanzen noch ganz anders dar als im Vorkrisenjahr 2019. Bestand damals noch ein struktureller Überschuss von rund 0,5% des BIP, besteht nun ein strukturelles Defizit von 1,5% des BIP. Dieses wird

---

<sup>56</sup> Der Cashflow ist ein Liquiditätsmaß. Er verringert (erhöht) sich, wenn Mittel aus dem Unternehmen abfließen (zufließen). Zur Aufgliederung der Rabatteffekte vgl. Vernon J.A. (2005), Examining the link between price regulation and pharmaceutical R&D investment, Health Economics, Vol. 14:1-16; Acemoglu D, Linn J. Market size in innovation: Theory and evidence from the pharmaceutical industry. Q J Econ. 2004; 119:1049–1090.

<sup>57</sup> Deutscher Bundestag (2021), Finanzplan des Bundes 2021 bis 2025, Drucksache 19/31501 vom 06.08.2021.

<sup>58</sup> Deutsche Bundesbank (2021), Perspektiven der deutschen Wirtschaft für die Jahre 2021 bis 2023, Monatsbericht, Juni 2021.

<sup>59</sup> Statistisches Bundesamt (2022), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnungen: Erste Ergebnisse, Fachserie 18, reihe 1.1, erschienen am 14.Januar 2022.

auf die Kranken- und Rentenversicherung zurückgeführt und wäre nach Ansicht der Bundesbank gemäß den aktuellen Regelungen durch höhere Beitragssätze in der Sozialversicherung auszugleichen.<sup>60</sup>

Der öffentliche Schuldenstand stieg von knapp 60% im Jahr 2019 auf knapp 70% im Jahr 2020 und wird 2021 nach Berechnungen des Bundesfinanzministeriums weiter auf geschätzte 74,5% ansteigen. Projektionen des Bundesfinanzministeriums und der Bundesbank sehen mittelfristig bis 2025 eine Rückführung vor. Diese Rückführungsforderung folgt zwar aus dem europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakt<sup>61</sup> der Mitgliedsstaaten, ob sie sich allerdings realisieren lässt, ist angesichts der Anforderungen an die öffentlichen Haushalte äußerst fraglich.

Mittel- bis langfristig sind ferner die demographischen Entwicklungen zu beachten. Auf dem Arbeitsmarkt wird mit dem Ausscheiden der Baby Boomer Generation nach aktuellen Prognosen das Erwerbspersonenpotenzial deutlich sinken.<sup>62</sup> Gesundheitspolitische Impulse, die zur weiteren Verknappung des Faktors Arbeit beitragen, sind deshalb schwer zu rechtfertigen.

Werden für die Projektion der mittelfristigen, internationalen Einkommensentwicklung die Eckwerte des Weltwährungsfonds (IMF) zugrunde gelegt, so ist mittel- bis langfristig ein geringeres reales, aber höheres nominales Wachstum aufgrund steigender Inflation zu erwarten. Nach dieser wächst das Bruttoinlandsprodukt bis zum Jahr 2026 in Deutschland im Durchschnitt jährlich real um 1,9% und weltweit um 3,7%. Nominal liegen die Wachstumsraten bei 3,8% und 5,9% pro Jahr.<sup>63</sup> Diese Entwicklung wurde bis zum Jahr 2030 fortgeschrieben, um einen Vergleich mit der früheren Dekade zu erhalten.

---

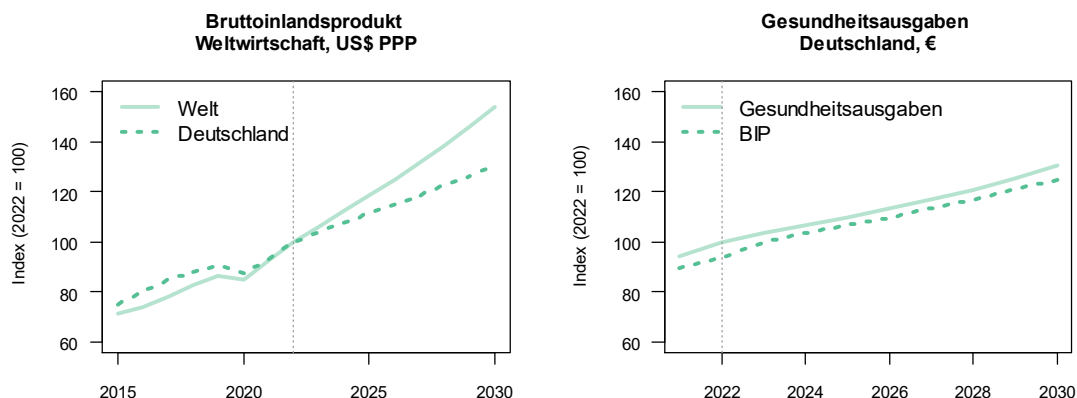
<sup>60</sup> Ebenda, S.21.

<sup>61</sup> Bundesministerium der Finanzen (2021), Deutsches Stabilitätsprogramm 2021: Solide Finanzen durch erfolgreiche Hilfspolitik, Monatsbericht des BMF, Mai 2021, S. 23-30.

<sup>62</sup> Geis-Thöne, Wido (2021), Mögliche Entwicklungen des Fachkräfteangebots bis zum Jahr 2040, in: IW-Report, Nr. 11/2021.

<sup>63</sup> Die Daten wurden der World Outlook Database vom Oktober 2021 entnommen. Für die Jahre 2027 – 2030 wird die Entwicklung fortgeschrieben. Für das Gesundheitswesen Deutschlands liegt die Projektion des Ageing Reports der Europäischen Kommission zugrunde.

Abbildung 9: Projektion des Wirtschaftswachstums und der Gesundheitsausgaben bis 2030



Quelle: BASYS, basierend auf IMF WEO database, october 2021, AR 2021, VGR 2021, GAR 2021.

### Gesundheitswirtschaft

In der Periode 2010-2020 wuchs die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft im Kernbereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Bereitstellung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln um durchschnittlich 4,2% jährlich, die pharmazeutische Industrie in der Abgrenzung WZ21 um 2,6% und die Gesamtwirtschaft um 2,8%. Zukünftig wird auch mit einem überdurchschnittlichen Wachstum der Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft zu rechnen sein. Das unterdurchschnittliche Produktivitätswachstum der meisten medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen, die Knappheit von medizinischen und pflegerischen Berufen und der steigende Bedarf tragen dazu bei.

Es ist wahrscheinlich, dass die Gesundheitswirtschaft auch in Zukunft stärker als die Gesamtwirtschaft wächst. Nach der Projektion des Ageing Reports 2021 der Europäischen Kommission werden sich die öffentlichen Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen zukünftig freilich nur knapp stärker als das Bruttoinlandsprodukt erhöhen.<sup>64</sup> So wird die Ausgabenquote für die öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen von 7,38 % im Jahr 2019 auf 7,46% im Jahr 2025 und 7,51% im Jahr 2030 steigen. In der Langzeitpflege wird die öffentlich finanzierte Ausgabenquote von 1,56% über 1,63% auf 1,68 % steigen. Dieses Szenario bedeutet, dass diese Entwicklung nur knapp, d.h. um 0,1%, über der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung liegen würde. Auch wenn in Zukunft dieser Anstieg und damit der öffentliche Finanzbedarf etwas stärker steigen könnte, bleibt damit die Finanzierbarkeit bzw. Beitragssatzstabilität möglich.

<sup>64</sup> Der Ageing Report 2021 bietet verschiedene Szenarien. Hier wird das AWG Szenario verwendet, welche verschiedene Einflussfaktoren kombiniert.

## Beitragseinnahmen der GKV

Die Beitragseinnahmen der GKV hängen von den beitragspflichtigen Einnahmen ab, deren wichtigste Komponenten die Arbeitsentgelte und die Renteneinkommen sind. Im Zeitraum 2010 - 2020 erhöhten sich die beitragspflichtigen Einnahmen jährlich um durchschnittlich 3,6 %, also geringfügig höher als die GKV-Arzneimittelausgaben. Sieht man von den Bundeszuschüssen während der Finanz- und Wirtschaftskrise und in den beiden Coronajahren 2020 und 2021 ab, führte der seit 2011 geltende, stabile allgemeine Beitragssatz zu ausreichenden Beitragseinnahmen. Das temporäre Defizit des Jahres 2014 von 1,3 Mrd. € wurde zwar teilweise durch die Absenkung des Herstellerrabatts beeinflusst, aber auch andere Faktoren trugen dazu bei, wie die gleichzeitige Absenkung des Bundeszuschusses um 1 Mrd. €. Eine Instabilität der GKV-Finanzierung als Folge der Absenkung des Herstellerrabatts von 16% auf 7% kann jedenfalls nicht festgestellt werden.

Dafür spricht auch, dass die Krankenkassen bis zum Jahr 2018 erhebliche Finanzreserven aufbauen konnten. Für das Jahr 2021 sind die Krankenkassen verpflichtet, Mittel aus ihren Finanzreserven im Umfang von rund 8 Mrd. € dem Gesundheitsfonds zuzuführen.<sup>65</sup> Kurzfristig ergibt sich zwar coronabedingt ein zusätzlicher Finanzbedarf der GKV, der vom GKV-Schätzerkreis für das Jahr 2022 auf 27,5 Mrd. € beziffert wird, die längerfristige Finanzsituation der GKV hängt jedoch entscheidend davon ab, wie sich die Arbeitsentgelte entwickeln. Diese bestimmen nach dem GKV-Schätzerkreis rund 70% der beitragspflichtigen Einnahmen und auch die Entwicklung der Renteneinkommen mit.<sup>66</sup>

Unter Zugrundelegung der Wachstumsprojektion des Internationalen Währungsfonds wird deshalb mittelfristig mit einer Erholung der Finanzierungssituation der GKV zu rechnen sein. Im Zeitraum 2010-2020 erhöhten sich die Arbeitsentgelte und damit auch die beitragspflichtigen Einnahmen stärker als das Bruttoinlandsprodukt.<sup>67</sup> Angesichts der Knappheit des Faktors Arbeit wird deshalb auch für die Zukunft mit einem überdurchschnittlichen Wachstum der Arbeitsentgelte und der beitragspflichtigen Einnahmen zu rechnen sein.

## 4.2 Entwicklung des Arzneimittelmarktes unter Status-quo Bedingungen

Auf der Nachfrageseite ist die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen von besonderem Interesse. Unter Beibehaltung der derzeitigen Rahmenbedingungen (Status-Quo, d.h. ohne Erhöhung des Herstellerrabatts) ist aufgrund der umfassenden Rabattregelungen für die Ausgaben für pharmazeutische Produkte - wie bereits in der Vergangenheit - ein unterdurchschnittliches Wachstum zu erwarten. Schreibt

---

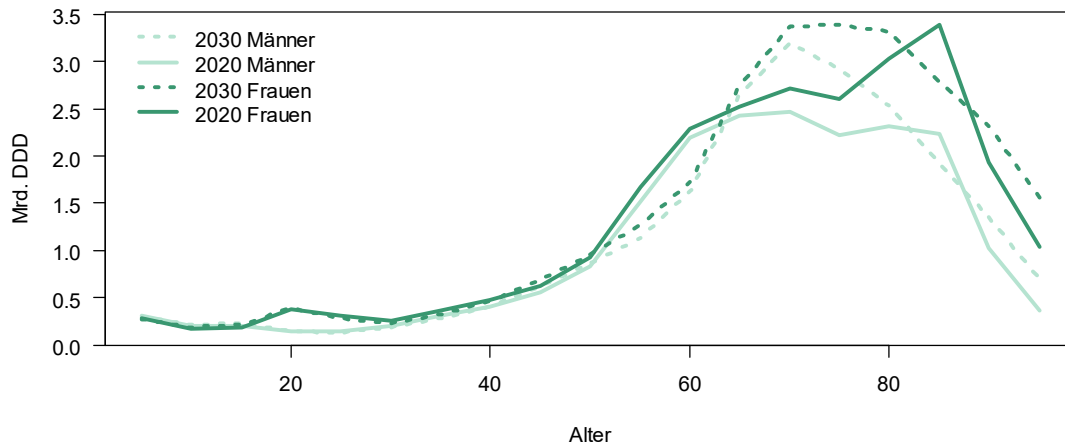
<sup>65</sup> Bundestags-Drucksache 19/23483.

<sup>66</sup> Bundesamt für Soziale Sicherung, Schätztableau des GKV Schätzerkreises, Stand 13.10.2021. Bundesrechnungshof, Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung - Teil 1: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesetzliche Krankenversicherung, 13.11.2020.

<sup>67</sup> Der Anteil der Arbeitnehmerentgelte stieg von 50,4% im Jahr 2010 auf 53,3% des BIP im Jahr 2019 und 54,9% im Jahr 2020. Nach einem coronabedingten Zurückhaltung in der Lohnentwicklung, rechnet die Bundesbank für den gesamten Projektionszeitraum 2022 bis 2024 mit einer kräftigen Zunahme der Effektivverdienste und Arbeitnehmerentgelte; vgl. Deutsche Bundesbank, Perspektiven der deutschen Wirtschaft für die Jahre 2022 bis 2024, Monatsbericht Dezember 2021, S. 32.

man die Entwicklungen der letzten Dekade fort, wird es auch aufgrund der demographischen Komponente allein (vgl. Abbildung 10) nur zu einem gemäßigten Wachstum der Verordnungsmengen kommen.<sup>68</sup> In Verbindung mit den verschiedenen oben dargestellten freiwilligen Preis- und Rabattregelungen kann die demographische Komponente damit aufgefangen werden.

Abbildung 10: Projektion der demographischen Komponente des GKV-Verordnungen bis 2030



Quelle: BASYS basierend auf WIdO, Europop.

Arzneimittel sind lebenssichernde Güter, die sowohl konsumtive als auch investive Eigenschaften haben. Konsumtiv sind sie insofern, als bei vielen chronischen Erkrankungen eine laufende, teils lebenslängliche Einnahme erforderlich ist. Investiv sind sie immer, wenn sie ihren Nutzen über eine lange Zeit entfalten, z.B. Vakzine.<sup>69</sup> In der Messung der Verordnungsmengen haben sich Tagesdosen (DDD) als Vergleichsgröße durchgesetzt. Im Zeitraum 2010-2020 sind die verordneten Tagesdosen im Gesamtmarkt für GKV-Versicherte in Deutschland um jährlich 2,5% gestiegen, also etwas weniger stark als die Ausgaben der GKV.<sup>70</sup> Wie in Abbildung 10 bereits dargestellt, lässt die Zunahme der älteren Bevölkerung in Zukunft ebenfalls einen weiteren Anstieg der verordneten Tagesdosen erwarten, wobei sich dieser jedoch nicht so stark wie in der Vergangenheit auswirken dürfte. Auch könnte die Digitalisierung der Zunahme der Mengenkomponekte durch stärkere Kontrolle des Ordnungsverhaltens

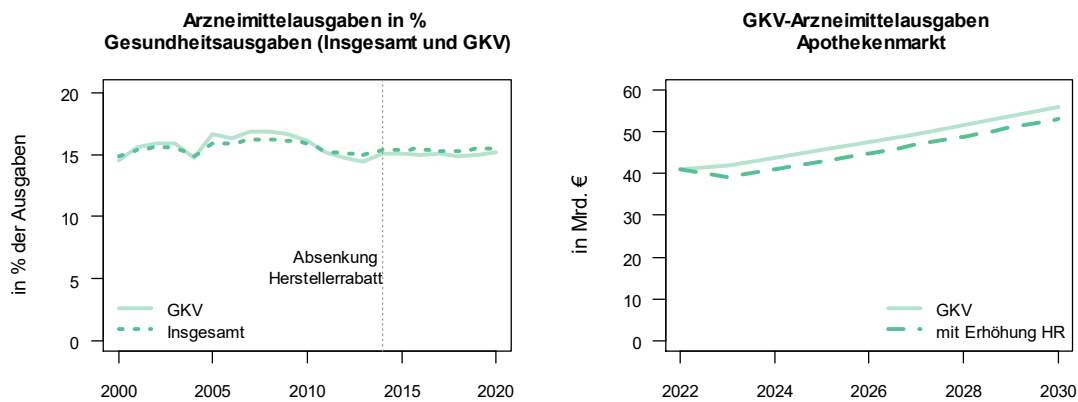
<sup>68</sup> Die Veränderung der Strukturkomponente wird jedoch weiterhin bemerkenswert und Haupttreiber des Ausgabenwachstums sein.

<sup>69</sup> Die VGR enthält keine Berechnung der Humankapitalinvestitionen; vgl. Schneider, M., et al. (2016), Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Nomos. Der Beitrag von Arzneimittel als Investition in das Humankapital ist unstrittig. Ein Asthmatiker kann weiter arbeiten, ein MS Patient kann länger arbeiten oder wird später oder gar nicht pflegebedürftig, etc. Philipson T., Kamal-Bahl S., Jena A. B. (2017), Defining Value: The Need for a Longer, Broader View, in: *Pharmacoeconomics* (2017) 35:669–672,

<sup>70</sup> Die Berechnung der Tagesdosen im Arzneimittelatlas führt zu einer geringeren Mengenkomponekte als nach AVR.

entgegenwirken<sup>71</sup>. Darüber hinaus stehen der GKV weitere Instrumente zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung zur Verfügung.<sup>72</sup>

Abbildung 11: Entwicklung des Arzneimittelmarktes bis 2030



Quelle: BASYS basierend auf GAR, ABDA, AVR, BMG, WiDO..

Wie die linke Graphik in Abbildung 11 zeigt, ist in der letzten Dekade die Arzneimittelausgabenquote weitgehend konstant geblieben. Dies gilt auch nach Absenkung des Herstellerrabatts. In Relation zum Bruttoinlandsprodukt ergab sich zwar zuletzt eine Erhöhung, die aber allein auf den gesamtwirtschaftlichen Rückgang des Bruttoinlandsprodukts im Coronajahr 2020 zurückzuführen ist.

Die rechte Graphik der Abbildung 11 zeigt die Projektion der GKV-Arzneimittelausgaben im Apothekenmarkt unter der erwarteten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung des Weltwährungsfonds und ohne Erhöhung des Herstellerrabatts von 7 auf 16%. Gemessen am BIP würde sich damit für das Jahr 2030 ein geringfügiger Anstieg der Ausgabenquote der GKV für Arzneimittel von 1,08% auf 1,15% ergeben. Die Erhöhung des Herstellerrabatts würde diese theoretisch wiederum auf 1,09% absenken. Allerdings sind hier die dynamischen Effekte nicht enthalten und auch nicht der Wertschöpfungsbeitrag der pU durch Exporterlöse. Auf diese dynamischen Effekte wird im Abschnitt 4.3 eingegangen. Eine rein isolierte, statische Betrachtung der GKV-Arzneimittelausgaben im Apothekenmarkt wird jedenfalls der Sachlage nicht gerecht.

<sup>71</sup> Vgl. beispielsweise das durch den Innovationsfonds der GKV geförderte Projekt „Resist“ zur Verringerung unnötiger Antibiotikaverordnungen des Verbands der Ersatzkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen; <https://www.vdek.com/vertragspartner/innovationsfonds/Resist.html>.

<sup>72</sup> Vgl. beispielsweise Sachverständigenrat zur Begutachtung, der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung –Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014.

### 4.3 Rabatterhöhung auf 16%

Durch Heraufsetzung des Herstellerrabats wird der durchschnittliche Preis für eine Tagesdosis kurzfristig für Krankenversicherte im Durchschnitt um 6 Cent verbilligt.<sup>73</sup> Längerfristig ergibt sich ein solcher Preisvorteil nur, wenn die Verfügbarkeit gewährleistet und nicht durch Verringerung der vertraglichen Rabatte kompensiert wird. Hochgerechnet belaufen sich die zusätzlichen Aufwendungen durch die Erhöhung des Herstellerrabats auf 2,6 Mrd. €. Das jährliche Volumen aus vertraglichen und gesetzlichen Rabatten würde somit für die GKV auf rund 12 Mrd. € wachsen. Gemessen an den Bruttoarzneimittelausgaben im Apothekenmarkt verändert sich damit die Entlastungsquote der GKV von 15 auf 17%.

Die Gegenüberstellung der Einsparungen der GKV aus den erhöhten Rabattregelungen und der Zusatzbelastung der pharmazeutischen Industrie macht deutlich, dass es die pharmazeutische Industrie ungleich härter trifft, da den Mindereinnahmen Kosten gegenüberstehen. Durch eine Erhöhung des gesetzlichen Herstellerrabats von 7% auf 16% würde sich jährlich eine erhebliche Zusatzbelastung<sup>74</sup> der pharmazeutischen Unternehmen ergeben, welche nicht nur zu weiteren Einnahmenverlusten führen wird, sondern auch angebotsseitige Reaktionen erwarten lässt, da die erwartete Investitionsrendite, der Cash-Flow und das Marktpotential im Inland nachhaltig geschmälert werden.

Angesichts der Größenordnungen der laufenden Belastungen der pharmazeutischen Industrie und der kommenden Herausforderungen in dieser Dekade wird zu erwarten sein, dass bei einem solchen Eingriff die Investitionspläne wie schon zu Beginn der letzten Dekade nach unten korrigiert werden.

#### *Auswirkungen auf FuE*

Auf der Angebotsseite geht es darum, inwieweit in neue Therapien investiert wird und inwieweit sich die Kapazitäten der zusätzlichen Nachfrage und den Herausforderungen im In- und Ausland anpassen. Bei Status quo-Bedingungen ist zu erwarten, dass trotz der Sondereffekte der mRNA-Impfstoffentwicklung in Deutschland die weiteren Investitionen in Forschung und Entwicklung durch die hohen Rabatte belastet sind.

Forschungsinvestitionen müssen aus den laufenden Umsätzen der Arzneimittelverkäufe erwirtschaftet werden. Rabatte, die zu Umsatzschmälerungen führen, reduzieren direkt das potenzielle Forschungsbudget. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Rentabilität dieser Investitionen rückläufig ist.<sup>75</sup> Die Gründe hierfür sind vielfältig. Neben den zunehmenden Risiken durch Erlösschwankungen, etwa

---

<sup>73</sup> Bezogen auf die durchschnittlichen Kosten einer Tagesdosis in Höhe von 91 Cent im Gesamtmarkt von 41,2 Mrd. € (ohne Rabatte) und 45,5 Mrd. Tagesdosen.

<sup>74</sup> Der gesetzliche Herstellerrabatt führte im Jahr 2020 allein zu einer Belastung von 1,833 Mrd. €.

<sup>75</sup> Deloitte (2018), Renditen der Pharmaforschung sinken (/news/details/590-deloitte-renditen-der-pharmaforschung-sinken/), 19.01.2018; Deloitte (2017), Unter Druck: Die Rendite aus Forschung und Entwicklung schrumpft (www.pharmafakten.de/news/).



als Folge von Regulierungen und steigenden Kosten (wie der klinischen Prüfungen), treten sinkende Zulassungsraten, lange Entwicklungszeiten und geringe Erfolgsraten auf.

Als Folge der Zwangsrabatte wurden FuE-Aufwendungen und Ausrüstungsinvestitionen von schätzungsweise über 4 Mrd. € unterlassen. Im Zeitraum 2010 – 2015 betrug der kumulierte Sockeleffekt durch die Reduktion der internen FuE-Aufwendungen im Jahr 2010 allein bereits 3,2 Mrd. € (vgl. Abbildung 4).

Von rund 10.000 Molekülen, die am Anfang der Medikamentenentwicklung als Wirkstoff in Frage kommen könnten, weil sie ein krankheitsrelevantes Ziel im Organismus beeinflussen, schafft es in der Regel nach etwa acht bis zwölf Jahren gerade eine Substanz, den behördlichen Zulassungsprozess erfolgreich zu absolvieren. Der effektiven Patentlaufzeit kommt deshalb eine große Bedeutung für die Finanzierung der FuE-Aufwendungen zu. Zu beachten ist dabei auch, dass sich die Forschungs- und Entwicklungskosten für Arzneimittel alle 8,5 Jahre verdoppeln.<sup>76</sup> Für diesen Anstieg in den Entwicklungskosten sind die Misserfolge und erhöhte Anforderungen für die Kostenübernahme mitverantwortlich.<sup>77</sup>

### *Indirekte und induzierte Effekte*

In der Vergangenheit wurden die Ausgabenenkungen durch Rabatte nicht für Beitragssenkungen, sondern zur Rücklagenbildung genutzt. Es ist auch dieses Mal bei einer Erhöhung des Herstellerrabatts kein beitragsändernder Effekt zu erwarten, sondern dass die Minderausgaben der Krankenkassen anderweitig verwendet werden, etwa für die Rücklagenbildung oder den Ausgleich von Kostensteigerungen im Krankenhaus. Nach den vorläufigen Finanzergebnissen der GKV für das Jahr 2020 lagen die Finanzreserven der Krankenkassen am 31. Dezember 2020 bei 16,7 Mrd. € und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Stichtag 15. Januar 2021 bei 5,9 Mrd. €.

Die durch eine Heraufsetzung des Herstellerrabatts kurzfristig erzielten Minderausgaben könnten theoretisch von der GKV vielfältig genutzt werden. Würden sie zur Senkung von Beiträgen eingesetzt, wäre der direkte Effekt auf die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge maximal 50% des direkten ausgabenmindernden Effekts von 2,6 Mrd. €, also 910 Mio. €. <sup>78</sup> Hinzu kämen theoretisch konsumsteigernde Effekte erhöhter Nettoeinkommen der Arbeitnehmer in etwa gleicher Größenordnung sowie weitere Effekte auf Seite der Rentenbezieher. Überwiegend wären diese Effekte somit konsumtiver und nicht investiver Art. Sie würden also nicht wie die Pharmaverwendung in Forschung und Entwicklung fließen. Tatsächlich ist aber auch denkbar, dass die zusätzlichen Minderausgaben versickern und keine zusätzliche Wertschöpfung entsteht. Den spezifischen Wertschöpfungsgewinnen der

---

<sup>76</sup> DiMasi J. A, Grabowski, H. G. and Hansen, R. W., "Innovation in the Pharmaceutical Industry: New Estimates of R&D Costs," *Journal of Health Economics*, vol. 47 (May 2016), p. 25, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>.

<sup>77</sup> Von den neuen Arzneimitteln, für welche die klinischen Studien durchgeführt werden, erreichen nur 10–14% eine Marktzulassung; Chi Heem Wong, Kien Wei Siah, Andrew W Lo, "Estimation of clinical trial success rates and related parameters," *Biostatistics*, vol. 20, no. 2 (April 2019), pp. 273–286, <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxx069>.

<sup>78</sup> Annahme des GKV-Schätzerkreises, dass 70% der beitragspflichtigen Einnahmen auf Arbeitsentgelte fallen, deren Beiträge zu 50% vom Arbeitgeber zu tragen sind (siehe Fußnoten 62 und 63).

pharmazeutischen Unternehmen durch Investitionen in das Wissenskapital stehen daher undifferenzierte, vor allem konsumtive Effekte der GKV gegenüber.

Produktion, Handel und Beschäftigung der Pharmazeutischen Industrie beeinflussen nicht nur direkt die Beschäftigung und das Einkommen der öffentlichen und privaten Haushalte an den jeweiligen Betriebsstandorten, sondern über den Wirtschaftskreislauf auch indirekt die Wirtschaft insgesamt.<sup>79</sup> Auf die Zusammenarbeit zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Forschungseinrichtungen wurde bereits eingegangen. Über die Vorleistungskäufe fragt die Pharmazeutische Industrie vor allem chemische Erzeugnisse, Leistungen der Entsorgung und des Recyclings pharmazeutischer Stoffe, Transportleistungen und Verpackungsmaterial sowie diverse Dienstleistungen nach. In der Forschungstätigkeit ist sie eng mit universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen verbunden. Ausgabenänderungen der Pharmazeutischen Industrie entfalten entlang der Wertschöpfungskette somit vielfältige indirekte und induzierte Effekte.

Neben diesen sogenannten Rückwärtseffekten auf vorgelagerte Produktionsbereiche gibt es Vorwärtseffekte auf die nachgelagerten Produktionsbereiche, die Arzneimittel nachfragen. Diese werden beispielsweise offensichtlich, wenn es zu Lieferengpässen kommt. Diese Vorwärts- und Rückwärtseffekte lassen sich mit Hilfe der Input-Output-Tabelle quantifizieren.<sup>80</sup>

Die Pharmazeutische Industrie gewährte im Zeitraum 2010 – 2020 an die GKV rund 72,3 Mrd. € an Rabatten. Davon entfielen rund 21,3 Mrd. € auf den gesetzlichen Herstellerrabatt, 13,5 Mrd. € auf AMNOG-Rabatte der frühen Nutzenbewertung und 37,5 Mrd. € auf vertragliche Rabatte. Ohne all diese Rabatte wären die Ausgaben der GKV durchschnittlich jährlich um 4,7% statt 3,4% gestiegen. Als Folge der Rabatte ergab sich für die Pharmaindustrie eine gesunkene Gewinnerwartung. Das Wachstum des Nettoüberschusses konnte nicht mit der Entwicklung der Kosten in der letzten Dekade Schritt halten. So sank dieser über die Jahre 2010 – 2019 um 4%, während sich die Arbeitsentgelte um 51% erhöhten. Die jährliche Rabattbelastung aus Herstellerrabatt und vertraglichen Rabatten stieg von 2,8 auf 7,5 Mrd. €. Die Erlöse aus dem Inlandsabsatz minderten sich um den oben genannten Betrag. Die Wertschöpfung aus dem Inlandsabsatz war rückläufig und Wertschöpfungssteigerungen wurden aus dem zunehmenden Auslandsabsatz erreicht. Ohne Absenkung des Herstellerrabatts von 16% auf 7% wäre die Belastung für den Zeitraum 2014 – 2020 für pharmazeutische Unternehmen noch um rund 15 Mrd. € höher ausgefallen.

---

<sup>79</sup> Das Beispiel Biontech zeigt, dass die Innovation des mRNA-Impfstoffs durch seine fast ausschließlich regional in Deutschland befindlichen Vorleistungsverflechtungen nahezu 20% des bundesdeutschen Wachstums in 2021 beigesteuert hat und damit darstellt, welche gesellschaftliche Rendite Investitionen in FuE haben können; vgl. „Der Biontech-Faktor: Impfstoff-Produzent trägt fast ein Fünftel zum Wirtschaftswachstum bei“, in: Handelsblatt, 14.01.2022. Die positiven volkswirtschaftlichen Wirkungen des Impfstoffs selbst (z.B. Vermeidung der wirtschaftlichen Effekte eines Lock-Downs, Ermöglichung von Schulunterricht, etc.) sind hier noch nicht eingerechnet

<sup>80</sup> Zur Berechnung und zu weiteren Ausführungen bezüglich der Multiplikatoren in der Gesundheitswirtschaft siehe Miller, Blair 2009, S. 243 und S. 543 ff. sowie Schneider, Ostwald, Karmann et al. 2016, S. 156 ff.

Eine Anhebung des Herstellerrabatts von 7% auf 16% würde eine jährliche Zusatzbelastung von 2,6 Mrd. € bedeuten.<sup>81</sup> Geht man davon aus, dass sich dieser Betrag als Folge der Inflationsanpassung bei einem Preisanstieg von 2% weiter vergrößert, würden der Pharmazeutischen Industrie über den Zeitraum 2022 – 2030 finanzielle Mittel von rund 22,3 Mrd. € zusätzlich entzogen; zusätzlich, weil die anderen Rabatte ceteris paribus auch zu leisten sind.<sup>82</sup> Es ist deshalb zu erwarten, dass die zusätzlichen Mindereinnahmen aus der Erhöhung des Herstellerrabatts vielfältige Anpassungen innerhalb der Pharmazeutischen Industrie und in der Gesamtwirtschaft nach sich ziehen würden.

Im statischen Modell führt die Mindereinnahme von 2,6 Mrd. € zu einem direkten, indirekten und induzierten Wertschöpfungsverlust von 2,8 Mrd. €. Darüber hinaus wäre ein negativer Beschäftigungseffekt von rund 29,7 Tsd. Beschäftigten zu erwarten.<sup>83</sup>

Geht man davon aus, dass die zukünftige Rabatterhöhung vollständig an die Versicherten durch niedrigere Beträge weitergegeben wird, fällt der induzierte Effekt geringer aus. Zum einen können die privaten Haushalte etwas mehr für Konsumausgaben aufwenden und die Unternehmen werden bei einer Betragsatzsenkung geringfügig entlastet. Dieser Nettoeffekt wird im einfachen statischen Rechenmodell von der Differenz der Multiplikatoren bestimmt. Dabei wird der negative Belastungseffekt auf die pharmazeutische Industrie und die indirekten und induzierten Effekte durch den beitragsatzsenkenden Entlastungseffekt in etwa ausgeglichen (Investitions- und Sickereffekte unberücksichtigt).

### *Investitionseffekte*

Im dynamischen Modell sind die negativen volkswirtschaftlichen Effekte durch die Anpassung der Produktionskapazitäten wesentlich höher. Neben den indirekten und induzierten Effekten der Absenkung der Bruttowertschöpfung auf die Zwischennachfrage, die Beschäftigung und deren gesamtwirtschaftliche Rückkopplung werden im dynamischen Modell auch die Kapazitätseffekte einer verringerten Investitionsnachfrage erfasst.

Werden die Investitionsentscheidungen der Pharmaindustrie und die Sickereffekte einer (fraglichen) Weitergabe der Minderausgaben an die Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Rentner einbezogen, ist durch die Rabatterhöhung ein geringerer gesamtwirtschaftlicher Wachstumspfad als bei keiner Rabatterhöhung zu erwarten. Ursächlich hierfür sind die höhere Produktivität und die höheren Sach- und Wissensinvestitionen der Pharmazeutischen Industrie einerseits und die Investitionsentscheidungen andererseits.

Durch die Vorleistungsverflechtung, die Investitionsverflechtung und die Rückkoppelung auf die Konsumnachfrage errechnen sich Produktions-, Wertschöpfungs- und Investitionsminderungen (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13). Diese ergeben sich direkt aus den geringeren Inlandsumsätzen und den

---

<sup>81</sup> Errechnet aus GKV und PKV/Beihilfe wie folgt: 2,6 Mrd. € = 2,015 Mrd. € / 7 \* 9.

<sup>82</sup> Errechnet als Summe über die acht Jahre 2023 – 2030:  $\Sigma(2,6 * 1,02^{(0, \dots, 7)}) = 22,3$  Mrd. €.

<sup>83</sup> Dies entspricht im statischen Leontief-Modell für den direkten und indirekten Effekt einem Produktionsmultiplikator von 1,6. Die induzierten Effekte entstehen aus den Einkommenseffekten, die Änderungen im Konsum über alle Güterbereiche bewirken. Die kumulierte Produktionsminderung bedeutet 29.700 Erwerbstätigenjahre weniger.

Folgeeffekten, vor allem geringerer Möglichkeiten, in die Forschung zu investieren. Ganz entscheidend ist dabei, inwieweit die Position auf dem Weltmarkt gehalten werden kann, welcher stärker als der Inlandsmarkt expandieren wird.

Die Rabatterhöhung bewirkt nun nicht nur eine unmittelbare Verringerung der Einnahmen (Cashflow-Effekt), sondern wirkt sich auch auf den Einsatz der Produktionsfaktoren aus. Geplante Investitionen werden korrigiert und die Nachfrage nach Fachkräften verringert sich (siehe den oben berechneten Beschäftigungseffekt). Dadurch ergibt sich ein niedrigerer Expansionspfad als in der Projektion mit Erhöhung (vgl. Abbildung 12, Rechte Graphik).

Auf die Investitionsentscheidungen am Standort „Deutschland“ wirken sich nicht nur eine zu erwartende Senkung des Betriebsüberschusses und damit die weitere Senkung der Kapitalrentabilität negativ aus, sondern auch die stärkere Expansion des Weltmarktes im Vergleich zum Inlandsmarkt. Positiv wirken sich dagegen Steigerungen der öffentlichen FuE-Ausgaben im Gesundheitsbereich aus.<sup>84</sup>

Abbildung 13 zeigt die gesamtwirtschaftlichen und gesundheitswirtschaftlichen Investitionseffekte unter Berücksichtigung der Rückkoppelung auf die Investitionsentwicklung. Danach ergibt sich durch die Erhöhung des Herstellerrabatts nicht nur ein deutlicher Rückgang der Nettowertschöpfung (vgl. Abbildung 12), sondern auch der Investitionstätigkeit der Pharmazeutischen Industrie (hier zusammengefasst als WZ21, pharmazeutischer Großhandel und Forschung). Die Ergebnisse sind eindeutig, wenn gleich auch sensibel für die Annahmen zur weiteren Entwicklung des Patentmarkts, der Preisentwicklung und der wirtschaftlichen Entwicklung.

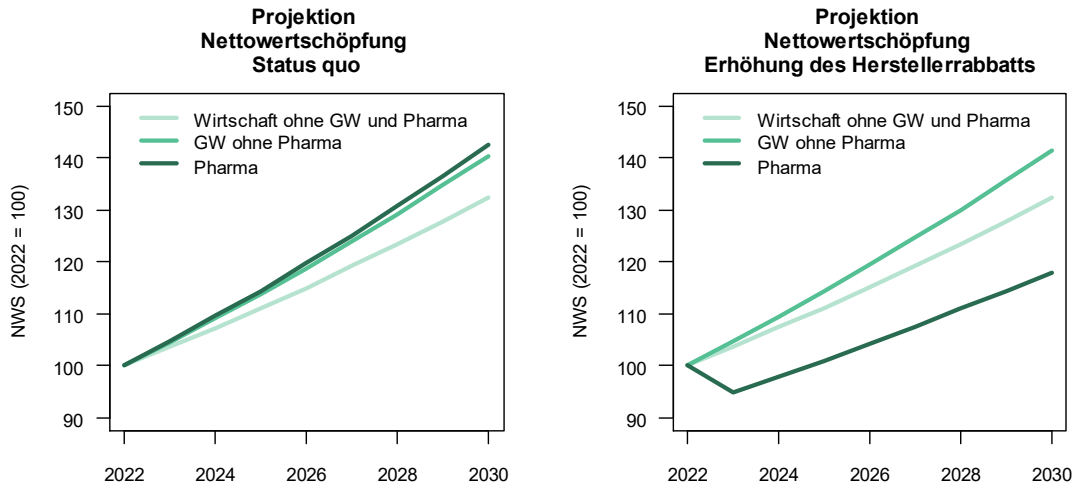
Eine Frage ist beispielsweise, inwieweit sich freiwillige Rabatte unter den Rahmenbedingungen eines gestiegenen Herstellerrabatts und dem Ziel einer gesicherten Generikaproduktion noch durchsetzen lassen. Um die Kapitalrentabilität im nationalen und globalen Wettbewerb zu sichern, werden die pU vermutlich gezwungen sein, die Erhöhung von Zwangsrabatten schrittweise zu kompensieren, etwa durch einen Abbau der vertraglichen Rabatte. Die Möglichkeiten einer solchen Strategie, wie auch die Investitionsentscheidungen, stellen sich nach Indikationsgebieten sehr unterschiedlich dar.<sup>85</sup> Für die GKV-Versicherten, die Verbraucher und die Hersteller sind deshalb freiwillige Rabattregelungen den Zwangsrabatten vorzuziehen.

---

<sup>84</sup> Der Koalitionsvertrag hat das Ziel, den Anteil der gesamtstaatlichen Ausgaben für Forschung und Entwicklung auf 3,5% des BIP bis 2025 zu erhöhen. Hier bestehen Zielkonflikte mit der Verkürzung der rabattfreien Periode bei Markteintritt neuer Medikamente.

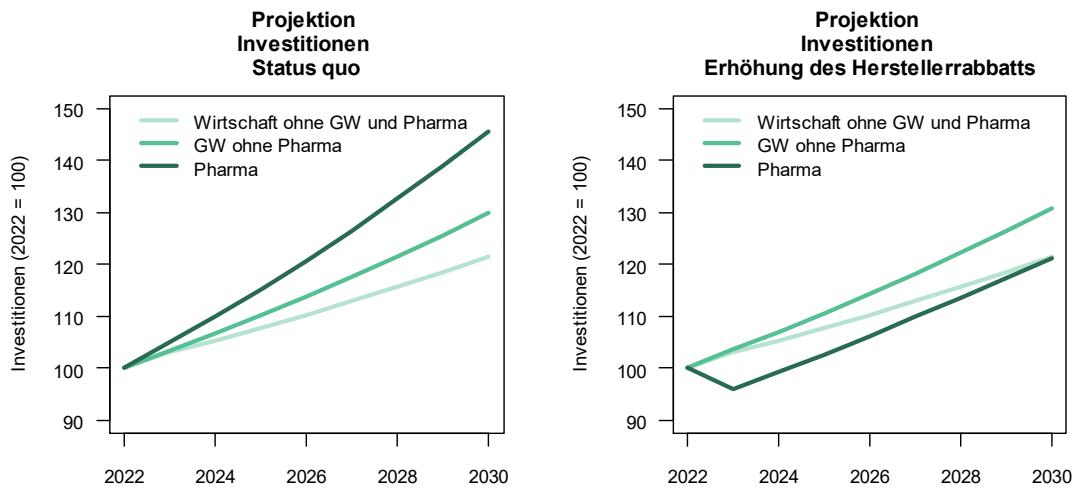
<sup>85</sup> Für die differenziertere Simulation der Auswirkungen von Veränderungen der verschiedenen Preisregulierungen in den einzelnen Produktgruppen ist eine erweiterte Datengrundlage wünschenswert, welche die Investitionsrentabilität Produktgruppen zuordnen kann.

Abbildung 12: Wertschöpfungseffekte einer Rabatterhöhung im Jahr 2023.



Quelle: BASYS: GW Gesundheitswirtschaft, Pharma (erweiterte Abgrenzung).

Abbildung 13: Investitionseffekte einer Rabatterhöhung im Jahr 2023.



Quelle: BASYS: GW Gesundheitswirtschaft, Pharma (erweiterte Abgrenzung).

Tabelle 1: Gesamtwirtschaftliche Effekte einer Erhöhung des Herstellerrabatts

Indikator	Statisches Modell		Dynamisches Modell		
	2023		2023 – 2030		
	Insgesamt	Insgesamt	Darunter*:		
	Mrd. €	Mrd. €	NGW Mrd. €	GWopU Mrd. €	pU Mrd. €
Szenario 1: Erhöhung des Herstellerrabatts pU	2,6	<b>22,3</b>			22,3
Bruttowertschöpfungseffekt	-2,8	<b>-41,7</b>	-10,4	-0,9	-30,4
Nettowertschöpfungseffekt		<b>-35,6</b>	-9,8	-0,9	-24,9
Investitionseffekt	-	<b>-22,0</b>	-1,3	-0,0	-20,6
Nettobetriebsüberschuss		<b>-24,7</b>	-8,8	-0,0	-15,9
Arbeitsentgelte		<b>-10,9</b>	-1,0	-0,9	-9,0
Szenario 2: Mehrausgaben GKV				22,3	wie 1
Bruttowertschöpfungseffekt		<b>-18,7</b>	-0,9	12,5	-30,3
Nettowertschöpfungseffekt		<b>-13,3</b>	-0,9	12,4	-24,8
Investitionseffekt	-	<b>-20,4</b>	-0,1	0,3	-20,6
Nettobetriebsüberschuss		<b>-16,1</b>	-0,9	0,6	-15,8
Arbeitsentgelte		<b>2,7</b>	-0,1	11,8	-9,0
<b>GKV-Effekte</b>					
Szenario 1: Minderausgaben durch Rabatte	-2,6	<b>-22,3</b>			
GKV-Mindereinnahmen		<b>-1,36</b>			
Szenario 2: GKV-Mehrausgaben		<b>22,3</b>			
GKV-Mehreinnahmen		<b>0,34</b>			
Beschäftigungseffekt	in 1000	in 1000	in 1000	in 1000	in 1000
Szenario 1: **	-29,7	<b>-12,3</b>	-0,6	-0,9	-10,1
Szenario 2: **		<b>3,2</b>	0,1	13,2	-10,1

\* NGW = Nichtgesundheitswirtschaft, GWopU = Gesundheitswirtschaft ohne Pharma, pU = Pharmazeutische Unternehmen einschl. Forschung und Großhandel.

\*\* von der konkreten Ausgestaltung und Arbeitsmarktsituation abhängig.

Quelle: BASYS.

Hochgerechnet auf den Zeitraum bis 2030 würde diese Anhebung bei einer Preissteigerung von 2% eine Gesamtbelastung der pU von 22,3 Mrd. € bedeuten. Hieraus ist ein Rückgang der Investitionstätigkeit in Höhe von rund 22,0 Mrd. € zu erwarten, welches zu gesamtwirtschaftlichen Verlusten der Bruttowertschöpfung in Höhe von 41,7 Mrd. € und der Nettowertschöpfung in Höhe von 35,6 Mrd. € führt. Dazu kommen erhebliche Verluste in der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen pharmazeutischen Industrie auf dem Weltmarkt und von Weltmarktanteilen.

Die höheren negativen Wertschöpfungseffekte des dynamischen Modells im Vergleich zum statischen Modell ergeben sich nicht nur durch die Kumulation der Umsatzeinbußen über mehrere Jahre, sondern vor allem auch durch ihre Wirkung auf die Investitionsnachfrage und damit die Anpassung der

Produktionskapazitäten.<sup>86</sup> Die Erhöhung des Herstellerrabatts hat somit einen doppelten negativen Effekt: die Senkung der Umsätze der pU und als Folge die Senkung ihrer Investitionen.

### *GKV-Einnahmen und Ausgaben*

Der Blickwinkel der GKV ist freilich ein anderer. Aus Sicht der GKV senkt die Erhöhung des Herstellerrabatts ihre Arzneimittelausgaben und verbilligt die Versorgung ohne irgendeine Leistungseinschränkung. Den Umsatzeinbußen der pU würden bei diesem Szenario 1 Ausgabenminderungen in gleicher Höhe gegenüber stehen. Bei gleichbleibenden Leistungen würde die GKV somit Minderausgaben durch Rabatte in Höhe von 22,3 Mrd. € erzielen.

Es stellt sich nun die Frage, was passiert, wenn die GKV die Ausgabeneinsparungen durch Erhöhung des Herstellerrabatts in voller Höhe zusätzlich für andere Bereiche der Gesundheitswirtschaft ausgibt. Um diese Effekte zu berücksichtigen, wurde deshalb die Simulation um ein Szenario 2 erweitert, in welchem die kumulativen Ersparnisse in Höhe von 22,3 Mrd. € von der GKV voll ausgegeben werden (Tabelle 1: Szenario 2). In diesem Fall würden die Mittel der Gesundheitswirtschaft ja an anderer Stelle wieder zur Verfügung gestellt. Nach Tabelle 1, Szenario 2 könnte der Wertschöpfungsverlust damit zwar teilweise ausgeglichen werden, unter dem Strich würde aber dennoch ein Brutto- bzw. Nettowertschöpfungsverlust von 18,7 bzw. 13,3 Mrd. € verbleiben. Dies folgt aus der höheren Produktivität und der größeren Investitionen der pU. Die Gesundheitswirtschaft ohne pU würde zwar einen Nettowertschöpfungsgewinn von 12,4 Mrd. € verzeichnen, die Verluste der pU (-24,8 Mrd. €) und der Nichtgesundheitswirtschaft (-0,9 Mrd. €) würden jedoch nicht kompensiert werden.

Außerdem wären die durch eine solche Ausgabenumschichtung generierten Beitragseinnahmen der GKV begrenzt. Von den erzielten zusätzlichen Arbeitsentgelten in Szenario 2 von 2,7 Mrd. € wären über den Zeitraum 2023 – 2030 lediglich zusätzliche Beitragseinnahmen in Höhe von 0,34 Mrd. € zu erwarten.<sup>87</sup> Die Umverteilung der GKV-Ausgaben in Höhe von 22,3 Mrd. € von Ausgaben für innovative Arzneimittel hin zu Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft führen somit nicht zu mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung, da die durch die Umverteilung zusätzlich generierten Arbeitsentgelte bzw. die beitragspflichtigen Einnahmen nicht schneller wachsen als die zusätzlichen Ausgaben.

Im Gegensatz zu Investitionen in Sach- und Wissenskapital tragen Zwangsrabatte nicht zur Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bei. Ausgabensenkungen bei Arzneimitteln bewirken zwar kurzfristig Finanzierungsentlastungen in der GKV, aber aufgrund der negativen mittel- und längerfristigen Investitionsminderungen und durch die Kapazitätseffekte auf die Arbeitsentgelte werden keine nachhaltigen Einnahmeneffekte erzielt. Im Szenario 2 mit den Mehrausgaben durch die GKV stehen den dadurch generierten positiven Wachstumseffekten in der Gesundheitswirtschaft die ganz

---

<sup>86</sup> Die Anpassung der Investitionsnachfrage in Abhängigkeit der Einkommensänderung wird auch als Akzelerator bezeichnet, im Gegensatz zum Multiplikator, der die Nachfrageänderung auf das Einkommen angibt.

<sup>87</sup> In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass in den Dienstleistungsbereichen der Gesundheitswirtschaft ein beträchtlicher Teil der Einkommen Selbständigen zufließt, welche nicht als Arbeitsentgelte gebucht werden und auch nicht beitragspflichtig sind.

erheblichen negativen Wertschöpfungseffekte aus der Zwangsrabatterhöhung auf die Betriebsüberschüsse und die Investitionstätigkeit gegenüber.

### *Beschäftigungseffekte*

Die Beschäftigungseffekte sind sektoral unterschiedlich und hängen u.a. von der Kapitalintensität und Beschäftigungsqualifikation ab, welche nach Branchen variiert. Branchen mit hoher Kapitalintensität, wie das Verarbeitende Gewerbe, der Fahrzeugbau oder die Pharmazeutische Industrie, haben im Vergleich zu Dienstleistungsunternehmen in der Regel eine höhere Kapitalintensität bzw. einen geringen Arbeitskoeffizienten. Wenig Beschäftigte können durch den hohen Kapitaleinsatz einen hohen Umsatz generieren. Ein geringer Arbeitskoeffizient entspricht einer hohen Arbeitsproduktivität. Eine Reduzierung von Investitionen in kapitalintensiven Industrien reduziert damit qualitativ hochwertige Arbeitsplätze.

Während negative Beschäftigungseffekte in der pharmazeutischen Industrie durch die Erhöhung des Herstellerrabatts offensichtlich sind, gilt dies nicht unmittelbar für die anderen Wirtschaftsbereiche, wenn beispielsweise die Ausgabensparnisse in Höhe von 22,3 Mrd. € in der GKV, wie in Szenario 2, für Mehrausgaben in anderen Leistungsbereichen der Gesundheitswirtschaft genutzt werden.

Der Rückgang der Arbeitsentgelte in Szenario 1 in der Höhe von -10,9 Mrd. € betrifft vor allem die pU mit einem durchschnittlichen negativen Beschäftigungseffekt von 12,3 Tsd. Arbeitsplätzen pro Jahr und ist das Ergebnis von Arbeitsstunden- und Lohnanpassungen auf die Gewinneinbußen.<sup>88</sup> Aufgrund des Fachkräftemangels und des längerfristigen Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials führt die Quantifizierung dieser negativen Effekte in Abhängigkeit von den Annahmen zur Erwerbspersonenentwicklung zu unterschiedlichen Beschäftigungsverlusten.<sup>89</sup> Dies gilt auch für Szenario 2, welches zwar keine geringeren Beitragseinnahmen der GKV als im Status quo erwarten lässt, dennoch ergibt sich auch hier, wie in Szenario 1, ein geringerer gesamtwirtschaftlicher Wachstumspfad als ohne Erhöhung des Herstellerrabatts. Die Nettowertschöpfungsminderung liegt bei 13,3 Mrd. € im Vergleich zu 35,6 Mrd. € ohne zusätzliche GKV-Ausgaben. Der Beschäftigungseffekt ändert sich je nachdem wie rigide der Arbeitsmarkt für die Gesundheitsberufe ist und ob zusätzliche Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft eingestellt werden können.<sup>90</sup> Nachfrageausweitungen stoßen bereits jetzt auf einen Fachkräftemangel, der sich in Zukunft noch verschärfen wird.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass aufgrund der negativen Effekte einer Erhöhung des Herstellerrabatts oder vergleichbarer Kostensenkungsmaßnahmen auf die Wertschöpfung, die Kapitalrentabilität, die Forschung und Entwicklung und den Produktionsstandort Deutschland, von

---

<sup>88</sup> Die Minderung an Arbeitsentgelten von den 10,9 Mrd. € verteilt sich wie folgt: 1,0 Mrd. € fallen auf die Nichtgesundheitswirtschaft, 0,9 Mrd. auf die Gesundheitswirtschaft ohne Pharma und 9,0 auf die pU.

<sup>89</sup> Vgl. etwa die unterschiedlichen Annahmen in der Erwerbspersonenprojektion von Destatis bis zum Jahr 2050. Statistisches Bundesamt (2020), Erwerbspersonenvorausberechnung 2020, Erschienen am 2. November 2020, Wiesbaden.

<sup>90</sup> Entscheidend sind in diesem Zusammenhang auch die Lohnsätze. Die Umverteilung von hochqualifizierten zu geringer qualifizierten Arbeitsplätzen ermöglicht zwar die Finanzierung von mehr Arbeitsplätzen (wie in Szenario 2) wird sich mittelfristig jedoch nicht rechnen.

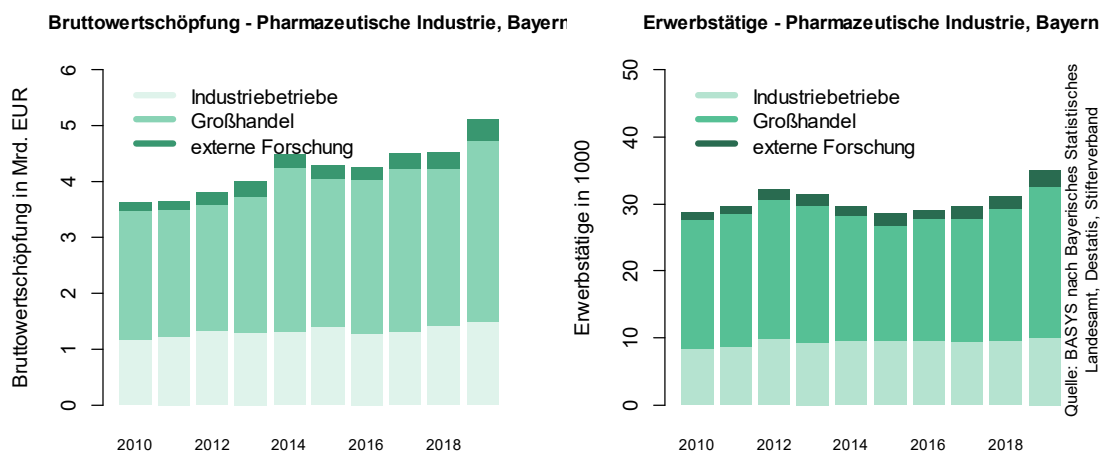


gesundheitlichen Effekten ganz abgesehen, solche nicht empfohlen werden. Nach den Berechnungen dieser Studie belaufen sich die negativen Wertschöpfungs- und Investitionseffekte auf das Doppelte der vermeintlichen Einsparung einer Erhöhung des Herstellerrabatts.

## Exkurs Bayern

In Bayern sind besonders viele pharmazeutische Unternehmen unter „Großhandel“ klassifiziert. Eine ausschließliche Fokussierung auf den WZ21 reicht deshalb für die Beurteilung der wirtschaftlichen Eckwerte der Pharmazeutischen Industrie nicht aus.

Abbildung 14: Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit in der Pharmazeutischen Industrie Bayerns, 2010 – 2020



Quelle: BASYS nach VGR, Stifterverband.

Die Bruttowertschöpfung der genannten drei Bereiche der Pharmazeutischen Industrie Bayerns hat sich im Zeitraum 2010 - 2019 von rund 3,6 auf 5,1 Mrd. € erhöht.<sup>91</sup> Davon fällt der größte Teil auf Unternehmen, die statistisch dem Großhandel zugerechnet werden, dann folgen die Industriebetriebe im engeren Sinne und die externe pharmazeutische Forschung (vgl. Abbildung 14 links). Das Wachstum der Bruttowertschöpfung der Pharmazeutischen Industrie lag damit über dem gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfungswachstum. Die Zahl der Beschäftigten wuchs in den drei Bereichen im Zeitraum 2010 - 2019 ebenfalls stark, nämlich von 28 700 auf 35 000 Personen (vgl. Abbildung 14 rechts). Die Zahl der Beschäftigten der Pharmabranche ist damit deutlich stärker als die der bayerischen Wirtschaft insgesamt gestiegen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die bayerische Pharmaindustrie stärker als die deutsche vom Inlandsabsatz abhängig ist und damit Eingriffe auf die Arzneimittelpreise im Inlandsmarkt den Pharmastandort Bayern überproportional belasten.<sup>92</sup>

Die von der pharmazeutischen Industrie finanzierte Forschung wird zu rund zwei Drittel in den Industrieunternehmen direkt erbracht. Rund ein Drittel der Mittel fließen in externe Forschungsunternehmen. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurde in den oben genannten Zahlen zur

<sup>91</sup> Die zusammengefassten Umsätze der pharmazeutischen Unternehmen stiegen nach den Betriebsstatistiken der Industrie und des Großhandels im Zeitraum 2010 – 2019 von 13,9 auf 26,3 Mrd. € und haben sich damit nahezu verdoppelt.

<sup>92</sup> Vgl. Schneider, M. (2014), a.a.O. S. 32. Nach der Abgrenzung WZ21 betrug im Jahr 2020 in Bayern der Inlandsumsatz am Gesamtumsatz 54,1% und in Deutschland 37,9%.

Bruttowertschöpfung und Erwerbstätigkeit nur dieser privat finanzierte externe Teil erfasst. Die öffentlich geförderte pharmazeutische Forschung ist hier nicht berücksichtigt.

Für das Coronajahr 2020 lassen sich vorläufige Aussagen treffen. Die bayerische pharmazeutische Industrie verzeichnete im Gegensatz zur Gesamtwirtschaft auch im Jahr 2020 einen weiteren Anstieg der Bruttowertschöpfung. Sie hat damit zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage beigetragen.

Die Wertschöpfungsentwicklung im genannten Zeitraum 2010 – 2020 wurde durch die Rahmenbedingungen deutlich beeinflusst. Zu unterscheiden sind hier die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf den verschiedenen Wertschöpfungsstufen und in der Distribution der pharmazeutischen Produkte sowie die ökonomischen Rahmenbedingungen einschließlich der Entwicklung des Weltmarktes. Für den inländischen Warenabsatz in Deutschland kam dabei den Erstattungsregelungen durch die Krankenkassen eine besondere Bedeutung zu.

Die Gesundheitsausgaben insgesamt sowie die darin enthaltenen Arzneimittelausgaben sind in Bayern gemessen am Bevölkerungsanteil unterdurchschnittlich.

## Annex A: Gesamtwirtschaftliche und pharmazeutische Eckwerte

Abbildung 15: Gesamtwirtschaftliche Eckwerte 2000 – 2020.

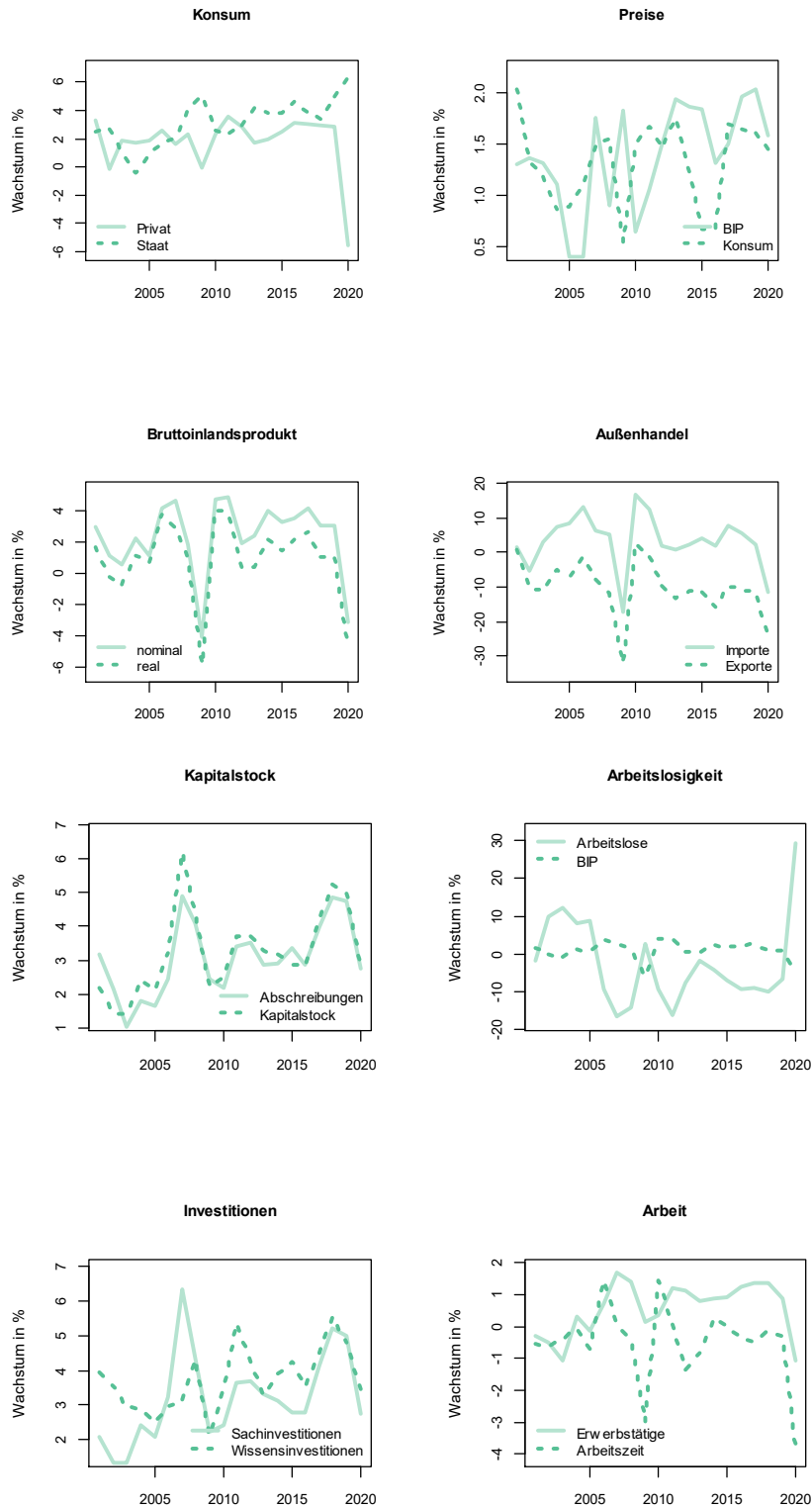


Abbildung 16: Gesundheits- und Pflegeversorgung 2000 – 2020.

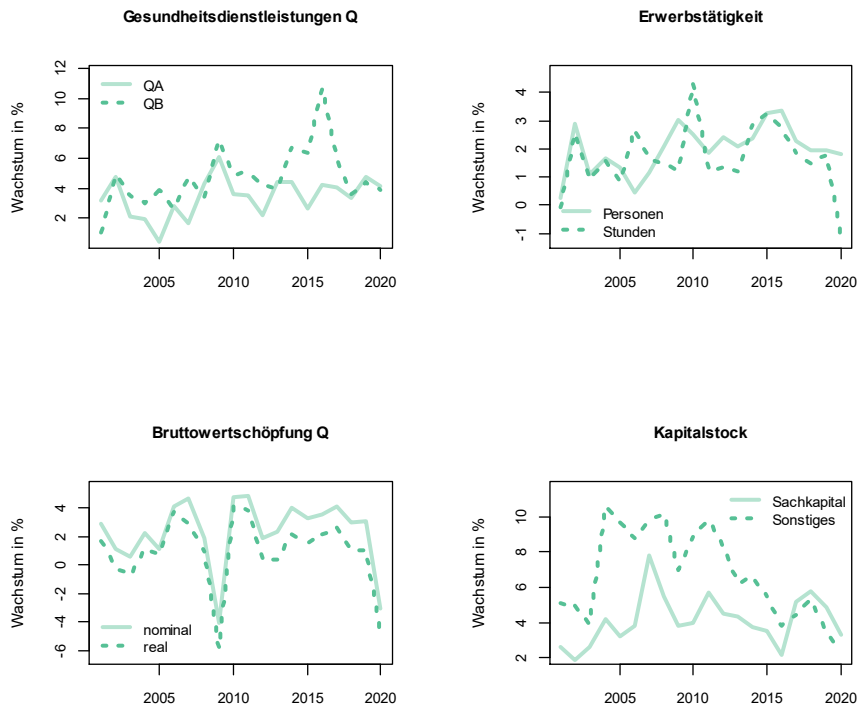


Abbildung 17: Arzneimittelmarkt 2000 - 2020

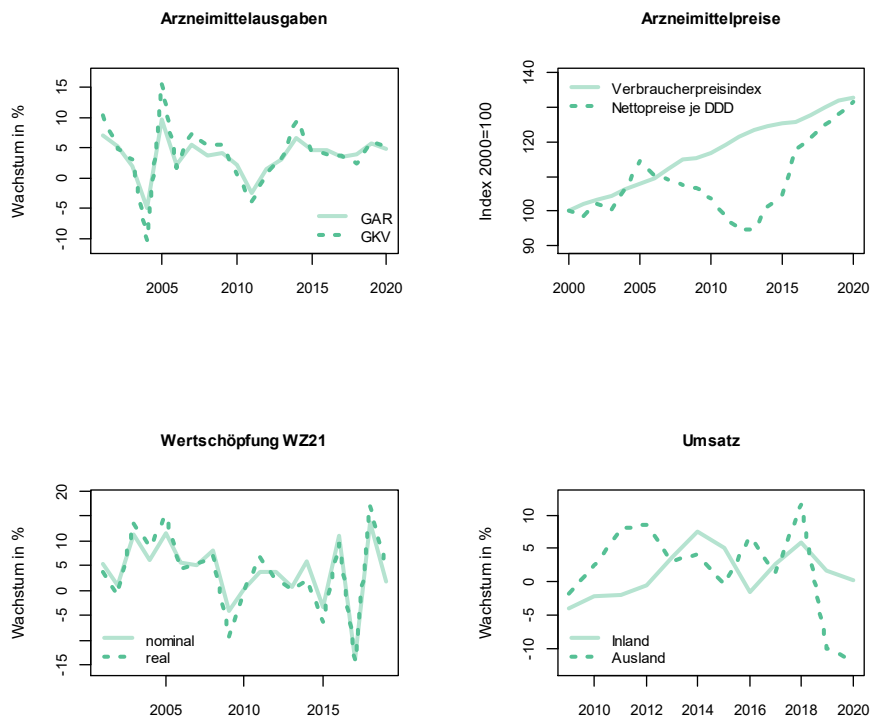
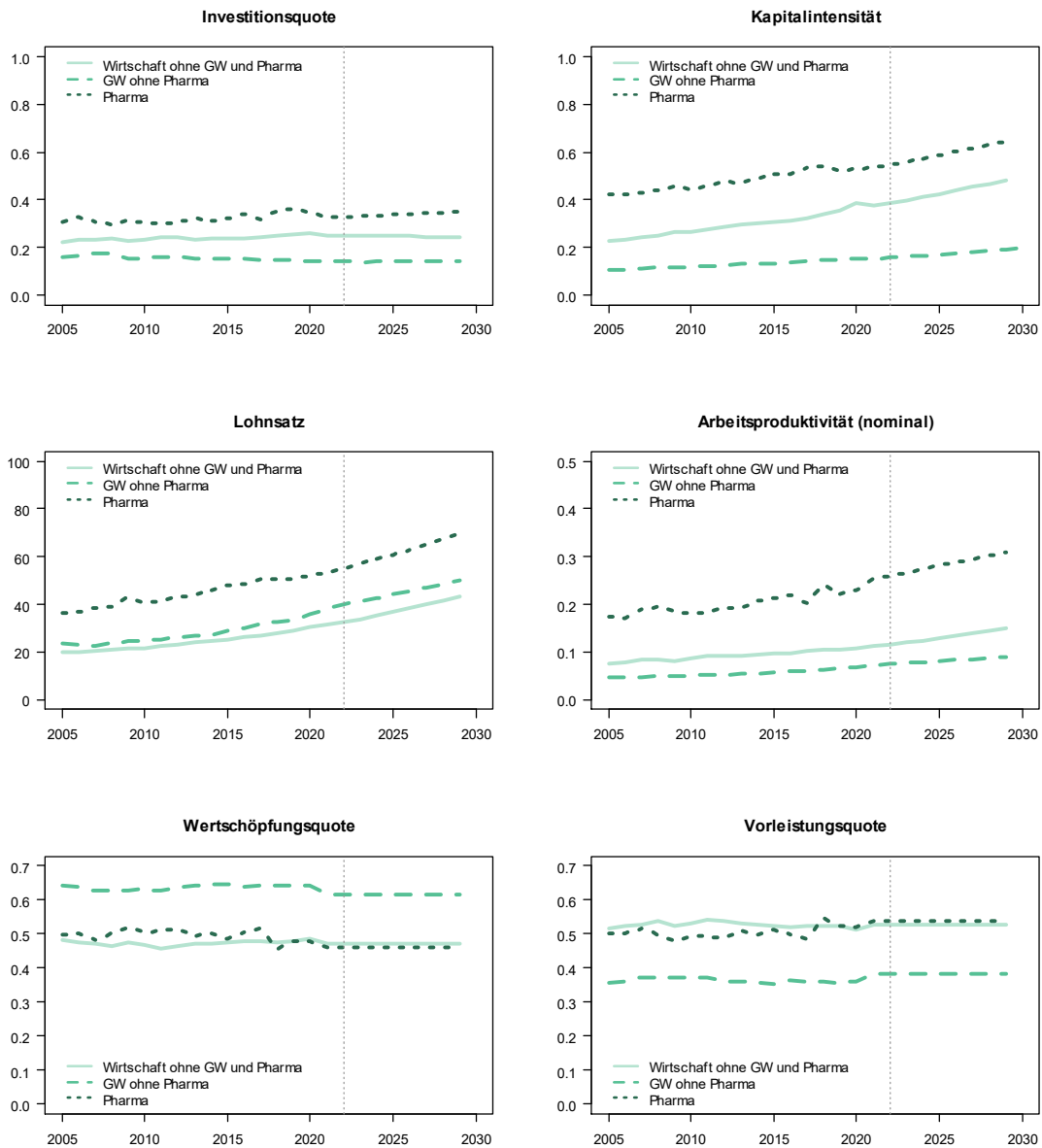


Abbildung 18: Entwicklung ausgewählter Kennziffern im Zeitraum 2005 – 2030.



## Annex B: Methodische Erläuterungen

Die methodische Vorgehensweise zur Berechnung der Wertschöpfung folgt der seit dem Jahr 1997 fortlaufend aktualisierten Methodik der regionalen Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (BASYS|RHA) und der Studie „Die gesundheitswirtschaftliche Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie in Bayern“ verwendet.<sup>93</sup> Wichtig ist hierbei der Industrie-/Produktmix der Pharmazeutischen Industrie. Statistiken zur Berechnung der Kosten oder der Wertschöpfung sind in der Regel industriebezogen, Märkte und ihre Regulierung in der Regel hingegen produktbezogen. In der Berechnung werden deshalb beide Seiten unterschieden (Generika- und Patentmarkt, Human- und Tierarzneimittel, Handel und Herstellung). Praktisch bedeutet dies, dass der Fertigarzneimittelmarkt der GKV hinsichtlich Patent- und Generikamarkt sowie sonstiger Märkte getrennt dargestellt wird. Dadurch können die Preiseffekte und Regulierungswirkungen differenziert analysiert und beschrieben werden. Diese Differenzierung ist auch notwendig, um die Bedeutung der Pharmazeutischen Industrie für die Investitionen in Forschung und Entwicklung zu zeigen, da diese aus Erträgen der neuen Wirkstoffe zu finanzieren sind.<sup>94</sup> In einer rein güterbezogenen Input-Output-Tabelle „verschwinden“ diese Forschungsleistungen der Pharmazeutischen Industrie, da sie dem Bereich „Forschung“ zugerechnet werden.

Die VGR verknüpfen für die Berechnung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) einen industrie- und güterbezogenen Ansatz, wobei sich die Summen zentraler Eckgrößen über alle Industrie- und Güterbereiche decken. Dies gilt jedoch nicht auf Ebene der einzelnen Industrien. Dies führt zu einer systematischen Unterschätzung der Pharmazeutischen Industrie. Die güterbezogene Abgrenzung hat jedoch auch ihre Tücken, da gleiche Güter nach unterschiedlichen Kriterien abgegrenzt werden können. So können beispielsweise Antibiotika in der Landwirtschaft oder im Krankenhaus eingesetzt werden. Letztlich sind deshalb für die Berechnung branchenspezifischer Werte mehrere Klassifikationen heranzuziehen, welche in eine sogenannte Güterstromanalyse münden, die es gestattet, Angebot und Nachfrage unter Berücksichtigung des Außenhandels zur Deckung zu bringen.

Eine weitere Differenzierung erfolgt auch auf der Finanzierungsseite, wodurch die industriepolitische Bedeutung von Eingriffen in den GKV-Markt transparent wird. Für die länderbezogene Darstellung der Pharmazeutischen Industrie ist ein Bezug zu den VGR der Länder und den industriepolitischen Eckwerten erforderlich, wie sie im Industriebericht 2021 des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft veröffentlicht werden.<sup>95</sup> Der jährliche Industriebericht baut auf der Industrieklassifikation „WZ 2008“ auf. Der Wirtschaftszweig 21 „Pharmazeutische Industrie“ untergliedert sich danach weiter in 21.1 „Herstellung von pharmazeutischen Grundstoffen“ und 21.2 „Herstellung von pharmazeutischen

---

<sup>93</sup> Ziel von BASYS|RHA ist, ein differenziertes Bild der Struktur der Produktion, der Wertschöpfung und der Produktivität des Gesundheitssystems und der Gesundheitswirtschaft sowie deren Finanzierung für die 16 Länder Deutschlands zu zeichnen.

<sup>94</sup> Analoges gilt beispielsweise für die Investitionsgüter im Maschinenbau.

<sup>95</sup> Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie 2021, [www.stmwi.bayern.de](http://www.stmwi.bayern.de).

Spezialitäten und sonstigen pharmazeutischen Erzeugnissen“.<sup>96</sup> In Bayern ist die Pharmazeutische Industrie untererfasst, da namhafte Unternehmen als Großhandelsunternehmen eingestuft werden.<sup>97</sup> Außerdem weicht die Abgrenzung nach WZ 2008 von der güterbezogenen Betrachtung ab, wie sie in der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung<sup>98</sup> (GGR) vorgenommen wird. Letztere fokussiert im Kernbereich auf die Humanarzneimittel.

Wachstum und Produktivität werden üblicherweise nicht nominal, sondern real dargestellt. In der regionalen Betrachtung stellt sich daher unter anderem die Frage, ob die Preisentwicklung in Bayern von derjenigen des Bundes abweicht. Auch wenn die Ergebnisse der VGR nur geringe Abweichungen zeigen, so ist diesem Aspekt aus Konsistenzgründen Rechnung zu tragen. Die Preisbereinigung wird aus Konsistenzgründen ebenfalls für andere Segmente der Gesundheitswirtschaft und für die Gesamtwirtschaft durchgeführt. Da die VGR nur begrenzt Informationen zur Gesundheitswirtschaft bereitstellen, werden die Preise zur Gesundheitswirtschaft und zum Arzneimittelmarkt aus verschiedenen Datenquellen zusammengetragen.

Als Grundlage für die Analyse der indirekten und induzierten gesundheits- und gesamtwirtschaftlichen Effekte wurde das statische und das dynamische Input-Output-System und die Erweiterung zu einem dynamischen Gleichgewichtsmodell herangezogen werden. Die Modellierung der Verteilungs- und Umverteilungsvorgänge zur Abschätzung der Beitragssatzeffekte richtet sich dabei nach Methoden der erweiterten Input-Output-Analyse und der Sozialrechnungsmatrix. Die dynamischen Effekte sind zentraler Gegenstand der Analyse und werden explizit für den Zeitraum 2021 - 2030 simuliert.<sup>99</sup> Die Einkommensumverteilung wird über die Berechnung der verfügbaren Einkommen erfasst.<sup>100</sup>

---

<sup>96</sup> Nicht dazu zählen beispielsweise der Anbau von Pflanzen für pharmazeutische Zwecke (01.28), Herstellung von Kräutertees (Pfefferminze, Eisenkraut, Kamille usw.) (s. 10.83), Herstellung von pharmazeutischen Bedarfsartikeln aus Glas (23.19), Herstellung von Zahnfüllungen und Zahnzement (s. 32.50), Herstellung von Knochenzement (s. 32.50), Herstellung von chirurgischen Abdecktüchern (s. 32.50), Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 46.46), Einzelhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 47.73), Forschung und Entwicklung für pharmazeutische (auch biotechnische) Erzeugnisse (s. 72.1), Verpacken von pharmazeutischen Erzeugnissen (s. 82.92); siehe Eurostat 2008.

<sup>97</sup> Jeder der in den statistischen Unternehmensregistern verzeichneten statistischen Einheiten ist ein WZ-Kode zugeordnet, und zwar gemäß ihrer Haupttätigkeit. Die Haupttätigkeit ist die Tätigkeit, die den größten Beitrag zur Wertschöpfung dieser Einheit leistet (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, S. 23).

<sup>98</sup> Vgl. Abgrenzung Humanarzneimittel in Schneider, Ostwald, Karmann, Henke, Braeseke 2016.

<sup>99</sup> Leontief, W. 1970. "The Dynamic Inverse," in Anne P. Carter and Andrew Bródy (eds.), Contributions to Input-Output Analysis, Vol. 1 of Proceedings of the Fourth International Conference on Input-Output Techniques. Geneva, 1968. Amsterdam: North-Holland, pp. 17–43. ten Raa, T. (2005), The Economics of Input-Output Analysis, Cambridge University Press; Miller, R. E., Blair, P. D. (2009), Input-Output Analysis, Foundations and Extensions, 2nd ed., Cambridge University Press, Cambridge.

<sup>100</sup> Schneider, M., et al. (2016), Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Nomos.