

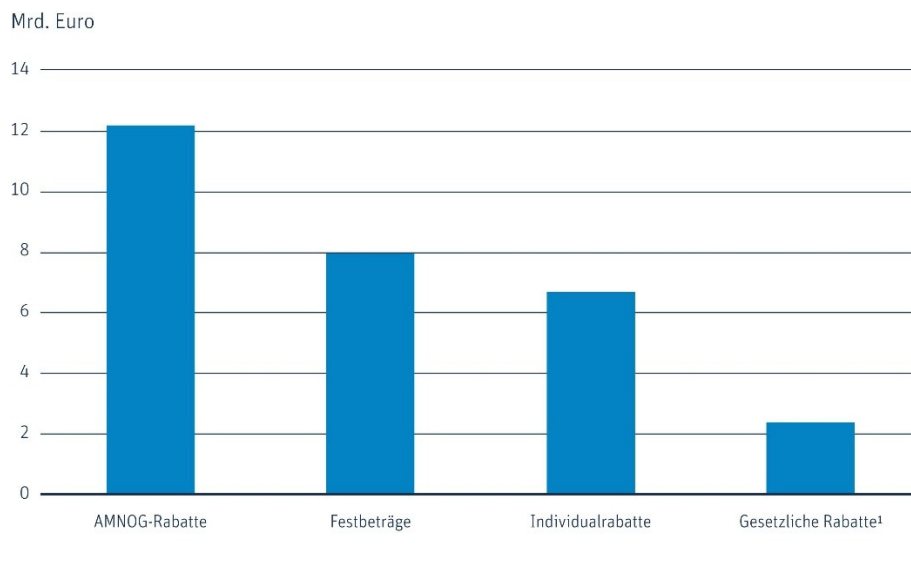
FAKTENANALYSE: BEITRAG DER PHARMA ZUR GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNG

1. IST DIE PHARMA „GUT WEGGEKOMMEN“?

Nina Warken, Bundesministerin für Gesundheit, sowie weitere wesentliche Entscheidungsträger im Gesundheitssektor betonen immer wieder, dass alle Akteure einen Einspar-Beitrag zur Erreichung des Ziels der Beitragssatzstabilität leisten müssten („*Jeder leistet entsprechend seiner Kostenverursachung auch den Beitrag*“ (o.V. 2026)). Oft wird in der politischen Diskussion behauptet, dass die pharmazeutische Industrie „gut weggekommen sei“. Diese Diskussion hat eine Schiefelage:

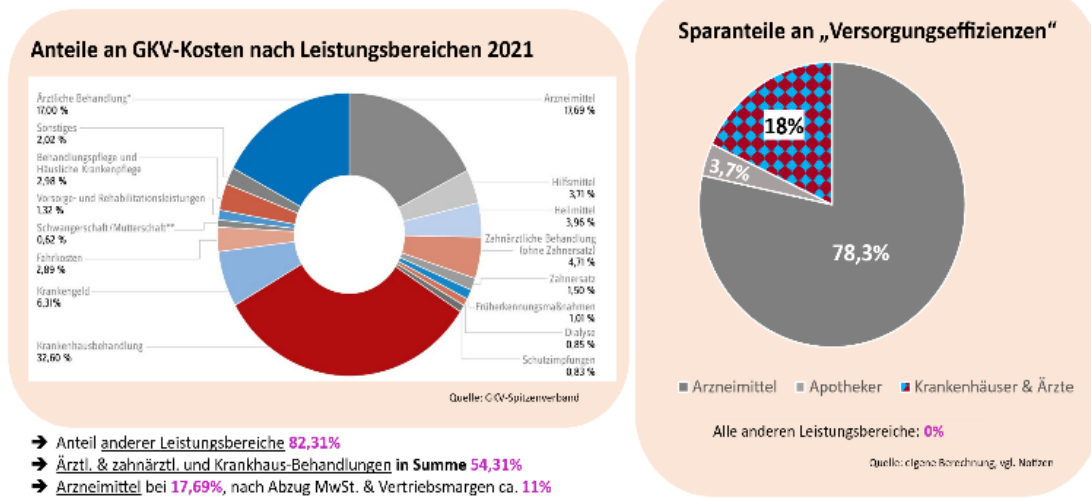
- **Die pharmazeutische Industrie leistet mit 29 Mrd. EUR in 2025 schon heute einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Stabilisierung des GKV-Systems!** Dies belegen Zahlen des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa): <https://www.vfa.de/de/gesundheitsversorgung/arsneimittelmarkt/arsneimittelmarkt-in-zahlen>. Ziemlich sicher nahezu ausschließlich dem Patentmarkt können die AMNOG-Rabatte (ca. 12 Mrd. EUR) und die gesetzlichen Rabatte (ca. 2 Mrd. EUR) zugeordnet werden. So wird etwa die Hälfte (mindestens 14 Mrd. EUR) dieses Sparbeitrags vom Patentmarkt getragen. Es ist uns nicht bekannt, dass andere Sektoren im Gesundheitswesen ähnliche Sparbeiträge leisten würden.
- **Beim GKV-FinStG von 2023 hat Pharma fast 80 % der Einsparungen der Leistungserbringer tragen müssen.** Die folgenden Abbildungen machen dies deutlich.

Pharma leistet hohen Sparbeitrag



Quelle: vfa-Schätzung nach IGES (NVI); Festbeträge: GKV-SV (Pressemitteilung 19.06.2019); Datenstand: 2025; ¹ Gesetzliche Rabatte inkl. Kombinationsabschlag

Kontrast GKV-Kostenanteil vs. Spargesetz-Anteil



- **Auch beim geplanten GKV-BStabG würden die Hersteller innovativer, patentgeschützter Arzneimittel wieder weit überproportional belastet werden.** Dies zeigt die nachfolgende Tabelle, die die zusätzlichen Be- und Entlastungen der innovativen Arzneimittelindustrie durch das geplante GKV-BStabG auflistet - beruhend auf Schätzungen der Bundesregierung im Kabinettsentwurf des GKV-BStabG.

	2027	2028	2029	2030
Herstellerrabatt + Dynamik	1,10	1,90	3,50	5,50
Preis-Mengen-Regelung	0,00	0,06	0,15	0,45
Rabattverträge Patentarzneimittel	0,00	0,20	0,40	0,60
Herstellerabschlag Impfstoffe	0,00	0,06	0,15	0,45
Verlängerung Preismoratorium bis 2030				
SUMME BELASTUNGEN (BRUTTO)	1,10	2,22	4,20	7,00
Abschaffung Leitplanken	0,15	0,30	0,45	0,60
Abschaffung Kombirabatt	0,06	0,16	0,19	0,20
SUMME ENTLASTUNGEN	0,21	0,46	0,64	0,80
SUMME BELASTUNGEN (NETTO)	0,89	1,76	3,56	6,20
Erhöhung zum Vorjahr		0,87	1,80	2,64
Erhöhung zum Vorjahr in %		+ 98 %	+102 %	+74 %

Angaben in Mrd. EUR (falls nicht anders angegeben)

Auffallend ist zunächst, dass die Belastung im Zeitverlauf exponentiell ansteigen wird (bis 2030 um 5,31 Mrd. EUR bzw. fast 600 %). Zudem wird ersichtlich, dass die Entlastungen die Belastungen nicht annähernd ausgleichen können. Pharma wird erneut überproportional belastet: Die Leistungserbringer und Krankenkassen erbringen im Jahr 2027 gemäß der Anga-

ben im Gesetzentwurf 11,2 Mrd. EUR an Einsparungen (vgl. nachstehende Tabelle). Die innovativen Arzneimittelhersteller – der patentfreie Markt ist von den Maßnahmen kaum betroffen – erbringen im Jahr 2027 mindestens einen Sparbeitrag von 0,9 Mrd. EUR (die obige Tabelle enthält nicht alle Pharma betreffenden Maßnahmen, z.B. fehlt die Quantifizierung der Verlängerung des Preis moratoriums). Das sind mindestens 7,9 % der Einsparungen aller Leistungserbringer und Krankenkassen. Patentarzneimittel haben ohne MwSt. und Vertriebsmargen jedoch nur einen Anteil von 7,6 % an den Leistungsausgaben und einen Anteil von 7,3 % an den gesamten GKV-Ausgaben (zur Herleitung dieser Zahl vgl. Kapitel 2).

Im Jahr 2030 beträgt das Verhältnis der Einsparungen durch innovative Arzneimittelhersteller zu den Einsparungen insgesamt aller Leistungserbringer nach den Prognosen des Kabinettsentwurfs dagegen schon 6,2 Mrd. EUR zu 28,7 Mrd. EUR - dies entspräche 21,6 % der gesamten Einsparungen. **Damit würden innovative, patentgeschützte Arzneimittel erneut, wie bereits jetzt schon sowie insbesondere durch die Maßnahmen des GKV-FinStG, in weit überproportionalem Maße belastet.**

	Angaben in Milliarden Euro			
	2027	2028	2029	2030
Deckungslücke für einen stabilen Zusatzbeitragssatz in Höhe von 2,9 Prozent	15,3	21,5	31,9	40,4
Gesamtentlastung durch den Gesetzentwurf	16,3	23,1	31,1	38,1
<i>davon:</i>				
Minderausgaben	13,7	18,8	25,1	31,5
<i>davon:</i>				
Leistungserbringer, Hersteller, Krankenkassen	11,2	16,2	22,4	28,7
<i>darunter:</i>				
Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik	4,4	8,7	14,1	18,8
Streichung Sondervergütungen	3,5	3,8	4,0	4,3
Sonstige Maßnahmen	3,4	3,7	4,2	5,6
Patientinnen und Patienten	2,5	2,6	2,7	2,8
<i>darunter:</i>				
Leistungsanpassung	0,6	0,6	0,6	0,6
Zuzahlungen	1,9	2,0	2,1	2,2
Mehreinnahmen	4,3	5,9	6,0	6,1
<i>davon:</i>				
Arbeitgeber	3,1	3,2	3,3	3,3
<i>darunter:</i>				
Beitrag für geringfügig Beschäftigte	1,9	1,9	1,9	1,9
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,3	1,3	1,3	1,4
Mitglieder	1,2	2,7	2,8	2,8
<i>darunter:</i>				
Anhebung Bemessungsgrenzen	1,2	1,2	1,2	1,3
Anpassung beitragsfreie Mitversicherung	-	1,5	1,5	1,5
Bund	-1,8	-1,5	0,0	0,5
<i>darunter:</i>				
Verschiebung Rückzahlung Darlehen	0,0	0,0	1,0	1,0
Beiträge für Grundsicherungsempfänger	0,3	0,5	1,0	1,5
Absenkung Bundeszuschuss	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
Nachrichtlich				
Abgabe auf zuckergesüßte Getränke*	-	0,5	0,5	0,5

* nicht in diesem Gesetz geregelte, aber seitens der Bundesregierung geplante Maßnahme, deren Finanzwirkung hier nur nachrichtlich ausgewiesen und daher nicht in den Gesamtwirkungen berücksichtigt wird.

2. ANTEIL DER PATENTARZNEIMITTEL AN DEN GKV-AUSGABEN

Der Anteil der Patentarzneimittel – nach Abzug der Mehrwertsteuer und der Vertriebsmargen – an den GKV-Ausgaben kann nur durch Ableitung ermittelt werden. Das BMG weist den Patentmarkt nicht gesondert aus. Daher wird hier auf Zahlen des WIdO zurückgegriffen (Quellen: Der GKV-Arzneimittelmarkt: Klassifikation, Methodik und Ergebnisse 2025; <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/arsneimittel-kompass/2025/>). Diese Quellen stellen Daten für 2024 zur Verfügung. Für 2025 liegen noch keine Daten vor.

Allerdings unterscheiden sich die Daten von denen des BMG, da insbesondere die gesetzlichen Rabatte vom WIdO (warum auch immer) bei ihren Analysen nicht zum Abzug gebracht werden. Aus nachstehenden Quellen wurden die im folgenden verwendeten Daten (Stand 2024) herangezogen:

Kostenart	Wert	Quelle
GKV-Ausgaben insgesamt	326,7 Mrd. EUR	BMG
GKV-Leistungsausgaben	311,7 Mrd. EUR	BMG
GKV-Arzneimittelausgaben	55,3 Mrd. EUR	WIdO
GKV-Patentmarkt	32,0 Mrd. EUR	WIdO

Da das WIdO die **Herstellerrabatte** (1,871 Mrd. EUR in 2024) nicht abzieht, müssen diese noch zum Abzug gebracht werden. **Es ergeben sich Netto-Ausgaben für Patentarzneimittel von 30,129 Mrd. EUR in 2024.**

Die **Mehrwertsteuer** lässt sich wie folgt herausrechnen (30,129 Mrd. EUR x 100/119 = 25,318 Mrd. EUR): **Ohne MwSt. (4,811 Mrd. EUR) betragen die Ausgaben für Patentarzneimittel nur noch 25,318 Mrd. EUR.**

Der **Apothekenfixzuschlag** lag 2024 bei rund 6,76 EUR (8,35 EUR Festzuschlag + 0,21 EUR Notdienstzuschlag + 0,20 EUR pharmazeutische Dienstleistungen – 2,00 EUR GKV-Apothekenabschlag). Für 2024 ergibt sich bei ca. 52 Mio. Verordnungen ein Betrag von 0,352 Mrd. EUR (52.000.000 * 6,76 EUR = 351.520.000,00 EUR). **Ohne Mehrwertsteuer und Apothekenfixzuschlag betragen die Kosten nur noch 24,966 Mrd. EUR.**

Die **Apothekenmarge** beträgt 3 % bzw. 0,727 Mrd. EUR. **Wird diese ebenfalls herausgerechnet, ergibt sich ein Betrag von 24,239 Mrd. EUR** (24,966 Mrd. EUR x 100/103 = 24,239 Mrd. EUR). Insgesamt lag die Apothekenvergütung demnach bei gut 1 Mrd. EUR (0,727 Mrd. EUR + 0,352 Mrd. EUR = 1,079 Mrd. EUR).

Die **Großhändler erheben einen Festzuschlag** von 0,73 EUR pro Packung. Bei 52 Mio. Verordnungen ergibt dies rund 0,038 Mrd. EUR. **Es bleiben dann nur noch Kosten von 24,201 Mrd. EUR für Patentarzneimittel** (24,239 Mrd. EUR - 0,038 Mrd. EUR = 24,201 Mrd. EUR).

Ferner **dürfen die Großhändler einen Zuschlag** von 3,15 %, höchstens jedoch 37,80 EUR erheben. Der Höchstbetrag wird bei einem Preis von 1.200 EUR erreicht. Laut WIdO betrug der Umsatzanteil von Verordnungen mit Kosten über 1.000 EUR im Jahr 2024 48,7 %. Das entspricht hier rund 11,786 Mrd. EUR (24,201 Mrd. EUR x 0,487). Laut WIdO legen diesem Umsatz etwa 11,2 Mio. Verordnungen zugrunde. Das mit dem Höchstsatz von 37,80 EUR berechnet, ergibt eine Marge von rund 0,423 Mrd. EUR (11,2 Mio. x 37,80 EUR = 423 Mio. EUR).

Es verbleiben damit Restkosten für Patentarzneimittel von 23,778 Mrd. EUR.

Die untenstehende Abbildung fasst die Ergebnisse zusammen. Diese Werte stellen wahrscheinlich eine Überschätzung dar. Zudem sind schon die im Gesetzentwurf getätigten Annahmen zu den einzelnen Einsparvolumina ihrerseits nicht hinreichend plausibilisierbar. Preis-Mengen-Regelungen beziehen sich beispielsweise auf den rein virtuellen, tatsächlich nie realisierten maximalen Gesamtumsatz auf Basis

des vollem nutzenbasierten Erstattungsbetrag der Vorjahre. Gesetzliche und freiwillige Rabatte bleiben gänzlich unberücksichtigt. Anhand von Marktdaten ist klar erkennbar, dass hier ein wesentlich höheres Belastungsvolumen als die für das Jahr 2028 angenommenen 0,06 Mrd. € realisiert werden wird.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass andere Quellen einen deutlich unter 50 % liegenden Kostenanteil von Patentarzneimitteln an den GKV-Arzneimittelausgaben angeben (<https://www.vfa.de/de/gesundheit-versorgung/arzneimittelmarkt/arzneimittelmarkt-in-zahlen>).

Anteil der patentgeschützten Arzneimittel an den GKV-Ausgaben (2024)

Ausgabenkategorie	in Mrd. EUR	Anteil insgesamt	Anteil Leistungen
Ausgaben insgesamt	326,849	100,0%	-
Leistungsausgaben insgesamt	311,728	95,4%	100,0%
Arzneimittel	55,247	16,9%	17,7%
Patentgeschützte Arzneimittel	30,129	9,2%	9,7%
Patentarzneimittel ohne MwSt.	25,318	7,7%	8,1%
Patentarzneimittel ohne MwSt. und ohne Apothekenmarge	24,239	7,4%	7,8%
Patentarzneimittel ohne MwSt., ohne Apothekenmarge und ohne Großhandelsmarge	23,778	7,3%	7,6%

Quelle: WIdO/BMG

3. URSACHEN LEBENSVERLÄNGERUNG

Der Ansatz, dass alle Sektoren im GKV-BStabG gleichermaßen belastet werden müssen, ist ökonomisch nicht überzeugend. Grundsätzlich sollte dort gespart werden, wo die geringsten gesellschaftlichen Kosten entstehen. **Dort, wo hohe gesellschaftliche Schäden durch das Sparen entstehen könnten, sollte dagegen nicht gespart werden.**

Eine US-Analyse hat ermittelt, dass 44 % der erhöhten US-Lebenserwartung von 3,3 Jahren im Zeitraum 1990 bis 2015 auf Verbesserungen im Bereich „Public Health“ zurückzuführen sind, 35 % auf Fortschritte in der Arzneimitteltherapie und 13 Prozent durch Verbesserungen der sonstigen medizinischen Versorgung (Buxbaum et al. 2020). Wird allein die Verlängerung der Lebenserwartung durch die medizinische Versorgung im Gesundheitssystem betrachtet, so erklärt diese rund 47 % (13 % + 35 %) der erhöhten Lebenserwartung. Das bedeutet, dass fast 75 % ($35/47 = 74,5$) der durch die im Gesundheitssystem erreichten Lebensverlängerung auf Arzneimittelinnovationen zurückzuführen sind (Steutel 2021).

In mehreren ökonometrischen Studien konnte Lichtenberg nachweisen, dass Arzneimittel einen großen Anteil an der Verlängerung des Lebens in den letzten Jahrzehnten hatten (Lichtenberg 2011, 2012, 2018, 2019, 2020, und Lichtenberg und Krstovski 2025). Einer Lichtenberg-Analyse von 2022 zufolge hat sich durch Arzneimittelinnovationen das durchschnittliche Sterbealter in den untersuchten 26 Ländern zwischen 2006 und 2016 schätzungsweise um 1,23 Jahre erhöht. Das entsprach 73 % des beobachteten Gesamtanstiegs der Lebenserwartung. Die geschätzten Kosten pro gewonnenem Lebensjahr betragen für die 26 untersuchten Länder knapp 14.000 US-Dollar (Lichtenberg 2022). Dieser überraschend niedrige Wert ist die Folge des Kreislaufcharakters von Arzneimittelinnovationen. Nach dem

Ende des Patentschutzes steht die Innovation der Gesellschaft dauerhaft zu oft sehr geringen Kosten zur Verfügung.

Der Beitrag zur Verlängerung der Lebenserwartung von innovativen Arzneimitteln liegt in einem Intervall von 35 % bis 75 %. Damit liegt dieser weit über dem Anteil an den Gesundheitsausgaben.

Zudem ist die Verlängerung von Leben nicht der einzige Nutzeffekt von Arzneimitteln und der sie herstellenden Industrie.

4. WEITERE NUTZEFFEKTE INNOVATIVER ARZNEIMITTEL UND DER FORSCHENDEN INDUSTRIE

- **Senkung von Gesundheitskosten:** Einsparung von Krankenhauskosten z.B. durch HPV-Impfung, Hepatitis C Medikamente, verbesserte onkologische Therapien und viele mehr (<https://bdi.eu/de/publications/effizienzpotenziale-von-innovationen-fuer-das-gesundheitswesen>)
- **Weitere positive volkswirtschaftliche Effekte:** Reduzierung der Fehlzeiten, Vermeidung krankheitsbedingter Arbeitsausfälle, höhere Produktivität etc. (<https://www.vfa.de/de/gesundheitsversorgung/arzneimittelmarkt/innovationsradar>)
- **Wert für die Versorgung der Patientinnen und Patienten:** Arzneimittel leisten einen wichtigen Beitrag, die Lebensqualität von kranken Menschen zu erhöhen, z.B. (Beck et al. 2025):
 - Durch moderne Medikamente gegen Multiple Sklerose konnten nicht nur im Durchschnitt sieben Lebensjahre gewonnen werden, sondern die Häufigkeit schwerer Behinderungen 15 Jahre nach der Diagnose von 40 % auf rund 10 % reduziert werden.
 - Bei Patientinnen und Patienten mit Hämophilie konnten die verlorenen Lebensjahre um 86 % und die Anzahl der spontanen Blutungen um 95 % reduziert werden.
 - Bei psychisch oft stark belastenden, immunvermittelten Systemerkrankungen der Haut konnte der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen die Symptome um mehr 90 % zurückgehen von knapp 15 % auf über 90 % gesteigert werden.
 - In der zitierten Veröffentlichung (Beck et al. 2025) und online finden sich eine Vielzahl weiterer Beispiele (Vintura 2025 - <https://lawg-deu.de/studie-wert-von-innovationen-vintura>, Pharma Fakten 2025 - <https://pharma-fakten.de/schlagworte/schlagwort/wie-innovation-krankheit-besiegt>).

- Serie: Wie Innovation Krankheit besiegt



5. WEITERE VOLKSWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN DES SPARENS AN INNOVATIVEN ARZNEIMITTELN UND DER FORSCHENDEN INDUSTRIE

- **Volkswirtschaftlicher Schaden Herstellerrabatt-Erhöhung I:** Würde die Politik den Herstellerabschlag erhöhen, schadet das volkswirtschaftlich mehr als es nutzt. **Einer Rabattanhebung von 1 Euro steht ein volkswirtschaftlicher Wertschöpfungsverlust von 2,50 € bis zu 3,80 € gegenüber** (<https://pharma-fakten.de/news/herstellerrabatt-warum-diese-arzneimittel-sparplaene-ganz-deutschland-schaden>).
- **Arbeitsplatzverluste:** Über die fünf untersuchten Jahre gehen (direkt, indirekt und induziert) 67.300 bis zu 106.400 Erwerbsjahre verloren, also **13.500 bis 21.000 Vollzeitstellen**.
- **Volkswirtschaftlicher Schaden Herstellerrabatt-Erhöhung II:** Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass eine Abnahme der erwarteten oder tatsächlichen Einnahmen zu **weniger F&E-Investitionen** führen (Acemoglu und Linn 2004, Philipson und Durie 2021, Filson et al. 2025). Kostendämpfung hat demnach einen Preis.
- **Zeitenwende im Patentmarkt / MFN:** Wir haben im Patentmarkt eine Zeitenwende, die in der politischen Diskussion berücksichtigt werden sollte: Wenn der deutsche Preis den US-Preis senkt, entstehen maximale Risiken für die Versorgung in Deutschland. **Die Innovationslücke droht weiter aufzugehen – bereits heute haben wir schon eine Innovationslücke zu den USA von 30%** (<https://www.vfa.de/de/gesundheitsversorgung/amnog/innovationsrueckstand-arzneimittel-eu-usa>).
- **Verlagerung wirtschaftlicher Risiken auf die innovativen Arzneimittelhersteller:** Die Gesetzesvorlage sieht vor, den Herstellerabschlag für Arzneimittel ab der zweiten Hälfte 2027 an die Entwicklung der GKV-Einnahmen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zu koppeln. Sinkende beitragspflichtige Einnahmen würden dabei automatisch zu einer Erhöhung des ohnehin hohen Herstellerabschlags von 10,5 % führen. Die innovative pharmazeutische Industrie müsste damit die finanziellen Folgen einer allgemeinen wirtschaftlichen Schwäche tragen – und das, obwohl sie nur begrenzten Einfluss auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hat. **Der Mechanismus ist daher unsachgerecht und unverhältnismäßig und gerade wirtschaftspolitisch ausgesprochen problematisch.**

Trotz aller aufgezählten Folgen ist dies keinesfalls als Drohung zu verstehen! Die Hersteller haben sich dieses Zusammenspiel der Maßnahmen und der geopolitischen Konstellationen nicht ausgesucht – und auch die pharmazeutische Industrie möchte möglichst jedes ihrer Produkte in Deutschland einführen. Doch kann sich die Branche nicht der ökonomischen Logik entziehen.

Literatur

- Acemoglu D, Linn J. (2004), Market Size in Innovation: Theory and Evidence From the Pharmaceutical Industry, in: The Quarterly Journal of Economics, Vol. 119, No. 3 (Aug., 2004), pp. 1049-1090.
- Buxbaum J-D, Chernew ME, Fendrik AM et al (2020), Contributions of public health, pharmaceuticals, and other medical care to US life expectancy changes, 1990–2015. Health Aff 39(9):1546–1556.
- Filson D., Van Nuys K., Lakdawalla D., Goldman D. (2025), The Elasticity of Pharmaceutical Innovation: How Much Does Revenue Drive New Drug Development? In: Schaeffer Center White Paper Series, USC Schaeffer Institute for Public Policy & Government (Hrsg.), DOI: 10.25549/ABR5-N176.
- Lichtenberg F. R. (2011), Despite Steep Costs, Payments for New Cancer Drugs Make Economic Sense, in: Nature Medicine, Vol. 17, No. 244, 2011, online unter: <http://ssrn.com/abstract=1949303> (Download am 05.03.2026).
- Lichtenberg F.R. (2012), Pharmaceutical Innovation and Longevity Growth in 30 Developing and high-income Countries, 2000-2009, NBER Working Paper No. 18235, July 2012.
- Lichtenberg F.R. (2018) The Impact Of New Drug Launches On Life-Years Lost In 2015 From 19 Types Of Cancer In 36 Countries. Journal of Demographic Economics. 84(3):309-354. doi:10.1017/dem.2018.11.
- Lichtenberg F.R. (2019) How many life-years have new drugs saved? A three-way fixed-effects analysis of 66 diseases in 27 countries, 2000–2013. Int. Health 11:403–416. doi:10.1093/inthealth/ihz003.
- Lichtenberg F.R. (2020) How cost-effective are new cancer drugs in the U.S.? Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 20:1:39-55. DOI: 10.1080/14737167.2020.1709965.
- Lichtenberg F. R. (2022), The effect of pharmaceutical innovation on longevity: Evidence from the U. S. and 26 high-income countries, in: Economics and Human Biology 46 (2022) 101124. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101124> (Download am 11.03.2026)
- Lichtenberg F. R., Krstovski K. (2025), The impact of biomedical innovation on US mortality, 1999–2019: evidence partly based on 286 million descriptors of 27 million, in: Journal of Demographic Economics (2025), 1–27. doi:10.1017/dem.2024.27.
- o.V. (2026), „Sie schonen die Pharma-Industrie“: Warken gerät bei „Maischberger“ in Erklärungsnot, in: HNA vom 06.05.2026, <https://www.hna.de/politik/sie-schonen-die-pharma-industrie-warken-geraet-bei-maischberger-in-erklraerungsnot-zr-94293607.html> (Download am 11.05.2026).
- Philipson, T. J., & Durie, T. (2021). The evidence base on the impact of price controls on medical innovation (Working Paper No. 2021-108). Becker Friedman Institute for Economics at the University of Chicago, online unter: https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/2021/09/BFI_WP_2021_108.pdf (Download 10.03.2026)
- Steutel, H. (2021), Hochpreisige Arzneimittel: Mehr Perspektive als Herausforderung – Anmerkungen zu Preisen, Gewinnen und Fortschritten in der Arzneimitteltherapie, in: H. Schröder et al. (Hrsg.), Arzneimittel-Kompass 2021, https://doi.org/10.1007/978-3-662-63929-0_14, S. 209-223.