Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 12 // 4. November 2026

Fachgremium übergibt Bericht zur Standortklausel

Zum Download
Ergebnisbericht Standortklausel

Um die Zustimmung des Bundesrates zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) zu erwirken, hatten Koalitionsfraktionen und Bundesregierung ihre Absicht erklärt, pharmazeutischen Unternehmen Ausnahmen vom Herstellerabschlag zu gewähren. Im September 2026 wurde ein interministerielles Fachgremium aus Vertreterinnen und Vertretern von Wissenschaft, Industrie, Gewerkschaften, GKV-Selbstverwaltung, Ländern sowie Mitgliedern der Koalitionsfraktionen eingesetzt, das einen Vorschlag für eine gesetzliche Regelung erarbeiten soll. Voraussetzung ist die Wahrung der Beitragssatzstabilität.

Am 29.09.2026 hat das Gremium einen Bericht an das Bundeswirtschafts- und das Bundesgesundheitsministerium (BMWE/BMG) übergeben. Darin wird ein zweistufiges Modell für eine sogenannte Standortklausel vorgeschlagen:

- Verpflichtende Grundvoraussetzung, um als pharmazeutisches Unternehmen Ausnahmen geltend zu machen, sind zwei Prozent Arzneimittelstudienteilnehmer aus Deutschland.
- Der mit dem BStabG beschlossene zusätzliche Herstellerabschlag soll sich um zwei Prozentpunkte reduzieren, wenn das Unternehmen in Deutschland tarifgebunden ist.
- Eine weitere Entlastung um drei Prozentpunkte würde gewährt, sofern das Unternehmen hierzulande mindestens sieben Prozent seines GKV-Umsatzes in die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln investiert.
- Darüber hinaus kann ein Unternehmen durch Investitionen oder Produktion in Deutschland eine zusätzliche Entlastung von 3,5 Prozentpunkten erreichen.

Erfüllt ein pharmazeutisches Unternehmen alle Kriterien, summieren sich die Nachlässe auf insgesamt 8,5 Prozentpunkte.
Für das weitere Verfahren empfiehlt das Fachgremium dem Gesetzgeber, die Standortklausel möglichst zeitnah bei der Europäischen Kommission anzumelden. Die Bundesregierung plant derzeit, eine gemeinschafts- und beihilferechtlich konforme Regelung bis zum 01.01.2027 umzusetzen. In den Folgeregelungen zum BStabG wurde bereits vorsorglich eine Verordnungsermächtigung für die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen geschaffen.

Ein produktiver und resilienter Pharmastandort in Deutschland ist in einem gesamteuropäischen Versorgungskontext von zentraler Bedeutung. Die Förderung des Wirtschaftsstandorts ist in jedem Fall eine übergeordnete staatliche Aufgabe, die nicht aus den Sozialabgaben der gesetzlich Versicherten finanziert werden darf. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbands wären im Falle einer Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen Mindereinnahmen von bis zu 1,3 Milliarden Euro pro Jahr zu erwarten. Zur Gegenfinanzierung schlägt das Fachgremium keine verbindliche Regelung vor.

Grundsätzlich gilt: Das AMNOG-Verfahren muss überarbeitet und an aktuelle Entwicklungen angepasst und flexibilisiert werden. Künftig sollten die Evidenz für die Wirksamkeit und die Kosten eines neuen Arzneimittels Kriterien dafür sein, wie dessen Einführung in Deutschland begleitet, beziehungsweise gesteuert wird. Die Standortklausel kann nur ein Puzzlestück einer Reform der Arzneimittelversorgung in Deutschland sein, sie fällt ökonomisch aber in die Verantwortung des BMWE.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Digitalgesetz in der parlamentarischen Beratung

GeDIG

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

14.10.2026
Anhörung im Gesundheitsausschuss

08.10.2026
1. Lesung Bundestag

25.09.2026
1. Durchgang Bundesrat

15.07.2026
Kabinettsbeschluss

05.05.2026
Referentenentwurf

Nachdem das Bundeskabinett am 15.07.2026 den Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) beschlossen hat (siehe Berlin kompakt Nr. 10/2026), befindet sich das Gesetz inzwischen im parlamentarischen Verfahren. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss fand am 14.10.2026 statt.
Zuvor hatte sich bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetz positioniert und unter anderem weitergehende Befugnisse der Krankenkassen für die Datennutzung aus der elektronischen Patientenakte (ePA) gefordert. Die Bundesregierung hat signalisiert, den Kassen datengestützte Hinweise an die Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen zu ermöglichen.
Mit dem GeDIG werden Vorarbeiten für den Aufbau eines Primärversorgungssystems getroffen. Zu dem geplanten Gesetz hatte die Bundesregierung zuletzt einen Entwurf für Ende des Jahres angekündigt.

Digitalgestützter Einstieg in die ambulante Versorgung

Ein zentraler Baustein des GeDIG ist der digitale Einstieg in die medizinische Versorgung, etwa in die ambulant-ärztlichen Strukturen. Zunächst soll ein bundeseinheitliches, digitales Instrument zur medizinischen Ersteinschätzung über die ePA-App der Krankenkassen eingerichtet werden. Damit soll im Akutfall ein Arzttermin über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder eine digitale Terminplattform vermittelt werden.
Weiterhin soll eine digitale Bedarfseinschätzung geschaffen werden, mit der die medizinische Dringlichkeit eines Versorgungsfalls festgestellt und seine Zuordnung in die angemessene Versorgungsebene sichergestellt werden kann. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhalten die Aufgabe, gemeinsame Vorgaben zu erarbeiten. Geplant ist, dass die KBV das elektronische System dafür bereitstellt.

Zum Download
Regierungsentwurf GeDIG

B Die ePA muss zukünftig die zentrale Plattform für die Datenhaltung und den Datentransfer in der Kette von medizinischer Bedarfseinschätzung bis zur Terminvereinbarung und dem Termin vor Ort sein. Teure Parallellösungen verschiedener Anbieter sind der falsche Weg.

Die Kompetenzen müssen klar verteilt werden, um Fehlanreize zu verhindern: Die Zuständigkeit für den digitalen Versorgungseinstieg in der ePA sollte bei den Krankenkassen liegen, die ambulante Weiterversorgung in der Kompetenz der Ärzteschaft.

Gematik erhält weitere Kompetenzen

Der Regierungsentwurf des GeDIG sieht vor, die Kompetenzen der gematik auszuweiten. Sie soll zur Erfüllung ihrer Kernaufgabe, der Sicherstellung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI), zusätzliche Durchgriffsrechte zur Gefahrenabwehr erhalten. Zudem ist geplant, dass sie künftig TI-Komponenten und Dienste zentral ausschreiben und betreiben muss. Bereits in ihrem Koalitionsvertrag hatten sich Union und SPD auf die Weiterentwicklung der gematik verständigt.

B Mit der Kompetenzausweitung der gematik entstehen Mehrkosten, die überwiegend von den Beitragszahlenden getragen werden müssen. Dies vor dem Hintergrund, dass die gematik zu 93 Prozent aus Beitragsmitteln finanziert wird, der GKV-Spitzenverband jedoch nur 22,05 Prozent ihrer Gesellschafteranteile hält. Da die Krankenkassen den weitaus größten Teil der Finanzierung tragen, sollten sie auch die Entscheidungskompetenz haben. Darüber hinaus muss die Möglichkeit der Kassen gestärkt werden, selbständig Digitalservices im Marktwettbewerb zu entwickeln.

BARMER Versorgungs- und Forschungskongress 2026

„Primärversorgung der Zukunft: Zwischen Reformdruck und Versorgungsrealität?“ – Unter diesem Titel stand am 15.10.2026 der diesjährige BARMER Versorgungs- und Forschungskongress. In ihrem Koalitionsvertrag hat die schwarz-rote Bundesregierung verabredet, ein verbindliches System zur Patientensteuerung einzuführen. Vor diesem Hintergrund kamen Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis zusammen. Sie tauschten sich über die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung aus und über den Beitrag, den ein Primärversorgungssystem dabei leisten kann.

Primärversorgungssystem ist zentraler Reformbaustein

Die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Dr. Christiane Schenderlein MdB, wies in ihrem Impulsvortrag auf die Herausforderungen des demographischen Wandels hin und auf die Reformnotwendigkeiten, die sich daraus ergeben. Der Aufbau eines Primärversorgungssystems sei dabei ein zentraler Baustein. Beispielsweise sei eine digitale Bedarfseinschätzung notwendig, um Doppeluntersuchungen und unnötige Facharztbesuche zu vermeiden. Ein Primärversorgungssystem könne auch Rahmenbedingungen schaffen, damit die Beschäftigten im Gesundheitswesen gut arbeiten können, so Schenderlein. Man wolle nun stufenweise die Umsetzung angehen. Ende des Jahres plant das Bundesministerium für Gesundheit, dazu einen Gesetzentwurf vorzulegen.



Dr. Christiane Schenderlein MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit



Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER

Kein Nebeneinander von Primärversorgungssystem und Hausarztzentrierter Versorgung

Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, bewertete positiv, dass die Bundesregierung inzwischen von einem „Primärversorgungssystem“ spreche. Im Koalitionsvertrag sei noch von einem „Primärarztsystem“ die Rede gewesen. Ein künftiges Primärversorgungssystem sollte die Kompetenzen weiterer Berufsgruppen nutzen, so Straub. Dies dürfe jedoch nicht zu neuen Verteilungskämpfen um die bestehenden Budgets und Honorare führen.
Die elektronische Patientenakte müsse mit den Anwendungen einer digitalen Ersteinschätzung und der Terminvermittlung der vorrangige Zugangsweg in die Versorgung sein. Sorgen vor dem Einsatz Künstlicher Intelligenz bei der Ersteinschätzung teilt Straub nicht.
Dass das Nebeneinander von Primärversorgungssystem und Hausarztzentrierter Versorgung funktionieren könne und dabei wirtschaftlich sei, hielt Straub für ausgeschlossen. Zudem dürfe ein Primärversorgungssystem nicht allein als Gatekeeper und Maßnahme zur Kostenreduktion betrachtet werden.

In der anschließenden Diskussion nahm unter anderem die Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen in die Primärversorgung breiten Raum ein, etwa von Apothekerinnen und Apothekern oder von Pflegefachkräften. In weiteren Fachvorträgen wurde ein Blick auf Erfahrungen im internationalen Vergleich und auf konkrete Versorgungsprojekte geworfen.

bifg-ePaper zur ambulanten Arzneimittelversorgung

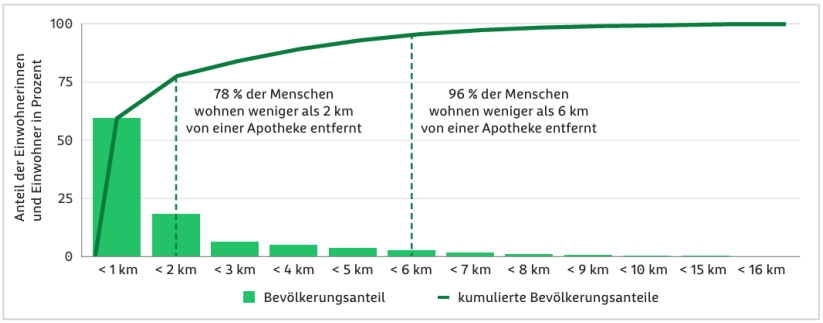
Obwohl die Zahl der Apotheken in Deutschland in den letzten Jahren gesunken ist, bewertet das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) den Zugang der Bevölkerung zur ambulanten Arzneimittelversorgung als gut. Basis für die aktuelle Analyse sind Daten von rund 8,3 Millionen Versicherten der BARMER.

Zum Download
bifg-ePaper
Wie kommen Patientinnen und Patienten zu ihrem Arzneimittel?

Arzneimittelversorgung in Deutschland bleibt wohnortnah

Zwischen 1991 und 2025 nahm die Zahl der „Vor-Ort-Apotheken“ von 20.108 auf 16.601 ab. Allerdings sind Apotheken für die meisten Menschen weiterhin grundsätzlich sehr gut erreichbar, so ein Ergebnis der bifg-Studie. Für 78 Prozent der Menschen liegt eine Apotheke weniger als zwei Kilometer vom Wohnort entfernt, 96 Prozent wohnen unter sechs Kilometer von einer Apotheke entfernt. Größere wohnortbezogene Entfernungen zu einer Apotheke sind vermehrt für Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt festzustellen.
Der überwiegende Teil, nämlich rund 90 Prozent der ambulanten Arzneimittelversorgung, erfolgt direkt in einer Apotheke. Botendienste (sechs Prozent) werden vorzugsweise von älteren Menschen oder Pflegebedürftigen genutzt. Die Versandapotheken spielen für die Belieferung mit rezeptpflichtigen Medikamenten eine untergeordnete Rolle.

Wegstrecke vom Wohnort zur nächsten Apotheke



Quelle: Berechnung bifg

Notwendigkeit einer zielgerichteten Weiterentwicklung der Apothekenvergütung

Kritisch beurteilt das Autorenteam die Vergütungssystematik für Apotheken. Im Durchschnitt gestalte sich die wirtschaftliche Situation der Apotheken in den letzten Jahren grundsätzlich positiv. Deshalb sei etwa die pauschale Erhöhung des Fixums auf 9,50 Euro für alle Apotheken ab 01.01.2027 falsch. Damit sei versäumt worden, Vergütungsanpassungen auf die Apotheken zu beziehen, die sich auch unter objektiven Maßstäben in betriebswirtschaftlich prekärer Situation befänden, jedoch nach der Apothekenreform eine wichtige Funktion in der wohnortnahen Versorgung innehaben. Eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Apothekenvergütung sei deshalb notwendig.

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik