Schriften des Vereins für Socialpolitik

Band 118

Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik

Herausgegeben von

Burkhardt Röper

Duncker & Humblot · Berlin

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 118

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 118

Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wettbewerbsprobleme auf dem Markt für Arzneimittel und staatliche Gesundheitspolitik

Herausgegeben von

Burkhardt Röper

DUNCKER & HUMBLOT / BERLIN

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der photomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten
© 1981 Duncker & Humblot, Berlin 41
Gedruckt 1981 bei Berliner Buchdruckerei Union GmbH., Berlin 61
Printed in Germany

ISBN 3 428 04958 6

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen des Herausgebers 7

1. Wettbewerbsprobleme auf der Anbieterseite 11

1.1 Erwin Rahner: Der vorstoßende, innovative Wettbewerb und der Wettbewerb der Nachahmer in der pharmazeutischen Industrie. (Zum Verhältnis von Produktinnovation und Preis als Aktionsparameter im Wettbewerb) 11

1.2 Klaus W. Dietrich: Zur Problematik der Preispolitik bei neuen und eingeführten Arzneimitteln 21

1.3 Schwerpunkte der Diskussion: Qualitätsvergleich zwischen innovativen und imitatorischen Produkten — Transparenzlisten — Nachahmerwettbewerb — „Besonderheiten" der pharmazeutischen Industrie 30

1.4 Goetz Alberti: Der Einfluß der Apotheker auf den Wettbewerb mit Arzneimitteln 57

1.5 Schwerpunkte der Diskussion: Preisunterschiede bei Arzneimitteln zwischen öffentlichen Apotheken und Krankenhaus-Apotheken — Stellung der Apotheke im Vertriebssystem des Pharma-Marktes 67

2. Wettbewerbsprobleme auf der Nachfrageseite 79

2.1 Erich Kaufer: Die Aufspaltung der Nachfrage nach Arzneimitteln in verschreibende Ärzte, Patienten als Verbraucher und Krankenkassen als Zahler 79

2.2 Schwerpunkte der Diskussion: Problematik der Nachfragesubventionierung — Anreizsysteme zur ökonomischen Steuerung der Nachfrage — Einige grundsätzliche Probleme des Sozialversicherungssystems .. 87

2.3 Edwin H. Buchholz: Welche Macht haben die gesetzlichen Krankenkassen auf dem Arzneimittelmarkt? 105

3. Der Einfluß der staatlichen Gesundheitspolitik auf den Arzneimittelmarkt 117

3.1 Franz Josef Oldiges: Der staatliche Einfluß im Konflikt zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerbspolitischen Zielen: Wettbewerbsverfälschende Wirkungen des Kostendämpfungsgesetzes? 117

3.2 Schwerpunkte der Diskussion: Soziale Aspekte im System der gesetzlichen Krankenversicherung — Wettbewerb zwischen Krankenkassen — Ziele und Instrumente des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, insbesondere die Konzertierte Aktion 132

Stichwortverzeichnis 165

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vorbemerkungen des Herausgebers

Die „Arbeitsgruppe Wettbewerb" entstand durch einen Beschluß des Wirtschaftspolitischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik im Jahre 1966, die Diskussion wettbewerbspolitischer Probleme für den besonders daran interessierten Kreis seiner Mitglieder in einem Unterausschuß weiter fortzusetzen.

Das gemeinsame Interesse an der Wettbewerbspolitik bei nicht selten voneinander abweichenden Standpunkten hat zu einem engen, wissenschaftlich fruchtbaren Verbund seiner Mitglieder geführt, von denen drei durch den Tod ausschieden (Siegfried Gabriel, Bernhard Griesbach und Theodor Wessels) und mehrere jüngere hinzukamen. Insgesamt zeigte die Arbeitsgruppe eine erstaunliche personelle Kontinuität.

Die Mitglieder — Hochschullehrer sowie ein Sachkundiger aus dem Bundeskartellamt — haben in den letzten Jahren vor allem spezifische Wettbewerbsprobleme einzelner Wirtschaftszweige einschließlich der sozialen und technologischen Rahmenbedingungen untersucht. Hierzu wurden jeweils einige Persönlichkeiten eingeladen, die als Entscheidungsträger im Wettbewerb mit anderen für Erfolge und Mißerfolge, für Verhaltensweise und Struktur ihres Unternehmens verantwortlich waren, sowie einige für die wettbewerbs- und industriepolitischen Eingriffe oder für die Rahmenplanung zuständigen Behördenvertreter. Die Teilnehmer kamen vor allem aus der Bundesrepublik wie auch aus Österreich und der Schweiz.

Auf diese Weise versucht die Arbeitsgruppe in ihren Sitzungen und mit der Veröffentlichung der Tagungsergebnisse, eine Brücke zwischen der zum Teil auf hohem Abstraktionsniveau stehenden Wettbewerbstheorie und der die Vielfalt des wirtschaftlichen Geschehens berücksichtigenden und beeinflussenden Wettbewerbspolitik zu schlagen.

Aus der Konfrontation der Wettbewerbstheorie mit praktischen Erfahrungen wurden neue Aspekte und Lösungsansätze gewonnen. Referate und freimütige Diskussionen haben sich nicht nur in den Tagungsberichten, sondern auch in zahlreichen Veröffentlichungen der Mitglieder niedergeschlagen.

In den letzten Jahren hat die „Arbeitsgruppe Wettbewerb" u. a. die Wettbewerbsverhältnisse auf dem durch das spezielle EGKS-Recht beeinflußten Eisen- und Stahlmarkt sowie auf den Märkten der Energie-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wirtschaft, des Banken- und Versicherungswesens — also drei zu den Ausnahmebereichen des GWB gehörenden Märkten — und schließlich dem Mineralölmarkt untersucht.

Der vorliegende achte Bericht über die Sitzung der „Arbeitsgruppe Wettbewerb" am 27./28. März 1979 in Mainz knüpft thematisch an die vorangegangene Tagung über den Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie[1] an.

Bei der ersten Sitzung wurden zunächst Marktstruktur, Marktverhalten und Marktergebnis der pharmazeutischen Industrie der BR Deutschland anschaulich dargestellt und dann aus wettbewerbstheoretischer Sicht die Preisbildung und der Preiswettbewerb bei Arzneispezialitäten untersucht. Die lebhafte Diskussion erweckte den Wunsch nach einer Fortsetzung. Gleiches galt für die Darstellung des Einflusses der staatlichen Rahmenplanung auf Forschung und Entwicklung. Da auch die internationale Verflechtung in ihrer Bedeutung für den deutschen Markt intensiv diskutiert wurde, blieben alle Fragen des Vertriebes, der Verschreibung und des Verbrauches von Arzneimitteln wie auch der Finanzierung durch Krankenkassen der zweiten Tagung vorbehalten.

Diese nimmt zunächst Fragen des Wettbewerbs und der Preisbildung wieder auf, und zwar aus der Sicht der Hersteller. Das Schwergewicht liegt jedoch bei der Frage, wie das Angebot der grundsätzlich marktwirtschaftlich orientierten Arzneimittelindustrie mit den Institutionen der Sozial- und insbesondere der Gesundheitspolitik integriert werden kann, in denen marktkonträre Elemente dominieren. Ein finanzwirtschaftliches Gleichgewicht zu wahren ist offensichtlich den gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren in der BR Deutschland wie in den meisten anderen Ländern bei einem erhöhten Anspruchsniveau der Versicherten weniger gelungen. Die globalen Steuerungsmaßnahmen, wie sie insbesondere durch das „Kostendämpfungsgesetz" angeordnet werden, können — nach Meinung einiger Tagungsteilnehmer — ähnlich wie Transparenzlisten langfristig nicht zur Kostendämpfung, sondern sogar zu gegenteiligen Effekten führen.

Während für Sozialpolitiker eine Orientierung der Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherungen am Grundlohn als sinnvoll erscheint, widersprechen Wettbewerbspolitiker einer solchen Verknüpfung und befürchten ein Zurückdrängen des innovatorischen Wettbewerbs in der weltoffenen pharmazeutischen Industrie zugunsten des imitatorischen Wettbewerbs, bei dem im wesentlichen nur der Preis-,

---

[1] *B. Röper* (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, Berlin 1980.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nicht aber der Produkt-Wettbewerb zum Zuge kommen würde. Dieses wäre auch gesundheitspolitisch überaus bedenklich; denn die Arzneimittelforschung steht noch vor unzähligen ungelösten Problemen.

Insgesamt gesehen wurde eine Fülle von Problemen des gesamten Gesundheitswesens aufgezeigt, ohne daß dabei Lösungsmöglichkeiten im Vordergrund standen. Vor allem bei der Diskussion um Art und Ausmaß sozial- bzw. gesundheitspolitisch begründeter staatlicher Eingriffe ergaben sich recht unterschiedliche Standpunkte.

(1) Die Anfertigung der umfangreichen Mitschrift ist der Bereitstellung von Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen zu verdanken. Die Referate und Diskussionsbeiträge wurden zunächst von den Teilnehmern überarbeitet. Der Herausgeber hat das Tagungsprotokoll dann nochmals unter dem Aspekt eines möglichst übersichtlichen und schwerpunktorientierten Gedankenflusses gestrafft. Es ergab sich eine Kürzung des Gesamtmanuskriptes, u. a. durch Streichung von Bemerkungen zu Randgebieten. Höflichkeitsformeln, Anreden, Einführungen des Vorsitzers, Wiederholungen usw. wurden fortgelassen.

Meinungen und Ansichten der Teilnehmer sind stets als persönliche Äußerungen aufzufassen.

(2) Teilnehmer der Sitzung der „Arbeitsgruppe Wettbewerb" waren deren Mitglieder, die Herren:

Dr. Hans-Heinrich Barnikel, Direktor beim Bundeskartellamt Berlin, Vorsitzender einer Beschlußabteilung

Prof. Dr. Walter Hamm, Universität Marburg

Prof. Dr. Ernst Heuß, Universität Freiburg

Prof. Dr. Erich Hoppmann, Universität Freiburg

Prof. Dr. Erich Kaufer, Universität Innsbruck

Prof. Dr. Hans-Otto Lenel, Universität Mainz

Prof. Dr. Dieter Pohmer, Universität Tübingen

Prof. Dr. Hellmuth St. Seidenfus, Universität Münster

Prof. Dr. Burkhardt Röper (Vorsitz), Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen

Prof. Dr. Artur Woll, Gesamthochschule Siegen
und deren Gäste, die Herren:

Dr. Goetz Alberti, Vorsitzender des Deutschen Apotheker-Vereins, Hamburg

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Prof. Dr. Edwin H. Buchholz, stellvertr. Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg

Dr. Klaus W. Dietrich, Vorstandsvorsitzender der Fa. Hoffmann-La Roche AG, Grenzach

Prof. Dr. med. Rudolf Kopf, Spartenleiter, Direktor der Bayer AG, Leverkusen

Dr. rer. nat. Hans-Joachim Langmann, Vorsitzender des Gesellschafterrates und der Geschäftsleitung E. Merck, Chemisch-Pharmazeutische Fabrik, Darmstadt

Dozent Dr. Gunter Liebeswar, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien

Prof. Dr. rer. nat. Herbert Oelschläger, Direktor des Instituts für Pharmazeutische Chemie der Universität Frankfurt

Dr. Franz Josef Oldiges, Direktor des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Bonn

Dr. rer. pol. Erwin Rahner, Leiter der Marktforschung der Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach

Max P. Tiefenbacher, Direktor der Farbwerke Hoechst, Präsident des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, Vorsitzender des Weltverbandes Pharmazie

Die Mitglieder der „Arbeitsgruppe Wettbewerb" danken den engagierten Gästen für ihre Teilnahme.

(3) Überarbeitung des Manuskriptes und Redaktion der Veröffentlichung: Privatdozent Dr. Günter Heiduk, Aachen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1. Wettbewerbsprobleme auf der Anbieterseite

1.1 Erwin Rahner: Der vorstoßende, innovative Wettbewerb und der Wettbewerb der Nachahmer in der pharmazeutischen Industrie (Zum Verhältnis von Produktinnovation und Preis als Aktionsparameter im Wettbewerb)

1. Zielsetzung

Das Referat knüpft zunächst an die These an, daß auf dem Arzneimittelmarkt der Preiswettbewerb gänzlich fehlt oder nur ungenügend zum Ausdruck kommt. Da in den letzten Jahren in zunehmendem Maße billige Nachahmerpräparate auf den Markt gekommen sind, stellt sich die Frage, ob sich die Voraussetzungen für den Preiswettbewerb wesentlich verändert haben.

Insbesondere ist zu fragen, ob es langfristig zu einer Arbeitsteilung zwischen Innovatoren und Imitatoren, zwischen forschenden Firmen und Nachahmern kommt. Dabei ist vor allem zu klären, ob es möglich sein wird, z. Z. noch bestehende Wettbewerbsverzerrungen zwischen forschenden Firmen und Nachahmern im Rahmen dieses Arbeitsteilungs-Prozesses abzubauen.

2. Wie funktioniert der Wettbewerbsprozeß im Innovationsbereich?

2.1 Preisbildung orientiert sich an komparativen therapeutischen Vorteilen

Wird eine neue Spezialität in den Markt eingeführt, dann orientiert sich das Unternehmen bei seiner Preissetzung an den bereits am Markt vorhandenen und therapeutisch äquivalenten Präparaten. Verspricht das Präparat einen therapeutischen Vorteil gegenüber den Mitbewerbern, so kann bei der Preisbildung ein entsprechend höherer Preis zum Ansatz kommen.

Worin kann der komparative Vorteil eines neuen Präparates bestehen? Therapeutischer Fortschritt kommt nicht nur durch neue Wirkstoffe zustande. Wenn bei bereits bekannten Wirkstoffen neue Anwen-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

dungsgebiete erschlossen werden, eine verbesserte Galenik entwickelt wird und die qualitativen Faktoren eines Präparates, zu denen die Bioverfügbarkeit, Reinheit usw. gehören, verbessert werden und wenn die Erkenntnisse über bisher nicht bekannte Neben- und Kontra-Indikationen erweitert werden, liegt insgesamt ein *innovativer Effekt* vor. Im Lebenszyklus eines Präparates können die einzelnen Elemente der Innovation sehr unterschiedliche Bedeutung haben. Neue Anwendungsgebiete und qualitative Verbesserungen eines Präparates stehen nicht immer am Anfang der Einführung einer neuen Substanz. Sie sind vor allem das Ergebnis einer engen Aufeinanderabstimmung der Erfahrungen des Umgangs mit dem Präparat durch den Arzt und den Entwicklungsmöglichkeiten der forschenden Firma.

Lassen Sie mich an dieser Stelle eine methodische Anmerkung machen: Wenn im folgenden von Innovation und Imitation die Rede ist, so handelt es sich um eine ideal-typische Darstellung, wie sie in der ökonomischen Theorie häufig zur Anwendung kommt. Zwischen den beiden Polen Durchbruch einer neuen Therapie (Innovation) und reiner Imitation liegt das ganze Spektrum des Therapiegeschehens, vor allem auch die kleinen therapeutischen Schritte bzw. Fortschritte.

2.2 Beziehung zwischen Innovation und Preiswettbewerb

Bei einer Innovation — im Sinne der Entwicklung einer neuen Stoffgruppe — gibt es grundsätzlich keinen ausgeprägten Preiswettbewerb auf dem Markt. Innovatorischer Wettbewerb und Preiswettbewerb schließen einander sogar grundsätzlich aus. Wollte man Preiswettbewerb im Rahmen des Innovationswettbewerbs realisieren, so würde das bedeuten, „daß neue Produkte nur dann eingeführt werden dürfen, wenn sie gleichzeitig von mehreren Wettbewerbern angeboten werden. Diese Forderung ist jedoch gar nicht erfüllbar, weil es die Aussicht auf den time lag, mit dem die Imitation auf die Innovation folgt, ist, die erst die Anreize zur Invention und zur folgenden Innovation liefert. Ohne die Existenz eines derartigen time lag gäbe es derartige Produktinnovationen praktisch nicht“[1].

Im relevanten Markt der therapeutisch austauschbaren Präparate herrscht allerdings nicht nur Wettbewerb zwischen den Präparaten der gleichen Substanzklasse; der Arzt setzt — wie ein Blick auf das Therapiegeschehen zeigt — zur Erreichung eines bestimmten Therapiezieles Präparate von unterschiedlichen Substanzen ein. Ein therapeutischer Fortschritt kann deshalb nicht nur in der gleichen Substanzklasse, son-

[1] *E. Hoppmann,* Die Abgrenzung des relevanten Marktes im Rahmen der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen, dargestellt am Beispiel der Praxis des BKartA bei Arzneimitteln, Baden-Baden 1974, S. 118.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

dern muß im relevanten Markt gesehen werden. Bei der Preisfindung einer Innovation müssen die komparativen Vorteile gegenüber allen Präparaten im relevanten Markt gesehen werden.

2.3 Verlaufsmuster alternativer Preisfestsetzung: Skimming-pricing und penetration-pricing

Eine Analyse der verschiedenen Verlaufsmuster der Preisfestsetzung und der Preisentwicklung im innovatorischen Wettbewerbsprozeß zeigt vereinfacht zwei Muster (skimming-pricing und penetration-pricing). In der Regel läßt sich höchstens ex post beschreiben, welches Verlaufsmuster zum Zuge kam. Es hängt ganz von der Strategie des Anbieters, den Besonderheiten des Teilmarktes und den Verhaltensweisen der Mitanbieter ab, welches Preisbildungsmuster gewählt wird. Skimming-pricing ist — wie Kaufer nachgewiesen hat — eine spezielle Form der intertemporalen Preisdiskriminierung. „Skimming-pricing sorgt dafür, daß die Lücke, um die der einzelwirtschaftliche Vorteil einer Innovation kleiner als der volkswirtschaftliche Vorteil sein kann, geringer wird. Bei perfektem skimming verschwindet sie — und damit die mögliche Unterinvestition in Forschung und Entwicklung"[2]. Preisdiskriminierung ist so gesehen eine Grundlage für innovatorischen Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie (Beispiele für skimming-pricing: Preisbildung bei Antibiotika in den USA). Welche Rolle spielt dabei der Patentschutz?

2.4 Die Rolle des Patentschutzes auf dem Arzneimittelmarkt

Der Patentschutz ist das rechtliche Institut, um die Innovation überhaupt zu initiieren. Das Patent hat zum Ziel, für eine bestimmte zeitliche Periode wirtschaftliche Anreize zur Innovation zu setzen.

Die Laufzeit des Patentschutzes wurde in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1978 von 18 auf 20 Jahre verlängert und damit an den internationalen Standard angepaßt. Reicht dieser Schutz zur Gewährleistung der Innovationsfähigkeit in der Pharmazeutischen Industrie aus? In dieser Industrie liegt im Unterschied zu anderen innovativen Industrien eine besondere Situation vor:

Von der Patentanmeldung bis zur Markteinführung vergehen im Durchschnitt 10 - 12 Jahre. Eine wirtschaftliche Nutzung des patentierten Arzneimittels ist deshalb nur noch für die Restperiode von etwa 8 - 10 Jahren möglich. Welche Möglichkeiten gibt es, um hier Abhilfe zu schaffen?

---

[2] *E. Kaufer*, Ökonomik der Pharmazeutischen Industrie, Baden-Baden 1976, S. 130.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

In letzter Zeit ist der Vorschlag gemacht worden, daß der Patentablauf eigentlich erst beginnen sollte, wenn für das Arzneimittel die Zulassung vorliegt. Diese Lösung ist einfach und praktikabel, sie impliziert jedoch wettbewerbspolitisch gesehen die Bevorzugung eines Industriezweiges. Darüber hinaus impliziert dieser Vorschlag zumindest theoretisch die Gefahr, daß Patente zurückgehalten werden, weil kein zeitlicher Druck mehr vorliegt.

Alle Vorschläge, die bisher diskutiert worden sind, um den Patentschutz in der Arzneimittelindustrie zu verlängern, stoßen auf rechtliche und politische Schwierigkeiten. Dennoch bleibt das Problem im Raum, daß ohne ausreichenden Schutz des geistigen Eigentums forschender Unternehmen Anreize für langfristige Forschungsinvestitionen nicht vorhanden sind.

3. Wie funktioniert der Wettbewerb im Imitationsprozeß?

3.1 Verlaufsmuster: Aktive und passive Preisstrategie

Der eigentliche Preiswettbewerb im Imitationsbereich beginnt nach Patentablauf einer Substanz. Der potentielle Preiswettbewerb steigt allerdings bei einem patentgeschützten Präparat bereits in den letzten Jahren des Patentschutzes erheblich an[3]. Inwieweit sich aus der potentiellen Preiskonkurrenz tatsächlicher Preiswettbewerb entwickelt, hängt von der spezifischen Marktsituation, von den Erwartungen und Verhaltensweisen der Patentinhaber und Nachahmer ab.

Bei der Preisbildung im Imitationsbereich ist zunächst davon auszugehen, daß die nachahmenden Firmen den Marktpreis des Originalpräparates kennen. Da sie weder Deckungsbeiträge für F & E-Kosten noch für medizinische Information benötigen, haben sie gegenüber den forschenden Firmen einen komparativen Kostenvorteil im Hinblick auf die Höhe des Preises. D. h., die Nachahmer können mit Preisen aufwarten, die beträchtlich unter den Originalpräparatpreisen liegen.

Eine empirische Untersuchung des deutschen Arzneimittelmarktes zeigt, daß bei einer Reihe patentfrei gewordener Substanzen die Nachahmerpreise zwischen 35 % und 80 % des Originalpräparatpreises liegen (Schaubild 1).

Wie verhalten sich nun konkret die forschenden Firmen bei einem Patentablauf? Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, auf den Ablauf des Patentschutzes zu reagieren.

---

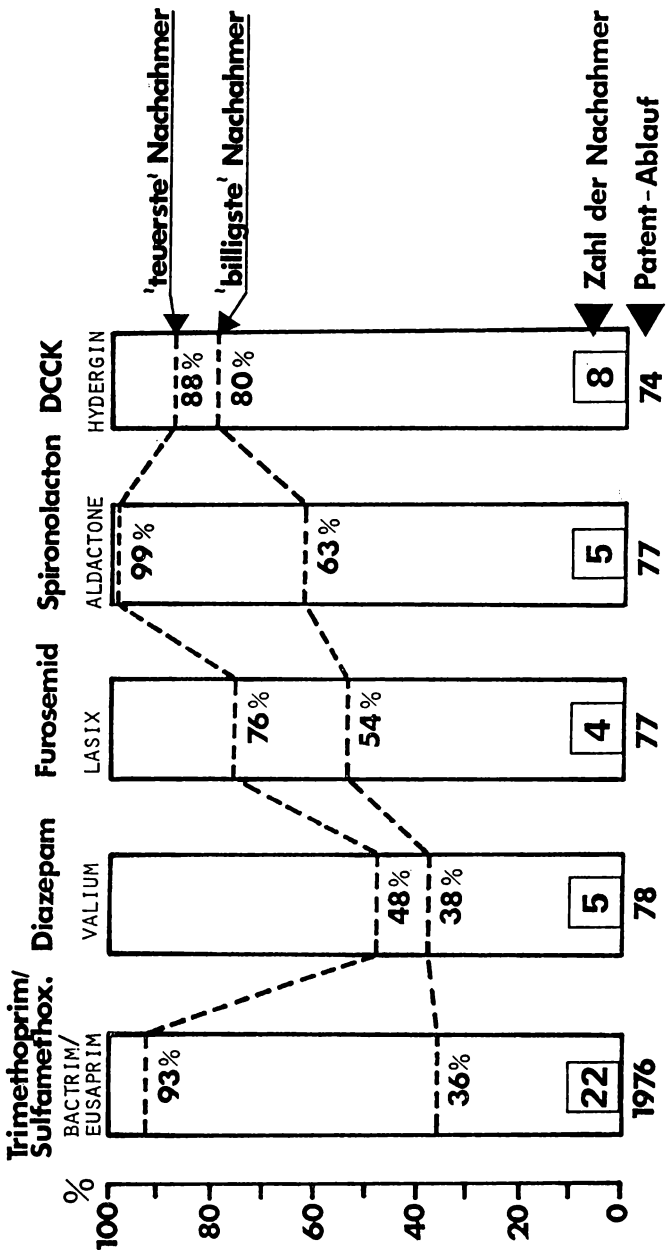
[3] Bereits vor Patentablauf werden in Ausnahmefällen die Preise von patentgeschützten Substanzen gesenkt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schaubild 1

Bandbreite der Preise von Nachahmerpräparaten bei ausgewählten patentfreien Substanzen

Preis des Originalpräparates = 100 % (Ausgewählte Handelsformen - Stand: 1.3.79 - Endverbraucherpreise)



DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die forschenden Firmen können Preissenkungen vornehmen, um den nachstoßenden Wettbewerbern den Marktzugang wenig lukrativ erscheinen zu lassen (*aktive Preispolitik*). Daneben gibt es jedoch auch noch ein zweites Verlaufsmuster im Imitationsbereich: forschende Firmen senken ihre Preise nicht.

Da sie nicht auf die Deckungsbeiträge verzichten können, nehmen sie in Kauf, daß ihre Marktanteile einem langfristigen Erosionsprozeß ausgesetzt sind: *passive Preispolitik* (Marktanteilsmechanismus).

Welche Strategie seitens der Originalpräparate-Hersteller gewählt wird, hängt unter anderem ab von

— Größe der Dynamik des Teilmarktes,

— Bedeutung des therapeutischen Prinzips bei Patentablauf,

— Grad der Produktdifferenzierung — Bedeutung von Kombinationspräparaten —,

— Grad des Vertrauens, das der Arzt dem Originalpräparat schenkt.

An empirischen Beispielen läßt sich belegen, daß diese Variablen die entscheidenden Größen für die Einschätzung der Umsatzchancen der Nachahmer und der Abwehrstrategie der eigentlichen Präparatehersteller darstellen.

Die Chancen der Nachahmer sind um so größer, je gesicherter und allgemeiner anerkannt ein Therapieprinzip zur Zeit des Patentablaufs ist. Es gibt genügend Beispiele dafür, daß nach Patentabläufen von Substanzen überhaupt keine Nachahmeraktivitäten eingesetzt haben. Nachahmer suchen sich in der Regel die Umsatz-Renner und innerhalb der jeweiligen Präparate-Gamme die Rosinen heraus, d. h. die umsatzmäßig interessantesten Applikations- und Packungsformen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß Nachahmer allein mit Hilfe des Preisparameters nicht ohne weiteres erfolgreich in einen Markt hineinstoßen können.

In der Regel müssen sie intensive Werbung beim Arzt betreiben, um einen Durchbruch zu erzielen. Die veränderte Vertriebs-Konzeption einer der bekanntesten Nachahmerfirmen, der „ratiopharm GmbH“[4], unterstreicht dies noch einmal deutlich: Ursprünglich verzichtete ratiopharm bei der Einführung ihrer Nachahmerpräparate auf jegliche Werbung. Erfolge konnte das Unternehmen aber erst verzeichnen, als ein Außendienst-Stab in der Größenordnung eines großen Pharmaunternehmens tätig wurde.

---

[4] ratiopharm Arzneimittel GmbH, Blaubeuren.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3.2 Wettbewerbsverzerrungen durch Nachahmerwettbewerb?

Nach Patentablauf einer Substanz steht dem Nachahmer grundsätzlich nichts im Wege, Imitationen auf den Markt zu bringen. Ein Arzneimittel besteht prinzipiell aus hard-ware *und* soft-ware. Die hard-ware wird zwar patentfrei. Wie steht es jedoch mit der soft-ware — dem wissenschaftlichen know how?

Nur 30 % der Arzneimittelforschung entfällt auf die Suche nach neuen Wirkstoffen. Nur für diesen Anteil kann der Hersteller einen Patentschutz verlangen (Schaubild 2). Die übrigen Forschungsanstrengungen — Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität — genießen jedoch keinen Anwendungsschutz. Die Befunde der pharmakologischen und klinischen Forschung sind nach erstmaliger Veröffentlichung jedermann zugänglich und können auch von Nachahmern genutzt werden. Darüber hinaus gibt es jedoch Daten, die zwar den Zulassungsbehörden, nicht jedoch der Öffentlichkeit vorliegen. Hier taucht die Frage auf, wie dieses Material zukünftig zu handhaben ist. Es ergeben sich zwei entgegengesetzte Positionen:

— Die Nachahmer haben bei der — nach dem neuen AMG[5] — erforderlichen Zulassung alle erforderlichen Registrierungsunterlagen selbst und erneut zu erbringen.

— Nach Ablauf des Patentschutzes sollen alle Zulassungsunterlagen offengelegt werden. Eine Blockierung der Offenlegung käme in der Tendenz einer Monopolisierung von know how gleich.

Die erste Position ist nicht leicht zu halten. Gewichtige medizinische und politische Gründe können dagegen vorgebracht werden. In Anbetracht öffentlicher Diskussionen über klinische Erprobungen und Tierversuche wird sich eine Wiederholung für solche Substanzen bzw. Präparate, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit schon nachgewiesen sind, kaum verwirklichen lassen.

Andererseits bleibt eine industriepolitische Grundsatzfrage im Raume stehen: Kann forschenden Unternehmen oder Branchen zugemutet werden, daß Dritte von Arbeiten für die Zulassung profitieren, indem ihnen gestattet wird, sich auf die gleichen Unterlagen zu berufen oder indem die Zulassungsbehörden unterstellen, daß gesetzlich vorgeschriebene Nachweise als erbracht angesehen werden?

Dies ist kein pharmaspezifisches Thema; alle anmeldeabhängigen Branchen wären von einer Freigabe der Unterlagen tangiert (z. B. die Pflanzenschutzmittel-Industrie strebt ein totales Verbot der Verwertung von Anmeldeunterlagen an).

---

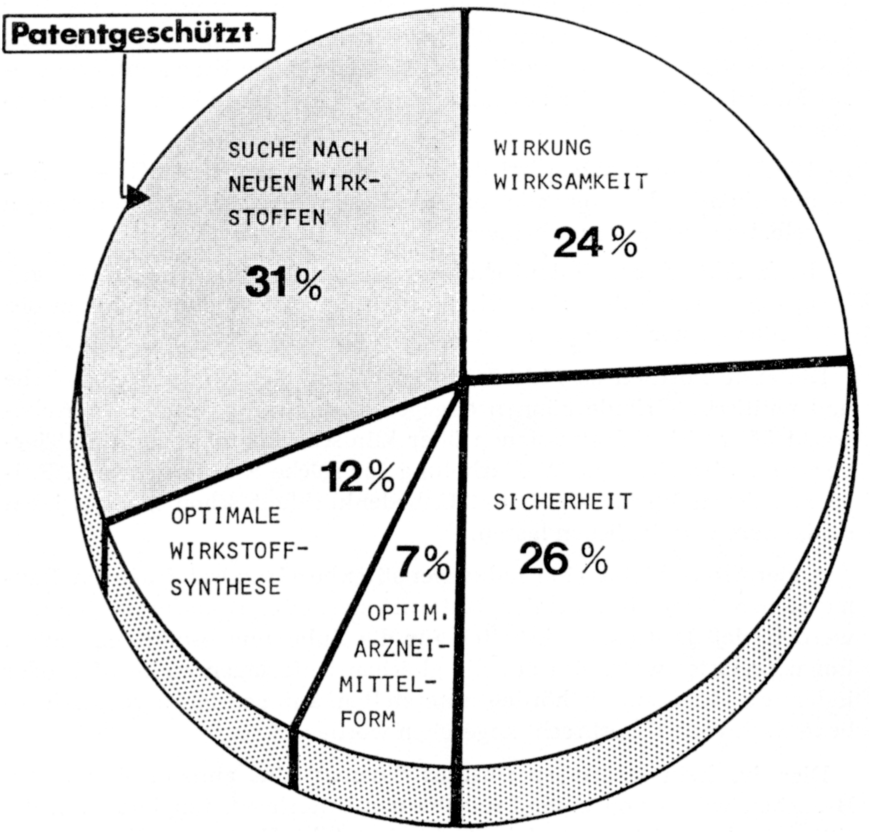
[5] Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976, Bundesgesetzblatt 1976, Teil I, S. 2445 - 2483.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Schaubild 2

KOSTEN für PHARMAFORSCHUNG und ENTWICKLUNG

DER MITGLIEDSFIRMEN DER MPS:
BAYER, C.H. BOEHRINGER SOHN, BOEHRINGER MANNHEIM, HOECHST, KNOLL, E.MERCK, SCHERING



Quelle: Jan Thesing
Industrielle Arzneimittelforschung
Med.Pharm.Studiengesellschaft, Frankfurt/Main, 1977
Seite 14

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wie läßt sich ein Kompromiß zwischen den berechtigten Interessen der forschenden Industrie und der wettbewerbsspezifisch erforderlichen Öffnung des Marktzugangs finden?

Zu überlegen wäre, ob eine zeitlich befristete Verwertungssperre und für die Zeit danach eine angemessene Vergütung für die Vorleistungen der forschenden Unternehmen anzustreben wären (Lizenzregelung).

Von diesem Problem der Offenlegung aller Zulassungsunterlagen — das sich übrigens auch bei den Arzneimittel-Parallel- und Reimporten mit der gleichen Intensität stellt — unterscheidet sich ein *typisches free-rider-Problem: die ungenügenden Serviceleistungen der Nachahmerfirmen.* Wie steht es mit der medizinischen Betreuung und der Beobachtung von schädlichen Nebenwirkungen? Ist es vertretbar, wenn die Nachahmerfirmen bei Anfragen von Ärzten diese an den Originalpräparate-Hersteller verweisen?

Der Zielsetzung des AMG entsprechend liegt prinzipiell Gleichbehandlung von Originalpräparate-Herstellern und Nachahmern vor, auch wenn die detaillierten Ausführungsbestimmungen noch ausstehen. Aus wettbewerbspolitischer Sicht gibt es jedoch kaum Möglichkeiten zu einer befriedigenden Lösung dieses free-rider-Problems. Auch andere Branchen und Vertriebsstufen haben diese Probleme.

4. Rolle der Transparenzlisten im Innovations- und Imitationsbereich

Von den modellhaft vorliegenden Transparenzlisten kommt der Liste der Transparenzkommission schon wegen der Darstellung und Einbeziehung der Qualitätsmerkmale auch für den Innovationsbereich eine große Bedeutung zu. Von der Berliner Liste wird — wenn die wichtigsten Indikationsgruppen vorliegen — die Tendenz zur Nivellierung bestehender Preisunterschiede ausgehen.

Die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beschränkt sich auf eine Darstellung der Preisunterschiede von Präparaten einer bestimmten Substanz. So gesehen zielt sie mehr auf die Darstellung der Nachahmermärkte ab.

Inwieweit aus diesen Listenmodellen ein Druck auf Preisniveau und Preisrelationen ausgeht, hängt davon ab, ob und auf welche Art der Arzt gezwungen ist, nur oder überwiegend den Faktor „Preis" in seinem Entscheidungs-Kalkül zu berücksichtigen.

Der Arzt ist zwar grundsätzlich gehalten, unter gleich wirksamen Mitteln das *preisgünstigste* Arzneimittel zu verordnen. Die Arzneimittel-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ziehen den Vorrang des therapeutischen Nutzens nicht in Zweifel. So steht in den am 15. 12. 1978 veröffentlichten Arzneimittel-Richtlinien in Abschnitt 10 nach wie vor der Satz: „Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung ist *vor* dem Preis der therapeutische Nutzen entscheidend."

Die Aufspaltung der Nachfrage nach Arzneimitteln und das mangelnde finanzielle Interesse der Ärzte an Preisaspekten schränkt sicherlich die Bedeutung des Preisfaktors von der Nachfrageseite her ein.

Die Tatsache jedoch, daß der Preis nur eine Größe in einer Reihe anderer Faktoren darstellt, liegt entscheidend auch an den Besonderheiten des Produktes selbst, z. B. bewirken Risiken bei Erkrankungen, daß beim Verschreibungsverhalten medizinische vor ökonomischen Einflußfaktoren rangieren.

5. Volkswirtschaftliche Arbeitsteilung ist sinnvoll

Eine Arbeitsteilung zwischen Innovation und Imitation ist grundsätzlich im Wettbewerbsprozeß möglich. Systematische Benachteiligung der Innovatoren durch zu kurzen Patentschutz und freien Zugang der Nachahmer zum ganzen know how eines Präparates können jedoch zu bedenklichen Wettbewerbsverzerrungen führen, die einer echten Arteitsteilung im Wege stehen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.2 Klaus W. Dietrich: Zur Problematik und Preispolitik bei neuen und eingeführten Arzneimitteln*

Ich möchte vorwegschicken, daß ich zwar für die Ökonomie eines Pharmaunternehmens verantwortlich bin, aber ich bin kein Wirtschaftspolitiker. Meine Ausführungen werden daher die Ausführungen von Herrn Rahner ergänzen, sie werden da und dort aber stärker von der Praxis her beeinflußt sein.

Herr Rahner hat schon ausgeführt, daß sich die Preisbildung eines neuen Präparates im innovativen Markt nach den Preisen für Produkte richtet, die bereits im Markt vorhanden sind. Dies ist trotz der Inhomogenität des Marktes oder einzelner Teilmärkte bis zu einem gewissen Grade möglich; denn schon in der klinischen Prüfung werden neue Produkte gegen bestehende Produkte hinsichtlich ihrer Wirksamkeit geprüft. Daher wird jedes Unternehmen bei der Einführung wissen, in welche Richtung einer bestimmten Therapie das Präparat zielt, und kann von daher Preisvergleiche anstellen.

Die Frage lautet: Wie soll man die Preise vergleichen? Soll man z. B. Packung mit Packung oder Tablette mit Tablette vergleichen? Es stellen sich die Fragen der Therapieerfordernis, der Therapiedauer[1].

Verständlich ist es, daß ein Unternehmen ein Produkt nur dann in den Handel bringen wird, wenn Aussicht besteht, daß es die Kosten, die das Unternehmen mit der Leistungserbringung hat, vom Markt vergütet bekommt. Bei der Einführung spielen daher die Kosten des Unter-

---

* Herr Dietrich sprach frei aus der Sicht eines Unternehmers, der die deutsche Tochter des multinational tätigen Chemiekonzerns Hoffmann-La Roche & Co. AG, Basel — seinerzeit der größte Pharma-Hersteller der Welt — leitet. Deshalb sah sich der *Herausgeber* zu den nachfolgenden *Anmerkungen* veranlaßt:

[1] Preisvergleiche sind bei gleichen Wirkstoffen und Zusammensetzungen und bei gleicher Packungsgröße i. a. möglich (vgl. Schaubild 1).

Die „Rote Liste" nennt Preise für verschiedene Darreichungsformen und Packungsgrößen. Die „Transparenzliste" führt auch die Kosten der mittleren Tagesdosis an (vgl. zur Problematik S. 39 u. 40 f.; vgl. auch *B. Röper* [Hrsg.], Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, a.a.O., S. 33). Entscheidend ist jedoch der therapeutische Effekt, nämlich die Frage, ob, wie schnell und ob vollständig die Krankheit geheilt wird. Diese Angaben können selbstverständlich nur in Durchschnittswerten erbracht werden und bleiben i. a. umstritten, wie die weitere Diskussion zeigen wird.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nehmens selbst für die Preisbildung eine entscheidende Rolle. Pharmazeutische Unternehmen stehen, wie ich Ihnen sogleich ausführen werde, hinsichtlich der Kosten vor einem gewaltigen Problem. Denn auf direkt zurechenbare Kosten eines Produkts entfällt nur ein kleiner Teil. Erfahrungsgemäß rechnen wir damit, daß grob gerechnet etwa 20 Prozent des Erlöses eines Pharmaunternehmens, das seine Tätigkeit auf fertige Arzneimittel in einem gegebenen Markt ausrichtet, auf direkt zurechenbare Herstellungskosten entfallen. Etwa 15 bis 20 Prozent der Kosten entfallen auf laufende Forschungsaufwendungen, weitere 20 bis 35 Prozent auf Vermarktungskosten, worunter vornehmlich Informationskosten verstanden werden. In einem Pharmaunternehmen entspricht die Amortisation der Anlage etwa fünf Prozent des Erlöses, weitere 15 Prozent machen Vertriebskosten usw. aus. Das zusammen würde ein Ergebnis vor Steuern ausmachen, das zwischen 10 und 25 Prozent beträgt[2]. Alles das ist zu sehen im Lichte der Kapitalbindung, die in einem Unternehmen vorhanden ist, wobei die Forschung einen großen Teil ausmacht, so daß die genannten Zahlen keineswegs überrissene Größenordnungen darstellen.

---

[2] Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie ermittelte aufgrund einer Mitgliederbefragung 1978, an der sich 199 Mitgliedsfirmen, deren Anteil am Gesamtumsatz von humanpharmazeutischen Fertigarzneimitteln 84,7 Prozent betrug, folgende Kostenstruktur:

*Kostenstruktur in der pharmazeutischen Industrie 1978**
(Durchschnitt für die Industrie insgesamt)

Kostenarten	Anteil in % an den Gesamtkosten	
I. Kosten der Leistungserstellung		
Herstellungskosten	44,3	
Kosten der F + E-Aktivitäten	11,3	
Lizenzabgaben	2,1	
Wissenschaftliche Information und Beratung	13,9	71,6
II. Kosten des Verkaufs der Präparate und Wirkstoffe		
Werbung	5,2	
Vertriebskosten	9,6	14,8
III. Allgemeine Kosten		
Verwaltungskosten	6,7	
Kalkulatorische Zinsen	2,3	
Kostensteuern	2,1	
Sonstige Aufwendungen	2,5	13,6
IV. Kosten insgesamt		100,0

* BPI-Mitgliederbefragung 1978.
Aus: BPI, pharma daten 80, Frankfurt/M. 1980, S. 11.
Diese Kostenstrukturangaben weichen weit von den Angaben im Text ab, was sich u. E. nur z. T. aus der Einbeziehung nicht oder wenig forschender Unternehmen erklären läßt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Es ist unmöglich, die Forschungskosten einem einzelnen Produkt zuzuordnen. Sie können nie einzelnen Präparaten exakt zugeordnet werden, sondern müssen durch Deckungsbeiträge aufgebracht werden. Weniger bekannt ist, daß auch die Vermarktungskosten, die Informationskosten, die immerhin einen sehr großen Teil der Gesamtkosten ausmachen, ebenfalls nicht direkt einem Produkt zuzuordnen sind. Etwa die Hälfte der Informationskosten entfällt auf den Außendienst. Die direkte Zuordnung dieser Kosten auf ein Präparat ist eine in den Unternehmen oftmals versuchte Angelegenheit, aber sie scheiterte jeweils. Wie wollen Sie z. B. die Zeiten, die bei den Ärztebesuchen verbracht werden, etwa auf einzelne Präparate umlegen? Übrig bleibt die andere Hälfte der Vermarktungskosten, das sind die Informationskosten in Form von Anzeigen. Sie werden sagen, hier ist das entsprechende Präparat genannt, daher sind diese Kosten ihm direkt zurechenbar.

Hierbei tritt das Problem der zeitlichen Abgrenzung auf. Aufwendungen in einem Jahr finden ihren Niederschlag im Erlös eines anderen Jahres.

Es ist daher verständlich, daß bei der Vorabschätzung der Kosten vereinfacht gesagt wird, als Unternehmen möchte ich einen Preis erzielen, der mir in etwa dieselbe Höhe an Deckungsbeiträgen hereinbringt wie bei meinen bisherigen Produkten. Erfahrene Pharmaleute werden auf die Frage nach dem Preis folgendes antworten: Herstellungskosten mal fünf, falls sie nämlich 20 Prozent direkte Herstellungskosten haben. Dann schauen wir am Markt, wie sich dieser Preis mit der bereits bestehenden Therapie vergleicht. Je höher mein Innovationswert ist, je größer also meine Nutzenstiftung im Vergleich zum Bestehenden ist, desto mehr kann mein Preis von dem gegebenen abweichen. Unter Umständen kann sich aus dieser Vorkalkulation ergeben — darin liegt unter Umständen die Problematik —, daß der gewünschte Preis gegegenüber bestehenden Produkten viel zu hoch ist oder daß der Innovationsvorsprung gar nicht so groß ist bzw. dem Abnehmer nicht so schnell begreiflich zu machen ist. So kann es sein, daß Sie auf die Einführung eines Produktes verzichten müssen, obwohl Sie das Produkt marktreif entwickelt haben: Weil Sie es preislich einfach nicht durchbringen.

Bei der Einführung neuer Arzneimittel ergibt sich weiter folgendes Problem: Wo setze ich das Produkt ab? Neben dem Bereich der öffentlichen Apotheken und der niedergelassenen Ärzte gibt es den Bereich der Klinik, des Spitals. Hier erhebt sich sofort die Frage: Kann ich zwischen diesen beiden Märkten differenzieren? Ich stelle dies lediglich in den Raum. Es gibt Unternehmungen, die hier Preisdifferenzierungen vornehmen. Bei anderen weichen die Preise innerhalb und außerhalb der Kliniken nur wenig voneinander ab. Jede dieser Vorge-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hensweisen hat ihre Berechtigung. Was wirklich richtig oder Rechtens ist, ist eine Frage, die seinerzeit auch schon einmal das Bundeskartellamt beschäftigt hat, ohne — vor mehr als zehn Jahren — zu einer Klärung zu gelangen[3].

Bei der Preisbildung eingeführter Präparate ist der Innovationsmarkt und der Imitationsmarkt zu unterscheiden. In Ergänzung zu Herrn Rahner will ich die Differenzen kurz konkretisieren: Der *Innovationsmarkt* ist dadurch gekennzeichnet, daß sich die Nachfrage auf eine bessere Therapie konzentriert. Vereinfacht gesagt, die Nachfrage — wer immer der Nachfragende ist — ist zunächst daran interessiert, daß der Kranke schneller gesund wird, nicht daran, daß er billiger gesund wird. Ich habe noch keinen gesehen, der gesagt hat: Der Schnupfen muß billiger geheilt werden, es kann ruhig vierzehn Tage dauern. Oder bei Zahnschmerzen: Es kann auch ein bißchen mehr weh tun, Hauptsache, es kostet weniger. Der innovative Markt ist dadurch gekennzeichnet, daß auf ihm vornehmlich Produktwettbewerb herrscht, nicht Preiswettbewerb. Selbstverständlich ist auch Preiswettbewerb vorhanden.

Der *Imitationsmarkt* setzt voraus, daß auf längere Zeit keine neuen, verbesserten Therapien herauskommen. Der Produktwettbewerb erliegt, wobei zu betonen ist, daß sich das Produkt Arzneimittel nicht auf die Tabletten allein konzentriert. Es handelt sich um die Tablette in Verbindung mit dem Wissen und der Kenntnis der Anwendung, der Nebenerscheinungen etc., der soft-ware. Nur wenn aus einem Markt oder aus Teilen des Arzneimittelmarktes — wir können das nicht auf der ganzen Breite sehen — einerseits kein reiner Produktwettbewerb mehr vom Produkt selber her ausgeht, der Markt also erlahmt, weil die Forschung nichts Neues mehr bringt und andererseits beim Arzt bereits ein Basiswissen vorherrscht, es also bei ihm kein Problem mehr gibt, dann kommt es zum imitativen Markt. Der Imitator bringt lediglich das gleiche Produkt; es ist ein homogener Markt. Der Imitator hat auch nicht die Aufgabe, Wissen zu vermitteln. Der Komplex der Vermarktungskosten tritt bei ihm gar nicht auf.

---

[3] Das Bundeskartellamt hat 1968 angesichts der niedrigeren Preise, zu denen Hersteller Krankenhausapotheken im Vergleich zu öffentlichen Apotheken beliefern, die Vermutung geäußert, „daß die Funktionsfähigkeit des Preiswettbewerbs auf dem Markt der öffentlichen Apotheken gestört ist und deshalb die Preise beträchtlich über dem Wettbewerbsniveau liegen".
Bericht des Bundeskartellamtes über seine Tätigkeit im Jahre 1968, Bundestagsdrucksache V/4236, S. 57. Zu den Mißbrauchsverfahren des Bundeskartellamtes wegen überhöhter Preise bei Valium und Librium, die erst mit dem BGH-Urteil vom 12. 2. 1980 einen endgültigen Abschluß fanden, vgl. übersichtartig Entscheidungen — Zivilrecht: BGH, in: NJW 1980, Heft 21, S. 1164 - 1167.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zwischen Innovations- und Imitationsmarkt gibt es fließende Übergänge. Keineswegs ist der Übergang an den Patentablauf gebunden. Bei Patentablauf bleibt immer noch eine Wissensübertragung als Aufgabe übrig. Es ist also kein direkter Imitationsmarkt, es geht nicht rein darum, das Produkt zu imitieren und auf den Markt zu bringen, weil nichts anderes mehr gefragt ist[4]. Daraus kommen auch die Preisunterschiede bzw. die Verhaltensweise.

Zuruf: (ratiopharm).

Diese Firma hatte ursprünglich angekündigt: Wir machen keine Werbung durch Ärztebesucher. Es hat sich herausgestellt, daß dies nicht ging; sie sind so nicht in den Markt gekommen.

Nun komme ich zur Preisbildung im Innovationsmarkt, zur Preisentwicklung, zur Preispolitik. Hier ergibt sich das Problem: Soll ich einer Preisstabilität das Wort reden, zur Preisstabilität neigen, oder soll man im Verlauf des neuen Produktes mit dem Preis — fast würde ich sagen — herumspielen? Soll man sich anpassen? Dann ist zu fragen: an was? Bei der Einführung hat man schon den Preis an die Preise für die bisherige Therapie mit allen Vorbehalten angepaßt. Vergleichen Sie pro Packung, pro Therapie, mit der Dauer oder womit? Schon der Laie sieht auf dem Beilageprospekt, wie vielfältig die Therapie ist. Bei der einen Krankheit sollen Sie pro Woche zwei Tabletten am Tag nehmen, bei einer anderen handelt es sich um eine Dauertherapie über Monate. Solche Vergleiche sind — wie gesagt — schwierig. Daher die Frage: Wie reagiere ich auf die Preisänderung eines Konkurrenten im innovativen Markt für ein Produkt, das sich durch alles mögliche unterscheidet? Soll ich dann auch meinen Preis ändern? Oder ändere ich die Preise im innovativen Markt vornehmlich wegen meiner eigenen Kostensituation? Die Wirklichkeit zeigt, daß die Preise für Arzneimittel große Stabilität aufweisen; Preisänderungen erfolgen in großen Zeitabständen. Mitunter können Sie heute noch Produkte finden, die denselben Preis wie vor 15 Jahren haben. Unbestreitbar ist, daß sich Preisveränderungen im Pharmasektor weit unter den Preiserhöhungen halten, wie sie in der allgemeinen Industrie üblich sind[5]. Man

---

[4] Während z. B. in den USA auf Imitationsmärkten Markenpräparate und Generica aufeinandertreffen, sind in der BR Deutschland gemäß § 10 AMG sämtliche Arzneimittel u. a. durch Namen oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers und Bezeichnung des Arzneimittels zu kennzeichnen. Imitationspräparate werden damit in der Regel als „branded generics" auf den Markt gebracht.

Am Beispiel des Marktes für Breitspektrum-Antibiotika in den USA wurde gezeigt, daß Markenpräparate nicht unbedingt teurer sind als Generica. Vgl. *E. Kaufer*, Die Ökonomik der pharmazeutischen Industrie, Baden-Baden 1976, S. 189.

[5] Vgl. zum Problem des Preisindex für Arzneimittel *B. Röper* (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, a.a.O., S. 24 und 27.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

übersieht oft den erhöhten Aufwand für Kleinpackungen. Wenn eine größere Packung gekauft wird, ist der Preis pro Tablette billiger. Das ist eine Frage des Verbrauchs, aber nicht eine Frage der Preisbildung oder Preiserhöhung[6].

Eine weitere Problematik ergibt sich dadurch, daß die Industrie über die Landesgrenzen hinaus wirkt. Es fragt sich, inwieweit der Einfluß von Auslandsmärkten wirksam ist. Schon bei der Einführung des Präparates ergibt sich die Frage, wie ich den Preis in den anderen Märkten ansetze. Dies ist eine enorme Problematik, schon allein deshalb, weil nicht alle Märkte den gleichen Freiheitsgrad und die gleichen ökonomischen Voraussetzungen mit sich bringen[7]. Wenn Sie in irgendeinem Markt eine Preiskontrolle oder eine bestimmte Kalkulationsmethode vorfinden, so müssen Sie sich dem anpassen oder aber nicht einführen. Daraus ergibt sich die Frage: Inwieweit hat das Rückwirkungen auf die Preisbildung in diesem Land? Oder welche Auswirkungen ergeben sich im weiteren Verlauf, wenn sich Wechselkurse ändern? Wie verhalten Sie sich als Unternehmen, das einen Preis für Arzneimittel festsetzt, der nach allen Regeln der Kunst aufgestellt wurde und von allen als Wettbewerbspreis festgelegt ist, wenn sich dann für ein anderes Land die Wechselkurse ändern? Sind Sie in dem einen Markt verpflichtet, das zu übertragen, sich dem Preis anzupassen oder nicht? Dieses sind Probleme, die immer noch der definitiven Regelung harren.

Bei einer Reihe von Teilmärkten ist der Übergang vom innovativen Markt in den Imitationsmarkt schon eingetreten[8]. Diese Entwicklung

---

[6] Volkswirtschaftlich und gesundheitspolitisch gesehen ergibt sich die Frage nach der therapiegerechten Packungsgröße und den Mehrkosten bei kleineren Packungseinheiten. Bei der Verschreibung von größeren Packungen — z. B. bei Infektionskrankheiten — besteht nämlich die Gefahr, daß ein Teil der Medikamente nicht verbraucht und damit „verschwendet" wird. — Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Bereitschaft der Patienten, die Anordnungen des Arztes für die Arzneimitteleinnahme zu befolgen. Nach einer Untersuchung des EMNID-Instituts befolgten 78 % der Befragten die Einnahmeanweisung des Arztes genau, 21 % befolgten diese nicht immer. Vgl. BPI, pharma daten 80, S. 60. Zur Patienten-Compliance vgl. weiterhin vor allem *K. Taubert,* Über die Häufigkeit von Arzneimittelresten, in: Deutsches Gesundheitswesen (Berlin-Ost), Bd. 30 (1975) 36, S. 1699 - 1703, sowie *E. Weber* (Hrsg.), Patienten Compliance, Baden-Baden 1977.

[7] Zu den nationalen Besonderheiten von Arzneimittelmärkten bzw. der Problematik „internationaler Arzneimittelmärkte" vgl. u. a. *C. Kirchner,* Internationale Marktaufteilungen. Möglichkeiten ihrer Beseitigung mit einer Fallstudie über den internationalen Arzneimittelmarkt, Frankfurt/M. 1975; *E.-J. Mestmäcker,* Vereinbarkeit von Preisregelungen auf dem Arzneimittelmarkt mit dem Recht der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, Baden-Baden 1979; *Prognos,* Internationale Markt- und Preisvergleiche im Pharmabereich, Basel 1976.

[8] Für die Wirtschaftswissenschaftler wäre es wichtig gewesen, in diesem Zusammenhang zu erfahren, ein wie großer Anteil des heterogenen Gesamtmarktes für Arzneimittel als Imitationsmarkt zu bezeichnen wäre. Dies hängt zunächst von einer exakten Zuordnung ab, die jedoch offensichtlich unmög-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

muß man absolut in Rechnung stellen: Denn es gibt Teilmärkte, wo entweder ein Therapieproblem praktisch gelöst wird oder wo es trotz aller Anstrengungen auf längere Zeit nicht zu einer Lösung kommt. Bin ich mit einem Produkt in einer solchen Übergangsphase, dann stoßen sogenannte Imitatoren nach. Für den Innovator ergibt sich das Problem, ob er sich preislich anpassen soll, ob er sich also dem Wettbewerb — wer ist billiger? — stellen soll oder nicht. Soll er sich — ganz einfach gesprochen — der Gefahr aussetzen, daß er „hinausgepreist" wird, wie es Herr Rahner fürchtet? Er verliert dann immer weiter an Marktanteilen. Oder soll ein Unternehmen dann seine Preise anpassen?

In der Praxis wird oft eingewandt, der Preiswettbewerb funktioniere gar nicht. Einer bleibe hochoben, den müsse man irgendwie bestrafen. Dazu muß ich sagen: Das sind die berühmten Übergänge vom innovativen zum Imitationsmarkt. Der Imitationsmarkt wird nicht dadurch geschaffen, daß ein Imitator dort auftritt oder daß das Patent abläuft, sondern er wird bedingt durch die Nachfrage. Die Nachfrage richtet sich nicht mehr nach einer Gesamtleistung[9]. Von unserem Präparat

---

lich ist. Dietrich spricht selber von „fließenden Übergängen", die keineswegs „an den Patentablauf gebunden" sind (S. 24). Rahner spricht von einer idealtypischen Darstellung und sagt, daß zwischen den beiden Polen „das ganze Spektrum des Therapiegeschehens, vor allem auch die kleinen therapeutischen Schritte bzw. Fortschritte" liegen (S. 12). Zuvor hatte er „einerseits innovative, also patentgeschützte Präparate, andererseits imitative Präparate" unterschieden, und zwar wiederum mit dem Hinweis, dies sei „idealtypisch formuliert". Vgl. *B. Röper* (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, a.a.O., S. 67.

Hoppmann definiert den Imitationsmarkt so, „daß das Wissen ‚frei verfügbar' ist, also verwertet werden kann" (ebenda, S. 59). — Falls wirklich nur rund 20 Firmen in der BR Deutschland als forschend oder innovativ zu bezeichnen sind und das im wesentlichen die umsatzmäßig größten sind, wäre demnach die Masse aller Unternehmen als „Imitatoren" zu bezeichnen. Tatsächlich denkt man in der Pharma-Industrie jedoch an relativ wenige Unternehmen.

Weiterhin hängt es u. a. auch von der Abgrenzung des Gesamtmarktes für Arzneimittel ab, der nicht nur verschreibungspflichtige, sondern auch verschreibungsfreie, aber apothekenpflichtige Arzneimittel und in einer weiten, noch durch das AMG gedeckten Definition auch nicht apothekenpflichtige Heilmittel — so Naturheilmittel — umfaßt. Für zahlreiche nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird sehr intensiv Publikumswerbung getrieben, d. h. es werden unmittelbar die Verbraucher angesprochen. Es entstehen also erhebliche Vermarktungskosten. Falls diese Märkte auch als Imitationsmärkte zu bezeichnen sind, wäre ihr Anteil erheblich. Hierauf geht Dietrich auch in den folgenden Ausführungen nicht ein. (Vgl. *B. Röper*, Publikumswerbung für Arzneimittel — Ein Kriterium für den Ausschluß von der Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung? — Eine sozialökonomische Studie unter besonderer Berücksichtigung der sozial- und wettbewerbspolitischen Problematik, Aachener ökonomische Studien, Band 5, Frankfurt 1980).

[9] Das Schaubild 1 „Relation zwischen dem Nachahmerpreisniveau und dem Originalpräparat (Preis = 100 %) bei ausgew. patentfreigewordenen Substan-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Valium kann ich sagen, es gibt wohl vier Nachahmer; sie haben aber überhaupt keine Marktgeltung[10]. Hier ist noch ein innovativer Markt mit Produkten, die miteinander im Wettbewerb stehen. Es gibt noch den Hinweis darauf, daß sie eine Verbesserung — etwa geringere Nebenwirkung usw. — zeitigen. Wenn der Imitator nicht mit in den Produktwettbewerb eintritt, das heißt, nicht auch die soft-ware liefert, wird es ihm nicht gelingen, einen größeren Teil des Marktes abzunehmen[11].

Soweit zu den Übergängen. Nun gäbe es noch die Möglichkeit, daß das innovative Unternehmen in einen Imitationsmarkt vorstößt[12]. Das ist deshalb problematisch, weil damit eine ganz andere Kostengestaltung verbunden ist. Es ist wahrscheinlich nur zu machen, indem man einen separaten Firmentyp bildet. Es hat das schon gegeben, nicht hier in der Bundesrepublik, aber in den USA, wo sich Firmen quasi gespalten haben und mit dem einen Unternehmensteil in den Imitationsmarkt vorgestoßen sind.

Zum Schluß komme ich noch auf die Einflüsse des Staates auf die Preispolitik zu sprechen. Ihnen allen ist bekannt, daß es die verschie-

---

zen" (S. 15) zeigt den Preisabstand am 1. 3. 1979 zwischen sechs weit bekannten Arzneimitteln und ihren Nachahmern. Jedoch fehlt eine Angabe über den Marktanteil der Imitationen.

[10] Im vorgetragenen Referat wurde der Satz fortgesetzt, „... weil das Produkt selbst immer noch nachgefragt wird. Der Markt besteht nicht nur aus Valium. Es gibt eine Reihe von Konkurrenzpräparaten." U. E. führt diese Kürzung des Verfassers zu einer ungewollten Verschärfung. In dem im Jahre 1974 eröffneten Verfahren Hoffmann-La Roche (Valium-Librium) hatte das Bundeskartellamt 12 Arzneimittel zum relevanten Tranquillizer-Markt gerechnet, während die beklagte Firma rund 150 Präparate als zugehörig bezeichnete. Zu fragen ist, ob es sich bei der Mehrzahl der Präparate — abgesehen von den tatsächlichen „wohl vier Nachahmern" — stets um Innovationen handelt.

Vgl. hierzu *E. Hoppmann,* Die Abgrenzung des relevanten Marktes im Rahmen der Mißbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen, Baden-Baden 1974, S. 95 - 97, neuerdings *H. Baum,* Der relevante Markt als Problem der Wettbewerbspolitik, in: WuW, Jg. 30 (1980), S. 401.

Bei der Firma Hoffmann-La Roche machten weltweit im Jahre 1977 mehr als 55 % des Pharma-Umsatzes die Psychopharmaka Valium und Librium aus, während deren Anteil in der BR Deutschland nur 20 % ausmachte (im Jahre 1977), vgl. hierzu auch *B. Röper,* Anhang zu 1.2., Unternehmensgröße und Konzentration in der pharmazeutischen Industrie der Bundesrepublik Deutschland, in: *B. Röper* (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, a.a.O., S. 175).

[11] Zweimal — von Herrn Rahner und vom Vortragenden selber — wurde jedoch betont, daß einer der bekanntesten Imitatoren — die ratiopharm GmbH — Werbung treibt, d. h. u. a. zahlreiche Pharma-Berater als Ärztebesucher einsetzt (vgl. S. 16).

[12] Gemeint ist, sich selber als Imitator zu betätigen über den Zwang für die Nachahmer, soft-ware auch in anderer Beziehung zu liefern (vgl. S. 17 und 34).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

densten Möglichkeiten gibt, den Wettbewerb eigentlich außer Kraft setzen oder durch eine eigene Regelung ersetzen zu wollen, indem etwa nur diese oder jene Präparate von den GKV erstattet werden dürfen oder nur diese und jene Kosten im Preis ihren Niederschlag finden dürfen. Dies wäre eine Preiskontrolle. Selbstverständlich endet das damit, daß man eine eigenunternehmerische oder im Wettbewerb gebildete Forschungsorientierung durch eine staatliche Lenkung ersetzen muß. Grob geschätzt geschehen 80 Prozent aller Formen wirksamer Behandlung durch Medikamente. Von allen Formen denkbarer Behandlung ist das Medikament die einzige Form, die Aussicht auf eine ökonomische Entwicklung im Sinne der Kosten-Nutzen-Relation bietet. Ferner wird die zukünftige Therapie der heute noch nicht behandelbaren großen Leiden und hohe Kosten verursachenden Krankheiten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit medikamentös sein. Eine Beeinflussung der Forschung in irgendeiner Weise, sei es durch Verringerung der Forschungsausgaben, sei es durch Lenkung der Forschung in bestimmte Richtungen, die nicht aus dem Markt, aus der Nachfrage herrührt, stellt ökonomisch auf lange Sicht gesehen einen — fast würde ich sagen — Irrsinn dar.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.3 Schwerpunkte der Diskussion

Liebeswar: Patentgeschützt sind nach Schaubild 2 nur 31 % der Kosten für Forschung und Entwicklung eines Arzneimittels. Von den restlichen 69 %, die nicht patentgeschützt sind, entfallen allein auf „Wirkung und Wirksamkeit" 24 % und auf die „Sicherheit" 26 %.

Wenn ein so großer Prozentsatz nicht geschützt wird, stellt sich die Frage, ob dies nicht daher rührt, daß man üblicherweise pharmakologische und toxikologische Daten bestimmten „reinen Wirkstoffen" zuordnet. Es wäre zu prüfen, ob die Arzneimittelgesetzgeber nicht zu wenig berücksichtigen, daß keine vollkommen identischen Produkte in Form „reiner Wirkstoffe" resultieren, wenn verschiedene Firmen den gleichen Wirkstoff herstellen. Geringfügige Verunreinigungen sind unvermeidbar. Sowohl deren Menge als auch deren Art wechseln und sind u. a. vom Syntheseweg und der Qualität der Ausgangsstoffe abhängig, die von der Firma gewählt werden.

Oelschläger: Als pharmazeutischer Chemiker habe ich den Sinn dieser Frage nicht ganz verstanden. Denn ein Großteil unserer Präparate, etwa 70 bis 80 Prozent, ist hinsichtlich der Reinheitsforderungen durch die Pharmakopöen bzw. durch den *D*eutschen *A*rzneimittelcodex (DAC) festgelegt. Aber auch die noch nicht in die Arzneimittelbücher aufgenommenen Präparate unterliegen aufgrund des AMG praktisch den gleichen Anforderungen. Wir sehen dies täglich bei der Arbeit am DAC, wenn die Angaben der Hersteller neu aufzunehmender Präparate im DAC-Laboratorium überprüft werden.

Besonders sorgfältig wird zunächst einmal auf toxische Substanzen anorganischen und organischen Ursprungs geprüft, die sich über die Synthese oder über die Rohmaterialien einschleichen können.

Auch die sich aufgrund der Lagerung eventuell ergebenden Degradationsprodukte werden durch regelmäßige Überprüfung ausgeschlossen. Generalisiert möchte ich sagen, daß die zur Anwendung kommenden Substanzen Reinheitsgrade von 98 bis 100 Prozent haben. Den Rest repräsentieren indifferente Substanzen. Um es am Beispiel des Digitoxins zu veranschaulichen: Wir lassen dort fünf Prozent Gitoxin zu. Diese fünf Prozent Gitoxin sind aber uninteressant, weil sie bei oraler Applikation nicht resorbiert werden. Das hängt mit der molekularen Struktur zusammen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Sie werden jetzt besser verstehen, daß ich über Ihre Frage etwas unglücklich bin. Die Verantwortlichen sind der Meinung, daß sie für die Therapie unter Berücksichtigung der angestrebten Wirkungen im Sinne der Arzneimittelsicherheit optimale Produkte anbieten. Ich überlege, ob mir in meiner langjährigen Tätigkeit ein Fall untergekommen sein sollte, für den Ihre Äußerung relevant wäre.

Vielleicht kann auf das Beispiel des Phenacetins verwiesen werden, das bei Herstellung nach einem bestimmten Verfahren 4-Chlorasetonilid in geringer Menge enthalten kann, welches für gewisse Nebenwirkungen verantwortlich gemacht wird.

Liebeswar: Aus Ihrer Sicht würden Sie sagen, daß es an und für sich gerechtfertigt wäre, wenn z. B. die Nachahmerfirmen die toxikologischen Daten jener Firma, die ursprünglich das Präparat entwickelt hat, übernimmt und keine gesonderte Toxikologie mehr macht.

Oelschläger: Das habe ich überhaupt nicht gesagt. Ich habe aus langjähriger Erfahrung nur Ihre Frage zu beantworten versucht, ob — sagen wir einmal — Nachahmer Substanzen in den Handel bringen können, die unter dem Gesichtspunkt der Arzneimittelsicherheit nicht vertretbar wären. Das muß in der Regel verneint werden.

Wir haben aber einen großen Aspekt in diesem Zusammenhang nicht erörtert, nämlich den, daß die von den Nachahmern in den Handel gebrachten Produkte häufig modernen pharmakokinetischen Erfordernissen nicht genügen, weil beispielsweise die Kristallgröße eine andere ist und damit die Lösungsgeschwindigkeit negativ beeinflußt wird. Dadurch können manchmal keine wirksamen Blutspiegel erreicht werden. Es muß aber betont werden, daß nicht immer der Blutspiegel relevant ist für den pharmakodynamischen Effekt.

Wirkungsverluste können auch dadurch eintreten, daß die Substanz eine Interaktion mit ungeschickt gewählten galenischen Hilfsstoffen eingeht.

Zu diesem Problemkreis liegen Untersuchungen vielfältigster Art vor. Ich denke z. B. an das harnsäurespiegelsenkende Mittel Allopurinol, bei dem die Güteunterschiede geradezu faszinierend sind. Auch bei den herzwirksamen Glykosiden gibt es enorme Unterschiede. Dafür muß auch von den Nachahmern eine gewisse Forschung erbracht werden, damit sie in bezug auf die Bioverfügbarkeit des Präparates auf den Standard kommen, den sich der Ersthersteller in mühsamer Arbeit erworben hat.

Mit anderen Worten, der Wert eines eingeführten Präparates, beispielsweise dieser sieben Firmen, liegt nicht nur darin, daß eine Sub-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stanz mit einem gewissen pharmakodynamischen Profil für die Therapie eine Lücke füllt, sondern es wurde auch eine Menge Entwicklungsarbeit geleistet, die vom reinen Stoff mit pharmakodynamischer Wirkung zum eigentlichen Arzneimittel führt. Denn zwischen einem Arzneimittel und einem Arzneistoff besteht in vielen Fällen ein himmelweiter Unterschied[1].

Röper: Einerseits dürfte sicher richtig sein, daß zwischen sogenannten identischen Präparaten irgendwelche Unterschiede bestehen, andererseits haben mir Pharmakologen versichert, daß es Generica gebe, die genauso gut sind wie andere Präparate.

Kopf: Herr Rahner hat dargestellt, daß 31 Prozent der Kosten bei der Entwicklung eines Arzneimittels patentierbar sind, der Rest praktisch nicht. Es ist die Frage gestellt worden: Ist therapeutische Wirksamkeit patentierbar — ja oder nein? Hierauf muß geantwortet werden: Nein. Patentiert ist die Substanz mit ihrem biologischen Effekt. Es genügt der Nachweis an der Maus oder an der Ratte; dazu brauchen wir nicht den Menschen.

Liebeswar: Mein Gedanke war, ob die zur Diskussion gestellte Nichtpatentierbarkeit nicht daraus resultiert, daß man zu abstrakt nur einen „reinen Wirkstoff" sieht und nicht das tatsächliche Produkt eines bestimmten Herstellers. Das war eine formale Betrachtung im Hinblick auf denkbare legistische Regelungen. Ich bestreite natürlich nicht, daß von der Arzneimittelsicherheit her gesehen die erwähnten Verunreinigungen in vielen Fällen eine untergeordnete Rolle spielen. Unterschiede in der Galenik können da sicher stärker ins Gewicht fallen. Davon wird aber nur ein Teil der pharmakologischen Daten betroffen sein.

Kopf: Gut. — Wenn Sie eine außerordentliche spezielle Galenik machen, können Sie die Galenik patentieren. Aber das sind Ausnahmen.

Lenel: Zwei Punkte sind auch für den Ökonomen wichtig: Die Reinheit, Herr Oelschläger, ist jedenfalls auch beim Imitator gesichert, dagegen das, was Sie pharmakodynamisches Profil nennen, nicht. Meine Frage in diesem Zusammenhang ist: Wird denn so etwas aus den Transparenzlisten erkennbar sein oder nicht? Wird der Arzt, der die Transparenzlisten sieht, erkennen können, daß diese pharmakodynamischen Profile anders sind oder nicht? Steht beispielsweise bei den verschiedenen Preisen auch dabei — und kann der Arzt dies erkennen —, welche pharmakodynamischen Profile gegeben oder nicht gegeben sind?

---

[1] Anmerkung des Herausgebers: Das Gichtmittel Allopurinol wird von 8 Herstellern angeboten, von denen einer auch eine Retardtablette, ein zweiter nur eine Retardtablette herstellt. Miteinander vergleichbar sind nur vier Angebote bei gleicher Packungsgröße und Darreichungsform. Die Preise für 50 Tabletten à 100 mg betragen bei Tempelhof 7,40 DM, ratiopharm 7,49 DM, Dorsch 8,25 DM und Siegfried 10,48 DM (vgl. Rote Liste 1979).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Oelschläger: Vielleicht darf ich zunächst nur den Begriff korrigieren. Das pharmakodynamische Profil ist, da es sich chemisch um dieselbe Substanz handelt, in jedem Fall das gleiche. Die Pharmakokinetik wird über die Präparation entscheiden.

Unter Pharmakodynamik verstehen wir den Effekt: Sie nehmen beispielsweise bei Kopfschmerzen ein Analgetikum, und der Kopfschmerz ist weg. Unter Pharmakokinetik verstehen wir dagegen die gesamte Phase von der Inkorporation, also von der Einnahme einer Tablette, bis zum Einsetzen des Effektes. Sie umfaßt die Resorption, die Verteilung im Organismus, die gleichzeitig einsetzende Elimination über die Niere und/oder Leber sowie die Metabolisierung, die in vielen Fällen zu einer Herabsetzung der Wirkung führt, die aber meistens die Produkte harnfähig und damit eliminierbar macht.

Aus den Transparenzlisten würde ich nicht schlüssig folgern wollen, daß die Präparate in ihrer Pharmakokinetik identisch sind.

Kopf: Die Listen nehmen darauf überhaupt keine Rücksicht. Sie werfen alles in einen Topf, wenn es nur die gleiche Substanz ist.

Lenel: Eine Bemerkung zu der Aussage: Billiger gesund werden interessiert nicht! Das kann man nur im Zusammenhang mit dem deutschen Sozialversicherungssystem verstehen. Wenn das deutsche Sozialversicherungssystem anders wäre, als es ist, dann würde es unter Umständen manchen interessieren, billiger gesund zu werden. Das mangelnde Preisbewußtsein hängt zumindest auch mit diesem System zusammen, sowohl was den Patienten als auch was den Arzt anlangt.

Kaufer: Herr Rahner wollte darauf hinweisen, daß früher die Problematik der restlichen 69 Prozent der Forschungskosten nicht so wichtig war, weil das beim Zulassungsverfahren etwa der Food- and Drug-Administration in den USA geheim war. Jetzt will die Food- and Drug-Administration dazu übergehen, daß dieses ganze Wissen jedem verfügbar ist und er es sich für einen Dollar praktisch kaufen kann. Dann taucht die Problematik des Schutzes auf. Dazu möchte ich mich jetzt nicht weiter äußern. Wenn ich das aber mit Ihrer These verbinde, die besagt, daß die Transparenzlisten eine Tendenz zur Nivellierung mit sich bringen würden, dann ist das sicher richtig, wenn man es mittelfristig sieht. Ich habe aber das Gefühl, daß alle Maßnahmen, auch die, daß man die Wirksamkeitsprüfungen jedem zugänglich machen will, langfristig dazu führen, daß genau das Gegenteil eintritt. Bei vielen Maßnahmen der Wettbewerbspolitik ist es so, daß man den Wettbewerb fördern möchte. Wenn man es sich aber hinterher genau anschaut, ist er beschränkter, als er es vorher war. Daher rührt das Unbehagen an den consent decrees, die die Antitrustdivision in den USA be-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

treibt. Ich möchte ganz pointiert sagen, daß jeder consent decree, den die Antitrustdivision gemacht hat, den Wettbewerb mehr beschränkt hat, als er es vorher war; sie hat den Wettbewerb nicht freigesetzt.

So ähnlich wird es auch hier sein. Alle Maßnahmen führen dazu, daß die vertikale Integration der Industrie in den nächsten 10 bis 15 Jahren außerordentlich zunehmen wird. Dann sind die Marktschranken so hoch, daß die Nachahmer, die sich jetzt noch in den Märkten tummeln, weil die Industrie vertikal desintegriert ist, gar keine Chancen mehr haben. Auf die Länge eines Entwicklungszyklus mag der Wettbewerb vielleicht intensiviert werden. Wenn er aber abgelaufen ist, ist mehr Wettbewerbsbeschränkung gegeben, nicht von seiten der Industrie, sondern von seiten aller derjenigen, die zur Zeit daran interessiert sind, daß die Industrie wettbewerblich wird.

Rahner: Dies heißt natürlich nicht nur, daß eine Tendenz besteht, die teueren Originalpräparate preisniveaumäßig abzusenken. Dies bedeutet auch — und das läßt sich relativ einfach begründen —, daß die Preise der Nachahmer steigen werden. Wir haben schon vielfach die Erfahrung gemacht, daß erfolgreiche Nachahmer die Preise heraufsetzen. Ratiopharm hat die Preise nicht nur kräftig erhöht, weil sie erfolgreich waren. Es läßt sich auch von der Kostenentwicklung her erklären. Wenn die Nachahmer im Rahmen der Produktkonkurrenz mit den Originalpräparateherstellern nach Patentablauf nachweisen wollen, wie es beispielsweise ratiopharm getan hat, daß ihre Präparate in der Qualität, in der Bioverfügbarkeit und in der Reinheit genauso hervorragend sind, dann müssen sie dafür eine Menge an Kosten aufwenden. Sie müssen nicht nur hard-ware, sondern schlußendlich soft-ware anbieten. Sie wollen schließlich mit den Originalpräparateherstellern gleichziehen. Das heißt, daß die Kosten bei ihnen enorm steigen. Wenn sie zum zweiten nur dann auf dem Markt Erfolg haben, wenn sie die entsprechenden Informations- und Werbeanstrengungen machen, dann werden auch von dieser Seite her die Kosten steigen. Es gibt eine Reihe von Gründen, daß die Nivellierungstendenz der Preise bei den Originalpräparaten nach unten, aber bei den Nachahmern nach oben geht. Man trifft sich ungefähr wiederum auf mittlerem Niveau.

Röper: Die Firma ratiopharm gilt jetzt als Anbieter von „branded generics"; das ist ein Mittelding zwischen Freiware und Markenartikel. Ich glaube, daß diese Entwicklung charakteristisch ist.

Kopf: Ich möchte noch einmal auf die Transparenzlisten zu sprechen kommen. Es gibt zur Zeit zwei Listen, die eine vom Bundesausschuß und die andere von der Berliner Kommission. Die Berliner Kommission hat erstmals versucht, außer Preis, Substanz und Warenzeichen auch

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eine Qualifikation der Produkte einzuführen. Wenn Herr Rahner sagt, diese Qualifikationseinführung führe im Laufe der Zeit zu einer Nivellierung, dann muß man das wohl bestätigen; denn alle Präparate, die heute nur ein, zwei oder drei Qualitätsmerkmale, nicht aber alle sechs bekommen, werden bemüht sein, im Laufe von maximal fünf Jahren diese sechs Merkmale zu bekommen. Dafür müssen Geldausgaben gemacht, möglicherweise Laboratorien installiert werden. Wenn dann nach fünf Jahren alle Präparate sämtliche Qualitätsmerkmale aufweisen, ist die Nivellierung eingetreten, sehr wahrscheinlich für die Nachahmer auf einem höheren Preisniveau als heute. Diejenigen, die alle sechs Merkmale schon haben, werden aus Gründen des Wettbewerbs Preise herabsetzen müssen.

In der Liste kommt nicht zum Ausdruck, daß nicht nur die pharmazeutische Qualität eine Rolle spielt, sondern auch das Anbieten von für die Anwendung wichtigen Serviceleistungen Kosten verursacht. Diese Ergänzung wäre meines Erachtens notwendig, um eine echte Transparenz der Leistung des jeweiligen Präparates dem Arzt gegenüber darzustellen.

Hoppmann: Zur Transparenzliste möchte ich noch etwas sagen, weniger vom pharmazeutischen Hintergrund her, weniger auch von der Unternehmerseite als mehr von der ökonomischen Theorie her. Es mutet einen Nationalökonomen, der sich mit Markt- und Wettbewerbsfragen befaßt, eigentlich merkwürdig an, daß gestandene Ökonomen naiv glauben, durch eine Transparenzliste könnte man Wettbewerb erhöhen. Wir haben doch nun in jahrelangen Bemühungen — u. a. auch der Kartellbehörde — dargelegt, daß der Geheimwettbewerb Wettbewerb schafft und daß eine Preismeldestelle ihn beseitigt. Auch Artikel 60 des Montanunionvertrages wirkte wie eine offizielle Preismeldestelle und brachte eine erhebliche Beschränkung des Preiswettbewerbs mit sich. Das heißt also: Sind solche Transparenzlisten nicht Methoden, um den Preiswettbewerb, den man beleben will, sofern überhaupt von Preiswettbewerb gesprochen werden kann, weitgehend zum Erliegen zu bringen?

Hier muß man, um die Frage zu beantworten, nach verschiedenen Marktsituationen differenzieren; das ist gar kein Zweifel. Einmal haben wir den Bereich der Innovationsmärkte, wo nur noch patentgeschützte Medikamente angeboten werden, die mit ihren Preisen in einem bestimmten Bereich angesiedelt sind. Dort wird sich sicherlich eine sehr starke oligopolistische Reaktionsverbundenheit ergeben. Wenn man die Industrie zur Aufstellung der Transparenzlisten mit heranzieht — man holt sie dabei mit Recht hinzu, weil die Industrie sachverständig ist —, dann nimmt man weitere Qualitätsmerkmale auf,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

von denen Sie, Herr Kopf, sprachen. Alle Qualitäten werden genau benannt. Die Produkte werden dann wunderbar vergleichbar: Zwei Firmen sitzen dann beispielsweise zusammen, Bayer und Hoechst etwa, und unterhalten sich darüber, welche Qualitätsmerkmale einzusetzen sind. Ich bin überzeugt, solche Listen führen nach wenigen Jahren dazu, daß die Qualitäten weitgehend homogenisiert werden und die Preise auch, daß aber kein Preiswettbewerb eintritt. Ich bin fest davon überzeugt, daß die Preise dann höher sind als ohne solche Listen. Als Nationalökonom meine ich, daß die Idee der Transparenzlisten, die von Nationalökonomen geboren worden ist, ein Rückfall in alte Theorien ist, die sich als verfehlt erwiesen haben.

Nun kommen wir auf andere Märkte. Beispielsweise sind vielleicht noch Innovatoren auf dem Markt, aber Nachahmer kommen auf. Was passiert dann bei Einführung der Transparenzlisten? Wir wollen einmal unterstellen, daß die Transparenzlisten wirklich effektiv sind; das ist ja der Gedanke. (Ob sie effektiv sein werden oder nicht, darüber kann man diskutieren. Ich glaube, sie werden, so wie sie zur Zeit sind, nicht effektiv werden.) Wenn sie aber effektiv sind — das ist nämlich der Zweck der Liste — und wenn sich die Ärzte daran halten — auch wenn die Listen noch so falsch sind —, dann ergibt sich auf diesen Märkten eine dominierende Preisführerschaft qua Preismeldestelle.

Ich will nicht die verschiedenen Marktkonstellationen weiter entwikkeln. Für Nationalökonomen unter uns ist das Anfängerwissen aus den Vorlesungen. Für die Praktiker ist das wahrscheinlich auch nichts Neues. Deswegen möchte ich nur andeuten, daß mir die Idee der Transparenzlisten, die von öffentlichen Stellen geschaffen werden sollen, die man aber nicht schaffen kann, ohne die Fachleute aus der Industrie mit hinzuzunehmen, nicht geeignet scheint, das zu schaffen, was sie erreichen sollen: Preiswettbewerb. Dies halte ich für — bisher — allen bewährten Theorien widersprechend. Man müßte also zunächst einmal eine vernünftige Theorie auf den Tisch legen. Dann könnte man darüber diskutieren. (Die Praxis mit Artikel 60 des Montanunionvertrages, der offizielle Preislisten für die Montanindustrie vorgesehen hat, hat bereits nachgewiesen, daß dem nicht so war.)

Ganz *kurzfristig* mag die Einführung von Transparenzlisten vielleicht eine gewisse Wirkung haben, über die Inzidenz. Wenn es aber etwas länger geht (mittelfristig), ergibt sich eine Preisstarrheit mit allen Folgen daraus, zumal auch der Marktzutritt nicht sehr leicht ist. *Längerfristig* suchen die potenten Unternehmen, besonders die Innovatoren und die dynamischen Unternehmen, aus der oligopolistischen Reaktionsverbundenheit einen Ausweg. Unternehmer sind ja erfinderisch. Sie werden einen Ausweg finden. Sie suchen neue Aktionsparameter, mit

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

denen sie operieren können. (Da treffe ich mich mit Herrn Kaufer.) Ich bin der Meinung, daß langfristig ganz andere Aktionsparameter relevant werden. Es scheint mir eine plausible Hypothese zu sein, die Herr Kaufer aufgestellt hat, daß man dann möglicherweise in die vertikale Integration geht. Dann werden nur noch einzelne große Unternehmensblöcke bestehen. Das wäre langfristig.

Mittelfristig werden die Transparenzlisten also den Preiswettbewerb reduzieren, sofern überhaupt von Preiswettbewerb auf diesen Märkten gesprochen werden kann. *Langfristig* werden andere Konsequenzen eintreten. Die These von Herrn Kaufer scheint mir plausibel zu sein.

Dieses über den naiven Glauben an die Transparenzlisten als Mittel zur Verschärfung des Preiswettbewerbs.

Röper: Transparenzlisten sind im wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen gefordert worden.

Oldiges: Herr Rahner und Herr Dietrich haben zunächst die Meinung vertreten, es gebe einen Nachahmerwettbewerb. Dieser trete aber durchaus nicht bei allen Präparaten ein. Herr Rahner führte dazu aus, Nachahmerwettbewerb gebe es im wesentlichen bei Monopräparaten.

Wir wissen aber, daß der Anteil der Monopräparate gemessen am Gesamtarzneimittelangebot relativ klein ist. Bei den Kombinationspräparaten ist demnach kaum ein Nachahmerwettbewerb zu verzeichnen. Meine Frage ist daher: In welcher Größenordnung vollzieht sich überhaupt der Nachahmerwettbewerb? Wie groß ist die Gruppe der Arzneimittel, bei denen ein echter Preiswettbewerb besteht? Wir haben den Eindruck, daß der Nachahmerwettbewerb nur einen relativ kleinen Teil des gesamten Angebots der Arzneimittel betrifft. Nach den Ausführungen von Herrn Rahner kann man den Eindruck gewinnen, auf dem ganzen Markt der Arzneimittel vollziehe sich ein intensiver Nachahmerwettbewerb. In der Praxis läßt sich das nicht feststellen. Kann man den Umfang des Nachahmerwettbewerbs in etwa abschätzen?

Sicherlich haben die Krankenkassen Preistransparenzlisten gefordert. Dabei stand aber nicht die Förderung des Nachahmerwettbewerbs im Vordergrund der Überlegungen. Die Krankenkassen wollten zunächst nicht die pharmakologische Transparenz, wie sie mit der Transparenzliste des Bundesgesundheitsamtes herbeigeführt werden soll. Sie haben ein größeres Interesse an Preisübersichten. Für alles andere, was sonst noch für das Arzneimittel bedeutsam ist, z. B. die Qualität des Arzneimittels, ist nicht nur der Unternehmer verantwortlich; er sollte deshalb Gestaltungsfreiheit in der Darstellung haben, denn er muß ja seinen u. U. höheren Preis auch rechtfertigen können. Allerdings müssen die Angaben der Wahrheit entsprechen und nachprüfbar sein.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Unser Ansatzpunkt war, dem Arzt eine Übersicht für die Therapie zu geben, getreu dem Grundsatz, den Herr Rahner nannte: Der therapeutische Nutzen steht vor dem Preis. Der Unternehmer soll durch den Preisvergleich immer wieder gezwungen werden, den Nutzen seiner Präparate auch darzutun. Der Arzt hat die Preisliste vor sich. Er sieht, daß es billigere Präparate gibt. Vielleicht ist ihm der Nutzen des teureren Präparats entglitten. Die Industrie soll diesen laufend und immer wieder nachweisen müssen. Das heißt, sie muß auch immer wieder den Arzt überzeugen. Das ist nach meiner Ansicht ein dynamischer Prozeß, der sich nur schwer in Listen, die immer eine relativ lange Laufdauer haben, einfangen läßt. Wenn der Arzt nicht mehr überzeugt ist, dann soll er das preiswertere Produkt nehmen können.

Die Berliner Liste zeichnet alles auf. Jeder erscheint oder wird alsbald mit dem gleichen schönen Merkmal erscheinen. Die Liste wird dann sobald nicht neu geschrieben. Der Unternehmer hat nach einer einmaligen Anstrengung Ruhe. Für die nächste Zeit erspart man sich gegenüber dem Arzt jede Nachweispflicht, zumindest so lange, bis einer behauptet, es sei nicht mehr alles erfüllt, was an Qualitätsmerkmalen ausgewiesen ist.

Ich bin daher der Ansicht, daß mit der reinen Preisvergleichsliste auf Dauer ein bißchen mehr an Wettbewerb gefordert wird als mit der Transparenzliste.

Langmann: Darf ich eine Gegenfrage zu der soeben aufgestellten These stellen? Wen soll die Industrie eigentlich überzeugen von der Höherwertigkeit ihres Produkts, den Arzt oder die Krankenkassenorganisation? Das zur praktischen Bedeutung.

(*Oldiges:* Den Arzt!)

Sie wissen, was ich meine.

Sie haben die Frage nach der Bedeutung gestellt, die der Nachahmermarkt praktisch hat. Ich habe dies kurz für unser eigenes Produktprogramm überlegt. Ohne es mit hundertprozentiger Sicherheit sagen zu können — ich glaube aber nicht, daß ich mich irre —, möchte ich behaupten: Jedes Produkt in Deutschland, das ein Umsatzvolumen von über 100 Millionen DM hat und patentlich nicht so abgeschützt ist, daß man nicht frei heran kann, hat seinen Nachahmer, ohne Ausnahme.

Oelschläger: Auf zwei Punkte muß ich korrigierend eingehen. Herr Oldiges, Sie sagten — ich hoffe, ich habe es richtig verstanden —, daß jemand, der in die Transparenzliste mit einer bestimmten Güteklassifikation aufgenommen worden ist, dann anfangen könne, weniger korrekt zu produzieren. Das erscheint mir ganz ausgeschlossen, und zwar aus

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zwei Gründen. Der erste Grund ist der, daß die Fertigung einer laufenden Qualitätskontrolle unterliegt. Auf der anderen Seite haben wir auf Grund des Arzneimittelgesetzes von 1976 die staatliche Arzneimittelüberwachung. Die Kontrolleure gehen in die Apotheken, in die Betriebe, ziehen Proben und analysieren sie, genauso wie Lebensmittel überwacht werden. Es mag vorkommen, daß vielleicht einmal ein „verschlamptes" Präparat bei der Probenziehung nicht erfaßt wird. Ich halte es aber für nahezu ausgeschlossen, daß eine gewollte Verschlechterung der Güte eines einmal eingeführten Präparats eintreten kann. Das verbietet einmal das Renommée der Firma, dafür sorgt auf der anderen Seite die staatliche Arzneimittelüberwachung.

Tiefenbacher: Der Marktanteil der Billiganbieter — so möchte ich sie einmal nennen — liegt unter fünf Prozent. Das ist ganz beachtlich, wenn man bedenkt, daß sie noch vor wenigen Jahren so gut wie gar nicht vorhanden waren.

Ich möchte noch kurz auf die Transparenzliste zurückkommen und auf den Hinweis von Herrn Hoppmann, daß sie ein abgestimmtes Verhalten zwischen den Pharma-Unternehmen fördern würde. In diesem Zusammenhang wäre ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen. Für Hersteller war es bislang häufig nicht ganz einfach, neue Präparate preislich im Markt einzuordnen — und zwar immer dann, wenn es Schwierigkeiten bereitete, die mittlere Tagesdosis für sein Präparat in Vergleich zu setzen mit der mittleren Tagesdosis der Konkurrenzpräparate. Für *Euglucon,* das bedeutendste orale Antidiabetikum, schwankt sie zum Beispiel zwischen 2,5 und 15 mg. Die Dosierungsbreite anderer Präparate dieser Indikationsgruppe liegt dagegen zwischen 0,5 und 2 g. Trotz umfangreicher klinischer Erfahrungen ist es schwierig, einen mittleren Wert pauschal für das gesamte Patientenkollektiv präzise zu ermitteln. Nur der behandelnde Arzt kann eine den individuellen Besonderheiten des Patienten angepaßte Dosierung festlegen und dann in jedem Einzelfall den Preisvergleich zwischen den in Frage kommenden Medikamenten anstellen. Das gleiche gilt übrigens auch für Zubereitungsformen wie Salben und Lösungen mit unterschiedlicher Wirkstoffkonzentration. Hier werden nun neue Verhältnisse geschaffen, wenn offizielle Stellen die mittlere Tagesdosis nach eigenem Ermessen pauschal vorgeben. Die relativen mittleren Tagesdosierungen von Präparaten einer Indikationsgruppe werden damit künstlich fixiert, um den Preisvergleich zu erleichtern. Abgesehen davon, daß dies den Arzt auf Irrwege führen kann, schafft der einheitliche Maßstab den Herstellern häufig günstige Voraussetzungen dafür, ihre Preise heraufzusetzen.

Ein weiterer Punkt verdient in diesem Zusammenhang beachtet zu werden. Es ist dargelegt worden, wie groß die Preisunterschiede zwi-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

schen den Billiganbietern sind. Wie die erste Transparenzliste für das Indikationsgebiet der Herzmuskel-Insuffizienz zeigt, gehen sie bis 40 Prozent. Die Billiganbieter konkurrieren nun preislich nicht untereinander, sondern sie stehen in Konkurrenz zu den hochpreisigen Marktführern. Mit der Transparenzliste wird der billige Billiganbieter animiert, den Preis seines Präparates dem oberen Niveau der Billiganbieter anzupassen. Er erhöht damit seinen Gewinn, ohne Marktchancen aufzugeben. Ich erwähne all dies, weil man in der Diskussion stets davon ausgeht, daß Preisvergleichs- und Transparenzlisten eine Preisnivellierung nur nach unten hervorrufen. Es kann ebenso häufig eine Preisanpassung nach oben erfolgen.

Hoppmann: Erstens: Nachahmerwettbewerb sei nicht so scharf. Das ist ganz selbstverständlich. Ich erinnere an das Produkt Valium. Es ist damals (vor 15 Jahren) gegen Meprobamat angetreten. Wünschen Sie heute einen heftigen Nachahmerwettbewerb bei Meprobamat? — Doch wohl nicht. Wenn ununterbrochen neue Therapien entwickelt werden, dann ist das Medikament, bevor die Nachahmer nach so vielen Jahren antreten können, völlig aus dem Markt. Infolgedessen sind Nachahmer (Imitatoren) nur dort zu erwarten, wo die Therapien noch nach zehn und 15 Jahren sinnvoll sind. Deshalb ist ein genereller Marktanteil der Nachahmer von fünf Prozent, den Herr Tiefenbacher nannte, sicherlich schon sehr hoch.

Zweitens: Die Krankenkassen hätten eigentlich nur reine Preisübersichten haben wollen, alle anderen Informationen soll die Industrie liefern. Wenn die Industrie den Arzt über alle anderen Qualitätsmerkmale aufklärt — warum denn nicht auch über den Preis? Darin sehe ich eigentlich kein Argument.

Es bleibt die Frage: Welchen Preis wollen Sie eigentlich haben? — Für die Tagesdosis und dabei für welche Therapie? Für verschiedene Therapien? Die Preise pro Wirkstoffeinheit, pro Tablette, pro Schachtel, wie immer man will? Sie können nicht umhin, *verschiedene* Preise anzugeben.

Oldiges: Sicherlich ist es schwierig, eine geeignete Vergleichsgrundlage zu finden. Wir haben jedoch stets gemeint, dieses Problem müsse lösbar sein. In dem einen Bereich kann Vergleichsgrundlage die Tagesdosis sein, für andere Bereiche können andere Meßlatten zweckmäßiger sein. Nur muß im Rahmen vergleichbarer Arzneimittel stets die gleiche Meßlatte gelten. Sie sagen, das könne besser der Unternehmer auch selbst durchführen. Tatsächlich macht es die Industrie nicht in der Form, wie wir es für notwendig halten. Jeder Unternehmer lobt zunächst einmal sein eigenes Produkt und rechtfertigt damit auch seinen Preis; das kann man ihm auch nicht verwehren. Der Unternehmer ist

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

jedoch nicht dazu da, darauf hinzuweisen, welche Präparate es außerdem noch gibt und was diese kosten. Möglicherweise darf er das auch wettbewerbsrechtlich nicht einmal. Deshalb hat, wie wir immer gesagt haben, der Arzt nicht die Preisübersicht, die er eigentlich haben sollte.

Es hat immer schon Listen gegeben. Auch die sogenannte „Rote Liste" ist mit Preisen versehen. Man kann sicherlich auch diese zu Preisvergleichen heranziehen. Wir haben stets die Frage gestellt, ob es vielleicht nicht doch noch eine bessere Ausgestaltung gibt. Der Gesetzgeber hat den Ärzten und Krankenkassen mit dem Kostendämpfungsgesetz den Auftrag erteilt, eine bessere Liste zu suchen. Ich bin der Ansicht, daß wir die Preisliste des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen, die Transparenzliste und die sonstigen Listen erst einmal nebeneinander bestehen lassen sollten. Wenn wir nach einer gewissen Zeit feststellen, daß die vergleichende Information immer noch nicht benutzerfreundlich ist und die Möglichkeiten des Vergleichs für den Arzt immer noch nicht funktionieren, dann müssen wir uns etwas Neues einfallen lassen. Auch auf dem Gebiet der Listen besteht insoweit ein innovatorischer Wettbewerb. Warum wollen wir ihn sogleich verdammen?

Rahner: Es ist zwar richtig, daß sich der Anteil der Nachahmer am Gesamtmarkt zur Zeit in einer überschaubaren Größenordnung befindet, wie Sie dies auch genannt haben, Herr Tiefenbacher. Aber für die Beurteilung der zukünftigen Entwicklung dieses Marktsegmentes kommt es nicht nur auf den augenblicklichen Stand, sondern auf die zukünftige Entwicklung in den nächsten fünf oder zehn Jahren an. Die Zuwachsraten der Nachahmer liegen jedenfalls zur Zeit bei einer Größenordnung von 30 bis 40 Prozent. Es ist also nicht sehr schwierig vorauszusagen, daß der Anteil enorm wachsen wird. Schließlich wissen wir aus den USA, daß dort, unter anderen Voraussetzungen zwar — auch von der Versicherungsseite her —, der Nachahmermarkt eine Größenordnung von etwa 13 Prozent hat. Man darf unterstellen, daß das möglicherweise auch für uns eine Größenordnung sein könnte; wir wissen also, wohin der Weg geht.

Noch viel nachdenklicher stimmt mich jedenfalls folgender Umstand, daß in letzter Zeit drei große forschende Firmen in den Sektor der Nachahmer eingedrungen sind. Die Frage ist: Warum tun sie das? Ist das eine reine Verlegenheitslösung? Kommen sie nicht weiter? Von der Entwicklung der Produkte ist ziemlich klar absehbar, daß immer weniger neue Produkte — sei es Innovation im engeren oder im weiteren Sinne — auf den Markt kommen. Das hat unter anderem auch zur Folge, daß sich die großen forschenden Firmen auch auf dem Nachahmersektor umschauen, insbesondere bei großen Substanzen, zum Bei-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

spiel bei Aldactone, wo ein Umsatzvolumen von über 100 Millionen zur Diskussion steht.

Wenn dem so ist, dann kann man auch voraussagen: Falls diese Konkurrenten noch ins Spiel kommen, werden die Nachahmer sicherlich weiter an Bedeutung gewinnen, so daß wir die Größenordnung von zehn bis zwölf Prozent, die ich genannt habe, unter diesen Voraussetzungen sicherlich bald erreichen werden. Ich glaube nicht, daß es zu keiner Nivellierung kommen wird; die Nivellierung wird nach wie vor anstehen.

Kopf: Es gibt, worauf Herr Rahner hingewiesen hat, forschende Imitatoren, und es gibt reine Imitatoren. Bei den forschenden Imitatoren muß man untersuchen, warum sie imitiert haben. Es kann durchaus sein, daß sie eine neue, einfachere chemische Methode gefunden haben, um die gleiche Substanz zu synthetisieren, die bereits auf dem Markt ist. Dadurch verfügt solch eine Firma evtl. über eine preisgünstigere Substanz und kann so bei entsprechender Preisstellung vielleicht eine günstige Marktposition erreichen. Das muß man bei forschenden Imitatoren berücksichtigen.

Es gibt aus neuerer Zeit solch einen Fall. Mit anderer chemischer Methodik ist man zur gleichen Substanz gekommen, hat sie auf den Markt gebracht und damit nicht nur den ursprünglichen Erfinder gestört, sondern auch erhebliche Marktanteile gewonnen. Solch ein Vorgehen sehe ich als berechtigt an. Das ist ein Vorgang, den wir schon seit Jahrzehnten kennen, das ist nichts Neues. In unserer Diskussion geht es aber, wenn wir von Imitatoren sprechen, um das echte, billige Nachmachen.

Lenel: Eine Frage an Herrn Kaufer. Sie meinen, es werde eine Nivellierung geben. Man werde vertikal integrieren. Wie soll das aussehen? Beispielsweise bei den Farbwerken Hoechst oder bei Bayer, überhaupt bei den großen Herstellern von Pharmazeutika? Oder meinen Sie, daß die Imitatoren vertikal integrieren werden? Und aus welchem Grund werden sie vertikal integrieren? Wie soll das vor sich gehen? Was soll integriert werden? Mit welchen Zielen?

Kaufer: Die vertikale Integration wird vermutlich einsetzen, wenn nämlich zum Beispiel die großen Unternehmen gleichzeitig als Nachahmer, wie sie hier bezeichnet werden, auftreten. Dann sind das die Unternehmen, die nach kurzer Zeit größere Marktanteile haben werden. Das klingt jetzt so, als wollte man jedem Unternehmen die Absicht der Wettbewerbsbeschränkung unterstellen; das glaube ich nicht. Die ökonomischen Anreize sind so, daß der Unternehmer, das einzelne Großunternehmen zum Beispiel, bei der Auswahl der Produktionsver-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

fahren bestrebt sein wird, Produktionsverfahren zu suchen, die große Betriebsgrößen ersparen.

(Lenel: Das ist keine vertikale Integration!)

Betriebsgrößenersparnisse hängen gerade in dieser Branche mit der vertikalen Integration zusammen, weil z. B. die Qualitätskontrollen usw. auch damit zusammenhängen, ob sie vertikal integriert sind. Economies of scales haben die ökonomische Wirkung, die Marktchancen zu erhöhen. Ein Unternehmen, das sich überlegt, ob es den technischen Fortschritt in die Skalen erhöhende Richtung ausweiten oder zu konstanten Kosten ausweiten soll, wird vom Gewinnkalkül her automatisch auf den die Skalen erhöhenden technischen Fortschritt kommen. Wenn Sie alle Anreize so setzen, daß der sog. Preiswettbewerb standardisiert wird, dann werden die Unternehmen von dem dann noch übrigbleibenden ökonomischen Anreiz in die vertikale Integration gedrängt. Das erhöht die Marktschranken. Ich kann es auch am Sauerstoffblasverfahren klarmachen. In den Hearings des Antitrust-Subcommittees ist es noch als ein Verfahren angepriesen worden, das die Betriebsgröße verringert. Es hat aber die Betriebsgröße gewaltig erhöht. Bisher haben wir in der Theorie immer untersucht: Kapital sparen oder Arbeit sparen in bezug auf den technischen Fortschritt? Wir haben uns nie die Frage vorgelegt, ob der technische Fortschritt auch einen skalenerhöhenden Bias hat. Wenn er den hat, dann wird er konzentrationsfördernd wirken.

Röper: Wir haben von Herrn Rahner Angaben über Arbeitsteilung zwischen den Innovatoren und Imitatoren gehört. Ich zitiere hierzu aus einem Aufsatz:

„Typisch für die Wettbewerbssituation der großen Pharmaunternehmen untereinander ist ihr Verhalten, wenn ein Patent eines Konkurrenten abläuft. Diese Unternehmen versuchen in diesem Fall i. d. R. nicht, in den Konkurrentenmarkt einzudringen[46], indem sie das nunmehr ungeschützte Arzneimittel kopieren. Vielmehr überlassen sie dies den mittleren und kleineren Unternehmen. Gerechtfertigt wird dieses Verhalten damit, daß eine solche Imitationspolitik gegen die Ethik eines forschungsintensiven Unternehmens verstoße."[2]

Hamm: Zu der Intensität des Wettbewerbs von Nachahmern: Das Stichwort potentieller Wettbewerb sollte wenigstens erwähnt werden.

---

[2] *P. Oberender,* Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 28 (1977), S. 183. Anm. 46: „Der Versuch von Boehringer Mannheim, Bactrim von Hoffmann-La Roche zu kopieren, stellt eine Ausnahme dar, die das Regelverhalten nur bestätigt."

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wir können nicht immer die Wirkung des Nachahmerwettbewerbs in Marktanteilen messen. In großem Umfang wird die Wirkung des Nachahmerwettbewerbs durch den potentiellen Wettbewerb hervorgerufen. Ich meine, das muß deutlich hinzugefügt werden. Ich stimme voll Herrn Hoppmann zu. Entscheidend für die Reaktionen auf die verschiedenen Listen, die nun kursieren, ist in der Tat, wie Ärzte sich verhalten auf Grund der Vorlage solcher Listen. Es kommt nicht auf die Wünsche der Imitatoren an, die solche Listen propagiert haben. Es kommt allein darauf an: Wie reagieren die Marktpartner? Wir haben zwei konkurrierende Listen auf dem Markt: die Transparenzliste und die Preisvergleichsliste. Die Preisvergleichsliste hat in meinen Augen den erheblichen Nachteil, daß nicht das gesamte Spektrum der Mittel, die für eine bestimmte Indikation gebraucht werden, zusammengefaßt dem Arzt vorgelegt wird.

Die Transparenzliste hat dagegen den Vorteil, daß sie nach Indikationsgebieten geordnet ist. Ich kann mir vorstellen, daß der Arzt, der nicht in chemischen Substanzen, sondern in therapeutischen Kategorien denkt, mehr zu der Transparenzliste neigen wird. Wenn nun die Ärzte den Eindruck haben, in der Transparenzliste werden qualitativ gleichwertige Produkte nebeneinander gestellt, wobei als Maßstab sechs Qualitätsmerkmale dienen, dann muß der Arzt davon ausgehen, daß diese Produkte voll vergleichbar sind. Dann könnten die von Herrn Hoppmann angedeuteten Gefahren eintreten. Die Erfahrung wird zeigen, wie groß diese sind. Jedenfalls wissen wir von verwandten Märkten her, daß es so etwas wie oligopolistische Preisinterdependenzen gibt. Wir wissen, daß es so etwas wie Preisführerschaft gibt. Es ist zumindest zu erwarten, daß sich die Anbieter mit den niedrigsten Preisen fragen werden, warum sie bei ihren Preisen bleiben sollen. Sie werden sicher prüfen, bis zu welcher Grenze sie nach oben gehen können, ohne nennenswerte Marktanteile zu verlieren.

Die Preisvergleichsliste mag diese Nachteile nicht haben, weil sie von chemischen Substanzen ausgeht und weil dort — jedenfalls in sehr vielen Fällen — volle Vergleichbarkeit vorliegen mag. Nachteilig ist aber das für den Arzt unvollständige Informationsangebot.

Zu fragen ist, in welchem Punkt die Transparenzliste einen unvollständigen Qualitätsvergleich liefert. Von entscheidender Bedeutung für die Wirkung dieser Transparenzlisten ist, daß die Ärzte entschieden und in klarer Weise darüber aufgeklärt werden, daß diese Transparenzlisten qualitativ keine Transparenz schaffen; daß es weiterhin erhebliche Qualitätsunterschiede — so nehme ich an — geben wird und daß sie sich eben nicht automatisch an dem billigsten Preis orientieren dürfen, wenn die sechs Qualitätsmerkmale erfüllt sind. Es sollte uns des-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

halb einmal beispielhaft gezeigt werden, in welcher Hinsicht die Transparenzliste eine qualitative Vergleichbarkeit nicht ausweist.

Röper: Herr Kopf ist für die Erarbeitung der Transparenzliste mitverantwortlich.

Kopf: Ich habe ein Minderheitsvotum abgegeben, aber nicht verlangt, daß es veröffentlicht wurde. Es ist nur zu den Akten genommen worden.

Wir sprechen immer von *der* Transparenzliste. Wir müssen wissen, daß es bislang nur eine Transparenzliste über das Indikationsgebiet Herzmuskelinsuffizienz gibt; das ist sozusagen fast nichts von dem gesamten Indikationsgeschehen der Medizin. Die Liste ist der erste Versuch. Ich darf Ihnen jetzt schon sagen: Die mittlere Tagesdosis, die hier propagiert worden ist, wird sich nicht durchhalten lassen. Ich bin der Meinung, daß die mittlere Tagesdosis in der Bundesausschußliste an den Haaren herbeigezogen ist; sie ist medizinisch nicht sinnvoll.

In der Berliner Liste ist versucht worden, die Qualität der Arzneien in die Liste einzubringen. Gedacht ist an: Wirksamkeit, Qualität und Nutzen. Zunächst ist jedoch nur versucht worden, die Präparate über die pharmazeutische Qualität und die Bioverfügbarkeit zu charakterisieren. Es sind Grundsätze aufgestellt worden, nach denen diese Zeichen vergeben werden. Darüber ist natürlich viel diskutiert worden. Die Grundsätze sind nicht deckungsgleich mit dem Arzneimittelgesetz, das seit dem 1. Januar 1978 in Kraft ist, sondern gehen in bestimmten Punkten darüber hinaus. Es ist vor allem Wert darauf gelegt worden, von dem Hersteller nachgewiesen zu bekommen, daß er ein bestimmtes System anwendet, um eine laufende Kontrolle für die Qualitätsmerkmale sicherzustellen. Darin liegt z. B. ein Unterschied zum Gesetz.

Die sechs Zeichen beziehen sich auf Reinheit und Identität der Substanz, Dosierung, Freisetzung der Substanz aus der galenischen Form sowie auf Haltbarkeit. Das Zeichen sechs sagt etwas über die Bioverfügbarkeit der Substanzen aus.

Die sechs Qualitätszeichen sagen etwas über die pharmazeutische Qualität der Produkte aus. Sie geben aber kein Bild von dem, was der einzelne Hersteller darüber hinaus noch leistet: Ob er bei Anfragen, wenn Nebenwirkungen auftauchen, Auskunft geben kann, ob sie mit dem Produkt zusammenhängen, welche Gegentherapie möglich ist u. a. m. Oder ob der Arzt bei einer Vergiftung den Hersteller anrufen kann, um einen Entgiftungsservice zu erhalten, oder ob er den Hersteller um einen speziellen Literaturservice zu dem Produkt bitten kann. Diese Serviceleistungen, die ein Arzt braucht, um sich bei der Anwendung eines Medikamentes sicher zu fühlen, kommen in der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Liste nicht zum Ausdruck. Damit sind z. Z. die Leistungen, die im wesentlichen die forschende Industrie bietet, nicht dargestellt. Die Qualitätsmerkmale sind somit keine Siegel dafür, daß ein Produkt teurer sein darf als ein anderes, weil der Hersteller mehr leistet. Die jetzigen Qualitätsmerkmale geben trotzdem schon gewisse Hinweise. Es gibt nur zehn Präparate in der Liste, die alle sechs Merkmale haben. 41 Prozent der Produkte haben weniger als sechs. Der Rest hat überhaupt kein Zeichen. Eine solche Differenzierung hat sich also schon jetzt eingestellt. Das besagt nicht, daß nicht alle Produkte der Liste nach dem Arzneimittelgesetz marktfähig sind, sondern es sagt nur aus: Nach den von der Kommission aufgestellten Grundsätzen ist eine solche Differenzierung im Augenblick feststellbar.

Was ich vorhin schon ausgeführt habe: Im Laufe der Zeit kann durch entsprechende Aufwendungen jeder Hersteller die sechs Merkmale erreichen. Den Herstellern wird erstmalig gezeigt, wie ihre Präparate in bezug auf diese Merkmale einzuordnen sind. Die meisten Anfragen an das Bundesgesundheitsamt beziehen sich zur Zeit auf die Beantwortung der Frage, wie die Qualitätsmerkmale Haltbarkeit, Identität und Freisetzbarkeit zu erfüllen sind.

Ein großer Teil der Kommission sieht in den Bemühungen der Hersteller einen interessanten Aspekt; denn auf diese Art und Weise entsteht ein qualifizierterer Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik, allerdings im Schnitt aber auch ein teurerer Markt. Mit dieser Problematik ist die Kommission im Augenblick befaßt. Ich persönlich gehe davon aus, dies ist ein Einstieg in die Qualität und in die Leistung. Entweder schaffen wir es, die Leistungskriterien zu ergänzen, um ein wirklich echtes Bild zu bringen — dann ist es gut —, oder aber alle Qualitätsmerkmale haben zu entfallen.

Röper: Mir hat ein Kritiker gesagt, daß die Leistungsmerkmale alle auf ungeprüften Angaben der Industrie beruhen.

Kopf: Darauf darf ich folgendes antworten: Die Hersteller sind aufgerufen worden, ihre Unterlagen zu den verschiedenen Qualitätsmerkmalen einzureichen und zu dokumentieren, daß sie die Grundsätze für die Qualitätsmerkmale erfüllen. Es wird nur eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Eine persönliche Nachprüfung bei den einzelnen Firmen findet nicht statt. Das ist nichts Ungewöhnliches, denn unsere gesamte Arzneimittelzulassung beruht auf Plausibilitätsprüfungen. Das Bundesgesundheitsamt ist noch nie zu einem Unternehmen gegangen und hat nachgeprüft, ob eine Toxizitätsprüfung wirklich so durchgeführt wurde wie angegeben. Das ist meines Erachtens keine gute Kritik, die da geübt worden ist.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Hamm: Wie weitgehend ist die Information bestimmter Unternehmen gegenüber Ärzten, z. B. in bezug auf Nebenwirkungen? Werden diese vollständig ausgewiesen? Hat der Arzt volle Klarheit darüber, welche Nebenwirkungen in welchem Umfang verschiedene chemische Präparate für dieselbe Indikation bewirken? Kann er sich hier wahllos nach dem Preis orientieren, oder muß er da nicht sehr sorgfältig auswählen?

Kopf: Sie meinen jetzt innerhalb der Transparenzliste?

(*Hamm:* Ja, innerhalb der Transparenzliste.)

Zu dem einzelnen Präparat wird überhaupt nichts gesagt. Ich habe bereits die Aussage gemacht: Alles ist in einen Topf geworfen. Auch die Bioverfügbarkeit oder eine spezielle Biopharmazie, die hier angesprochen worden ist, kommen nicht zum Ausdruck. Alle Produkte, die Digoxin enthalten, sind in einem Kapitel aufgeführt. Darin sind die Preise, die mittlere Tagesdosis und die Qualitätsmerkmale enthalten. Der Arzt hat in dem Vorwort eine Orientierungsmöglichkeit. Da ist die Wirkung beschrieben; es wird auch genannt, was er im Zusammenspiel mit anderen Medikamenten zu berücksichtigen hat. Angegeben wird, welche Nebenwirkungen auftauchen können, aber nur generell bei der Gruppe, nicht beim Einzelprodukt. Man kann sich darüber streiten, inwieweit das zu vernachlässigen ist und inwieweit nicht.

Oelschläger: Ich fühle mich verpflichtet, das Qualitätskriterium der Bioverfügbarkeit näher zu beleuchten. Bioverfügbarkeitsstudien sind für den Arzt eigentlich nur dann brauchbar, wenn sie am Menschen erbracht worden sind. Von verschiedenen Herstellern werden noch Tierexperimente angeführt. Unter den Kriterien wird nicht differenziert, ob es Bioverfügbarkeitsstudien am Tier oder am Menschen sind, die zu der Fixierung des „B“ geführt haben. Versuche an Tieren geben eigentlich nur Hinweise. Höher würde ich den Stellenwert nicht ansetzen; das ist unter Fachleuten unstreitig. Wie man bei den noch kommenden Transparenzlisten die Forderung nach Bioverfügbarkeit durchhalten will, weiß ich nicht. Denn für mindestens 50 Prozent der Präparate, die im Markt sind, haben wir überhaupt keine humanen Bioverfügbarkeitsstudien, weil wir nicht über die entsprechende Analytik verfügen.

(*Kopf:* Das weiß niemand!)

Kopf: Bei den Herzglykosiden ist die Problematik der Bioverfügbarkeit wegen der Resorptionsfrage, der Löslichkeitsfrage dieser Substanzen gegeben. Die Bioverfügbarkeitsfrage wird sich bei anderen Präparategruppen gar nicht stellen, weil sie genausogut löslich sind, wie wenn

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sie als Lösung gegeben oder injiziert werden. Bei der zweiten Liste stellt sich schon heraus, daß sich das wahrscheinlich nicht durchhalten läßt. Damit fällt das „B" bereits in der zweiten Liste größtenteils unter den Tisch.

Nun ist in der ersten Liste nicht die absolute Bioverfügbarkeit angegeben worden, sondern in der jeweiligen Überschrift ist gesagt worden: Wenn nachgewiesen ist, daß mehr als 60 Prozent oder, im anderen Fall, mehr als 90 Prozent zur Resorption kommen, dann bekommt man das „B". Das ist nicht pro Präparat einzeln ausgewiesen worden. Aber ein „B" ist nur vergeben worden, wenn dieser Nachweis aus Literaturunterlagen oder aus den Prüfungsunterlagen erbracht worden ist.

Lenel: Ich möchte nochmals auf Ausführungen von Herrn Kaufer über die vertikale Integration zurückkommen. Was Sie gesagt haben, waren Bemerkungen über Größenvorteile. Dazu frage ich mich: Wenn Größenvorteile möglich sind, warum hat man sich ihrer nicht schon früher bedient? Vielleicht verstehen wir unter vertikaler Integration Verschiedenes. Sie haben ein Beispiel aus der eisenschaffenden Industrie gebracht. Die eisenschaffende Industrie ist das typische Beispiel für die vertikale Integration. Das Sauerstoffblasverfahren hat natürlich nicht zur vertikalen Desintegration geführt. Aber eine vertikale Integration konnte gar nicht bewirkt werden, weil es diese schon seit Beginn dieses Jahrhunderts in steigendem Umfang gegeben hat, in den 20er Jahren war sie fast vollständig durchgeführt. Wie soll es nun wegen der Erhöhung der Transparenz in der pharmazeutischen Industrie zu einer vertikalen Integration in dem Sinne kommen, wie man es in der eisenschaffenden Industrie versteht? Beispielsweise Kombination: Kohlenbergbau, Kokerei, Hochofenwerk, Stahlwerk, Walzwerk, Weiterverarbeitung.

Heuß: Wir Professoren sind sehr an diesen Industriestudien interessiert, weil wir die Spezifika der einzelnen Branchen sehen wollen. Ich bin etwas enttäuscht, weil das, was hier als spezifisch dargestellt worden ist, eigentlich das ist, was wir häufig auch in anderen Industrien vorfinden. Ich will das an einigen Beispielen zeigen. Zur Patentlaufzeit wurde dargelegt, daß die pharmazeutische Industrie lange Zeit benötigt, bis sie ein Patent überhaupt ökonomisch verwerten kann. Das ist u. a. auf die hohen Zulassungsanforderungen zurückzuführen, die aus gesundheitspolitischen Gründen für notwendig gehalten werden. Dieser Vorgang stellt jedoch nichts anderes als den Weg dar, den jedes Produkt bis zur Marktreife durchlaufen muß. Wir wissen von vielen Branchen, daß eine sehr lange Zeit bis zum marktreifen Produkt verstreichen kann. Dieses Phänomen ist daher keine Besonderheit der phar-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

mazeutischen Industrie. Wenn man hingegen nachweisen könnte, daß dort die Produkte in der Regel erst dann ihre Marktreife erreichen, wenn das betreffende Patent praktisch abgelaufen ist, so wäre die Situation anders, und es wäre berechtigt, von einer ganz spezifischen Lage dieser Industrie zu sprechen.

Ähnlich verhält es sich mit der Frage, was patentierbar ist und was nicht. Es wurde dargelegt, daß vom gesamten Forschungsaufwand praktisch nur rund 30 % patentierbar seien. Meines Wissens finden wir diese Situation nicht selten auch in anderen Branchen mit hohem Forschungsaufwand. Hingegen scheint mir eine Eigenheit der pharmazeutischen Industrie auf einer anderen Ebene zu liegen, und zwar handelt es sich um den sehr geringen Anteil der Produktionskosten am Gesamtaufwand; es wurde von 20 % gesprochen — ich habe von noch niedrigeren Prozentsätzen gehört. Daraus ergibt sich ein sehr weiter Ermessensspielraum für die Preishöhe.

Abschließend möchte ich noch eine Bemerkung zur Transparenzliste machen, wenn eine solch verkürzte Ausdrucksweise erlaubt ist. In diesem Zusammenhang ist von Herrn Hoppmann auf die oligopolistische Reaktionsverbundenheit hingewiesen worden. Sie gilt für die Angebotsseite. Von den Preismeldestellen wissen wir aber, daß sie asymmetrisch konstruiert sind, indem sich die Transparenz nur auf die Anbieter-, aber nicht auf die Nachfrageseite bezieht. Wenn ich das hier zur Diskussion stehende Verfahren richtig interpretiere, soll damit die Transparenz primär für die Nachfrageseite geschaffen werden.

Röper: Ich weise darauf hin, daß wir bisher auf die umstrittene Weiße Liste noch nicht eingegangen sind. Interessanterweise war unter dem Vorwort zur ersten Auflage die Unterschrift von Herrn Pickel aus dem Bundeskartellamt zu finden.

Barnikel: Die Tätigkeit von Beamten im Amt schlägt sich teilweise in ihren Veröffentlichungen nieder. Trotzdem darf man diese privaten Äußerungen, auch wenn sie aus dienstlichem Anlaß oder Interesse erfolgt sind, nicht dem Amt anlasten. Persönlich habe ich Verständnis für solche Initiativen, aber ich habe nicht zu vertreten, was Kollegen von mir in diesem oder jenem Bereich tun oder schreiben.

Lassen Sie mich die Sache etwas abstrakt angehen. Ich sehe und höre die Diskussion und die Vorträge natürlich aus einer etwas anderen Perspektive als die reinen Wissenschaftler. In der Diskussion schwankte ich zwischen Furcht und Hoffnung. Furcht, daß wir statt Mißbrauchsaufsicht in Zukunft sehr viel mehr Fusionskontrolle werden machen müssen, was ja ganz gewiß nicht einfacher ist; Hoffnung, weil der Gesetzgeber bemüht wird und vielleicht doch das Instrumentarium ver-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bessern wird, auch in Hinblick darauf, was vielleicht im Pharmabereich droht. Furcht auch, Mißbrauchsaufsicht mit untauglichen Instrumenten machen zu müssen, weil es das Gesetz so vorsieht. Daß es da in Zukunft weniger zu tun geben wird, hatte ich zunächst gehofft, aber es sieht nicht so aus.

Wir müssen in der Mißbrauchsaufsicht den potentiellen Wettbewerb berücksichtigen. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, daß es Imitationen gibt. Aber von unserem Mißbrauchskonzept aus gesehen würden wir dabei nicht haltmachen können. Als These formuliert wäre unser Konzept etwa dies: Nur dann keine Mißbrauchsaufsicht, wenn die prozessualen Monopolstellungen im Ablauf der Zeit erodiert werden. Sehr viele Nachahmer nehmen gleiche oder höhere Preise. Die Vorzugsstellungen der beherrschenden Unternehmen können über sehr lange Zeit durchaus bestehen bleiben. Das macht Mißbrauchsaufsicht notwendig.

Zur Erhaltung starker Marktpositionen trägt auch die Patent- und Lizenzpolitik der Innovationsunternehmen bei. Innovationsunternehmen betreiben die Absicherung der Marktstellungen mit Hilfe von Anschlußpatenten. Davon haben wir heute noch nicht viel gehört. Die Unternehmen dürfen versuchen, solange es geht, mit Anschlußpatenten ihre Schonzeit zu verlängern. Aber bei allen Patent- und Lizenzmöglichkeiten, die Vorzugsstellungen absichern sollen, haben andere Patente, andere Innovationsunternehmen in bestimmten Bereichen auch patentgeschützte Stellungen immer wieder zum Einstürzen gebracht. Es gibt daneben aber auch Bereiche, in denen die Vorzugspositionen bestehen bleiben. Deshalb wird es wohl auch in Zukunft — trotz aller Schwierigkeiten — Mißbrauchsaufsicht geben und geben müssen, und zwar dann, wenn die prozessualen Monopolstellungen nicht eingeebnet werden. In diesem Konzept ist das Element Preiswettbewerb qualitativ etwas anderes als das, was in einzelnen Diskussionsbeiträgen als Preiswettbewerb bezeichnet worden ist.

Der Beitrag von Herrn Hoppmann hat mich fast hoffnungsvoll gestimmt. Sie sprechen von Reaktionsverbundenheit, wir sagen — darin unterscheiden wir uns —, daß bei dieser Reaktionsverbundenheit Mißbrauchsaufsicht stattfinden sollte.

(*Hoppmann:* Aber die entsteht dann!)

Wenn sie aber vorher da ist, dann ist das ein Fall, den der Gesetzgeber meint und den wir als typisch für die Mißbrauchsaufsicht ansehen. Das wäre auch gar nicht so widersinnig, meine ich. Denn es gibt Spezialitäten, die über Jahrzehnte in der Vorzugsposition verharren können.

Aus der Diskussion können wir bisher nicht entnehmen, daß in Zukunft für uns weniger zu tun sei. Auch die Preisführerschaft ist noch

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nicht eine Form des Wettbewerbs, sondern ist, je nachdem, wie man sie differenziert, eine Form, die Mißbrauchsaufsicht notwendig machen kann.

Jetzt zu den Preisvergleichslisten. Herr Heuß hat es angedeutet: Bisher ist die Transparenz für die Unternehmen fast vollkommen.

Mit den Frankfurter Listen des IMS weiß jedes Unternehmen, wie sich sein Marktanteil bei jedem einzelnen Produkt verändert. Damit entsteht für mich eine Wettbewerbsfrage. Für ein Unternehmen ist es nicht schwer, den Listen zu entnehmen, wie seine Spezialität auf dem Markt ankommt, wie sich sein Marktanteil verändert und vor allem, zu wessen Gunsten sich sein Marktanteil verändert hat. Auf dieser Basis können die Unternehmen mit maßvollen, gezielten Anstrengungen immer wieder gegensteuern, so daß sich die Entwicklung in ihrem Sinne in einer bestimmten Weise vollzieht. Marktanteilspflege ist das oberste Gebot. Der Marktanteil läßt sich dann sehr lange gegen Erosion verteidigen, und zwar ohne daß Preissenkung notwendig wird.

Der Gesetzgeber hat nun gemeint, man sollte in dieser Situation die Transparenz zur anderen Seite hin öffnen, so daß auch die andere Marktseite diese Informationen bekommt, Vergleichsmöglichkeiten hat. Ich zögere zu spekulieren, was in dieser Situation am Ende als Ergebnis da sein wird: Ob es mehr Preisführerschaft geben wird, ob es mehr zur Integration kommt oder ob nicht vielleicht doch das, was sich der Gesetzgeber vorgestellt hat, entstehen wird, daß die Preisdifferenzen vielleicht geringer werden. Wenn die Unternehmen nicht zusätzlich „Marktpflege" treiben, könnte ein gewisser Trend entstehen, daß die Preisdifferenzen geringer werden.

Oldiges: Zur rechtlichen Qualität der Listen sei angemerkt, daß der Gesetzgeber nur den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen verpflichtet hat, Listen aufzustellen, die es dem Arzt ermöglichen, Preisvergleiche und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen vorzunehmen. Aufgrund des Mechanismus im Kassenarztrecht ist diese Liste für den Arzt insofern verbindlich, als daß er sie beachten muß. Die Transparenzliste ist dagegen ein reiner Regierungsakt, dessen Durchführung dem Bundesgesundheitsamt übertragen worden ist. Zur Zeit besteht seitens des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen keinerlei Absicht, diese Liste in den Umsetzungsmechanismus der gesetzlichen Krankenversicherung hereinzunehmen.

Warum nicht? Es ist schon gesagt worden, daß beide Listen erst am Anfang ihrer Entwicklung stehen. Im Grunde können die Listen von ihrem Umfang her noch gar keine Wirkungen haben. Man kann auch noch nicht abschätzen, wie die Wirkungen einmal sein werden. Die Liste des

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Bundesausschusses umfaßt zur Zeit mehr Arzneimittel als die Transparenzliste des Bundesgesundheitsamtes. Beide Institutionen haben sich jeweils zunächst den am einfachsten umsetzbaren Bereich herausgenommen. Beide stehen nunmehr vor dem Problem, einen weiteren Schritt in neue Schwierigkeiten machen zu müssen. Ob dieser Schritt bei dem einen wie bei dem anderen gelingt, wissen wir noch nicht. Der Bundesausschuß steht insbesondere vor der Frage, ob auch die Kombinationspräparate in die Preisvergleichsliste hereingenommen werden können. Man muß sich sicherlich jetzt auch die Frage stellen, ob der Arzt über die Liste Hinweise zur Qualität und zum Umfang des Service haben will. Vorrangig ist m. E. die Frage nach der Aufnahme der Kombinationspräparate. So wie die Preisvergleichsliste jetzt gestaltet ist, ist der Einbau sicherlich nicht einfach zu lösen. Dieses Problem stellt sich nach meiner Auffassung auch für das Bundesgesundheitsamt. Zunächst wurde dort nur ein Indikationsgebiet behandelt. Wie werden nun die Kombinationspräparate behandelt, die ja in der Regel bei unterschiedlichen Indikationen wirken sollen?

Der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen und das Bundesgesundheitsamt stehen also im Moment vor Schwierigkeiten, um den Durchbruch für eine benutzerfreundliche und geeignete Gesamttransparenz zu schaffen. Vielleicht kommt es dazu, daß beide Listen eines Tages vereinigt werden. Wenn wir insbesondere beim Arzt nicht eine heillose Verwirrung schaffen wollen, wird das der einzig mögliche Weg sein. Je umfassender jedoch diese neue Liste sein wird, desto gleicher wird allerdings — wie die Diskussion hier ergeben hat — das Marktangebot werden. Und je gleicher z. B. die Qualität wird, um so gleicher werden auch die Preise. Die Erfahrung zeigt, daß die Preise dabei nie nach unten gehen.

Bei aller Transparenz müssen m. E. gewisse Unterschiede bleiben und damit auch die Ungewißheit des Unternehmers, ob er am Markt bestehen bleiben kann. Auch die Präparate, die keine qualifizierenden Merkmale haben, sind durchaus marktgängige Präparate, die niemandem schaden dürfen, sondern durchaus nützen können. Ich sehe noch nicht ein, ob es angezeigt ist, diese u. U. vom Markt zu vertreiben.

(Oelschläger: Ich auch nicht!)

Langmann: Ich wollte nur einen Satz zu einer Bemerkung von Herrn Heuß anfügen, weil mir das wichtig scheint: Was ist der Unterschied bezüglich der Patentsituation? Der wesentliche Unterschied für ein pharmazeutisches Produkt ist, daß der Gesetzgeber oder irgendeines seiner Organe sagt, was Marktreife ist. Nicht der Markt bestimmt, was Marktreife bedeutet, sondern der Gesetzgeber. Für Arzneimittel gelten daher grundsätzlich andere Bedingungen als zum Beispiel für die Ent-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wicklung eines elektronischen Bausteins oder eines Ersatzteiles für ein Automobil. Bei Arzneimitteln entscheiden willkürliche, nicht allein durch rationale Überlegungen abgrenzbare Kriterien darüber, wann ein Produkt martkreif ist.

Heuß: Hier hat sich mit dem Terminus Marktreife ein Mißverständnis eingeschlichen. Marktreife ist dann gegeben, wenn ein Produkt den Zugang zum Markt gefunden hat und sich selbst trägt, d. h. dann, wenn es technisch genügend ausgereift ist — darunter kann auch die Erfüllung gesundheitspolitischer Vorschriften fallen — und ein Absatz gesichert ist, der zumindest kostendeckend ist.

Woll: Ich möchte die Referenten bitten, auf eine Frage einzugehen, die bereits andere aufgeworfen haben. Herr Heuß hat die Markttransparenz erwähnt. Man kann sie von der Anbieter- und auch von der Nachfrageseite sehen. Stellt die Markttransparenz — das scheint der Kern des Problems zu sein — die Reaktionsverbundenheit eines Oligopols her, oder ist diese schon da?

Hoppmann: In bezug auf den Preis ist sie eben nicht da. Sie wird in bezug auf den Preis hergestellt. Das ist nämlich genau der Fall, den Herr Barnikel übersehen hat. Wenn sich der Arzt jetzt nach dem Preis orientiert, dann ist die Reaktionsverbundenheit mit dem Preis da.

Rahner: Die Diskussionsbeiträge waren für mich so interessant und vielfältig, daß es nicht sehr einfach ist, alles auf einen Nenner zu bringen; aber das muß auch gar nicht sein.

Ich habe zunächst versucht, die Diskussionsergebnisse meinen Thesen gegenüberzustellen. Ich bin besonders Herrn Heuß dankbar, daß er auf die Frage eingegangen ist, ob pharmaspezifische Probleme vorliegen, insbesondere unter dem Aspekt, daß der Patentschutz nicht ausreicht und daß Nachahmer ein know how anwenden, das einerseits nicht patentfähig und andererseits doch bei den Zulassungsbehörden hinterlegt ist und so normalerweise nicht jedermann zugänglich ist. Liegen hier Besonderheiten vor? Sie sagten, es handele sich nur um graduelle Unterschiede zu anderen Industrien. Nach wie vor meine ich, daß hier Besonderheiten vorliegen, die nicht nur für die Pharmaindustrie gelten. Es sind Besonderheiten von anmeldepflichtigen Industrien. Der Hinweis auf den Pflanzenschutz sollte an sich deutlich machen, daß es noch andere Industrien gibt, die ähnliche Probleme haben. Meine These, ob zehn oder zwölf Jahre bis zur Marktreife vergehen, ist nicht nur ein gradueller Unterschied. Hier liegen Verlängerungen der Zulassung vor, die nicht durch den Markt bestimmt sind, sondern im großen und ganzen durch behördliche Eingriffe, so z. B. die Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das Problem liegt auch nicht nur darin, daß es heute zwölf Jahre sind, die ein Arzneimittel braucht, bis es zugelassen wird. Nicht nur der Unterschied von acht zu zwölf, sondern diese Zeit nimmt tendenziell noch zu. Das ist das Hauptproblem. Ich vertrete das jetzt nicht als Mitarbeiter der Pharmaindustrie, sondern rein wettbewerbspolitisch sind Probleme der anmeldepflichtigen Industrie gegeben, die von der Wirtschaftstheorie und auch von der Wettbewerbspolitik vielleicht noch zu wenig gesehen worden sind.

Zum zweiten war für mich sehr interessant, daß man den Zusammenhang zwischen den Transparenzlisten und den Preismeldestellen deutlich herausgearbeitet hat. Es ist schade, daß in der Diskussion, die bisher stattgefunden hat, der Gesichtspunkt der Abstimmung der Anbieter untereinander, gerade bei der Berliner Liste, noch zu wenig gesehen worden ist.

Noch einmal zu dem free-rider-Problem, das ich auch angesprochen habe. Ich sehe es, Herr Hamm, jetzt an einer ganz bestimmten Stelle aufkommen. Wenn es so ist, wie Herr Kopf beschrieben hat, daß tendenziell in den nächsten fünf Jahren alle Hersteller — Innovatoren und Imitatoren — die verschiedenen Qualitätsmerkmale der Berliner Liste[3] bekommen können, dann bleibt immer noch ein free-rider-Problem, nämlich das Problem der Serviceleistung. Das ist gar nicht lösbar. Es gibt namhafte Vertreter in der Pharmaindustrie, die der Ansicht sind, man könnte in immer stärkerem Maße die Qualitätsmerkmale oder Serviceleistungen in das Paket mit aufnehmen. Ich persönlich möchte ganz deutlich sagen: Ich glaube dies nicht. Es bleibt das typische free-rider-Problem; es gibt Firmen, die Innovationen schaffen, und andere, die aufspringen und die Serviceleistungen mit in Anspruch nehmen. Wir nannten das Beispiel der Firma, die zu den Nebenwirkungen eines imitierten Präparates nur auf den innovativen Hersteller verweisen kann, der die Unterlagen weltweit verfügbar hat. Dieses Problem bleibt weiter bestehen, auch nachdem die Liste komplett im Sinne der pharmazeutisch-technischen Merkmale ist.

Bisher haben wir vor allem den möglichen Einfluß der Listen auf das Verhalten der Hersteller diskutiert. Entscheidend ist aber auch, wie sich der Arzt verhält. Da möchte ich ein bißchen schwarzmalen. Es wird nicht nur eine Nivellierung auf der Preisseite stattfinden, sondern es wird sogar ein Listennihilismus entstehen. Dem Arzt stehen heute eine Rote Liste, eine Gelbe Liste, eine Weiße Liste, eine Preisvergleichsliste,

---

[3] Neben dem Preis in Form der Tagesdosiskosten enthält diese Transparenzliste die pharmazeutischen Qualitätsmerkmale Identität, Reinheit, Wirkstoffgehalt je abgeteilter Arzneiform, Freisetzung, Haltbarkeit, Bioverfügbarkeit.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eine Transparenzliste zur Verfügung. Kennen Sie Ärzte, die in der Lage sind zu unterscheiden, was gezielt die einzelnen Listen beinhalten und wie sie konkret mit diesen Listen arbeiten sollen? Ich glaube, daß die Ärzte im augenblicklichen Stand mit diesen Listen überfordert sind. Sicher kann sich dies im Laufe der Zeit ändern; deshalb sollte die negative Beurteilung zunächst nicht zu hart sein. Man muß den Listen zunächst eine Chance geben. Ich möchte abschließend nochmals an die zentrale Aussage meines Referates erinnern: Gelingt es, Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, dürfte im Unterschied zu den Besonderheiten der meldepflichtigen Industrie eine Arbeitsteilung zwischen Innovatoren und Imitatoren doch möglich sein.

Dietrich: Ich möchte nur kurz auf das eingehen, wodurch sich der Markt der Arzneimittel im wesentlichen von anderen Märkten unterscheidet. Wir haben es hier mit einem Innovationsmarkt zu tun. Das zeigt sich allein daran, daß sich in den vergangenen 25 Jahren der Arzneimittelverbrauch auf das Zwölffache durch ständige Weiterentwicklungen gesteigert hat. Der Innovationsmarkt hat geringen Preiswettbewerb, aber wesentlichen Produktwettbewerb. Die Problematik entsteht dadurch, daß man in den Innovationsmarkt mehr Preiswettbewerb hineinbringen will, sei es durch eine Mißbrauchsaufsicht oder durch Preiskontrolle. Auch die Transparenzlisten wurden eigentlich mit der Absicht geschaffen, Preiswettbewerb zu schaffen. Im Vordergrund steht natürlich noch die Leistung. Soll das nun der einzelne Arzt beurteilen? Soll die Industrie dem Arzt sagen, was sie da für Vorteile sieht? Aber die Liste steht nun einmal und soll vordergründig sagen: Alles das, was in der Liste enthalten ist, ist vergleichbar. Nimm du daher ruhig das Billigste.

(*Kopf:* Das mußte einmal deutlich ausgesprochen werden!)

Man kann im Markt nicht etwas verändern, also zu mehr Preiswettbewerb kommen, wenn der Charakter des Marktes nicht primär gefordert ist. Wir haben hier Produktwettbewerb, das ist auch Wettbewerb. Es ist allerdings so, daß es à la longue einen Übergang vom innovativen zum imitativen Markt in Teilbereichen geben wird; ewig kann es nicht Verbesserungen geben, jedenfalls nicht in allen Bereichen. Dann kommt der Übergang zum Imitationsmarkt. Dort spielt selbstverständlich der Preiswettbewerb eine Rolle. Im innovativen Markt gibt es zwar auch ständig Verbilligungen. Mit jeder Neueinführung ist auch eine Verbesserung der Leistung im Sinne der Kosten-Nutzen-Relation gegeben. Diese Relation verbessert sich ständig. Das darf man nicht vergessen. Es liegt sicher nicht im Sinne der Gesundheitspolitik, die Imitation derart zu fördern, daß nicht mehr nach besseren Produkten bzw. nach einer Verbesserung in der Gesundheitsleistung gestrebt wird, weil der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Markt das nicht vergütet. Die Unternehmen werden dann aus diesem innovativen Kreis herausgehen und ihre Struktur ändern. Sie werden dann lediglich versuchen, auf dem Imitationssektor noch besser abzuschneiden. Die Entwicklung wird dahin gehen, daß die großen Firmen sicherlich in der Lage sein werden, hier den Preiswettbewerb aufzunehmen. Sie betreiben nur nicht mehr diese Art von Forschung. Ökonomisch gesehen wird sich nichts mehr auf diesem Sektor abspielen. Die forschende Industrie ist aber derzeit immer noch der Meinung, daß eine Reihe von Problemen in der Fortentwicklung nicht gelöst ist und Nachfrage danach da ist.

In bezug auf die Listen bin auch ich der Meinung, daß deren Vielzahl keineswegs zu einer Erhöhung der Transparenz führt. Im Gegenteil, es wird noch viel verwirrender. Wie soll der Arzt das alles noch überschauen? Die Werbungsintensität der einzelnen Firmen ist nämlich auch Wettbewerb und führt an sich zu viel größerer Transparenz als alle anderen Maßnahmen. Auch preisliche Transparenz ist durch den Wettbewerb gegeben. Nur ist es so, daß diese gar nicht so sehr interessant ist.

Röper: Unsere Diskussion hat sich im wesentlichen auf die genannten Listen konzentriert. Im Hintergrund steht aber auch die Frage des Einflusses des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) auf das Verhalten der Hersteller gegenüber ihren jeweiligen Konkurrenten. Darauf hat nur Herr Barnikel hingewiesen, ohne eine Entgegnung zu finden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.4 Goetz Alberti: Der Einfluß der Apotheken auf den Wettbewerb mit Arzneimitteln

Vor einer Untersuchung der Frage, welchen Einfluß die Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland auf den Wettbewerb der Arzneimittel haben, erscheint es notwendig, einige Bemerkungen vorauszuschicken. Sie betreffen insbesondere die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die sich daraus ergebenden Aufgaben, in die der Berufsstand des Apothekers und die Institution „Apotheke" eingebettet sind.

Die besondere Situation des Apothekers ist gekennzeichnet durch den gesetzlichen Auftrag, die Arzneiversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. § 1 der Bundesapothekenordnung lautet: „Der Apotheker ist berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Er dient damit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes." Im Bundesapothekengesetz § 1 wird weiterhin formuliert: „Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung."

Dieser Versorgungsauftrag umfaßt die Entwicklung, Herstellung, Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die Information über Arzneimittel. Weniger die Entwicklung und Herstellung als die Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln sowie die Information über Arzneimittel sind heutzutage die vornehmlichen Aufgaben des Apothekers in der öffentlichen Apotheke. Dazu werden Arzneimittel im von der Apothekenbetriebsordnung vorgeschriebenen Umfang bereitgestellt, nach dem Arzneimittelgesetz geprüft, und es wird bei der Abgabe an den Patienten im Sinne der Arzneimittelsicherheit die Funktion einer letzten Kontrollinstanz ausgeübt. Es ist also der Apotheker, der für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen über den Verkehr mit Arzneimitteln letztlich verantwortlich ist. Das gilt insbesondere bei der Abgabe von Betäubungsmitteln. Darüber hinaus gibt er dem Patienten die notwendigen Erläuterungen und Hinweise für die sachgerechte Anwendung und Aufbewahrung von Arzneimitteln. Die Aufgabe des Apothekers zu informieren beschränkt sich jedoch nicht auf den Patienten; vielfach ist auch eine Rücksprache mit den verordnenden Arzt notwendig.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Vor allem bei der Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen der Selbstmedikation ist der sachverständige Rat des Apothekers, seine Warnung und unter Umständen die Verweigerung eines Arzneimittels oder die Verweisung des Patienten an einen Arzt von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Der Apotheker sieht es als Selbstverständlichkeit an, auch als Gesundheitsberater und -erzieher im Sinne der Präventivmedizin zu wirken. Als Arzneimittelfachmann ist er als Berater über Zusammensetzung und Pharmakologie der Arzneimittel dem Arzt und dem Patienten gegenüber gleichermaßen qualifiziert.

Die Arzneimittelherstellung in der Apotheke hat im Gegensatz zu früheren Zeiten heute kein großes Gewicht mehr (Umsatzanteil ca. 1,5 Prozent); für eine individuelle, d. h. auf den Patienten abgestimmte Medikation ist sie jedoch auch heute unentbehrlich. Daneben gibt es aber auch in Einzelfällen — besonders in Notsituationen — kleinindustrielle Fertigung von Arzneimitteln in Apotheken.

Alle vorgenannten Aufgaben kennzeichnen den Apotheker als Angehörigen eines Heilberufes; der Beruf des Apothekers wird deshalb auch zu den freien Berufen des Gesundheitswesens gerechnet. Im Unterschied zum Arzt, der persönliche Dienstleistungen erbringt, übt der Apotheker durch den Verkauf von Arzneimitteln eine gewerbliche Tätigkeit aus. Als Vollkaufmann muß er als „gewerblicher Freiberufler" angesehen werden. Die Apotheker nehmen somit im Gesundheitswesen eine gewisse Mittelstellung ein, die zwischen Dienstleistungs- und Handelsgewerbe angesiedelt werden kann.

Die Position des Apothekers steht gleichsam im Schnittpunkt verschiedener Disziplinen, nämlich

— der Naturwissenschaften,

— der Medizin,

— des Arzneimittelrechts,

— der Wirtschaft und

— des Verbraucherschutzes.

Die Besonderheit der Institution Apotheke besteht deshalb vor allem darin, daß bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln eine Unzahl von Auflagen und Beschränkungen zu beachten sind. Sie hindern den Apotheker, seine gewerbliche Tätigkeit etwa wie ein Einzelhändler auszuüben. Das ökonomische Verhalten des Apothekers wird auf diese Weise gesundheitspolitischen Erfordernissen untergeordnet, und seine Handlungsweise wird in der Gesellschaft an seinen fachlichen Kennt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

nissen und eben diesen gesundheitspolitischen Maßstäben gemessen. Der Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen aus der Tätigkeit als Gewerbetreibender wurden also mit Rücksichtnahme auf die Interessen der Allgemeinheit bewußt Grenzen gesetzt. Um die Dinge mit der notwendigen Sachlichkeit beurteilen zu können, muß man sich immer wieder ins Gedächtnis rufen, daß Arzneimittel Waren besonderer Art sind. Wegen ihrer Bedeutung für die Wiedererlangung oder Erhaltung der Gesundheit haben sie eine lebenswichtige Funktion für den einzelnen und für die gesamte Volkswirtschaft. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG 17, 232/238) hat das folgendermaßen definiert: „Arzneimittel sind wegen der öffentlichen Aufgabe, die mit ihnen erfüllt wird, keine gewöhnliche Ware, sondern eines der wichtigsten Hilfsmittel der ärztlichen Kunst."

Arzneimittel dürfen deshalb nicht als normales Konsumgut oder als üblicher Handelsartikel eingestuft werden. Es ist daher völlig gerechtfertigt, daß das Wirtschaftsgut „Arzneimittel" nur solange und insoweit den Kräften und Regeln einer freien Marktwirtschaft überlassen bleibt, als dies unter Beachtung gesundheits- und sozialpolitischer Maxime möglich erscheint.

Hiermit sind bereits die wichtigsten Rahmenbedingungen aufgezeigt, die dem Arzneimittelmarkt auf der letzten Stufe, nämlich der Apotheke, von der Angebotsseite her bewußt Grenzen setzen und den Wettbewerb in diesem Markt maßgeblich beschränken. Die Besonderheiten des Arzneimittelmarktes lassen auch eine Bildung der Arzneimittelpreise durch die Kräfte von Angebot und Nachfrage nur bedingt zu. Dabei unterscheiden sich die Marktkräfte hinsichtlich ihrer Stärke gravierend von denen im Bereich anderer Märkte. Dies ist nicht zuletzt auf die atypische Marktstruktur bzw. auf das dadurch erzeugte atypische Verhalten der Marktteilnehmer zurückzuführen. Ist auf der Angebotsseite mit Herstellern, Großhändlern, Apotheken eine auch in anderen Branchen übliche Marktstruktur vorzufinden, so finden wir auf der Nachfrageseite für den größten Bereich (rund 2/3 der Apothekenumsätze insgesamt), nämlich für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, eine völlig atypische und daher eigenspezifische Struktur bzw. ein völlig atypisches Verbraucherverhalten. Nachfrager ist hier nämlich nicht der Patient *(Verbraucher)*, sondern der verschreibende Arzt *(Verordner)*. Aufgrund des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherungen zahlt der Patient (Verbraucher) die ihm verordneten Arzneimittel nicht einmal mehr selbst: Zahler ist die Krankenkasse. Vor allem diese atypische Marktstruktur auf der Nachfrageseite bzw. das daraus resultierende Verhalten bedingt — neben den zuvor erwähnten Fakten auf der Angebotsseite —, daß der Arzneimittelmarkt in

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

preis- und wettbewerbspolitischer Hinsicht dem Marktautomatismus weitgehend entzogen ist. So ist z. B. dem Apotheker der Wettbewerb um den Nachfrager, nämlich um den verscheibenden Arzt, auf der Produktebene nicht möglich. Diese Funktion ist die Domäne der pharmazeutischen Industrie (Ärztebesucher, Ärztemuster). Der Wettbewerb zwischen den Apotheken um den Verbraucher ist aus gesundheitspolitischen Gründen gesetzlich auf die Form des Wettbewerbs mit Serviceleistungen beschränkt. Die Marktbeziehungen zwischen Apotheken und Krankenkasse finden ihren Niederschlag in privatrechtlichen Vereinbarungen, den sogenannten Arzneilieferungsverträgen. Hierzu ist zu bemerken, daß diese Verträge entweder auf Landesebene zwischen den Landesapothekervereinen und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen oder aber zwischen dem Deutschen Apotheker-Verein und den überregionalen Organisationen der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen werden. Hier wird die Preisbildung in den Bereichen, die nicht durch die gesetzliche Preisspannenverordnung abgedeckt sind, zwischen den Marktteilnehmern ausgehandelt. Gewisse Wettbewerbselemente zwischen den einzelnen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch zwischen den einzelnen Landesapothekervereinen bzw. zwischen Landesapothekervereinen und dem Deutschen Apotheker-Verein sind unverkennbar.

Zur besseren Analyse der Wettbewerbssituation ist es sinnvoll, den Arzneimittelmarkt auf der Apothekenstufe zunächst in drei verschiedene Teilmärkte aufzugliedern, da die Möglichkeiten, werbend Einfluß zu nehmen, jeweils von unterschiedlichen Marktbedingungen abhängig sind.

Es sind dies:

1. Der Markt mit Arzneimitteln, die nach § 43 Arzneimittelgesetz ausschließlich in Apotheken in Verkehr gebracht werden dürfen, also die sogenannten *apothekenpflichtigen Arzneimittel.* Durch Vorschriften des Gesetzgebers — unter Risikogesichtspunkten — wird er gespalten in die

   — sogenannten verschreibungspflichtigen und

   — sogenannten nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel.

   Der Umsatz mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln hatte 1977 einen Anteil am Gesamtumsatz aller öffentlichen Apotheken von rund 88 Prozent. Hiervon war rund die Hälfte verschreibungspflichtig. Von der anderen Hälfte — also den nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln — sind wiederum rund die Hälfte ärztlicherseits verschrieben worden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. Der Markt der Arzneimittel, die nach § 44 und § 45 Arzneimittelgesetz auch für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind; es sind die sogenannten freiverkäuflichen Arzneimittel oder „non-ethicals". Dieser Marktanteil hatte 1977 ein Volumen von insgesamt 1 Mrd. DM. Der Anteil der öffentlichen Apotheken daran betrug knapp 40 Prozent. Damit haben non-ethicals am Gesamtumsatz der öffentlichen Apotheke einen Anteil von rund 2 Prozent.

3. Die Arzneimittelversorgung der Krankenanstalten. Sie wird über Krankenhausapotheken oder öffentliche Apotheken sichergestellt. Das Volumen dieses Teilmarktes hatte 1977 die Größenordnung von etwa 2 Mrd. DM.

Wie schon angedeutet, hat der Gesetzgeber aus gesundheits- und sozialpolitischen Erwägungen heraus es nicht für opportun erachtet, in dem Teilmarkt „apothekenpflichtige Arzneimittel" Preiswettbewerb zuzulassen. Der Gesetzgeber hat durch die Einführung von Festpreisen für apothekenpflichtige Arzneimittel über eine Preisspannenverordnung diesem Wettbewerbsverbot Rechnung getragen. Ihre gesundheitspolitische Begründung fand diese Maßnahme darin, daß jede Stimulierung des Arzneikonsums der Bevölkerung als unerwünscht erachtet wird. Unterschiedliche Preise — so fürchtet man — führen zu einer Intensivierung des Wettbewerbs und regen indirekt den Arzneimittelkonsum an. Darum hat der Gesetzgeber konsequenterweise auch den Ausverkauf von Arzneimitteln oder gar Billig-Sonderangebote in Apotheken nicht zugelassen. Darüber hinaus sah man bei einem freispielenden Arzneimittelpreissystem die Gefahr, daß in Fällen von überhöhter Nachfrage, z. B. infolge von gehäuftem Auftreten von Erkrankungen, es zu massiven Preiserhöhungen kommen könnte. Der Ausschluß des Preiswettbewerbs zwischen den öffentlichen Apotheken trägt somit auch sozialpolitischen Aspekten (Verbraucherschutz) Rechnung. Durch die Fixierung von einheitlichen Großhandels- und Apothekenpreisspannen in einer Preisspannenverordnung sind — cum grano salis — überall in der Bundesrepublik Deutschland einheitliche Arzneimittelabgabepreise gewährleistet.

Wenn auch der Preiswettbewerb mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln der Einflußnahme seitens des Apothekers entzogen ist, so besteht jedoch die Möglichkeit, einen Produktwettbewerb mit Arzneimitteln, allerdings in gewissen Grenzen, zu stimulieren. Da derzeit rund Dreiviertel aller apothekenpflichtigen Arzneimittel von Ärzten verschrieben werden, wird die Entscheidung, welches Arzneimittel vom Apotheker abgegeben werden darf, einzig und allein von den Ärzten getroffen. Wie schon zuvor angedeutet, wird der Produktwettbewerb deshalb von den

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Unternehmen der pharmazeutischen Industrie getragen. Mit den Instrumenten „Ärzteberater" und „Ärztemuster" stimulieren sie den Produktwettbewerb in einem nicht unerheblichen Maße. Nutznießer, aber auch Leidtragender dieser Wettbewerbsaktivitäten der pharmazeutischen Industrie ist letztlich der Apotheker. Denn nicht zuletzt haben diese Wettbewerbsmaßnahmen dazu geführt, daß das Arzneimittelangebot sich in eine für den Arzt kaum noch überschaubare Palette aufgefächert hat. (Beim Bundesgesundheitsamt waren bis zum 31. 12. 1977 28 555 Arzneimittel einschließlich Darreichungsformen und Stärken registriert.)

Dank seiner Ausbildung und seiner wirtschaftlichen Unabhängigkeit ist der Apotheker qualifiziert, als Arzneimittelfachmann in der Rolle eines neutralen Gutachters tätig zu sein. Dadurch kann er einen gewissen Einfluß auf die ärztliche Verschreibungspraxis gewinnen, was nicht ohne Auswirkung auf den Produktwettbewerb sein dürfte.

Einfluß auf den Produktwettbewerb hat der Apotheker zu einem nennenswerten Teil vor allem im Bereich der Selbstmedikation. Hier kann er als Ratgeber dem Patienten gegenüber Produktakzente setzen, die nicht ohne Reflexionen auf das Marktgeschehen bleiben. Dies wird ihm jedoch nur gelingen, wenn der Patient (Verbraucher) nicht mit einer von der Pharmaindustrie durch Publikumswerbung erzeugten oder durch ärztlichen Rat herbeigeführten vorgefaßten Meinung in die Apotheke kommt. Bei aktiver Nutzung seiner Qualifikation und Position ist der Apotheker demnach prädestiniert, eine Schlüsselstellung als Mittler zwischen Arzt und Patient einzunehmen. Seine Aktivitäten können also durchaus einen nennenswerten Beitrag zu einem funktionsfähigen Wettbewerb leisten.

Intensive Bemühungen der Berufsvertretungen der Apotheker zielen darauf hin, diese Aktivitäten des Apothekers ständig effizienter werden zu lassen. Nach diesen Zielvorstellungen soll die Apotheke sich zu einem Gesundheitszentrum entwickeln, in dem neben der Arzneimittelabgabe Informationen aller Art über Arzneimittel, Gesundheitsvorsorge und Fragen der Gesundheitserziehung verbreitet werden. Dazu werden künftig z. B. sowohl pharmazeutisch-wissenschaftliche als auch wirtschaftliche Informationen (Stichwort: Preistransparenz) bereitgestellt werden. Diese Bemühungen der Berufsvertretungen der Apotheker müssen auch unter dem Gesichtspunkt gesehen werden, daß die Tätigkeit des Apothekers — möglichst in enger Kooperation mit der Ärzteschaft — dazu beiträgt, die Markttransparenz sowohl in pharmakologisch-therapeutischer als auch in preislicher Hinsicht zu verbessern. Die dadurch angestrebte Objektivierung des Marktgeschehens in dem Arzneimittelsektor dürfte sich direkt auf den Wettbewerb auswirken, zumal dadurch Marktunvollkommenheiten zumindest teilweise Beseitigung finden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zunehmende Bedeutung wird der Einfluß der Apotheken auf den Produktwettbewerb mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gewinnen können, wenn die Arzneimittelabgabe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt wird, wie es im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz vorgegeben ist. Aufgrund der in diesem Gesetz enthaltenen Änderungen der Reichsversicherungsordnung ist nach § 368 p Ziffer 8 vorgesehen, daß Arzneimittel zur Behebung „geringfügiger Gesundheitsstörungen" von der Sachleistung durch die Krankenversicherungen ausgenommen werden. Damit wird sich der bereits angesprochene Bereich der Selbstmedikation, der heute etwa 1/4 des gesamten Umsatzes der Apotheken mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln ausmacht, beträchtlich ausweiten. Durch die zuvor angesprochene Beraterfunktion des Apothekers dürfte sich in diesem Bereich der Grad des Produktwettbewerbs wesentlich erhöhen.

Eine nicht unbedeutende Rolle für den Produktwettbewerb hat auch die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätskontrolle, die den Apotheken obliegt. Da der Durchführbarkeit solcher Qualitätskontrollen in den Laboratorien der öffentlichen Apotheken Grenzen gesetzt sind, aber gleichwohl den auferlegten Prüfpflichten nachgekommen werden muß und darüber hinaus ein wirksamer Beitrag zur Arzneimittelsicherheit geleistet werden soll, hat die Deutsche Apothekerschaft eine gemeinschaftliche Einrichtung aller deutschen Apotheken, das Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker (ZL), gegründet. Zu den wesentlichen Aufgaben des Zentrallaboratoriums gehören die Durchführung vergleichender Reihenuntersuchungen von Fertigarzneimitteln im Hinblick auf ihre Bioverfügbarkeit, chemische und mikrobiologische Stabilität sowie Dosierungsgenauigkeit der Wirkstoffe. Veröffentlichungen solcher Untersuchungsergebnisse des Zentrallaboratoriums haben nicht nur einen erheblichen Druck zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit ausgeübt, sondern sind auch zweifellos geeignet, den Wettbewerbsgrad im Arzneimittelsektor zu erhöhen. Dies hat sich insbesondere im Bereich der Generika gezeigt (Generika oder generics sind Arzneimittel, die unter dem wissenschaftlichen Namen in den Verkehr gebracht werden).

Von nur untergeordneter Bedeutung sind mit einem Umsatzanteil von rund 2 Prozent freiverkäufliche Arzneimittel. Sie werden außer in Apotheken noch in Drogerien, Drogeriemärkten, Reformhäusern und sogar im Lebensmitteleinzelhandel, Verbrauchermärkte und Kaufhäuser eingeschlossen, abgegeben. Die über Apotheken abgewickelten Umsätze mit freiverkäuflichen Arzneimitteln — zu ihnen gehören neben Mineralwässern und deren Salzen, Zubereitungen zur Herstellung von Bädern, aber auch Tees und Destillate aus Pflanzen und Pflanzenteilen sowie Tonika — sind rückläufig, da insbesondere die stark expandierenden

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Drogeriemärkte in diesen Marktsektor hineingestoßen sind. In diesem Teilmarkt mit Arzneimitteln gelten grundsätzlich andere Regeln. Da die Preise für freiverkäufliche Arzneimittel nicht gesetzlich administriert sondern frei kalkulierbar sind, herrscht hier ein extremer Preiswettbewerb neben dem Produktwettbewerb. Wie in dem Bereich des Rand- und Nebensortiments der Apotheken steht die Apotheke auch im Bereich der sogenannten „non-ethicals" in einem scharfen Wettbewerb mit den zuvor genannten Marktteilnehmern. Dieser Wettbewerb, der nicht selten in einen reinen und oft ruinösen Preiskampf ausartet, kann von vielen Apotheken wegen ihrer völlig anders gearteten Kostenstruktur mit dem hohen Kostenniveau (Personalkosten) selten durchgestanden werden. Nur in besonders situierten Fällen (Apotheken ohne direkte Konkurrenz, z. B. Landapotheken) ist dies möglich. Obwohl die Apotheken diesen freiverkäuflichen Arzneimitteln vielfach das Qualitätsimage verliehen haben, sind Verkäufe solcher Arzneimittel in der Mehrzahl zu Zufalls- oder Gelegenheits-Verkäufen geworden. Die Produkte sind deshalb — bedingt durch eine zu geringe Lagerumschlagshäufigkeit — mit einer viel zu hohen Lagerhaltung behaftet (so ermittelte das Marktforschungsunternehmen „Nielsen" für freiverkäufliche Arzneimittel Umschlagshäufigkeitszahlen, die nur knapp die Hälfte der bei apothekenpflichtigen Arzneimitteln üblichen Umschlagshäufigkeit ausmachen).

Betriebswirtschaftliche Überlegungen führen oft dazu, daß solche Produkte aus dem Apothekensortiment eliminiert werden. Der scharfe Wettbewerb in diesem Warensektor hat die Handelsspannen wesentlich unter die üblichen Handelsspannen der apothekenpflichtigen Arzneimittel gedrückt. Der Gesetzgeber hat deshalb die Apotheken davor gewarnt, sich verstärkt in diesem Teilmarkt zu engagieren, da sonst Verkäufe in diesem Sektor mit staatlich fixierten Apothekenspannen subventioniert werden würden. Auch andere berufsständische Auflagen hindern die Apotheker daran, sich auf diesem Teilmarkt uneingeschränkt marktkonform zu verhalten. Hier möchte ich auf die Berufsordnungen verweisen, die von den Apothekerkammern beschlossen werden und dem Apotheker unter anderem die für Wettbewerb unabdingbaren Werbemöglichkeiten doch erheblich beschränken. Es ergibt sich das irritierende Bild, daß gerade in dem Teilbereich des Arzneimittelmarktes, in dem die Gesetze der Wettbewerbstheorie zum Tragen kommen, die Einflußnahme der Apotheken auf den Wettbewerb mit Arzneimitteln aus betriebswirtschaftlichen und berufspolitischen Gründen nur eine untergeordnete Rolle spielen kann.

Um das Bild des Arzneimittelmarktes zu vervollständigen, ist noch der Teilmarkt „Krankenhäuser" zu untersuchen. Die Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser summierte sich 1977 auf ein Aus-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gabenvolumen von rund 2 Mrd. DM. Die Versorgung der Patienten in Krankenhäusern erfolgte etwa zu gleichen Teilen über eigene Krankenhausapotheken und durch Krankenhäuser versorgende öffentliche Apotheken, vor allem durch die sogenannten Versandapotheken. Erfolgt die Versorgung der Krankenanstalten über Krankenhausapotheken, werden die Arzneimittel entweder direkt von den Herstellerfirmen oder aber von Pharmagroßhändlern geliefert. Im anderen Fall beliefern öffentliche Apotheken, das heißt insbesondere Versandapotheken, die Krankenhäuser. Auf dem erstgenannten Teilmarkt gehen von den Krankenhausapotheken gewichtige Wettbewerbsimpulse aus. Das doch immerhin beträchtliche Nachfragevolumen stattet die Krankenhausapotheken nämlich mit einer erheblichen Marktmacht aus. Über die Produktauswahl wird ein erheblicher Produkt- und Preiswettbewerb ausgelöst. Erläuternd sei hierzu vermerkt, daß der Leiter der Krankenhausapotheke Mitglied der Arzneimittelkommission des jeweiligen Krankenhauses ist und dem Arzt als Therapieberater für die Anwendung von Arzneimitteln zur Verfügung steht. Dadurch ist er imstande, die beschriebenen Wettbewerbsimpulse auszulösen.

Steht dagegen bei der Belieferung von Krankenhäusern ohne eigene Krankenhausapotheke — und damit auch ohne Krankenhausapotheker — dem nachfragenden Krankenhaus eine öffentliche Apotheke (Versandapotheke) als Anbieter gegenüber, so nimmt das Krankenhaus selten primär durch Produktauswahl aufgrund von pharmakologischen Determinanten Einfluß auf den Produktwettbewerb. Wirtschaftlichkeitserwägungen zwingen aber auch solche Krankenhäuser, ihre Marktmacht auszuspielen. Das wirkt sich dann im allgemeinen vorrangig in einer Einflußnahme auf den Preiswettbewerb aus.

Ich darf abschließend kurz zusammenfassen: In fast allen Bereichen des Arzneimittelmarktes ist die Möglichkeit der Einflußnahmen der Apotheken auf den Wettbewerb, nicht zuletzt aufgrund der gesetzlich verfügten Beschränkungen, die in der Regel gesundheitspolitisch zu begründen sind, gering. Unter den wettbewerbspolitischen Aktionsparametern dürfte die Qualitätsbewertung durch den sachkundigen Arzneimittelfachmann Apotheker die größte Bedeutung haben. Gerade die Qualitätsbewertung verfehlt ihren Einfluß auf den Produktwettbewerb — sei es indirekt über die Kontaktaufnahme zu dem verordnenden Arzt, sei es über entsprechende Veröffentlichungen von seiten der Apotheken (ZL) oder sei es — wo es möglich ist — direkt bei dem Patienten (Verbraucher) — selten. Der Apotheker trägt auf diese Weise zur Arzneimittelsicherheit bei, stimuliert den pharmakologisch-technischen Fortschritt und fördert die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wie die Vergangenheit zeigte, war es gesundheits- und sozialpolitisch, aber auch gesamtwirtschaftlich sinnvoll, daß sich der Apotheker dabei als unabhängiger Heilberufler einerseits und als ökonomischen Prinzipien folgender Kaufmann andererseits in einem Spannungsfeld bewegt. Vor allem die wirtschaftliche Unabhängigkeit erlaubte es dem Apotheker, auch in größtmöglicher Unabhängigkeit die beschriebenen wettbewerbspolitischen Funktionen zu erfüllen und dem gesetzlichen Auftrag, der Gesundheit des einzelnen Menschen und damit des gesamten Volkes zu dienen, gerecht zu werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

1.5 Schwerpunkte der Diskussion

Woll: Sie erwähnten zum Schluß, Herr Alberti, auf dem Krankenhausmarkt spiele sich ein erheblicher Preiswettbewerb ab. Ich kann das nur so verstehen, daß dort — anders als beim Absatz an Endverbraucher — keine vorgeschriebenen Spannen bestehen.

Alberti: In der Preisspannenverordnung ist in § 1 ein Ausnahmekatalog angeführt. Darin sind die Lieferungen an Krankenanstalten von der Preisspannenverordnung ausgenommen. Daher werden die Preise hier direkt ausgehandelt.

Hoppmann: Wir haben heute Pflegesätze, in welche die Arzneimittelkosten und der Tagessatz eingehen. Bevor wir die Pflegesätze hatten, bin ich der Sache einmal nachgegangen. Die Krankenhausapotheken kaufen sehr viel billiger ein. Aber auf der Rechnung, die der Patient erhält, steht genau der Preis, den er in der Apotheke bezahlen muß.

(Alberti: Das ist etwas anderes!)

Kassiert haben die Differenz die Krankenhäuser. Das sind ja meistens öffentliche Einrichtungen.

Röper: Diese Differenz ist ein beachtenswerter Beitrag für die Krankenhaus-Finanzierung. Wir in Aachen haben ein Lied davon zu singen, wie teuer ein Krankenhausneubau werden kann. — Der Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt für Arzneimittel ist anscheinend sehr stark. Das Preisniveau ist wesentlich niedriger als auf dem Markt öffentlicher Apotheken. Man sagt, was der Krankenhaus-Arzt häufig verschreibt, ist oft besonders geeignet für die Verschreibung des niedergelassenen Arztes; er wird deshalb das im Krankenhaus erprobte und dort häufig verwendete Medikament bei seinen Verschreibungen bevorzugen. Dies verstärkt die Neigung der Hersteller, hohe Rabatte, auch Naturalrabatte, einzuräumen. Ferner ist es für die Hersteller sehr wichtig, gute Kontakte mit bestimmten Krankenhäusern zu pflegen, um dort neue Arzneimittel zu erproben.

Wieweit der Wettbewerb im einzelnen geht, das weiß ich nicht. Man hat mir in einer Krankenhausapotheke einige Beispiele vorgerechnet. Da stimmen, wenn man sämtliche Rabatte und die sonstigen Vergünstigungen, die man bekommen konnte, zugrunde legte, bei einigen Ange-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

boten verschiedener Hersteller für annähernd wirkungsgleiche Präparate die Preise bei Krankenhauspackungen bis auf vier Stellen hinter dem Komma überein. Das kann auch als ein Ausdruck der Schärfe des Wettbewerbs ausgelegt werden, der anscheinend aber nicht zu Unterkostenverkäufen führt.

Hoppmann: Wir sprechen in Deutschland seit einigen Jahren über Nachfragemacht. Die Krankenhausapotheke hat ein absolutes Monopson. Die Patienten, die im Krankenhaus liegen, sind durch niemand anderen zu erreichen als durch die Krankenhaus-Apotheke. Damit verfügt sie über ein bestimmtes Umsatzpotential. Wer da hineinliefern will, muß Preisnachlässe akzeptieren. Das heißt, hier haben wir den ganz klaren Fall nicht nur von Nachfragemacht, sondern von Nachfragemonopol[1]. Wenn so ein Klinik-Zentrum, wie etwa die Universitätskliniken in Freiburg, eine einzige Apotheke hat, dann ist das schon relevant.

Die allgemein interessantere Frage wäre natürlich: Wie groß ist der Absatz an Krankenhaus-Apotheken generell, verglichen mit öffentlichen Apotheken?

(*Tiefenbacher:* In der Bundesrepublik Deutschland sind es 19 Prozent!)

Röper: Dieser Prozentsatz bezieht sich auf die Herstellerabgabepreise.

Dietrich: Diese Rabattkämpfe finden tatsächlich nur auf einem Teilmarkt statt, und zwar nur dort, wo es praktisch einen homogenen Markt gibt; das sind die Imitationsmärkte, auf denen auch gleiche Produkte konkurrieren. Aber die große Anzahl der Produkte unterscheidet sich untereinander. Die Kombinationspräparate sind deswegen nicht schlechter, aber sie lassen sich viel schlechter vergleichen. Bei ihnen sind die Rabatte nicht so groß.

Es ist fraglos so: In der Krankenhaus-Apotheke äußert sich der Übergang vom innovativen Markt zum Imitationsmarkt viel schneller. Das rührt auch daher, daß zusammen mit dem Apotheker eine Einschränkung des Sortiments erfolgt. Sicherlich gibt es auch Länder, wo die Krankenkasse ebenfalls nicht alles vergütet und sich der Markt dadurch verkleinert. Ob das immer ökonomisch das Bessere ist, ist eine andere Frage. Der Imitationsmarkt entwickelt sich nicht weiter, auch nicht in der Leistung. Das ist ein Stehenbleiben.

Es ist die große Frage, wieweit man da eingreifen darf.

Röper: Ich darf noch eine Bemerkung hinzufügen: Nur mit größten Einschränkungen gilt im Krankenhaus das aut-simile-Verbot. Der

---

[1] Siehe zur Problematik eines Vergleiches des Preisniveaus am Krankenhausmarkt mit dem der öffentlichen Apotheken *E. Hoppmann,* a.a.O., S. 97 - 105.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Krankenhaus-Apotheker redet dem Arzt gut zu, er solle dieses oder jenes Medikament verschreiben. Im allgemeinen wird der Arzt und nicht der Apotheker nachgeben. Es gilt auch nicht das Aus-Einzelungsverbot. Es werden sehr große Mengen in großen Packungseinheiten — Anstaltspackungen — gekauft. Das drückt sehr auf den Preis. Das muß man berücksichtigen.

Lenel: Sind die Rabatte an Krankenhaus-Apotheken unabhängig von deren Größe, d. h. erhalten alle Krankenhaus-Apotheken gleich hohe Rabatte?

(*Tiefenbacher:* Nein!)

Röper: Handelt es sich grundsätzlich um Mengenrabatte?

Dietrich: Man muß unterscheiden. Einerseits gibt es Mengenrabatte, die sich von einer Mengenstufe zur anderen auf zwei oder drei Prozent stellen. Bei uns ist es so, daß es bei Großpackungen, Klinikpackungen eine Gesamtstaffelung von 10 bis 15 Prozent gibt, von der kleinsten bis zur größten Klinikabnahme zwischen 10 und 15 Prozent, was an sich nicht sehr hoch ist. Andererseits kann bei gleichen Präparaten, wo es also Imitationen gibt, eine Rabattgewährung bis zu 40 Prozent Naturalrabatt erreichen.

Heuß: Der Beratungsdienst der Apotheken beschränkt sich auf 20 Prozent des Angebots, nämlich auf die Selbstmedikation.

In Anbetracht der sehr aufwendigen Apotheker-Ausbildung ist das sehr wenig. Wenn ich mir dann noch die berufsständischen Beschränkungen bei den Apotheken vor Augen halte, dann befürchte ich, daß der Weg nach Schweden nicht mehr sehr weit ist.

Alberti: Es stimmt nicht ganz, daß sich die Beratertätigkeit ausschließlich auf den Bereich der Selbstmedikation beschränkt. Mit der Abgabe ärztlich verordneter Arzneimittel auf Rezept, sei es Privatrezept, sei es Verschreibung zu Lasten der Krankenkassen, ist eine Beratertätigkeit über die Art der Einnahme oder die Aufbewahrung des Arzneimittels verbunden. Heute ist es leider häufig so, daß bei der Überfüllung der ärztlichen Praxen diese Hinweise beim Durchschleusen der Patienten diesen nicht gegeben werden. Wir sind dann bei der Abgabe des Arzneimittels gehalten, diese Lücke zu füllen.

Tiefenbacher: Interessant ist ein internationaler Vergleich der Stellung der Apotheken im Vertriebssystem der jeweiligen Pharmamärkte. Es zeigt sich, daß die Vertriebswege in der Bundesrepublik Deutschland doch erheblich von denen z. B. in der Schweiz, Kanada oder Mexiko abweichen (Schaubilder 3 - 6).

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

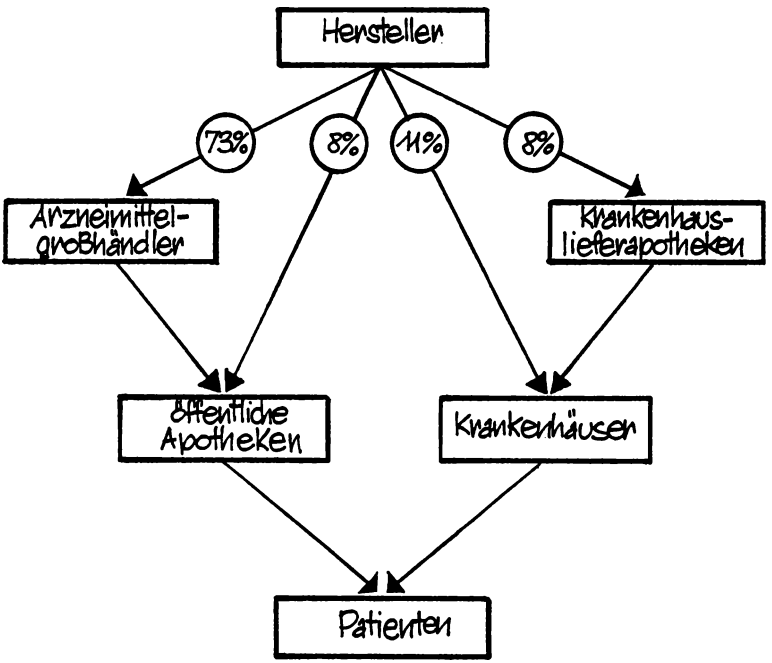


Schaubild 3

Für die Schweiz ist der hohe Anteil der selbstdispensierenden Ärzte typisch, was keineswegs unumstritten ist. Die öffentlichen Apotheken meinen, daß Ärzte nicht in die Arzneimittelverteilung eingeschaltet werden sollten. Dagegen stehen die Ärzte der Schweiz auf dem Standpunkt, daß Apotheken in entfernten Landgebieten nicht in genügender Dichte vorhanden seien. Um die Arzneimittelversorgung sicherzustellen, müßten Ärzte daher befugt sein, Arzneimittel an Patienten abzugeben. Kanada und USA sind wegen des großen Anteils des Direktvertriebs der Hersteller an Apotheken interessant. Im Gegensatz zu Deutschland, wo es 8 Prozent sind, macht dieser Anteil in den USA 37 Prozent aus. Arzneimittelhersteller haben in den USA nämlich ein Interesse, direkt mit den öffentlichen Apotheken in ein enges Verhältnis zu kommen, und zwar weil das aut-simile-Verbot dort so gut wie vollständig aufge-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

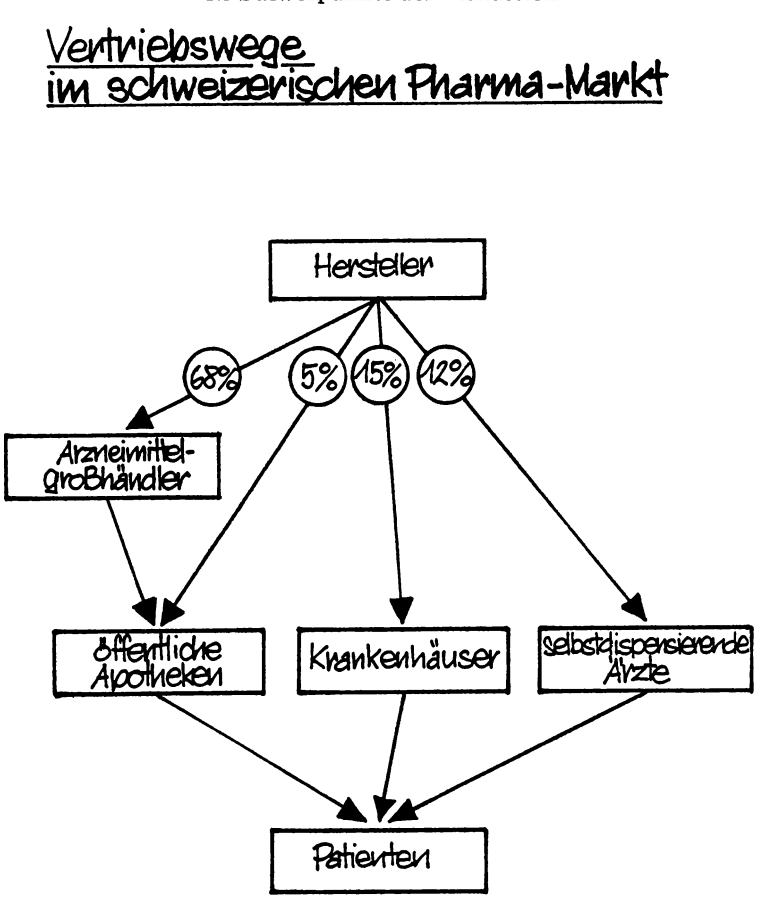


Schaubild 4

hoben worden ist. Der Apotheker darf also anstelle des vom Arzt verordneten Präparates ein anderes, billigeres Präparat gleicher Zusammensetzung abgeben. In vielen Fällen ist er dazu sogar verpflichtet. Hersteller haben also ein starkes wirtschaftliches Interesse, ihr Verhältnis zu den öffentlichen Apotheken zu pflegen. Das setzt voraus, daß sie möglichst alle Apotheken direkt beliefern. Wegen der großen Anzahl der Apotheken können das nur Arzneimittelunternehmen mit einem großen Umsatzvolumen.

Was Mexiko angeht, möchte ich auf den hohen Anteil des Verkaufs an Regierungsstellen hinweisen. Das ist typisch für Entwicklungsländer. Die soziale Krankenversicherung ist dort anders strukturiert als in der industrialisierten Welt. Arzneimittel werden von den Behörden auf dem Ausschreibungsweg zentral eingekauft und über öffentliche Einrichtun-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

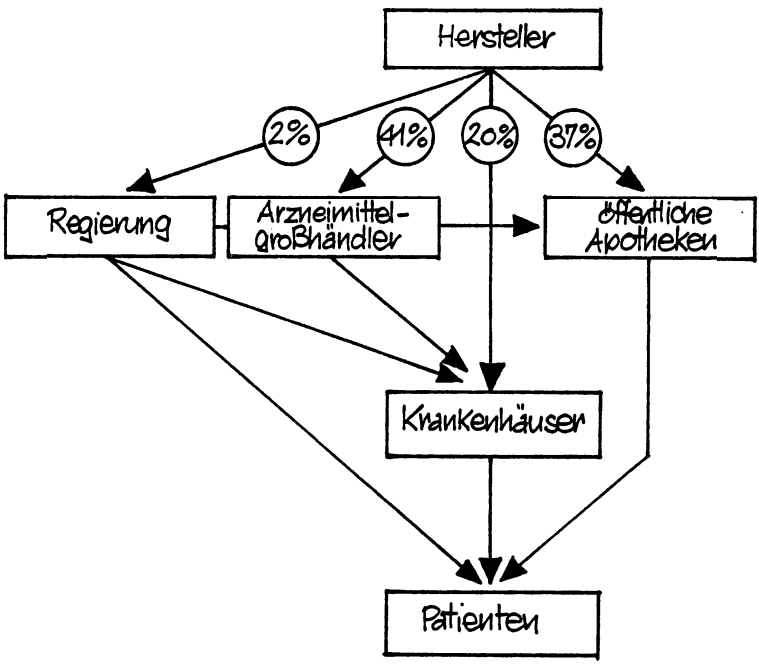


Schaubild 5

gen wie Ambulatorien, Krankenstationen und dergleichen an die Bevölkerung abgegeben. Das ist der sogenannte public sector, der in Mexiko 27 Prozent des Arzneimittelverbrauchs ausmacht. Die 73 Prozent des private sector folgen mehr oder weniger den Vertriebswegen, wie wir sie in der industrialisierten Welt kennen.

Oelschläger: Herr Tiefenbacher, Sie haben mit Recht darauf hingewiesen, daß im Vertriebsweg des schweizerischen Pharmamarktes ein sehr hoher Anteil — 12 Prozent — selbstdispensierender Ärzte auftritt. Meine Frage geht dahin: Welche Erfahrungen liegen vor? Welches ist die Einstellung der Schweizer Gesundheitsbehörden zu dieser Frage? Der Hintergrund meiner Frage basiert auf meinen Gesprächen mit niederländischen Pharmakologen und der niederländischen Gesundheits-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

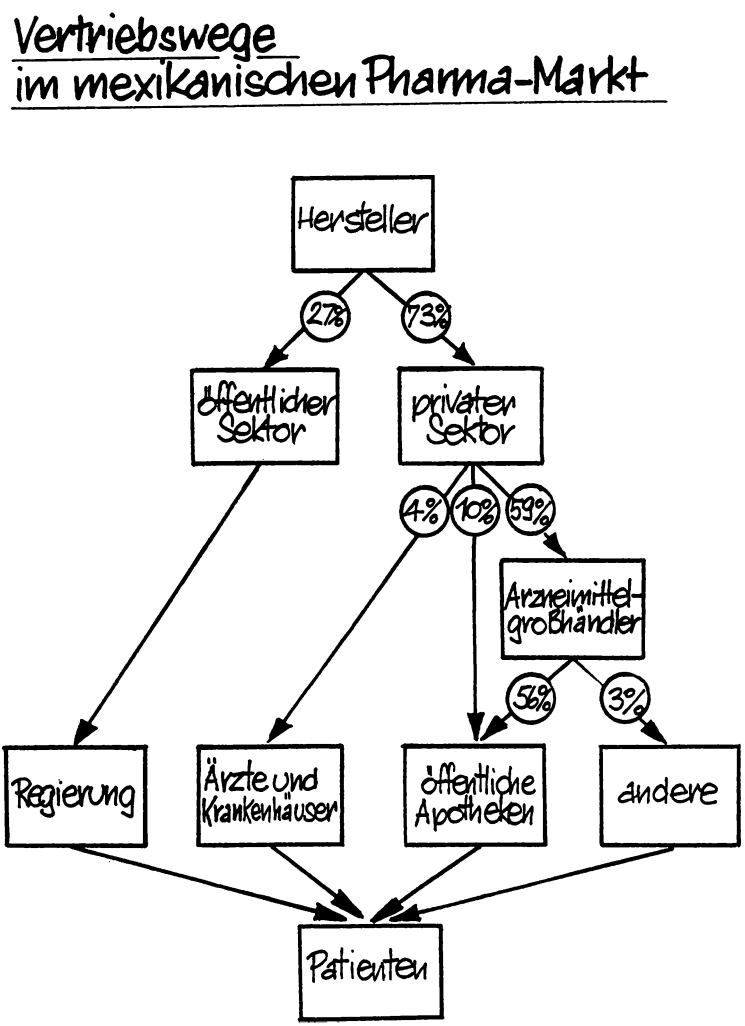


Schaubild 6

behörde. Wir haben im holländischen Pharmamarkt noch einen direkten Vertriebsweg über selbstdispensierende Ärzte. Die Erfahrungen des holländischen Gesundheitsministeriums mit einem Arzt, der gleichzeitig Therapie betreibt und auf der anderen Seite kaufmännische Gepflogenheit praktizieren muß, sind sehr schlecht. Jedem Apotheker, der anstelle eines dispensierenden Arztes eine Apotheke eröffnen möchte, wird das Recht eingeräumt, in freier Verhandlung das Dispensierrecht zu kaufen. Die Preisgebarung für die Abgabe des Selbstdispensierrechtes unterliegt

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

einer staatlichen Kontrollkommission. Von staatlicher Seite ist man sehr daran interessiert, das Selbstdispensierrecht der Ärzte aufzuheben.

Tiefenbacher: Ich kenne die Erfahrungen nicht, die in der Schweiz mit dem Dispensierrecht der Ärzte gemacht worden sind. Das extremste Beispiel erleben wir in Japan, wo praktisch die gesamte Abgabe rezeptpflichtiger Arzneimittel über die niedergelassenen Ärzte erfolgt. Man versuchte, dies abzubauen, doch fällt es schwer, gewachsene Strukturen zu ändern und Diagnose und Therapie von der Arzneimittelabgabe zu trennen. In Japan wie in der Schweiz bemüht man sich darum.

Rahner: Im Prinzip spielen die selbstdispensierenden Ärzte nur in den Urkantonen in der Schweiz eine Rolle. Sie sind auch im Begriff des Rückgangs.

Röper: Ferner in Basel-Land und in Zürich.

Dietrich: Es ist eine gewachsene Struktur, und die Schweiz hält allgemein sehr viel auf ihre gewachsene demokratische Struktur. Daher ist es schwierig, das abzubauen. Dauernd sind Bestrebungen da, weil das über die Jahre zu einem allgemein bekannten Mißstand geführt hat. Unwidersprochen wurde festgestellt, daß es selbstdispensierende Ärzte mit einem Jahresumsatz von nahezu einer Million Schweizer Franken gibt. Das ist nicht auf die Urkantone beschränkt. Unmittelbar neben Basel gibt es in Basel-Land eine Reihe von selbstdispensierenden Ärzten, ja, es gibt sie selbst in Basel-Stadt. Es gibt sie nicht nur dort, wo es keine Apotheke gibt, sondern auch am Ort der Apotheke.

Liebeswar: Auch in Österreich gibt es ärztliche Hausapotheken. Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke wird aber nur erteilt, wenn sich in der Ortschaft keine öffentliche Apotheke befindet. Das heißt, ärztliche Hausapotheken werden bei uns eindeutig als Notbehelf aufgefaßt. Da die Hausapotheke dem Arzt zusätzliche Einkünfte verschafft, trägt sie dazu bei, daß sich Ärzte auch in entlegeneren Orten niederlassen.

Wichtig erscheint mir, daß in Österreich Hausapotheken führende Ärzte die Ware nur aus öffentlichen Apotheken und nicht direkt aus dem Großhandel beziehen dürfen. Die Apotheken gewähren den Ärzten einen Rabatt.

Kopf: In Deutschland haben auch die Tierärzte das volle Dispensierrecht.

Barnikel: Herr Alberti: Seit keine Bedürfnisprüfungen mehr stattfinden, hat sich die Zahl der Apotheken kräftig erhöht. Und wie hat sich

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Umsatz entwickelt? Der Konsum hat sich auch kräftig erhöht. Aber wie sind die durchschnittlichen Werte?

Die zweite Frage: Die Apotheken haben auch Einkaufsgenossenschaften geschaffen. Ist das eine Bewegung, die sich ausweitet, oder ist sie rückläufig? Haben sie sich bewährt?

Noch eine letzte Frage: Die Hersteller haben ihren Vertrieb zum Teil ausgegliedert. Wenn der Hersteller selber liefert, dann macht er das manchmal über eine kleine Tochtergesellschaft. Wenn Sie dazu in Ergänzung noch etwas sagen könnten.

Alberti: Es gibt im Augenblick 14 449 öffentlichen Apotheken. Die Zahl der Apotheken hat sich gegenüber der Zahl, die bei der Einführung der Niederlassungsfreiheit bestanden hat, verdoppelt. Zur Zeit haben wir eine jährliche Zunahme der Apothekenzahl zwischen 400 und 500 in der Bundesrepublik. Was die Einkaufsgenossenschaften anbelangt, so ist dieser Ausdruck nicht ganz richtig. Es gibt zwar einen genossenschaftlichen Großhandel, aber eine Einkaufsgenossenschaft einzelner Apotheken gibt es nicht. In Berlin gibt es jetzt — vielleicht meinen Sie das — einen Versuch mehrerer Kollegen, sich zu einem Einkaufsring auf genossenschaftlicher Basis zusammenzutun. Das ist auch das einzige, und das ist noch nicht endgültig abgesichert.

Zu den Tochterunternehmen sollten sich vielleicht die Herren von der Industrie äußern.

Barnikel: Sind es ausgegliederte Abteilungen oder sind es verselbständigte Vertriebsgesellschaften?

Tiefenbacher: Sowohl als auch. Die Bayropharm[2] ist eine Betriebsabteilung.

Kopf: Sie liefert aber nicht nur aus, sondern sie verkauft auch. Die Frage zielte darauf, ob es Firmen gibt, die reine Handelsgesellschaften haben, die sozusagen nur die Distribution als Tochtergesellschaft durchführen.

Barnikel: Nicht nur, aber schwerpunktmäßig! Sie sagten selber: irgend etwas produzieren. Vielleicht auch Wirkstoffe beziehen, Fremdbezug verarbeiten, und das unter anderem Namen.
(*Kopf:* Das gibt es natürlich!)

Die aber auch den Vertrieb für das ganze Sortiment haben.

Kopf: Sicherlich gibt es Tochtergesellschaften von größeren Unternehmen, die sowohl Ärztebesucher haben als auch Informationen durchfüh-

[2] Bayropharm GmbH, Köln.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ren. Solche Töchter können auch eigene Produktionen haben oder im Lohn produzieren lassen und auch die Distribution durchführen.

Dietrich: Aber nur Produkte von den Tochtergesellschaften, nicht auch die der Mutter; das gibt es nicht.

Woll: Wenn wir uns die Vertriebswege für den schweizerischen Pharmamarkt anschauen, sehen wir, daß Medikamente über den Arzt an den Patienten gelangen. Wenn ich Herrn Alberti richtig verstanden habe, trifft dies auch für Deutschland zu, aber dies taucht in der Darstellung über Vertriebswege nicht auf. Tatsächlich werden über Ärzte in erheblichem Umfang Medikamente abgesetzt.

(*Alberti:* Muster!)

Musterpackungen sind aber gratis.

Oldiges: Herr Alberti, ich habe von Ihnen mit Interesse gehört, daß der Wettbewerb auch durch unterschiedliche Arzneimittellieferungsverträge zwischen den Apothekervereinen und den Landesverbänden der Krankenkassen gefördert werden kann. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist zur Zeit ein erheblicher Unterschied festzustellen. Bezieht sich das auch auf die Höhe der Rabattgewährung? Oder was haben Sie gemeint?

Alberti: Wenn ich das gesagt habe, habe ich die Lieferbedingungen und die Preisgestaltung im Bereich der nicht-apothekenpflichtigen Arzneimittel gemeint. Denn nur diese haben die Vereinbarungen zum Inhalt. Sie sind sowohl in den einzelnen Bundesländern als auch auf Bundesebene durchaus unterschiedlich. Groß sind die Unterschiede allerdings nicht.

Pohmer: Sie haben Versandapotheken erwähnt. Ich wußte nicht, daß auch die Apotheken unter die Versandhändler gegangen sind.

Wird der Direktumsatz der Hersteller zum Versand gerechnet? Oder was ist darunter zu verstehen?

Tiefenbacher: Die Krankenhaus-Lieferapotheken (Schaubild 3) sind das, was Herr Alberti mit Versandapotheken angesprochen hat.

(*Pohmer:* Sind hier die 11 Prozent oder die 8 Prozent gemeint?)

Alberti: Das sind keine Krankenhaus-Apotheken, sondern es sind krankenhaus-versorgende öffentliche Apotheken. Die Hersteller liefern die Arzneimittel an die Apotheken, die sie wiederum an die Krankenhäuser verkaufen, die keine eigene Apotheke haben.

(*Pohmer:* Das ist aber die einzige Form des Versandhandels. Und die anderen 11 Prozent gehen dann über krankenhaus-eigene Apotheken?)

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ja, das sind krankenhaus-eigene Apotheken.

(*Pohmer:* Aber eine Apotheke ist im Prinzip immer zwischengeschaltet?)

Muß!

Pohmer: Mir fällt auf, daß der Direktabsatz vom Hersteller zur öffentlichen Apotheke relativ klein ist, daß sehr viel über den Arzneimittelgroßhandel geht. Ist das immer ein selbständiger Großhandel?

(*Alberti:* Ja!)

Tiefenbacher: Zum Teil ist der Großhandel genossenschaftlich organisiert.

Pohmer: Woran liegt es eigentlich, daß im deutschen Pharmamarkt der Direktvertrieb eine so kleine Rolle spielt? Sind die Mengen so klein?

(*Tiefenbacher:* Es ist ein wirtschaftlicher Faktor!)

Die großen Unternehmen haben doch zum Teil stark ausgebaute Niederlassungsnetze, die einen erheblichen Direktabsatz übernehmen könnten.

Alberti: Das ist eine Frage der Bezugskonditionen. Wenn ich beim Hersteller direkt beziehe, beziehe ich natürlich entsprechend große Mengen; es sind die sogenannten Renner; es wird keine Einzelpackung gekauft; in diesen Fällen bekomme ich eine bestimmte Rabattierung. Auch beim Großhandel bekomme ich eine bestimmte Rabattierung, so z. B. einen Mengenrabatt, einen Rationalisierungsrabatt. Je nach der Situation ist es interessanter, wenn der Apotheker auch die Renner, also die großen umsatzträchtigen Arzneimittel über den Großhandel bezieht, weil er dadurch seine gesamte Bezugssituation beim Großhandel unter Umständen günstiger gestalten kann, als wenn er beim Hersteller bezieht.

Kopf: Man muß wissen, daß der Großhändler dem Apotheker einen exzellenten Service bietet. Wenn er morgens um acht Uhr anruft, hat er um neun die Ware. Er braucht überhaupt kein Lagerrisiko einzugehen. Deswegen ist es ihm sehr angenehm, über den Großhandel beliefert zu werden. Außerdem liegt der Großhandel apothekennah. Die Firmen sind im allgemeinen sehr viel apothekenferner. Das ist auch ein Grund dafür, daß sich das System so entwickelt hat.

Tiefenbacher: Die 8 Prozent Direktbezug der öffentlichen Apotheken umfassen vorwiegend Präparate der Selbstmedikation; aber ein Unternehmen — es ist die Firma Dr. Madaus & Co.[3] — beliefert Apotheken

[3] Die Firma Dr. Madaus & Co., Köln, ist auf Arzneimittel aus Naturstoffen spezialisiert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

mit ihrem gesamten Sortiment unter Ausschaltung des Großhandels direkt.

Kopf: Die Firma Dr. Madaus & Co. konnte weitere Firmen nicht hinzugewinnen, dieses System zu benutzen, weil sie im Prinzip teurer sein mußte als der Großhandel. Wir haben es vor Jahren einmal durchkalkuliert.

Röper: Herr Alberti, warum steht das Bild, das Sie aufgezeigt haben und das sicherlich richtig ist, im Widerspruch zu dem, was wir beim Anblick von Apotheken sehen? Wir finden in den Schaufenstern vor allem schöne Plakate wie „Reduziere Dein Gewicht, lebe intensiver, vitaler, geh in das Alter glücklich hinein!". Sie werben in ihrem Schaufenster zumeist nur für ein Prozent ihres Umsatzes, nämlich für die nichtapothekenpflichtigen, sogenannten freiverkäuflichen Mittel. Sind die Apotheken darin nicht selber unseriös geworden?

Alberti: Das ist zumeist einmal ein Problem auch der Öffentlichkeitsarbeit innerhalb unseres eigenen Berufsstandes. Ich bin mir durchaus bewußt, daß in vielen Apotheken die Visitenkarte, das Schaufenster, in einer Form mißbraucht wird, die sich mit unserem Berufsethos in keiner Weise verbinden läßt. Ich kann hier nur die offizielle Meinung der Berufsvertretung artikulieren.

Wir sind bemüht, die zweifellos noch vorhandenen, wenig erfreulichen Umstände abzustellen.

Meine Herren, ich finde es interessant, daß der Ablauf der Diskussion die These, der Apotheker habe in der öffentlichen Apotheke verhältnismäßig geringe Möglichkeiten, auf den Wettbewerb Einfluß zu nehmen, untermauert hat. Der starke Wettbewerb, der in dem dritten Teilmarkt, den ich angesprochen habe, und der in dem Markt der Versorgung der Krankenhäuser herrscht, ist offensichtlich auch bei den Herren Nationalökonomen von vorrangigem Interesse gewesen. Damit ist bestärkt, daß der Apotheker hinsichtlich der Einwirkung auf den Wettbewerb im Arzneimittelmarkt relativ geringe Möglichkeiten besitzt.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2. Wettbewerbsprobleme auf der Nachfrageseite

2.1 Erich Kaufer: Die Aufspaltung der Nachfrage nach Arzneimitteln in verschreibende Ärzte, Patienten als Verbraucher und Krankenkassen als Zahler

Der bekannte amerikanische Anwalt Will Rogers hat einmal gesagt: Wichtig ist nicht, was die Leute meinen, wichtig ist vielmehr, was sie für richtig halten, was aber nicht zutrifft. Diesen Satz finde ich besonders häufig im Bereich der gesundheitspolitischen Diskussion bestätigt, sofern es dort um ökonomische Fragen geht. Weil die gesundheitspolitischen Praktiker sich seit Jahrhunderten, würde ich sagen, eingeredet haben, daß entweder das Gesundheitswesen ganz anders ist und außerhalb des ökonomischen Bereiches steht oder so einzigartig ist, daß man es auch mit den herkömmlichen ökonomischen Instrumenten nicht erfassen könnte. Meine Erfahrung ist: Je mehr ich mich mit gesundheitsökonomischen Fragen beschäftige, um so mehr stelle ich fest, daß weder das eine noch das andere zutrifft. Konkret zum Beispiel für mein Thema: Daß die Aufspaltung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wie es heißt, auf den Patienten, der nachfragt, jedoch nicht entscheidet, auf den Arzt, der entscheidet, aber nicht bezahlt, und auf die Kasse, die weder nachfragt, noch entscheidet, aber bezahlt, von besonderer Relevanz sei und daß dies das gesamte Gesundheitswesen in einer einzigartigen Weise vorpräge. Das ist meines Erachtens Glaubensartikel Nr. 1 der gesundheitsökonomischen Praktiker. Ich möchte im folgenden untersuchen, wie es um die wirtschaftstheoretische Begründung dieses fundamentalen Glaubenssatzes aussieht.

Beginnen wir am Beispiel der Grippe mit der Analyse des Einflusses der Art der Krankenversicherung auf die Art der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowohl der Menge als auch der Qualität und der Zusammensetzung nach.

Der Kranke hat zunächst die Möglichkeit, auf ein potentes „Heilmittel“ auszuweichen, nämlich zu warten und die Zeit verstreichen zu lassen, bis er wieder von der Grippe geheilt ist. Die Nachfrage nach Therapie wäre Null, er wartet nur. Fragt der Erkrankte aber eine Therapieleistung nach, wird er davon mehr nachfragen, wenn der Preis

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sinkt. Zu klären ist, in welcher Weise die Art der Krankenversicherung das Nachfrageverhalten beeinflußt. Zu unterscheiden sind die Fälle, daß der Patient von der Krankenversicherung

— einen festen, also von der Höhe des Preises unabhängigen Betrag erhält,

— einen konstanten Prozentsatz des Preises erhält,

— den jeweiligen Betrag zu hundert Prozent erstattet erhält.

Im ersten Fall wird unter der zusätzlichen Annahme konstanter Grenzkosten die nachgefragte Menge nach Therapieleistungen um so größer, je höher der fixe Erstattungsbetrag ist. Dieses Phänomen wird in der Versicherungsökonomik als moral hazard bezeichnet. Der Patient fragt, weil er versichert ist, mehr von der Leistung nach, für die er versichert ist. Bei prozentualer Kostenerstattung dürfte im Vergleich zur fixen Kostenerstattung die Nachfragefunktion preisunelastischer werden. Sie wird bei gegebenem Preis um so preisunelastischer, je größer der prozentuale Kostenerstattungsbetrag ist. Wenn die Kostenerstattung hundert Prozent beträgt — das wäre der Grenzfall der prozentualen Kostenerstattung —, dann ist das System kostenexplosiv, weil der Patient die maximale Therapiemenge zu jedem beliebigen Preis nachfragt.

Dem moral-hazard-Verhalten könnte dadurch begegnet werden, daß die Erstattung von kostspieligen Therapien von bestimmten Auflagen — wie z. B. zusätzlichen Gutachten — abhängig gemacht wird. Das wäre aber sicher eine nur begrenzt wirksame Maßnahme zur Kostendämpfung. Ein zweiter Hemmungsmechanismus gegen die Kostenerhöhung könnte darin liegen, daß bei steigenden Therapiekosten eine Rückkoppelung zur Prämienhöhe erfolgt: Wenn die Kranken höhere Prämien zahlen, wird dadurch vielleicht die Nachfrage gedämpft. Dieser Fall soll vorläufig ausgeklammert werden, weil erstens staatliche Pflichtversicherungen nur schwach auf solche Kostenerhöhungen reagieren, zum Teil schon deshalb, weil die Fragen der Verteilungsgerechtigkeit mit der Krankenversicherung gekoppelt werden; die Krankenversicherung hat als Pflichtversicherung ein Bündel von Zielen zu erfüllen. Zweitens wird bei dem einzelnen Nachfrager nach Therapieleistungen die Rückkoppelung über die Prämienhöhe deshalb nicht sehr wirksam werden, weil der einzelne als Mitglied der Gruppe davon ausgeht, daß seine übersteigerte Nachfrage nur einen geringen Einfluß auf die Prämienhöhe hat (free-rider-Verhalten).

Zur weiteren Auslotung des Einflusses der Art der Krankenversicherung sei ein Überschuß an gleich fähigen Ärzten angenommen. Selbst wenn dann der Patient preisunempfindlich nachfragt, fällt der mono-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

polistische Preisbildungsspielraum auf seiten des Arztes weg, weil der Arzt nur einen Preis in Höhe der Grenzkosten für seine Leistung erzielen kann. Dann würde moral hazard nach wie vor da sein — der Patient fragt zuviel nach —, aber der monopolistische Preisbildungsspielraum wäre nicht mehr vorhanden. In der Realität gibt es allerdings fachliche und ausbildungsmäßige Unterschiede zwischen den Ärzten. Weiterhin muß die Arzt-Patienten-Beziehung, wenn sie auf Heilerfolg ausgerichtet sein will, immer eine persönliche Beziehung sein, die man nicht auf beliebige Austauschbarkeit und Substituierbarkeit reduzieren kann. Schließlich sind Unterschiede zwischen den Ärzten für den Patienten außerordentlich schwer zu entdecken und zu gewichten, wobei der Patient ohnehin keinen Anreiz hat, solche Unterschiede herauszufinden. Angenommen ein Patient fragt bei einem Arzt eine Therapie nach, die 20 DM kostet; ein anderer Arzt verlangt aber nur 10 DM. Würde er jetzt 90 Prozent erstattet bekommen, dann würde die Krankenkasse acht Mark und er eine Mark sparen. Der Patient muß aber Suchkosten aufwenden, sei es nur, daß er Zeit braucht um herauszufinden, welche Therapie besser ist, ob die Therapien gleichartig sind oder sich wesentlich unterscheiden. Die Krankenversicherung auf der anderen Seite honoriert die Suchkosten z. B. bei hundertprozentiger Kostenerstattung überhaupt nicht, bei begrenzter Kostenerstattung netto nur in einem kleinen Betrag. Der Patient hat also erstens geringe Anreize, Suchkosten aufzuwenden. Zweitens hat der Patient es auch außerordentlich schwer, vernünftig zu suchen, weil es in der power structure — um es einmal polemisch zu formulieren —, bestehend aus Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken, ein Bündel von berufsethischen Anschauungen gibt, die verhindern, daß Werbung betrieben wird.

Als Ökonom sollte man immer skeptisch sein, wenn sogleich ethische Fragen vorgeschoben werden. Ein Beispiel dazu: Es gibt in den USA sowohl Staaten, in denen Werbung bei Optikern verboten ist, als auch Staaten, in denen sie erlaubt ist. Nach einer Untersuchung von Lee Benham für das Jahr 1963 ließ sich folgende Wirkung auf den Preis für Brillengläser nachweisen: In denjenigen Staaten, in denen Werbung unter Optikern erlaubt war, betrug der durchschnittliche Preis einer Brille 17,98 Dollar, in denjenigen Staaten mit Werbungsverbot dagegen 37,48 Dollar. Die Werbeverbote sind mit berufsethischen Gründen versehen. Ähnliche Probleme treten auch bei den Krankenhäusern auf. Die Krankenkassen haben sich noch nie die Mühe gemacht, die Krankenhäuser zu veranlassen, den Output so zu definieren, daß man ihn messen kann. Sondern sie konzentrieren sich darauf, Inputs zu messen. In Österreich wird dies mit der Kostenstellenrechnung gerade durchexerziert. Man weiß, wieviel Bettwäsche, Zahnstocher und sonstiges der Patient

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bekommen hat. Aber welcher Output dabei herausgekommen ist, weiß man nicht. Das würde sofort anders, wenn Krankenhäuser werben könnten. Um es ganz überspitzt zu formulieren: Ich wünschte mir, daß es im Krankenhauswesen ein Franchising-System gäbe, so daß es so etwas wie Kentucky Fried Chicken oder McDonald's Hamburgers bei Krankenhäusern gäbe. Das sage ich bewußt polemisch, weil ich glaube, daß man gerade auf dem Krankenhaussektor, was die Qualitätsmessung anlangt, noch unwahrscheinlich viel tun könnte. Dabei würde der Werbung unter den Krankenhäusern eine wichtige Rolle zukommen.

Zu den bisher genannten drei ökonomischen Wirkungen der Krankenversicherung — erstens die zu große Nachfrage nach Therapieleistungen, zweitens der autonome Preisbildungsspielraum der Anbieter, der um so größer ist, je uninformierter der Patient ist, und drittens fehlende Anreize sowie Möglichkeiten für den Patienten, nach Information zu suchen, kommt noch ein vierter Aspekt hinzu, nämlich die Frage, wie sich die Krankenversicherung im Zeitablauf auf den technischen Fortschritt im Gesundheitswesen auswirkt. Es gibt viele Fälle, die zeigen, daß die Erlöswirkung beim Anbieter, die durch die Einführung der Krankenversicherung eintritt, um so größer ist, je elastischer ursprünglich die Nachfragefunktion war. Die Anbieter an Gesundheitsleistungen haben in all den zutreffenden Fällen einen Anreiz, die Therapien und ihre Qualität in die Bereiche aufzufächern und neue Therapien einzuführen, wo die Nachfrage ursprünglich elastisch war. Angenommen die ursprüngliche, elastische Nachfrage nach Therapien betrifft Therapiearten, die relativ unwichtig sind, dann wird die Existenz der Krankenversicherung über die Länge der Zeit dazu führen, daß der Sektor der Angebotsleistungen insbesondere in diejenigen Bereiche ausgeweitet wird, wo die unwichtigen Therapiearten und -möglichkeiten liegen, weil dort der Erlöszuwachs besonders groß ist. Ergebnis dieser Annahme wäre dann, daß die Art der Krankenversicherung dazu führt, den technischen Fortschritt vor allen Dingen auf die marginalen Bereiche der Therapie zu konzentrieren und die dortigen Leistungen immer weiter in Richtung der weniger wichtigen Behandlungsmethoden aufzufächern.

Wie bereits angeführt, ist bei hundertprozentiger Kostendeckung eine kostenexplosive Situation zu erwarten; das Preissystem dürfte nicht mehr funktionsfähig sein. Resultat und gleichzeitig Beweis sind die Einführung von Höchstsätzen und Höchstpreisen, Durchschnittssätzen und Pauschalgrößen.

Wenden wir uns nochmals der Frage der Rückkoppelung zwischen Prämienhöhe und Patientennachfrage zu, so ist zunächst festzustellen, daß bei individueller Krankenversicherung auf Grund der Koppelung

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zwischen Prämienhöhe und Therapiekosten die Gefahr bestehen müßte, daß die weniger krankheitsanfälligen Patienten aus der Krankenversicherung herausgehen und die krankheitsanfälligeren Mitglied bleiben. Dies wäre ein kumulativer Prozeß der adversen Selektion, weil die relativ Gesunden sich um so mehr selbst versichern, je höher die Prämie auf Grund des moral hazard wird. Dem könnte man vorbeugen durch Gruppenversicherung oder durch Zwangsversicherung.

Als weiterer Aspekt kommt hinzu, daß eine Krankenversicherung nur dann im wahrscheinlichkeitstheoretischen Sinne aktuarisch fair ist, wenn der aus der Versicherung erwartete Nutzen gleich der Prämienhöhe ist. Nun wird eine in dem Sinne faire Versicherung das Problem des moral hazard nicht ganz beseitigen. Es wird fortbestehen, weil der Patient in dem Augenblick, wo er eine Therapie nachfragt, einen niedrigeren Nettopreis zahlt. Aber das Problem wird wenigstens, wenn die Krankenversicherung aktuarisch fair ist, in gewissen Grenzen gehalten. Wenn aber eine Krankenversicherungsprämie nicht aktuarisch fair ist, weil zum Beispiel der erwartete Nutzen über der Prämie für die Versicherung liegt, ist damit zu rechnen, daß erstens der Patient mehr Versicherungsschutz nachfragt, und zweitens das Ausmaß des moral hazard ansteigt, und zwar in Form von quantitativ und qualitativ übersteigerter Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.

Zu fragen ist nunmehr danach, warum die Krankenversicherungsprämie unter dem Erwartungswert des Nutzens der Versicherung liegen kann. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, daß Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung für den potentiellen Kranken eine steuerlich subventionierte Krankenversicherungsprämie darstellen; dasselbe gilt für die individuelle steuerliche Absetzbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge. Diese Subvention der Krankenversicherungsbeiträge durch das Steuersystem wird um so größer, je größer die Progression der Einkommensteuer wird. Infolge dieser Subvention sind die Krankenversicherungen in der Bundesrepublik Deutschland, soweit es Privatversicherungen sind — auf die anderen komme ich gleich zurück —, aktuarisch unfair. Die Folge ist, daß der Patient zunehmend den Anreiz hat, Versicherungsschutz im Bereich der finanziell kleinen Krankheitsrisiken zu suchen. Bei finanziell kleinen Risiken sollte der Patient, je nach individueller Leistungsfähigkeit, sich selbst versichern. Dann wäre das Problem des moral hazard jedenfalls bei den kleinen Krankheitsrisiken beseitigt. Bei der geschilderten Art der steuerlichen Behandlung der Krankenversicherung wird aber der Patient, wenn er sich privat versichert, einen sehr großen Anreiz haben, sich insbesondere gegen die kleinen Risiken zu versichern und unter Umständen die finanziell großen zu ignorieren. Bei den großen Krankheitsrisiken ist aber das Problem des moral hazard nicht so bedeutend.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wenn die kleinen Krankheitsrisiken diejenigen Bereiche sind, wo die Nachfragefunktion ursprünglich elastisch war, dann wird sich die qualitative, preisliche und sonstige Auffächerung des Angebots an Gesundheitsleistungen hier konzentrieren. Die Auffächerung der Gesundheitsleistungen in die therapeutisch unwichtigen Bereiche wird folglich dadurch induziert, daß die Patienten sich gegen kleine Krankheitsrisiken versichern.

Damit sind vier Ergebnisse zu nennen: Erstens führt die Art der Krankenversicherung — unabhängig davon, um welche es sich handelt — zur verschwenderischen Ausweitung der Nachfrage nach gegebenen Therapieleistungen. Zweitens bewirkt sie Preiserhöhungen bei den Therapieleistungen. Drittens ergibt sich eine qualitative Änderung der einzelnen Therapien über den Punkt hinaus, wo die Grenzkosten dieser Änderung gleich dem zusätzlichen Wert sind. Viertens führt sie zu einer Auffächerung der Therapie in marginale Bereiche.

Auf Grund dieser Ergebnisse stellt sich meines Erachtens heraus, daß das oft genannte Argument für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen, nämlich die Dreiteilung der Nachfrage als Besonderheit der Märkte für Gesundheitsleistungen, ein meines Erachtens irreführendes Klischee ist.

Aus dieser Dreiteilung — der Patient, der die Leistungen nachfragt, entscheidet nicht; der Arzt, der über die Nachfrage entscheidet, zahlt nicht; die Kasse, welche die Leistungen bezahlt, wirkt weder bei der Nachfrage des Patienten noch bei der Entscheidung des Arztes mit — folgt mitnichten die behauptete Verzerrung der Entscheidung, die in der Arzt-Patienten-Beziehung angetroffen wird. Man könnte umgekehrt sogar sagen, daß die Teilung der Entscheidung in der Arzt-Patienten-Beziehung eine produktivitätssteigernde Arbeitsteilung ist. Denkbar wäre mindestens in vielen Fällen, daß der Patient sich das zur Selbstmedikation erforderliche Wissen vom Arzt vermitteln läßt und dann entsprechend entscheidet, kauft und zahlt. Aber es ist offensichtlich um viele Größenordnungen produktiver, wenn der Patient den Arzt zu seinem Agenten wählt, ihn über seinen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Zustand informiert und dann dem Arzt die Aufgabe überträgt, die für ihn im Einzelfall kostenwirksamste Therapie zu bestimmen.

Diese Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Patient aus produktivitätssteigernden Gründen den Arzt zu seinem Agenten wählt — was in vielen anderen Bereichen des wirtschaftlichen Lebens übrigens auch anzutreffen ist —, kann nun im Sinne der Kosten-Wirksamkeitsprüfung nicht funktionsfähig sein, weil durch die steuerlich induzierte Überversicherung des Patienten der Anreiz zur Kostenwirksamkeit reduziert

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

worden ist. Wenn die Überversicherung beseitigt würde, hätten der Arzt und auch der Patient allen Anreiz, eine funktionsfähige Agentenbeziehung zu errichten.

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf private Krankenversicherungen. Bei Pflichtversicherungen wird der Hang zur Überversicherung von einer anderen Seite her verstärkt, weil die Ausweitung der Versicherungsleistungen wie andere Transferzahlungen des Staates dieselbe Fähigkeit haben, als Wahlgeschenk zu wirken. Vor allem Frau Liefmann-Keil hat 1974 in einem Aufsatz darauf hingewiesen, daß die Auflösung der Großfamilie, die durch die staatliche Wirtschafts- und Sozialpolitik forciert worden ist, die Wahlbevölkerung in drei Generationen aufgespalten hat: in die Generation der noch nicht Erwerbstätigen, in die Generation der Erwerbstätigen und in die ältere Generation der nicht mehr Erwerbstätigen. Da insbesondere mit der Herabsetzung des aktiven Wahlrechts und des Pensionsalters die beiden Randgenerationen stimmenmäßig die Mehrheit haben, sieht man sofort, daß die staatliche Transferpolitik darauf ausgerichtet wird, Wahlgeschenke von der mittleren Generation weg an die Randgenerationen zu verteilen.

Die Ausweitung des Leistungskatalogs der Pflichtversicherungen ist zum Teil eine Transferpolitik, mit der man parteipolitische Ziele verfolgt; sie wird damit zu einer Politik der Wahlgeschenke. Diese Ausweitung bezog sich insbesondere auf die Bereiche der kleinen Krankheitsrisiken. Diese Art der staatlichen Politik, die die Generation der Alten irgendwo in Altenheimen konzentriert oder kaserniert und die Jungen etwa über BAföG aus der Familie herauslöst, hat eine weitere wichtige Folge: Familiäre Gesundheitsleistungen im Bereich der Pflege sind durch die Zerstörung der Großfamilie aus der Familie heraus in das Krankenhaus verlagert worden. Das bedeutet, daß heute in der Familie keiner mehr das Know-how besitzt, wie man pflegt, und niemand den Anreiz hat, dieses Know-how zu erwerben; die Krankenhäuser müssen deshalb zum großen Teil diese Leistungen mit übernehmen. Diese Entwicklung ist eine Konsequenz der staatlichen Wirtschafts- oder Sozialpolitik gewesen, die meinte, das Wirtschaftswachstum würde steigen, wenn man Hausfrauen in die Fabrik treibt und dafür mehr Krankenschwestern, Sozialpfleger und Polizisten einstellen muß.

Somit ist festzustellen, daß die Rückkoppelung in staatlichen Pflichtversicherungssystemen nicht funktioniert, weil die Sozialpolitik und damit auch die Krankenversicherungspolitik in den Mechanismus der Wahlgeschenke eingespannt ist. Eine hundertprozentige Krankenversicherung ist daher kostenexplosiv. Der Preis scheidet als Rationierungsinstrument aus; es werden andere Methoden der Rationierung sichtbar,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

wie z. B. überfüllte Wartezimmer. Oder ein Patient mit interessanten Krankheiten hat eine größere Chance behandelt zu werden als ein Patient mit weniger interessanten Krankheiten. Auf seiten der Anbieter ist das Phänomen zu beobachten, daß die nicht monetären Entgelte maximiert werden. So gibt es z. B. viele Ärzte in Universitätsstädten und wenige auf dem Lande.

Zusammenfassend sei lediglich die These wiederholt, daß m. E. die Aufspaltung der Nachfrage an sich mit den genannten Phänomenen nichts zu tun hat. Sie führt vielmehr nur deshalb in unerwünschte Richtungen, weil die Anreize durch die Art der Krankenversicherung so gesetzt werden, daß die Aufspaltung der Nachfrage nicht mehr kostenwirksam im Sinne des Agentenmodells wirken kann.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2.2 Schwerpunkte der Diskussion

Lenel: Von den leider bei der öffentlichen Krankenversicherung völlig vernachlässigten Methoden, den Patienten etwas mitzahlen zu lassen, haben Sie die bei privaten Krankenversicherungen sehr häufig betriebene absolute Selbstbeteiligung je Jahr nicht behandelt. Der Patient übernimmt bestimmte Kosten je Jahr. Nach meiner Meinung wirkt das anders.

Zur steuerlichen Abzugsfähigkeit von Krankenversicherungsprämien meinten Sie, sie wirke auch zugunsten der Einbeziehung kleinerer Risiken in die Versicherung. Das ist bei den derzeitigen Sonderausgaben-Höchstbeträgen in der Bundesrepublik Deutschland und der Entwicklung der Prämien nicht mehr der Fall. Ich habe eine hohe Selbstbeteiligung gewählt, weil die Krankenversicherungsprämien sonst so erheblich sind, daß sie steuerlich nicht mehr abzugsfähig sind.

Das Dritte ist die Frage der Entscheidungsteilung. Der Arzt entscheidet, zahlt nicht; der Patient entscheidet nicht, zahlt auch nicht; die Krankenkasse entscheidet nicht und zahlt. Wir sind uns einig, daß nichtsdestoweniger die Art des Krankenversicherungssystems sehr wesentlich ist und daß die Arbeitsteilung um so problematischer wird, je schlechter organisiert das Krankenversicherungssystem ist. Wir sind uns wahrscheinlich auch einig, daß das öffentliche Krankenversicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland am schlechtesten organisiert ist. Steuerliche Anreize zu vernünftigen Entscheidungen gibt es allenfalls bei der Privatversicherung.

Und schließlich sollten wir nochmals auf das Problem der vertikalen Integration eingehen, weil sich m. E. aus den Ausführungen von Herrn Kaufer neue Aspekte ergeben.

Kaufer: Wir haben keinen großen Dissens. Zunächst würde ich folgende Änderungen im Krankenversicherungssystem vorschlagen: Die steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge sollte ebenso beseitigt werden wie die Arbeitgeberbeiträge. Gestaffelt nach der individuellen Leistungsfähigkeit stelle ich mir vor, daß der Patient die ersten 2 000 oder 10 000 DM selbst zahlt. Alles, was darüber hinausgeht, zahlt die Krankenkasse. Das geht in die Richtung, die Sie nannten: daß Sie sich selbst versichert haben. Aber nur bei einem geringen Teil der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt sich das System in diese

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Richtung. Für den anderen Bereich gilt das, was ich mit römischer Zirkuspolitik bezeichnet habe, die Politik der Wahlgeschenke. Hier tendiert das System aufgrund der sozialpolitischen Intentionen in die andere Richtung.

Ein anderer Grund für den Kostenanstieg liegt darin, daß im Gesundheitssektor ein großer Teil der Produktionsmittel, wie z. B. die pflegerischen Leistungen, notwendigerweise künftig im Preis steigen werden, weil bei ihnen kaum Produktivitätsfortschritte auftreten. Das Medikament ist der einzige Produktionsfaktor, der künftig im Preis sinken kann, wenn man die Forschung dort nicht zerstört.

Meine These, daß die vertikale Integration in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird, möchte ich wie folgt begründen: Es wird zur Verlagerung von der Produktkonkurrenz auf die Konkurrenz mit dem Preis und damit auf die Konkurrenz auf der Basis der Herstellkosten kommen. Bisher spielt die Konkurrenz auf der Basis der Herstellkosten keine so große Rolle. Mit der Verlagerung auf das, was man den konventionellen Preiswettbewerb nennen könnte, wird der technische Fortschritt von der Produktkonkurrenz auf die Verfahrenskonkurrenz verlagert. Dann ist damit zu rechnen, daß erstens der skalenerhöhende Bias des technischen Fortschritts wirksam werden wird. Selbst wenn sich immer wieder technische Neuerungen ergeben, die die optimale Mindestbetriebsgröße reduzieren, wird es erfahrungsgemäß Mechanismen geben, die zu einer Ausweitung des Betriebsoptimums führen. Das hängt m. E. mit zwei Gründen zusammen: Zum einen verfügt die Technik — etwa im Maschinenbau oder in der Chemie — über ein inhärentes Anreizsystem, das den Techniker immer danach streben läßt, unabhängig von den ökonomischen Anreizen den — sagen wir — Geschwindigkeitsdurchlauf zu erhöhen oder die Arbeitsprozesse zu mechanisieren. Zum anderen führt nach aller Erfahrung die Ausweitung der Produktion auf ein höheres Niveau auch dazu, daß man verstärkt in die Vertikale geht. Wenn man einen bestimmten Anteil an einer Marktstufe hat, kommt immer das Problem, z. B. aus Sicherheitsgründen langfristige Lieferverträge zu verlangen. Das ist bereits eine Quasi-Integration. Eine Fusion mit dem Lieferanten ist vertikale Integration.

Lenel: Die Mehrheit der wissenschaftlich arbeitenden Sozialpolitiker ist inzwischen zu der Meinung gekommen, daß die Arbeitgeberbeiträge den ursprünglich beabsichtigten Zweck nicht mehr erfüllen, daß sie als Lohnbestandteile betrachtet werden. Würden die Arbeitgeberbeiträge beseitigt, hätte dies zur Folge, daß der Lohn steigt. Dabei kommt nichts heraus. Ich bin sehr dafür, die Arbeitgeberbeiträge zu beseitigen, weil das System transparenter wird und der Arbeitnehmer sieht, wieviel das im Grunde kostet. Ich bin aber nicht dafür, die steuerliche Abzugs-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

fähigkeit der Krankenversicherungsprämien ganz zu beseitigen. In einem progressiven Steuersystem ist es — nicht aus sozialpolitischen Gründen — angebracht, denjenigen, der sich versichert, in der Progression etwas zurückzunehmen. Aber das scheint mir nicht wesentlich zu sein. Bei der vertikalen Integration haben Sie wieder im wesentlichen von Größenvorteilen gesprochen. Meine These ist: Man kann nicht wissen, wie sich die Technik entwickelt. Die Prophezeiungen, die Technik werde sich in bestimmter Richtung zu weiteren Größenvorteilen entwickeln, haben sich immer wieder als falsch erwiesen. Ich behaupte keineswegs das Gegenteil, es werde keine Größenvorteile geben.

Im Grunde geht es m. E. immer noch um die Frage, warum die Größenvorteile — sollten sie tatsächlich vorhanden sein — nicht wahrgenommen werden. Man kann vielleicht sagen, sie sei implizit beantwortet worden, indem Sie gesagt haben, die pharmazeutische Industrie könne ihre Gewinne so schön aus Produktinnovationen machen, daß sie an Verfahrensinnovationen nicht mehr denkt. Ich weiß es nicht. Die Frage, die ich nicht beantworten kann, heißt: Gibt es denn bei der Verfahrenswahl mögliche Größenvorteile?

Oldiges: Herr Kaufer hat von der steuerlichen Subvention und auch von der Steuerfunktion, die von den steuerlichen Absetzmöglichkeiten ausgeht, gesprochen. Ich möchte die Gegenthese aufstellen und behaupten, davon geht überhaupt keine Wirkung aus, allenfalls bei so wenigen, daß wir das nicht als generelles Steuerungsinstrument ansehen dürfen. Hier ist eine staatliche Grundentscheidung gefallen. Es soll der Aufwand für den Krankenversicherungsschutz nicht aus dem versteuerten Einkommen gezahlt werden. Dafür gibt es unterschiedliche Mechanismen. Der Arbeitgeberanteil wird als Sonderausgabe abgesetzt. Nur sind die Sonderausgabenhöchstbeträge so gering, daß die Krankenversicherungsaufwendungen bei vielen gar nicht mehr darunterfallen, es sei denn, man hat keinen Vollversicherungsschutz, sondern nur einen Versicherungsschutz mit erheblichen Selbstbehalten.

Eindeutig ist, daß Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil Lohnkosten sind, die vom Unternehmer in den Preis einkalkuliert und damit auf den Verbraucher abgewälzt werden. Nur in der politischen Diskussion wird man, wie es gerade paßt, entweder den vollen Beitragssatz für die Krankenversicherung nennen oder jeweils nur den des Arbeitgeber- oder Arbeitnehmeranteils. Ökonomisch ist jedoch stets nur der Gesamtbeitragssatz relevant. Aus der Aufteilung ergibt sich daher m. E. keine steuernde Wirkung, wenigstens ist mir diese nicht deutlich. Sicherlich hat das Finanzierungssystem insgesamt steuernde Wirkung und Änderungen im Finanzierungssystem zur Folge. Beispielsweise könnte das heutige Abzugsverfahren aufgehoben werden. Jeder müßte den vollen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Beitrag aus dem Lohn oder aus dem Gehalt bezahlen. Damit würde sicherlich eine größere Beitragssatztransparenz geschaffen. Allerdings würden sich die Verwaltungskosten erheblich erhöhen. Ich wäre daher dankbar, wenn wirklich verdeutlicht werden könnte, inwiefern die Aufteilung in Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil eine steuerliche Wirkung hat.

Kaufer: Ich habe mit einer These begonnen, habe die These analysiert und aufgezeigt, wie es zu bestimmten Ergebnissen kommt. Sie stellen zu meiner Analyse eine Gegenthese auf. Das können Sie. Aber solange Sie ihre Gegenthese nicht analytisch begründen, weiß ich nicht, wie ich darauf eingehen soll.

Ich habe überprüft, ob bestimmte Instrumente geeignet sind, Ziele zu erreichen. Wenn Sie sagen, das Mittel ist eine staatliche Grundsatzentscheidung, dann ist dies Ihr Glaubenssatz, über den man nicht weiter diskutieren kann.

Zum Arbeitgeberbeitrag wäre noch hinzuzufügen, daß, wird dieser als Bestandteil des Lohnes nach Steuerabzug angesehen, durch dessen Beseitigung zunächst der Lohn erhöht wird. Dann steigt aber auch die steuerliche Belastung. Es ist ein entscheidender Unterschied, ob der Versicherte den Krankenkassenbeitrag aus seinem Nettoeinkommen nach Steuerabzug trägt oder ob er Lohnbestandteil vor Steuerabzug ist. Bei Beseitigung der steuerlichen Subvention würden die Gewerkschaften sicher fordern, daß mehr Lohn als der nominelle Betrag des Arbeitgeberbeitrages herauskommen muß; sie würden netto rechnen und die steuerliche Absetzbarkeit antizipieren wollen. Das würde einmal möglich sein und dann nicht mehr. Das beweist schon, daß eine Subvention vorliegt.

Oldiges: Ich komme noch einmal auf die steuerliche Subventionierung — das ist doch die Verbindungslinie — der Mittelaufbringung für die Krankenversicherung und den Einfluß auf die Nachfrage zurück. Die Höhe des Finanzierungsvolumens wird im wesentlichen durch den Umfang der Nachfrage bestimmt. Sie wird nicht bestimmt durch das Finanzierungssystem. Dabei will ich nicht verkennen, daß sich das Leistungsspektrum der Krankenversicherung laufend erweitert hat und man darüber nachdenken kann, ob für alle Leistungen dasselbe Finanzierungssystem gelten muß. Jedoch haben z. B. die private und die gesetzliche Krankenversicherung heute im wesentlichen den gleichen Leistungsbedarf gegenüber den Leistungserbringern zu finanzieren. Beide müssen versuchen, ihre Mittel von ihren Beitragszahlern zu bekommen. Darin sind die privaten wie die gesetzlichen Krankenversicherungsträger autonom. Im Ergebnis wälzt jeder die ihm entstehenden

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Kosten auf die Beitragszahler ab. Sowohl die privaten wie die gesetzlichen Krankenkassen können dieses offensichtlich letztlich ohne große Schwierigkeiten.

(*Kaufer:* Weil sie steuerlich subventioniert sind. Deshalb haben sie kein Interesse daran, irgendeine Grenze zu sehen!)

Ich glaube doch, daß sie eine Grenze sehen. Beispielsweise wird erwartet, daß die Leistungen, die angeboten werden, auch hinreichend effektiv sind. Im Moment erleben wir gerade insofern zum Teil lebhafte Kritik. In einer solchen Zeit sind Beitragssatzerhöhungen sicherlich schwieriger zu verwirklichen. Gerade von Arbeitgeberseite wird dieses Argument verstärkt vorgebracht. Eine Verbindung zwischen Subventionierung der Finanzierung und Steuerung des Leistungsbedarfs sehe ich jedoch nicht.

Langmann: Die Ausführungen von Herrn Kaufer geben die Situation richtig wieder. Ich möchte das am Beispiel der Schwarzarbeit erläutern. Es steht außer Frage, daß ein ganz erheblicher Teil der Schwarzarbeit nur deswegen als solche (und nicht als reguläre Arbeit) geleistet wird, um die Aufwendungen in Form nicht nur von Lohnsteuer, die man spart, sondern auch von Sozialversicherungsbeiträgen zu umgehen. Man zieht die Selbstversicherung diesen Zahlungen vor.

(Zuruf: Nicht nur!)

Nicht nur, aber im wesentlichen.

Ob und inwieweit eine Veränderung des Systems unmittelbar die Nachfrage beeinflussen wird, das sei im Moment einmal dahingestellt. Aber eines ist aus der betrieblichen Praxis her ganz sicher: Wenn sich die Beschäftigten mittels einer Abrechnung auf ihrem Lohnzettel wirklich darüber klar werden würden, was sie das System kostet, dann gäbe es einen Aufstand. Da es den Aufstand nicht geben darf, wird man das System nicht ändern.

Hoppmann: Die Analyse von Herrn Kaufer ist weitgehend zutreffend. Das Klischee, das die Dreiteilung in Zahler, Disponent (Arzt) und Patient (Verbraucher) die Ursache für die Misere sei, ist verfehlt. Das Problem liegt woanders.

Daß die Dreiteilung typisch sei für den Gesundheitsdienst, ist sicherlich ebenfalls nicht zutreffend, weil wir in vielen anderen Bereichen in Deutschland eine ähnliche Aufteilung haben. Auch Beamte wie ich als Institutsdirektor entscheiden über den Bücherkauf, die Studenten sind die Verbraucher, und die staatliche Verwaltung zahlt. Ich will es nicht weiter ausführen, das gibt es in vielen Bereichen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das Problem, das Herr Kaufer analysiert hat, scheint im Anreizsystem zu liegen. Das ist, Herr Oldiges, der entscheidende Punkt: Das Anreizsystem ist das Problem. Auf Ihre Frage an Herrn Kaufer, wie denn das System aussehen solle, legte er seine Vorstellungen dar. Daraus konnte der Eindruck entstehen, daß Herr Kaufer eine Art ideales Versicherungssystem vorführen wollte, was sicherlich nicht seine Absicht war. Aber der Eindruck könnte entstehen.

Diese Fragen werden auch in den USA seit einigen Jahren, vor allem in der letzten Zeit, sehr heftig und sehr intensiv diskutiert. Die Diskussion in den USA hat gegenüber der deutschen Diskussion den Vorteil, daß sie ziemlich frei von ideologischen Komponenten ist. In einer Diskussion dort könnte niemand sagen: Das ist eine staatliche Grundsatzentscheidung, davon gehen wir einmal aus. Diese ist vielmehr gerade das, was in Frage gestellt wird.

Einerseits geht es um die Problematik: Wie kann man die Anreizsysteme so setzen, daß die Steuerung etwas ökonomischer erfolgt? Andererseits geht es um die Komponente, die Sie, Herr Oldiges, mit Recht in den Vordergrund stellen, aber nicht so deutlich aussprechen: die soziale Komponente. Diese Komponente hat man auch in USA sehr weitgehend diskutiert. Sie waren dem Problem vorhin sehr nahe, als Sie sagten: Es ändert sich doch nichts, wenn man den Arbeitern den Lohn ganz auszahlt und er die Versicherungsbeiträge selber bezahlt. Das ist jedoch die große Frage, die man in USA diskutiert hat. Auch dort ist die Analyse von Herrn Kaufer weitgehend nicht bestritten worden. Dort geht es nicht so sehr um die Dreiteilung (Kasse/Arzt/Patient), sondern dort geht die Diskussion um die Anreizsysteme. Der Ansatzpunkt, den Herr Kaufer gewählt hat, ist das Versicherungssystem. Es geht um die Beantwortung der Frage: Wie soll und könnte ein Versicherungssystem aussehen, aus dem heraus die entsprechenden Anreize in die richtige Richtung wirken und das zugleich die soziale Komponente enthält? Ich darf dazu eine Bemerkung von Ihnen erwähnen, die das vielleicht deutlich macht. Sie haben gesagt, die Kassen könnten die Kosten, die auflaufen, ohne Schwierigkeiten abwälzen. Sie sprachen immer von der Nachfrage und meinten die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Aber wir sprachen doch von Versicherungen. Das war die Nachfrage nach Versicherungsleistungen. Daß die Kassen die Kosten ohne Schwierigkeiten abwälzen können, trifft gar nicht zu; sie haben schon Schwierigkeiten. Was Herr Langmann über die Schwarzarbeit sagte, trifft zu, wenn auch nicht in der Formulierung, die er wählte. Die Schwarzarbeit ist doch einfach die Verweigerung, die Abzüge zu bezahlen. Das ist das Problem. Die Kassen können nicht mehr ohne Schwierigkeiten abwälzen, weil der einzelne einfach ausweicht. Wenn die Kassen nicht mehr abwälzen können, wäre eine Lösungsmöglichkeit in Sicht. In den USA

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hat man auch im Bildungswesen die Frage diskutiert, wie man die Anreize richtig schaffen kann. Man hat sich sehr intensiv mit dem Voucher-System befaßt. Es besagt, daß man jedem Studenten die 50 000 DM, die er pro Semester an Kosten verursacht, als Gutschein in die Hand gibt. Er kann dann durch die Lande ziehen und den Gutschein bei der Universität in Zahlung geben, an der er den besten Unterricht bekommt. Was dann in den deutschen Universitäten geschehen würde, wage ich hier nicht zu schildern, weil ich insider bin. Dieses Gutscheinsystem ist nicht rein utopisch, sondern schon sehr weitgehend ausgearbeitet, auch für die Primarschulen und die Gymnasialstufen. In Amerika laufen auf einigen Gebieten bereits Experimente. (Gewisse Schwierigkeiten hat es im Zusammenhang mit der Rassenintegration gegeben; diese Frage löst sich jetzt aber besser.) Was wir bisher erfahren haben, entspricht eigentlich dem, was man prognostiziert hat.

Derselbe Gedanke ist nun auch eingebracht worden in die Diskussion über das Gesundheitswesen. Es handelt sich um folgendes Konzept: Jeder bekommt den Betrag — jetzt kommt die soziale Komponente —, den er bisher indirekt als Steuersubvention oder durch Subvention der Ortskrankenkasse oder wie auch immer vom Staat erhalten hat, als Gutschein in die Hand. Mit dem Gutschein kann er zu der gewünschten Krankenkasse gehen. Wir haben in den USA ein sehr breitgefächertes Angebot an Krankenkassen. Es gibt nicht nur ein einziges Krankenversicherungssystem — das ist die Ergänzung sozusagen —, sondern eine große Palette von verschiedenen Typen der Krankenversicherung. Ein junger Assistent mit berufstätiger Ehefrau wird sich etwa sagen, ich akzeptiere einen Selbstbehalt von 2 000 DM, für den Rest leiste ich mir eine billige Krankenversicherung und lebe gut. Ein anderer überlegt, ob er Volldeckung wählen soll. Ein Dritter wählt eine andere Möglichkeit. Es gibt verschiedene Systeme der Krankenversicherung. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen wird enorm sein. Dann wird es darauf ankommen, daß die einzelnen Krankenkassen günstig sind. Der Vergleich wird einigermaßen funktionieren, so hofft man. Wettbewerb ist dann gegeben.

Daraus ergibt sich ein sehr differenziertes System der Krankenversicherung. Dieses differenzierte System führt auf der nächsten Stufe des Angebots an Gesundheitsleistungen dazu, daß alle Anreize, von denen Herr Kaufer sprach, in dieser oder jener Form eintreten werden. Einerseits geschieht das über die Versicherung; zum Teil auch unmittelbar über den Konsumenten, der mit Selbstbehalt oder entsprechender Beteiligung versichert ist. Herr Lenel, Sie gehören zu den sechs Prozent, die so etwas heute noch machen. Alle anderen sind doch staatlich zwangsversichert. Dann werden es vielleicht noch 60 oder 70 Prozent sein, die via Krankenkasse wie bisher operieren. Dann dauert es, glaube

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

ich, auch nicht lange, bis alle die Wirkungen eintreten, von denen Herr Kaufer sprach, daß die Krankenhäuser künftig auch zeigen müssen, was sie eigentlich leisten. Diesen Vorschlag, der zur Zeit in USA ernsthaft diskutiert wird, wollte ich ganz grob vorgeführt haben, ohne die vielen Details und Probleme, die damit im Zusammenhang stehen, näher zu erläutern. Die Analyse von Herrn Kaufer, als einigermaßen zutreffend vorausgesetzt, würde den Lösungsversuch nahelegen, nicht *ein ideales* Krankenversicherungssystem, sondern Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherungen zu schaffen, wobei *verschiedene* Systeme miteinander konkurrieren. Innerhalb der verschiedenen Systeme werden verschiedene Unternehmungen miteinander konkurrieren. Soweit die ökonomische Komponente. Was die soziale Komponente angeht, da soll jeder seinen Gutschein erhalten. Dann gibt es immer noch nicht versicherbare Risiken, den Bodensatz. Dort kann man dann das machen, was man bisher immer schon tat. Irgendwo ist eine Schwelle, ganz unten, wo der Staat eben immer helfen muß.

Röper: Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, auch die schlechtesten Risiken anzunehmen; und die fallen ins Gewicht. Zum Beispiel können die Kosten für einen Bluter bis zu 10 - 12 Mill. DM im Jahr betragen. Im Durchschnitt wird mit Kosten in Höhe von 200 000 DM pro Jahr und Fall gerechnet. Jede private Krankenversicherung würde mit allen Mitteln anstreben, solche Patienten auszuschließen. Das Problem ist mithin, daß sich bei den gesetzlichen Krankenversicherungen schlechte Risiken konzentrieren. Alle guten Risiken bleiben bei den Privatversicherungen.

Hamm: Herr Kaufer, Sie hatten Ihre vier Punkte zunächst für die Privatversicherten entwickelt. Sie haben das dann auf die Sozialversicherung übertragen. Wenn man überlegt, daß bei Privatversicherten in sehr vielen Fällen der Arbeitszeitausfall eine erhebliche Rolle spielt — ich denke an Selbständige —, so ist fraglich, ob unter all diesen Umständen die vier Punkte, die Sie erwähnt haben, nämlich die Tendenz zur verschwenderischen Ausweitung der Ausgaben, Preiserhöhungen, Ausweitung der Therapie in Randgebiete und ähnliches in dieser Form tatsächlich für die Privatversicherten zutreffen. Ich erinnere mich an Gespräche mit niedergelassenen Ärzten, denen ich üblicherweise die Frage stelle: Wie ist eigentlich das Verhältnis Ihrer Inanspruchnahme durch Pflichtversicherte und Privatversicherte? Regelmäßig bekomme ich die Antwort: Bei den Pflichtversicherten doppelt und dreimal so häufige Inanspruchnahme wie bei den Privatversicherten.

Das scheint mir darauf hinzudeuten, daß die bisher realisierten Anreizsysteme in der Privatversicherung doch wirken und daß in dieser Richtung auch Überlegungen hinsichtlich der Reform der Pflichtversiche-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

rung einsetzen müßten. Ich meine, daß zumindest in Ansätzen — man kann darüber streiten, in welchem Umfang — die Konstruktion der Privatversicherung dahin führt, daß eine Ausweitung der Kosten im Gesundheitssystem in Grenzen gehalten wird. Das würde bedeuten, daß man die vier Punkte von Herrn Kaufer in erster Linie für die Pflichtversicherung anführen müßte und erst in weit abgeschwächterem Maße für die Privatversicherten.

Es scheint mir wichtig, daß die Ausweitung des Leistungskatalogs nicht nur als eine Funktion der politischen Wünsche nach Wahlgeschenken anzusehen ist. Die Sozialgerichte spielen hier eine ganz entscheidende Rolle. In der Schweiz, in der Referendumsdemokratie herrscht und in der das Volk als Souverän abstimmen muß, welche Leistungsverbesserungen eingeführt werden oder nicht, spielt neuerdings aufgrund der Zahnbehandlungen die Tendenz zur Ausweitung in der Pflichtversicherung eine ganz erhebliche Rolle. Nicht deswegen, weil der Souverän das so entscheidet, sondern weil die Sozialversicherungen sagen, das muß in die durch die Pflichtversicherung gedeckten Risiken aufgenommen werden.

Herr Hoppmann, ich meine, die gesetzliche Krankenversicherung könnte durchaus auch in dem Sinne weiterentwickelt werden, daß Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Tarifen zugelassen werden. Warum sollen die Pflichtversicherten eigentlich eine Einheitsversicherungsmöglichkeit vorgesetzt bekommen, die dann durch Wahlgeschenke und ähnliches übermäßig verteuert wird? Warum sollen sie nicht entscheiden können, ob sie bestimmte Risiken beispielsweise selbst übernehmen? Das wäre meiner Ansicht nach eine auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durchaus zu realisierende Möglichkeit.

Pohmer: Die provozierenden Thesen von Herrn Kaufer haben mir sehr gefallen. Aber sie sind in einigen Punkten im Interesse der Sache ein wenig überspitzt formuliert. Mir kommt es darauf an, teilweise vielleicht noch etwas radikaler als er zu votieren, im übrigen aber einiges ein wenig zurechtzurücken.

Erster Punkt: Für mich ist es unbegreiflich, warum man Gesundheit als ein besonderes Gut ansieht. Genauso könnten wir sagen: Wenn wir nicht essen, verhungern wir. Weil das Leben das höchste Gut ist, müßte man dann logischerweise für alle Bürger zunächst einmal ein Mindestmaß an Ernährung vom Staat kollektiv zur Verfügung stellen. Dies geschieht aber nicht; denn es geht nicht um Leben oder Gesundheit. In der Tat ist die Verzerrung der Präferenzstruktur das wirkliche Problem, wie es dem Ansatz des Vortrages entspricht, dem ich im Prinzip voll zustimme.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Es ist mir unverständlich, warum man dem „mündigen Bürger" nicht zutraut, gewisse Risiken abzuschätzen und sich entsprechend zu verhalten. Es ist an der Zeit, das Sozialversicherungssystem zu überdenken. Der Wissenschaftliche Beitrat beim Bundesfinanzministerium hat zur Rentenversicherung schon einmal ein sehr revolutionäres Modell erwogen, nämlich die Zwangsversicherung abzuschaffen und nur das Existenzminimum zu sichern. Das scheitert jedoch an den alten Rechten; denn jede Umstellung hängt von der Finanzierung der alten Lasten ab. Das wäre auch bei der Krankenversicherung ähnlich. Wenn Sie in eine private Krankenversicherung mit 55, 60 Jahren oder vielleicht in noch höherem Alter einsteigen müssen, ist das mit Risikozuschlägen verbunden, die dem Betroffenen nicht zuzumuten sind. Insoweit muß man die alte Last kollektiv abdecken, und das ist kaum zu finanzieren. Wer ein bestimmtes Alter überschritten hat oder von irgendwelchen Leiden schon in der Jugend geplagt wird, ist heute praktisch in der Privatversicherung nicht mehr zu vernünftigen Bedingungen versicherbar. Deshalb wird jede Reform der Sozialversicherung an diesem Problem scheitern.

Trotzdem sollte man darüber nachdenken, ob und wie man in Teilschritten längerfristig von dem System wegkommt, anstatt immer mehr Leute zwangszuversichern und damit den Kreis der Pflichtmitglieder weiter zu vergrößern.

Zweiter Punkt: In erster Linie wird die Darstellung von Herrn Kaufer die gesetzliche Versicherung betreffen. Sie gilt — da stimme ich ihm zu — sicherlich eingeschränkt auch für die Privatversicherung. Aber das Patienteninteresse kann bei der Privatversicherung mobilisiert werden. Wir kennen das System der Beitragsrückerstattungen. Es besteht insoweit ein gewisser Leistungsanreiz für den Versicherten, Bagatellschäden selbst zu tragen. Möglicherweise ließe sich dieser verstärken. Zur Zeit funktioniert dieses System nicht, weil die Bagatellgrenzen bei allen Versicherungen so niedrig angesetzt sind, daß die Beitragsrückerstattungen nur unzulängliche Anreize bieten, auf die Versicherungsleistungen zu verzichten.

Ich möchte davor warnen, das Kind mit dem Bade auszuschütten und zu sagen: Eine Versicherung ist nur mit einem bestimmten Mindestselbstbehalt möglich. Die Präferenzstruktur des Bürgers sollte auch hier entscheiden. Das amerikanische System läßt ja die Wahl, das Risiko voll abzudecken oder einen Selbstbehalt zu belassen. Ich würde mich energisch dagegen wehren, jede private Krankenversicherung zu verbieten, die nicht einen gewissen Selbstbehalt vorsieht.

Dritter Punkt: Ich halte es für legitim, den Appell an den mündigen Bürger, Selbstvorsorge zu betreiben, durch steuerliche Anreize zu unter-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stützen, zumal das Präferenzsystem in bezug auf Selbstversicherung und Fremdversicherung schon aus anderen Gründen durch die Besteuerung verzerrt ist. Man darf nämlich auch hier die Dinge nicht nur von der Marktseite her sehen, sondern muß berücksichtigen, daß der Steuerzahler die Mittel für die Uneinsichtigen aufbringen muß, die sich nicht versichert haben und in Not geraten sind. Gerade wenn man die Eigenverantwortlichkeit fördert, kann man denjenigen, der keine Selbstvorsorge betrieben hat, nicht einfach dem Tode preisgeben. Deshalb muß bei einer Einschränkung oder Abschaffung der sozialen Krankenversicherung das Netz der Sozialhilfe verbreitert werden. Die Mehrbelastung muß dann der Steuerzahler finanzieren. Insofern erscheint es mir gerechtfertigt, durch Steuervorteile auch Leistungsanreize für die Selbstvorsorge zu setzen.

Vierter Punkt: Der Referent hat meiner Ansicht nach mit Recht darauf hingewiesen, daß nicht das Dreiecksverhältnis Arzt/Patient/Krankenkasse, sondern die Präferenzverzerrung beim Patienten bzw. Versicherten für die Misere in der Sozialversicherung entscheidend ist. Im Bereich der ärztlichen Leistungen haben wir aus Standesgesichtspunkten, aus historischen Gepflogenheiten und aus dem Honorierungssystem ohnehin keine marktwirtschaftlichen Verhaltensweisen. Da es auch bei der Medikation nicht um die eigenen Interessen der Ärzte geht, haben sie für ökonomisches Verhalten bei der Verschreibung gegenüber dem Patienten ihrerseits keine Motivation. Der Arzt ist eigentlich kein Agent des Patienten. Die Aufgabe des Honorierungssystems besteht nicht darin, ökonomische Leistungsanreize für die Verordnung von Heilmitteln zu setzen, ganz abgesehen davon, daß die Gebührenordnung den Ärzten große Spielräume bietet. In der Regel findet zwischen Arzt und Patient keine Preisverhandlung statt, obwohl sie theoretisch zulässig wäre. Jeder Patient hat aber heute Hemmungen zu sagen: „Berechnen Sie zweifach, dreifach, fünffach oder gehen Sie an die Obergrenze" (es geht ja bis zu zehnfach).

Es müßte sich vieles an den Gepflogenheiten zwischen Arzt und Patient ändern, wenn ein (stärkeres) ökonomisches Interesse geweckt werden soll.

Ein letzter Punkt: Ich habe das Gefühl, daß wir uns mit der Diskussion von unserem eigentlichen Problem, der Pharmaindustrie und dem Pharmamarkt, ein wenig entfernt haben.

Langmann: Für den Therapieeffekt, sei es die ärztliche Handlung, sei es das Medikament, ist von Bedeutung, ob der Behandelte zur Zahlung beiträgt oder nicht. Es steht außer Frage — auch wenn das vielleicht naturwissenschaftlich nicht einleuchtet —, daß eine Leistung, zu der ich etwas beitragen muß, wirksamer ist als eine, zu der ich nichts

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

beitragen muß. Das Nicht-Zahlen kann sogar der Heilung entgegenwirken. Auch hierin steckt eine ökonomische Komponente, die zu beachten ist.

Eine zweite Bemerkung: Es wird immer extreme Krankheitsfälle geben. Aber die entscheidende Frage ist, ob das Versicherungssystem auf die Extremfälle ausgerichtet wird oder ob die Extremfälle unter sozialen Aspekten gesondert geregelt werden sollen und im übrigen das System kostensparend ausgelegt wird.

Der Hauptaspekt dieser Debatte sollte eigentlich die pharmazeutische Industrie sein. Aber auch die Standardisierung der ärztlichen Leistung und Behandlung ist von Bedeutung. Bezahlt werden Standardleistungen. Solange die einzelne Behandlung durch den praktischen Arzt pro Krankenschein bezahlt wird, vereinfacht ausgedrückt, hat dies entsprechende Konsequenzen für die Arzneimittel. Hier gibt es eine Koppelung. Wenn die Mühe, die der Arzt im Sinne von Herrn Kaufer dem Patienten — als „Agent für seine Gesundheit" — zuwenden muß, die Intensität der Beratung nicht honoriert wird, solange wird es für die Arzneimittel auch entsprechende negative Konsequenzen haben.

Kaufer: Das Kostendämpfungsgesetz ist eine Reaktion auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wo fängt das Kostendämpfungsgesetz an, Kosten zu dämpfen? Ich will es pointiert sagen: bei dem einzigen Produktionsfaktor, der künftig im Preis sinken kann, nämlich beim Arzneimittel, und zwar z. B. durch die Rezeptgebühr. In anderen Bereichen wird das System in seiner Perversität sogar noch verstärkt, weil eine Steuerung nur nach Globalzuweisungen und Durchschnittskosten erfolgt, obwohl diese ökonomisch schon immer das falsche Steuerungsinstrument gewesen sind.

Daß die Nachfragesteuerung in der Realität noch viel komplexer ist als wir sie bisher darstellen konnten, zeigt auch folgendes Beispiel: Als in den USA Medicare und Medicaid eingeführt wurden, wurde es für den Arzt attraktiv, auch nicht zahlungskräftige Privatpatienten zu behandeln. Daraufhin haben sich die Wartezimmer gefüllt. Dann ging aber schlagartig die Nachfrage der zahlungskräftigen Privatpatienten zurück, deren Hauptkosten die Zeitkosten sind. Sie verzichten darauf nachzufragen, weil die Rationierung in einem solchen System nicht mehr über den Preis, sondern über Zeitkosten erfolgt.

Der Hinweis auf die Sozialgerichte ist für mich sehr wichtig. Bezüglich der verschiedenen Tarife möchte ich darauf hinweisen, daß wir bisher noch nicht über das Verursacherprinzip gesprochen haben. Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages wird nicht am Lebenswandel ausgerichtet. Ein Versicherter, der ungesund lebt, zahlt die gleiche Prämie wie einer, der weniger riskant lebt. Das ist sicher auch wichtig.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Insbesondere die Pflichtversicherungen sind eine — das meine ich durchaus nicht polemisch — starke Machtgruppe. Der normale Etat des Finanzministers sieht bescheiden aus gegenüber der Geldmenge, die im gesetzlichen Krankenversicherungssystem steckt. Sobald eine solche Macht eine große Rolle spielt, kann man sicher sein, daß diese Gruppen mit dem öffentlichen Interesse argumentieren. Hinzuweisen ist auf die Erfahrungen mit public regulation. Die Industrien, die in den USA der öffentlichen Regelung unterstellt worden sind, haben immer erst dann das öffentliche Interesse entdeckt, als es ihnen schlecht ging. Vorher haben z. B. die Eisenbahnen nicht darauf hingewiesen, daß sie im öffentlichen Interesse fahren. Sie haben einander Konkurrenz gemacht; das nannten sie ruinös. Dann haben sie das öffentliche Interesse entdeckt. Bei Argumentationen mit dem öffentlichen Interesse bin ich grundsätzlich skeptisch, was nicht heißen soll, daß ich dies nicht akzeptieren würde. Aber es läßt sich ein schon fast merkwürdiger Mechanismus im wirtschaftlichen Leben feststellen, daß immer dann, wenn es einer Gruppe schlecht geht oder wenn man ihr Macht wegnehmen will, das öffentliche Interesse vorgebracht wird, obwohl es nichts damit zu tun hat.

Bezüglich der Funktion des Arztes als Agent glaube ich, daß das deshalb ein Problem ist, weil wir hier jahrhundertelang gewachsene Traditionen haben. Daran ist nicht viel zu ändern. Es hat aber auch mit der Frage zu tun, ob der Output eines Arztes oder eines Krankenhauses definiert wird. Mir ist in der Intensivmedizin bekannt, daß seit der Kürzung finanzieller Mittel begonnen wird, den Output zu definieren. So sind Mediziner mit viel Forschungsaufwand in der Lage festzustellen, ob z. B. ein mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingelieferter Patient bei Auftreten zusätzlicher Komplikationen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu retten ist oder nicht. Dies ist letztlich bereits eine Messung von Erfolgschancen. Bei Arzneimitteln ist z. B. der doppelte Blindversuch die Möglichkeit einer Output-Messung.

Lenel: Die Glaubensartikel — so hat sie Herr Kaufer genannt — sind ein Krebsschaden der deutschen Sozialpolitik. Wenn wir von diesen Glaubensartikeln nicht wegkommen, wenn wir nicht nüchtern analysieren, dann wird die Misere der Kranken- und der Rentenversicherung nicht zu beheben sein.

Als Ergänzung zum Glaubensbekenntnis: Es wäre sehr wichtig, wenn man uns über die Gründe aufklären könnte, warum eigentlich die Selbstbeteiligung nicht eingeführt werden sollte, denn nach meiner Meinung gehört die These, die Selbstbeteiligung sei unsozial, zu den Glaubensbekenntnissen. Ich will Ihnen gestehen, ich habe das bisher noch nicht verstanden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Nach Herrn Oldiges würde die Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge und der Arbeitnehmerbeiträge über den Preis abgewälzt. Das halte ich schlicht für unrichtig. Die Misere vieler mittelständischer Unternehmen liegt darin, daß sie es eben nicht abwälzen können, zumal wenn sie exportabhängig sind. So einfach lassen sich Lohnkostenerhöhungen nicht weiterwälzen.

Ein weiterer Punkt der Glaubensartikel ist: Warum müssen eigentlich Sozialabgaben einkommensabhängig sein? Die Mehrzahl der Schwarzarbeiter arbeitet auch offiziell. Versicherungsmathematisch kalkuliert würde die Schwarzarbeit keine Erhöhung der Beiträge bedingen. Nur wegen des deutschen Systems ist die Schwarzarbeit auch insofern interessant.

Die schlechten Risiken sind, soweit es sozial nicht tragbare Risiken sind, eben außerhalb der Sozialversicherung abzudecken. Das ist kein Grund, das bisherige System beizubehalten. Ähnliches meine ich auch für die alte Last. Da könnte man nicht nur schrittweise vorgehen, wie Herr Pohmer mit Recht gesagt hat, sondern könnte auch sagen: Die alte Last wird ganz oder zum Teil aus Steuermitteln abgedeckt. Damit wäre dieses Problem vom Tisch.

(*Röper:* Wissen Sie, was dies für die Steuerquote bedeuten würde, Herr Lenel?)

Einen ganz erheblichen Batzen. Deswegen haben Sie mit Recht „schrittweise" gesagt. Auf einmal kann man das nicht.

(*Hoppmann:* Das ist ein neuer Lastenausgleich!)

Woll: Wir sehen immer nur, was noch existiert, nicht aber, was nicht mehr existiert und unter einem bestimmten System nicht mehr existieren kann. Die Tatsache, daß es bestimmte Arten von Industrie oder von Beschäftigten nicht mehr gibt, führe ich auch auf unser Sozial- und Steuersystem zurück. Viele sind nur potentielle Arbeitgeber. Unter dem gegenwärtigen sozialen Sicherungs- und Steuersystem können sie es sich nicht leisten, Arbeitnehmer einzustellen. Als einen früher sehr verbreiteten Beruf erwähne ich den der Hausangestellten. Hier ist in der Regel, Herr Oldiges, eine Überwälzung schon deswegen nicht möglich, weil Hausangestellte aus dem Einkommen nach Steuerabzug bezahlt werden müssen.

Noch eine Bemerkung zu Herrn Hamm: Er wies zutreffend darauf hin, Sozialgerichte würden bestimmte Entwicklungen vorzeichnen, ohne daß der Souverän eingeschaltet sei. Ich halte den Souverän für den Hauptschuldigen, weil er rechtspolitisch zuviel Spielraum in seinen Gesetzen läßt. Das trifft nicht nur für den Bereich der Sozialgesetzgebung, sondern auch für die sonstigen Rechtsgebiete zu. Gesetze werden häufig

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

derartig schludrig gemacht, daß den Gerichten kaum anderes übrig bleibt, als die Lücken durch Rechtsprechung zu füllen. Sie betreiben dadurch in einem erheblichen Umfang Rechtspolitik, somit auch Wirtschafts- und Sozialpolitik, was ich für einen äußerst bedenklichen Zustand halte.

Herr Kaufer hat — unterstützt von Herrn Hoppmann — seine These etwas abgeschwächt, was mißverstanden werden könnte. Hier gibt es keinen wesentlichen Dissens zwischen Herrn Kaufer, Herrn Hoppmann und mir. Ich würde allerdings die Akzente etwas anders setzen. Wenn wir Güter, die hierzulande weitgehend kollektiv angeboten werden, uns als individuelles Angebot vorstellen, erhielten wir andere Marktergebnisse, als wir sie in der Bundesrepublik Deutschland tatsächlich antreffen. Ein Vergleich mit anderen Ländern belegt diese Aussage. Allerdings können wir nirgends einen funktionierenden Markt beobachten, auf dem die Anbieter eines Gutes die Nachfrage mißachten, die Nachfrager nicht zahlen und die Zahler nicht kontrollieren. Herr Hoppmann und Herr Kaufer haben gesagt: das kann funktionieren. Theoretisch wäre das möglich. Aber wenn man diese Marktkonstellation beibehält, bleibt zu überlegen, wie Anreizsysteme aussehen sollen. Ich bin aus eigener Erfahrung der Meinung, Herr Hoppmann, bei der öffentlichen Bildung klappt es nicht. Es mag in Sonderfällen funktionieren; deswegen ist Ihr Beispiel typisch, in dem Sie dem Haushaltsrecht unterliegen, wie in dem erwähnten Fall der Buchbeschaffung.

(*Hoppmann:* Das Gutschein-System betrifft nicht nur öffentliche, es wird auch auf private Schulen angewandt!)

Sie sagten, das System funktioniert, wenn Sie als Seminardirektor Bücher bestellen. Der Rechnungshof wird es Ihnen schon beibringen, wenn Sie Mittel falsch verwenden. Was wir tatsächlich meinen, funktioniert nicht, d'accord! Es funktioniert nicht im öffentlichen Gesundheitssystem, nicht bei der sozialen Sicherheit. Es funktioniert auch auf vielen anderen Gebieten nicht. Die alternative Lösung ist die Rückkehr zu einer privaten Nachfrage, bei der Leistung und Gegenleistung in einem entsprechenden Verhältnis stehen. Das war nicht das Thema von Herrn Kaufer, weil in der von ihm untersuchten Realität zwischen Nachfrager und Anbieter die Versicherungen eingeschaltet sind.

Ich kann mir jedoch vorstellen, daß die Leistungen der Versicherungen bei vielen keine Rolle spielen, weil sie in der Lage und bereit sind, das Versicherungsrisiko selbst zu tragen. Ich wollte auf diesen Punkt aufmerksam machen, weil ich mir ökonomische Lösungen denken kann, aber ohne eine Versicherung bei diesem Gut.

Beim Voucher-System wird die eigentlich ökonomische Alternative leicht vergessen. Nehmen wir einmal als Gut die Bildung. Nach meiner

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Auffassung ist die Lösung das Abgehen vom öffentlichen Monopol, nicht das Voucher-System. Ich könnte mir vorstellen, daß diese Überlegungen zu kollektiv angebotenen Gütern auch für das Gesundheitswesen gelten.

Im Ergebnis stimme ich Herrn Kaufer gleichwohl zu. Diejenigen, die eine andere Auffassung vortrugen, haben zu deren Begründung bisher nichts gesagt. Es ist wiederholt gesagt worden, die pharmazeutische Industrie habe Spezifika, die sie von anderen deutlich abheben. Bisher vermag auch ich nicht zu sehen, daß es Besonderheiten gibt, die uns im Hinblick auf die Politik, die für die Gesundheitsindustrie zu betreiben wäre, zu einer generell anderen Einstellung nötigen.

Tiefenbacher: Wiederholt wurde auf die Unterschiede zwischen den Versicherungssystemen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland hingewiesen. Bei uns und in allen übrigen europäischen Ländern sind über 90 Prozent der Bevölkerung Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. In den USA sind es dagegen nur etwa 15 Prozent. 85 Prozent der Bevölkerung können dort frei wählen zwischen den Angeboten des privaten Versicherungsgewerbes, der Gruppenversicherung der Arbeitgeber, dem sogenannten Blue Cross und Blue Shield usw. Der Versicherte kann seinen Selbstbehalt selber bestimmen. Er wird weder, wie vorhin erwähnt, steuerlich begünstigt noch vom Staat subventioniert. Trotz dieser Unterschiede zwischen USA und Europa muß man feststellen, daß sich weder das Angebot an Gesundheitsleistungen noch ihre Inanspruchnahme quantitativ und qualitativ voneinander unterscheiden. Wie ist dies zu erklären? Wenn all das zutrifft, was soeben erwähnt wurde, müßten signifikante Unterschiede bestehen, sei es in Fragen der Preisbildung der Arzneimittelindustrie, sei es bezüglich der Konkurrenz innerhalb der Arzneimittelindustrie, sei es in der Konkurrenz zwischen Ärzten und Krankenhäusern, der Verweildauer in Krankenhäusern, den Ausgaben für Gesundheit in Prozent vom Bruttosozialprodukt usw. Die Verhältnisse liegen in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland aber ziemlich gleich.

Lenel: Ich bin kein Sachverständiger des amerikanischen Gesundheitswesens. Soweit ich orientiert bin, sagen die amerikanischen Kollegen, daß die Explosion der Gesundheitskosten in den Vereinigten Staaten zusammenfällt mit der erheblichen Möglichkeit, steuerliche Abzüge geltend zu machen. Gerade das wird von den amerikanischen Kollegen stark angegriffen. Zwar findet auch in den USA eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen statt, doch liegen m. E. die Ursachen in anderen Bereichen.

Langmann: Ich muß Herrn Tiefenbacher berichtigen: Die Verweildauer in amerikanischen Krankenhäusern ist signifikant niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Oldiges: Der Vergleich ausländischer Systeme mit unserem wäre ein abendfüllendes Thema. Wir haben in vielen Fällen versucht, von den Ausländern zu lernen. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, daß die Krankenversicherungssysteme in allen Ländern meistens eine lange historische Entwicklung haben und jeweils auf ganz bestimmten gesellschaftlichen Situationen und Verhältnissen aufbauen. Man weiß daher manchmal nicht so recht, ob das jeweilige Land im Vergleich zu unserer sozialen Absicherung noch einen Nachholbedarf hat oder bereits eine noch effektivere und effizientere Versorgung gewährleistet. Hat z. B. die USA einen Nachholbedarf oder ist dieses Land fortschrittlich? Aus mancher Äußerung könnte man entnehmen, dort sei alles bereits sehr fortschrittlich. Andererseits hören wir beispielsweise, daß dort Vorschläge für viel radikalere Systeme als die bei uns praktizierten auf dem Tisch liegen. Man braucht nur den Kennedy-Vorschlag zu nehmen, nach dem in den USA ein volles staatliches Versicherungssystem eingeführt werden sollte. Er war der Ansicht, daß die privaten Systeme wie auch Medicare und Medicaid völlig unzureichend und in der Steuerungsfunktion völlig verfehlt seien. Die Überlegungen gehen jetzt wieder — was interessant ist — mehr zu Lösungen in privatrechtlicher Form.

Sicherlich haben wir in amerikanischen Krankenhäusern kürzere Verweildauern, was aber systembedingt sein dürfte. So gibt es dort z. B. den angestellten Krankenhausarzt nicht. Der niedergelassene Arzt praktiziert dort im Krankenhaus. Er hat somit kein Interesse daran, seine Patienten lange im Krankenhaus liegen zu lassen. Weiterhin sind die privaten Versicherungssysteme so ausgelegt, daß der Versicherungsschutz nur für jeweils fest definierte Leistungen gilt, z. B. werden Leistungen für die Entfernung eines Blinddarmes nur für drei Tage gewährt, die Geburt ist nur für zwei Tage versichert usw. All das ist auch umgehbar, nur macht die Statistik dies dann nicht deutlich. Wenn z. B. Versicherungsschutz nur für drei Tage besteht, kann man durchaus auch mehrfach drei Tage hintereinander hängen. Dadurch ergibt sich statistisch eine kurze Verweildauer, die Behandlungsdauer ist jedoch erheblich länger. Man hört, daß dies in den USA in nicht wenigen Fällen praktiziert werden soll.

Man muß sich bei jedem Versicherungssystem offensichtlich jeweils auch der Rahmenbedingungen und gewisser Umgehungspraktiken bewußt sein. Wir führen bei uns ja durchaus auch eine Diskussion, ob neue Anreizsysteme für mehr Wirtschaftlichkeit geschaffen werden müssen und wie Umgehungs- oder Vermeidungsmöglichkeiten eingegrenzt werden können. Das geht meistens in Systemvergleiche nicht ein.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Für mich ist es bedrückend, daß ein Staat wie die USA auch heute noch Filme dreht und in die Welt schickt, in denen Schicksale gezeigt werden, in denen das Krankheitsrisiko und das damit verbundene finanzielle Risiko eine Existenzgefährdung bedeuten können. Das haben wir in der Bundesrepublik Deutschland überwunden, vielleicht hier und da mit einer etwas überzogenen sozialen Komponente. Ich will das gar nicht abtun. Aber auch das muß man sehen, wenn Systeme verglichen werden.

Kaufer: Bezieht man die Reprivatisierung der Nachfrage auf die Diskussion in den USA, so wird gerade von den Gesundheitsökonomen vorgeschlagen, die steuerliche Begünstigung — sie muß also auch in den USA existieren — zu beseitigen. Es wird besonderer Wert darauf gelegt zu verhindern, daß der Versicherte ausweicht und sich gegen die kleinen Risiken über die Krankenkasse versichert. Als Barriere dagegen müßte die steuerliche Absetzbarkeit beseitigt werden. Dann würde es auf Dauer nicht mehr lohnen, sich gegen kleine Risiken zu versichern. Erreichbar wäre dies eventuell am besten mit dem Selbstbehalt.

Die Kostensteigerung rührt aber auch daher, daß Übernachfrage bei den kleinen Risiken besteht. Hier wäre der Preis als Rationierungsinstrument einzusetzen.

In den USA ist nicht ein respektabler Gesundheitsökonom zu finden, der ein Plädoyer für die von Kennedy und anderen anvisierte Lösung der Krankenversicherung hält. Daß die Politiker das wollen, ist das Phänomen. Über die Möglichkeiten, einen so mächtigen Mann wie Kennedy zu beeinflussen, gebe ich mich keinen Illusionen hin. Man weiß zum Beispiel, um das zu charakterisieren, daß Kennedy bei den Hearings, die sich mit der Food- und Drug-Administration beschäftigen, seine Pressemappe fertig hatte und an die Presse verteilte, eher der Chief Commissioner der Food and Drug überhaupt gehört worden war.

Herr Oldiges hat die sozialpolitische Komponente noch einmal betont. Ich möchte darauf hinweisen: Man könnte sie auch mit negativer Einkommensteuer und anderem erreichen. Wenn man Krankenversicherungssysteme vergleicht, scheint in der Bundesrepublik Deutschland, gemessen an groben Output-Indikatoren, nicht viel herauszukommen. Zum Beispiel ist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland, international unter den zivilisierten Nationen, noch sehr hoch. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in den USA höher als in der Bundesrepublik Deutschland. Hier werden zwar große Summen pro Kopf angegeben, aber andere Länder, die weniger ausgeben, scheinen — nach solchen Indikatoren — größere Erfolge zu haben. Es sind meistens Länder, in denen verstärkt private Incentives eingesetzt werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

2.3 Edwin E. Buchholz: Welche Macht haben die gesetzlichen Krankenkassen auf dem Arzneimittelmarkt?

Die vorhergehende Diskussion war für einen Sozialpolitiker hochinteressant. Er wird sie unter Sozialpolitikern so entweder gar nicht oder höchst selten erleben. Hier wurde eine Reihe von Komponenten angesprochen, die Ökonomen sehr wohl anstehen, die unter Sozialpolitikern aber völlig außer Gebrauch gekommen sind.

(Einwand Lenel)

Ich wollte das nicht nur werten, Herr Lenel, sondern bin der Meinung, sozialpolitische Ordnungsdiskussionen haben in diesem Lande kaum stattgefunden. Dies hier war eine, sie war von hohem Range. Es ist nur schade, daß die Sozialpolitiker dabei kaum vertreten waren.

Unsere Wissenschaft hat sich von jeher mit dem Phänomen Macht, insbesondere mit *Marktmacht,* schwergetan. Da helfen auch tröstende Blicke auf Nachbardisziplinen wie die Rechtswissenschaft wenig weiter. Als Eugen von Böhm-Bawerk seine berühmt gewordene Frage nach Macht oder ökonomischem Gesetz stellte, hatte er sicher nicht den Arzneimittelmarkt vor Augen; denn es wird im folgenden deutlich werden, daß selbst derjenige, der Böhm-Bawerks Frage nach Macht *und* ökonomischem Gesetz modifiziert, der Realität auf dem Arzneimittelmarkt nicht gerecht zu werden vermag. Denn neben fraglos vorhandenen Machteinflüssen und immer noch wirksamen Marktmechanismen im Arzneimittelmarkt bestimmen im hohen Maße institutionalisierte und bürokratisierte Faktoren das Geschehen auf dem Arzneimittelmarkt in beträchtlichem Ausmaß. Das hat unter anderem zu tun mit dem Verteilersystem, mit dem Gesundheitssystem, seiner Arbeitsteilung, der Zersplitterung originär geschlossener Funktionsbündel in Teilbereiche und vielem anderen mehr.

In den letzten 350 Jahren scheint sich an der begrifflichen Bestimmung von Marktmacht nicht viel geändert zu haben, wie H. Albach 1978 in einem Beitrag zur Messung von Marktmacht und ihres Mißbrauchs feststellt[1]. Der Scholastiker Leonardo Lessius benutzte 1621

[1] *H. Albach,* Zur Messung von Marktmacht und ihres Mißbrauchs, in: Wirtschaft und Wettbewerb, Jg. 28 (1978), S. 537 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eine Definition, die 1978 in der sogenannten Chiquita-Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes Pate gestanden haben könnte. 1621 und 1978 galt Marktmacht als die Macht, „sich unabhängig von den Konkurrenten, Käufern und Lieferanten am Markt zu verhalten", Marktmacht also als Garant von Unabhängigkeit. Die uns allen geläufige Definition von Max Weber über Macht bedeutet, daß Macht jene Chance sei, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht. Hier ist also Macht die Chance zur Durchsetzung des eigenen Willens.

Für den Wirtschaftswissenschaftler ist interessant, ob der Begriff in eine operationale Form gebracht werden kann. Wann liegt unabhängiges Verhalten vor, und wie kann der Markt abgegrenzt werden? Weder die Rechtsprechung noch die Wirtschaftswissenschaften haben hierzu Ansätze entwickelt, die sich für den Arzneimittelmarkt unmittelbar als praktikabel erwiesen haben. In dieser Beurteilung stimme ich mit nahezu allen Beobachtern der bisherigen Wettbewerbsverfahren überein.

Der funktionalen Marktdifferenzierung wird durch den Begriff des relevanten Marktes Rechnung getragen. Aber was relevant ist, bestimmt zugleich die Sicht des Betrachters. Sowohl im Valium-Verfahren als auch im Vitamin-B-12-Verfahren kommt der Bundesgerichtshof zu dem Ergebnis, daß bei der Beurteilung der Austauschbarkeit der Produkte nicht von objektiven chemisch-pharmakologischen Merkmalen, sondern von der funktionalen Äquivalenz aus der Sicht des Verbrauchsdisponenten, also des Arztes, auszugehen sei. Dies ist sicher richtig. Jedoch findet die subjektive Einschätzung der Ärzte dort ihre Grenzen, wo sie objektiven klinisch-pharmakologischen Kriterien widerspricht. Nun stellt sich die Frage aus der Sicht der Krankenkassen natürlich anders als aus der Sicht der Hersteller. Ein Hersteller konkurriert mit seinem Produkt in dem Bereich, der aus der Sicht der Ärzte die Bedingungen der funktionalen Äquivalenz erfüllt. Schon eine grobe Unterteilung führt zu mehreren hundert Teilmärkten, zwischen denen die Produkte nicht ausgetauscht werden können.

Die Krankenkassen treten in diesem Sinne weder in eine Konkurrenzbeziehung, noch ist ihr Einfluß, wie ich später noch zeigen werde, dem der Nachfragedisponenten vergleichbar. Systemtheoretisch ist die funktionale Trennung auf der Nachfrageseite in Disponenten, Verbraucher und Financiers vielfach dargestellt worden. Ähnlich ist es auch in den Ausführungen von Herrn Kaufer zum Ausdruck gekommen. Wir können uns also sogleich mit den Implikationen beschäftigen, ohne dabei notwendigerweise dem Urteil von Herder-Dorneich zu folgen, der in der Arzneimittelversorgung von einem Nichtmarktsystem spricht, also jedes

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Marktsystem von vornherein leugnet[2], was allein und so allein weiterhilft.

Leider haben die wenigen Untersuchungen zur Problematik der Nachfragemacht bislang nur Teilaspekte beleuchtet, die auf den ersten Blick für eine Beurteilung der Rolle der Krankenkassen wenig herzugeben scheinen. Das gilt auch für das Sondergutachten der Monopolkommission zum Problem der Nachfragemacht[3], dessen wichtigste Ergebnisse sich auf den folgenden Nenner bringen lassen:

Erstens, die Phänomene der Nachfragemacht und ihre wettbewerbspolitische Bedeutung unterscheiden sich nicht grundlegend von denjenigen der Anbietermacht. Besondere Instrumente zu ihrer Bekämpfung sind nicht erforderlich. Das ging aus entsprechenden Beiträgen in der Literatur auch vorher schon hervor und wird also insoweit nur bestätigt.

Zweitens, die Einschränkung des Nebenleistungswettbewerbs im Verhältnis Industrie zum Handel würde zu einer wettbewerbspolitisch unerwünschten Festschreibung der Verteilung von Vertriebsfunktionen und zu einer Lähmung des Wettbewerbsprozesses führen.

Drittens, eine Verschärfung des Diskriminierungsverbotes in Zusammenhang mit § 26 GWB empfiehlt sich nicht. Statt dessen sollte die Mißbrauchsaufsicht nach § 22 GWB durch materielle und verfahrensrechtliche Änderungen verschärft werden.

Ich führe diese Ergebnisse deshalb hier ganz bewußt auf, weil sich weiterhin zeigen wird, wie wenig diese im Grunde für die Beurteilung der Situation im Arzneimittelmarkt überhaupt hergeben. Entsprechend dem im Bundesministerium für Wirtschaft im Laufe der Jahre entstandenen Sünderregister von Nachfragemißbräuchen befaßt sich das Gutachten überwiegend mit Wettbewerbsverzerrungen im Handel. Die Verhältnisse dort lassen sich — man mag es lesen, wie man will — schlecht auf den Bereich, der hier ansteht, übertragen.

Die Macht der Krankenkassen als Nachfrager ist in der gesellschaftspolitischen Analyse bis in die Mitte der 70er Jahre allenfalls als die Formulierung eines mehr oder weniger großen Vakuums enthalten; das galt besonders für die Arzneimittelversorgung, bei der im Unterschied zur ärztlichen Behandlung öffentlich-rechtliche Mechanismen fehlen,

---

[2] Vgl. u. a. *P. Herder-Dorneich*, Systemanalyse und Systempolitik der Arzneimittelversorgung, in: pharma dialog, hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Nr. 45, Frankfurt/M. 1976.

[3] Monopolkommission, Sondergutachten 7: Mißbräuche der Nachfragemacht und Möglichkeiten zu ihrer Kontrolle im Rahmen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Baden-Baden 1977.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

während die ärztliche Behandlung inzwischen in solche öffentlich-rechtliche Mechanismen eingebunden ist.

Der einzige und im höchsten Maße indirekte Durchgriff auf die Arzneimittelanbieter war der sogenannte Arzneimittelregreß. Es besteht heute weitgehend Einvernehmen darüber, daß dieser Regreß niemals eine Größenordnung erreicht hat, die für Verhaltensänderungen aller Beteiligten offenbar erforderlich ist. Da der Regreß nahezu ausschließlich auf eine eindimensionale und dynamische Meßziffer, nämlich den sogenannten Fachgruppendurchschnitt zurückgreift, ist seine Orientierungskapazität außerordentlich gering. Dieser Aspekt soll im Rahmen der Analyse nachfragebildender Instrumente noch einmal vertieft werden.

Welches ist nun die Rolle der Krankenkassen in der Arzneimittelversorgung? Zunächst scheint es erforderlich, die Interessenlage der Krankenkassen auf dem Arzneimittelmarkt transparent zu machen. Erst daraus läßt sich bestimmen, welche Macht oder — neutraler ausgedrückt — welchen Einfluß die Krankenkassen geltend machen können. Die Entstehungsgeschichte der Krankenversicherung als Einrichtung der sozialen Sicherheit für die vermögenslosen Arbeitnehmerschichten mit geringem Einkommen ist vielfach und ausführlich dargestellt worden. Wir werden in wenigen Jahren das 100jährige Bestehen feiern. Es fällt auf, daß die Entwicklung im Arzneimittelbereich bis auf den heutigen Tag kein der ärztlichen Versorgung vergleichbares System öffentlich-rechtlicher Beziehung hervorgebracht hat. Für Arzneimittelanbieter und Apotheker war die Verbandsorganisation nach dem Muster der kassenärztlichen Vereinigungen auch gar nicht erforderlich. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips disponiert der Arzt entsprechend seinem Behandlungsauftrag über Art und Umfang der Arzneimittelanwendung. Insofern waren nicht die pharmazeutische Industrie oder der Apotheker, sondern wiederum die Ärzte Gesprächspartner der Krankenkassen. Der vollständige und ausschließliche Versorgungsauftrag an die kassenärztlichen Vereinigungen machte differenzierte Beziehungen zu den Arzneimittelanbietern nicht nur überflüssig, er stand ihnen sogar entgegen.

Die schon früh nicht dem Gleichgewichtspfad der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung folgende Expansionsrate hat zur Einführung des in den 60er Jahren wieder abgeschafften sogenannten Regelbetrages beigetragen. Der Regelbetrag begrenzte bekanntlich den Umfang der Arzneimittelversorgung, ohne dabei auf die Allokationsentscheidungen im Einzelfall Einfluß zu nehmen. Das Schlagwort von der Kassenmedizin dürfte nicht unwesentlich auf jenen Regelbetrag zurückzuführen sein.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Eine mehr inhaltlich geprägte Auseinandersetzung mit dem gesetzlichen Auftrag der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung hat erst eingesetzt, nachdem die Finanzentwicklung im gesamten Sozialleistungsbereich angesichts schwindender Zuwachsraten des Sozialprodukts echte Verteilungsprobleme aufwarf. Hier hatte auch Herr Kaufer mit seinem Modell und seinen Überlegungen angesetzt.

Begünstigt wurde die Diskussion durch zunächst vereinzelte, später aber zunehmend pointierte Kritik an der Effizienz des sogenannten Medizinbetriebes. Auch hier hat — worauf auch Herr Kaufer hingewiesen hat — der Vergleich mit dem Ausland eine nicht unwesentliche Rolle gespielt, zumindest als Stimulans für die Diskussion.

Die Kriktiker bemängelten, daß der zunehmende Input an Leistungen nicht zu einem zunehmenden Output an Gesundheit geführt habe. Ganz im Gegenteil seien wir heute weiter vom Gesundheitsideal entfernt als jemals zuvor, so wurde argumentiert. So vereinfacht unterschlägt das Argument zwar die unbestreitbaren Erfolge der Medizin und der Pharmazie, gleichwohl ist es als Tendenzaussage aus der gesundheitspolitischen Diskussion nicht wegzudenken. Die Diskussion lebt heute noch, wie auch die Auseinandersetzungen und die Überlegungen vorhin gezeigt haben, in einem erheblichen Maße davon.

Für den Bereich der Arzneimittelversorgung wurden im Jahre 1972 gleich zwei Analysen vorgelegt, deren Ergebnisse große Übereinstimmung zeigen. Es handelte sich um das Liefmann-Keil-Gutachten[4] und das sogenannte Bauer-Papier[5] aus dem Bundesministerium für Wirtschaft. Beide Untersuchungen sagen zu der für uns relevanten Frage nach dem Einfluß der Krankenkasse aus, daß dieser im Grunde erst geschaffen werden müsse. Allerdings waren die Akzente deutlich unterschiedlich gesetzt. Bauer bezeichnet die Krankenkassen ausdrücklich als die Vertreter aller Verbraucher, weil inzwischen mehr als 90 Prozent der Bevölkerung bei ihnen versichert seien. Während der Arzt für die Diagnose und für die Therapie verantwortlich sei, haben die Krankenkassen, so Bauer, die wirtschaftlichen Aspekte wahrzunehmen. Bei den vom Gesetzgeber zugestandenen unzulänglichen Möglichkeiten sei es der Krankenversicherung aber nicht möglich, dieser Aufgabe ausreichend nachzukommen. Während bei den Arzthonoraren und den Krankenhauspflegesätzen eine unmittelbare Einwirkungsmöglichkeit bestehe, sei dies, abgesehen von der Mitwirkung bei der staatlichen Fest-

[4] *E. Liefmann-Keil*, Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/M. 1973.

[5] Vgl. *K. Bauer*, Die Auswirkungen der Arzneimittelgesetzgebung auf den Wettbewerb, in: B. Röper (Hrsg.), Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, Berlin - München 1980, S. 93 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

legung des Verbraucher-Preisbestandteils Apothekenzuschlag, bei der Bildung der Verbraucherpreise für Arzneimittel nicht der Fall. Die Krankenversicherung bezeichnete Bauer daher als einen zuschauenden Vertreter der Verbraucher, der zu bezahlen habe, was auf ihn zukomme, wobei es sich um Milliardenbeträge handele. Diese einzigartige Situation in unserer Volkswirtschaft müsse grundlegend geändert werden, und zwar in Richtung auf eine ganz wesentliche Stärkung der Marktposition der Krankenkassen.

Also vom Ausgangspunkt her weitgehende Identität mit dem, was Herr Kaufer vortrug, in der Konsequenz anders.

Bauers Vorschlag lief darauf hinaus, den Marktbeteiligten amtlich zusammengestellte Preisunterlagen zur Information und Disposition zu stellen. In der Reichsversicherungsordnung sollte den Krankenkassen das Recht eingeräumt werden, mit den Anbietern auf der Grundlage von amtlichen Wirksamkeitsnachweisen und von Preisvergleichen über Preiswürdigkeit der einzelnen Arzneimittel zu sprechen. Komme keine Einigung zustande, so sollten die gesetzlichen Krankenkassen und die Hersteller das Recht haben, beim Bundeskartellamt im Wege der Mißbrauchsaufsicht eine Prüfung des Falles zu beantragen. Damit werde der Befürchtung, es könne durch diese Begünstigung der Krankenkassen ein Nachfragemonopol entstehen, begegnet.

Wir wissen, daß die Entwicklung inzwischen anders verlaufen ist. Sie ging in die Richtung, die in dem Gutachten von Frau Liefmann-Keil aufgezeigt wurde. Frau Liefmann-Keil sieht die Ausweitung des Instrumentariums für Marktinterventionen mit Hilfe der öffentlichen Hand deutlich pessimistischer, als Bauer dies tat. Sie stellte die Frage, was die Einführung von Verhandlungen für die Kassen und für die Industrie bedeuten würde. Da die Krankenkassen nicht nur Financiers, sondern zugleich zur Abgabe der verschiedenen Arzneimittel durch das Sachleistungsgebot verpflichtet seien, würde die Position der gesetzlichen Krankenkassen trotz Verhandlungsmöglichkeiten für sich genommen relativ schwach sein. Die Krankenkassen könnten es zum Beispiel nicht zu einem Anbieterstreik kommen lassen. Auf kurze Sicht sei daher die Position der Krankenkassen bei den Verhandlungen schwächer als die Position der Industrie. Besonders deutlich werde diese Tatsache, wenn man Verhandlungen mit einzelnen Herstellern annimmt. Unter diesen Bedingungen könnte sich auf der Herstellerseite ein nicht unbekanntes Vorgehen einstellen. Die Vertreter der Anbieter werden sich an der Lage im Grenzbereich ausrichten. Die Gegenpartei, die Nachfragenden, das heißt die Krankenkassen, würden sich dieser Ausrichtung letztlich auch beugen, es sei denn, sie wollten die Gefahr von Arbeitslosigkeit, Konkursen und dergleichen in Kauf nehmen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Nach alledem sei zumindest fraglich, ob die ausgehandelten Kompromisse, wenn es allein beim Verhandeln bleiben sollte, zugunsten der Krankenkassen überhaupt ausfallen könnten. Innerhalb des Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten die Erfahrungen mit analogen Regelungen zumindest dazu, die Vermutung nicht als ganz wirklichkeitsfremd anzusehen, daß es dabei nicht bleiben kann.

Grundlage für den Liefmann-Keil-Vorschlag eines Arzneimittelinformationszentrums ist die Erkenntnis, daß eine enge Beziehung zwischen dem Mangel an Informationen, der Existenz monopolistischer Märkte und einem besonderen Ausmaß an Werbung und Produktvariation besteht, daß ein Mangel an Information dem Streben nach Preissenkung entgegenwirkt.

Das Arzneimittelinformationszentrum oder auch gesundheitsökonomisches Informationszentrum für den Arzneimittelbereich ist in der vorgeschlagenen Form nicht realisiert worden. Allerdings wurden einige Elemente aufgegriffen und inzwischen teilweise umgesetzt. Dafür zwei Beispiele aus der jüngsten Entwicklung.

Kernstück ist die auf Grund der Eckwerte zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes im Oktober 1975 ins Leben gerufene Transparenzkommission. Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) ist ein weiterer Aspekt des Liefmann-Keilschen Gedankengebäudes realisiert worden, allerdings in stark veränderter Form. Das Arzneimittelinformationszentrum sollte zur allgemeinen Orientierung der Marktbeteiligten einen Jahresbericht herausgeben, der sich an die Öffentlichkeit wendet, aber auch an die Krankenkassen, die Ärzte, die Apotheker, die Regierung und insbesondere die Presse. Die von diesen Informationen ausgehende allgemeine Orientierungswirkung über die Rate und Richtung der gewollten Ausgabenentwicklung soll nunmehr nach dem KVKG durch die konzertierte Aktion bzw. durch die zu vereinbarenden Arzneimittelhöchstbeträge erreicht werden.

Für diese Lösung ist charakteristisch, daß auch hier die Krankenkassen keine andere Gruppe majorisieren können. Eine Empfehlung der konzertierten Aktion kommt bekanntlich nur zustande, wenn alle Beteiligten einschließlich der Apotheker und einschließlich der Hersteller zustimmen.

Welches sind nun die Zielsetzungen der Krankenkassen in diesem Zusammenhang? In die bisherige Analyse wurde die Frage noch nicht mit einbezogen, welchen Einfluß die Krankenkassen als Selbstverwaltungseinrichtungen in der Arzneimittelversorgung überhaupt geltend machen wollen. Anerkannt ist inzwischen ohne Zweifel, daß die Beschränkung auf eine reine Finanzierungsrolle mit der wirtschafts- und ge-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sundheitspolitischen Verantwortung für einen 10-Milliarden-Haushalt nicht vereinbar sein kann. Eine solche Beschränkung wäre auch gesetzlich nicht zulässig, denn die Krankenkassen haben Leistungen zu gewähren, die dem gesetzlichen Anspruch der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit genügen.

Erstmals zum Ortskrankenkassentag 1977 in Hamburg haben die Krankenkassen den Versuch einer umfassenden Standort- und Zielbestimmung in der Arzneimittelversorgung unternommen. Der Kerngedanke der in Hamburg diskutierten Thesen ist die Erhaltung und Stärkung eines wettbewerblichen Systems gewesen; darüber besteht, glaube ich, unter allen beteiligten Partnern kein Zweifel.

Der eigentliche Disponent der Nachfrage, der behandelnde Arzt, hat die finanziellen Konsequenzen seiner Entscheidungen nicht selbst zu tragen. Für ihn ist das Arzneimittel ein zunächst einmal kostenloses Therapeutikum mit — ökonomisch betrachtet — einigen interessanten Nebeneffekten. Es ermöglicht nämlich, den honorarwirksamen Praxisdurchlauf mit im Verhältnis zu anderen therapeutischen Maßnahmen geringem Aufwand zu erhöhen. Keine andere therapeutische Maßnahme benötigt so wenig Zeit wie eine Arzneimittelverordnung. Etwa 30 Prozent aller in den allgemeinen und internistischen Praxen behandelten Gesundheitsstörungen sind zudem, aktuellen Untersuchungen zufolge, unspezifizierte Syndrome, also vegetative Dystonie, Schlaflosigkeit, Vitalitätsbeeinträchtigungen und ähnliches. Eine für den Patienten direkt meßbare Leistung ist in jedem Falle das Rezept in der Tasche, zumal dann, wenn seine eigene Erwartungshaltung noch entsprechend ist.

Es ist in diesem Zusammenhang von sekundärer Relevanz, ob die Entwicklung durch die Erwartung der Patienten oder letztere durch das Verhalten der Ärzte in Gang gesetzt wurde, die eine große Zahl von Patienten irgendwie bewältigen müssen.

Aus der fehlenden Unmittelbarkeit zwischen Nachfrage und Finanzierung im Einzelfall ergibt sich für den Ökonomen nahezu zwangsläufig, daß die gesellschaftliche Gesamtnachfrage einer Geldrestriktion bedarf, die sich sonst aus der Summe der Geldrestriktionen der individuellen Nachfrage ergeben würde, wenn also etwa Systeme vorlägen, wie sie bereits angedeutet wurden. Die nach Ansicht der Krankenkassen denkbar liberalste Ausgestaltung dieser Restriktion können die Arzneimittelhöchstbeträge sein. Natürlich sind auch andere denkbar, aber sie sind dann wesentlich restriktiverer Natur.

Die jüngsten Verhandlungen mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

deutlich gemacht, daß diese Einschätzung inzwischen von den Spitzen der Ärzte und der Industrie weitgehend geteilt wird.

Auch in bezug auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten scheidet unabhängiges Verhalten der Versicherungsträger von vornherein aus, und zwar vor allem wegen der in die gesellschaftlich relevanten Gruppen eingebetteten Selbstverwaltung der Krankenkassen. Dort, wo Krankenkasseneinfluß nicht bloßer Gesetzesvollzug ist, gibt er die Meinungsbildung der Selbstverwaltung wieder. Die Ziele der Versicherten werden zur Hälfte von den Repräsentanten dieser Gruppe bestimmt, zur anderen Hälfte von den Arbeitgebern. Die soziale Krankenversicherung ist bestrebt, durch Gesundheitsaufklärung ein therapie- und kostengerechtes Verhalten zu erreichen, einen sozial ausgewogenen Selbstbehalt in Form des Arzneikostenanteils durchzusetzen und den Bereich der allgemeinen Lebenshaltung von denjenigen Risiken, die durch die Versicherung abgedeckt werden sollen, klar abzugrenzen. Es ist also nicht so, daß die soziale Krankenversicherung von vornherein den Selbstbehalt ausschließt. Aber sie stellt gewisse Anforderungen.

Gemeint ist speziell der Ausschluß von Arzneimitteln gegen geringfügige Gesundheitsstörungen aus der Leistungspflicht der Krankenkasse. Interessanterweise läßt sich hier ein Effekt der moral-hazard-Hypothese beobachten, der bislang wenig Beachtung gefunden zu haben scheint. Offenbar ändert Versicherung die Qualität risikobehafteter Entscheidungen nicht nur bei dem versicherten Personenkreis, sondern auch bei denjenigen, die für die Versicherungen Leistungen erbringen. Die zunehmende Wahrscheinlichkeit, daß Leistungsausschlüsse tatsächlich realisiert werden, hat gerade den Widerstand derjenigen auf den Plan gerufen, die bislang die strikte Trennung versicherungsbedürftiger Risiken von den Bagatellrisiken forderten.

Noch auf dem 80. Deutschen Ärztetag 1977 in Saarbrücken wurde ein Antrag einstimmig angenommen, dessen Verwirklichung jetzt auf erhebliche Widerstände stößt. In dem Antrag heißt es wörtlich: „Konsum kann genausowenig versichert werden wie Gesundheit. Dieses bedeutet, daß die Versicherung nur subsidiär im Krankheitsfall tätig werden kann, nicht als Versorgungsorgan für Alltagsbedarf und Bagatellschäden, daß mit steigendem Lebensstandard auch die Sorge des einzelnen für seine Gesundheit wachsen muß."

Der abschließende Teil meiner Ausführungen soll sich mit dem Wirkungszusammenhang derjenigen Maßnahmen der Krankenkassen beschäftigen, die zur Problematisierung des Themas Krankenkassenmacht in der aktuellen gesundheits- und ordnungspolitischen Diskussion geführt haben. Es sind dies die Transparenz- oder Preisvergleichslisten,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

die Arzneimittelhöchstbeträge, der Leistungsausschluß für sogenannte Bagatellarzneimittel, der Arzneimittelregreß und verschiedene flankierende Maßnahmen wie zum Beispiel die Standardisierung von Packungsgrößen oder die Standardzulassung für Arzneimittel bekannter Zusammensetzung und Wirksamkeit.

Dabei soll insbesondere untersucht werden, auf welchen Ebenen sich dieser Einfluß tatsächlich vollzieht, welcher Einfluß bei der einzelnen Krankenkasse möglich ist, welcher auf Landesebene und welcher auf Bundesebene. Auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen beschränkt sich die Einflußnahme auf die Entscheidung, ob ein Regreßverfahren gegen einen einzelnen Arzt eingeleitet werden soll oder nicht. Vertraglich vereinbartes Aufgreifkriterium ist die Überschreitung des sogenannten Fachgruppendurchschnitts. Dabei handelt es sich um die Kosten je Behandlungsfall, die ein bestimmter Arzt im Verhältnis zu den Durchschnittskosten vergleichbarer Ärzte verursacht. Die Entscheidung liegt bei paritätisch mit Ärzten und Krankenkassenvertretern besetzten Prüforganen; sie ist durch die Sozialgerichte überprüfbar.

Nach gefestigter Rechtsprechung liegt eine begründete Vermutung unwirtschaftlichen Verhaltens vor, wenn der Fachgruppendurchschnitt um mehr als 40 Prozent überschritten wurde. Die Krankenkassen bzw. der sie vertretende Verband muß an Hand einer genügend beleuchteten Zahl von Einzelfällen deutlich machen, daß die Gebote der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit tatsächlich verletzt sind. Gelingt dies, so kehrt sich die sonst bei den Krankenkasesn liegende Beweislast um, so daß nunmehr der Arzt die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit widerlegen muß. Bei einer mehr als 50prozentigen Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts hat die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Darstellung von Einzelfällen an Hand der Verordnungspraxis des Arztes für entbehrlich erklärt, die Praxis verfährt aber nicht danach.

Jeder auf der Basis des Fachgruppendurchschnitts durchgeführte Regreß hat sowohl vertraglich als auch nach den Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Voraussetzung, daß die Verordnungsweise im Zusammenhang mit der Gesamttätigkeit des behandelnden Arztes gesehen wird. Dies ist verständlich, weil der Fachgruppendurchschnitt nichts darüber aussagt, ob ein Arzt zweckmäßige Arzneimittel verordnet, sondern nur, ob er aus der Sicht des Gesamtaufwandes verhältnismäßig viel oder wenig verordnet. Wegen der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen therapeutischen Maßnahmen kann ein Viel bei den Arzneimittelverordnungen durch ein Weniger in anderen Bereichen ausgeglichen werden.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Das einzelne Arzneimittel spielt im gegenwärtigen Verfahren des Durchschnittsregresses nur eine untergeordnete Rolle. Es dient allenfalls als Hilfsargument zur Unterstützung der Hypothese, daß eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts als unwirtschaftlich anzusehen ist.

Aus dieser Globalbetrachtung wird verständlich, daß die Prüfungseinrichtungen häufig nur Honorarkürzungen aussprechen, die bei weitem nicht einmal den Umfang der durch das Illustrationsmaterial im einzelnen nachgewiesenen Unwirtschaftlichkeit erreichen. Das steht in einem deutlichen Kontrast zu dem Umstand, daß die einzelne Arzneimittelversorgung Gegenstand des Versichertenanspruches ist und damit auch Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein müßte. Wirtschaftlich und zweckmäßig kann eine Arzneimittelverordnung nur sein, wenn keine preisungünstigen Präparate, keine Präparate mit fraglichen Wirkungen oder mit fraglicher Wirksamkeit und keine Präparate, die nach den Arzneimittelrichtlinien nicht verordnungsfähig sind, verordnet werden. Außerdem soll der Verordnung eine entsprechende Indikation zugrunde liegen, das heißt: keine Beziehungslosigkeit der Verordnung mit der Diagnose, keine Inkongruenz zwischen Leistungs- und Behandlungsdaten, keine Doppelverordnungen, therapiegerechte Verordnungsmengen und Packungsgrößen und keine Inadäquanz der Verordnungen.

Nur darf man nicht übersehen: Das gegenwärtige Regreßvolumen bewegt sich im Promillebereich der gesamten Arzneimittelverordnungen. Angesichts der anteilsmäßig nicht ins Gewicht fallenden Höhe der Regreßbeträge kann eine Wirkung allenfalls in der mangelnden Kalkulierbarkeit des Risikos gesehen werden. Zwar erhält der einzelne Arzt im Falle eines erheblichen Abweichens vom Durchschnitt seiner Fachgruppe hinreichende Informationen, die ihm im Laufe der Zeit eine Anpassung seiner „Verschreibungsgeschwindigkeit" an den fahrenden Zug erlauben, jedoch ist das erreichbare Gleichgewicht äußerst instabil.

Aus der Sicht der Landes- und Bundesebene müßte die Wirkung der Arzneimittelhöchstbeträge noch abgewartet werden. Aber auch hier kann von einer großen Marktmacht oder Nachfragemacht der Krankenkassen keine Rede sein, weil das dreistufige Warnsystem im Einvernehmen mit der Ärzteschaft erfolgt und letztlich auch wiederum im Einzelregreß endet. Über die Bagatellarzneimittel ist das letzte Wort noch nicht gesprochen. Es ist außerordentlich fraglich, ob es überhaupt zu dieser Liste und damit zu dem gewünschten Erfolg kommen wird, wobei nicht verschwiegen werden soll, daß hier der Versicherte, von dem im Zusammenhang mit Selbstbehalt und Kostenbeteiligung mehrfach die Rede war, einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten sollte. So war es von Anfang an vorgesehen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Im internationalen Vergleich zeigt sich, daß die Bundesrepublik Deutschland zumindest im europäischen Bereich so gut wie das einzige Land ist, in dem unmittelbare staatliche Kontrollen nicht vorgenommen werden. Man kann für die Krankenkassen erklären — ohne sich hier zu weit vorzuwagen —, daß dies auch für die Zukunft selbstverständlich nicht gewünscht wird. Aber dazu gehört, daß die Ausgaben unter Kontrolle genommen werden können und daß dies nicht geschieht, indem man nach dem Gesetzgeber oder einem anderen öffentlich-rechtlichen Reglement ruft, sondern daß es soweit wie möglich zu Waffengleichheit kommt, wenn das Verhältnis partnerschaftlich gestaltet sein soll und vor allen Dingen erhalten werden soll.

Es mag insofern enttäuschend sein, als nichts von Mißbrauch hier ausgeführt werden konnte, nichts von Wettbewerbsbeschränkungen — sei es im Preiswettbewerb, sei es in einem Nebenleistungswettbewerb —, nichts von Diskriminierungsverboten gesagt wurde, etwa über bestimmte Verhaltensweisen, z. B. kartellartige Absprachen im Krankenkassenbereich.

Welcher Schluß ist daraus zu ziehen? Ich meine, die eingangs bereits angedeutete schwache Funktion der Krankenkassen als Nachfrager auf dem Markt und ihre Machtposition ist zu bestätigen. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist einer der Garanten dafür. Ich glaube nicht, daß der Wettbewerb, wie er im Augenblick praktiziert wird und wie er durch die neuen Bestimmungen im KVKG gestärkt wird, durch neue staatliche Maßnahmen ergänzungsbedürftig ist. Als Repräsentant der Ortskrankenkassen — oder allgemeiner der Krankenversicherung — war ich aus Überzeugung nicht in der Lage, die Marktmacht der Krankenkassen als Nachfrager anders darzustellen, als ich es zu tun versucht habe.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3. Der Einfluß der staatlichen Gesundheitspolitik auf den Arzneimittelmarkt

3.1 Franz Josef Oldiges: Der staatliche Einfluß im Konflikt zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerbspolitischen Zielen: Wettbewerbsverfälschende Wirkungen des Kostendämpfungsgesetzes?

Gestatten Sie mir eine Vorbemerkung: Gelegentlich werde ich als Vater des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes bezeichnet. Inzwischen gibt es aber viele Väter dieses Gesetzes. Das ist für den nicht verwunderlich, der die Arbeitsweise eines Ministeriums kennt. Schon der sogenannte Referentenentwurf ist in der Regel das Ergebnis vielfacher politischer und fachlicher Überlegungen, die nicht von einer Person, sondern von einer Vielzahl von Mitarbeitern des Ministeriums nach den Vorgaben der politischen Leitung angestellt werden. Es werden auch alternative Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und der politischen Leitung zur Begutachtung vorgelegt. Auch die Verbände sind schon in dieser Phase eines Gesetzentwurfs nicht ohne Einfluß auf dessen Ausgestaltung. Insofern würde ich mich nicht als Vater des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes fühlen, allenfalls als ein Mitarbeiter des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, der daran mitgewirkt hat. In der Eingangs- oder Konzeptionsphase war diese Mitwirkung sehr maßgeblich. In der Phase der Konkretisierung der Leitideen sind sicherlich mehr die Fachleute zu Wort gekommen, und zwar insbesondere diejenigen, denen es obliegt, das Regelungskonzept in die Gesetzessprache zu bringen. Mancher Vater eines Regelungskonzeptes erkennt dann sein Kind nicht wieder.

Gestatten Sie mir noch eine weitere Vorbemerkung zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. Mir ist nicht bekannt, daß jemals ein Gesetz im Bereich der Krankenversicherung auch nach der Verabschiedung noch so nachhaltig diskutiert worden ist wie gerade dieses Gesetz. Frühere Gesetze, die sicherlich auch ihr Gewicht hatten, wie z. B. das Lohnfortzahlungsgesetz, wurden zwar in der Entwurfsphase lebhaft diskutiert, als sie aber vom Deutschen Bundestag beschlossen waren, wurden sie in der Regel ohne Fortsetzung der Grund-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

satzdiskussion durchgeführt. Damit waren die Gesetze in den Verwaltungsablauf integriert und aus der politischen Auseinandersetzung herausgenommen. Völlig anders ist die Situation beim Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. Die Grundsatzdiskussion wird fortgeführt. Ich vermute, daß dies nicht zuletzt darauf beruht, weil es sehr stark in den ordnungspolitischen Rahmen und in die ordnungspolitischen Vorstellungen unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen eingreift. Ich bin fest davon überzeugt, daß wir diese Situation noch lange Zeit haben werden. Das dürfte hauptsächlich darauf beruhen, daß die angestrebte Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor allem mit Hilfe sogenannter unbestimmter Rechtsbegriffe geregelt wird. Sie lassen zum Teil sehr weit gefaßte Handlungsspielräume der Beteiligten offen. Die unbestimmten Rechtsbegriffe werden wir letztlich nur durch einen sich langsam annähernden Willen der Beteiligten ausfüllen können. Bevor dieser Prozeß nicht abgeschlossen ist — und das wird sicherlich noch geraume Zeit dauern —, solange wird das Gesetz auch hinsichtlich seiner ordnungspolitischen Auswirkungen in der Diskussion bleiben. Dabei ist es nicht auszuschließen, daß sich daraus auch die ersten Vorschläge zur Novellierung entwickeln.

Immer dann, wenn bei der Auslegung von Gesetzen ordnungspolitische Vorstellungen herangezogen werden, ist stets auch die Wissenschaft sehr stark angesprochen. Insofern bin ich froh, daß die Wirkungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes auch im Verein für Socialpolitik erörtert werden. Ich würde es jedoch begrüßen, wenn diese Diskussion nicht nur aus wettbewerbspolitischer Sicht geführt wird. Es müßten insbesondere auch gesundheitspolitische und sozialpolitische Aspekte berücksichtigt werden. Gerade sozialpolitische Überlegungen waren für die Ausgestaltung dieses Gesetzes von größter Bedeutung. Überhaupt ist es eine stete Aufgabe, diese drei Politikbereiche laufend zu einem Konsens zu bringen. Im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz ist hierfür eigens eine neue Institution vorgesehen, nämlich die sogenannte Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Wir haben gerade wieder eine Sitzungsperiode hinter uns. Nach meinem Eindruck beginnt der Prozeß der wechselseitigen Abstimmung unter den unmittelbar Beteiligten langsam zu funktionieren. Dabei bitte ich im Hinblick auf das mir gestellte Thema zu registrieren, daß an diesem Abstimmungsprozeß im Vorfeld der Konzertierten Aktion der Staat nicht unmittelbar beteiligt ist. Diese Entwicklung war sicherlich nicht Absicht des Gesetzgebers. Der Vorsitz des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung in der Konzertierten Aktion bedeutet inhaltlich zur Zeit nicht mehr, als daß er die im Vorfeld der Konzertierten Aktion vorstrukturierten Empfehlungen der unmittelbar Beteiligten zur Kenntnis nimmt und als Beratungsergebnis der Konzertierten Aktion bekannt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gibt. Sicherlich gibt es zu den Empfehlungsentwürfen Diskussionen und Abänderungen. Aber die unter den unmittelbar Beteiligten entworfenen Empfehlungen wurden dadurch bisher in ihrer Grundaussage nicht berührt. Ein Einfluß des Staates findet insoweit bisher nicht statt.

Ich würde es begrüßen, um das noch einmal zu betonen, wenn der Konsensprozeß unter den unmittelbar Beteiligten mehr als bisher wissenschaftlich begleitet würde. Das könnte insofern Gewinn bringen, als daß die Abstimmungsprozesse auch inhaltlich sicherlich noch weiterentwicklungs- und verbesserungsfähig sind.

Im Einigungsprozeß werden gesundheits-, sozial-, wettbewerbs- und wirtschaftspolitische Überlegungen gleichermaßen berücksichtigt. Insofern darf ich das mir gestellte Thema: „Konflikt zwischen Gesundheits- und Wettbewerbspolitik" zumindest um den Bereich Sozialpolitik ergänzen. Die Gesundheitspolitik hat vielfach nur Interesse daran, daß die medizinischen Leistungen in bestimmter Qualität und Menge zur Verfügung stehen. Für die Sozialpolitik ist darüber hinaus von Bedeutung, daß diese für alle Bürger auch unabhängig von der Höhe ihres Einkommens bereitstehen. Insofern kann es durchaus auch zwischen gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen Konflikte geben. Das war schließlich mit ein Grund dafür, nach Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes gewisse Aufgabenbereiche der Gesundheitspolitik vom Gesundheitsministerium auf das Arbeitsministerium zu übertragen. Die Abstimmung zwischen gesundheits- und sozialpolitischen Überlegungen soll damit in der Hand nur eines Koordinators liegen.

Das Generalthema, das mir gestellt ist, ist bereits in der Sozialenquête formuliert worden. Ich darf die mir wichtigen Passagen einmal zitieren:

> „Tatsächlich ist der Markt für Gesundheitsgüter aus mannigfachen Gründen ein extrem unvollkommener Markt, der einer Marktordnung bedarf. Tatsächlich wird dieser Markt durch mannigfache Ordnungsmaßnahmen des Staates, der Kommunen und Verbände gesteuert. Wo immer die Steuerung eines Leistungssystems nicht den spontanen, sozusagen automatisch wirkenden Marktkräften überlassen werden kann, sondern bewußten Ordnungskräften unterstellt werden muß, entsteht das politische Problem, welche Gleichgewichtslage als optimal gelten und angestrebt werden soll und welches Gefüge von Institutionen und Maßnahmen geeignet erscheint, dieses Gleichgewicht herbeizuführen und im dynamischen Prozeß dauernd aufrechtzuerhalten. Entscheidende wichtige Randdaten hat der Staat in der GKV gesetzt. Es verdient jedoch Beachtung, daß das deutsche

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

System der GKV es verstanden hat, sich in einem Prozeß des Selbstaufbaus ständig zu verbessern und neuen Bedingungen anzupassen."

Derjenige, der die Diskussion zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz aufmerksam verfolgt, muß den Eindruck gewinnen, daß mit diesem Gesetz der Prozeß des Selbstaufbaues unseres Krankenversicherungssystems nicht mehr fortgesetzt wurde. Der gegenüber der Entwicklung der Einnahmen überproportionalen Steigerung der Ausgaben wurde mit nicht mehr system-adäquaten Mitteln Rechnung getragen. Meines Erachtens ist diese Bewertung nicht zutreffend.

Lassen Sie mich zunächst einige unterschiedliche Positionen, insbesondere der Sozial- und der Wettbewerbspolitik plakativ herausstellen. Dabei erhebe ich nicht den Anspruch, daß alles letztlich Gültigkeit hat, denn dann müßte ich tiefer einsteigen.

Sicherlich soll auch im Wettbewerbsprozeß eine optimale und gesamtwirtschaftlich vertretbare Bedarfsdeckung erreicht werden. Aus der Sicht der Sozialpolitik wird jedoch stets die Frage gestellt, ob die hier erreichbare Bedarfsdeckung mit den sozialpolitischen Vorstellungen übereinstimmt und ob in einem Wettbewerbssystem die Verwirklichung dieser Vorstellungen überhaupt erreichbar ist. In einem marktwirtschaftlichen System richtet sich das Angebot prinzipiell nach der zahlungsfähigen Nachfrage. Es wird letztlich nur das produziert, wofür diese vorhanden ist. Das setzt bereits insgesamt eine Grenze, eine Grenze, die mit dem notwendigen Bedarf an Gesundheitsleistungen nicht übereinzustimmen braucht. Dazu kommt, daß die Einkommen bei den einzelnen Mitbürgern unterschiedlich hoch sind und daß auch eine regional unterschiedliche Verteilung besteht. Sozialpolitisches Anliegen ist, die im marktwirtschaftlichen Prozeß nicht erreichbare Gleichverteilung gleichwohl anzustreben. In jeder Region soll beispielsweise unabhängig von den Einkommensverhältnissen jeder Bürger eine quantitativ und qualitativ gleiche ärztliche Versorgung erhalten können. Dabei wird erwartet, daß diese gleichmäßige Versorgung nach Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit erfolgt.

Sie werden fragen, woher ich diese Zielvorstellung für die Sozialpolitik nehme. Sie ist nicht Grundsatzprogrammen der politischen Parteien oder der Bundesregierung entnommen. Sie ist auch nicht aus der Definition der Weltgesundheitsorganisation für den Begriff Gesundheit abgeleitet. Danach ist ein Mensch dann gesund, wenn er sich im Zustand eines allgemeinen physischen, psychischen und sozialen Wohls befindet. Die oben angeführte Zielvorstellung enthält die Reichsversicherungsordnung, die für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Handlungsanleitung und Handlungsverpflichtung ist. Insofern hat der

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Staat die Umsetzung seiner Vorstellungen auf die Träger der Krankenversicherung delegiert.

In § 182 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung heißt es, daß die Krankenpflege ausreichend und zweckmäßig sein muß, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Umfang der Krankenpflege, in dem sich dieses Postulat verwirklichen soll, ist im Laufe der Zeit vielfach ausgeweitet worden, und zwar auch in Bereiche, das will ich gern zugeben, bei denen es zweifelhaft sein mag, ob sie zum Kernbereich der gesundheitlichen Versorgung gehören müssen. Die hierzu von Herrn Kaufer gestellten Fragen sind durchaus berechtigt. Die Krankenpflege umfaßt heute als Sachleistung insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, häusliche Krankenpflege sowie Krankengeld. Es gibt somit wohl kaum noch Gesundheitsgüter, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfaßt werden. Die Krankenkassen erfüllen den Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse dadurch, daß sie mit den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenhäusern sowie mit sonstigen Leistungserbringern Verträge abschließen, nach denen der Vertragspartner verpflichtet wird, die gesetzlich festgelegten Leistungsansprüche gegenüber den Versicherten zu erfüllen. Die Konkretisierung der gesetzlichen Leistungsansprüche, insbesondere in Richtlinien und Vereinbarungen entsprechend dem medizinischen Fortschritt und den sozialen Gegebenheiten, ist eine ständige Aufgabe der Krankenkassen. Ferner sind Preise für die Leistungen laufend neu auszuhandeln.

Für die ärztliche Versorgung enthält das Gesetz außerdem eine Zielbestimmung zum Umfang der Bedarfsdeckung. Nach § 368 Reichsversicherungsordnung ist Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. Über die Krankenversicherung also soll der jeweilige Stand der Wissenschaft in der medizinischen Versorgung an den Versichterten herangebracht und gleichmäßig über die Region verteilt werden. Wo der Versicherte auch wohnt, er muß seinen Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse tatsächlich in zumutbarer Entfernung in Anspruch nehmen können. Daß es Differenzierungen gibt, ist selbstverständlich.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Der Wettbewerbsprozeß würde sicherlich eine gewisse Bedarfsdeckung erbringen, es besteht aber wohl kein Zweifel, daß diese sozialpolitische Zielvorstellung nicht erreicht wird, insbesondere wenn man dabei die unterschiedliche Einkommensverteilung in der Bevölkerung in Rechnung stellt. Die insofern notwendige Intervention in den Wettbewerbsprozeß erfolgt durch die Regelmechanismen der gesetzlichen Krankenversicherung über das Sachleistungsprinzip und die Ausgestaltung der Finanzierung nach solidarischen Gesichtspunkten. Das Sachleistungsprinzip besagt, daß die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten die Leistungen in der oben beschriebenen Qualität in Natur gleichmäßig und in zumutbarer Entfernung zur Verfügung zu stellen haben. Sie bezahlen auch die Vertragspartner für die Erbringung der Leistungen gegenüber dem Versicherten. Der Träger der Krankenversicherung erhebt zur Finanzierung der erbrachten Leistungen Beiträge. Dabei richtet sich deren Höhe nicht nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip, also nach dem Aufwand für bestimmte Risikogruppen, es werden vielmehr Beiträge entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten erhoben. Das ist ein für alle Versicherten einer Krankenkasse gleicher prozentualer Anteil vom Lohn oder Gehalt. Wer nur wenig verdient, zahlt einen geringen, wer viel verdient, einen höheren Beitrag. Gleichwohl erhält jeder entsprechend seinem gesundheitlichen Bedarf die gleiche Leistung. Über das System der Pflichtversicherung für Arbeiter sowie für Angestellte bis zu einer bestimmten Bemessungsgrenze ist dafür gesorgt, daß alle insofern erfaßten Einkommensschichten zu dem solidarischen Finanzierungsprozeß beitragen.

Der Staat hat in der Reichsversicherungsordnung lediglich dieses Regelungssystem festgelegt. Die Konkretisierung obliegt den Krankenversicherungsträgern bzw. deren Verbänden in Selbstverwaltung. Die Krankenversicherungsträger sind in der Umsetzung autonom. Der Staat mischt sich hier nicht ein. Er hat lediglich die Rechtsaufsicht. Allerdings obliegt ihm die allgemeine politische Aufgabe, die Auswirkungen dieses Regelungsmechanismus im Hinblick auf die vorgegebenen Ziele zu beobachten. Der Staat wird es sich nicht nehmen lassen, dann mit Änderungen der Gesetze einzugreifen, wenn es dem Krankenversicherungsträger nicht mehr gelingt, eine Verwirklichung der Leitvorstellungen herbeizuführen.

Ähnlich ist die Rolle des Staates bei der Aufrechterhaltung des Wettbewerbsprozesses. Auch hier bestehen eine Reihe von Gesetzen, die die Funktionsfähigkeit des Marktes erhalten sollen. Wenn die Marktbeteiligten und das Bundeskartellamt mit den ihnen gegebenen Steuerungsinstrumenten die Funktionsfähigkeit des Marktes nicht mehr gewährleisten können, werden auch hier bestehende Gesetze geändert.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wegen der Verzahnung mehrerer politischer Schwerpunktbereiche sind dabei jeweils stets Abwägungen von mehr oder weniger grundsätzlicher Bedeutung erforderlich. Die Koordinierung unterschiedlicher Interessen ist zweifellos nicht immer vollkommen. Mal erhalten gesundheits-, mal sozial-, mal wirtschaftspolitische Zielvorstellungen ein stärkeres Gewicht. Dabei sind die jeweils betroffenen gesellschaftlichen Gruppen nicht ohne Einfluß. Dem Gesetzgeber wird nun der Vorwurf gemacht, er habe bei der Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes keinen hinreichenden Abstimmungsprozeß zwischen den Interessen der Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik vorgenommen. Vor allem seien gesundheits- und wirtschaftspolitische Überlegungen insofern gröblich verletzt worden, als daß die selbstverantwortliche Leistungsfähigkeit der Vertragspartner erheblich eingeschränkt und damit das Versorgungsniveau abgesenkt werde. Dieser Einwand berücksichtigt weder die damalige Gesamtsituation noch die Ausgestaltung des neugeschaffenen Steuerungsmechanismus hinreichend.

Wie bereits ausgeführt, heben Versicherungen die Begrenzungen der Nachfrage nach Leistungen aufgrund finanzieller Leistungsfähigkeit weitgehend auf. Damit wird zugleich zumindest die Wettbewerbsintensität über den Preis eingeschränkt, wenn nicht gar völlig aufgehoben. Diese Wirkung hat nicht nur das System der gesetzlichen Krankenversicherung, sie zeigt sich ebenso als ein Ergebnis der privaten Krankenversicherung, wobei hier zusätzlich die Frage zu stellen ist, ob dieses System sozialen Gesichtspunkten entspricht.

Die Jahre 1974 und 1975 waren für die gesetzliche Krankenversicherung insbesondere durch einen erheblich stärkeren Anstieg der Ausgaben als der Einnahmen gekennzeichnet. Als Folge davon waren jährlich erhebliche Beitragssatzsteigerungen erforderlich. Sie betrugen zum Teil jährlich ein volles Beitragsprozent. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung enthielt zur Eindämmung dieser Entwicklung keinerlei Steuerungselemente. Das zeigte sich vor allem, als die Steigerungsraten für die Einkommen der Versicherten erheblich zurückgingen. Gleichwohl setzte sich die Ausweitung der Menge der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und die Preissteigerung fort. Anpassungsprozesse kamen zunächst überhaupt nicht und dann nur zögernd in Gang. Für die Wirtschaft war in der damaligen konjunkturellen Situation diese laufende Mehrbelastung nicht verkraftbar. Die Konkurrenzsituation vor allem im Hinblick auf das Exportgeschäft war erheblich gefährdet. Das, was für den Gesundheitsbereich aufgebracht werden mußte, konnte nicht für Investitionen oder für Preissenkungen verwandt werden. Außerdem sanken die Realeinkommen der Versicherten wegen der überproportionalen anteiligen Belastung der Versicherten

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

durch Krankenversicherungsbeiträge erheblich. Dem Krankenversicherungssystem drohte die Leistungs- und damit die Funktionsunfähigkeit. Der Gesetzgeber war zur Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen Ausgaben und Einnahmen zum Handeln gezwungen, zumal nicht abzusehen war, inwieweit die von den Krankenkassen und den Vertragspartnern eingeleiteten Maßnahmen auf Dauer zum Erfolg führen würden.

Es ist nun viel darüber nachgedacht worden, welches die treibenden Kräfte zu dieser Entwicklung waren und ob tatsächlich eine Intervention des Gesetzgebers notwendig war. Diese Diskussion ist m. E. heute müßig. Auch unabhängig von der konkreten Situation war es seit langem ein Anliegen der Krankenversicherung, die Steuerungsinstrumente in der Krankenversicherung zur Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts zu verbessern, wobei die Ansatzpunkte sicherlich sehr unterschiedlich sein können. Der Versicherte übt die Nachfrage aus, indem er aufgrund irgendwelcher Beschwerden zum Arzt geht. Aber wenn er die Arztpraxis betreten hat, ist sein Einfluß bereits zu Ende. Von nun an bestimmt die Fachkompetenz des Arztes, was an Leistungen zur Diagnose und Therapie erforderlich ist. Bei der Ausübung dieser Fachkompetenz spielen aber nicht nur Fachfragen eine Rolle. Auch der Arzt lebt von seinen Einnahmen, wobei er zuvor noch seine Kosten decken muß. Er hat letztlich eine ganz bestimmte Einkommenserwartung. Diese kann er nur über seinen Umsatz, d. h. über einen von ihm bestimmten Umfang des Leistungsbedarfs realisieren. Der Gesamtumfang der von der Krankenversicherung zu bezahlenden Leistungen wird schließlich auch von der Kapazität zur Erbringung gesundheitlicher Leistungen mitbestimmt, also auch von der Zahl der Ärzte, wovon ein jeder seine Einkommenserwartungen erfüllen möchte. Entsprechendes gilt für die anderen Gesundheitsberufe und -einrichtungen, wie z. B. die Apotheker, die Pharma-Industrie, die Krankenhäuser sowie die Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln. Schließlich hat auch mancher Versicherte eine bestimmte Anspruchserwartung, die er durch die Vertragspartner der Krankenkassen erfüllt sehen möchte. Diese steigt erfahrungsgemäß, je stärker das Gesundheitsbewußtsein ausgebildet ist und Gesundheit Voraussetzung für die berufliche Karriere oder die Freizeitgestaltung ist.

Es entsteht schließlich ein Wechselspiel aus der Erwartungshaltung der Leistungserbringer und der Versicherten und der politischen Zielvorgabe, eine möglichst optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dabei ist die Manipulationsmasse bei den schicksalhaften Erkrankungen sicherlich relativ gering. Insofern folge ich den Ausführungen von Herrn Kaufer. Sie ist sicherlich aber größer, wie Herr Kaufer es nennt, im Bereich der leichteren Erkrankungen. Dazu zählen teil-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

weise die sogenannten degenerativen Krankheitserscheinungen, die teilweise verhaltensbedingt sind. Gerade hier ist der innovatorische Prozeß der Produzenten mit allen seinen Auswirkungen einerseits auf die Behandlungsfähigkeit, andererseits aber auch auf die Ausgabenentwicklung am größten.

Professor Sieben hat in einem Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zur Frage der Kostenentwicklung im zahnärztlichen Bereich m. E. eine weitere Komponente für Ausgabensteigerungen der Krankenversicherung eingeführt. Nach seinem Gutachten muß die normale zahnärztliche Praxis eine bestimmte Größe haben, wenn sie entsprechend leistungsfähig sein soll. Es ist ein bestimmter Personal- und Sacheinsatz erforderlich, der auf jeden Fall gedeckt werden muß. Außerdem hat der Zahnarzt eine bestimmte Einkommenserwartung. Dazu kommt, daß die Zahl der Zahnärzte sich nach den Geboten der freien Niederlassung von Ärzten und unabhängig vom Bedarf zunehmen kann. Die daraus resultierenden Kosten und Einkommen muß die Krankenversicherung abdecken. Es wird nicht gefragt, ob der Leistungsbedarf erforderlich ist, ob die Zahl der Zahnärzte für die Versorgung benötigt wird. Hier werden unternehmerische Kostendeckungs- und Preisstrategien in das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen. Wir haben den Verdacht, daß nach solchen Strategien auch in anderen Leistungsbereichen der Krankenversicherung verfahren wird, zumindest wird die Umsetzung versucht. In einer reinen Wettbewerbswirtschaft ist dieses sicherlich legitim, da sich — wie oben ausgeführt — aus dem Umfang des natürlichen Bedarfs und des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens Grenzen ergeben. In einem sozialen, auf gleichmäßige Versorgung ausgerichteten System, das in der Finanzierung auf der gesamtwirtschaftlichen Verkraftbarkeit aufbaut, sind solche Strategien auf seiten der Leistungserbringer jedoch dann bedenklich, wenn auf der Seite der Krankenkassen entsprechende Abwehrstrategien nicht gleichgewichtig ins Spiel gebracht werden können. Auf seiten der Träger der Krankenversicherung gilt der Grundsatz, daß die Leistungen nach den Geboten der Wirtschaftlichkeit erbracht werden müssen. Hierauf aufbauende Prüfsysteme, die sich an Durchschnittssätzen orientieren, vermögen dieses Gleichgewicht nicht herzustellen. Es wird aber nicht ermittelt, inwieweit der Durchschnitt bereits Elemente von Unwirtschaftlichkeit enthält.

In dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz hat der Gesetzgeber das Gleichgewicht der handelnden Kräfte, das schon in der Sozialenquête als unabdingbar hingestellt wird, wiederherstellen wollen. Dafür standen dem Gesetzgeber sicherlich mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Beispielsweise hätte er einen Beitragshöchstsatz einführen können, was jedoch zwangsläufig auch einen Belastungsaus-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

gleich unter allen Krankenversicherungsträgern zur Folge gehabt hätte und was sicherlich auch auf Dauer eine Absenkung des Leistungsniveaus herbeiführen würde. Es wäre auch die Einführung einer spürbaren Selbstbeteiligung für die Versicherten denkbar gewesen. Damit wäre die finanzielle Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten zum Maßstab auch für die Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung geworden. Eine solche Regelung würde sicherlich zu einer ungleichmäßigen gesundheitlichen Versorgung führen. Der Gesetzgeber hat sich nach meiner Einschätzung für einen Mittelweg entschieden. Er ist davon ausgegangen, daß in der Bundesrepublik Deutschland ein relativ hohes Versorgungsniveau besteht, das mit einer bestimmten Einkommensbelastung finanziert wird. Diese wird als verkraftbar angesehen. Er ist außerdem davon ausgegangen, daß sich die Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der allgemeinen Entwicklung des Sozialprodukts und damit auch der Einkommen vollziehen kann. Dabei ging er davon aus, daß es in diesem Rahmen durchaus Verschiebungen zwischen den einzelnen Leistungsbereichen, also z. B. der ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung sowie der Versorgung mit Arzneimitteln geben kann. Dieser Leitvorstellung entsprechend wurde die Ausgabenentwicklung an die Steigerungsrate für die Grundlohnentwicklung gebunden. Die Grundlohnentwicklung entspricht in etwa der allgemeinen Einkommensentwicklung. Der Gesetzgeber hat damit nicht die individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit, sondern die kollektive finanzielle Belastbarkeit der Einkommen als Grenze für die Gesamtnachfrage an Gesundheitsleistungen setzen wollen.

Es ist nun zunächst viel darüber diskutiert worden, ob unser Gesundheitssystem Rationalisierungsreserven enthält, um Finanzmittel zum Einsatz in anderen Bereichen freizubekommen, alles letztlich mit dem Ziel, die Ausgabenentwicklung insgesamt im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten. Insbesondere für den Pharmabereich liegen hierzu eine Reihe von Untersuchungen vor, die insgesamt zu dem Ergebnis kommen, daß allein im Arzneimittelbereich erhebliche Mittel eingespart werden können. In den Untersuchungen wird ausgeführt, daß das Angebot an Arzneimitteln wie auch das ärztliche Verordnungsverhalten in bezug auf Arzneimittel nicht unbedingt in jedem Falle den Stempel der Effizienz verträgt. Es wird errechnet, die Krankenversicherung könne rund drei Milliarden DM an Ausgaben sparen, wenn von den Ärzten nur wirksame und jeweils preiswerteste Mittel verordnet würden. Ich vertrete diese Zahl hier nicht. Sie ist sicherlich auch nicht richtig. Wenn die Untersuchungen aber auch nur ein Körnchen Wahrheit enthalten, können sie bei allen weiterführenden Überlegungen nicht unbeachtet bleiben. Solche Art Untersuchungen gibt es mehrere. Insgesamt halte ich daher die Grundannahme des Gesetzgebers, die ge-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

sundheitliche Versorgung der Versicherten könne beim jetzigen Leistungsspektrum der Krankenversicherung zumindest für eine gewisse Zeit aus den derzeitigen Beiträgen ohne Beitragssatzerhöhungen finanziert werden, für richtig. Der darauf aufbauende Regelungsmechanismus ist insgesamt so flexibel, daß immer dann, wenn nachgewiesen wird, daß aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur oder von innovatorischen Prozessen das Leistungsspektrum geändert werden muß, ohne Einschaltung des Gesetzgebers auch zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden können. Das ist der Vorzug eines Gesundheitssystems, das sich in Selbstverantwortung der Beteiligten verwaltet. Im ärztlichen Bereich ist dieses gesetzlich so definiert, daß immer dann, wenn die Praxiskosten berechtigterweise überproportional ansteigen, eine entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütung in Erwägung gezogen werden kann. Im Pharmabereich gilt Entsprechendes, wenn die Preise für Arzneimittel überproportional ansteigen oder die Zahl der Behandlungsfälle zunimmt. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, daß sich die innovatorischen Prozesse, z. B. beim Arzt in den Praxiskosten und bei der Pharma-Industrie in den Preisen, niederschlagen. Insofern braucht eine Verminderung des medizinischen Leistungsniveaus nicht einzutreten.

Der Gesetzgeber ging ferner davon aus, daß ein solches Regelungssystem den Wettbewerb unter den Leistungserbringern erhöht. Wie bereits vorstehend ausgeführt, mindert ein von der finanziellen Leistungsfähigkeit her nicht oder kaum begrenztes System den Wettbewerb. In diesem System ist es relativ einfach, neue Produkte auf den Markt zu bringen oder erhöhte Preise auf das Kollektivsystem der Krankenversicherung abzuwälzen. Ist eine Grenze gesetzt, müssen die Leistungserbringer laufend nachweisen, daß sie effektive und effiziente Leistungen erbringen. Andernfalls verlieren sie ihren Anteil an der zur Verfügung stehenden Finanzmasse und sind damit in ihrer Existenz gefährdet. Ein funktionierender Wettbewerb ohne die Leistungserbringer ist eine Idealvorstellung der Träger der Krankenversicherung, denn mit Vorliebe würden sie die von ihnen gegenüber ihren Versicherten zu erbringenden Leistungen funktionierenden Märkten entnehmen.

Tragender Grundsatz der im bereits genannten Bauer-Papier niedergelegten Vorstellungen für die Neuordnung des Arzneimittelmarktes war, die Funktionsfähigkeit des Pharmamarktes zu erhöhen, um die Nachfrage der Krankenversicherung auf einem auch durch Preiswettbewerb gekennzeichneten Markt decken zu können. Hiermit sollten dirigistische Eingriffe durch die Krankenversicherung selbst vermieden werden. Wie Sie alle wissen, ist das sogenannte Bauer-Papier in seiner ursprünglichen Fassung politisch nicht zum Tragen gekommen. Anstelle seiner Vorstellungen wurde als eine allgemeine Grenze für die Nach-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

frage nach Arzneimitteln zu nicht wettbewerbsbestimmten Preisen die Höhe des Grundlohns bzw. bei dynamischer Betrachtung die Grundlohnentwicklung eingeführt.

Im Gegensatz zu vielen anderen Staaten war der deutsche Gesetzgeber nicht so vermessen, seinen Einfluß so stark zu machen, daß er allein die Zuwachsrate für die Grundlohnentwicklung bestimmt. Er hat die Bestimmung der Zuwachsrate in die Hände der unmittelbar Beteiligten gelegt. Hierfür besteht ein abgestuftes System. In der Konzertierten Aktion, in der alle Beteiligten am Gesundheitswesen vertreten sind, wird in einem Diskussions- und Abstimmungsprozeß unter Zugrundelegung der Daten des Jahreswirtschaftsberichts eine Empfehlung ausgesprochen, welche Veränderungsraten in den einzelnen Leistungsbereichen zugrunde zu legen sind. In weiteren Konkretisierungsprozessen auf der Ebene der Bundesverbände und der Landesverbände werden diese Empfehlungen unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten in die Praxis umgesetzt. Wie gleichfalls am Anfang bereits ausgeführt, ist der Einfluß des Staates hierbei praktisch nicht gegeben. Nachdem der Gesetzgeber ein verbessertes System zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt hat, findet die Konfliktlösung zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerbspolitischen Zielen im Einzelfall auf der Grundlage von Diskussionen und Abstimmungen unter den unmittelbar Beteiligten statt.

Zum Abschluß darf ich noch auf einige spezielle Gesichtspunkte im Bereich der Arzneimittelversorgung hinweisen. Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz wurden im Pharmabereich drei neue Steuerungsinstrumente eingeführt, und zwar der Arzneimittelhöchstbetrag, die Preisvergleichslisten und die sogenannte P-8-Liste auf der Grundlage von § 368 p Abs. 8 Reichsversicherungsordnung. Mit Hilfe der P-8-Liste sollen Arzneimittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach nur für geringfügige Gesundheitsstörungen vorgesehen sind, aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden.

Ich habe Herrn Kaufer so verstanden, daß er den Grundgedanken, der mit der sogenannten P-8-Liste verfolgt wird, durchaus bejaht. Auch Herr Kaufer hat davon gesprochen, daß es die eigentliche Aufgabe der Krankenversicherung sei, sich bei der Absicherung auf die schweren Krankheitsfälle zu beschränken. Daneben gibt es nach Herrn Kaufer die leichteren Fälle. Möglicherweise sind diese nicht identisch mit den geringfügigen Gesundheitsstörungen. Das dürfte aber nur ein graduelller Unterschied sein. Der Gesetzgeber ist eindeutig von diesem Grundgedanken ausgegangen. Er hat in einem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung damit begonnen, die Leistungsbereitstel-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lung zu Lasten eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschränken. Die Umsetzung des Grundgedankens schien hier am einfachsten zu sein. Die Erfahrung zeigt, daß dieses jedoch sehr schwer ist. Die Fachkompetenzen auf diesem Gebiet, insbesondere der Ärzte, Apotheker, Pharmakologen, sind offensichtlich nicht in der Lage, eine Abgrenzung zwischen Arzneimitteln, die nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, gegenüber solchen, die bei schwereren Erkrankungen eingesetzt werden müssen, vorzunehmen. Von den Vertretern der Krankenversicherung ist dabei ins Gespräch gebracht worden, hilfsweise von der unternehmerischen Entscheidung auszugehen. Unternehmer, die für ihre Arzneimittel Publikumswerbung betreiben, gehen nach Auffassung der Vertreter der Krankenversicherung davon aus, daß ihre Arzneimittel nicht gerade bei schweren Fällen verordnet werden. Selbstverständlich müssen nach dieser Überlegung rezeptpflichtige Arzneimittel nicht aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenversicherung herausgenommen werden. Aber auch dieser Ansatz stößt auf Widerstand, vielleicht gerade deswegen, weil eine sogenannte Sippenhaftung in das Konzept eingebaut wurde. Damit ist gemeint, daß auch solche Präparate aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenversicherung herausgenommen werden sollen, für die zwar keine Laienwerbung getrieben wird, die aber die gleiche Zusammensetzung haben wie diejenigen Arzneimittel, für die auf dem Markt Publikumswerbung betrieben wird. Meines Erachtens ist mit Recht eingewandt worden, daß es nicht angehe, einen ganzen Arzneimittelbereich dann aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenversicherung herauszunehmen, wenn nur z. B. für ein Prozent Publikumswerbung getrieben wird. Das ist sicherlich ein Punkt, der diskutiert werden muß.

Gleichwohl halte ich den Grundgedanken sozialpolitisch für richtig. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung muß auf Kernbereiche der notwendigen Absicherung bei Krankheit zurückgeführt werden. Die Umsetzung dieses Grundgedankens verlangt Eingriffe in bestehende Absatzsysteme von einzelnen Leistungserbringern. Die Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit des Systems sollte demgegenüber vorrangig sein. Der Anpassungsprozeß sollte am mangelnden Konsenswillen der Beteiligten nicht scheitern.

Lassen Sie mich noch auf die beiden anderen neuen Instrumente im Pharmabereich eingehen. Es ist schon einiges darüber von meinen Vorrednern gesagt worden. Insbesondere wurde zum Arzneimittelhöchstbetrag vorgetragen, er sei in Verbindung mit der Preisvergleichsliste wettbewerbsverfälschend. Der Arzt werde durch beide Instrumente dazu veranlaßt, nur noch das ausgewiesene billigste Arzneimittel zu ver-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

schreiben. Dadurch entstehe eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der forschenden Industrie.

Hierzu kann ich nur betonen, daß es nicht der Wille der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist, beide Instrumente dafür zu benutzen, daß nur das jeweils billigste Arzneimittel von den Ärzten verschrieben wird. Das dürfte auch einer effektiven und effizienten Arzneimittelversorgung nicht entsprechen. Andererseits ist jedoch nicht zu übersehen, daß eine Reihe von Ärzten stets nur die teuersten Arzneimittel verordnet. Und dieses wird für nicht angemessen angesehen. Solche Ärzte müssen bei Überschreiten des Arzneimittelhöchstbetrages herausgefiltert und dahingehend beraten werden, daß auch preisgünstigere Arzneimittel mit hinreichender Effektivität zur Verfügung stehen. Mein Kollege Buchholz hat hierfür ein Verfahren geschildert. Wir sind der Ansicht, daß es nicht dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entspricht, wenn für das gesamte Patientengut einer Praxis in der Regel nur die jeweils teuersten Arzneimittel verordnet werden. Ein solcher Ansatz hat meines Erachtens nichts mit der Herbeiführung von Wettbewerbsverzerrungen zu tun. Das entspricht — wie ich meine — einem normalen Marktprozeß.

Wenn jedoch hier schon Wettbewerbsverzerrungen zur Diskussion stehen, dann lassen Sie mich zum Schluß meiner Ausführungen auf eine Entwicklung hinweisen, die von der Wirtschaft viel eher als eine Verzerrung des Wettbewerbs aufgefaßt werden müßte. Aufgrund der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern haben sich zum Teil sehr unterschiedliche Beitragssätze herausgebildet. Die daraus sich ergebenden Beiträge sind letztlich von den Unternehmen zu erwirtschaften. Konkurrierende Unternehmen sind damit unterschiedlich mit Sozialabgaben für die Krankenversicherung belastet. Zur Zeit verzeichnen wir eine Beitragssatzstreuung etwa zwischen 8 und 13 Beitragssatzpunkten. Konkurrierende Unternehmen müssen sich daher überlegen, wie sie unterschiedliche Belastungen vermeiden können. Das führt vielfach dazu, daß die Gründung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse erwogen wird. Das nun wiederum würde dazu führen, daß den bestehenden Solidargemeinschaften der Ortskrankenkassen gute Risiken entzogen würden mit der Folge, daß der Beitragssatz noch weiter ansteigen würde. Das wiederum könnte andere Unternehmer in eine ungünstige Konkurrenzsituation bringen. Das Entstehen ungleicher Belastungen nimmt also zu. Meines Erachtens ist es keine gewagte Prophezeiung, wenn ich sage, daß über diese Art der Wettbewerbsverzerrungen demnächst sozialpolitische Auseinandersetzungen geführt werden. Vor Jahren ist schon einmal erörtert worden, ob die Sozialabgaben zu Wettbewerbsverzerrungen

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

zwischen kapitalintensiven und lohnintensiven Betrieben führen. Diese Diskussion ist meines Wissens u. a. damit beendet worden, daß in der Regel zwischen solchen Unternehmen kein Konkurrenzverhältnis besteht. Die damalige Diskussion wird sicherlich aufgrund der unterschiedlichen Belastung der Unternehmen wegen unterschiedlicher Beitragssätze der Krankenversicherungsträger erneut aufflammen.

Zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz lassen Sie mich abschließend noch folgendes ausführen: Der Gesetzgeber stand 1975/76 vor einem Konflikt zwischen wirtschafts-, gesundheits- und sozialpolitischen Zielen. Der Konflikt ist dadurch gelöst worden, daß das insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen auf der Grundlage der gesamtwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit begrenzt wurde. Im Rahmen dieser Begrenzung kann und soll sich der Wettbewerb unter den Leistungserbringern frei entfalten. Daß eine allgemeine Grenze eingeführt wurde, kann — so meine ich — allein keine Wettbewerbsverzerrung oder Wettbewerbsverfälschung darstellen. Es ist eine ganz natürliche, auch für andere Märkte geltende Bedingung. Die Frage kann allenfalls lauten, ob diejenigen, die diese Grenze bestimmen, dafür kompetent sind.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

3.2 Schwerpunkte der Diskussion

Lenel: Herr Oldiges, verzeihen Sie, einiges von dem, was Sie vorgetragen haben, gehört wohl doch zu den Glaubensbekenntnissen, die von der Gruppe der Sozialpolitiker weitgehend einheitlich vorgetragen werden. Ich kann dem häufig nicht folgen.

Es beginnt mit Ihrem Zitat aus der Sozialenquête von 1968. Die GKV, überhaupt die Sozialversicherung, habe sich ständig verbessert. Ich meine, eine Erhöhung der Leistungen kann nicht schlechthin als Verbesserung bezeichnet werden. Man muß gegenüberstellen, was sie gekostet hat. Wenn man feststellt, daß die Beiträge zur Sozialversicherung etwa 30 Prozent vom Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer ausmachen, dann bestehen erhebliche Zweifel daran, ob wirklich eine Verbesserung gegeben ist. Man muß sich fragen, ob in diesem System einiges nicht in Ordnung ist. Die Hauptproblematik scheint mir darin zu liegen, daß die Sozialversicherung kaum Kenntnis davon genommen hat, daß sich die sozialen Verhältnisse seit Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts, als die Sozialversicherung begann, wesentlich verändert haben. Die Konzepte, die damals richtig oder zumindest vertretbar waren, sind jetzt höchst problematisch geworden. Damals war überdies der Kreis der Sozialversicherten relativ klein. Inzwischen nehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen über 90 Prozent der Bevölkerung in Anspruch.

Als Grundsatz haben Sie vorgetragen, die Sozialpolitik müsse dafür sorgen, daß bei Gesundheitsleistungen eine gleichmäßige Versorgung erfolge. Das scheint mir eine höchst problematische These zu sein. Ich frage mich: Warum denn dann nicht auch Gleichverteilung der Lebensmittel, Gleichverteilung der Kleidung? Etwas ganz anderes wäre es, wenn man sagte, es sei Sache der Sozialpolitik, dafür zu sorgen, daß jeder hinreichend an Gesundheitsmitteln zur Verfügung hat.

Ich habe aus dem, was Sie aus der Reichsversicherungsordnung zitiert haben, nicht geschlossen, daß damit diese These begründet wäre. Aber das ist im Grunde für uns Ökonomen nicht wichtig. Wir sprechen nicht nur de lege lata, sondern auch de lege ferenda. Wenn in der Reichsversicherungsordnung steht, daß der Krankenversicherungsschutz ausreichend sein muß, dann ist das nach meiner Meinung etwas ganz anderes als wenn darin stände, er müsse gleichmäßig sein.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Ich fand sehr interessant, daß Sie gewissermaßen von diesem Punkt aus die Forderung nach einer Selbstbeteiligung aus den Angeln gehoben haben. Mir scheint das wiederum nicht begründet zu sein. Denn die Selbstbeteiligung kann durchaus so bemessen sein, daß das nötige Minimum an Gesundheitsgütern jedermann zur Verfügung steht, daß man aber — wie bei den Lebensmitteln und bei den Kleidern — wählen kann, ob man beispielsweise im Krankenhaus die Einheitskost essen will, wie das unser früherer Gesundheitsminister Geißler hier eingeführt hat, oder ob man fünf Mark mehr zahlen kann und dann nicht die Einheitskost zu essen bekommt.

Zu den Thesen der Sozialpolitiker gehört es ebenfalls, daß die Sachleistung zweckmäßig sei. Auch hier scheint es mir durchaus zweifelhaft zu sein, ob es nicht viel besser ist, für das Kostenerstattungsprinzip einzutreten und selbst einzukaufen. Unter Umständen könnten wir Vorschüsse oder Darlehen geben, wenn dafür das Geld nicht vorhanden ist. Nachträglich wird dann abgerechnet, und zwar in Geld, damit der Betreffende sieht, was die Behandlung gekostet hat.

Nächster Punkt ist der einkommensproportionale Beitrag; er wird immer wieder als sozial hingestellt. Ich habe das nach wie vor nicht begriffen. Warum soll es sozial sein, daß diejenigen Einkommensbezieher von Null bis zur Beitragsbemessungsgrenze Umverteilungsprozesse durchführen sollen, während es nach meiner Meinung viel zweckmäßiger wäre, umzuverteilen von denjenigen, die sehr viel haben, auf die armen Schichten, aber nicht ausgerechnet innerhalb der Gruppe von Null bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Nach dem Gutachten des — wohl — Kollegen der Betriebswirtschaft Sieben müsse dafür gesorgt werden — ich sage es einmal vergröbert —, daß sich die Leistungen der Kassen an die Zahnärzte entsprechend der Zahl der Zahnärzte mal erwartetem Einkommen entwickelten. Das ist ein nichtmarktwirtschaftliches Prinzip, wie vieles von dem, was Sie als ideale sozialpolitische Ordnung vorgestellt haben, der marktwirtschaftlichen Konzeption entgegengesetzt ist. Vieles von dem, was da vorgetragen wird, würde der Kollege von Hayek als „Anmaßung von Wissen“ und als „Konstruktivismus“ bezeichnen, nur um diese Stichworte einmal zu nennen.

Es fiel das Stichwort, es gebe Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Ich wußte bisher nur folgendes: Wenn man zu einem Betrieb mit Betriebskrankenkassen gehört, muß man dieser Betriebskrankenkasse angehören. Wenn man Arbeiter ist und es gibt keine Betriebskrankenkasse, hat man nur die Wahl einer Ortskrankenkasse. Ich wußte, daß nur der Angestellte zwischen Ortskrankenkasse und Er-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

satzkasse wählen kann. Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen müßte dann, wenn ich recht unterrichtet bin, sehr beschränkt sein.

Woll: Ich möchte meine Einwände etwas schärfer fassen als Herr Lenel. Ich habe bei Ihnen einen Widerspruch herausgehört zwischen Gesundheits-, vor allem zwischen Sozialpolitik auf der einen und Wirtschaftspolitik auf der anderen Seite. Da unterscheiden wir uns schon in der sprachlichen Abgrenzung. Erklärtes Ziel der Sozialpolitik, wie Sie sie verstehen, ist die Gleichmäßigkeit der Einkommensverteilung. Auf der Suche nach diesem Ziel sind Sie in den Parteiprogrammen nicht fündig geworden. Sie haben sich dann an das geltende Recht, an § 181 RVO, gehalten. Ich gebe Ihnen eine etwas kompetentere Quelle, nämlich die Materialien des Gesetzes über Stabilität und Wachstum der Wirtschaft und die des Gesetzes über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Dort werden Sie finden, daß der Gesetzgeber das Ziel „Gleichmäßigkeit der Einkommensverteilung" bewußt nicht in den Katalog der gesamtwirtschaftlichen Ziele aufgenommen hat.

(*Oldiges:* Dann haben Sie mich doch mißverstanden!)

Gleichmäßige Einkommensverteilung ist kein erklärtes Ziel der Wirtschaftspolitik. Dadurch wird vieles von dem, was Sie vorgetragen haben, nach meiner Auffassung gegenstandslos.

Oldiges: Meine Ausführungen zur Frage der gleichmäßigen Versorgung sind offensichtlich mißverstanden worden. Ich habe nirgends dargelegt, daß zu den Zielen der Krankenversicherung gehöre, eine Gleichmäßigkeit der Einkommensverteilung aus Primär- und Sekundäreinkommen herbeizuführen. Aufgabe der Krankenversicherung ist es lediglich, dafür zu sorgen, daß eine ungleiche Einkommensverteilung nicht dazu führt, daß auch Gesundheitsleistungen nur ungleich in Anspruch genommen werden können. Die Krankenversicherung sei daher dazu da, diese Ungleichheit dadurch zu überbrücken, daß das Sachleistungsangebot für alle gleichmäßig zur Verfügung stehen müsse. Die Nivellierung der Einkommen werde in anderen Politikbereichen diskutiert. Gegen diese Position sei allerdings einzuwenden, daß die Bereitstellung gleicher Sachleistungen indirekt eine Einkommensverbesserung für den geringer Verdienenden bedeute. Vorrangig sei aber das gesundheitspolitische Ziel.

Die Gleichmäßigkeit der Versorgung wurde nicht aus § 182 RVO abgeleitet, diese Zielvorstellung enthält § 368 Abs. 3 RVO. Danach ist Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleich-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

mäßige ärztliche Versorgung zu bieten. Das Versorgungsniveau von München muß demnach praktisch auch im Bayerischen Wald vorhanden sein. Daß das, wenn man es wörtlich nimmt, nicht möglich ist, darüber muß man sich im klaren sein, aber als Zielvorstellung ist das formuliert.

Es ist auch auf die parteipolitischen Programme hingewiesen worden. Darum konnte es mir hier nicht gehen. Ich bin bei meinen Ausführungen nur von den Zielen ausgegangen, die vom Gesetzgeber in Gesetzen festgelegt worden sind und deren Umsetzung der Krankenversicherung übertragen wurde.

Herr Lenel hat von Glaubensbekenntnissen gesprochen. Ich hake das einmal hier ab, ohne darauf im einzelnen einzugehen. Nur soviel: Sie haben mich nicht nach wissenschaftlichen Thesen gefragt. Nach der Themenstellung hatte ich von den gesundheitspolitischen und wettbewerbspolitischen Zielen auszugehen. Diese habe ich definiert, soweit sie mir für meine Ausführungen erforderlich erschienen. Es war nicht meine Aufgabe, sie daraufhin zu überprüfen, ob sie wissenschaftlich haltbar sind oder nicht. Sie können aus Ihrer wissenschaftlichen Kompetenz an diesen politischen Zielvorstellungen natürlich Kritik üben. Das aber trifft nicht mich, das trifft andere. Ich will diese Kritik gerne weitergeben an diejenigen, die die gesetzlich definierten Ziele für die Krankenversicherung in der Politik vertreten.

Auch die Frage der Selbstbeteiligung ist angesprochen worden. Es wurde die These aufgestellt, daß die gesetzliche Krankenversicherung lediglich ein Minimum an Versicherungsleistungen zur Verfügung zu stellen brauche. Es genüge die Absicherung der medizinischen Grundversorgung. Das wurde im Zusammenhang mit der Selbstbeteiligung gebracht. Nach meinen Ausführungen bin ich auch insoweit von den Zielen ausgegangen, die im Gesetz enthalten sind. Das Gesetz geht nicht von einer Minimalversorgung aus. Danach ist eine optimale anzustreben. Wenn dieses aber der Rahmen für die Leistung ist — und damit komme ich auf den Finanzierungsgrundsatz —, kann die finanzielle Leistungskraft nicht nur durch diejenigen bestimmt werden, die nur ein geringes Einkommen haben. Es müssen in den Topf auch solche einzahlen, die zu den höheren Einkommensbeziehern zählen, also in der Regel solche, die durchschnittlich mehr einzahlen als sie an Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Der Überschuß dient der Finanzierung der Leistungsinanspruchnahme für geringer Verdienende. Das ist der Unterschied zur privaten Krankenversicherung. Dort gilt das sogenannte Äquivalenzprinzip. Es werden Risikogruppen nach Alter und Geschlecht gebildet. Entsprechend dieser Risikogruppen wird ein gruppenspezifischer Beitrag festgesetzt. Das Ergebnis ist, daß alte

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Menschen vielfach nicht mehr in der Lage sind, einen ihrem gesundheitlichen Risiko entsprechenden Beitrag aufzubringen.

Solche Menschen wünschen dann vielfach, noch im hohen Alter in das System der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen zu werden. Die gesetzliche Krankenversicherung muß sich dem versagen. Sie kann nicht Versicherungsschutz gegenüber solchen Mitbürgern gewähren, die niemals in ihrem Leben an dem solidarischen Umlageverfahren beteiligt waren. Das würde nur zu einer zusätzlichen Belastung derjenigen führen, die u. U. ein Leben lang ihre Beiträge in dieses System eingezahlt haben. Die private Krankenversicherung kann sich selbst einen Beitritt von Versicherten noch im hohen Alter leisten, weil sie einen dem Alter entsprechenden risikogerechten Beitrag erhebt. Allerdings übersteigt dieser oft die finanzielle Leistungsfähigkeit.

Damit komme ich auf das amerikanische Prinzip zu sprechen. Dort wird der Krankenversicherungsschutz im wesentlichen über private Versicherungsträger durchgeführt. Als Auffangbecken bestehen für besondere Fälle und für den Krankenversicherungsschutz im Alter zwei staatliche Sicherungssysteme: Medicare und Medicaid. Wie gesagt handelt es sich dabei um einen staatlichen Gesundheitsdienst. Ich möchte bezweifeln, ob es zweckmäßig ist, im Gesundheitswesen staatliche Absicherungen nur für Teilbereiche durchzuführen. In der Bundesrepublik Deutschland gilt als Auffangbecken die Sozialhilfe. Die Aufwendungen dafür fallen dem Steuerzahler zur Last. Politisch ist stets die Linie verfolgt worden, die Krankenversorgung auch für Randgruppen nicht diesem System anzulasten. Auch sogenannte Randgruppen wurden in das System der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Deren Aufwendungen werden in der solidarischen Gemeinschaft mitfinanziert. Sicherlich ist es eine politische Entscheidung, ob man eine Lastenverteilung über die Steuer oder über das Krankenversicherungssystem für zweckmäßiger hält. Im Gesichtspunkt der Versorgung ist eine Absicherung über die Krankenversicherung zweifellos zu bevorzugen.

Lenel: Ich darf die Zwischenfrage stellen, was wir damit gewonnen haben, wenn wir neben den Block Staat den Block Sozialversicherung setzen. Was haben wir damit gewonnen, wenn wir wegen einer relativ geringen Zahl, die ich über die Sozialhilfe erfassen würde, ein umfassendes Sozialversicherungssystem haben, in das alle einbezogen werden, die in die Sozialhilfe zum größeren Teil nie hineinkämen?

Oldiges: Dieses Problem berührt die Grundordnung unseres Sozialversicherungssystems. Die Frage ist, welche Abgrenzung bei einem Nebeneinander von privater Krankenversicherung, gesetzlicher Krankenversicherung und staatlicher Absicherung zu finden ist. Dabei kann man

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

den Rahmen für die Sozialhilfe als Instrument der staatlichen Absicherung bei Krankheit sehr weit oder sehr eng ziehen. Man kann das Leistungsniveau sogar unter dem Existenzminimum ansetzen. Das sind letztlich politische Entscheidungen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß der Kreis der Personen, der das Existenzminimum nicht überschreitet, relativ groß ist, denn Existenzminimum kann hier nicht als physisches, sondern wohl nur als soziales Minimum verstanden werden. Der Staat wird aus vielerlei Gründen die Grenze hierfür relativ hoch ansetzen müssen. Je höher die Grenze ist, desto mehr Mitbürger würden von einem solchen staatlichen Absicherungssystem erfaßt. Von den rund zehn Millionen Rentnern würde z. B. ein sehr großer Teil dazu gehören. Dieser Personenkreis ist heute durch das solidarische Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung davor geschützt, im Alter in ein anderes Absicherungssystem überwechseln zu müssen, in dem andere Bedingungen gelten als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Solidarische Absicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet dabei sicherlich zugleich, daß auch der Staat entlastet wird. All dieses sind Fragen unserer gesellschaftlich-ökonomischen Ordnung. Die Grundfrage, die hier angeschnitten wird, ist, ob und inwieweit es zwischen der privaten und einer staatlichen Absicherung bei Krankheit eine gesetzliche Krankenversicherung in Selbstverwaltung auf der Grundlage einer Zwangsmitgliedschaft bestimmter Bevölkerungskreise geben soll. Letztlich ist dieses eine gesetzlich bestimmte Selbsthilfe. Meines Erachtens ist dieses ein Grundelement unserer gesellschaftlich-ökonomischen Ordnung. Würden die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht bestehen oder würden sie kraft ihres gesetzlichen Auftrages nur einen relativ kleinen Personenkreis betreuen dürfen, würde sich nach meiner Auffassung der unmittelbare staatliche Einfluß auf diesem Gebiet erheblich ausweiten. Im übrigen scheint diese gesetzliche Krankenversicherung gar nicht so schlecht zu sein, wie sie oft hingestellt wird. Rund 90 Prozent unserer Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Etwa vier Millionen davon zuzüglich ihrer mitversicherten Familienangehörigen sind freiwillig versichert. Warum sucht dieser Personenkreis seinen Versicherungsschutz nicht bei der privaten Krankenversicherung? Denn so billig ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht! Sicherlich sind darunter schlechte Risiken, die in der privaten Versicherung entweder überhaupt keine Aufnahme mehr finden können oder nur mit einer erheblichen Zusatzprämie. Wenn es nun die gesetzliche Krankenversicherung mit der Möglichkeit des freiwilligen Beitritts nicht gäbe, sollten diese Menschen ihren Krankenversicherungsschutz etwa nur über staatliche Absicherungssysteme erhalten oder nur unter erheblicher Reduzierung ihres frei verfügbaren Einkommens? Ich bin der festen Überzeugung,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

daß wir in einem sozial befriedeten Staatswesen eine Pflichtversicherung mit solidarischer Finanzierung notwendig haben, um den sozial Schwachen einen für sie finanziell verkraftbaren, angemessenen Gesundheitsschutz zu gewährleisten. Dieses System aber kann nur dann funktionieren, wenn in diese Solidargemeinschaft auch die Höherverdienenden einbezogen werden. Soziale Schwäche darf nicht gleichgesetzt werden mit staatlicher Fürsorge. In unserem vom Grundsatz her freiheitlichen Gemeinwesen müssen davor alle Möglichkeiten der Selbsthilfe in Selbstverantwortung ausgeschöpft werden. Dazu zähle ich auch den gesetzlich festgelegten Zwang zur Solidarität in Selbstverantwortung der Betroffenen.

In diesem Zusammenhang ist die Frage des Wettbewerbs unter den Krankenkassen angesprochen worden. Damit ist der Wettbewerb unter den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und mit der privaten Krankenversicherung andererseits gemeint. Unmittelbar angesprochen sind bei dieser wettbewerblichen Auseinandersetzung z. B. die rund vier Millionen freiwillig Versicherten. Das sind — wie ich bereits ausgeführt habe — zum Teil gute, zum Teil schlechte Risiken. Man muß sich daher sehr genau überlegen, welches System und welcher Krankenversicherungsträger für sie die preiswertere Sicherung bei Krankheit bietet. Die Wahlentscheidung kann sich kaum an Augenblicksbedingungen orientieren. So muß bei einem Vergleich sicherlich stets die Belastung im Alter mit in die Überlegungen einbezogen werden. Für einen Beamten oder überhaupt für den öffentlichen Dienst stellt sich diese Frage nicht in gleicher Schärfe, weil dort neben der Grundsicherung durch die private oder die gesetzliche Krankenversicherung das Beihilfesystem besteht. Im Grunde ist die einmal getroffene Entscheidung über den Krankenversicherungsschutz eine Entscheidung, die für das gesamte Leben Gültigkeit haben sollte. Nur unter diesem Aspekt sind die Auswahlentscheidungen auch für den Konkurrenzkampf unter den Versicherungsträgern von Interesse, weil sich nur so intertemporär individuelles und kollektives Risiko ausgleichen lassen. Dieser Wettbewerb zwingt auch Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie es die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sich wettbewerbsgemäß zu verhalten und ihre Organisation danach auszurichten. So gibt es sicherlich einen gewissen Service- und auch Imagewettbewerb. Die Wettbewerbssituation verhinderte eine Erstarrung des Systems und ist insgesamt einer gesunden Weiterentwicklung förderlich.

Langmann: Ich knüpfe an einige Bemerkungen zur Leistungsfähigkeit der verschiedenen Krankenkassensysteme an. Selbstverständlich muß letzten Endes die Entscheidung, welches Versicherungssystem ich wähle, eine lebenslange sein. Bei dem Vergleich der gesetzlichen Kran-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

kenkasse mit der privaten Krankenkasse muß daher auch hier der Vergleich über eine Lebensperiode gezogen werden. Die Tatsache, daß ich bei der privaten Krankenkasse in jungen Jahren wegen des geringeren Krankheitsrisikos niedrigere Beiträge zu zahlen habe, dafür aber im Alter höhere, mag für einen jungen Menschen zunächst vorteilhaft erscheinen. Für den Systemvergleich selber muß man aber die Lebenszeit berücksichtigen, sonst erhält man ein falsches Bild.

Für den Normalverbraucher ist aber der Vergleich der Leistungsfähigkeit der Kassen in einem Prozeß, bei dem man sich eine Lebenskurve bilden muß, nicht möglich. Er sieht den aktuellen Punkt und nicht die Lebenszeit. Wenn die privaten Krankenkassen ihre lebenslangen Leistungen herausstellen würden, würden sie der gesetzlichen Krankenkasse, soweit Wettbewerb besteht, vermutlich das Leben schwerer machen.

Zur Frage Sozialhilfe und Existenzminimum meine ich, es sei weiser, diese beiden Faktoren nicht miteinander zu koppeln. Was Existenzminimum ist, darüber kann man verschiedener Meinung sein. Die Sozialhilfe dient aber — das wurde meines Erachtens zu Recht hier ausgeführt — auch anderen Zwecken als nur der rein physischen Existenzsicherung. Wer viel herumkommt, der weiß, wie unterschiedlich die Auffassungen über Existenzminimum sind.

Es gibt einen anderen Punkt, der problematisch ist, nämlich das Ausweiten dieses Systems der sozialen Hilfen. Es kann dazu führen, daß die früher übliche und normale familiäre Hilfe in ihrer Bedeutung herabgesetzt wird. Hiermit sind auch ethische Grundlagen unserer Gesellschaftsordnung — hier nicht politisch gemeint — angesprochen.

Am Anfang des Vortrages von Herrn Oldiges wurde ein anderes Problem herausgearbeitet. In Anlehnung an eine Bemerkung von Herrn Kaufer stellte er die Frage, wie man die Leistungen für Arzneimittel bei geringfügigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen abfangen kann. Der entscheidende Punkt, Herr Oldiges, darf dabei nicht sein, daß man an einzelnen Merkmalen, wie zum Beispiel der Publikumswerbung, ansetzt. Hier muß das System selber dieses Problem auffangen, wovon Herr Kaufer sprach. Es ist ganz klar, daß Werbung den gesetzlichen Krankenkassen äußerst unsympathisch sein muß; sie sind ja gegen Werbung. Alles, was mit Wettbewerbsverstärkung zu tun hat, ist ihnen der Natur nach zuwider, etwas pointiert ausgedrückt. Immer, wenn man die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln von bestimmten einzelnen Kriterien abhängig macht — also zum Beispiel von der Tatsache, ob für das Arzneimittel beim Laienpublikum geworben wird —, setzen enorme Wettbewerbsverzerrungen ein. Es ist anzuerkennen, daß versucht wor-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

den ist, nach Regelungen zu suchen, die diese Wettbewerbsverzerrungen ausschließen. Sie haben selber berichtet, wo die Schwierigkeiten liegen.

Im Grundsatz geht es dabei um die Korrektur einer Fehlkonstruktion. Das, was geringfügig ist oder nicht, hängt ja auch von dem subjektiven Befinden des Betreffenden ab. Ein schwerer Schnupfen oder eine schwere Erkältung wird zum Beispiel von dem einzelnen durchaus als nicht geringfügig angesehen werden, auch wenn aus allgemeiner Sicht dies anders sein mag. Es ist auch gar nicht einzusehen, daß ein Arzneimittel, für das auch publikumsmäßig geworben wird, aus der Erstattungspflicht herausgenommen werden soll. Ein überzeugendes Argument dafür gibt es nicht. Es gibt aber ein überzeugendes Argument dagegen, daß nämlich diese Arzneimittel, die — ich sage es vorsichtig — durchaus wirkungsvoll sein können, im Zuge der Selbstmedikation eine für das System kostendämpfende Wirkung haben. Wenn ich wegen eines Mittels, das den Schnupfen reduziert, erst zum Arzt gehen muß, um es verschrieben und dann erstattet zu bekommen, und die Erstattung nur bei den Arzneimitteln erlaubt ist, für die publikumsmäßig nicht geworben wird, dann schadet sich das System doch selber. Die Kassen dürften doch nicht den Verkauf solcher Arzneimittel durch die Erstattung der Kosten prämiieren, die ihr System belasten, und den Verkauf solcher Arzneimittel daher wettbewerbsmäßig benachteiligen, der ihr System entlastet.

Das ist der Punkt, den ich in der ganzen Argumentation wirklich nicht verstanden habe. Im übrigen, wenn es richtig ist, daß Arzneimittel auch Waren sind, die dem Wettbewerb unterliegen sollen, dann muß auch die Werbung ein legitimes Argument sein. Hierbei dann an Erstattung oder Nichterstattung anzuknüpfen — da ist irgendwo ein Systemfehler.

Kaufer: Herr Buchholz hatte die These vertreten, daß die gesetzlichen Krankenkassen nur wenig Macht besitzen. Wenn ich dies richtig interpretiere, ist sie deshalb gering, weil damit Nachfragemacht im Sinne von Gegenmacht gemeint ist. Wo ist die Gegenmacht der gesetzlichen Krankenversicherung? Wenn ich das traditionell auf die Markttheorie anwende, würde ich sagen, da kann zur Zeit nur wenig Gegenmacht sein. Gegenmacht ist ohnehin eine falsche Kategorie, weil es sie nicht gibt. Gegenmacht, wenn sie funktioniert, ist immer potentielle Konkurrenz. Es ist die Drohung des Nachfragers, selber zu produzieren und selber produzieren zu können. Deshalb gibt es nicht wirklich die Kategorie Gegenmacht. Ich bezeichne das wettbewerbstheoretisch als potentielle Konkurrenz. Potentielle Konkurrenz sehe ich zur Zeit bei den Kassen nicht. Ich würde also zustimmen: Unter diesem Aspekt wird dort wenig Macht sein.

Nun wird Macht auch noch in einer anderen Richtung gemeint. Es ist der Versuch, die potentielle Konkurrenz dadurch zu ersetzen, daß man

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

in einer Konzertierten Aktion einige Gruppen zusammenschließt, die einen Verteilungskampf austragen. Das ist sozusagen die alte Idee der prästabilisierten Harmonie, die man früher den Wettbewerbsleuten vorgeworfen hat. Man sagt, das wird sozialpolitisch irgendwie schon ein günstiges Ende nehmen. Das ist auch die Konzeption von Herrn Oldiges. Er sagt, sie sitzen da in der Gruppe, das sei Wettbewerb. Ich habe noch nie gewußt, daß so etwas Wettbewerb ist,

(*Oldiges*: Das habe ich doch gar nicht gesagt!)

wo es also massiv um Verteilungsfragen geht. Das führe auch noch zu sozialpolitisch verträglichen Regeln.

Damit komme ich zu dem „Wieselwort" Sozialpolitik. Darin sehe ich insofern eine ganz große Gefahr, als wir im politischen Bereich eine zunehmende Zentralisierung und Vergrößerung der Entscheidungseinheiten feststellen, auch wenn es Zwangskollektive sind. Sie haben zum Schluß sehr oft von der Krankenkasse als einer Solidargemeinschaft gesprochen. Diese Solidargemeinschaft ist eine große Gruppe, von der wir verlangen, sie solle solidarisch empfinden, aber gleichzeitig hat jeder einzelne einen Anreiz, die Solidargemeinschaft zu mißbrauchen. Wenn eine Solidargemeinschaft Ressourcen verschwendet, dann verschwendet sie die Fähigkeit des Menschen, Solidarität zu empfinden. Ich möchte an den berühmten Vortrag von Sir Denis Robertsen erinnern: Was tun die Ökonomen? Er hat gesagt, die Ökonomen sind die einzigen Leute, die mit der knappsten Ressource, die es auf der Welt gibt, nämlich der Fähigkeit des Menschen, Liebe zu empfinden, sparsam umgehen können.

Damit komme ich wieder zum Ökonomischen zurück. Wenn es uns gelingt, das System der Krankenversicherung ökonomischer zu machen, dann muß ich das „Wieselwort" sozial herausnehmen, wonach man die Menschen zu irgendwelchen Gruppen zusammenschließt und sie zwingt, den nächsten zu lieben, den sie überhaupt nicht sehen können. Der nächste ist dann irgendeiner, der das Krankenversicherungssystem mißbraucht. Das ist die Crux, die wir sehen: Die ganze Sozialpolitik führt zu einer Brutalisierung der Gesellschaft, weil viele der Werte, die dem einzelnen wichtig sind, nur in einem kleinen Verband, in einem kommunalen Verband oder in der Familie, aber nicht in irgendeinem gigantischen Versicherungskollektiv, das 80 bis 90 Prozent der Bürger der Bundesrepublik als Mitglieder hat, gelebt werden können.

Das ist meines Erachtens das große Problem. Das alles mit dem Zauberwort „sozial" zuzudecken, halte ich für eine massive Verfälschung von dem, was da passiert.

Oldiges: Es scheinen mir einige Klarstellungen erforderlich zu sein. So habe ich nicht ausgeführt, daß in der Konzertierten Aktion selbst

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Wettbewerbsprozesse stattfinden. Ich habe lediglich darauf hingewiesen, daß für das System der gesetzlichen Krankenversicherung Orientierungsdaten erforderlich sind, die die Grenze dessen aufzeigen, was wirtschaftlich verkraftbar ist. Die Findung dieser Grenze obliegt nach dem jetzt praktizierten Regelmechanismus in der Konzertierten Aktion und der Umsetzung über Verträge den Leistungserbringern, nicht dem Staat. Das ist ein Abstimmungsprozeß unter den unmittelbar Beteiligten, die sich dabei z. B. Daten des Jahreswirtschaftsberichts bedienen. Das hat meines Erachtens nichts mit Wettbewerb zu tun. Ob dieses hoheitliche Funktionen sind, kann nach meiner Meinung dahinstehen, wenn man anerkennt, daß solche Orientierungsdaten notwendig sind. Bei der Abstimmung über diese Orientierungsdaten ist auch der Patient vertreten. Die Vertretung des Patienten nehmen für sich viele Gruppen in Anspruch, so beispielsweise die Ärzte, die Gewerkschaften und die Krankenkassen. Aber auch die Arbeitgeber machen stets geltend, daß sie bei ihren Überlegungen das Wohl der Patienten im Auge haben.

Ich habe auch nicht gesagt, daß bei der Festlegung der Liste nach § 368 p Abs. 8 RVO die Publikumswerbung alleiniger Anknüpfungspunkt sei. Bei meinen Ausführungen mag das so geklungen haben. Ich wollte jedoch nur darauf hinweisen, daß dieses ein Indiz dafür sein kann, ob ein bestimmtes Arzneimittel seiner allgemeinen Anwendung nach nur bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet wird. Es sind weitere Kriterien notwendig, bei denen auch die Erfahrungen der Ärzte und der Pharma-Industrie zur Geltung kommen müssen. Allerdings muß der Entscheidungsprozeß transparent und hinreichend bestimmbar sein, weil die Hersteller von Arzneimitteln sich bei ihren Entscheidungen danach richten müssen.

Heuß: Sie, Herr Oldiges, haben Staat und Sozialversicherung gegenübergestellt. Das ist eine unzweckmäßige Unterscheidung, soweit es sich um das Phänomen Zwang handelt. Zwang geht von der staatlichen Gewalt bzw. von der von ihr erlassenen Rechtsordnung aus. Es stellen daher die Sozialversicherungsbeiträge Steuern dar, denen wir uns nicht entziehen können.

Hier ist häufig von Wettbewerb und Wettbewerbsverzerrungen auf dem pharmazeutischen Sektor gesprochen worden. Bei den bisherigen Industriestudien der Arbeitsgruppe Wettbewerb konnte immer von einer normal verlaufenden Nachfrage ausgegangen werden. Ohne eine solche kann ein Wettbewerb nicht funktionieren, da ihm sonst die eigentliche Orientierung fehlt. Auf dem pharmazeutischen Markt haben wir die eigenartige Situation, daß aus institutionellen Gründen die Endnachfrage die Medikamente als ein freies Gut betrachtet, allerdings be-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

steht über die Prämienhöhe eine gewisse Rückkoppelung, der sich aber der Arbeitnehmer nicht bewußt ist und sie daher auch nicht in seinem Verhalten berücksichtigt.

Wir haben uns noch nicht genügend klargemacht, was es bedeutet, wenn man in der Nachfrage kein Regulativ mehr besitzt. So sind es faktisch Steuermittel (Prämien), mit denen die pharmazeutische Forschung finanziert wird. Mangels eines sachgerechten Kriteriums für die Höhe der Arzneimittelaufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen kommt man dann zu derartigen Verlegenheitskriterien wie demjenigen, daß diese im selben Verhältnis wie das Bruttosozialprodukt steigen sollen. Selbstverständlich ist das willkürlich und hat mit Rationalität nichts zu tun. Aus dieser mißlichen Situation werden wir solange nicht herausfinden, wie wir nicht zu einer normal verlaufenden Marktnachfrage zurückfinden, die preisbewußt ist und damit auch eine Orientierung für den Wettbewerb geben kann. Es hat mich besonders verwundert, daß Sie sich recht zurückhaltend über die Konkurrenz der einzelnen Kassen geäußert haben. Sie sprachen von verschiedenen Prämiensätzen, die auf unterschiedliche Risiken zurückgehen. Das mag eine Erklärungsgröße sein, neben der es aber noch andere gibt. Wir sollten im Auge behalten, daß Prämien nichts anderes als einen Preis darstellen. Wenn eine Unternehmung zu einem tieferen Preis anbietet, so kann dahinter auch eine bessere Leistung, ein geringerer Aufwand usw. stehen. Es muß nicht nur die von ihnen angeführte Größe sein.

Wenn die Krankenkassen wirklich im Wettbewerb miteinander stehen, so müßten sie von sich aus interessiert sein, ihre Aufwendungen zu reduzieren, u. a. gegenüber den Ärzten. Es ist auffallend, wie wenig ihnen in dieser Hinsicht eingefallen ist. Hier gibt es noch ein weites Betätigungsfeld für den Wettbewerb. Auf jeden Fall machen wir uns die Sache zu einfach, wenn wir ihn darauf reduzieren, daß Pfiffige verstehen, sich nur die guten Risiken auszusuchen.

Hamm: Es scheint mir zweifelhaft, ob tatsächlich sämtliche Patienten in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen gleichgestellt sind. Ich erwähne zum Beispiel das Verhältnis von Ersatzkassen zu Ortskrankenkassen. Es gibt Gesundheitspolitiker, die z. B. nicht erfreut darüber sind, daß in Bonn der Anteil der Ersatzkassen-Patienten so übermäßig hoch ist, was seinen Grund in der großen Zahl der Beamten hat. Zu beseitigen wäre dies nur durch Einführung der Einheitspflichtversicherung. Tatsächlich besteht jedoch z. B. durch private Zusatzversicherungen ein erhebliches Maß an Ungleichheit in der Patientenversorgung. Man sollte dem einzelnen auch durchaus die Wahlmöglichkeit offenhalten, ob er sich durch eine private Zusatzversicherung zu einer Art Privatpatient

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

verwandelt oder ob er ausschließlich auf die Pflichtversicherung bauen will.

Zu den Arzneimittelhöchstbeträgen vertrat Herr Oldiges die These, sie erlaubten den medizinischen Fortschritt, der als notwendig und effektiv anzusehen ist, und würden auch eine nachfragegerechte Leistungsausweitung ermöglichen. Dahinter steht wohl offensichtlich die Vorstellung, daß eine proportionale Entwicklung der Einkommen und der Nachfrage nach Gesundheitsdiensten eintritt. Eine Einkommenselastizität von eins — das wäre genau das, was Sie ansprechen — ist aber der Ausnahmefall — das möchte ich ganz deutlich sagen — auf allen Märkten. Warum kann man eigentlich wie selbstverständlich davon ausgehen, daß bei den Gesundheitsdiensten nicht nur heute und morgen, sondern über längere Zeit hinweg eine Einkommenselastizität von eins realisiert wird? Ich halte das für eine ziemlich heroische Annahme. Auch Ihre Aussage zur Flexibilität ist nicht ganz befriedigend. Denn die im Gesetz vorgesehene Flexibilität ist falsch konstruiert. Wenn man auf Praxiskosten abstellt, dann bedeutet das, daß die Ärzte kaum versuchen werden, Kosten zu vermeiden. Es ist überaus schwierig, im Wege der sorgfältigen Kontrolle der Kosten nachher festzustellen, was hier überdimensioniert ist und was nicht. Man hat vom Gesetzgeber ein falsches Kriterium gewählt, wenn man von den Praxiskosten spricht. Wenn ich es recht sehe, überlegen es sich die Ärzteverbände sehr genau, in welcher Weise sie diese Tür, die ihnen der Gesetzgeber hier öffnet, möglichst weit aufstoßen können.

Dasselbe gilt für die Preisentwicklung bei den Arzneimitteln der Pharmaindustrie, wenn man das flexible Element mit hineinnimmt. Es ist doch klar, daß unter der Hand in der pharmazeutischen Industrie Überlegungen ausgelöst werden, wie sie das einzige flexible Element, das der Gesetzgeber noch offenhält, nämlich die Preisentwicklung, so beeinflussen können, daß es für sie vorteilhaft ist. Es sind genau die falschen Kriterien gewählt worden im Hinblick darauf, daß man nach Möglichkeit Höchstbeträge einhalten möchte.

Eine Anmerkung zu der Behauptung, die Kostensenkung würde schon durch die Herstellung funktionierender Märkte erzielt: Das ist nicht der Fall, jedenfalls solange nicht, wie man falsche Anreize setzt und überhöhte Nachfrage verursacht. Da nützen die funktionsfähigen Märkte nichts. Dieses Problem wird auch durch die beste wettbewerbliche Ordnung eines Marktes nicht gelöst.

Die Konzertierte Aktion wird ihre Leistungsfähigkeit erst bei noch weitgehenderen Knappheitssituationen beweisen können. Bei härteren Verteilungskämpfen wird jeder der Beteiligten zunächst einmal an den

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

eigenen Geldbeutel denken. Das eigene Einkommensinteresse steht immer an vorderster Stelle. Infolgedessen wird jeder um einen möglichst großen Anteil an diesem gemeinsamen Kuchen kämpfen. Wo bleiben eigentlich die Interessen der Patienten dabei, wenn das Einkommensinteresse der Beteiligten wirklich an erster Stelle steht? Auch hier sind die falschen Ausgangspunkte gewählt worden. Es wird nicht nach der sozialpolitisch, gesundheitspolitisch oder wettbewerbspolitisch gesamtwirtschaftlich besten Lösung gesucht werden, sondern jeder der Beteiligten wird sehen, daß sein Portemonnaie möglichst gefüllt wird.

Wie sieht es mit den Anstrengungen der relativ teuren Kassen aus, aus eigener Kraft ihre Wettbewerbsposition zu verbessern? Ich verweise darauf, daß es Ermessensspielräume bei der Genehmigung und der Zusage bestimmter Leistungen gibt. Wie wäre es, wenn eine Kasse, die außerordentlich großzügig ist, ihre Ermessensspielräume bei der Zusage von Leistungen extensiv benutzt, damit ihre Kosten nach oben treibt und von den anderen irgendwelche Finanzausgleichsmaßnahmen oder ähnliches erzwingen könnte? In diesem Falle muß man in erster Linie — das klang schon an — an die relativ teuren Kassen appellieren und von ihnen den Nachweis verlangen, daß sie von sich aus alles getan haben, um ihre ungünstige Kostenstruktur zu verbessern. Ich sehe auch die Grenzen dieser Nachweismöglichkeit, aber zumindest müßte man verlangen, daß ernsthafte Anstrengungen in dieser Richtung unternommen werden.

Röper: Die Diskussion ist zum Teil von der Wettbewerbspolitik weit weggegangen hin zur Gesundheitspolitik, wobei die Machtfrage relativ wenig behandelt wurde. Ich hatte die Überzeugung gewonnen, daß die gesetzlichen Krankenkassen einen beachtlichen Machtfaktor darstellen, sowohl im politischen System allgemein als auch in den sonstigen Machtrelationen.

Buchholz: Ich komme zu dem, was Kollege Hamm zum Finanzausgleich ausgeführt hat. Für Herrn Oldiges und mich war es interessant zu hören, was ein Kreis von gelehrten Herren, die sehr bewußt die Gesellschaft, ihre Strukturen und ihre Entwicklungen kritisch beobachten, zu diesem Thema gesagt hat. Zum Wettbewerb möchte ich meinerseits sagen, daß dieser Wettbewerb durchaus auch seine Schattenseiten hat. Als Ortskrankenkassenmann sollte man nicht hintanstehen, diese Schattenseiten aufzuzeigen. Die viereinhalb Millionen, von denen Herr Oldiges sprach, sind ein Polster, von dem wir nicht wissen, wie lange wir es noch haben werden. Ich will gar nicht grau oder schwarz malen. Im Augenblick sieht es so aus, als ob die Beitragssatzentwicklung zu Lasten der Ortskrankenkassen und nicht zu deren Gunsten verläuft. Wenn die Entwicklung so weitergeht mit weitestgehend gleicher ärzt-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

licher, medizinischer Behandlung und steigenden Beitragssätzen zu Lasten der Zwangsmitglieder bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, werden Sie sich sehr rasch ausrechnen können, wohin dieser Weg führt. Deswegen wolle man bitte das, was hier über Wettbewerb unter gesetzlichen Krankenkassen — wozu wir die Ersatzkassen zählen — gesagt wurde, ernst nehmen.

Zur Frage des Finanzausgleichs kann ich versichern, daß die Diskussion darüber in den Ortskrankenkassen begonnen hat, und zwar zunächst einmal innerhalb einer eigenen Kassenkategorie und nicht gleich zusammen mit den anderen; denn das wäre ein weiterer Schritt, den wir aus eigener Vollkommenheit gar nicht unternehmen könnten. Dazu brauchten wir den Gesetzgeber als Helfer. Die Problematik möchte ich an zwei Beispielen aufzeigen. Nehmen Sie die AOK Sindelfingen. Sie werden sich sehr leicht vorstellen können, wie deren Grundlohnsumme mit Daimler Benz, IBM und anderen Firmen aussieht. Nehmen Sie eine Vergleichskasse in Schleswig-Holstein, dann brauche ich nicht viel zu sagen. Berücksichtigen Sie bitte auch die durchgängige Autonomie in allen drei Ebenen. Die Satzungsautonomie, die die Beitragsautonomie einschließt, gilt für die Einzelkasse ebenso wie für den Landesverband und für den Bundesverband. Nun bringen Sie die solchermaßen autonomen Böblinger und Sindelfinger dazu, für die ebenso autonomen Schleswiger auf dem Wege des Finanzausgleichs etwas zu tun, und das Ganze freiwillig. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit dazu gegeben. Die Diskussion darüber ist im Gange; wohin sie führen wird, muß man sehen.

Was die Grundlohnsumme, die Entwicklung der Ausgaben sowie die Einkommenselastizität anlangt, ist richtig gesehen worden, daß in diesem Zusammenhang der Höchstpreisgedanke im Hintergrund steht. Irgend etwas mußte einmal geschehen. Es mußte so geschehen, daß es mit einiger Glaubwürdigkeit in der Gesellschaft ankommen konnte. Es hat kein Gremium gegeben, in dem z. B. festgelegt werden konnte, welche Höhe des ärztlichen Einkommens als genug, welches als zuviel anzusehen ist. Man hat eine Hilfsgröße angegeben, an der man sich orientieren soll. Zugegeben, die Probleme, die Herr Hamm aufgezeigt hat, sind durchaus vorhanden. Im Gesetz steht nicht, daß nur die Entwicklung nach oben gemeint ist. Darin ist schon eine gewisse Flexibilität eingebaut. Wie realistisch diese Erwartung ist, darüber mögen Sie sich äußern.

Ein kritisches Wort zum Preis als Steuerungsinstrument. Es ehrt Ökonomen, wenn sie den Preis als Steuerungselement ganz oben ansetzen wollen. Ich habe ein wenig den Eindruck, daß Sie überall dort den Preis genommen haben, wo Preis oder Beitrag des Patienten gemeint ist. Sie

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

haben das Gefühl — vielleicht auch die Einsicht —, das Individuum, der einzelne könnte in diesem System und bei den Auseinandersetzungen darum zu kurz kommen. Darum wollen Sie das Individuum wieder mit einbinden, und daher auch die dahingehenden präzisen Überlegungen. Ich hatte nicht so sehr den Eindruck, daß Sie dort auch die Preiselemente obenanstellen, wo es mehr um kollektiv vereinbarte Preise geht. Wenn ich irre, bitte ich, das zu korrigieren.

Meinen Hauptbeitrag wollte ich zu den Ausführungen von Herrn Lenel und Herrn Kaufer leisten. 1872 wurde der Verein für Socialpolitik gegründet, dessen Arbeitsgruppe hier zusammensitzt und diskutiert. Dieser Verein hat damals nicht wenig dazu beigetragen, die erste industrielle Revolution in Deutschland sozialpolitisch ein wenig unter Kontrolle zu bekommen. Er hat die Dinge in Gang gesetzt, die sich demnächst zum hundertsten Mal jähren werden. Vor Ende des Zweiten Weltkriegs hat es bereits die Diskussion um die Ordnung der Wirtschaft nach Beendignug des Weltkriegs gegeben. Das war ein Spezifikum; ich bitte, mir nachzusehen, wenn ich das in diesem Kreise sage. Ich sage es auch deshalb, weil nicht alle Nationalökonomen sind. Inzwischen ist vielfach nachgewiesen worden, welche Auswirkungen die ordnungspolitische Literatur hatte bis hin auf die Gesetzgebung, auf die Gestaltung und Auslegung des Grundgesetzes usw. Bis auf den heutigen Tag hat es weder vom Verein für Socialpolitik noch von unserer Wissenschaft insgesamt die Ergänzungen gegeben, die ich — jedenfalls für meine Begriffe — akzeptieren könnte, um die Lücke zu schließen, die aus jener Diskussionsphase übriggeblieben ist. In diesem Zusammenhang bitte ich darum, dies auch zu realisieren. Leute aus der Praxis werden in guter Absicht hierher gebeten. Mit ihnen werden Fragen der sozialpolitischen Realität dieses Landes diskutiert. Es werden Maßstäbe angesetzt, die uns allen nicht fremd sind. Ich möchte Sie bitten, es mir nachzusehen, wenn ich nach dem ordnungspolitischen Beitrag unserer Disziplin für die sozialpolitische Ordnung dieses Landes nachfrage.

Nun noch zum Sozialen speziell. Ich habe zufällig über das „Wieselwort" sozial gelesen und weiß, worauf es bezogen ist. Ich habe nicht den Eindruck, daß man soziales Empfinden, rationales Verhalten oder ökonomisches Verhalten als Gegensätze ausgeben sollte. Die gestaffelten Beitragssätze zur sozialen Krankenversicherung sind ein konstitutives Element der sozialen Krankenversicherung im Verhältnis zur privaten; darauf hat Herr Oldiges hingewiesen. Es ist gewollt, dies ist eine politische Entscheidung. Man sagt dazu, das sei sozial. Von mir aus nenne man es anders, das ist gar nicht das Entscheidende. Dann haben Sie ein Anspruchssystem, wir nennen das auch so. Herr Oldiges hat das in seinem Referat unterschieden. Es gibt das Finanzierungs- und

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

das Sachleistungssystem. Für Ihre Beiträge bekommen Sie Leistungen zur Verfügung gestellt in Sachform, gleichgültig in welcher Höhe Sie Leistungen erbracht haben. Dann brauchen Sie sich aus sozialem Empfinden nicht zurückzuhalten. Sie brauchen auch nicht unrational zu sein, wenn Sie die Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht in Anspruch nehmen. Mit „empfinden" würde ich in diesem Zusammenhang gar nicht argumentieren. Das ist nicht das Problem. Es kommt auf das Verhalten an. Derjenige, der Sachleistungen in Anspruch nimmt, und zwar die, die ihm zur Verfügung stehen, worauf er einen Rechtsanspruch hat kraft seines Beitrags, der ist deshalb nicht weniger sozial als ein anderer, der sich vielleicht zurückhält.

Ich würde es, Herr Lenel, dankbar begrüßen, wenn der Teil der Ökonomen, der sich mit Ordnungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt, auch die Sozialkomponente aufgriffe und sie nicht nur den Sozialpolitikern überließe. Gerade Ihr Beitrag und der von Herrn Kaufer haben mich sehr ermutigt, dieses Zusammensein heute zu nutzen und diesen Appell noch einmal auszusprechen.

Lenel: Was Sie sagen, Herr Buchholz, ist grundsätzlich richtig. Nicht richtig ist zwar, daß sich der Kreis um Sozialpolitik nicht gekümmert habe. In dem Jahrbuch „ORDO" sind mehrere sozialpolitische Beiträge erschienen. Das Problem liegt darin, daß es leider relativ wenig ordnungspolitisch Interessierte gibt, die sich intensiv mit Sozialpolitik befassen und die bereit sind, einen solchen Aufsatz zu schreiben. Ich gestehe Ihnen, ich schreibe eben relativ mehr über Wettbewerbspolitik. Sie können sagen, das hätten Sie nicht tun dürfen. Vielleicht folge ich einmal Ihrer Ermahnung. Übrigens hat auch Herr von Hayek eine Reihe sozialpolitischer Bemerkungen eingeflochten.

Röper: Auf die Notwendigkeit einer sozialen Grundplanung als Ergänzung des marktwirtschaftlichen Systems wurde Anfang der fünfziger Jahre hingewiesen[1]. Alfred Müller-Armack schrieb 1954: „Sinn der sozialen Marktwirtschaft ist es, das Prinzip der Freiheit auf dem Markte mit dem sozialen Ausgleich zu verbinden ... Der marktwirtschaftliche Einkommensprozeß bietet der Sozialpolitik ein tragfähiges Fundament für eine staatliche Einkommenumleitung, die in Form von Fürsorgeleistungen ... die Einkommensverteilung korrigiert."[2]

Woll: Herr Buchholz, Sie haben mit guten Gründen an die Geschichte dieses Vereins erinnert. Sie haben das Entstehen der deutschen Sozialversicherung in den 80er Jahren damit in Verbindung gebracht. Man sollte jedoch im Auge halten, daß Sozialversicherung damals öffentliche

[1] *B. Röper,* Die Konkurrenz und ihre Fehlentwicklungen, Berlin 1952, S. 240.

[2] *A. Müller-Armack,* Artikel „Soziale Marktwirtschaft", in: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, 9. Bd. (1956), S. 390, 391.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Sozialhilfe war und daß Sozialpolitik heute seiner Natur nach etwas völlig anderes geworden ist. Die Frage lautet, ob eine Sozialpolitik, die auf das soziale Existenzminimum abhebt, in reichen Volkswirtschaften als besonderer Bestandteil der Wirtschaftspolitik kontradiktorisch zu den Prinzipien einer marktwirtschaftlichen Ordnung überhaupt notwendig ist.

Diese Frage läßt sich nicht nur politisch beantworten. Dazu kann man auch einiges Ökonomische sagen. Man kann sich sicher auf die einfache Formel zurückziehen: Sozialpolitik, die für das physische Existenzminimum sorgt, sei in einer Marktwirtschaft gar nicht notwendig. Wir brauchten nur eine Feuerwehr der Armut, eine Sozialhilfe. Sonstige sozialpolitische Probleme existieren nicht, weil das Prinzip der Eigenvorsorge gilt und der Staat substitutiv dort eingreift, wo der einzelne überfordert ist. Ein wesentlicher Grund, warum wir heute auf erhebliche staatliche Versorgung angewiesen sind und warum weite Teile der Bevölkerung Zuflucht in staatlicher Zwangsversicherung suchen müssen, ist die Tatsache, daß die Wirtschaftspolitik diese — aus der Sicht einer freien Gesellschaft erwünschte — Art privater Vorsorge ausschließt. Das ist von Ordnungspolitikern immer wieder betont worden; die Argumente darzulegen, würde zu weit führen. Da Sie, Herr Buchholz, auf diesem Gebiet selbst gearbeitet haben: Man kann wohl nicht sagen, daß dazu nicht Überlegungen angestellt worden wären. Wenn jedoch ein undefinierbares soziales Existenzminimum zum Ziel der Sozialpolitik erklärt wird, ist Wirtschaftspolitik nur noch Verteilungspolitik, sonst nichts mehr. Das läßt sich allerdings, wie festgehalten sei, mit einer marktwirtschaftlichen Ordnung nicht vereinbaren.

(*Buchholz:* Vielleicht geht hier von der Sache der Aufforderungscharakter aus; dann brauchen wir gar nichts mehr zu tun!)

Heuß: Hierzu nur ein Stichwort, und zwar das der Entproletarisierung. Eine Entproletarisierung erreichen wir nicht, wenn der Anteil des persönlich verfügbaren Einkommens laufend reduziert wird.

Bei der Frage des Finanzausgleichs sprachen Sie von den Unterschieden zwischen Württemberg und Holstein und leiteten davon die Notwendigkeit des Finanzausgleichs ab. Diese Begründung überzeugt mich nicht. Im Wirtschaftsleben ist bekannt, daß Unternehmungen eine bestimmte Mindestgröße haben müssen, wenn sie auf einem Markt bestehen sollen. Dies gilt auch für die Versicherungen, bei denen aus versicherungstechnischen Gründen eine Mindestzahl von Mitgliedern gegeben sein muß. Dies hat aber nichts mit der etwaigen Notwendigkeit eines Finanzausgleichs zu tun. Ein solcher verbietet sich von selbst, wenn ein intensiver Wettbewerb unter den Kassen geschaffen werden soll.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Röper: Wir leben in einem sozialen Rechtsstaat. Angeblich gibt es einen Anspruch auf Gleichheit im Raum. Vielleicht könnte Herr Seidenfus als Verkehrspolitiker dazu Stellung nehmen. Bekanntlich gibt es jedoch noch immer recht wohlhabende und bitter arme Regionen und damit verbunden einen unterschiedlichen Einkommens- und Vermögensdurchschnitt.

Seidenfus: Dieser Gleichheitsgrundsatz ist, meine ich, in der Diskussion völlig geklärt und relativiert worden.

In einem Punkte fällt es mir schwer, Ihnen zu folgen, Herr Buchholz. Sie haben gegen die Brutalisierungsthese von Herrn Kaufer, ohne sie als solche noch einmal so benannt zu haben, eine Verhaltensthese der Rationalität gestellt, indem Sie sagten, es sei völlig rational, einen Anspruch, den man kraft Beitragszahlung habe — das letzte, was vom Versicherungsprinzip bei Ihnen geblieben ist —, geltend zu machen. Damit haben Sie Herrn Oldiges mit seiner Akzentuierung des Solidaritätsgedankens aus diesem Raum hinauskatapultiert. Sie kennen alle die Bemerkung: „Haben Sie schon Ihre Grippe genommen?" Wir wissen, daß Leistungen, die zum Nulltarif angeboten werden, ohne Überlegung, was es den Leistungsträger kostet, in Anspruch genommen werden. Es ist dasselbe Problem wie das der Trittbrettfahrer. Dieses Phänomen zieht sich durch alle Bereiche unseres Gemeinwesens.

Wenn sich die Einstellung breitmacht, daß sich der Leistungsempfänger in untunlicher Weise der für ihn praktisch gratis zur Verfügung stehenden Leistungen bedient — denn die Rückkoppelung zur Prämienzahlung fehlt, wie Sie richtig erwähnten —, was ist denn daran eingentlich Solidarität? Ich sehe den totalen Verlust des solidarischen Denkens. Wenn einer heute darauf verzichtet krankzufeiern, so doch nicht — im Gegensatz zu früher — aus Angst vor der Entlassung — das ist nicht mehr ganz so leicht —, sondern vor anderen Nachteilen, was den beruflichen Aufstieg und dergleichen anlangt. Aber er tut es gewiß nicht in der Überlegung, daß er eigentlich doch ein paar Stunden arbeiten sollte oder dieses Rezept nicht brauche, damit ein anderer dieser Gemeinschaft in den Genuß des Geldes komme.

Die Absurdität des Verfahrens ist an sich genannt worden. Aber sie sollte in der Diskussion noch einmal sehr deutlich gemacht werden. Herr Hamm hatte die Einkommenselastizität mit eins diagnostiziert. Herr Oldiges, Sie unterstellen eine Korrelation zwischen Sozialproduktentwicklung und Versorgungsbedarf. Das scheint mir absurd, weil das eine mit dem anderen nichts zu tun hat. Ich kann das Umgekehrte konstruieren. Je reicher die Leute sind, um so ungesunder leben sie, um so mehr trinken sie, um so mehr Drogen können sie kaufen — das fängt

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

bei den Kindern mit den Bonbons an usw. — und um so weniger gesund sind sie; je reicher, um so mehr Versorgungsbedarf, überproportional. Nur eine These, um zu zeigen, wie hinfällig diese Vorstellung ist.

Es funktioniert nicht. Immer mehr soll aus dem Topf herausgenommen werden. Dann kommen die ad-hoc-Korrekturen. Dazu wird die Hoffnung geäußert — ein „Glaube" im Sinne von Herrn Lenel —, daß das Innovationspotential der Industrie sich auch in den Praxen der Ärzte auswirke und die Kosten dort senke. Darüber brauchen wir nicht mehr zu reden, nachdem wir schon bestätigt bekommen haben, daß man Kosten dort beliebig produzieren könne. Zu einem modernen Arzt gehören, wenn er bei seinen Patienten angesehen sein will, bestimmte Geräte, und die wollen voll ausgelastet sein wie die Maschinen in der Industrie. So kommt es dann zu Inhalationen etc. Prüfen Sie einmal, ob das alles notwendig war und wie viele EGKs ein Mensch braucht. Nur, die Maschine muß laufen.

Ich glaube nicht — ich kann es nicht widerlegen, aber ich setze meinen Glauben gegen den Ihren —, daß das Innovationspotential im Bereich der Gesundheitsvorsorge irgendeine Rolle spielt und eine Hoffnung daraufhin eröffnet, daß sich der Anspruch an den Topf verringert. So kommt es dann zur Effizienzkontrolle, zur Arzneimittelkontrolle, zur ärztlichen Verordnungskontrolle, zur Festlegung von geringfügigen Gesundheitsstörungen usw. Man muß tatsächlich an das alte Wort „Die eine Intervention zieht die andere nach sich" denken. Es ist ein drastisches Beispiel. Nun könnten Sie sagen: Können Sie es besser machen? Der Kritiker, der einen Geiger kritisiert, weil er schlecht gespielt hat, muß nicht gleich selbst auch besser spielen können. Es ist vielleicht schon einmal gut, wenn man sich die Situation kritisch klarmacht.

Was besser zu machen wäre — ein Punkt, der leider noch nicht zurückführt zu unserem eigentlichen Thema, dem Wettbewerb —, ist die Frage, die auch ein wenig zu glatt hier vom Tisch gerutscht ist: Die Eigenversorgung, die Eigenbeteiligung, die den Sinn schärft, weg vom Nulltarif. Sie haben das Stichwort „Verhalten" gebraucht. Man muß den Menschen eben so nehmen, wie er ist. Er huldigt wohl doch noch der alten These: Heil dir, im Siegerkranz, nimm, was du kriegen kannst! Es muß ihm etwas bewußter gemacht werden, wieviel das kostet, was er da in Anspruch nimmt. Dieses System steuert ihn nach meinem Dafürhalten nicht in diese Richtung.

Liebeswar: Es ist schon mehrfach angeklungen, daß einige Gründe, die für die Errichtung der Krankenkassen maßgeblich waren, heute wenigstens teilweise — ich möchte nicht leichtfertig urteilen — weggefallen sind. Ich gebe aber zu bedenken, daß dafür viele andere Gründe

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hinzugekommen sind, die die Existenz der Krankenkassen rechtfertigen, insbesondere in Form einer Pflichtversicherung. Gerade während der letzten Jahrzehnte haben außerordentlich teure Therapien Eingang in die Medizin gefunden. Ich denke hier nicht primär an Pharmakotherapien. Wir waren hier in den letzten beiden Tagen zu befangen.

Der Verlauf der Diskussion führt uns jetzt zu einer allgemeineren Frage. Wenn ich daran denke, wie viel ein herzchirurgischer Eingriff oder eine längere Behandlung mit der künstlichen Niere kosten, erscheint mir eine Pflichtkrankenversicherung ebenso geboten, wie eine Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

Sehr wichtig erscheint freilich, ärztlich vertretbare Anreize für das Kostensparen zu schaffen. Hier bieten sich insbesondere mehrere Möglichkeiten des Selbstbehaltes an. Mir persönlich erscheint eine abgestufte Form des Selbstbehaltes gerade im Bereich der Pharmakotherapie sehr sinnvoll. Ihre Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zielen ja genau in diese Richtung, wenn sie nun die Bagatellarzneimittel aus dem Leistungsverzeichnis der Krankenkassen streichen. Bei uns in Österreich hat sich u. a. auch eine Rezeptgebühr, die nunmehr ö. S. 15,— beträgt, gut bewährt.

Röper: Die verstärkte Gefahr durch Produkthaftung und vor allem durch die Arzthaftung in Anspruch genommen zu werden, zwingt oder ermuntert den Arzt zu aufwendigen Routineuntersuchungen. Wenn er früher selber nur eine Blutuntersuchung gemacht hat, wird er jetzt weitaus aufwendigere Laboruntersuchungen durchführen bzw. durchführen lassen. Dadurch kann er sich möglicherweise exkulpieren.

Lenel: Wenn Ihr Argument, Herr Liebeswar, befolgt würde, würde das einen wesentlichen Teil der Problematik der Krankenversicherung beseitigen. Denn dann brauchten Sie eine Versicherung nur zu verlangen — ich lasse offen, ob dies zweckmäßig wäre — für die teuren und schweren Erkrankungen. Dann könnten die Prämien gesenkt werden. Das beträfe Erkrankungen, die zwar teuer sind, aber relativ selten vorkommen. Sehen Sie einmal den Tarif der privaten Versicherungen für den ambulanten und den stationären Bereich an. Der ambulante Bereich ist viel teurer, mit Recht, weil er das viele Geld kostet. Dann brauchten Sie nur im stationären Bereich bestimmte Krankheiten pflichtversichern, und wir brauchten über die Beitragssätze gar nicht mehr zu reden, denn sie wären gering.

Liebeswar: In beiden Bereichen müßte man entsprechend abstufen. Vergessen wir nicht, daß einem Teil der Patienten auch die Bezahlung eines teuren Antibiotikums schwer zugemutet werden kann.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

(*Lenel:* Das wäre lösbar mit einer einkommensabhängigen, hohen Selbstbeteiligung!)

Dietrich: Darf ich auf unser eigentliches Thema und auf die Einflüsse des Wettbewerbs in der pharmazeutischen Industrie zurückkommen. Es besteht Einigkeit darüber, daß der Wettbewerb und der daraus resultierende Preis das optimale Steuerungselement ist. Das bezieht sich auch auf die Gesundheitsdienste. Der Vorwurf, im Arzneimittelsektor gebe es keinen ausreichenden Preiswettbewerb, hat zu einer Fehlentwicklung geführt. Statt unter Berücksichtigung des gesamten Spektrums wettbewerblicher Aktionsparameter nach Steuerungs- bzw. Aktivierungsmöglichkeiten des Wettbewerbs zu suchen, ist man — den Eindruck habe ich gewonnen — den Weg einer Systemveränderung gegangen. Man will als langfristiges Ziel den Gesundheitsdienst nicht mehr über reine Marktmechanismen im Sinne von Angebot und Nachfrage, sondern von Staats wegen — sei es auf dem Wege über die Konzertierte Aktion oder sonstwie — steuern. Man will vorschreiben, welcher Betrag für Medikamente ausgegeben werden darf und wieviel davon selber zu bezahlen ist. Der Marktmechanismus wird durch eine obrigkeitsstaatliche Anordnung ersetzt. Letztlich kommt es dahin, das bestimmt wird, wann und zu welchem Arzt man gehen darf und was bei welcher Krankheit verschrieben werden soll. Ich weiß nicht, ob das der richtige Weg ist. Ich meine, daß da eine Veränderung in dem ökonomischen System Platz greift.

Kaufer: Zur Frage des Preiswettbewerbs: Bisher ist immer gesagt worden, es gibt keinen Preiswettbewerb, weil man ihn nicht sieht. Man hat sich auch nie die Mühe gemacht, richtig hinzusehen, weil man nie die richtige Frage gestellt hat. Die Frage müßte lauten: Mit welchem Preis soll Wettbewerb gemacht werden? Dann würde ganz sicher der Packungspreis genannt werden. Wir haben das nicht diskutiert, und Herr Dietrich hat es nicht erwähnt, weil er vielleicht eine Stunde darüber gesprochen hätte. Aber welchen Preis sollte man nehmen, um den da Wettbewerb betrieben wird?

Ich möchte kurz von einer Studie Duncan Reekie's berichten[3], der gesagt hat, eigentlich müßte man den Preis pro Therapieleistung nehmen. Ist das nicht möglich, dann nimmt man Tagesdosispreise. Das sind sicher nicht die relevanten Preise, aber andere sind sehr schwer festzustellen. Reekie hat auf eine Studie der National Development Organization zurückgegriffen, die einem Komitee von Pharmakologen und Klinikern die gesamten neuen chemischen Wirkstoffe der Jahre 1960 bis 1970/71 zur Beurteilung vorgelegt hat. Diese waren in bestimmte

[3] *W. D. Reekie,* Pricing New Pharmaceutical Products, London 1977.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Therapiegruppen eingruppiert. Es gab fünf Klassen, von sehr wichtiger Fortschritt, wichtiger oder weniger wichtiger Fortschritt usw. Er hat die Einführungspreise der neuen chemischen Wirkstoffe in Beziehung gesetzt zum Durchschnittspreis von fünf etablierten Produkten, die in dieser therapeutischen Gruppe bereits vorhanden waren. Als erstes hat er festgestellt: Je höher der therapeutische Fortschritt dieses Medikaments war, um so mehr übertraf der Preis die Preise der bereits am Markt befindlichen Produkte. Je weniger bedeutend der Fortschritt war, um so weiter lag der Preis unter den eingeführten Preisen.

Bei den Produkten mit wichtigen therapeutischen Fortschritten fand er eine große Gruppe, die zu Preisen eingeführt worden waren, die gleich oder niedriger waren als die Preise der Produkte, die bereits auf dem Markt waren. Hier fragte er sich nach der Ursache. Aus der klinischen Prüfung weiß eigentlich jeder Konkurrent, was andere in den nächsten zwei bis vier Jahren auf den Markt bringen wollen. Interessant war, daß die wichtigen neuen chemischen Wirkstoffe mit niedrigen Preisen in der Tat zwei, drei Jahre später von der Konkurrenz mit ähnlichen Produkten angeboten wurden. Hier sieht man, wie Wettbewerb funktioniert. Der Konkurrent, der heute mit einem wichtigen neuen Wirkstoff auf den Markt kommt, weiß, daß der Nachfolger zwei Jahre später mit einem ebenso wichtigen Produkt kommt. Er geht daher mit einem ganz niedrigen Preis in den Markt, um einen großen Marktanteil zu erobern. Genau das, was der Laie als Wettbewerb ansehen muß, könnte man nach dem Antitrustrecht als monopolizing interpretieren und sagen: Derjenige, der mit dem hohen Preis kommt, rollt dem Konkurrenten den roten Teppich aus und sagt: Ich komme mit einem hohen Preis. Dann habt ihr eine Chance, mit niedrigeren Preisen nachzuziehen und mir später einen großen Marktanteil abzunehmen. So wird kaum vorgegangen werden.

In der deutschen Diskussion habe ich nicht eine empirische Untersuchung gesehen, die gefragt hat, wie in der pharmazeutischen Industrie Preise gemacht werden. Das ist das Merkwürdige. Man sagt immer, es gäbe keinen Preiswettbewerb. Dabei hat man noch nicht geklärt, welche Preise gemeint sind. Die empirischen Untersuchungen weisen jedoch realen Preiswettbewerb nach. Deshalb kann man, glaube ich, sagen: Wenn irgendwo in einer Industrie Preiswettbewerb funktioniert — realer Preiswettbewerb, weil es nicht auf den Tablettenpreis ankommt —, dann gerade in dieser Industrie.

Hoppmann: Ich führe den Gedanken von Herrn Kaufer noch einen Schritt weiter: Wenn dem so ist, daß der Preiswettbewerb zwar andere Formen hat, aber sehr wirksam ist, und wenn es zu einer staatlichen Preisaufsicht kommt, sei es durch Mißbrauchsaufsicht, sei es durch

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

generelles Verhandeln der Kartellbehörde mit der Industrie, wie es vor der Tür steht, sei es in Form der Krankenkassen-Transparenzlisten, dann würde das bedeuten — das hat vorhin auch Herr Dietrich gesagt, und das war nicht nur pro domo gesprochen —, daß die Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Industrie reduziert werden müßten. Die Industrie ist so clever, sich dann auf Gebiete zu begeben, die zukunftsträchtiger sind. Dann stagniert plötzlich der Fortschritt auf diesem Gebiet. Dann kommt als nächster Schritt ein Technologieministerium, das Innovationsförderung betreibt. Dann heißt es plötzlich: Jetzt müssen wir in der Pharma-Industrie Innovationen fördern. Wir bekommen dann nicht nur eine Investitionslenkung — sie ist zum Teil schon da —, sondern dann wird Innovationsförderung gemacht, die für die Industrie sicherlich nicht schädlich ist. Bloß kommt es nicht zu einer Förderung der Innovationen. Ich wollte den Gedanken von Herrn Kaufer nur weiterspinnen, um anknüpfend daran aussagen zu können: Wenn erst eine Intervention da ist, zieht sie wegen der totalen Interdependenz weitere nach sich. Wenn es demnächst zur Innovationsförderung kommen sollte, werden die Unternehmen Abteilungen schaffen, um Projekte auszuarbeiten, die bei allen Ministerien durchgehen. Dann bekommt nicht nur Siemens hunderte von Millionen für einen Computer, damit er nicht läuft (sie erhalten das Geld nicht dafür, daß er läuft, sondern dafür, daß er nicht läuft). Dann wird die pharmazeutische Industrie die hervorragendsten Medikamente zu entwickeln versprechen, aber die Forschungsvorlaufzeit beträgt acht Jahre. Was nach diesen acht Jahren ist, werden wir dann sehen.

Röper: Es ist wohl unbestritten, daß Monopolpreise nicht willkürlich gesetzt werden. Sicherlich enthalten die Pharmapreise erhebliche monopolistische Elemente. Ich habe einmal von „konkurrierenden, langfristig erfolgreichen Monopolen"[4] gesprochen. Ohne diese Elemente läßt sich m. E. keine Forschung marktwirtschaftlich finanzieren. Herr Barnikel kann hierzu sicherlich Stellung nehmen, da er am besten weiß, wie das Auge des Kartellamtes das Preisgeschehen überwachen sollte. Das Amt hat seine Vorgehensweise nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes im Falle Valium/Librium revidieren müssen.

Barnikel: Im Laufe der Jahre hat sich die Meinungsbildung im Bundeskartellamt geändert. Das ist auch ein Verdienst Ihrer Beiträge. Die Beamten, die dort den gesetzlichen Auftrag realisieren, haben dazugelernt. — Was haben wir dazugelernt? Von dem mehr von der Gleichgewichtstheorie bestimmten Konzept der Wettbewerbspreise sind wir abgerückt. Wir haben, wenn Sie es so bezeichnen wollen, mit dem Be-

[4] *B. Röper,* Die Konkurrenz und ihre Fehlentwicklungen — Untersuchungen über Störungen der Marktwirtschaft, Berlin 1952, S. 198 ff.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

griff des dynamischen Wettbewerbs gearbeitet, auch in den bekannten Arzneimittelverfahren.

So pauschale Äußerungen, wie Herr Kaufer gerade gemacht hat — funktionierender Wettbewerb bei der deutschen pharmazeutischen Industrie — sind im großen und ganzen zwar richtig, aber es gibt Teilbereiche, auf denen, wie wir meinen, der Wettbewerb nicht funktioniert. Wir würden uns nie unterstehen zu sagen: Der Wettbewerb funktioniert überhaupt nicht. Aber es gibt immer wieder Bereiche, in denen die Notwendigkeit für Mißbrauchsaufsicht gegeben ist. In der Diskussion und in der Erörterung der Ordnungspolitiker sieht unser Konzept so aus: Wenn wir entdecken, daß die anfangs notwendige monopolistische Situation bei einer neuen Spezialität im Zuge von zehn bis zwanzig Jahren nicht abgebaut wird, dann ist das ein Bereich, bei dem die Mißbrauchsaufsicht sinnvollerweise einsetzen sollte. Das wäre ein Bereich, wo — vom Gesetzgeber gewollt — der Beamte ein Fragerecht und ein Untersuchungsrecht hat, um herauszufinden, worauf das zurückzuführen ist.

Die prozessualen Monopolstellungen bleiben bestehen, wenn Imitation überhaupt nicht stattfindet. Wo sie stattfindet, werden die Preise möglicherweise unterboten, vielleicht werden sie aber auch überboten. Wie das Kammergericht neuerdings bei Valium/Librium gesagt hat, ist in der Zwischenzeit die monopolartige in eine oligopolistische Marktsituation übergegangen. Auch die Oligopolunternehmen können auf intensiven Wettbewerb verzichten und sich gemeinsam gleichförmig betätigen. Auch da sollte untersucht werden. Soweit mit wenigen Sätzen mein Hinweis auf das wettbewerbspolitische Konzept, wie wir funktionsfähigen Wettbewerb heute nach § 22 GWB sehen.

Dem Bundeskartellamt wird immer wieder vorgeworfen, wir kämen mit Als-Ob-Maßstäben, die nicht realistisch seien. Wir würden das Verhalten der Unternehmen kontrollieren und die Kontrolle bis hin zur Investitionslenkung betreiben. Das ist übertrieben formuliert. Wir haben nichts anderes gemacht als das, wozu ordnungspolitisch sehr engagierte Wissenschaftler auch in der Theorie auffordern, nämlich Preisdifferenzierungen zu korrigieren. Mit dem Stichwort Preisdifferenzierungen erinnere ich nur an das erste Hauptgutachten der Monopolkommission[5]. Von dort kommt zwar auch Bremsfunktion für uns: Macht nicht zuviel Mißbrauchsaufsicht über die Preise, beschränkt euch auf die Diskriminierungsmißbräuche. Dazu hat Herr Dietrich ein Stichwort geliefert, das ich jetzt aufgreife. Sie fragten, was macht dann der Unternehmer.

[5] Monopolkommission, Hauptgutachten I — Mehr Wettbewerb ist möglich, Baden-Baden 1977.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

In dem einen Land wird er von der Politik gezwungen, seine Preise entweder anzumelden oder einen Preis zu akzeptieren, den er nicht für richtig hält. Er will dort vertreten sein und nimmt einen Preis x minus 50. In einem anderen Land begegnet er intensivstem Wettbewerb. Dann gibt es noch Oasen, wo er über den Preis bekommt, was ein forschendes Unternehmen braucht. Wonach soll der Unternehmer seinen Preis ausrichten? In solchen Fällen sagt der nationale Gesetzgeber — das ist wieder Politik und nicht ökonomische Theorie —: Genau das will ich nicht zulassen, daß in meinem Bereich, in unserem Lande, die Masse der Forschungskosten abgedeckt wird; Forschung, die dem Rest der Welt in gleicher Weise und vielleicht noch mehr zugute kommt.

(*Hoppmann:* § 22 GWB!)

Ähnliches hatten wir bei Mineralöl. Damals haben die großen Unternehmen ihrer Administration gegenüber erklärt, macht euch keine Sorgen, die Gewinne, die wir in der ersten großen Krise gemacht haben, sind in der östlichen Hemisphäre — für die USA sind wir die östliche Hemisphäre — entstanden. Die pharmazeutische Industrie sagt, sie müsse ihre Forschung finanzieren. Wenn — jetzt übertreibe ich etwas — auf dem deutschen Markt bei Valium ein besonders hoher Deckungsbeitrag erzielt werden kann, dann wird ihn ein echter Unternehmer hereinholen. Hier scheiden sich die Geister, was die wirtschaftspoltische Aufgabe sein kann und ob Mißbrauchsaufsicht das verhindern soll.

Zur Konzertierten Aktion füge ich noch an, daß damit im Arzneibereich ein Instrument geschaffen worden ist, daß mir Mißbehagen verursacht. Was den normalen Unternehmen untersagt ist, nämlich ihr Verhalten abzustimmen, wird hier durch Gesetz erzeugt. Wenn es sich lediglich auf den vorgesehenen Kreis beschränkte, wäre es gesetzlich gedeckt. Ich fürchte aber, daß durch die Konzertierte Aktion Unternehmen über ihre Verbände verführt werden, die Zahlen, die sie in der Konzertierten Aktion einbringen, vorher intern abzustimmen. Diesmal hat der Verband es sich etwas einfach gemacht. Als notwendige Steigerungsrate wurden die drei Prozent genommen, die im Jahreswirtschaftsbericht vom Ministerium selbst angegeben worden waren.

Kopf: So sieht das nicht aus. Innerhalb des Verbandes haben eine Reihe Sitzungen stattgefunden. Verschiedene Unternehmen haben aus der kurzfristigen und mittelfristigen Planung ihre Zahlen eingebracht. Dabei ist eine Zahl zustande gekommen, die viel höher lag als die, die letztlich bei der Aktion vereinbart wurde. Insofern hat die Konzertierte Aktion eine korrigierende Wirkung gehabt. Ich will nicht soweit gehen und behaupten, daß diese korrigierende Wirkung an dem betreffenden Tage stattgefunden hat. Sie stammt vielmehr aus Vorgesprächen mit

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der Ärzteschaft und den Krankenkassen. An dem eigentlichen Sitzungstag hat die Regierung mehr als Notar mitgewirkt.

Barnikel: Ich fürchte sogar, daß Prognosen, zu denen Beamte gedrängt werden, für die sie aber nicht die Instrumente haben, auch wieder in einer Art von Konzertierter Aktion mit den maßgebenden Unternehmen oder mit dem Verband entstehen. Auf diese Weise erhält der Verband eine Art Prognosemonopol. Die Prognose hat dann natürlich Empfehlungscharakter mit starker Wirkung. In diese Richtung gehen meine Befürchtungen.

Hoppmann: Der Verfassungsrechtler H.-H. Rupp[6] hat dazu einen maßgeblichen Beitrag geschrieben. Er hat den Sachverhalt wie folgt weiter vertieft: Hier wird dieser Beschluß aus dem rechtsstaatlichen Bindungssystem entlassen, weil hier Staatsfunktionen auf autonome Gruppen transferiert werden. Die Beschlüsse der Konzertierten Aktion sind kein Verwaltungsakt, keine Rechtsverordnung. Sie sind juristisch ein Nichts. Es gibt auch gar kein Rechtsmittel dagegen. Außerdem entbehrt dieser Beschluß jeder demokratischen Legitimation. Verfassungsrechtlich entstehen große Bedenken. Deswegen wird die Kartellbehörde sogar Schwierigkeiten haben, dagegen vorzugehen.

Barnikel: Aus unseren Erfahrungen in anderen Bereichen zeichnet sich noch ein anderes Gespenst am Horizont ab, das auch hier ein bißchen erschienen ist. Bei der diffusen Verwendung des Begriffs Wettbewerb bzw. organisierter Wettbewerb — wie er in solchen Gremien genannt wird — könnte sogar die Forderung erhoben werden, daß sich das Kartellamt mit an den Tisch der Konzertierten Aktion setzen soll, um Mißbräuche zu verhindern. In anderen Bereichen sind wir bereits an die Schwelle dieser Entwicklung gekommen.

Noch eine Frage an Herrn Oldiges: Wir bekommen immer wieder Briefe — es sind gar nicht so wenige —, in denen, hauptsächlich aus dem Bereich der Gesundheitshandwerker, Beschwerden formuliert werden gegen die Art der Bedürfnisprüfung. Es handelt sich um Handwerksbetriebe, die Prothesen und ähnliches herstellen. Dies ist fast der letzte Bereich, in dem autonome Gruppen, die Krankenkassen, echte Bedürfnisprüfungen anstellen. Sie sagen, wir brauchen in Nürnberg oder Freiburg nicht noch einen Handwerker, dessen Leistungen von mir als Krankenkasse honoriert werden. Dazu hätte ich gern Näheres gehört. Mit der Macht ist es so eine Sache. Je nachdem, wohin sich das Gebilde orientiert, gibt es im allgemeinen doch immer einige, die sehr

[6] *H.-H. Rupp,* Konzertierte Aktion und freiheitlich-rechtsstaatliche Demokratie, in: E. Hoppmann (Hrsg.), Konzertierte Aktion, Kritische Beiträge zu einem Experiment, Frankfurt/M. 1971, S. 1 - 18, insbes. S. 15.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

viel weniger Macht haben als Ihre Unternehmen, obwohl es gleichzeitig Bereiche gibt, wo sie weniger oder keine Macht besitzen.

Röper: Mir ist aufgefallen, daß bei der Diskussion eine im Wettbewerb stehende Gruppe gar nicht erwähnt worden ist, nämlich die Heilpraktiker. Auch nicht erwähnt worden sind die vielen Heilmittel, die ich ungern als Arzneimittel ansehe, die aber einen erheblichen Placebo-Effekt auslösen können. Hier ist über geringfügige Gesundheitsstörungen gesprochen worden. Ich habe gelernt, daß Kopfschmerzen in der Regel relativ schnell vorübergehen. Ist es also notwendig, Kopfschmerzmittel zu nehmen? Wie sieht es in solchen Fällen aus? Muß oder muß nicht erstattet werden? Vielleicht gehen Herr Oldiges oder Herr Buchholz im Schlußwort darauf ein.

Buchholz: Zu der Frage der ordnungspolitischen Problematik: Uns fehlt die ordnungspolitische Relevanz, die Umsetzung, wie immer wir sagen wollen, im sozialpolitischen Feld gleichermaßen. Ob darüber ein bißchen mehr oder weniger geschrieben wurde, ist gar nicht das Problem. Wir haben hier offensichtlich mit einer Lücke zu leben. Ich will meine Ausführungen nicht dahin verstanden wissen, ob wir die Lücke nun schließen können durch ein großes, typisch deutsch-perfektionistisches Werk über soziale Ordnungspolitik. Genau dies meine ich nicht, sondern das, was Herr Kaufer beispielhaft vorgetragen hat, nämlich Auseinandersetzung mit laufenden Konflikten. Dazu hat auch mein Kollege Oldiges aufgefordert. Eingangs seines Vortrages hat er gesagt, von der Konzertierten Aktion wissen wir alle noch nicht so recht, was sie bedeutet, geschweige denn, was daraus werden kann. Er hat auch an diesen Kreis, soweit die Wissenschaftler angesprochen sind, appelliert, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen. Wenn hier mehrfach das Gespenst des Theorems der kumulativen Staatsintervention beschworen wurde, dann erinnern Sie sich bitte, daß die Konzertierte Aktion als der große Erfolg der Selbstverwaltung in der Presse gerühmt wurde.

(*Röper:* Aber nicht von uns! — *Heuß:* Nicht ordnungspolitisch! — *Lenel:* Von keinem Anwesenden!)

Von keinem Anwesenden, aber in der Presse. Das streiten Sie ein bißchen ab. Mehr will ich gar nicht sagen.

(*Hoppmann:* Wenn Sie uns Zugang zur Presse verschaffen, machen wir das!)

Es geht doch einfach um diese Auseinandersetzung. Die einen schreiben in „ORDO", in „Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik", schreiben hier und da, und die anderen schreiben in der „Welt", in

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

der „FAZ“ oder sonstwo. Ich glaube, das Problem ist erkannt. Wir sind uns auch in hohem Maße einig. Ob das Kartellamt berufen und eingeladen ist, als Hüter der ganz großen Ordnung zu wirken, daran darf man berechtigte Zweifel haben.

Herr Seidenfus, ich bin mißverstanden worden, wenn Sie meinen, ich hätte mit meinen Bemerkungen Herrn Oldiges hinauskatapultieren wollen. Ganz im Gegenteil. Es ist nur so: Rationales Verhalten zu fördern, betrachten die Träger der sozialen Krankenversicherung im gesundheitlichen Feld als eine ihrer vornehmsten Aufgaben. Sie argumentieren nur nicht gern — weil schlechte Erfahrungen vorliegen — allzu einseitig und allzu vordergründig mit der Berufung auf die Solidarität, denn das hat sich als nicht durchschlagend erwiesen. Wenn man rationales Verhalten anstrebt, steht dies in der Motivation nicht gerade obenan.

Wir gehen heute sogar so weit zu sagen, das gesundheitsbewußtere Verhalten des Versicherten oder des Patienten zählt zu unseren vornehmsten Zielen. Wir tun hier sehr viel und werden dafür in der nächsten Zeit — ich will es allgemein sagen — sehr viel Geld ausgeben, um es zu erreichen. Wir könnten sehr wohl darüber reden, ob man nicht sogar versuchen sollte, mit Selbstbehalten flankierend etwas zu tun. Es ist die Frage, ob das politisch realisierbar ist. Aus dem Grunde halte ich es nicht für vertiefenswert. Die Änderung der Verhaltensweise — es liegt mir sehr daran, das hier zum Ausdruck zu bringen — ist ein vornehmes Ziel unserer Organisation. Diese Aussage war ich Ihnen schuldig, damit Sie keinen falschen Eindruck davon bekommen, was Zielsetzung moderner sozialer Krankenversicherung ist.

Oldiges: Gegenstand der Diskussion waren die Ziele der Sozialpolitik, der Gesundheitspolitik und der Wettbewerbspolitik sowie die Mittel zur Erreichung dieser Ziele, wobei vor allem die Instrumente des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes angesprochen wurden. Dabei sind viele Grundsatzfragen der Absicherung des Krankheitsrisikos angesprochen worden. Gerade aus den letzten Diskussionsbeiträgen habe ich den Eindruck gewonnen, daß bei dem notwendigen Abstimmungsprozeß zwischen diesen drei Politikbereichen Ziele der Wettbewerbspolitik als Teil der Wirtschaftspolitik einen gewissen Vorrang haben müßten. Sozialpolitik und Gesundheitspolitik sind dann mehr nur Anhängsel. Sie haben nur eine Feuerwehrfunktion. Demgegenüber habe ich mich für eine Gleichrangigkeit ausgesprochen, wobei situations- bzw. entwicklungsbezogene Kompromisse zu finden sind. Jedenfalls darf nicht von einem Politikbereich das zerstört werden, was in einem anderen Politikbereich aufgebaut worden ist. Die Erfahrung zeigt, daß solche Ab-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

stimmungsprozesse in einem funktionierenden Gemeinwesen möglich sind. Sie sollten mehr als bisher auch wissenschaftlicher Abklärung zugänglich sein.

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz ist sicherlich auch ein solcher Abklärungsprozeß auf der Grundlage einer konkreten Situation vorgenommen worden. Es sind Instrumente geschaffen worden, die — gemessen an der Zielsetzung — sowohl auf der Seite des Wettbewerbs als auch auf der Seite der sozialpolitischen Anliegen den geringsten Eingriff gebracht haben. Mat hat die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein ökonomisch allgemein anerkanntes Kriterium begrenzt, nämlich auf die allgemeine Einkommensentwicklung. Damit wird ein großes Rahmendatum gesetzt. In die Einzelbereiche wird dirigistisch nicht eingegriffen. Meines Erachtens wird der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit des Mittels zum Ziel durchaus gewahrt. Die Globalsteuerung ist nach Auffassung der Krankenversicherung ein halbwegs geeignetes, wenn auch nicht ein vollwirksames Mittel, um die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Einklang zu halten. Mit der Wahl des Mittels der Globalsteuerung ist die Aufgabenstellung des Bundeskartellamtes nicht berührt. Dieses Amt mit seinen Instrumenten zur Steuerung des Wettbewerbs ist weit außen vorgelassen worden. Unternehmensentscheidungen sollen mit Hilfe des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes nicht unmittelbar beeinflußt werden. Es werden Orientierungsdaten gesetzt, von denen lediglich erwartet wird, daß die Unternehmer sich in ihren Entscheidungen daran orientieren. Daß solche Orientierungsdaten benötigt werden, um die Finanzierbarkeit des Systems zu erhalten, scheint mir unausweichlich zu sein. Im übrigen werden solche Orientierungsdaten auch für die wirtschaftliche Entwicklung erarbeitet und zur Berücksichtigung empfohlen. Was für den einen Bereich als nützlich angesehen wird, muß auch für andere Bereiche gelten.

Es ist mit Recht darauf hingewiesen worden, daß eine Überforderung des Krankenversicherungssystems auch dadurch eintreten kann, daß zu viele Leistungsanbieter auftreten. Im ärztlichen Bereich wird dieses bereits deutlich. Dort besteht ein Steuerungsmittel. Die Gesamtvergütung für die ärztliche Behandlung, die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auszuhandeln ist, ist nach der Vorstellung der Träger der Krankenversicherung ohne Berücksichtigung des Zuwachses der Zahl an Ärzten festzulegen. Vorrangiges Orientierungsmittel ist allein die Grundlohnentwicklung. Das kann zur Folge haben, daß der einzelne Arzt weniger bekommt als die allgemeine Steigerungsrate für die Gesamtvergütung ausmacht. Es ist in unserer Wirtschaftsordnung gang und gäbe, daß dort, wo es zu viele Anbieter gibt, u. U. auch eine Schmä-

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

lerung der Einkommenspositionen eintritt. Die Apotheker können hierüber ein Lied singen.

Dieses Problem ergibt sich zunehmend auch für andere Bereiche, für die allerdings zur Zeit keine gesetzlichen Regelungsmöglichkeiten bestehen. Das gilt insbesondere für den Heil- und Hilfsmittelmarkt. Vorreiter für gesetzliche Regelungen sind im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vielfach vertragliche Vereinbarungen, die von den Aufsichtsbehörden, soweit sie vorlagepflichtig sind, gebilligt oder verworfen werden. Eines Tages entwickeln sich daraus auch gesetzliche Regelungen. Hier ist augenblicklich ein Suchprozeß im Gange, wie es z. B. möglich wär, das Überangebot an Masseuren einzudämmen. Eine Bedürfnisprüfung ist nicht zulässig. Wir geben lediglich gewisse Qualifikationsmerkmale vor. Damit versuchen wir uns allzu windiger Existenzen zu erwehren. Lassen wir alle Leistungsanbieter zu, stellt sich die Frage, inwieweit das System finanzierbar bleibt. In diesem Zusammenhang taucht zugleich wieder die Frage auf, welche Anreize das Versicherungssystem für ein solches Überangebot setzt und wie Anreize zur Überversorgung vermieden werden können. Überlegungen zur Vermeidung einer Überforderung des Systems setzen in der Regel beim Versicherten an. Dieser soll zu entsprechenden Entscheidungen veranlaßt werden. Meines Erachtens ist der Versicherte damit überfordert. Zumindest gilt dieses für die breite Masse der Versicherten. Diese kann für sich die Frage nicht endgültig abklären, ob es bei einer gegebenen gesundheitlichen Beschwerde notwendig ist, den Arzt aufzusuchen oder nicht. Wir haben es hier nicht mit einer Kasko-Versicherung zu tun, bei der es bei entsprechender Selbstbeteiligung für den Versicherten errechenbar ist, ob er zweckmäßiger den Schaden anmelden oder selbst tragen soll. Selbst die Mediziner haben uns immer wieder darauf hingewiesen, daß mit einer solchen Grundentscheidung der Bürger bei aller Anerkennung seiner Mündigkeit überfordert ist. Eher ist die medizinische Sachkompetenz gefordert. Diesem Rat der Mediziner ist der Gesetzgeber bisher gefolgt. Krankenversicherung und sicherlich auch der Gesetzgeber sind für jeden Rat dankbar. Jedoch welche Modelle auch vorgeschlagen werden, jeweils muß klargestellt werden, welche Entscheidungen und welche Belastungen für den Bürger als zumutbar angesehen werden. Vielfach steht hier Sachverstand gegen Sachverstand. Der Politiker ist aufgerufen, auf der Grundlage vielfacher Meinungsäußerungen eine sozial vertretbare Lösung zu finden. Das mag nicht immer die beste sein, darüber gibt es wohl keinen Streit.

In diesem Zusammenhang ist die Frage der Einbeziehung der Heilpraktiker in den Kreis der behandlungsberechtigten Personen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angesrochen worden. In diesem

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Zusammenhang wären auch die Psychotherapeuten zu nennen. Für den Ausschluß der Heilpraktiker können wir auf § 122 RVO verweisen. Dort ist festgelegt, daß ärztliche Behandlung nur durch approbierte Ärzte erbracht werden darf. Diese Vorschrift ist umstritten. Es liegen drei Verfassungsbeschwerden von Heilpraktikern vor. Diese Heilpraktiker weisen darauf hin, daß die Ärzte mit ihren Behandlungsmethoden das gesamte Krankheitsspektrum nicht mehr erfassen können und damit behandlungsfähige, von der Krankenversicherung nicht abgedeckte Krankheitsräume bleiben. Eine gesetzliche Krankenversicherung aber muß das gesamte Krankheitsspektrum abdecken. Zu diesem Zweck müßten auch neue Behandler Zugang zum System der gesetzlichen Krankenversicherung finden. Ähnlich argumentieren die Psychotherapeuten.

Ich vermag nicht abzusehen, welche finanziellen Auswirkungen die Einbeziehung dieser beiden Gruppen von Behandlern in den Kreis der Leistungserbringer für die gesetzliche Krankenversicherung haben wird. Erfahrungsgemäß würde das einen erheblichen zusätzlichen Finanzbedarf auslösen. Ob das mit Anreizsystemen eindämmbar ist, die an Verhaltensweisen von Versicherten anknüpfen, kann ich nur bezweifeln. Der Druck der Gesundheitsberufe, in das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung eigenverantwortlich einbezogen zu werden, ist groß. Unsere Erfahrung ist, daß, wenn sie erst einbezogen sind, sie auch mehr oder weniger intensiv ihre Einkommenssicherung über dieses System anstreben. Das überspielt Anreizsysteme, die an Verhaltensweisen der Versicherten anknüpfen.

Es ist auf die Arzneimittel hingewiesen worden, die nur einen Placebo-Effekt haben. Man könnte sicherlich der Meinung sein, daß sie nicht mehr verordnet werden dürfen. Hier wäre zunächst die Frage aufzuwerfen, was überhaupt ein Placebo-Effekt ist. Wir haben Hinweise, daß Arzneimittel, die nur Placebo-Wirkung haben, bei physisch Erkrankten durchaus ihre Wirkung haben können. Diesem Personenkreis kommt es offensichtlich vielfach nur darauf an, ein Arzneimittel zu erhalten. Der Glaube versetzt hier Berge. Erstaunt war ich erst kürzlich über die Mitteilung eines Pharma-Herstellers, daß auch Placebos eine nicht unerhebliche Reihe von Nebenwirkungen haben könnten. Diese gelte es sehr sorgsam zu beobachten. Manches klingt im Gesundheitswesen rational so einfach und einleuchtend. Bei der Umsetzung erst merkt man, wie vielgestaltig gerade hier die Problematik sein kann.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal betonen, daß nach meiner Auffassung der Gesetzgeber bei der Ziel-Mittel-Diskussion für das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz davon ausgegangen ist,

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

im Prinzip nur Instrumente der Globalsteuerung zu schaffen. Damit soll auf Dauer ein Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben in der Krankenversicherung erreicht werden, wobei dieses Gleichgewicht zugleich zur Aufrechterhaltung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Unternehmen und zur weiteren Finanzierung des medizinisch-technischen wie pharmakologischen Fortschritts dienen soll. Ich darf noch einmal auf die von mir in meinem Vortrag zitierte Sozialenquête zurückkommen. Diese globale Gleichgewichtsvorstellung wird dort als das eigentlich tragende Element für die soziale Krankenversicherung herausgestellt. Die Bedingungen hierfür sollten laufend überprüft und die Regelungsmechanismen weiterentwickelt werden, wenn Gleichgewichtsstörungen auftreten. Hierzu ist auch die Wissenschaft aufgerufen. Das Forschungsprogramm der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" kann insoweit sicherlich auch Anreizwirkung auslösen. Ich darf von mir aus noch einmal den Wunsch äußern, daß man sich mit diesem Problembereich auch tatsächlich befaßt. Man sollte vielleicht einen Preis für das beste Ergebnis aussetzen.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Stichwortverzeichnis

Absicherung, staatliche 136, 137
Abzugsfähigkeit (von Krankenversicherungsprämien) 87, 88 f., 104
Anreizsystem 92, 101
Anschlußpatent 50
Antibiotica 13, 25
Apotheken
  Krankenhaus ~ 24, 65, 67 ff.
  öffentliche ~ 24, 61, 65, 70, 71 75
  ~ -Umsätze 59
  ~ und Arzneimittelpreise 59
  Versand ~ 65, 76 f.
Apotheker 57 ff.
  Aufgaben des ~ 57 f.
Arbeitgeberanteil 88, 89, 90, 100
Arbeitnehmeranteil 89, 100
Arzneilieferungsvertrag 60
Arzneimittel
  ~ gesetz 17, 19, 25, 27, 30, 39, 45, 46, 57
  ~ höchstbetrag 128, 129, 130, 144
  ~ regreß 108, 114
  ~ sicherheit 31, 32, 57, 63, 65
Arzthaftung 152
Arzt-Patienten-Beziehung 81, 84
Aus-Einzelungsverbot 69
Ausgabenentwicklung 126
Außendienst 23
aut-simile-Verbot 68, 70

Bauer-Papier 127
Bedarfsdeckung 120 ff.
Bedürfnisprüfung 158
Beihilfesystem 138
Beitragshöchstsatz 125
Beitragshöhe 122, 130, 136
Beitragsrückerstattung 96
Beitragssatzentwicklung 145 f.
Beitragssatzsteigerung 123, 127
Berliner Liste 19, 34, 38, 45, 54
Billiganbieter 40
Bioverfügbarkeit 12, 31, 34, 54, 47, 48, 63
Bundesapothekengesetz 57
Bundesapothekenordnung 57

Darreichungsform 32
Deckungsbeitrag 14, 16, 22, 23, 157
Deutscher Arzneimittelcodex 30
Direktabsatz 77
Direktvertrieb 70
Diskriminierungsverbot 107

Einkommenselastizität 144, 150
Erkrankungen, leichte 124
Erstattungsfähigkeit 139 f.

Festpreise 61
Finanzausgleich 146, 149
Forschung 17, 157
Fortschritt
  technischer ~ 43, 82, 88
  therapeutischer ~ 11, 12, 154
Frankfurter Liste 51
free-rider-Problem 19, 54, 80
Fusionskontrolle 49

Galenik 12, 32
Gegenmacht 140
Generika 25, 32, 34, 63
Gesundheits-Handwerker 158
  ~ politik 117 ff., 134
  ~ störungen, geringfügige 113, 128, 129, 139 f., 142
  ~ versorgung, gleichmäßige 132, 134,
  ~ versorgung, optimale 124
Glykoside 31
Gruppenversicherung 83

Handelsspannen 64
hard-ware 17, 34
Heilpraktiker 162 f.
Heil- und Hilfsmittelmarkt 162

Imitation 12, 14 ff.
  ~ smarkt 24 ff., 35, 55, 68
  ~ spräparat 25

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Innovation 12, 89
~ sförderung 155
~ smarkt 24 ff., 35, 55, 68
~ swert 23
innovativer Effekt 12
Integration, vertikale 42, 43, 48, 51, 88
Invention 12

Japan 74

Kalkulationsmethode 26
Kanada 70, 72
Kleinpackung 25
Kombinationspräparat 16, 37, 52, 68
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 118, 141 f., 144 ff., 157 ff.
Kosten-Dämpfungsgesetz 41, 63, 98, 111, 117 ff., 161
~ deckung 82
~ entwicklung im zahnärztlichen Bereich 125
~ erstattung 80 f.
F & E- ~ 18, 22, 30, 33
Herstellungs ~ 23
Informations ~ 22 f., 34
Such ~ 81
~ struktur 22, 64
Vermarktungs ~ 23, 24, 27
Vertriebs ~ 22
~ vorteil, komperativer 14
zurechenbare ~ 21 ff.
Krankenkassen 37, 38, 40 f., 59 f., 68 f., 93, 105 ff., 121
Leistungsfähigkeit der ~ 138 f.
Marktmacht der ~ 105 ff.
Wettbewerb der ~ 93, 138, 143, 145
Krankenversicherung 79 f., 82 ff., 87, 90 f., 93 f., 125, 132
Krankenpflege, Umfang der 121
Krankheitsrisiko 94
kleines ~ 83 ff.

Lebenszyklus 12
Leistungsanspruch 121
Lizenz 19, 50

Markenpräparate 25
Markt-Anteil 27, 42, 44, 51
Funktionsfähigkeit des ~es 127
relevanter ~ 106
~ schranken 34, 43
~ struktur 59 ff.
~ unvollkommenheit 62
~ zugang 19, 36
Medicaid 98, 136
Medicare 98, 136
Mexiko 71, 73
Mißbrauchsaufsicht 49 ff., 55, 154, 156 f.
Monopolstellung 156
Monopräparate 37
moral hazard 80 f., 83, 113

Nachahmerfirmen 31
Nachahmermarkt 41
Nachahmerpreise 14 f., 27, 34 f.
Nachfrage
Aufspaltung der ~ 79 ff.
Ausweitung der ~ 84
~ der Patienten 82
Dreiteilung der ~ 79 ff., 91, 97
Grenze der ~ nach Arzneimitteln 127 f.
~ macht 68, 107, 140
~ nach Versicherungsleistungen 92
~ nach Therapieleistungen 82
private ~ 101
Reprivatisierung der ~ 104
Nebenleistungswettbewerb 107
Nebenwirkungen 47, 54
Niederlande 72 f.
Nivellierungstendenz 33 ff., 40, 42, 54
non ethicals 64

öffentliches Interesse 99
Österreich 74, 152
Originalpräparate 34

P-8-Liste (§ 368 p Abs. 8 Reichsversicherungsordnung) 128, 142
Packungsgröße 26, 32
Patent-Ablauf 16 f., 24 f., **34**, 43, 49
~ schutz 13 f., 17, 32, 38, 48, 50, 52 f.
penetration-pricing 13
Pflanzenschutzmittel-Industrie 17
Pflichtversicherung 85, 94 f., 99, 122 f., 137 f., 152
Pharmakodynamik 32 f.
Pharmakokinetik 31, 33
Placebo-Effekt 163

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Prämienhöhe 82 f., 143
Preis-Änderung 25
~ als Aktionsparameter 11
~ als Steuerungsinstrument 146
~ bildung 24
~ bildungsspielraum 81 f.
~ differenzierung 23, 156
~ diskriminierung 13
~ führerschaft 36, 44, 50 f.
~ kontrolle 26, 29, 55
~ meldestelle 36, 54
Nachahmer ~ 14 f.
~ niveau 19
~ politik 21 ff.
~ spannenverordnung 61, 67
~ starrheit 36
~ strategie 14, 16
~ übersicht 37, 40
~ vergleich 21
~ vergleichsliste 19, 38, 40, 44, 51 f., 113, 128 f.
~ würdigkeit 110
Privatversicherung 94 f., 123, 135 f., 138
Produkte, neue 127
Produkthaftung 152
Psychopharmaka 28
Psychotherapeuten 163
Publikumswerbung 27, 62, 129, 139 f., 142

Qualitäts-Kontrolle 39, 43, 63
~ merkmale 35 f., 38, 44 ff.
~ unterschied 44
~ vergleich 44

Rabatt 67 ff., 74, 76 f.
Reaktionsverbundenheit 35 f., 49 f., 53
Reichsversicherungsordnung 63, 110, 120 ff., 134
Rote Liste 21, 41

Sachleistungsprinzip 122, 148
Schweiz 70 f., 74, 76
Selbstbehalt 93, 96, 104, 113, 152
~ beteiligung 99, 126, 133, 135
~ dispensierrecht 73 f.
~ medikation 62, 69, 77, 84, 140
~ vorsorge 96 f.
Serviceleistung 19, 35, 45, 52, 54
~ der Apotheker 60
skimming-pricing 13
soft-ware 17, 24, 28, 34
Solidargemeinschaft 141
Sozialenquête 119, 125, 132
Sozialpolitik 134, 148 f.
Sozialversicherung 33, 96, 132, 136, 148
Substanzklassen 12

Tagesdosis, mittlere 39 f., 45, 47
Tagesdosispreise 153
therapeutischer Nutzen 20, 38
Therapie 12, 25, 29, 31 f., 38, 40, 73, 80, 82, 84, 97
~ kosten 83 f., 152 f.
~ gruppen 154
Tranquillizer-Markt 28
Transparenz-Kommission 19, 111
~ liste 19, 21, 32 f., 35 ff., 44 f., 45, 47, 49, 51 f., 54, 113, 155

Unbedenklichkeit 17
USA 70, 81, 92, 98, 102 ff., 136

Verbraucher-Schutz 61
~ verhalten 59
Verhaltensweisen 14, 43, 59, 160
Versandapotheke 76 f.
Verschreibungsverhalten 20, 62, 67
Vertriebswege 69 ff.
~ im deutschen Pharmamarkt 70
~ im kanadischen Pharmamarkt 72
~ im mexikanischen Pharmamarkt 73
~ im schweizerischen Pharmamarkt 71, 76
Verursacherprinzip 98
Voucher-System 93, 101 f.

Wechselkurs 26
Werbung 16, 25, 28, 34, 56, 78, 81 f., 139 f.
Wettbewerb
Aufrechterhaltung des ~ sprozesses 122
innovativer ~ 11 ff., 41
~ sintensität 123
Intervention in den ~ sprozeß 122
Nachahmer ~ 11 ff., 17, 37, 40, 43 f.

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Preis ~ 11 f., 14, 24, 27, 35 ff., 43, 50, 55 f., 61, 64 f., 88, 127, 153 f.
Produkt ~ 24, 34, 55, 61 ff., 88
Verfahrens ~ 88
~ sverzerrung 130 f.
Wirksamkeit 17, 45
~ sprüfung 33
Wirkstoffe, „reine" 30, 32
Wirtschaftlichkeit 125

Zulassung 17
~ sanforderung 48
Zwangsversicherung 83

DOI https://doi.org/10.3790/978-3-428-44958-3 | Generated on 2025-04-19 17:16:38
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/