

Molitor, Bruno

Article — Digitized Version

Der Arzneimittelmarkt und die Reform der Sozialen Krankenversicherung

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Molitor, Bruno (1973) : Der Arzneimittelmarkt und die Reform der Sozialen Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 53, Iss. 6, pp. 297-300

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/134551>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Der Arzneimittelmarkt und die Reform der Sozialen Krankenversicherung

Bruno Molitor, Würzburg

In der Diskussion über die Reform der Sozialen Krankenversicherung spielen neben der Arzthonorierung und den Krankenhauspiegesätzen zunehmend die Arzneimittelausgaben eine Rolle. Sie betragen 1972 8,5 Mrd. DM (ohne die beim Krankenhausaufenthalt verwandten Medikamente); im Rahmen der Sachaufwendungen kommen dann noch die medizinischen Hilfsmittel wie Prothesen, Brillen usw. und insbesondere der Zahnersatz hinzu, der im gleichen Jahr nicht weniger als 1,4 Mrd. DM ausmachte¹⁾.

Nun besagt die absolute Höhe des Ausgabepostens Arzneimittel für sich genommen noch wenig. Eher muß es aufforchen lassen, daß im Sozialbericht 1972 seine Steigerungsrate zwischen 1971 und 1976 auf 44,6% geschätzt wird. Vor allem aber ist es die Frage der *gesundheitspolitischen* Rationalität des Mitteleinsatzes, die zu Bedenken Anlaß gibt. Mehrere Faktoren sprechen dafür, daß der Leistungseffekt des gegebenen und erwartbaren Ausgabenvolumens nicht optimal ist, oder, anders ausgedrückt: daß eine geringere Belastung der Krankenkassen und damit der Beitragszahler hier nicht auch in der Sache einen Leistungsabfall bedeuten müßte.

Wirksamkeitsnachweis

Der erste Faktor betrifft die qualitative Seite des Medikamentenangebotes. Natürlich kann niemand bestreiten, daß unsere pharmazeutische Produktion an der Spitze des internationalen Fortschrittes marschiert. Auch will die in der Kritik vielberufene Zahl von rund 70 000 Arzneispezialitäten, die auf dem Markt sind, gewichtet sein. Daß eine Mehrzahl von Produzenten unterschiedlicher Unternehmensstruktur den gleichen Wirkstoff in Präparaten anbietet, braucht nicht schon eine gesamtwirtschaftliche Verschwendung anzuzeigen;

¹⁾ Vgl.: Sozialbericht 1972, S. 107.

im Gegenteil gewinnt hier der Anbieterwettbewerb und damit letztlich der Abnehmer.

Eine andere Frage ist es jedoch, ob alle angebotenen Präparate tatsächlich die therapeutische *Wirksamkeit* besitzen, die die Hersteller für sie reklamieren. Bei uns gibt es bislang nur die Pflicht einer Registrierung, bei der der Produzent die Garantie der gesundheitlichen Unschädlichkeit des Medikamentes übernimmt, und nicht einmal die möglicherweise abträglichen Nebenwirkungen müssen auf der Verpackung angezeigt werden.

Hier bietet sich ein erster Reformschritt an. Der Gesetzgeber hätte prinzipiell für Arzneien, bevor sie auf den Markt kommen, einen Wirksamkeitstest zu verlangen, wie das u. a. in einigen EWG-Partnerländern geschieht. Bei aller Liebe zur Marktwirtschaft, auf diesem Sektor kann es nicht den Konsumenten überlassen bleiben, durch Erfahrung klug zu werden — ein Medikament ist kein Lippenstift. Und auch der praktizierende Arzt ist hier regelmäßig überfordert. Im Werbebombardement der Herstellerfirmen muß er sich auf — öffentlich approbierte — Wirksamkeitsangaben verlassen können.

Im technischen Verfahren bedarf es keines zentralen staatlichen Prüfungsinstitutes. Vielmehr kann es dem Produzenten, der natürlich die Kosten trägt, überlassen bleiben, welchen der öffentlich anerkannten Sachverständigen er wählt. Zu beginnen wäre mit allen neuen Spezialitäten, um dann in bestimmten Fristen auch für das bereits bestehende Angebot den Test nachzuholen.

Dr. Bruno Molitor, 45, ist ordentlicher Professor an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. Er leitet dort das Institut für Verteilungs- und Sozialpolitik.

In der Sache wird man mit wissenschaftlich vertretbaren Toleranzgrenzen arbeiten müssen, die die Wirksamkeit mindestens zu erreichen hat; das ist schon darum erforderlich, weil die Patienten bekanntlich nicht alle in der gleichen Weise auf ein Medikament reagieren. Aber dieses Problem unterscheidet sich nicht grundsätzlich von dem der Unschädlichkeitsermittlung. Zur Erleichterung des Teststartes könnten homöopathische Produkte zunächst ausgenommen werden.

Im übrigen ist es nicht erforderlich, daß ein zweifelhaftes Ergebnis des Testes, natürlich nur was die Wirksamkeit, nicht was die Unschädlichkeit betrifft, eine Streichung vom Zulassungsregister bedeutet. Das Präparat mag im Verkehr bleiben; aber die gesetzlichen Krankenkassen haben jetzt eine fundierte Handhabe, solche Spezialitäten im Interesse ihrer Versicherten nicht zu erstatten. Wer gleichwohl nicht auf „Mehrzweckpräparate“ verzichten will und schon durch den bloßen Medikamentengebrauch psychisch Heilung erfährt, behält die Chance, sich auf eigene Kosten in der Apotheke zu bedienen. Aber trotz ihrer Liberalität hat die Regelung zur Folge, daß durch mangelnde Nachfrage ein Teil des Spezialitätenangebotes von selbst verschwindet und auf jeden Fall der Mitteleinsatz der Sozialen Krankenversicherung an Rationalität gewinnt. Überdies vermindert der Wirksamkeitstest die Gefahr, daß faktisch schädliche Präparate auf den Markt kommen, was die bisherige Registrierung, wie die Erfahrung lehrt, nicht zu verhindern vermochte.

Rezeptgebühr

Als zweiter Faktor gibt die Quantität des durchschnittlichen Arzneimittelverbrauches Probleme auf. Ihre Entwicklung scheint nicht allein einer verstärkten Gesundheitsvorsorge und dem pharmakologischen Fortschritt zu entspringen, sondern deutet eher auf einen unbesonnenen Tablettenkonsum, ja teilweise auf direkten Medikamentenmißbrauch. Das Phänomen ist keineswegs auf den Kreis der Sozialversicherten beschränkt. Seine Wurzeln gehen auf den allgemein verbreiteten Glauben an die Macht der Chemie und letzten Endes auf ein unrationales Verhalten in Lebensweise und Krankheit zurück, das eine bestimmte Werbung in der Sensationspresse noch unterstützt.

Natürlich möchte man der Aufklärung in den öffentlich kontrollierten Massenmedien und vielleicht auch in den Schulen manches zutrauen. Indessen kann die Gegenwehr nicht auf das Mittel der finanziellen Verhaltenshemmung ganz verzichten. Hier fällt der Sozialen Krankenversicherung, die heute über 90 % der Bevölkerung umfaßt, ein wichtiger Dienst an der Gesundheitspoli-

tik zu. Im Unterschied zur Privatversicherung, bei der das Mitglied das Medikament in bar entrichtet, um den Betrag später erstattet zu bekommen, leistet sie für ihre Versicherten in natura. Daran sollte aus technischen Gründen festgehalten werden. Aber hier kann eine Rezeptgebühr den Empfänger daran erinnern, daß er mit dem Medikamentenbezug einen Geldleistungsprozeß seiner Kasse an die Apotheken in Gang setzt, der sich auf die Beitragshöhe auswirkt. Und der Vergleich zwischen Rezeptgebühr und Produktpreis mag es nahelegen, die pharmazeutischen Hausmittel auch einmal aus der eigenen Tasche zu bestreiten, ohne um der Erstattung der Differenz willen den verschreibenden Arzt aufsuchen zu müssen.

Dabei ist es freilich für den Erfolg wichtig, daß es sich um eine fixe Rezeptgebühr handelt, deren Höhe merklich ist. Und für jedes Medikament wäre ein Rezept zu verlangen. Damit ließe sich auf anspruchslose Weise der Tendenz zum „Sortimentrezept“ und einer unkritischen Verordnungsmannier entgegenwirken, die — auf das ärztliche Meinungsmonopol bedacht — auch unvernünftigen Erwartungen des Patienten folgt. Gleichzeitig sollte es eine weitere Modifikation der traditionellen Regelung geben. Da auch nichtverschreibungspflichtige Medikamente nur auf dem Umweg über den Arztbesuch als Kassenleistung zu haben sind, dieses Verfahren andererseits bei der Arzthonorierung erheblich zu Buche schlägt, wäre vorzusehen, daß ein Rezept für solche Medikamente in Jahresfrist, sagen wir, dreimal in der Apotheke benutzt werden kann. Das führt zur Entlastung der ärztlichen Sprechstunde wie der Kassenfinanzen, und das letztere auch darum, weil die Neigung zu größeren Packungen und zur Vorratsbildung von Medikamenten vermindert wird, die nachher möglicherweise nutzlos herumstehen. Das gilt zumal für die Linderungs- und Stärkungsmittel. Sie überhaupt von der Erstattung durch die Krankenkassen auszunehmen, würde vor allem die Alten und Invaliden treffen, für die Linderung und Stärkung zuweilen die einzige Hilfe darstellen. Gleichwohl muß die überproportionale Beanspruchung der Kassen durch diesen Bevölkerungskreis in der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages der Rentner abgefangen werden, den die Rentenversicherungsträger entrichten²⁾.

Preisbildung für Medikamente

Mit der Einführung eines Wirksamkeitstestes für Medikamente als Voraussetzung der Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen und mit einer modifizierten Rezeptgebühr zur

²⁾ Dazu: Bruno Mollitor: Zur Reform der Krankenversicherung der Rentner. In: Die Ortskrankenkasse, Jg. 1973, Heft 10.

Regulierung der Tablettennachfrage wäre schon viel erreicht, um die Arzneimittelausgaben der Krankenversicherung gesundheitspolitisch zu rationalisieren. Aber es bleibt ein dritter Faktor, der zu Zweifeln Anlaß gibt: die Preisbildung auf den Spezialitätenmärkten. Natürlich kann man nicht erwarten, daß bei einem inflationären Trend just die Arzneimittelpreise konstant bleiben. Auch muß berücksichtigt werden, daß trotz aller Vorteile der chemischen Massenproduktion hier die hohen Kosten der oft langwierigen Forschung und Entwicklung die Stückpreise in die Höhe treiben. Und erst recht wäre es verfehlt, beim unternehmerischen Verhalten nichts als bösen Willen und Konspiration zu Lasten der Abnehmer zu vermuten.

Vielmehr sind es bestimmte *strukturelle Schwächen*, die auf den Arzneimittelmärkten die Funktion des Wettbewerbs beeinträchtigen, so daß die Höhe des durchschnittlichen Unternehmungsgewinnes Zweifeln ausgesetzt ist, Preisdifferenzierungen zwischen Auslands- und Inlandsabsatz moniert werden können und Vermutungen über eine Korrelation zwischen der Entwicklung der Krankenkassenfinanzen und der des Medikamentenpreisniveaus nicht von der Hand zu weisen sind. Freilich will hier nach den drei Stufen der Hersteller, des Großhandels und der Apotheken unterschieden und im übrigen bedacht sein, daß gerade bei der Preisbildung auf der Apothekenstufe traditionell staatliche Eingriffe mit von der Partie sind.

Der Kern des Problems liegt darin, daß in unserem sozialen Sicherungssystem der Konsument von Arzneimitteln und der, der sie bezahlt, auseinanderfallen. Im geltenden Naturalleistungsverfahren muß die Krankenkasse alle Spezialitäten, unbeschadet von Menge und Preis, den Apotheken erstatten, soweit nur das Rezept eines zugelassenen Arztes vorliegt. Für den Arzt selbst besteht aber kein unmittelbares finanzielles Interesse, das ihn nach dem preisgünstigsten Angebot suchen ließe – die gegebene Regreßpflicht greift hier nicht. In der Tat dürfte es ihm schwerfallen, sich in der Flut der in Frage kommenden Präparate zurechtzufinden; ein kombinierter Qualitäts- und Preisvergleich ist ihm praktisch nicht möglich, und immerhin muß es dem Arzt in erster Linie um den therapeutischen Effekt gehen. Kein Wun-

der, daß er sich da im Zweifel an die eingeführte Marke, die bekannte Herstellerfirma und die bessere Werbung hält. Dem Versicherten seinerseits fehlt es nicht nur an Marktüberblick und Sachverstand; für ihn treten finanzielle Erwägungen ganz hinter den reklamierten therapeutischen Wert des Fabrikates zurück, und nichts bringt ihn mehr auf als der Verdacht einer „Kassenmedizin“.

So gerät die Soziale Krankenversicherung in die ökonomisch paradoxe Situation, Großnachfrager von Medikamenten zu sein, ohne auf Menge und Preis bei Lage der Dinge den geringsten Einfluß zu haben. Dem entspricht auf seiten der Anbieter eine starke Position, da ihnen eine hohe und im sozio-ökonomischen Fortschritt überproportional wachsende kollektive Nachfrage sicher ist und deren geringe Preiselastizität ihnen viel Kopfzerbrechen über die Abnehmerreaktion erspart. Das ist beim Absatz an Vollapotheken der Krankenhäuser anders. Und prompt unterschreiten hier die Preise „teilweise erheblich die für die öffentlichen Apotheken geltenden vergleichbaren Einkaufspreise“³⁾.

Lösungsvorschläge

Was kann geschehen, um diese strukturellen Schwächen des Arzneimittelmarktes zu kompensieren, ohne das Kind mit dem Bade auszuschütten?

Das erste wäre eine verbesserte Information an die zugelassenen Ärzte in Form von Preislisten für qualitativ vergleichbare Präparate. Als Institution empfiehlt sich aus Gründen der objektiven Berichterstattung eine staatliche Stelle, etwa das Bundesgesundheitsamt, das von der einschlägigen Vorarbeit der Bundesärztekammer profitieren kann, aber für den Preisvergleich durch ein ökonomisches Referat ergänzt werden muß. Da es sich um eine Informationshilfe handelt, besteht kein Anspruch des Herstellers darauf, daß sein Präparat, unbeschadet der Qualität, auf den Listen erscheint. Aus praktischen Rücksichten wird man sich auf zwei oder drei Qualitätsstufen pro Indikationsbereich beschränken müssen.

Zur Erleichterung des Verfahrens werden wenige einheitliche Verpackungs- bzw. Abfüllungsgrößen für Arzneien vorgeschrieben.

³⁾ Bericht des Bundeskartellamtes 1968, S. 57.



VEREINSBANK IN HAMBURG

Zentrale: 2 Hamburg 11 · Alter Wall 20-32 · Telefon 36 92-1

ÜBER 60 FILIALEN UND ZWEIGSTELLEN IN HAMBURG, CUXHAVEN, HANNOVER UND KIEL

Die Beschränkung der Werbung an die Ärzte und sonst sollten die Hersteilerverbände in eigener Regie behalten.

Die Prüfung der verschriebenen Rezepte wäre genauso wie die der ärztlichen Liquidationen gemeinsam von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenkassenverband (mindestens im Stichprobenverfahren) vorzunehmen. Wiederholte unbegründete Mißachtung der Preislisten unterliegt wie die Verordnungsmenge und -angemessenheit der Regreßpflicht.

Die staatlich fixierte Handelsspanne der Apotheken, „Arzneitaxe“, die den wettbewerbsbedingt unterschiedlichen Großhandelspreisen zugeschlagen werden darf, ist zweckmäßigerweise auf einen einheitlichen Maximalsatz, etwa von 50%, festzusetzen. Die überkommene Zuschlagsstaffel hat sich nicht bewährt; praktisch wurde der Höchstsatz zum Regelsatz, und das auch bei den umsatzstarken Produkten.

Dagegen sollte der Großabnehmerrabatt zwischen den regionalen Kassen- und Apothekerverbänden ausgehandelt werden. Hier bietet sich die Möglichkeit, Anreize für Apotheken in stadtfernen Gebieten zu setzen. Der Staat kann assistieren, indem er für regional gezielte Neugründungen

zinsgünstige Kredite etwa aus ERP-Mitteln zur Verfügung stellt.

Für *nicht* apothekenpflichtige Präparate hat freie Preisbildung von der Hersteller- bis zur Abnehmerstufe zu gelten. Sie können prinzipiell zum Verkauf in Drogerien und Reformhäusern zugelassen werden (§§ 29–31 des Arzneimittelgesetzes), wenn gleichzeitig der Kreis der rezept- und damit automatisch apothekenpflichtigen Spezialitäten aus medizinischer Vorsicht weit genug gespannt ist.

Was die Preise der apothekenpflichtigen Produkte betrifft, wäre ein Gremium zu institutionalisieren, das sich aus Vertretern der sozialen wie privaten Krankenkassen und der Hersteller zusammensetzt, um beiderseits Beschwerden und Vorschläge vorbringen zu können. Die Kosten der Einrichtung hätte der Staat zu tragen, während für die materielle Vorbereitung der Gespräche die Partner aufkommen. So kann sich für einzelne große Kassenverbände bzw. für diese gemeinsam die Einrichtung eines preisanalytischen Institutes empfehlen. Wenn die Kassen die Hersteller auch zu nichts zwingen oder, wie etwa die Gewerkschaften, mit Streiks drohen können, so haben sie doch als Druckmittel, was die Kassenfinanzen und die Beitragsentwicklung angeht, den Appell an die Vernunft und gegebenenfalls an die öffentliche Meinung. Im übrigen sind diese Gespräche als eine Art „gütliche“ Vorstufe einer möglichen kartellamtlichen Verhandlung zu verstehen, für die den Kassenverbänden ein Anzeigerecht zustehen muß.

Schließlich gilt es, für patentierte Wirkstoffe eine Lizenzvergabepflicht einzuführen, ohne daß der Lizenzgeber Preisstellungsbedingungen setzen dürfte (§ 20, Abs. 2, Nr. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen). Der Entdecker einer lebensrettenden Substanz kann aus gesundheitspolitischen Gründen eben nicht nach den gleichen Patentierungsregeln behandelt werden, wie, sagen wir, der Erfinder eines neuen Strumpfwirkverfahrens.

Der Nachteil eines solchen Reformkonzeptes ist es, daß es nur in der Gesamtheit der Einzelschritte Erfolg verspricht, diese aber erhebliche Anforderungen an die Energie und das Geschick der politischen Durchsetzung stellen. Andererseits ist das ihm zugrunde liegende „piecemeal-engineering“ nicht angetan, jene Kritiker zu befriedigen, die auf ein vermeintlich ideal-radikales Einbahnunternehmen festgelegt sind. Indessen möchte man bei dieser Sachlage eine um so stärkere Bereitschaft der beteiligten Verbände annehmen, über den Schatten des traditionell Eingefahrenen zu springen und ihren Sachverstand in eine Reform auf freiheitlich-demokratischer Basis einzubringen, die überfällig ist.

Schriften der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel

Band 1:

Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter

– eine Analyse des Forschungsstandes –
von Prof. Dr. Hans Thomae und Prof. Dr. Ursula Lehr, unter Mitarbeit von Dr. Gernot Dreher und Dr. Werner Oppenworth

1973. XVII/98 Seiten. Kart. 18,- DM.

ISBN 3 509 00615 1

Band 2:

Organisation für Innovationsentscheidungen

– Das Promotoren-Modell –

von Prof. Dr. Eberhard Witte

1973. X/68 Seiten. Kart. 13,50 DM.

ISBN 3 509 00616 X

Band 3:

Regionale Strukturpolitik in der Bundesrepublik

– Kritische Bestandsaufnahme –

von Prof. Dr. J. Heinz Müller

1973. X/40 Seiten. Kart. 8,80 DM.

ISBN 3 509 00592 9

Weitere Schriften befinden sich in Vorbereitung

VERLAG OTTO SCHWARTZ & CO.
34 Göttingen