

Zukunftsforum Politik

Broschürenreihe
herausgegeben von der
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 75

Peter Oberender / Jürgen Zerth / Andreas Schmid

Liberalisierung des Pharmamarktes Eine ordnungsökonomische Analyse und Implikationen für den deutschen Pharmamarkt

Berlin, Juli 2006

ISBN 3-937731-98-9

Download-Publikation

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelseite der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf einer Seite zusammengefasst.

Vorwort

Die Grenzen des Gesundheitssystems treten deutlich hervor. Das derzeitige überreglementierte System setzt falsche Anreize und schafft es daher nicht, die wirtschaftliche und finanzielle Tragfähigkeit dauerhaft zu sichern und zu mehr Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung beizutragen. Über Parteigrenzen hinweg – z. B. auch im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD von 2005 – wird deshalb ein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem befürwortet, in dem der Wettbewerb als ordnungspolitisches Prinzip in den Vordergrund tritt. Wettbewerb ist dabei kein Selbstzweck, sondern nur Mittel, um das Gesundheitssystem patienten- und versichertenfreundlich und damit letztlich auch menschlich zu gestalten. Der Patient steht im Mittelpunkt.

Damit für den Wettbewerb im Gesundheitssystem ein Rahmen gesetzt werden kann, sind wissenschaftlich fundierte Fakten als Grundlage für die politische Diskussion notwendig. Die vorliegende Studie liefert eine solche Grundlage, und zwar für den Pharmamarkt als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens mit seiner großen Bedeutung für eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung der Patienten, für die Innovationsfähigkeit des Wirtschafts- und Forschungsstandorts und für die wirtschaftliche Prosperität Deutschlands.

Wettbewerb statt Planwirtschaft entspricht dem modernen Selbstverständnis des Menschen, das Freiheit, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung in den Vordergrund stellt. Freilich sollte bei aller berechtigten Forderung nach mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung nicht die notwendige Verantwortung des Staates – nicht als Versorgungs-, sondern als Gewährleistungsstaat – für Schutzbedürftige und Schwache vergessen werden. Die Stärkung des Wettbewerbs entspricht auch der ökonomischen Rationalität. Regulierungen von Märkten sind nur dann gerechtfertigt, wenn

dadurch Vorteile für alle Beteiligten entstehen und unzumutbare Risiken und Benachteiligungen für die weniger Leistungsfähigen vermieden und abgesichert werden.

Vor diesem Hintergrund werden in der vorliegenden Studie die bestehenden Regulierungen und Reglementierungen im Arzneimittelsektor analysiert. Die Studie zeigt, dass mehr wettbewerbliche Freiheit zu Vorteilen führt. Sie zeigt ferner, dass die bestehende Regulierungsdichte für ein zukunftsorientiertes und gesellschaftlich verantwortetes Gesundheitssystem unangemessen hoch ist, zu keinem größeren Nutzen beiträgt, sondern, ganz im Gegenteil, erhebliche Nachteile nach sich zieht. Die Autoren erörtern zunächst, warum die Frage einer Liberalisierung des Arzneimittelmarktes sinnvoll und notwendig ist (Kapitel 2). Sie analysieren dann (Kapitel 3) unter Berücksichtigung der Positionen der Patienten/Versicherten, der Leistungserbringer (Krankenkassen) und des Staates (Regulator) drei Reformszenarien. Sie ziehen schließlich aus dem idealtypischen ökonomischen Modell konkrete Schlussfolgerungen für die Gesundheitspolitik (Kapitel 4 und 5).

Die vorliegende Studie kann ein wichtiger Diskussionsbeitrag in der Debatte über ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem sein. Sie sollte zur kritischen Reflexion über die bestehenden Regelungen im Arzneimittelsektor – und im Gesundheitssystem insgesamt – anregen und Perspektiven zu einem wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen eröffnen – um dadurch Effizienz und Qualität im Interesse der Patienten zu stärken.

Dr. Norbert Arnold
Leiter AG Gesellschaftspolitik
Konrad-Adenauer-Stiftung

Dr. Ulrich Vorderwülbecke
Geschäftsführer Marktordnung/Gesundheitssystem
Verband Forschender Arzneimittelhersteller

Inhalt

Executive Summary	7
1 Einleitung	11
2 Zum ordnungsökonomischen Impuls: Liberalisierung des Arzneimittelmarktes	13
2.1 Zur Notwendigkeit einer Regulierung von Gesundheitsleistungen	13
2.2 Notwendigkeit der Liberalisierung: das deutsche Beispiel	20
2.3 Synthese: Zur Unbestimmtheit des normativen Vorschlages	23
3 Positive Analyse eines liberalisierten Arzneimittelmarktes	27
3.1 Vorbemerkung	27
3.2 Grundmodellierung	31
3.2.1 Patient	31
3.2.2 Versicherer	33
3.2.3 Regulator	34
3.3 Kriterien	35
3.4 Komparativ Statische Analyse	37
3.4.1 Reformszenario I: Radikale Liberalisierung	38
3.4.2 Reformszenario II: Vollständige Liberalisierung nach regulierter Zulassung	42
3.4.3 Reformszenario III: Liberalisierung nach regulierter Zulassung mit vorgelagerten Informationsmärkten	47

3.5	Schlussfolgerung und Grenzen des Modells	54
4	Konsequenzen für die Regulierungspolitik	57
4.1	Notwendigkeit einer Preis- und Erstattungsregulierung?	57
4.2	Auswirkungen für die Arzneimitteldistribution	59
4.3	Das Problem der Innovationsbewertung	61
5	Implikationen für das aktuelle deutsche Gesundheitswesen	69
5.1	Die Fortentwicklung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“	69
5.2	Wirtschaftspolitische Empfehlungen	73
6	Resümee	77
	Literatur	79
	Die Autoren	83

Executive Summary

Der Arzneimittelsektor ist unter den Teilsektoren des Gesundheitsmarktes in der Regel derjenige Bereich, der die höchste Regulierungsintensität aufweist. Ansatzpunkte der Liberalisierung im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Arzneimittelmarkt im Speziellen müssen sich daher zunächst einer Auseinandersetzung mit der Frage der Legitimation und Notwendigkeit von Regulierungen stellen.

Ausgehend von dem Leitbild eines Gesundheitswesens, das sich den Ideen von Wettbewerb und Eigenverantwortung verpflichtet fühlt, sind daher Regulierungen zu hinterfragen, die an der Handlungsfreiheit der Musterbeteiligten, Patienten, Versicherungen und Leistungserbringern ansetzen. Gemäß einer theoretischen Orientierung an den methodischen Prinzipien einer Interaktionsökonomie, die sich durch institutionelle Rahmenbedingungen Regeln für das wirtschaftliche Zusammenleben setzt, lässt sich festhalten, dass jede Regulierung nur dann gerechtfertigt ist, wenn im Kontext von gemeinsamen Kooperationsgewinnen eine für alle Beteiligte feststellbare Vorteilhaftigkeit zu konstatieren ist. Die Autoren haben für den Bereich der Pharmaregulierung als Bewertungskriterien folgende Prinzipien verwandt:

- Sicherung des Wettbewerbsprozesses, insbesondere der Vertragsfreiheit
- Ausreichender Versicherungsschutz für die Patienten
- Nachhaltige Finanzierungsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems.

Vor diesem Hintergrund lässt sich ein Gesundheitssystem, speziell ein *Arzneimittelmarkt rechtfertigen, der auf Grundlage der allgemeinen Vertragsfreiheit einen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen über Art und Umfang des Regelleistungs-*

katalogs zulässt, wenn zugleich sowohl die Zulassung von Arzneimitteln einheitlich geregelt wird als auch Informationsmärkte für den Patienten vorhanden sind, damit dieser seine Wahlentscheidung für Versicherungs-Leistungsbündel wahrnehmen kann. Bei Gültigkeit dieser Prämissen sind weiterführende Regulierungen der Arzneimittelpreisbildung und -erstattung sowie Vorschriften für einen einheitlichen Distributionsweg nicht mehr notwendig. Gleichwohl ist als Ausprägung einer zentralen Zulassungsinstanz und zum Schutz aller Beteiligten die Vorgabe einer Verschreibungspflicht sinnvoll. Darüber hinaus ist für die Umsetzung der Distribution nicht zwangsläufig eine öffentliche Apotheke von Nöten.

Im Modell eines liberalisierten Arzneimittelmarktes werden trotz der stärkeren Freiheitsgrade die Kostenträger Methoden der Nutzen- und Kostenbewertung durchführen müssen und diesem Kontext stellt sich die Frage, wie und mit welchen Methoden eine Innovationsbewertung durchgeführt wird. Die Chance eines liberalisierten Arzneimittelmarktes liegt darin, dass sowohl bei unsicheren Wissen über die Nutzenaspekte von Arzneimitteln einerseits der dezentrale Experimentierspielraum genutzt werden kann, freilich bei zentraler Zulassung und solidarischen Schutz ökonomisch Schwacher. Andererseits sind durch eine konsistente ordnungspolitische Grundorientierung die Rahmenbedingungen für Investitionen glaubwürdiger festgelegt und die Chancen eines Wachstumsmarktes Gesundheit lassen sich realisieren.

Ausgehend von von der Leitidee eines liberalisierten Arzneimittelmarktes gilt es in Deutschland die bereits vorhandenen Ansatzpunkte für wettbewerbliche Steuerungsmöglichkeiten, wie etwa Integrationsverträge und Modellvorhaben, zu nutzen und ausbauen. Auch dezentrale Rabattverträge können ein sinnvolles wettbewerbliches Instrumentarium sein. Dies gilt aber nur dann, wenn alle Beteiligten, Krankenversicherungen, Leistungserbringer und

Pharmazeutische Industrie gleichen Wettbewerbsbedingungen unterliegen.

1 Einleitung

Steigende Arzneimittelausgaben tragen zu einem nicht unerheblichen Teil zum finanziellen Druck auf die Gesetzliche Krankenversicherung bei. Der Gesetzgeber hat hierauf wiederholt reagiert und versucht, durch Festbeträge, Zwangsrabatte etc. die Ausgabenentwicklung zu dämpfen. Keine der Initiativen konnte jedoch nachhaltig Wirkung entfalten, sondern führte vielmehr zu einer Interventionsspirale und einem überregulierten Zustand, in welchem Markt- und Wettbewerbsprozesse weitestgehend außer Kraft gesetzt sind¹.

Die Komplexität dieses Status quo erschwert die Suche nach alternativen Ansätzen, diesem Problem zu begegnen. Zielsetzungen der folgenden Analyse ist es daher, ausgehend von einer kurzen Auseinandersetzung mit der Legitimation von Regulierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, speziell im Arzneimittelsektor, die Frage der Ausgestaltung eines liberalisierten Arzneimittelmarktes zu diskutieren. Insbesondere gilt es dabei festzuhalten, dass auch bei einer Liberalisierung im Arzneimittelsektor ergänzende und korrigierte Ordnungsregeln vorhanden sein müssen. Die Vorgehensweise wählt daher den Weg, die normativen Vorschläge durch eine positive Unterfütterung zu ergänzen und somit Anhaltspunkte für einen institutionenbildenden gesundheitspolitischen Vorschlag zu generieren. Im Hauptteil wird deshalb mittels eines Modells versucht, die Anreiz- und Zielsysteme der beteiligten Akteure darzustellen. Beginnend von einem Zustand vollständiger Liberalisierung („radikaler Liberalisierung“) werden in einer komparativ-statischen Analyse sukzessiv verschiedene

¹ Vgl. allgemein zur Regulierungsspirale im Gesundheitswesen Oberender/Hebborn/Zerth 2006. Vgl. zum Arzneimittelmarkt grundsätzlich Oberender/Daumann 1997.

Szenarien zunehmender Regulierung betrachte. Zielsetzung ist es, Kriterien zu entwickeln, die es erlauben Fehlansätze zu identifizieren, und diesen mit institutionellen Maßnahmen zu begegnen.

Am Ende der Analyse steht die daraus abgeleitete Empfehlung für regulative Maßnahmen, die damit eine Orientierung auch für das deutsche Gesundheitswesen geben können. Zur Fundierung der Fragestellung sollen zunächst die ordnungsökonomischen Grundlinien einer Liberalisierung behandelt werden, die am Ansatzpunkt ansetzt, inwiefern es einen Legitimationsbedarf im Gesundheitswesen gibt.

2 Zum ordnungsökonomischen Impuls: Liberalisierung des Arzneimittelmarktes

2.1 Zur Notwendigkeit einer Regulierung von Gesundheitsleistungen

Gesundheitsleistungen werden in der Literatur und in der Praxis häufig als besondere Güter bezeichnet, da die Koordination über Märkte nicht oder nur sehr unzureichend vonstatten gehen könnte. Eine andere Rechtfertigung von staatlichen Regulierungen findet sich in sozialpolitischen Argumenten, die eine notwendige Versorgung mit Gesundheitsgütern als Grundlage der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ansehen. Problematisch ist eine Vermischung beider Legitimationsarme, was in der praktizierten Gesundheitspolitik häufig passiert. Zunächst sollen daher die üblichen Argumente für ein Marktversagen im Gesundheitswesen vorgestellt und diskutiert werden (vgl. Neubauer 1988, 9 ff.):

Gesundheit produziert **externe Effekte**, die nicht über den Marktprozess ausgeglichen werden können (vgl. Blankart 2001, S. 506). So führt beispielsweise eine erfolgreiche Impfung bei Krankheit nicht nur zum Erhalt der eigenen Gesundheit, sondern auch dazu, dass andere nicht angesteckt werden, gleichzeitig würde dieser „Nettovorteil“ für die Gesellschaft jedoch nicht adäquat in Preisen ausgedrückt und es könnte somit zu einer Unterversorgung mit Impfungen kommen, wenn allein der Marktprozess vorhanden wäre. Übertragen auf die Arzneimittelversorgung lässt sich das Beispiel einer Pandemieprophylaxe wie etwa am aktuellen Beispiel der Vogelgrippe anführen. Bei externen Effekten liegt also keine perfekte Verantwortungszuordnung auf den Märkten vor, da die Kosten oder die Nutzen einer Leistung nicht eindeutig zuor-

denbar sind und daher eine individuelle Internalisierung nicht möglich ist.

Eine Regulierung ist auch deswegen notwendig, weil die Informationen über Krankheiten und deren angemessene, erfolgreiche Behandlung **asymmetrisch** zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen und den Nachfragern verteilt sind. Nach dieser Argumentationslinie ist die Konsumentensouveränität des einzelnen Versicherten/Patienten derart eingeschränkt, so dass nicht mehr von einer marktwirtschaftlichen Steuerung ausgegangen werden könne, insbesondere könnte der Leistungserbringer den Patienten im Zweifel „überfordern“. Am Beispiel der Arzneimittel wird unmittelbar die Wissensasymmetrie auf Seiten des Patienten deutlich. Dieser benötigt nicht nur eine Zuordnung eines passenden Medikaments zu seinem Erkrankungsbild sondern zusätzlich noch eine interpretierende Anleitung zwecks der korrekten Einnahme des Medikaments.

Häufig wird behauptet, dass Umfang und Ausmaß künftiger Erkrankungen systematisch **unterschätzt** werden (vgl. dazu Böhm-Bawerk 1961, S. 226 ff.). Aus diesem Grund liegt eine finanzielle Unterdeckung künftig notwendiger Ausgaben vor, so dass sich daraus ein Regulierungsbedarf ableiten lässt.

Die angeführten Argumente gegen eine wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen sind jedoch nicht ausschließlich auf das Gesundheitswesen übertragbar, sondern finden Einzug in vielerlei Regulierungsdebatten. Ohne eine grundsätzliche Auseinandersetzung über die Legitimation von derartigen Regulierungen führen zu wollen, lassen sich folgende Argumente aus marktwirtschaftlicher Perspektive entgegenhalten.

Gesundheitsleistungen sind private Güter im ökonomischen Sinn, da sich sowohl das Ausschlussprinzip als auch das Prinzip der Rivalität im Konsum realisieren lässt, d. h. eine Koordination von Gesundheitsleistungen über Märkte möglich ist. Gleichwohl

existieren bei Gesundheitsleistungen, auch bei der Nutzung von Arzneimitteln, Wechselwirkungen, welche einen gewissen „kollektiven“ Charakter aufweisen (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S. 173 ff.). So ist es durchaus sachgerecht, davon auszugehen, dass bestimmte Hygienestandards oder allgemeine Impfprogramme volkswirtschaftliche Kosten ersparen helfen und somit problemadäquat sein können; für die Gesellschaft ist somit ein positiver externer Effekt vorhanden. Zwingend ist daraus jedoch kein Marktversagen abzuleiten, da geprüft werden muss, ob die fehlende Internalisierung des externen Effektes ein Problem des Marktprozesses selbst ist oder die Spielregeln (Institutionen) für den Marktprozess geändert werden müssten. Beispielsweise könnte eine Lösung sein, dass der einzelne Patient im Marktprozess individuell gegen die Verbreitung des Ansteckungsrisikos haftet, was bei ansteckenden Krankheiten infolge der hohen Transaktionskosten² jedoch nicht sinnvoll erscheint, oder es ließe sich eine allgemeine Regel formulieren, die bei bestimmten Krankheiten eine Impfpflicht fordert.

Unabhängig von der Ausgestaltung sind Markttransaktionen zwischen Anbietern und Nachfragern von Gesundheitsleistungen möglich, da durch eine Formulierung der Eigentums- und Haftungsregeln auf der Ebene der Rahmenordnung individuelle Rechte und Verantwortungsräume befördert werden können. Bezogen auf die Arzneimittelregulierung erfordert die Frage der Arzneimittelsicherheit eine Regelung, die institutionelle Ausgestaltung lässt aber viele Lösungsmöglichkeiten zu. So wäre es beispielsweise ausreichend, neben der Kontrolle zur Zulassung eines Arzneimittels die Distribution von Arzneimitteln nur insofern zu regulieren,

² Im Gegensatz zur neoklassischen Vorstellung vollständiger Information sind bei der Durchsetzung von Markthandlungen die Durchsetzung von Rechtsregeln und die Übertragung von Verfügungsrechten zu organisieren (vgl. Williamson 1985).

als Mindestqualitäten für die Distribution und Mindestinformativsvorschriften zugunsten der Patienten erlassen werden müssten³. Die zwingende Vorgabe einer Distributionsschiene über einen niedergelassenen Apotheker ist daher aus der Begründung der Marktversagenstheorie nicht unmittelbar ableitbar.

Auch das Vorhandensein unterschiedlicher Grade individuell verfügbarer Information (asymmetrische Information) ist kein zwingendes Argument für ein generelles Marktversagen. Es ist vielmehr die Frage zu stellen, ob die Transaktionskosten aufgrund einer derartigen Informationsverteilung zu einem bestimmten Zeitpunkt die Austauschbeziehungen derart behindern, dass Regulierungsbedarf vorhanden ist. Gleichwohl ist eine asymmetrische Informationsverteilung Kennzeichen vieler Marktbeziehungen und wird durch bestimmte Institutionen des Marktsystems wie Garantien, Standards usw. gelöst. Beispielsweise kann eine Krankenversicherung, die im Wettbewerb mit anderen Krankenversicherungsanbietern steht, dem einzelnen Patienten gegenüber dem Leistungserbringer als Informationsagent dienen und somit die Informationsasymmetrie zwischen Patient und Arzt abbauen helfen.

Gleichwohl zeigt die Problematik der asymmetrischen Informationsverteilung, dass ein Teil des Regulierungsbedarfs selbst Folge einer Vorregulierung sein kann. Sowohl in vollständig öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen, wie dem englischen NHS, als auch in beitragsatzgestützten Systemen, deren Finanzierungssystematik nicht auf einer Prämie beruht, ist die Pharmaregulierung unmittelbarer Ausfluss der sozialpolitischen Grundentscheidung. Soweit zunächst das Sicherungssystem vollständige Versicherungsdeckung garantiert, werden für die Versicherten im Krankheitsfall zunächst alle Kosten aus dem Regelleistungskatalog er-

³ Vgl. dazu bereits ausführlich Hamm 1987, S. 77 ff.

stattet. Der effektive Preis für jede medizinische Leistung, insbesondere auch für ein Arzneimittel, beträgt dann Null, wodurch ein Anreiz zur Übernachfrage entsteht. Gleichzeitig wird bei Sachleistungsprinzip und Vollversicherungsdeckung auch das Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer tangiert, da diese zusätzliche Ausgaben durch Verordnungsanstieg auf das Versichertenkollektiv überwälzen. Dies ist je stärker möglich, je größer die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patienten ausgestaltet ist (vgl. Schneider 2005).

Mit dem Einwand einer Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse ist auch kein Marktversagen im strengen Sinn festzustellen, da jeder einzelne Bürger grundsätzlich in der Lage ist, für künftige Bedürfnisse entweder Geldkapital anzusparen oder eine private Versicherung abzuschließen. Eine Regulierung ist jedoch aus sozialpolitischer Hinsicht sinnvoll. Es muss bei einer reinen Marktlösung die Frage beantwortet werden, ob eine Gesellschaft bereit ist, im Fall der mangelnden (finanziellen) Vorsorge den Einzelnen ohne entsprechende Hilfe zu belassen. Besteht innerhalb der Gesellschaft Konsens darüber, niemanden aufgrund mangelnder finanzieller Mittel von als notwendig erachteten medizinischen Leistungen auszuschließen, lässt sich eine allgemeine Versicherungspflicht als Regulierungsansatz legitimieren. Damit ist jedoch nicht zwangsläufig verbunden, die Angebotsbedingungen weitreichend staatlich zu regeln (Pflichtversicherung). Es wäre ausreichend, dass sich jeder Versicherte eine Versicherung wählt, die einen definierten Mindestschutz anbietet. Unabhängig davon ist die Frage zu lösen, wie ökonomisch Schwache finanziell unterstützt werden sollen.

Allerdings steht eine wesentliche, allgemein anerkannte Wertvorstellung, nämlich die des gleichen Zugangs zu den Gesundheitsleistungen, einer rein individualistischen Marktlösung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen im Wege. Eine solche, über

eine bloß formale Gleichheit hinausgehende Norm setzt einkommensumverteilende Maßnahmen voraus, um den Mitgliedern einer Gesellschaft die Möglichkeit zu eröffnen, Gesundheitsleistungen im Sinne einer Mindestsicherung nachzufragen. Unter Mindestsicherung können jedoch verschiedene Aspekte subsumiert werden. Zum einen lässt sich unter einer Mindestsicherung ein garantiertes Niveau von Transferleistungen ohne biographische Festlegung verstehen, das unbedingt, d.h. gänzlich unabhängig von eigenen Leistungen, festgelegt und idealtypisch aus Steuermitteln finanziert wird⁴.

Das System der Mindestsicherung kann darüber hinaus an einen Kanon von zu erbringenden Leistungen gebunden sein. Diejenigen, die höhere Einkommen haben oder mehr konsumieren, erbringen dabei ein höheres Aufkommen als diejenigen, die nur ein geringes oder gar kein Einkommen haben. Allen Mindestsicherungskonzeptionen ist aber gemein, dass zunächst nur ein grundsätzlicher Anspruch auf Hilfe in einer Notsituation abgeleitet werden kann und nicht zwangsläufig ein konkretes Versorgungsangebot in der Fläche vorhanden sein muss. Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein wohlverstandenes Konzept der Versorgung mit notwendigen Leistungen nicht zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit der Zugangsgarantie auf medizinische Leistungen erforderlich macht, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung relevant sind.

Eine Gewährleistung eines gerechten Zugangs zu Gesundheitsleistungen ist abhängig von der Zugrundelegung einer entsprechenden gerechtigkeits-theoretischen Interpretation⁵. Auch wenn

⁴ Eine sehr ausführliche Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Abgrenzungsansätzen nimmt Stillfried 1996, S. 233 ff. vor.

⁵ Vgl. die Gegenüberstellungen verschiedener gerechtigkeits-theoretischer Konzepte und die daraus abgeleiteten Notwendigkeitsüberlegungen bei Williams/Cookson 2000, S. 1864 ff.

es Konsens in einer Gesellschaft sein soll, dass niemand von der Versorgung von notwendigen medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden darf, so bleibt doch die Interpretationsnotwendigkeit hinsichtlich des Ausmaßes, des Zugangs und der Regelung der Finanzierung bestehen.

Da es in einer freiheitlichen Ordnung eines gesellschaftlichen Konsenses über das Ausmaß der Umverteilungsmaßnahmen bedarf, kann den einkommensstärkeren Gruppen immer nur ein bestimmtes Maß an Solidarität abverlangt werden. In einer freiheitlichen Gesellschaft, die das Maß an individuell konsumierbaren Gesundheitsleistungen nicht nach oben begrenzt, werden von daher immer ungleiche Möglichkeiten des Konsums bestehen.

Von der Wertvorstellung eines (partiell) gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen ausgehend, lässt sich aber nicht auf völlig unterschiedliche Eigenschaften der Gesundheitsleistungen im Vergleich zu anderen Gütern schließen. Auch muss die Verwirklichung der Gleichheitsnorm nicht zwangsläufig die Vornahme von einkommensumverteilenden Maßnahmen innerhalb des Krankenversicherungssystems nach sich ziehen. Entsprechende Formen einer Umverteilung finden sich zwar in den meisten Ländern, sind aber in der Regel historisch zu erklären. Ökonomisch ist es durchaus sinnvoller, die Einebnung von Einkommensunterschieden zur Finanzierung einer „gleichen“ Absicherung im Krankheitsfall getrennt von der Absicherung des Krankheitsrisikos vorzunehmen. Den beispielsweise gegenwärtig kaum zu erfassenden, geschweige denn zu kontrollierenden Einkommensumverteilungsprozessen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland könnte auf diesem Wege ihre Bedeutung genommen werden. Dies könnte beispielsweise in Form eines Zuschlags zur Sozialhilfe geschehen, der Sozialhilfeempfänger in die Lage versetzt, auf dem Markt für Krankenversicherungspolice als Nachfrager aufzutreten.

2.2 Notwendigkeit der Liberalisierung: das deutsche Beispiel

Die Steuerung der Arzneimittelversorgung im Rahmen der deutschen GKV hat durch die gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches V weitgehend durch die Kassen einheitlich und gemeinsam zu erfolgen. Daher ist die der Steuerung der GKV – von vereinzelt Ausnahmen von Rabattverträgen und Integrationslösungen abgesehen – letztendlich als administrativ und nicht wettbewerblich zu bezeichnen. Die Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung werden bestimmt vom Preisniveau der Arzneimittel (dieses wiederum ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage auf Arzneimittelmärkten), von der verordneten Menge an Arzneimitteln und von der Arzneimittelstruktur (Innovationen, Generika).

Diese Determinanten lassen sich wiederum auf das Verhalten der Akteure im Gesundheitssystem zurückführen und auf den Rahmen aus Gesetzen und Verordnungen (Institutionen), der dieses Verhalten maßgeblich mitbestimmt. Dieser Regelrahmen ist durch die Konstruktionsprinzipien der GKV (insbesondere Solidarprinzip) und die damit verbundenen Regulierungen geprägt. Das zentrale Problem der GKV besteht darin, dass der Regelrahmen die Akteure im Gesundheitswesen systematisch mit Fehlreizen versorgt.

Aufgrund des Bedarfsprinzips (Leistungen hängen nicht von Beiträgen ab) und des Vollversicherungsschutzes als maßgebliche Gestaltungsprinzipien der GKV-Versicherungsverträge kommt es zu einer Entökonomisierung der Nachfrage. Das bedeutet, der Preis spielt für das Nachfragerverhalten keine Rolle und die Nachfrager haben keinen Anreiz, auf Wirtschaftlichkeit der Verordnungen zu achten (der Zusammenhang zwischen Leistung und Gegenleistung ist entkoppelt). Gleichzeitig hat auch der Arzt als der Akteur, der wesentlich die verordnete Menge bestimmt, kei-

nen Anreiz, auf ein angemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis zu achten. Ganz im Gegenteil: Für ihn ist es häufig sinnvoll, möglichst viel und möglichst teuer zu verordnen (angebotsinduzierte Nachfrage; es werden Maßnahmen über das ökonomisch notwendige Maß hinaus verordnet).

Besondere Brisanz erhält dieses (Fehl-)Anreizsystem vor dem Hintergrund rasanten medizinisch-technischen Fortschritts. Da weder die Patienten noch die Leistungserbringer/Ärzte einen Anreiz haben, Kosten und Nutzen von Innovationen abzuwägen, sondern vielmehr dazu neigen, immer die neuesten medizinischen Errungenschaften einzusetzen, können teure Innovationen leicht am Markt durchgesetzt werden (Arzneimittelstruktur). Aus Sicht der Pharmaindustrie ist es in diesem Beziehungsgeflecht rational, diese Anreize mit vielfältigen Methoden zu ihren Gunsten auszunutzen. Aufgrund mangelnder Kontrolle durch Patienten, Ärzte und Kassen hat bzw. hatte die Pharmaindustrie großen Spielraum bei Preisen, Einwirkung aufs Verordnungsverhalten und Durchsetzung von Innovationen. Das Ergebnis ist ein ineffizientes Niveau der Arzneimittelausgaben in der GKV bzw. eine Ausgabenausdehnung, die nicht immer in einem angemessenen Verhältnis zur dadurch erzielten medizinischen Wirkung stand und steht.

Soll ein effizientes Verordnungsverhalten erreicht werden, so müssen die Anreizstrukturen im Gesundheitswesen so verändert werden, dass die Systemakteure für die Opportunitätskosten ihres Handelns sensibilisiert werden und von sich aus einen Anreiz haben, wirtschaftlich zu handeln. Auf der Nachfrageseite kann dies z.B. durch Selbstbeteiligung geschehen, auf der Angebots- und Versicherungsseite z.B. durch Zulassen von dezentralen Managed-Care-Elementen, d.h. mehr wettbewerblichen Elementen als bisher üblich. Derartige Reformen sind geeignet, die Selbststeuerungs- und -kontrollfähigkeit des Systems herzustellen. Die Determinanten der Arzneimittelausgaben Preis, verordnete Menge

und Arzneimittelstruktur würden damit den disziplinierenden Kräften des Wettbewerbs und damit der Kontrolle der Nachfrager und Kassen unterworfen. Gerade die Kassen wären in der Lage, dezentral wirksame Managementinstrumente einzuführen, die den Ärzten ein effizientes Verordnungsverhalten nahe legen. Die Pharmaindustrie wäre dann gezwungen, ihr Verhalten auf diese neuartige Situation auszurichten. Es würde durch wettbewerbliche Steuerung dafür gesorgt, dass sich der Arzneimitteleinsatz konsequent am Patientennutzen orientiert, aber gleichzeitig die Knappheit der Ressourcen beachtet wird.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass ein effizientes Verordnungsverhalten im Arzneimittelbereich nur dann zustande kommen wird und demnach Wirtschaftlichkeitspotentiale nur gehoben werden können, wenn folgendes beachtet wird:

Für die bisherigen Fehlentwicklungen des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit und des Arzneimittelbereichs im speziellen ist ein System von Fehlanreizen verantwortlich. Den Akteuren – insbesondere auch nicht der Pharmaindustrie – kann kein Vorwurf gemacht werden, wenn sie sich rational gemäß der bestehenden Rahmenbedingungen verhalten. Gesundheitspolitik in Form von Schuldvorwürfen, die bestimmte Gruppen zum Sündenbock macht (die Ärzte, die Pharmaindustrie etc.), ist damit kontraproduktiv und wird nur weitere Verteilungskämpfe schüren.

Will man die bisherigen Fehlentwicklungen tatsächlich eindämmen, so kann dies nur im Rahmen einer Reform des Gesamtsystems geschehen. Diese muss die Anreizstrukturen grundlegend ändern. Dabei ist ein Mehr an dezentraler, wettbewerblicher Steuerung des Systems unumgänglich notwendig.

2.3 Synthese: Zur Unbestimmtheit des normativen Vorschlages

Nach der Diskussion der Regulierungslegitimation stellt sich nun die Frage, welche Regulierungselemente bei einer Liberalisierungsentscheidung notwendig bleiben und in welchem Ausmaß diese ausgestaltet werden sollen. Ausgehend von einer marktwirtschaftlichen Koordinationsform lässt sich zunächst festhalten, dass konstitutiv für marktwirtschaftliche Vorgänge dezentrale Tausch- und Austauschphänomene sind, die Grundlage der Interaktionsstruktur bilden. Individuen vergleichen – ausgehend von situativen Anreizbedingungen – Alternativen und entscheiden sich für jede Alternative mit dem (subjektiv) höchsten Nettonutzen. Die Kosten dieser Wahl bestehen im entgangenen Nutzen der nächstbesten Alternative⁶. Damit ist eine theoretische Vorstellung davon entwickelt, wie Akteure ihre Entscheidungen unter gegebenen Handlungsbedingungen treffen. In einer Marktwirtschaft im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Speziellen sind die Aktion und die Reaktion der verschiedenen Individuen auf die Handlungen der Marktbeteiligten zu betrachten. Dies hat zur Konsequenz, dass die sozialen Zustände aus interdependenten Handlungen resultieren, wobei sowohl gemeinsame als auch konfligierende Interessen zu unterstellen sind. Es lassen sich grundsätzlich zwei Interaktionsprobleme kennzeichnen:

Informationsprobleme betreffen das Fehlen der hinreichend verlässlichen Kenntnis von Bedingungen, die für individuelle Handlungen erwünscht sind.

⁶ Vgl. zum Opportunitätskostenprinzip wiederum Fehl/Oberender 2002, 10 f.

Anreizprobleme in Interaktionen resultieren allgemein aus unterschiedlichen Interessenslagen bei knappheitsbedingten Konflikten.

Es stellt sich nun die Frage, wie eine Abstimmung der verschiedenen Interaktionen zu gewährleisten ist. Im Gegensatz zu einer reinen Maximierungstheorie geht es also im Endeffekt nicht darum, den jeweils individuellen Nutzen der Musterbeteiligten zu maximieren, sondern Zielsetzung einer Interaktionstheorie ist es, eine Lösung zu finden, bei der für alle beteiligten Handlungsträger eine individuelle Nutzensteigerung herauskommt. Das „gemeinsame Interesse“ im Sinne von *Homann/Suchanek* beschreibt genau diesen Sachverhalt⁷. Im methodischen Kontext lassen sich derartige Interaktionsphänomene mit Modellen der Spieltheorie abbilden, wobei gerade die Darstellung der strategischen Interdependenz, d.h. die Reaktion auf eine Handlung des Interaktionspartners eine Form der Darlegung der strategischen Interdependenz sein kann (vgl. Güth/Kliemt 1995, 16 ff.). Für die weitere Analyse soll daher gelten, dass als Arbeitsheuristik für Interaktionsphänomene die strategische Interdependenz der Akteure mit elementaren spieltheoretischen Modellen abgebildet werden soll⁸. Transaktionen werden dabei als „Spiel“ und die Transaktionspartner als „Spieler“ verstanden. Die dabei herausgearbeiteten Argumente gelten unter dem Vorhalt, dass sich die Spieler rational verhalten und die für sie vorteilhafteste Strategie wählen. Kurzfristige Vorteile lassen sich daher als nichtkooperative Lösung beschreiben, mögliche längerfristige Vorteile als kooperative Lösung. Was kann nun als Bezugsgröße für eine kurzfristigen Vorteil und einen längerfristigen Vorteil gelten?

⁷ Vgl. dazu die Formulierung von Homann/Suchanek 1999, 50.

⁸ Vgl. dazu die Darstellung spieltheoretischer Modelle im Zusammenhang von Vereinbarung und Vertrag bei Lahno 1995, 63 ff.

Ziel einer Interaktionsbetrachtung ist die Realisierung gemeinsamer Interessen, die modelltheoretisch zunächst als gegeben betrachtet werden, deren Realisierung aber durch konträres Anreizverhalten, das in entsprechenden institutionellen Rahmenbedingungen fußt, zunächst nicht realisierbar erscheint. Es gilt daher im Folgenden, ausgehend von einer dezidiert positiven Analyse der Handlungsbeziehungen, Hypothesen für die normative (Institutionen-)Gestaltung zu geben. Die Analyse bedient sich dabei einer vereinfachten illustrativen Spielsequenz, die verschiedene Ausgestaltungsoptionen einer Liberalisierungslösung komparativ-statisch hinsichtlich der Anreiz- und Kooperationslösungen abprüfen will.

3 Positive Analyse eines liberalisierten Arzneimittelmarktes

3.1 Vorbemerkung

Grundlage der Modellbetrachtung ist eine einfache Interaktionsbeziehung des Gesundheitswesens in Form eines Beziehungsgeflechts zwischen Patient, Versicherung/Leistungserbringung und Staat als Regulierungsorganisation. Vor diesem Hintergrund kann eine qualitative ökonomische Untersuchung greifen, die an der Anreizsituation der Musterbeteiligten ansetzt. Grundlage der Anreizbetrachtung ist die ökonomische Betrachtung von Interaktionsbeziehungen. Das Handeln der Individuen kann somit in Handlungen und Handlungsbedingungen unterschieden werden.

Die klassische ökonomische Theorie folgt dem Homo-oeconomicus-Modell als Modell zur Analyse menschlichen Verhaltens in Knappheitssituationen. Daran wird vor allem kritisiert, dass ein streng genommenes Homo-oeconomicus-Modell lediglich als situative Optimierungsannahme fungieren könne. Gleichwohl sollen im Sinne einer situationslogischen Anreizbetrachtung in qualitativer Hinsicht Vor- und mögliche Nachteile einer unterschiedlichen Ausprägung der Liberalisierung des Arzneimittelmarktes aus Sicht des Patienten, des Arztes und des Kostenträgers diskutiert werden. Das Ausmaß der Liberalisierung bzw. als Gegenbetrachtung der Umfang der Regulierungsintensität werden durch den Umfang des Regelleistungskatalogs KE_{RL} und die damit verbundenen Freiheitsgrade für Versicherung und Patient dargestellt. Eine weitere Betrachtung der Regulierung der Distributionswege wird zunächst nicht behandelt und somit unterstellt, dass

die Abgabe von Medikamenten im Zweifel durch den medizinischen Leistungserbringer erfolgt (Dispensierrecht)⁹.

Ökonomisches Handeln konstituiert sich aufgrund der allgegenwärtigen Knappheitssituation als unendliche Folge von Entscheidungssituationen. Jede Entscheidung bietet dem Individuum eine Auswahl bestimmter Handlungsalternativen. Die Gesamtheit aller dem Individuum zur Verfügung stehenden und ihm bekannten Handlungsalternativen wird als Handlungsraum bezeichnet. Dieser Handlungsraum wird von Institutionen begrenzt, die den Akteur durch entsprechende Anreize in seiner Handlung beeinflussen. Die möglichen Alternativen schätzt das Individuum entsprechend seiner subjektiven Präferenzen, seiner individuellen Ziel- und Wertvorstellungen ab. Rationalität wird zunächst in klassischer Tradition als Ziel-Mittel-Kohärenz aufgefasst: Akteure wählen begründbare und konsistente Handlungen zur Erreichung ihrer Ziele. Welche Ziele dies sind, lässt sich nur in der spezifischen Handlungssituation empirisch ermitteln. Es gilt für die weitere Analyse die Annahme, dass Individuen im Sinne einer Durchschnittsbetrachtung ausschließlich Nutzenmaximierung betreiben. Aufgrund der Abkehr von der Prämisse vollkommener und kostenloser Information und der Annahme der beschränkten Informationsverarbeitungskapazität eines Individuums muss jedoch einschränkend gelten, dass mit der Prämisse der Nutzenmaximierung kein objektiv optimales Entscheidungsverhalten unter-

⁹ Mit dieser Annahme lässt sich die Unterscheidung zwischen einer grundsätzlichen Apothekenpflicht und einer zusätzlichen Verschreibungspflicht von Arzneimitteln zunächst ausblenden. Mit dieser vereinfachten Annahme soll nicht unterstellt werden, dass es keine Regelung zur ordnungsgemäßen Abgabe von Arzneimitteln bedarf (vgl. zur Legitimation beispielsweise Friske 2003, S. 98 ff). Diese lässt sich insbesondere aus dem Problem externer Effekte begründen. Gleichwohl liegt der Schwerpunkt der Argumentation auf der Frage der Liberalisierung des Regelleistungskatalogs.

stellt werden kann, sondern die Entscheidungsoptimierung unter Kenntnis der Randbedingungen.

Der Handlungsraum zeichnet sich durch Unvollkommenheit in diesem Sinne aus, dass nicht alle zum Zeitpunkt der Entscheidung vorhandenen Handlungsalternativen und Konsequenzen vom Individuum ermittelt, abgeschätzt und konsistent bewertet werden können. Rationalitätsprinzip heißt damit, dass das Individuum aus den ihm bekannten Alternativen diejenige auswählt, die seinen subjektiven Präferenzen am besten entspricht. Das Individuum ist zwar durchaus willig, rational zu handeln, seine Informationsverarbeitungskapazität ist aber begrenzt. Jedoch entwickeln die individuellen Akteure entsprechende „Musterstrategien“, die für eine qualitative Auseinandersetzung Verwendung finden können.

Grundlegendes Merkmal des Modells ist die Wissensasymmetrie, welche im betrachteten Fall insbesondere zu Lasten des Patienten geht. Um die komplexen Zusammenhänge zu operationalisieren, müssen verschiedene weitere Annahmen getroffen werden. So wird von Interdependenzen des Arzneimittelsektors zu anderen Versorgungsbereichen abstrahiert. Die hierfür unter anderem notwendige Differenzierung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Für den Versicherungsmarkt wird unterstellt, dass eine Mobilität der Versicherten, also der Wechsel des Anbieters möglich ist. Ferner wird ein System leistungsorientierter Prämien angenommen. Das individuelle Risiko des Patienten¹⁰ wird ceteris paribus konstant gehalten und findet in der Analyse keine Berücksichtigung. Die Bewertung des Versicherungsvertrags erfolgt aus Patientensicht allein aufgrund des Arzneimittel-

¹⁰Zur besseren Unterscheidung von Versicherer und Versichertem wird letzterer im Weiteren als „Patient“ bezeichnet

Regelleistungskatalogs¹¹, zu dessen Inanspruchnahme er berechtigt ist, d. h. die anderen Elemente der Regelleistung werden als konstant angenommen. Kosten aus Leistungen, die nicht von der Police abgedeckt sind, hat der Patient vollständig selbst zu tragen. Erfahrungen aus liberalen Gesundheitssystemen zeigen, dass das Spannungsverhältnis insbesondere zwischen Versicherer und Patient besteht. Die Leistungserbringer werden im Modell dem Versicherer beigeordnet, der ggf. über entsprechende Vertragsgestaltung das Anreiz- und Zielsystem der Leistungserbringer zu seinen Gunsten beeinflussen kann. Auf dem Markt Hersteller – Versicherer werden wettbewerbliche Strukturen vorausgesetzt, so dass ein angemessenes Anreizsystem für den Versicherer auch auf dieser Seite entsprechende Wirkung entfalten kann und die pharmazeutische Industrie nicht explizit ins Modell aufgenommen werden muss.

Als dritter Akteur neben Leistungserbringer und Patient wird der Staat als Regulator mit in die Analyse einbezogen. Als perfekter Agent der Gesellschaft setzt er die institutionellen Regeln. Probleme eines potenziellen opportunistischen Verhaltens des Staates (capture-activities) werden ausgeblendet¹².

¹¹Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Weiteren der Begriff „Regelleistungskatalog“ verwendet, der sich jedoch ausschließlich auf den Bereich der Arzneimittel bezieht.

¹²Mit anderen Worten soll es keinen Regulierungsopportunismus geben (vgl. dazu beispielsweise Laffont/Tirole 1993, S. 475 ff.).

3.2 Grundmodellierung

3.2.1 Patient

Ausgehend von den im Vorabschnitt dargelegten Grundbedingungen lassen sich die Zielbeziehungen für die drei Akteure Patient, Leistungserbringer und Regulator entwickelt.

Ziel des Patienten ist es seinen Nutzen in Form seiner Lebensqualität Q zu maximieren. Dabei gilt es festzuhalten, dass daraus zwei abgeleitete Nachfragen resultieren. Einerseits lässt sich die Nachfrage nach Konsumgütern C und andererseits die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen G ableiten. Als Budgetrestriktion gilt das verfügbare Einkommen Y , von Sparanstrengungen des Patienten wird abstrahiert. Der Nutzengewinn aus beiden Verwendungen nimmt mit der Menge der konsumierten Einheiten ab. Es gilt daher folgende Beziehung:

$$Q = f [c(C) ; g(G)] \quad | \quad c' > 0; c'' < 0; g' > 0; g'' < 0 \quad (1)$$

Die konsumierten Gesundheitsleistungen setzt sich nun aus zwei Komponenten zusammen: Der Patient fragt sowohl medizinische Leistungen aus dem pflichtkontrahierten Regeleistungskatalog KE_{RL} nach, als auch medizinische Leistungen außerhalb des Regelleistungskatalog KE_{ARL} , die er entweder selbst finanziert oder als Wahlleistung zusätzlich kontrahiert. Aus Vereinfachungsgründen soll weiterhin einheitlich der Terminus „Wahlleistung“ Verwendung finden.

$$G = KE_{RL} + KE_{ARL} \quad (2)$$

Die Ausgaben für die Prämie P der Versicherungspolice und die Ausgaben für die konsumierten Gesundheitsleistungen außerhalb des Regelleistungskatalogs (soweit nicht über die Prämie abgebildet, lassen sich die weiteren Gesundheitsausgaben mit

$p_{ARL} * KE_{ARL}$ darstellen) schmälern das auf sonstigen Konsum verwertbare verfügbare Einkommen.

Auf Seiten des Patienten herrscht zudem Unsicherheit über die Qualität und die Angemessenheit des Umfangs des Regelleistungskatalogs α sowie die Qualität β der Wahlleistungen. Beide Faktoren hängen negativ mit der Qualität des Zulassungsverfahrens Z und der Markttransparenz T zusammen.

$$Q = f\{c(Y ; P ; p_{ARL} ; KE_{ARL}) + g[(1 - \alpha) * KE_{RL} ; (1 - \beta) * KE_{ARL}(p_{ARL}; Y)]\} \quad (3)$$

Für den Patienten ergibt sich somit ein Nutzenanstieg, je niedriger die von ihm zu zahlende Prämie und die durch den Konsum von Leistungen außerhalb des Regeleistungskatalogs verursachten Kosten sind, da dies das für sonstigen Konsum verfügbare Einkommen erhöht. Dabei ist die Notwendigkeit, auf Leistungen außerhalb des Regelleistungskatalogs zurückzugreifen umso geringer, je umfassender dieser ist. Die Kosten k_{RL} die dem Versicherer durch den Regelleistungskatalog entstehen, sind für ihn nicht direkt wahrnehmbar und somit nicht von Belang.

Überblicksartig lässt sich sein Zielsystem wie folgt darstellen¹³:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{ARL} L	k_{RL}	KE_{R} L	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+

(Q=Qualität, P=Prämie, p_{ARL} =Preis der Wahlleistungen, KE_{ARL} =Wahlleistungskatalog, k_{RL} =kostenfaktor (linear) der Regelleistungen, KE_{RL} =Regelleistungskatalog, α =“Sicherheitsfaktor“ bezüglich Qualität und Umfang des Regelleistungskatalogs, β =“Sicherheitsfaktor“ bezüglich Wahlleistungen, Z=“Qualität“ des Zulassungsverfahrens, T=Proxy für Markttransparenz)

¹³Ziel: „+“ = höher; „o“ = indifferent; „-“ = niedriger

3.2.2 Versicherer

Für den Versicherer wird vom Ziel der Maximierung des Gewinns GE ausgegangen. Als Einnahme ist für ihn lediglich die Prämie P relevant¹⁴: Kosten k_{RL} entstehen dem Versicherer durch den von ihm bereitgestellten Regelleistungskatalog. An dieser Stelle gilt es, eine wichtige Einschränkung zu machen. Die Umsetzung des Regelleistungskatalogs erfolgt in diesem Modell durch Leistungserbringer, die vollständig abhängig von der Versicherung sind. Mit anderen Worten wird der Versorgungsvertrag zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer komplett innerhalb einer Organisation durchgeführt, die internen Prinzipal-Agenten-Beziehungen zwischen Kostenträger und Leistungserbringer bleiben für die weitere Betrachtung ausgeblendet¹⁵.

Es wird unterstellt, dass es sich bei der Wahl des Regelleistungskatalogs KE_{RL} um einen Niveauparameter handelt.

$$GE = P + p_{ARL} * KE_{ARL} - k_{RL} * KE_{RL} + k_{ARL} * KE_{ARL} \quad (4)$$

Keinen direkten Einfluss auf sein Zielsystem nehmen die Leistungen außerhalb des Regelleistungskatalogs, wenn zur Vereinfachung gilt $p_{ARL} = k_{ARL}$. Zumindest im Modell ist der Versicherer auch gegenüber der Lebensqualität der Patienten weitgehend in-

¹⁴In einem wettbewerblichen System hat die Prämie durchaus eine ambivalente Wirkung, da es zu einem Zielkonflikt zwischen Deckungsbeitrag und Preis als Wettbewerbsparameter kommen kann. Der zweite Aspekt bleibt hier vorerst jedoch unberücksichtigt, da dies individuell vom institutionellen Setting abhängig ist. Statt von Gewinn müsste korrekter Weise von einem Deckungsbeitrag gesprochen werden.

¹⁵Es lassen sich beispielsweise HMO-Modelle mit angestellten Ärzten unter diese Vorgehensweise subsumieren, wobei nicht die Schlussfolgerung getroffen werden darf, der Versorgungsvertrag sollte komplett durch einheitliche Organisationen abgelöst werden. Diese Annahme dient an dieser Stelle der Modellbetrachtung ausschließlich der Vereinfachung.

different. In den Punkten Zulassungshürden und Markttransparenz verfolgt der Versicherer eine der Marktgegenseite entgegen gerichtete Zielsetzung, profitiert er doch von einer Bewertungsunsicherheit der Patienten.

Das Zielsystem lässt sich somit in folgender Form beschreiben:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{AR} L	k_{RL}	KE_R L	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+	o	o	-	-	+	+	-	-

3.2.3 Regulator

Da der Regulator als perfekter Agent der Gesellschaft und somit der Patienten interpretiert wird, verfolgt er das Ziel die Lebensqualität zu fördern, sieht sich hierbei jedoch einer restriktiven Wirtschaftlichkeitsbedingung unterworfen.

Er trägt die sozialpolitische Verantwortung, auch ökonomisch Schwachen eine Mindestversorgung zu ermöglichen und muss garantieren, dass in entsprechendem Umfang finanzielle Mittel im Sozialsystem vorhanden sind. Hieraus resultiert sein Ziel, die Kosten der Grundsicherung weitestgehend zu minimieren und Rahmenbedingungen zu schaffen, die einem möglichst großen Kreis Versicherter erlauben, eigenständig für ihre Absicherung aufkommen zu können.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich ein Zielkonflikt: Der Regulator profitiert einerseits finanziell von einem möglichst kleinen Umfang des Regelleistungskatalogs, andererseits vertritt er die Interessen der Patienten, die von einer Ausweitung desselben pro-

fitieren¹⁶. Diese Frage soll hier jedoch nicht weiter vertieft werden, da es von der institutionellen Ausgestaltung abhängt, ob es zur sozialen Sicherung überhaupt notwendig ist, die vollständigen Kosten für einen Regelleistungskatalog zu übernehmen.

Als perfekter Agent verfolgte er hinsichtlich Unsicherheit, Zulassungsbedingungen und Transparenz identische Ziele wie die Patienten.

Für den Regulator ergibt sich somit folgendes Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{AR} L	k_{RL}	KE_R L	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+	o	o	-	-	+	+	-	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.3 Kriterien

Aus den obigen Ausführungen lassen sich vier elementare Kriterien herausarbeiten, die für eine Bewertung der folgenden Szenarien primär ausschlaggebend sind. Anhand dieser Kriterien soll die gesellschaftliche Vorteilhaftigkeit einer Regulierungsoption bewertet werden. Die gesellschaftliche Vorteilhaftigkeit soll einerseits eine hochwertige qualitative Patientenversorgung zum Ziel haben – daher einen adäquaten Umfang des Regelleistungs-

¹⁶Offensichtlich sind auch die Patienten, als Bürger und somit Teil eben dieses Staates, daran interessiert, dass die finanzielle Stabilität gewährleistet wird. Die Individualinteressen überwiegen hier jedoch das Gemeinwohl, es handelt sich um ein Kollektivgutproblem.

katalogs und eine angemessene Prämie implizieren – andererseits ist gemäß dem Prinzip eines liberalen Gesundheitswesens, der Wettbewerbsprozess zu fördern. Vor diesem Hintergrund gilt es wiederum für die Krankenversicherungen eine angemessene Prämie sicherzustellen und die Qualität des Zulassungsverfahrens nicht als wettbewerbsbeschränkend zu gestalten. Diese Zielsetzungen gelten vor der Nebenbedingung, dass eine ausreichende solidarische Finanzierung des Regelleistungskatalogs sichergestellt ist, die gleichzeitig die Beteiligten im Gesundheitssystem nicht übervorteilt. Vor diesem Hintergrund ist das (erst)beste Szenario erfüllt, wenn im ordinalen Verständnis alle vier folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt sind:

- (a) Die Qualität der Zulassung zur Sicherheit und zum Schutz des Patienten,
- (b) die Höhe der Prämie, resultierend aus einer sozialpolitischen Motivation die finanzielle Stabilität des Sozialsystems zu gewährleisten und sicherzustellen, dass die Prämie für einen möglichst großen Kreis Versicherter eigenständig finanzierbar ist,
- (c) der ausreichende Umfang des Regelleistungskatalogs, ebenfalls gründend in einer sozialpolitischen Motivation, nämlich der Garantie einer Grundsicherung, im Sinne der Vermeidung einer vom – ökonomisch potenten / starken – Durchschnittsbürger nicht intendierten Unterversicherung, und
- (d) die anreizkompatible¹⁷ staatliche Finanzierung einer Mindestversorgung für ökonomisch Schwache, wiederum aus einer sozialpolitischen Motivation, nämlich dem Anspruch ökonomisch Schwacher auf eine Grundsicherung.

¹⁷Anreizkompatibilität ist in diesem Sinn so zu verstehen, dass individuelle Handlungsmotivation und gesellschaftliche Zielbildung übereinstimmen.

Kriterium (a) stellt somit sicher, dass von den finanzierten Leistungen zumindest keine unmittelbare Gefahr auf unmittelbare Rechtsgüter, insbesondere das Leben und die Gesundheit der Patienten, ausgeht. Mit Kriterium (b) soll sichergestellt werden, dass es einen korrigierenden Parameter gibt, der einer Erhöhung des Gewinns der Versicherer durch eine beständige Steigerung der Prämie entgegenwirkt. Da auch eine auf der Leistungsseite ansetzende Neigung, die Qualität kontinuierlich abzusenken („Race to the bottom“) fatale Auswirkungen hätte, findet Kriterium (c) entsprechend Beachtung. Kriterium (d) schließlich verweist auf den heiklen Punkt, dass durch die Sicherung ökonomisch Schwacher keine Fehlanreize erzeugt werden dürfen.

3.4 Komparativ Statische Analyse

Als Ausgangspunkt für die komparativ statische Analyse wurde ein extremes Szenario radikaler Liberalisierung gewählt. Dies erlaubt, die den Akteuren „natürlich“ zu Grunde liegenden Ziel- und Anreizsysteme zu identifizieren. Je nach institutioneller Ausgestaltung ändert sich auch die Beeinflussbarkeit der einzelnen Parameter durch die Akteure. Aus ihnen kann die jeweilige Handlungsposition im Interaktionskontext abgeleitet werden, die zusammen mit dem Zielsystem einen Schluss auf die Verhaltensweise der Akteure zulässt.

Anhand der oben beschriebenen Kriterien lässt sich im nächsten Schritt folgern, ob ein Eingreifen des Regulators notwendig bzw. sinnvoll ist. Die daraus resultierende Implementierung bestimmter Institutionen führt dann zu einem neuen Szenario, welches wieder nach demselben Schema bearbeitet wird.

Bei allen Szenarien wird vorausgesetzt, dass eine Wettbewerbsordnung für das Gesundheitswesen zugrunde liegt, die z.B. durch ein Kartellrecht ein Funktionieren der Märkte sicherstellt.

3.4.1 Reformszenario I: Radikale Liberalisierung

3.4.1.1 Analyse

Im Szenario einer radikalen Liberalisierung fehlt jedwede, über die normale Wirtschaftsordnung hinausgehende, Regulierung. Auch die Einführung von neuen Arzneimitteln wird nicht staatlich kontrolliert. Jeder Versicherer ist frei, in welcher Form er die Gewährleistung der Unbedenklichkeit vornimmt.

Aufgrund der Erfahrungen in verschiedenen liberalen Gesundheitssystemen¹⁸ ist in diesem, wie in allen folgenden Szenarien, davon auszugehen, dass die Versicherer Positivlisten bilden. Dies ermöglicht ihnen einerseits die Kosten zu kontrollieren und geht andererseits mit der Kohortenbildung bzw. dem Pooling der Versicherten einher, da völlig individualisierte Prämien nicht praktikabel sind.

Durch die Natur der Gesundheitsgüter als Vertrauensgüter begünstigt, herrscht außerdem eine äußerst stark ausgeprägte Wissensasymmetrie zwischen Versicherer und Patienten, die zu einer hohen Unsicherheit auf Seiten letzterer führt.

Betrachtet man nun die Beeinflussbarkeit der Parameter, so ist festzustellen, dass der Regulator in diesem Szenario gleichsam per Definition keinen Einfluss nehmen kann. Die Freiheit des Patienten beschränkt sich im Wesentlichen auf den Bereich außerhalb des Regelleistungskatalogs¹⁹. Da der Patient frei in der Wahl seines Versicherers ist, hat er in geringem Maße Einfluss auf die Höhe der Prämie. Diese Freiheit wird jedoch durch die extrem

¹⁸Vgl. zur Diskussion von „formularies“ Friske 2003.

¹⁹Da dieser Bereich für die Analyse im Rahmen des Modells keine weiteren Erkenntnisse in sich birgt, wird er im Folgenden nicht mehr näher analysiert.

hohe Markttransparenz sehr stark beschnitten, die Folge der Asymmetrie der Information ist.

Beeinflussbarkeit der Parameter:

	Patienten	Versicherer	Regulator
Direkt beeinflussbar	KE_{ARL}	Prämie, KE_{RL} , α , Z, T	
Zum Teil beeinflussbar	Prämie, p_{ARL} , α	k_{RL}	α
Nicht direkt beeinflussbar	k_{RL} , KE_{RL} , Z, T	KE_{ARL} , p_{ARL}	Prämie, KE_{RL} , k_{RL} , KE_{ARL} , p_{ARL} , Z, T

Das Zielsystem ist in diesem Fall mit dem oben beschriebenen identisch.

Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{ARL}	k_{RL}	KE_{RL}	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+	o	o	-	-	+	+	-	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.4.1.2 Bewertung

Hinsichtlich der Prüfkriterien lässt sich feststellen, dass diese Konstellation bei den Versicherern zu Anreizen führt,

- (a) die Qualitätssicherung bei der Zulassung zu senken (\downarrow), soweit der Patient/Versicherte infolge der asymmetrischen Informationsverteilung keinen adäquaten Preis-Leistungs-Vergleich vornehmen kann, und gleichlautend
- (b) die Prämie zu erhöhen (\uparrow) sowie
- (c) den Umfang des Regelleistungskatalogs zu reduzieren (\downarrow) / „Race to the bottom“.
- (d) Zudem bleibt die Frage der ordnungskonformen staatlichen Finanzierung einer Mindestversorgung für ökonomisch Schwache offen.

Im Szenario „radikale Liberalisierung“ sind weder Patient noch Regulator ausreichend institutionell ausgestattet, um der Abweichung von den Zielkriterien zu begegnen. Insbesondere durch die fehlende Regulierung der Zulassung wird die Wissensasymmetrie potenziert. Sowohl der Patient hätte hohe Transaktionskosten²⁰ aufzuwenden, um die Qualität und die ordnungsgemäße Verordnung von Arzneimittel zu überprüfen als auch der Regulator hat nur geringe Informationen über die Qualität der Arzneimittelversorgung und kann daher dem Patienten bei seiner Wahlentscheidung nicht behilflich sein. Der Grund dafür ist insbesondere die ausgeprägte Wissensasymmetrie im Bereich der Zulassung, welche einen korrigierenden Wettbewerbsprozess verhindert. Welche institutionellen Maßnahmen wären in diesem Szenario denkbar?

Institutionelle Maßnahmen

Ein erster Schritt institutioneller Regulierung, der den Akteuren noch weitgehende Handlungsfreiheit überlässt, setzt bei der Zu-

²⁰Im Gegensatz zur neoklassischen Vorstellung vollständiger Information sind bei der Durchsetzung von Markthandlungen die Durchsetzung von Rechtsregeln und die Übertragung von Verfügungsrechten zu organisieren (vgl. Williamson 1985).

lassung von Arzneimitteln an. Da die Qualität der Sicherheitsprüfung durch den Versicherer vom Patienten nicht kontrollierbar ist, führt dies zu extrem hoher Unsicherheit und hohen Transaktionskosten. Eine Möglichkeit die Unsicherheit der Patienten zu reduzieren, wäre eine haftungsrechtliche Lösung. Durch eine entsprechende Ausgestaltung würde sie den Anreiz der Versicherer erhöhen, die Qualität der Zulassung zu verbessern. Generell sind zwei Haftungsformen möglich: Verschuldungshaftung und Gefährdungshaftung²¹:

Bei der Verschuldungshaftung stellt sich das Problem, dass die sozialen Kosten sehr hoch sind. Erst eine Zahl vorliegender Schadensfälle wird überhaupt entsprechenden Druck entfalten, ein Zustand, der in der Gesellschaft kaum akzeptiert werden dürfte. Zudem ist der Nachweis des Verschuldens durch den Geschädigten äußerst schwierig zu führen.

Die zweite Option, die Implementierung einer Gefährdungshaftung, stellt die Versicherer vor große Schwierigkeiten: Die Transaktionskosten zur Absicherung sind extrem hoch, ebenso das verbleibende Risiko. Tendenziell ist zu erwarten, dass die Gefährdungshaftung einen negativen Anreiz für Innovationen und Investitionen darstellt.

Eine institutionelle Regulierung, die nur auf eine Haftungslösung setzt, scheint aufgrund der genannten Problemfelder also weitestgehend ungeeignet.

Als Alternative bietet sich die Einrichtung einer staatlichen bzw. staatlich autorisierten Zulassungsinstanz an, wie sie auch im Status Quo vorliegt. Diese Lösung würde im Vergleich zu einer Haftungsregel sowohl die Sicherheit für die Patienten erhöhen, als auch die Transaktionskosten der Versicherer reduzieren und wäre

²¹Vgl. zur institutionenökonomischen Einordnung beider Formen bei Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 287 ff.

in dieser Folge gegenüber einer Haftungsregel sowohl aus Sicht der Versicherten als auch der Versicherungen vorzuziehen²². Bezüglich der gewählten Prüfkriterien wäre mit einer derartigen institutionellen Lösung jedoch lediglich Kriterium (a) erfüllt. Es stellt sich nun die Frage, ob eine weitergehende Regulierung daher zu legitimieren ist.

3.4.2 Reformszenario II: Vollständige Liberalisierung nach regulierter Zulassung

3.4.2.1 Analyse

Im neuen Szenario ist nun die Zulassung direkt oder indirekt staatlich reguliert. Mit anderen Worten wird die Zulassung von Arzneimitteln als verkehrsfähige (im Sinne des Gesundheitswesens) Güter von einer zentralen Stelle übernommen. Bis auf diese Veränderungen bleiben alle anderen Aktionsparameter den Marktbeteiligten überlassen.

Beeinflussbarkeit der Parameter (hervorgehoben: neu zugeordnete o. veränderte Parameter):

	Patienten	Versicherer	Regulator
Direkt beeinflussbar	KE_{ARL}	Prämie, KE_{RL} , α , T	Z
zum Teil beeinflussbar	Prämie, p_{ARL} , α	k_{RL}	α , T
nicht direkt beeinflussbar	k_{RL} , KE_{RL} , Z, T	KE_{ARL} , p_{ARL} , Z	Prämie, KE_{RL} , k_{RL} , KE_{ARL} , p_{ARL}

²²In Analogie an das Pareto-Kriterium ließe sich die Feststellung treffen, es läge eine pareto-superiore Situation vor.

Zur einzigen Veränderung im Zielsystem kommt es beim Versicherer. Da für alle Versicherer nun die gleichen Zulassungsregeln gelten, ist er bezüglich deren Ausgestaltung im Vergleich zum vorhergehenden Szenario weitestgehend indifferent, da er sich durch eine für ihn günstige Ausgestaltung keine Vorteile verschaffen kann.

Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{AR} L	k_{RL}	KE_R L	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+	o	o	-	-	+	+	o	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.4.2.2 Bewertung

Hieraus lässt sich folgern, dass für die Versicherer nach wie vor ein starker Anreiz besteht,

- (b) die Prämie zu erhöhen (\uparrow) und
- (c) den Umfang des Regelleistungskatalogs zu reduzieren (\downarrow) / „Race to the bottom“.
- (d) Auch weiterhin bleibt die Frage der ordnungskonformen staatlichen Finanzierung einer Mindestversorgung für ökonomisch Schwache offen.

Die Anreize für die Versicherungsunternehmen gestalten sich ambivalent. Bei Annahme einer Vielzahl von konkurrierenden Krankenversicherungen wird zwar die Wahrscheinlichkeit zu Prämiensteigerungen erhöht, gleichzeitig steigt die Gefahr eines

„Race to the bottom“, soweit das Problem der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Versicherung und Patienten als hinreichend groß angenommen wird. Auch wenn durch eine zentrale Zulassung von Arzneimitteln die Unsicherheit hinsichtlich der in den Verkehr gebrachten Arzneimittel auch deutlich reduziert wurde, so ist die potenzielle Gefahr einer adversen Selektion durch ein Herunterkonkurrieren im Leitungskatalog noch nicht auszuschließen.

Welche Bedingungen müssen jedoch für die Wahrscheinlichkeit eines „Race to the bottom“ gelten? Nach der allgemeinen Vorstellung des „Race to the bottom“ würde der Konkurrenzdruck eine Krankenversicherung dazu zwingen zur Sicherung ihrer Wettbewerbsfähigkeit auf eine Reduzierung des Regelleistungskatalogs ebenfalls mit einer Absenkung zu reagieren. Dieser Effekt kann jedoch nur dann auftreten, wenn ähnlich gelagerte Präferenzen auf der Versichertenseite – dies zeigt die Abhängigkeit von der Ausgestaltung des Regelleistungskatalogs – und extrem hoher Mobilität auf der Versichertenseite unterstellt werden kann. Letzteres wird sowohl virtuell – infolge der Heterogenisierungsbestrebungen im Wettbewerb – als auch physisch nicht zu erwarten sein. In diesem Zusammenhang spielt auch die Informationsasymmetrie eine entscheidende Rolle. Wenn es den Versicherten gelingt, Preis-Leistungsvergleiche vornehmen zu können, sind eine stärkere Heterogenisierung und damit ein Rückgang der Mobilitätsbereitschaft der Versicherten zu erwarten. Je stärker sich die Informationsasymmetrie jedoch zuungunsten des Versicherten auswirkt, desto höher bleibt einerseits der Spielraum der Krankenversicherungen den Regelleistungskatalog festzulegen, desto stärker kann aber auch andererseits die Prämie als entscheidender Wettbewerbsparameter an Bedeutung gewinnen. Wird von Versichertenseite lediglich die Prämie als Wettbewerbsparameter wahrgenommen, so steigt der Anreiz für die Versicherungen, über

eine Rückführung des Regelleistungskatalogs Wettbewerbsvorteile zu generieren.

3.4.2.3 Institutionelle Maßnahmen

Eine institutionelle Regulierung, die am Problem der asymmetrischen Informationsverteilung ansetzen will, muss somit den Zugang der Patienten zu angemessenen Informationen sicherstellen. Soweit die Bildung vorgelagerter Informationsmärkte²³ aufgrund hoher Transaktionskosten der Patienten und anders gelagerten Zielfunktionen der Versicherer kaum zu erwarten ist, stellt sich die Frage nach einer anreizkompatiblen Regulierung. Die Aufgabe des Regulators liegt somit darin, die Transaktionskosten zu senken und die Versicherer zur Offenlegung entsprechender Informationen zu verpflichten. Beides kann beispielsweise durch Mindestvorschriften bezüglich Umfang und Art der zur Verfügung gestellten Arzneimittelinformationen geschehen. So wäre denkbar, die Ausgestaltung von Arzneimittelwerbung entsprechend zu regulieren. Die Problematik der Arzneimittelwerbung liegt dabei offen. Es besteht das grundsätzliche Dilemma zwischen dem Nutzen zusätzlicher Patienteninformation und den Kosten einer möglichen Missinterpretation. Die Qualität der Informationen ist für den Patienten nur schwer einschätzbar, für ihn haben sie den Charakter eines Erfahrungs- oder gar eines Glau-

²³Die Idee „vorgelagerter Informationsmärkte“ im Gesundheitswesen greift die Vorstellung auf, dass Informations- und damit verbundene Qualitätsunsicherheiten Ausdruck komplexer, dynamischer Marktvorgänge sind. Aus wettbewerbstheoretischer Sicht wird daher eine „Funktionsfähigkeit“ der Marktprozesse unterstellt, solange die Bildung von Institutionen möglich ist, die Informationsvorgänge ermöglichen helfen. Dabei werden der Austausch und die Generierung von Informationen als Teil des Wertschöpfungsprozesses verstanden (vgl. dazu beispielsweise Kortendieck 1993, S. 284 ff.).

bensguts²⁴. Wie können also die Handlungsspielräume der Angebotsseite ausgestaltet werden, so dass es im Interesse der Anbieter liegt, gute Informationsqualität zu liefern?

Reine Marktlösungen haben durchaus das Potenzial, die Informationsqualitätsprobleme zu lösen, beispielsweise über die Notwendigkeit für die Versicherungsunternehmen, Reputation aufzubauen. Gleichwohl tritt eine derartige Lösung häufig erst mittel- oder langfristig ein, so dass eine kurzfristige Regulierungslösung sinnvoll erscheint. Es muss aber darauf geachtet werden, dass kurzfristig starre Maßnahmen nicht das langfristige Wettbewerbspotenzial aushebeln. Denkbar wäre von Seiten der zentralen Zulassungsbehörde, grundlegende Arzneimittelinformationen und Standards zu entwickeln, nach denen sich jede Informations- und Werbekampagne zu orientieren hat. Damit ist allerdings noch keine hinreichende Bedingung verknüpft, ausreichende Informationsqualität sicherzustellen. Hinreichend wird an dieser Stelle erst der Wettbewerbsprozess wirksam, der die Versicherungsanbieter zwingt, gute Qualitätsinformationen zu liefern.

Es bleibt aber offensichtlich, dass das vorliegende Informationsproblem sich nicht trivial lösen lässt, handelt es sich doch um äußerst komplexe Informationen, die in ein für Patienten verständliches Format übertragen werden müssen. Dass dies jedoch durchaus möglich ist, zeigt bereits jetzt eine Vielzahl an Patientenorganisationen und Verbänden.

Gelingt es, vorgelagerte Informationsmärkte zu etablieren, so wird ein wettbewerblicher Druck auf die Prämie ermöglicht. Denn indem Umfang und Qualität des jeweiligen Regelleistungskatalogs transparent gemacht werden, kann der Patient Preis-Leistungs-Vergleiche bilden. Preis und Umfang / Qualität werden

²⁴Vgl. zur Auseinandersetzung mit dem informationsökonomischen Charakter von Gesundheitsleistungen insbesondere Pauly 1988.

somit Wettbewerbsparameter. Das Risiko eines „Race to the bottom“ wird weitestgehend eliminiert. Von den vier Prüfkriterien sind nun bis auf (d) alle erfüllt.

An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass der Patient – besser der Versicherte – nicht konkrete Arzneimittelanwendungen für eine spezifische Indikation wählt, sondern Leistungsbündel, die er mit anderen Leistungsbündeln anderer Krankenversicherungen vergleichen kann. Durch die Bündelungsaktivität reduziert sich das unmittelbare Informationsproblem und die Screeningaktivität – soweit im Grundsatz der standardisierte Regelleistungskatalog angeboten wird – wird auf Ausprägungen, wie Selbstbeteiligungshöhe, Verhältnis Neupräparate und Generika u. ä. reduziert.

Es zeigt sich somit, dass ein Großteil der heute praktizierten Regulierung hinfällig wird, wenn es gelingt, die Wissensasymmetrie zu reduzieren.

3.4.3 Reformszenario III: Liberalisierung nach regulierter Zulassung mit vorgelagerten Informationsmärkten

3.4.3.1 Analyse

Ist nun die Zulassung vom Regulator zentral sichergestellt und wurden vorgelagerte Informationsmärkte gebildet, so hat sich der Einfluss der Akteure auf verschiedenen Parameter deutlich verändert.

Die Versicherer verlieren das Monopol auf die Informationspolitik und den Wissenstransfer, während die Patienten durch den Zugang zu Informationsmärkten einen Zugewinn an Transparenz haben. Vollkommene Information wird nie erreicht werden, ist jedoch bei wettbewerblichen Prozessen weder notwendig noch erwünscht. Gleichwohl zeigt sich im Zusammenhang der Infor-

mationsmärkte eine komplementäre institutionelle Rolle des Regulators²⁵. Die Rolle des Regulators wird deutlich gestärkt. Er bestimmt durch seine institutionelle Kompetenz wesentlich, welcher Grad an Transparenz erreicht wird und wie viel Unsicherheit beim Patienten bleibt. Er nimmt hierdurch dem Versicherer indirekt auch die Freiheit Umfang und Qualität des Regelleistungskatalogs beliebig zu gestalten, ohne selbst Konsequenzen (von Seiten der Verbraucher) befürchten zu müssen.

Beeinflussbarkeit der Parameter (hervorgehoben: neu zugeordnete o. veränderte Parameter):

	Patienten	Versicherer	Regulator
Direkt beeinflussbar	KE_{ARL}	Prämie, T	Z, α, T
Zum Teil beeinflussbar	Prämie, p_{ARL}, α, T	k_{RL}, α, KE_{RL}	KE_{RL}
Nicht direkt beeinflussbar	k_{RL}, KE_{RL}, Z	KE_{ARL}, p_{ARL}, Z	Prämie, $k_{RL}, KE_{ARL}, p_{ARL}$

Zwei wesentliche Änderungen ergeben sich im Zielsystem des Versicherers. Sowohl bei der Gestaltung der Prämie, als auch bei der Gestaltung der Regelleistungskatalogs kommt es zu einem für Wettbewerbsprozesse typischen Zielkonflikt: Einerseits wirkt sich die Erhöhung der Prämie bzw. eine Reduzierung des Regelleistungskatalogs positiv auf den Deckungsbeitrag aus. Andererseits

²⁵An dieser Stelle lässt sich festhalten, dass auch im Kontext einer Liberalisierung besondere Formen der Regulierung nicht zwangsläufig ineffizient sind. Im Sinne einer komparativen Institutionenanalyse lässt sich die Effizienz bzw. Leistungsfähigkeit eines institutionellen Arrangements nur sinnvoll einschätzen im Vergleich zu alternativen institutionellen Arrangements (vgl. zur Argumentation einer „pro-competitive regulation“ Vogel 1996).

sind beide Faktoren Wettbewerbsparameter und wirken sich auf den Umsatz aus.

Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{AR} L	k_{RL}	KE_R L	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+ / -	o	o	-	+ / -	+	+	o	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.4.3.2 Bewertung

Durch den Trade Off, welcher aus der durch die gesteigerte Transparenz geschaffenen wettbewerblichen Situation entstanden ist, werden sowohl Kriterium (b) als auch (c) hinreichend erfüllt. Sowohl die Tendenz die Prämie nach oben zu erhöhen als auch ein „Race to the bottom“ werden verhindert.

Nach wie vor offen bleibt jedoch Kriterium (d), also die Frage der anreizkompatiblen staatlichen finanziellen Sicherstellung einer Mindestversorgung für ökonomisch Schwache.

3.4.3.3 Institutionelle Maßnahmen

Ziel ist es durch entsprechende Transferzahlungen auch ökonomisch Schwache in die Lage zu versetzen auf dem Versicherungsmarkt als Nachfrager auf zu treten. Hierzu sollen nun zwei Varianten vorgestellt werden. Soweit nicht anders explizit erwähnt, bleiben die Annahmen des vorhergehenden Szenarios un-

verändert. Diese gelten unbeschadet des Folgenden auch weiterhin für die Bereiche des Versicherungsmarktes, der sich auf andere Policen als jene der Grundsicherung bezieht.

3.4.3.4 Variante I: Ex ante definierter Grundsicherungs-Regelleistungskatalog

3.4.3.4.1 Analyse

Der Regulator definiert in diesem Szenario einen minimalen Grundsicherungs-Regelleistungskatalog. Dem Versicherer steht es frei, auch darüber hinausgehende Versicherungspakete (KE_{ARL}) anzubieten, muss den Regelleistungskatalog gleichzeitig jedoch anbieten. Für ökonomisch Schwache übernimmt der Staat die Kosten für die Prämie.

Beeinflussbarkeit der Parameter (hervorgehoben: neu zugeordnete o. veränderte Parameter):

	Patienten	Versicherer	Regulator
Direkt beeinflussbar	KE_{ARL}	P, T	Z, α , T, KE_{RL}
zum Teil beeinflussbar	p_{ARL} , α , T	k_{RL} , α ,	P
nicht direkt beeinflussbar	k_{RL} , KE_{RL} , Z, P	KE_{ARL} , p_{ARL} , Z, KE_{RL}	k_{RL} , KE_{ARL} , p_{ARL}

Für diesen Teilbereich des Versicherungssystems ergibt sich somit ein neues Zielsystem für Patienten und Versicherer. Zum einen wird der Patient indifferent gegenüber der Höhe der Prämie, da er sie nicht zu tragen hat, zum zweiten löst sich für den Versicherer der - die Prämie betreffende - Zielkonflikt auf, da der Staat, unabhängig von der Prämienhöhe bezahlt.

Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{AR} L	k_{RL}	KE_R L	α	β	Z	T
Patienten	+	o	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+	o	o	-	o	+	+	o	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.4.3.4.2 Bewertung

Da die Leistungsseite aufgrund des ex ante definierten Leistungskatalogs als Stellschraube für den Versicherer entfällt, wird sich er Druck auf die Prämie noch weiter verschärfen. Eine entgegengewirkende Kraft, z.B. durch wettbewerbliche Strukturen, liegt nicht vor. Somit wird Kriterium (d) nur unter Aufgabe von (b) erfüllt.

3.4.3.5 Variante II: Versicherungsgeld

3.4.3.5.1 Analyse

In diesem Szenario greift der Regulator in die Bildung des Regelleistungskatalogs nicht ein. Ökonomisch Schwachen zahlt er als Zuschuss zur Prämie ein Versicherungsgeld²⁶. Zur Wahrung der Anreizkompatibilität muss der Ausgleichsanspruch daher so bemessen sein, dass keine Externalisierung höherer Versicherungsprämien auf die Solidargemeinschaft möglich ist.

²⁶Die Idee eines „Versicherungsgeldes“ ist dem Bayreuther Versichertenmodell entnommen (vgl. Oberender et. al. 2006).

Würde der gesamte Überschussbeitrag durch ein Transfersystem ausgeglichen, wäre die durch die risikoorientierten Prämien gewonnene Preissensitivität wiederum aufgehoben.²⁷ Im ungünstigsten Fall könnte der Fall eintreten, dass sich Versicherer und Patienten zu Lasten der Sozialgemeinschaft einigen könnten, den Regelleistungskatalog zu erhöhen, wenn gewährleistet würde, dass die Prämie grundsätzlich ausgeglichen würde. Als adäquater Ansatzpunkt können Erstattungsbeiträge festgelegt werden, die sich am durchschnittlichen Versicherungsrisiko festmachen lassen.

Um gerade die ökonomisch schwachen Menschen zu unterstützen und bei den anderen die Eigenverantwortlichkeit zu erhöhen, sind Bezieher niedriger Einkommen stärker zu unterstützen als Personen mit hohen bis sehr hohen Einkommen. Aus diesem Grund würde sich ein degressiver Tarif anbieten, d. h. mit steigendem Einkommen sinkt der Subventionssatz. Es ist dabei festzulegen, wie sich das durchschnittliche Versicherungsgeld in der Zeit anpasst und ob es gegebenenfalls regionale Ansatzpunkte gibt.

Der entscheidende Vorteil der hier dargestellten Versicherungsgeldlösung liegt gerade in der Effektivität hinsichtlich des Erreichens des in dieser Arbeit formulierten sozialpolitischen Ziels begründet: Die wesentlichen Bezugsgrößen für einen Anspruch auf Transferleistungen sind zum einen das persönliche Einkommen und zum anderen das individuelle Risiko, ausgedrückt in der Höhe der risikoorientierten Prämie. Sowohl ein niedriges Einkommen, als auch schwere oder chronische Krankheiten wirken (sogar jeder Fall für sich alleine genommen) trans-

²⁷Eine ähnliche Kritik äußern Wasem et. al. 2003, S. 30 f. Insbesondere verweisen sie darauf, dass in der Versorgungsrealität die Fälle chronischer Erkrankungen in diese Kategorien eingeordnet werden dürften.

fererhöhend. Es erfolgt eine Unterstützung von wirtschaftlich schwachen Personen als auch kranker Menschen. Dieses Vorgehen hat sich z.B. beim Wohngeld, das sich am ortsüblichen Mietpreis orientiert bewährt.

Beeinflussbarkeit der Parameter (*hervorgehoben: neu zugeordnete o. veränderte Parameter*)

	Patienten	Versicherer	Regulator
Direkt beeinflussbar	KE_{ARL}	P, T, KE_{RL}	Z, α, T
zum Teil beeinflussbar	p_{ARL}, α, T, P	$k_{RL}, \alpha,$	P, KE_{RL}
nicht direkt beeinflussbar	k_{RL}, KE_{RL}, Z	$KE_{ARL}, p_{ARL}, Z,$	$k_{RL}, KE_{ARL}, p_{ARL}$

Die Zielsysteme von Patient und Versicherer bleiben somit im Vergleich zum Szenario „Liberalisierung nach regulierter Zulassung mit vorgelagerten Informationsmärkten“ unverändert. Insbesondere die durch die wettbewerbliche Struktur herbeigeführten – erwünschten – Zielkonflikte auf Seiten des Versicherers bestehen fort.

Zielsystem:

	Q	P	p_{ARL}	KE_{ARL}	k_{RL}	KE_{RL}	α	β	Z	T
Patienten	+	-	-	-	o	+	-	-	+	+
Versicherer	+ / o	+ / -	o	o	-	+ / -	+	+	o	-
Regulator	+	- / o	o	o	-	-	-	-	+	+

3.4.3.5.2 *Bewertung*

Unter Berücksichtigung der für das Modell getroffenen Annahmen sind in diesem Szenario alle vier Kriterien erfüllt: Die vom Regulator implementierte Zulassung garantiert die Sicherheit der in den Verkehr gebrachten Arzneimittel (a). Dies führt zu einer ersten Reduktion der Unsicherheit auf Seiten der Patienten. Die vorgelagerten Informationsmärkte unterstützen diese Tendenz weiter, was das Entstehen von Wettbewerbsprozessen erlaubt die einem unverhältnismäßiges Prämienwachstum (b) ebenso wie einem „Race to the bottom“ (c) entgegenwirken. Durch die gewählte Form der finanziellen Sicherung werden keine anderen Kriterien entgegenstehenden Anreize gesetzt (d).

3.5 **Schlussfolgerung und Grenzen des Modells**

Die bisherige Analyse hat ausgehend von der Annahme einer vollständigen Liberalisierung im Gesundheitswesen isoliert den Teilaspekt des Pharmasektors beleuchtet und die Frage beleuchtet, inwiefern Regulierungsansätze aus institutionenökonomischer Sicht zu legitimieren wären. Bei Akzeptanz der Annahmen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Notwendig erscheint die Sicherstellung einer zentralen Zulassung von Arzneimitteln, da die volkswirtschaftlichen Kosten einer dezentralen Zulassungsentscheidung zu groß wären und mit einer zentralen Zulassung sowohl die Versicherer als auch die Patienten besser gestellt werden.
- Eine Liberalisierung des Regelleistungskatalogs setzt eine „Funktionsfähigkeit des Wettbewerbsprozesses“ voraus. Notwendige und hinreichende Bedingung ist die Möglichkeit für

den Versicherten/Patienten, entsprechende Wahlentscheidungen treffen zu können. Aus diesem Grund sind unterstützende institutionelle Maßnahmen, die zur Verbesserung der Informationsverteilung dienen, sinnvoll.

- Unabhängig von der Leistungsfähigkeit des Versichertenwettbewerbs ist die sozialpolitische Ausgestaltung zu betrachten. Eine Liberalisierungsidee, die mit einer sozialpolitischen Absicherung kombiniert werden soll, kann nur eine durchschnittliche Grundabsicherung gewährleisten, da ansonsten die Gefahr der Externalisierung der Versicherungskosten zu Lasten der Solidargemeinschaft zu erwarten ist.

Die Schlussfolgerung der Modellbetrachtung legt nahe, dass die Möglichkeit einer Liberalisierung im Pharmabereich notwendigerweise davon abhängig ist, ob und wie der Patient seine Auswahlentscheidung treffen kann. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass die asymmetrische Informationsverteilung zwischen Leistungserbringer und Patienten nicht vollständig aufgehoben werden kann, lässt sich bei Arzneimittel doch die Schlussfolgerung treffen, dass der Patient durch eine verbesserte Informationsverteilung und Unterstützung durch einen Agenten, beispielsweise im Rahmen eines Versorgungsprogrammes, eine Auswahlentscheidung über ein Versorgungsbündel ex ante treffen kann. Gerade im Hinblick auf die Probleme der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Versicherung und Versicherten und auch bei Berücksichtigung, dass angebotsseitig die Entwicklung der Krankheitsausgaben neben der individuellen demographischen Prognose noch von den Bedingungen des medizinisch-technischen Fortschritts abhängig sind, kann es für eine Krankenversicherung aus Sicht der Transaktionskostenökonomie jedoch auch sinnvoll sein, den Versicherten in einen langfristigen Versicherungsvertrag zu übernehmen und auf kurzfristige Verträge zu verzichten. Darüber hinaus ist auch für den Versicherten ein

Anreiz zu unterstellen, gerade bei Berücksichtigung von Risikoaversion, einen langfristigen Kontrakt mit weitgehend konstanten Prämien zu wählen.

Unabhängig davon gilt es zu berücksichtigen, dass Arzneimittel angebotsseitig durch eine hohe Teilbarkeit ausgezeichnet sind, so dass Krankenversicherungsunternehmen auf eine Veränderung der Versichertenpräferenzen auch entsprechend elastisch reagieren können. Eine etwas andere Betrachtung müsste vollzogen werden, wenn der gesamte Regelleistungskatalog betrachtet wird, da vor allem Krankenhausleistungen mit entsprechender Kapazitätsvorhaltung verbunden sind, die angebotsseitig eine weniger elastische Anpassung des Versicherungsvertrages erwarten lassen. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass die Frage der Regulierung des Regelleistungskatalogs nicht unabhängig von der Ausgestaltung des Versicherungsvertrags gelöst werden kann. Gleichwohl gilt es als Zwischenergebnis festzuhalten, dass ausgehend von den getroffenen Annahmen, das Szenario Liberalisierung nach regulierter Zulassung mit vorgelagerten Informationsmärkten in Kombination mit einem Versicherungsgeldmodell als Referenzszenario für eine Liberalisierung des Pharmamarktes verstanden werden kann.

Ausgehend von dieser idealtypischen Vorgehensweise stellt sich die Frage, welche Konsequenzen bei einem derartigen Szenario für den Pharmamarkt in Deutschland zu erwarten wären. Insbesondere ist die Frage zu diskutieren, welche Regularien für die Herstellung und die Distribution von Arzneimitteln abzuleiten sind.

4 Konsequenzen für die Regulierungspolitik

4.1 Notwendigkeit einer Preis- und Erstattungsregulierung?

Unabhängig von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems gilt es allgemein festzuhalten, dass ein Kostenträger – und auch der Staat (Regulator), der für die soziale Absicherung zuständig ist – Mechanismen finden muss, wie der wachsende Anreiz, den Arzneimittelkonsum zu erhöhen, gesteuert werden kann. Im liberalisierten Idealmodell bleibt die Lösungsmöglichkeit offen, über die Ausgestaltung des Regelleistungskatalogs und die damit einhergehende Option, die Arzneimittelversorgung aus dem Regelleistungskatalog herauszunehmen und als Wahlleistung zu deklarieren, einen anreizkompatiblen Steuerungsansatz zu finden. Gleichwohl ist die Frage zu beantworten, inwiefern für die Bewertung des Regelleistungskatalogs, der dezentral von den Versicherten vorgenommen würde, ergänzende Regulierungsmaßnahmen erforderlich sind. Wasem et. al. untersuchen in einem Gutachten zum Vergleich internationaler Regulierungsansätze insbesondere die Unterscheidung bezüglich der Preisfestsetzung und der Erstattungsentscheidung (Wasem et. al. 2005). Danach sind in den meisten europäischen Ländern, mit Ausnahme Deutschlands, Regelungen zur zentralen Preisfestsetzung vorhanden. Davon ist aber wiederum die Frage der Erstattungsregelung zu unterscheiden.

Gemäß des im dritten Kapitel entwickelten Liberalisierungsmodells würden sowohl Preisfestsetzung als auch Erstattungsentscheidung zunächst allein dem Wettbewerbsprozess überlassen werden. Alle pharmazeutischen Hersteller wären de jure in der

Preissetzung frei, müssten aber de facto sicherstellen, dass sie auf die entsprechenden Positivlisten der jeweiligen Krankenkasse gelangen²⁸. In dieser Hinsicht wäre zu erwarten, dass die Hersteller in einem Vertragswettbewerb einem verstärkten Wettbewerbsdruck ausgesetzt wären, gleichzeitig aber auch Verhandlungsspielräume für innovative Hersteller zu erwarten wären, da diese gegenüber Krankenversicherungen eine Differenzierungsstrategie ausnutzen könnten. Ohne auf die Frage möglicher Marktmachtverteilungen eingehen zu können, zeigt sich an dieser Stelle, dass die Bedeutung des Wettbewerbsrechts in einem liberalisierten Gesundheitssystem sowohl für die Leistungserbringer als auch vor allem für die Krankenversicherungen von entscheidender Bedeutung ist²⁹.

²⁸Es ist an dieser Stelle unerheblich, ob eine Krankenversicherung ihren Versicherten ein Kostenerstattungsmodell oder ein Sachleistungsprinzip anbietet. Wichtig aus Sicht des pharmazeutischen Unternehmens ist nur, dass die Erstattungsfähigkeit – möglichst vollständig – von der Krankenversicherung übernommen wird.

²⁹Es ist jedoch gerade durch die wachsende Integration von Versorgungsmodellen und insbesondere auch durch die Förderung sozialer Zielsetzungen – etwa einem beschränkten Ausschreibemodell zur Gewährleistung flächendeckender Versorgung – möglich, dass Marktmachtphänomene angebots- und nachfrageseitig zu konstatieren sind. An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass im Gesundheitswesen zwangsläufig Marktmachtphänomene zielorientiert aus einer Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems interpretiert werden müssen und Marktmacht und soziale Zielsetzungen u. U. in einem Spannungsfeld stehen. So kann beispielsweise ein sozialmedizinisch sinnvolles Disease Management in einer Region nur mit einer bestimmten Mindestgröße durchgeführt werden.

4.2 Auswirkungen für die Arzneimitteldistribution

Bei der Berücksichtigung, dass Arzneimittel Such- oder Vertrauensgüter (vgl. Nelson 1970) sind, stellt sich die Frage, wie im Rahmen eines liberalisierten Gesundheitssystems die damit verbundenen Probleme zu lösen sind. Auch bei Annahme vorgelagerter Informationsmärkte bleibt es dem Patienten bei einer Vielzahl von konkreten Arzneimittelanwendungen nur schwer möglich, die Qualität und Effektivität des Arzneimittels zu überprüfen. An dieser Stelle greift die Idee eines Versichertenwettbewerbs, indem die Auswahlentscheidung über ein Regelleistungsbündel ex ante durch die Wahl eines spezifizierten Regelleistungskatalogs erfolgt.

Im Unterschied zur Wahl des Regelleistungsbündels würde die Steuerung einer konkreten Arzneimittelanwendung durch eine organisatorische Ausprägung der Agentenrolle der Versicherung gelöst werden. Beispielsweise ließe sich die Agentenrolle durch entsprechende Gatekeeper-Modelle oder durch Einbindung des Patienten in ein Versorgungsmodell, wie etwa Managed Care oder Disease Management, gestalten. Eine zusätzliche Schutzfunktion würde zusätzlich über eine Verschreibungspflicht gelöst. Mit einer Verschreibungspflicht ist jedoch nicht zwangsläufig die Vorgabe eines Distributionsweges, etwa im Sinne einer Apothekenpflicht notwendig.

Es genügt an dieser Stelle, Mindeststandards zur Ausgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten vorzugeben. Inwiefern eine personelle Strukturqualität in Form eines approbierten Apothekers für die Gewährleistung dieser Mindeststandards notwendig ist, bleibt zu diskutieren. Auch wenn eine apothekerkontrollierte Ausgabe aus haftungsrechtlichen Gründen gesellschaftlich opportun erscheint, spricht zunächst nichts dagegen, dass die Apotheker ihre Aufgabe auch als Angestellte durchführen können

und nicht zwingend eine Offizin-Apotheke wie in Deutschland notwendig sein muss. In diesem Zusammenhang ist auch eine Regulierung der Arzneimittelabgabepreise nicht mehr erforderlich³⁰.

Die partielle Ausschaltung der freien Preisbildung auf dem Markt für apothekenpflichtige Arzneimittel hat in vielen Ländern, beispielsweise auch in Deutschland, dazu geführt, dass der Preis seine Funktionen nicht mehr ausreichend wahrnehmen kann. So lenken aufgrund der relativ hohen Arzneimittelpreise immer neue Unternehmer (Apotheker), trotz vorhandenem Apothekenüberangebots Produktionsfaktoren in diesen Bereich. Durch den Einsatz anderer Wettbewerbsparameter (Standort, Beratungsservice) sind durchaus leistungsbedingt unterschiedliche Gewinn- und Einkommenssituationen beobachtbar, jedoch verhindert die Arzneitaxe (Preisbindung der zweiten Hand)³¹ den Einsatz des Wettbewerbsparameters Preis und eine weitere Ausschöpfung marktleistungsbedingter Vorteile. Zwar kann mit Hilfe einer Regulierung des Arzneimittelabgabepreises das Ziel, den Patienten vor apothekenindividuellen (willkürlichen) Preissetzungen zu schützen, erreicht werden, doch sind damit gesamtwirtschaftlich vermutlich erhebliche finanzielle Mehrbelastungen verbunden. Das Ziel einer insgesamt kostengünstigen Versorgung mit Arzneimitteln kann auf diesem Wege nicht erreicht werden. Schließlich können Größenvorteile nicht im Preis weitergegeben werden, ineffiziente Anbieter werden somit künstlich vom Marktaustritt abgehalten. Der Preis kann seine Lenkungsfunktion nicht wahrnehmen, so dass sich immer weitere Apotheker niederlassen.

Unabhängig von der Regulierung der Arzneimitteldistribution ist das Problem im Arzt-Patienten-Verhältnis zu lösen, dass Ärzte

³⁰In Deutschland gelten die Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung.

³¹Diese gilt seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) nur noch für verschreibungspflichtige Arzneimittel.

die asymmetrische Informationsverteilung in Form von Mengenausweitung ausnutzen (angebotsseitiges Moral Hazard). Eine gesetzliche Regulierung zur Kontrolle des Verschreibungsverhaltens könnte über Honorierungssysteme oder Leitlinien gelöst werden. In Anbetracht möglicher schädlicher Bürokratiephänomene, wäre es denkbar auf staatlicher Ebene wiederum sehr allgemeine Vorgaben zu machen, die Ausgestaltung der Honorierungssysteme und Leitlinien jedoch den beteiligten Akteuren zu überlassen.

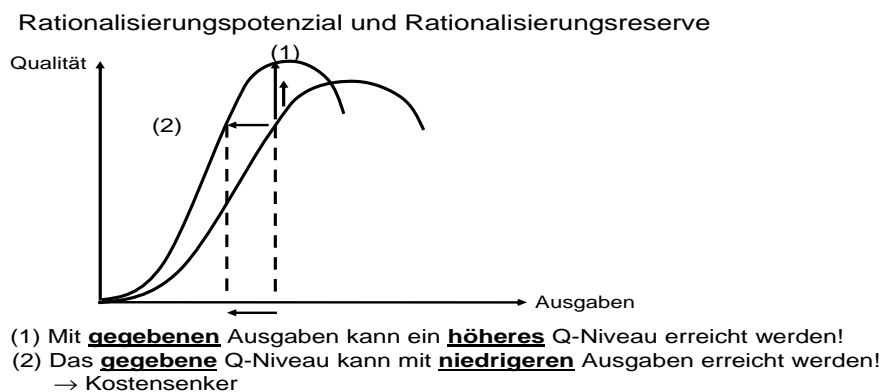
Auch in einem liberalisierten Gesundheitswesen gilt es die Frage zu lösen, wie – insbesondere vor dem Hintergrund des Regelleistungskatalogs – mit der Implementierung von innovativen Arzneimitteln umgegangen werden kann. Insbesondere wird auch im liberalen Gesundheitswesen das Spannungsverhältnis relevant werden, welche Arzneimittel als Teil der Regelversorgung solidarisch finanziert werden können. Vor diesem Hintergrund gilt der nachfolgende Abschnitt in der Grundtendenz für die verschiedenartigen Liberalisierungsszenarien.

4.3 Das Problem der Innovationsbewertung

Die Betrachtung der Innovationsbewertung von Arzneimitteln setzt an dem Dilemma an, dass viele innovative Arzneimittel zwar durchaus messbare Lebensqualitätseffekte erzeugen, aber auch in entsprechendem Maße kostenintensiv für die Kostenträger wirken. Damit ist in jedem Versorgungssystem die Frage zu lösen, welche Arzneimittelinnovationen nutzbringend sind und welche nicht. Auch ein versicherungsorientiertes Gesundheitssystem wird sich organisatorischen Lösungen bedienen, um Bewertungsregeln für die Nutzenentwicklung zu finden. Damit steht jede Nutzenbewertung von Arzneimitteln auch in dieser Hinsicht wieder vor einem Kosten-Nutzen-Problem, welche Kosten ein zusätzliches Lebensjahr noch einnehmen darf.

Bei der Betrachtung von Wirtschaftlichkeitsreserven von Arzneimitteln wird jedoch sehr häufig versucht, die Wirtschaftlichkeitsfrage aus dem Blickwinkel eines Vergütungssystems zu lösen. Einerseits kann eine adäquate Arzneimitteltherapie dabei helfen, bei gleichem oder verbessertem Qualitätsniveau der Versorgung Folgeintervention in Form von stationären Aufenthalten oder anderen medizinischen Leistungen einzusparen und somit indikationsbezogen kostensparend zu wirken, d. h., die gleiche medizinische Qualität mit geringeren Ausgaben zu erreichen bzw. mit gleichen Ausgaben eine bessere medizinische Qualität (vgl. Abbildung 1). In diesem Fall wirken neue Arzneimittel kostensenkend ((2) in Abb. 1) oder qualitätserhöhend ((1) in Abb. 1).

Abb. 1: Kostensenkung und Qualitätsverbesserung durch Arzneimittel

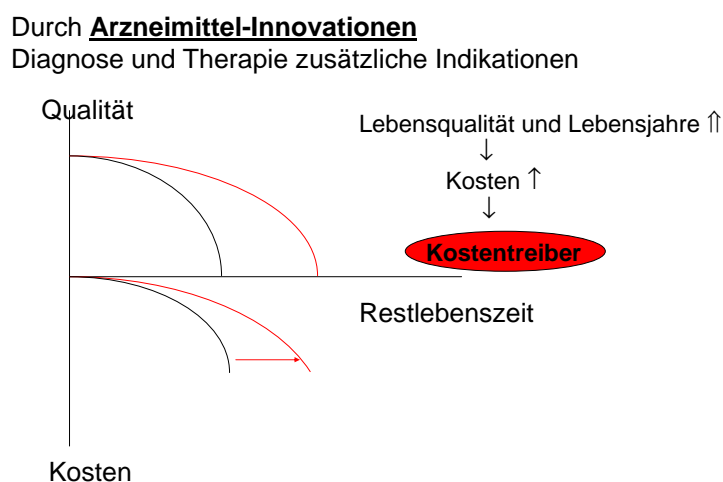


Quelle: eigene Darstellung

Andererseits sind infolge des medizinischen Fortschrittes, zudem der Arzneimittelsektor in erheblichen Maße beiträgt, immer mehr Indikationen auch medikamentös behandelbar, was die Gesamtkostenentwicklung u. U. wieder ansteigen lässt. Arzneimittel sind Teil eines medizinischen Fortschrittes, die zwar das Leben des Menschen verlängern können und u. U. auch die Lebensqualität

verbessern, ihn aber mit wachsender Restlebenszeit nicht vollständig gesunden lassen und so neue medizinische Leistungen nachgefragt werden (Halfway-Medizin). Diese Entwicklung macht die Frage nach der Einschätzung des Nutzens von Arzneimittelinnovationen unmittelbar deutlich. Hier wirkt der medizinisch-pharmakologische Fortschritt kostentreibend (vgl. Abbildung 2)³². Diese Entwicklung macht die Frage nach der Einschätzung des Nutzens von Arzneimittelinnovationen unmittelbar deutlich.

Abb. 2: Arzneimittel als Kostentreiber und Qualitätsverbesserer



Quelle: eigene Darstellung

Ein Arzneimittel ist dann ökonomisch als Innovation zu bezeichnen, wenn es im wirtschaftlichen Sinn eine Neuartigkeit darstellt. Ökonomische Neuartigkeit heißt zunächst die erfolgreiche kom-

³²Vgl. beispielsweise Murphy/Tobel 2005, die den Effekt der Arzneimittelinnovationen und deren Auswirkungen auf die Veränderung der Lebenserwartung untersuchen.

merzielle Verwertung einer Idee. Ob diese selbst neu ist, ist weniger wichtig. Selbst die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Nutzung kann durchaus seit längerem bekannt sein oder bislang erfolglos betrieben worden sein.

Eine ökonomische Innovation bedeutet aber auch, dass sich ein Produkt in marktrelevanten Aspekten von den bereits am Markt vorhandenen Produkten unterscheiden muss. Marktrelevant sind diejenigen Aspekte, die aus Sicht eines Kunden als nutzenerhöhende Wirkungen betrachtet werden. Eine Innovationsbewertung in dieser Hinsicht beruht auf einem individuell subjektiven Nutzenkonzept. Die herkömmliche wirkstoffbezogene Definition von Innovation im Arzneimittelsektor unterscheidet sich daher unmittelbar von einer ökonomischen Betrachtungsweise.

Die erfinderische Aktivität, die Gegenstand des Forschungswettbewerbs im engeren Sinne ist, hat eine Erfindung zum Ziel. Ziel der innovativen Aktivität ist es, im Innovationswettbewerb eine Erfindung zum ersten Mal ökonomisch anzuwenden. Hingegen richtet sich die imitative Aktivität im Rahmen des Imitationswettbewerbs darauf, eine Innovation nachzuahmen.

Alle drei Elemente bilden in einer Marktwirtschaft eine Einheit, wobei Forschungs-, Innovations- und Imitationswettbewerb simultan als sequenzielle Prozesse stattfinden. Die herkömmliche Sichtweise der Innovation setzt vor das geistige Auge ein Produkt, das als Innovation bezeichnet werden kann. Die Idee eines Produktlebenszyklus, in der die Imitationsphase zwangslogisch der Innovationsphase folgt, kennzeichnet eine derartige Entwicklung. Jedoch muss in modernen Volkswirtschaften von einem viel stärkeren interdependenten Prozess ausgegangen werden. Zwischen Invention, Innovation und Imitation finden viel stärkere Rückkoppelungsphänomene statt, als zunächst vordergründig deutlich wird (vgl. Oberender/Rüter 1988).

Die Fähigkeit eines Unternehmens, Innovationen als Aktionsparameter im Wettbewerb einzusetzen, hängt wesentlich von den finanziellen Ressourcen, dem technischen Spielraum des Unternehmens sowie der Branche und den marktprozessualen Gegebenheiten ab.

Dabei muss jedoch noch zwischen Innovationsfähigkeit, als Ausdruck für tatsächliche wirtschaftliche Leistungskraft, und Innovationsbereitschaft unterschieden werden. Letztere hängt sehr stark von den institutionellen Rahmenbedingungen, vor allem der Regulierungssituation, ab.

Die Beurteilung eines Arzneimittels hinsichtlich seines innovatorischen „Gehalts“ ist unter Berücksichtigung einer dynamischen und komplexen Umwelt immer mit Unsicherheit behaftet. Auch so genannte „Mee-too-Präparate“ können als Schrittinnovationen bezeichnet werden, die jedoch den Wettbewerbsprozess fortentwickeln helfen. Letztendlich geht es darum, ob auch subjektive Nutzenkategorien im Rahmen einer Wettbewerbsordnung für das Gesundheitswesen gelten dürfen oder nur angebotsseitig versucht wird, „echte“ von „unechten“ Innovationen zu unterscheiden (vgl. Münnich 2000, S. 107 ff.). Hilft hier eine institutionelle gesetzte zentrale Nutzenbewertung, dieses Problem zu lösen?

Eine Nutzenbewertung über eine zentrale Nutzenbewertung muss sich der Frage stellen, nach welchen Kriterien eine einheitlich geltende Nutzen- und auch Kostenbewertung vorgenommen werden soll. Bei der Festlegung der Prüfmerkmale ist darauf hinzuweisen, dass in der internationalen Qualitätsforschung damit in erster Linie „clinical performance“ gemeint ist. Jedoch ist eine theoretisch schnelle Erreichbarkeit und Machbarkeit einzelner klinischer Messgrößen nicht einfach auf das Gesamtsystem zu übertragen (vgl. Geraedts et. al. 2002).

Dieser Einwand kann auch auf eine zentrale Nutzenbewertung übertragen werden. Einerseits kann der Effekt eintreten, dass nur

die gemessenen Aspekte der Versorgung bei der offiziellen Betrachtung Beachtung finden und unter Umständen weitergehende Aspekte, insbesondere im Hinblick auf subjektive Aspekte der Lebensqualität bei vielen chronischen Erkrankungen unberücksichtigt bleiben. Andererseits ist es nicht auszuschließen, dass Arzneimittel voreilig ausgeschlossen werden, obwohl der methodische Standard der Qualitätsbeurteilung fälschlicherweise auf ein zumindest nicht besseres Ergebnis als eine vergleichbare Therapie hingewiesen hat.

Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass in Evaluationsstudien objektivierbare, also zählbare, messbare Größen immer ein stärkeres Gewicht haben werden als nicht messbare und nicht zählbare. Das bedeutet aber auch eine systematische Minderschätzung „weicher“ Alternativen.

Positive und negative Wirkungen einer Therapie sind oft nur im Zeitraum von Jahren feststellbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch eine leitliniengestützte Pharmakotherapie von der Mitwirkung des Patienten abhängig ist. Bei chronischen Erkrankungen gibt es häufig nicht die ursächlich wirkenden Arzneimittel, aber durchaus unterschiedliche Paradigmen der Patientenversorgung, die insbesondere die Phänomene der Compliance oder auch des Placeboeffekts berücksichtigen.

Die Beurteilung der Wirksamkeit und des klinischen Nutzens eines Arzneimittels ist demzufolge nicht ohne weiteres möglich. Es wäre eine entsprechende Versorgungsforschung notwendig, die aber nur sehr rudimentär vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund stellt sich die ordnungspolitische Frage, ob das Instrument einer zentralen Nutzenbewertung in Anbetracht der eingeschränkten Zielkonformität ein verhältnismäßiges Instrumentarium ist.

Wenn es infolge unterschiedlicher Paradigmen zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln keine eindeutige wissenschaftliche Festlegung eines Nutzenprofils von Arzneimitteln gibt, ohne die Ge-

fahr ausschließen zu können, alternative Heilverfahren zu diskriminieren, bleibt die marktwirtschaftliche Lösung des Wettbewerbs als Such- und Entdeckungsverfahren das Mittel der Wahl.

Letztendlich ist die Nutzenbewertung von Arzneimittel Element des Versorgungsprozesses zwischen Arzt und Patient. Es ist somit sinnvoll, die Nutzenbewertung und damit verbunden die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf der Mikroebene zwischen Leistungserbringer, Arzt und Kostenträger anzusiedeln, wohingegen über die Zulassung von Arzneimitteln nach Unbedenklichkeit und Wirksamkeit weiterhin der Gesetzgeber entscheiden müsste. Es müssen im Rahmen der Patientenbetreuung Anreize für die Leistungserbringer vorhanden sein, ihre Patienten mit möglichst geringem Mitteleinsatz zu kurieren und sie gesund zu halten (vgl. Oberender 2000). Einen erfolgversprechender Lösungsansatz können integrierte, indikationsbezogene Versorgungssysteme bilden, in der die Behandlung eines Patienten mit einer vorher dezentral ausgehandelten Pauschale vergütet wird, die für alle in Anspruch genommenen Leistungen gilt. Welche Implikationen für die Fortentwicklung des aktuellen deutschen Gesundheitssystems lassen sich nun ableiten?

5 Implikationen für das aktuelle deutsche Gesundheitswesen

5.1 Die Fortentwicklung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“

Die bisherigen Ausführungen haben ein eher idealtypisches Gesundheitswesen bei reiner Nachfragesteuerung durch Krankenversicherungen in Form selektiver Verträge unterstellt, wobei sowohl der Versicherungs- als auch der Versorgungswettbewerb weitgehend dereguliert sind. Dies setzt voraus, dass die Umverteilungsaufgaben aus dem unmittelbaren Versicherungs- und Leistungsprozess herausgenommen werden und konsequenterweise in ein steuerfinanziertes Zuschusssystem überführt werden. Auch wenn ein derartiger grundsätzlicher Systemwechsel im deutschen Gesundheitssystem zumindest kurzfristig nicht unterstellt werden kann, so stellt sich doch die Frage, ob auch unter der Ägide der gegenwärtig in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) praktizierten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ die Möglichkeit besteht, den Arzneimittelbereich schrittweise zu liberalisieren.

Zunächst ist auf die Besonderheiten des deutschen GKV-Arzneimittelmarktes einzugehen. Die Krankenversicherungen greifen nicht nur über die Festbeträge in die Preisstruktur eines erheblichen Teils des Arzneimittelmarktes ein, sondern maßgebliche Entscheidungen werden eben nicht auf der Ebene der einzelnen Kasse und damit im Sinne eines Wettbewerbs auf der Marktnebenenseite durchgeführt. Kraft gesetzlicher Anordnung werden Entscheidungen vielmehr entweder von den Spitzenverbänden der Krankenkasse „einheitlich und gemeinsam“ oder zumindest auf der Ebene der Landesverbände der Krankenversicherung verein-

bart. Aus ökonomischer Sicht liegt somit das Gebot eines abgestimmten Verhaltens vor, das letztendlich als vorgeschriebene Kartellierung zu werten ist. Als Gegenargument könnte eingebracht werden, es sei die bewusste Forderung des Gesetzgebers, dass Krankenversicherungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts „einheitlich und gemeinsam“ handeln und durch einen weitgehend einheitlichen Leistungskatalog keine signifikanten Ausdifferenzierungsmöglichkeiten besitzen sollen. Unabhängig von der Position des Kartellrechts ist aus ökonomischer, wettbewerbstheoretischer Sicht jedoch nicht auf die Motivlage, sondern auf die Folge des Handelns abzielen³³.

Es ist nun wettbewerbstheoretisch nicht zu prüfen, ob es eine Legalvermutung durch das Gesetz gibt, die eine Ausübung von Nachfragemacht legalisiert, sondern ob und wie sich ein Wettbewerbsprozess entwickeln soll. Im Einkaufswettbewerb, im Grunde liegt ein derartiges Phänomen zwischen Krankenversicherungen und Arzneimittelmarkt vor, kann jedenfalls kein originär hoheitliches Handeln unterstellt werden und es gibt ökonomisch keine Gründe dafür, hier nicht von einer unternehmerischen Tätigkeit zu sprechen. Ökonomisch ist eine Prinzipal-Agent-Beziehung zu unterstellen, nach der der Versicherte/Patient die Sachwaltung der Krankenkasse überträgt.

Der Einwand, Sozialversicherungsträger würden nicht im Gewinnerzielungsinteresse handeln, muss vor einem ökonomischen Grundsatz unbeachtlich sein, da nicht die Motive der Handelnden entscheidend sind, sondern die Folgen. Berücksichtigt man in der

³³Diese Argumentationslinie orientiert sich an der „Folgetheorie“ (vgl. Schmidt 2001, S. 269). Nach der Folgetheorie ist nicht nur auf den Gegenstand bzw. Inhalt eines Vertrages Rückgriff zu nehmen, sondern es muss auch geprüft sein, ob die Auswirkungen des Vertrages Auswirkungen auf Dritte erwarten lassen.

weiteren Argumentation die Marktanteile der einzelnen Krankenversicherungen, so ist das Vorliegen einer marktbeherrschenden Stellung gegeben. Erreichen Krankenkassen in verschiedenen Bundesländern Marktanteile von über 50 Prozent gemessen an den Versicherten, was für die kollektiven Vertragsverhandlungen relevant ist, so kann auch durch die Vorgabe der kollektiven Absprachen zwischen Krankenversicherungen und der Vorgabe eines weitgehend einheitlichen Leistungskatalogs nicht von „Wettbewerb im Innen- und Außenverhältnis“, d. h. Wettbewerb als ergebnisoffener Prozess zwischen Marktgegen- und Marktneben- seite, gesprochen werden. Es ist also an dieser Stelle die Notwendigkeit kartellrechtlicher Maßnahmen zu betonen.

Missbrauchsphänomene liegen durch die Kombination von marktbeherrschender Stellung mit Bindungs- und Behinderungsstrategien vor (vgl. Schmidt 2001, S. 171 f.). Dabei ist zu prüfen, ob Krankenversicherungen durch den Abschluss einer Sondervereinbarung den Handlungsspielraum der Vertragspartner, d. h. in diesem Falle der pharmazeutischen Industrie, „unangemessen“ beeinträchtigen können und ob sogar noch Auswirkungen auf Dritte möglich wären. Berücksichtigt man die Versorgungssituation in ausgewählten Regionen und die Möglichkeit der Krankenversicherung, künftig auch selektive Verträge mit einzelnen Leistungserbringern schließen zu können bzw. initial entsprechende Versorgungskooperationen zu steuern (beispielsweise im Sinne eines weiterentwickelten Disease-Management-Programmes), so wird die Problematik für die Arzneimittelhersteller als Vertragspartner einer Sondervereinbarung deutlich. Es ist nicht auszuschließen, dass der tatsächliche Marktzugang für ein Arzneimittel in ein wichtiges Versorgungsgebiet nur oder weitgehend über eine Sondervereinbarung mit einer Krankenversicherung möglich werden wird. Unbeachtlich entsprechendem Diskriminierungspotentials gegenüber nicht berücksichtigten Arzneimittelherstellern

wird die Verhandlungsposition zwischen Krankenversicherung und Pharmahersteller entsprechend ungleichgewichtig sein.

Auch das Argument möglicher Gegenmacht durch die Pharmaindustrie, die ja ebenfalls in kooperative Strukturen übergehen könnten, um ein Verhandlungsgegengewicht zu der oder den Krankenkassen zu bilden, trägt nicht, da die Pharmaindustrie den Kartellregelungen unterliegt, die Krankenversicherungen durch den Vorrang des Sozialrechts aber nicht. Insbesondere muss beachtet werden, dass bei den Pharmaunternehmen ein höchst wettbewerblicher Markt (bei fast allen Indikationen) vorliegt und der Marktein- und Marktaustritt gewährleistet ist, wohingegen die Krankenversicherungen sowohl hinsichtlich Marktein- und Marktaustritt wiederum verschiedenartigen Einschränkungen unterliegen³⁴.

Eine Ausübung der Marktmacht kann nicht ohne Berücksichtigung vor- oder nachgelagerter Wirtschaftsstufen diskutiert werden. Wenn der Distributionskanal über die Offizinapotheke berücksichtigt wird – eine Öffnung des Vertriebsweges ist mit der Zulassung von Versandapotheken bereits erfolgt – , dann ist die Frage, inwiefern Bedingungen und mögliche Behinderungen weitergegeben werden, im vorliegenden Fall an Apotheken, bei der Diskussion der Marktmachtausübung zu berücksichtigen. Bei Gültigkeit des einheitlichen Endverkaufspreises bleibt beispielsweise der Apothekenrabatt – über die gesamten Distributionsstufen betrachtet – lediglich ein Residuum und damit Manövriermasse der Beteiligten am Distributionsweg. Bei Weiterentwicklung selektiver Organisationsformen bei der Leistungserstellung wer-

³⁴Zu denken wäre hierbei an den Risikostrukturausgleich sowie an Kapitel VI, §§ 143 ff. SGB V zum Organisationsrecht der Krankenversicherungen, wobei eine Neugründung einer Ersatzkasse gar nicht möglich ist und ansonsten auch der Markteintritt stark reglementiert ist.

den auch Apotheken vor der Entscheidung stehen, sich u. U. exklusiv zu orientieren. Unterliegen nun die Krankenkassen keiner Wettbewerbsordnung im ökonomischen Sinn, so ist die Gefahr eines Missbrauchs einer Nachfragemacht auch im Sinne eines Squeezing-Prozesses nicht auszuschließen.

Es lässt sich somit festhalten, dass durch die unterschiedlichen geltenden Wettbewerbsregelungen für die beteiligten Marktpartner (Kartellrecht für Pharmazeutische Hersteller – Sozialrecht für Krankenversicherungen) eine systematische Ungleichbehandlung im Beschaffungsmarkt vorliegt. Wird nun versucht, über gesetzliche Regelungen die Aktionsparameter der sozialrechtlich beschränkten Krankenversicherungen zu öffnen, jedoch ohne konsequent eine wettbewerbsrechtliche Orientierung für die Krankenversicherungen zu unterlegen, so wird das Ungleichgewicht u. U. noch verschärft. Diese Schlussfolgerung wirft den Blick auf die Ausgestaltung der Wettbewerbsordnung der GKV. Dabei muss vor allem diskutiert werden, ob den Krankenversicherungen aus ökonomischer Sicht Unternehmenscharakter zugeschrieben werden muss oder durch die Zielsetzung des Gesundheitssystems ein Ausnahmecharakter unterstellt werden kann.

5.2 Wirtschaftspolitische Empfehlungen

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass das Gesundheitswesen sich daher nur als konsequenter Ausnahmebereich einordnen lässt, wenn sich Solidarprinzip und Markt völlig ausschließen würden, was aber in vielfältigen Modellen gegenteilig bewiesen wird (vgl. Oberender/Fleischmann 2004, S. 202). Vor diesem Hintergrund muss auch im Bereich der GKV zunehmend von einer wettbewerblichen Situation ausgegangen werden, da in der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ zumindest mit der Idee

des selektiven Kontrahierens der Vorstellung eines „Leistungswettbewerbs“³⁵ um bessere Qualität und Leistungen gefolgt wird. Gleichwohl gilt es zu berücksichtigen, dass die Gradwanderung zwischen der Gewährung von Sozialansprüchen und damit der Verpflichtung der Krankenversicherungen und Leistungserbringer diese zu erfüllen und dem wettbewerblichen Konkurrieren um Nachfrager eine Gradwanderung zu vollziehen ist, solange sowohl der Versicherungs- als auch Versorgungswettbewerb mit hoheitlichen Aufgaben vermengt werden. Ausgehend von einer Wettbewerbsvorstellung, die den Wettbewerb und nicht die Wettbewerber schützt, ist gleichwohl eine Legitimation wettbewerbspolitischer Maßnahmen gegeben, sofern die gesundheitspolitische Zielsetzung der Vorgabe einer „Funktionsfähigkeit“ des Wettbewerbsprozesses nicht nur eine Leerformel bleiben soll. Der unmittelbare Ansatzpunkt wird bei der Gestaltung des Leistungskatalogs deutlich. Ein Regelleistungskatalog ist auch künftig für alle Krankenversicherungen von Bedeutung. Jedoch kann ein Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen bei gleichzeitiger Gewährleistung von Sozialansprüchen durchaus kombiniert werden.

Zunächst gilt es festzuhalten, dass die Festlegung eines Regelleistungskatalogs – unabhängig von jedem Versicherungsprinzip – eine normative Aufgabe der Sozialpolitik bleibt. Sie stellt eine große Herausforderung an den Gesetzgeber dar und ist durchaus eine heikle Angelegenheit. In diesem Zusammenhang könnte es hilfreich sein, zunächst einmal unterschiedliche Kategorien medizinischer Leistungen zu bilden, die sich nach dem Grad ihrer „Notwendigkeit“ unterscheiden. Einer solchen Abstufung ent-

³⁵Cassel 2003, S. 4. Der Begriff „Leistungswettbewerb“ soll in diesem Zusammenhang vor allem die „effizienzfördernden“ Wirkungen des Wettbewerbsprozess beschreiben.

sprechend, könnten dann verschiedene Ebenen der Gesetzgebung an der Entwicklung und Fortführung eines Regelleistungskatalogs beteiligt werden. Es wäre beispielsweise denkbar, dass auf gesamtstaatlicher Ebene zunächst nur die Absicherung gegen „Großrisiken“ indikationsbedingt geregelt wird.

In nicht vollständiger Anlehnung an das Reformszenario III hätte dies zur Folge, dass in einem ersten Liberalisierungsschritt im Pflichtleistungskatalog zunächst nur Indikationen als gröbere Orientierung oder nur Wirkstoffe als eine etwas genauere Orientierung definiert würden, die konkreten Arzneimittel aber durch dezentrale Arzneimittelpositivlisten der Krankenversicherungen festgelegt würden³⁶. Zur Festlegung einer Vergleichbarkeit wäre zu überlegen, ob allgemeine Standards formuliert werden könnten, die eine Orientierung für Versicherte wie Leistungserbringer geben könnten, wie Krankenversicherungen bei der Bildung von Arzneimittelpositivlisten vorgehen würden.

Als Ansatzpunkt mögliche Moral-Hazard-Phänomene in der Nutzung von Arzneimitteln besser zu kontrollieren, bieten integrative Versorgungssysteme einen Ansatzpunkt. Gleichwohl gilt es festzuhalten, dass zur anreizkompatiblen Steuerung sowohl die Leistungserbringer als auch die Patienten integrativ verknüpft werden müssen. In diesem Sinne sind Ideen von kombinierten Budgets mit Selbstbeteiligungsregelungen für Versicherte weiterzufolgen und auszubauen.

Die Fortführung der Arzneimittelpreisverordnung wird an Bedeutung verlieren je stärker die Patienten und die Leistungserbringer in organisatorischen Versorgungseinheiten, wie Disease Management-Programmen oder anderen Formen von Managed Care, miteinander verknüpft sind. Auch unabhängig von integrativen

³⁶Friske unterbreitet den Vorschlag, den Pflichtleistungskatalog über eine Wirkstoffdefinition festzulegen (vgl. Friske 2003, S. 275 f.).

Versorgungsmodellen wird die Distribution von Arzneimittel an alternativen Optionen gewinnen und somit die Auswahlmöglichkeit des Patienten ansteigen. Je größer die Wahlmöglichkeiten für den Patienten aber sind, desto weniger macht eine einheitliche Arzneimittelpreisverordnung Sinn, da diese grundsätzlich auf einen Distributionsweg abgestellt ist.

6 Resümee

Die Ausführungen sollten einerseits zeigen, dass eine Liberalisierung im Arzneimittelsektor als Spezialfall einer allgemeinen Liberalisierung im Gesundheitswesen davon abhängig ist, wie Funktionsfähigkeit des Wettbewerbsprinzips und die Gewährleistung sozialer Schutzrechte miteinander verknüpft werden können. Die idealtypische Analyse hat aus marktwirtschaftlicher Sicht lediglich die Legitimation einer Zulassungsregulierung und ein Plädoyer für Mindestinformationsvorschriften bei Gewährleistung eines solidarischen Mindestschutzes ableiten können. Dabei wurde einerseits deutlich, dass die meisten gängigen Regulierungsbelegungen im Gesundheitswesen allgemein und im Arzneimittelbereich im Speziellen dem mangelnden Zutrauen an die Beteiligten im Gesundheitswesen geschuldet sind. Weder die Notwendigkeit einer strengen Verordnungsregulierung noch eine einheitliche Arzneimittelpreisverordnung sind zwingend notwendig, um Sicherheit und wirtschaftliches Verhalten bei knappen Ressourcen zu erzeugen.

Ein liberalisierter Arzneimittelmarkt stellt an den einzelnen Versicherten weitaus größere Verantwortung an, insbesondere hinsichtlich der Notwendigkeit, Versicherungsangebote miteinander zu vergleichen. Gleichwohl kann darin auch eine Chance liegen, im Kontext des Wachstumsmarktes Gesundheit aus der inhärenten Interventionsspirale in den meisten Gesundheitssystemen zu entkommen.

Im gegenwärtigen deutschen Gesundheitswesen können integrierte Versorgungssysteme ein Ansatzpunkt sein, anreizkompatibles Verhalten zwischen Patienten und Leistungserbringern miteinander zu verknüpfen. Auch die Integration der Arzneimittelversorgung lässt sich darunter subsumieren. Die Weiterentwicklung der Rabattverträge zwischen Krankenversicherungen und pharmazeu-

tischen Unternehmen gilt es weiter zu beobachten, insbesondere sind mittel- oder langfristig nur anreizkompatible Effekte zu erwarten, wenn die Wettbewerbsbedingungen zwischen beiden Vertragsseiten gleich gestaltet sind.

Literatur

- Blankart, C. B. (2001): *Öffentliche Finanzen in der Demokratie*, München.
- Böhm-Bawerk, E. v. (1961): *Kapital und Kapitalzins*, 4. Auflage, Meisenheim.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*, fünfte überarbeitete Auflage, Heidelberg.
- Cassel, D. (2003): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold, M. Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002*, S. 3-20.
- Erlei, M./Leschke, M./Sauerland, D. (1999): *Neue Institutionenökonomik*, Stuttgart.
- Fehl, U./Oberender, P. (2004): *Grundlagen der Mikroökonomie*, 9. Auflage, München.
- Frisch, M./Wein, T./Ewers, H. J. (2000): *Marktversagen und Wirtschaftspolitik*, 4. Auflage, Freiburg u. a.
- Friske, J. E. (2003): *Mehr Markt und Wettbewerb in der deutschen Arzneimittelversorgung? Eine gesundheitsökonomische Untersuchung im Spiegel amerikanischer Markterfahrungen*, Bayreuth.
- Geraedts M./Selbmann H.K./Ollenschläger G (2002): Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96: 91-96.
- Güth, W./Kliemt, H. (1995): Elementare spieltheoretische Modelle sozialer Kooperation, in: *Ökonomie und Gesellschaft*, Jahrbuch 12: Soziale Kooperation, Frankfurt a. Main, S. 12-62.

- Hamm, W. (1987): Regulierter Wettbewer auf Pharmamärkten, in: Münnich, F./Oberender, P. (Hrsg.): *Der Pharmamarkt vor dem Umbruch*, Stuttgart u. a. S. 77-83.
- Homann, K./Suchanek, A. (2000): *Ökonomik: eine Einführung*, Tübingen.
- Kortendieck, G. (1993): *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik*. Neoklassische versus österreichische Markttheorie dargestellt am Beispiel des Gesundheits- und Krankenversicherungswesens, Freiburg.
- Laffont, J. J./Tirole, J. (1993): *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, Cambridge, London.
- Lahno, B. (1995): Sukzessiver Austausch: Vereinbarung und Vertrag, in: *Ökonomie und Gesellschaft*, Jahrbuch 12: Soziale Kooperation, Frankfurt, S. 63-91.
- Münnich, F. (2000): Innovatorischer Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt, in: Klauber, J./ Schröder, H./Selke, G. (Hrsg.): *Innovationen im Arzneimittelmarkt*, Berlin u. a., S. 107-129.
- Murphy, M./Tobel, R (2005): *The value of Health and Longevity*, NBER Working Paper No. 11405.
- Neubauer, G. (1988): Regulierung und Deregulierung im Gesundheitswesen: in: Thiemeyer, T. (Hrsg.): *Regulierung und Deregulierung im Bereich der Sozialpolitik*, Berlin, S. 9-46.
- Nelson, P. (1970): Information and Consumer Behavior, in: *Journal of Political Economy*, Vol. 78, pp. 311-329.
- Oberender, P. (2000): Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel, in: Wille, E./Albring, M. (Hrsg.): *Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt/Main, S. 273-282.

- Oberender, P./Rüter, G. (1988): *Gefahren für Innovationen im Arzneimittelbereich: Eine ordnungspolitische Analyse*, Baden-Baden.
- Oberender, P./Daumann, F. (1997): Der Arzneimittelmarkt im Spannungsfeld seiner institutionellen Umgebung. In: *Dimensionen des Wettbewerbs – Seine Rolle in der Entstehung und Ausgestaltung von Wirtschaftsordnungen* elaes, K./Fehl, U. (Hrsg.): Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Bd. 52, Stuttgart, S. 235 - 284.
- Oberender, P./Fleischmann, J. (2004): Sozialrecht und Wettbewerbsrecht: Ein Gegensatz? Ordnungspolitische Anmerkungen zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 16. März 2004, *ORDO*, Band 55, S. 191-208.
- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2006): *Wachstumsmarkt Gesundheit*, 2. grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- Oberender, P./Ulrich, P./Felder, S. et al. (2006): *Bayreuther Manifest – Bayreuther Versichertenmodell*, Bayreuth.
- Pauly, M. (1988): Is medical care different? Old questions, new answers, in: Greenberg, W. (ed.): *Competition in the Health Care Sector: Ten years later*, Durham, London, pp. 5-15.
- Schmidt, I. (2001): *Wettbewerbspolitik und Kartellrecht*, 7. Auflage, Stuttgart.
- Schneider, U. (2005): *Asymmetric Information and Outcome-based Compensation in Health Care – Theoretical Implications*, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 01-05, Universität Bayreuth.
- Stillfried, D. v. (1996): *Gesundheitssysteme im Wandel. Das Dilemma zwischen Bedarf und Eigenverantwortung. Medizinische Grundsicherung als Reformperspektive? Eine evolutorische Analyse*, Bayreuth.

- Vogel, S. (1996): *Freer Markets, More Rules: Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries*, Ithaca/London.
- Wasem, J./Greß, S./Rothang, H. (2003): *Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft?*, ZeS-Arbeitspapier Nr. 7/2003.
- Wasem, J./Greß, S./Niebur D. (2005): *Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich*. Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller e. v. (BAH).
- Williams, A./Cookson, R. (2000): Equity in Health, in: Culyer, A./Newhouse, J. (eds): *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 B, pp. 1863-1906.
- Williamson, O. E. (1985): *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*, New York.
- Zerth, J. (2005): Flächendeckende Versorgung im Gesundheitswesen: eine Antwort aus liberaler Perspektive, in: *ORDO*, Bd. 56, S. 261-286.

Die Autoren

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth und Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Er ist Dekan der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth, Mitglied des Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung, Mitglied der Bayerischen Bio-Ethik-Kommission, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Public-Private-Partnership des Wissenschaftsrats sowie Vorsitzender der Arbeitsgruppe Wettbewerb im Verein für Socialpolitik. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Markt- und Wettbewerbstheorie, Wettbewerbspolitik sowie Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik.

Dr. Jürgen Zerth ist wissenschaftlicher Assistent und Habilitand beim Lehrstuhl von Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender und Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie. Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik in Bamberg und Bayreuth, Promotion bei Prof. Oberender zum Thema „Flächendeckende Versorgung in einem liberalen Gesundheitssystem“. Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Wettbewerbs- und Regulierungstheorie sowie -politik sowie Aspekte der Innovationsforschung und deren institutionelle Einbettung.

Cand. rer. pol. Andreas Schmid studiert Gesundheitsökonomie mit dem Schwerpunkt Institutionenökonomie an der Universität Bayreuth und ist Mitarbeiter an der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie sowie am Lehrstuhl von Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender.