

Ordnungspolitisches Statement der Forschungsstelle Pharmastandort Deutschland*, Nr. 2, 07.07.2010

Fairer Wettbewerb statt Nachfragemonopol

Mit der Neuordnung des Arzneimittelmarktes sollen die Preisrabatte für innovative Medikamente zukünftig von Krankenkassen und Pharmaunternehmen verhandelt werden. Dabei nimmt der GKV-Spitzenverband als Alleinvertretung der gesetzlichen Krankenkassen eine zentrale Rolle ein. Eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung kann aber dauerhaft nur dann gesichert werden, wenn Wettbewerb auf beiden Seiten des Verhandlungstisches herrscht.

Dem Gesundheitsfonds droht im nächsten Jahr ein milliardenschweres Loch. Die Koalition geht offenbar davon aus, dass die Lücke nicht ohne höhere Finanzierungsbeiträge der Versicherten zu schließen ist. Aber auch auf der Ausgabenseite sind Einsparungen notwendig. Dabei steht die Arzneimittelversorgung im Mittelpunkt der Bemühungen. Mit rund 18,5 Prozent beanspruchte sie 2009 etwas weniger als ein Fünftel der GKV-Ausgaben. Dabei fiel das Wachstum mit 4,9 Prozent gegenüber 2008 unterdurchschnittlich aus, denn die Gesamtausgaben der GKV kletterten zuletzt um 6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Unabhängig davon ist aber die Notwendigkeit zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes unbestritten. Vor überhöhten Erwartungen muss jedoch gewarnt werden: Zum einen ist die Medikamentenversorgung nicht alleine für die Ausgabenentwicklung verantwortlich und kann deshalb auch nicht alleine das grundlegende Finanzierungsproblem lösen. Zum anderen bleibt fraglich, ob auch tatsächlich drin ist, was auf dem angekündigten Maßnahmenpaket steht, nämlich mehr Wettbewerb.

Im Mittelpunkt des neuen Regelwerkes für patentgeschützte Medikamente steht eine Verhandlungslösung. Danach sollen die Pharma-Unternehmen künftig gezwungen werden, binnen eines Jahres nach Markteinführung eines neuen Medikamentes, für das der Gemeinsame Bundesausschuss einen Zusatznutzen festgestellt hat, einen Herstellerrabatt auszuhandeln. Verhandlungspartner ist grundsätzlich der Spitzenverband aller gesetzlichen Krankenkassen. Anschließend können einzelne Kassen oder ein Kassenverbund ergänzende vertragliche Vereinbarungen treffen.

Ziel dieser Regelung ist es, die Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit auf dem Verhandlungswege zu finden. Unabhängig von den Regelungen im Detail stellt sich aus ökonomischer Sicht die Frage, ob dabei die Verhandlungsmacht

* Die Forschungsstelle „Pharmastandort Deutschland“ im Institut der deutschen Wirtschaft Köln wird unterstützt vom Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa).

symmetrisch zwischen den Parteien verteilt ist. Denn nur dann ist auch davon auszugehen, dass Pharma-Unternehmen auf der einen und Krankenkassen auf der anderen Seite tatsächlich um eine möglichst effiziente und hochqualitative Arzneimittelversorgung konkurrieren. Fällt die Waagschale aber zugunsten der einen oder anderen Seite aus, sind Zweifel angebracht.

Einerseits kann die Verhandlungsmacht bei den Anbietern liegen, wenn nur wenige Unternehmen oder gar nur ein Monopolist im relevanten Markt vertreten ist. Unternehmen sind aber längst daran gewöhnt, dass für sie Kartell- und Wettbewerbsrecht unmittelbar gelten. Bei Verstößen drohen empfindliche Sanktionen. Und auch die Krankenkassen agieren im Bereich der Selektivverträge im besten Sinne unternehmerisch. Andernfalls vergeben sie Chancen im Wettbewerb mit den Konkurrenten. Handelt es sich andererseits aber um ein Monopson, also um eine marktbeherrschende Stellung der Nachfrageseite, dann drohen den Pharmaunternehmen Probleme. Zwar sind Nachfragemonopole als Extremform auf den Märkten selten und wenig stabil. Außerdem greift im Fall der Marktmacht einzelner Kassen grundsätzlich die Wettbewerbsaufsicht. Der Gesetzgeber nimmt aber den GKV-Spitzenverband vom Wettbewerbsrecht aus und sichert ihm eine Monopolstellung. Damit ist die Verhandlungsmacht asymmetrisch verteilt.

Ist das nicht gewollt? Denn wenn der GKV-Spitzenverband bei den Herstellerrabatten für neuartige Medikamente so viel wie möglich herauszuholen vermag, sinken doch die Versorgungskosten und damit die Beitragslasten der Versicherten auf einen möglichst niedrigen Stand. Dies gilt aber bestenfalls kurzfristig. Denn auf mittlere Sicht wird es den Pharmaunternehmen kaum noch gelingen, die notwendigen Forschungs- und Entwicklungskosten zu amortisieren. Dabei ist zu bedenken, dass die FuE-Aufwendungen nicht nur für das erfolgreich etablierte Medikament betrachtet werden dürfen, sondern eine Vielzahl von innovativen Projekten alimentiert werden muss. Denn nur ein Bruchteil solcher Projekte führt am Ende zur Zulassung. Lohnt sich die Markteinführung aber aufgrund der einseitigen Verhandlungsmacht der Krankenkassen immer weniger, droht die Medikamentenversorgung zunehmend hinter der internationalen Entwicklung zurück zu bleiben. Kurzfristige Einsparungen werden dann durch mittel- bis langfristige Qualitätseinbußen erkaufte.

Zwar weist der Gesetzgeber darauf hin, dass einzelne Kassen oder ein Verbund von mehreren Kassen abweichende Vereinbarungen treffen dürfen. Aber welchen Anreiz sollten diese haben, wenn mit dem GKV-Spitzenverband zunächst ein Rabatt ausgehandelt werden muss, wobei dieser primäre Vertragspartner ob seiner kartellrechtlichen Ausnahmestellung seine Verhandlungsmacht umfassend ausspielen kann. So ergeben sich weder für Krankenversicherer noch für Pharma-Unternehmen Anreize, separat Vereinbarungen auszuhandeln. Die Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit kann aber erst dann ausgehandelt werden, wenn sich die Partner auf gleicher Augenhöhe begegnen.