

Dieter Cassel, Jan Friske

# Arzneimittelpositivlisten: Kostendämpfungsinstrument oder Wettbewerbsparameter?

*Der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 sieht vor, ab Mitte 2001 eine Positivliste für Arzneimittel einzuführen. Dieses Vorhaben wird von den betroffenen Interessengruppen abgelehnt, es ist aber auch wissenschaftlich umstritten. Wie ist die geplante Positivliste aus ordnungs- und industriepolitischer Sicht zu beurteilen? Wie sollten Positivlisten gestaltet sein, um den Prinzipien einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ im Gesundheitswesen zu entsprechen?*

**A**uch 50 Jahre nach der Währungsreform von 1948 ist die Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft das quer durch alle Parteien anerkannte wirtschaftspolitische Leitbild für die Bundesrepublik Deutschland. Sie basiert auf der Idee, die wirtschaftliche Freiheit und ökonomische Effizienz einer Wettbewerbswirtschaft mit dem sozialen Ausgleich durch eine politisch zu gestaltende Sozialordnung zu verbinden<sup>1</sup>.

Aus dem Bestreben, allokativen und soziale Ziele auch im Gesundheitswesen miteinander zu verbinden, ist aus den bescheidenen Anfängen der Bismarckschen Sozialreform Ende des vergangenen Jahrhunderts inzwischen ein System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entstanden, das ca. 90% der Bevölkerung erfaßt und mit Ausgaben in Höhe von über 250 Mrd. DM rund 6,7% zum Bruttoinlandsprodukt beiträgt. Die GKV ist dabei aber weitgehend ein wettbewerblicher Ausnahmehereich geblieben, der statt durch Markt und Wettbewerb mittels administrativer Vorschriften und Kollektivvereinbarungen gesteuert wird. Damit wird das Ziel verfolgt, den GKV-Versicherten im Krankheitsfall nach dem Maße ihrer Bedürfnisse eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewähren und sie gemäß ihrer Leistungskraft mit zumutbaren Beiträgen zur Finanzierung heranzuziehen<sup>2</sup>.

Die Realisierung dieses Ziels gerät durch vielfältige Steuerungsmängel und Fehlanreize einerseits sowie durch die ausgabentreibende demographische und medizinisch-technische Entwicklung bei gleichzeitig

erodierender Finanzierungsbasis andererseits zunehmend in Gefahr – ein Umstand, dem der Sozialgesetzgeber schon mehrfach durch „Kostendämpfungsgesetze“ und „Strukturreformen“ zu begegnen suchte<sup>3</sup>. Auch der am 23. Juni 1999 vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines Gesetzes zur „GKV-Gesundheitsreform 2000“<sup>4</sup> reiht sich in die Tradition der von vornherein wenig erfolgversprechenden Reformvorhaben ein. Dies vor allem deshalb, weil er neue Kostendämpfungsinstrumente einführt, bestehende Dirigismen erweitert und den Korporatismus in der GKV stärkt, statt das mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) von 1992 gelegte Fundament für eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ konsequent auszubauen und der Marktsteuerung auch im Gesundheitswesen endgültig zum Durchbruch zu verhelfen<sup>5</sup>.

Eine der im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuerungen ist die „Arzneimittelpositivliste“, die alle Fertig-

<sup>1</sup> Vgl. D. Cassel, S. Rauhut: Soziale Marktwirtschaft: Eine wirtschaftspolitische Konzeption auf dem Prüfstand, in: D. Cassel (Hrsg.): 50 Jahre Soziale Marktwirtschaft: Ordnungstheoretische Grundlagen, Realisierungsprobleme und Zukunftsperspektiven einer wirtschaftspolitischen Konzeption, Stuttgart 1998, S. 7 ff.

<sup>2</sup> Vgl. D. Cassel: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Expertise im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht des BMA, Nr. 149, Bonn 1987, S. 15 ff.; vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Allgemeiner Teil, Beilage zum Referentenentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bonn 1999, S. 1.

<sup>3</sup> Vgl. D. Cassel: Organisationsreform der GKV – Anspruch und Wirklichkeit, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Journal of Public Health), Nr. 2/93, S. 101-115; vgl. derselbe: Ausbau der Wettbewerbskonzeption der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 11-12/97, S. 10-18; vgl. D. Cassel, E. Knappe, P. Oberender: Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 77. Jg. (1997), H. 1, S. 29-36.

<sup>4</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bonn 1999.

<sup>5</sup> Vgl. D. Cassel: Gesundheitspolitische Eckpunkte: Gut gemeint, aber (noch) nicht gut gemacht, Beitrag zum Zeitgespräch: Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 79. Jg. (1999), H. 4, S. 216-220.

*Prof. Dr. Dieter Cassel, 59, ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftspolitik an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg und Gründungsmitglied des Gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Sozialpolitik; Jan Friske, 29, Dipl.-Volkswirt, Dipl.-Kaufmann, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am selben Lehrstuhl.*

Arzneimittel enthalten soll, die künftig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der GKV-Solidargemeinschaft verordnet werden dürfen. Eine derartige GKV-einheitliche Positivliste wurde bereits unter dem vormaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer diskutiert, aber wegen ihrer ordnungspolitischen Bedenklichkeit und mangelnden Praktikabilität nicht realisiert. Angesichts des ungebrochenen Anstiegs der Arzneimittelausgaben scheint die neue Gesundheitsministerin Andrea Fischer alle diesbezüglichen Argumente beiseitezuschieben und die Positivliste als neues Steuerungsinstrument im Arzneimittelbereich einführen zu wollen.

Nachfolgend soll deshalb gezeigt werden, daß die vorgesehene Arzneimittelpositivliste zum Arsenal der dirigistischen Kostendämpfungspolitik gehört, einer effektiven und effizienten Arzneimittelversorgung entgegensteht sowie ordnungs-, innovations- und industriepolitisch in höchstem Maße bedenklich ist. Gezeigt werden soll aber auch, wie Positivlisten gestaltet sein müßten, damit sie als Wettbewerbsparameter der Kassen einsetzbar und mit den Prinzipien einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ im Gesundheitswesen vereinbar sind. In der Diskussion um Arzneimittelpositivlisten kann es hiernach nicht um das „Ob“, sondern allenfalls um das „Wie“ gehen, wenn die geplante Gesundheitsreform mehr sein soll als ein durch Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität motiviertes Herumbasteln am administrativen Steuerungssystem der GKV.

### Die geltenden Regelungen

Arzneimittel sind nach § 27 SGB V Bestandteil der medizinischen Versorgung in der GKV<sup>6</sup>. Sämtliche Arzneimittel, die zum Marktverkehr zugelassen sind, gelten zunächst als erstattungsfähig zu Lasten der GKV, sofern der Arzt die entsprechenden Mittel verschreibt. Allerdings können zugelassene Arzneimittel bereits heute nach den Regelungen des § 34 SGB V von einer Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen werden (Bagatellarzneimittel, unwirtschaftliche Arzneimittel, Arzneimittel zur Behebung geringfügiger Gesundheitsstörungen).

Darüber hinaus werden in den von den Vertragsärzten in ihrer Verordnungsfähigkeit zu berücksichtigenden Arzneimittelrichtlinien weitere Arzneimittel als bedingt, d.h. nur unter besonderen Voraussetzungen, oder nicht ordnungsfähig eingestuft. Die Arzneimittelrichtlinien werden durch den Bundesausschuß der

Ärzte und Krankenkassen erstellt. Insofern wurde zur Begrenzung der Leistungspflicht der GKV in der Arzneimittelversorgung bisher eine „Negativliste“ verwendet: Der Leistungskatalog der GKV-Arzneimittelversorgung wurde über eine Benennung der nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft ordnungsfähigen Medikamente begrenzt<sup>7</sup>. Allerdings wurde die Rechtswirksamkeit der zuletzt vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen verabschiedeten Fassung der Arzneimittelrichtlinien durch richterliche Entscheidung verhindert. Das Gericht vertrat die Auffassung, daß die Vorgehensweise des Bundesausschusses kartellähnlich und seine Beschlußfassung über die Leistungsausschlüsse weder hinreichend noch stichhaltig begründet seien.

### Gesetzgeberische Absichten

Der vorliegende Gesetzentwurf bricht mit diesem Verfahren und will zusätzlich zu der bisherigen „Negativliste“ eine Liste mit den künftig zu Lasten der Kassen ordnungsfähigen Arzneimittel („Positivliste“) einführen. Der dazu neu in das Sozialgesetzbuch V aufzunehmende § 34 a soll folgenden Wortlaut haben: „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste nach § 92 a Abs. 5 eine Liste ordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung zu erlassen. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 30. September 2001 zu erlassen.“<sup>8</sup>

Die Liste hat für alle Krankenkassen Geltung und ist insofern als Definition des Leistungskatalogs der GKV-Arzneimittelversorgung zu verstehen. Mit der Erstellung der Vorschlagsliste wird nach § 92 a ein neu zu schaffendes „Institut für die Arzneimittelverordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ beauftragt, das beim Gesundheitsministerium angesiedelt sein soll; eine Geschäftsstelle beim Gesundheitsministerium soll unterstützende Aufgaben wahrnehmen. Eine erste Fassung der Vorschlagsliste soll laut § 92 a Abs. 8 des Gesetzentwurfs bis zum 31. März 2001 vorliegen. Das eigentliche Entscheidungsgremium des Instituts wird eine Kommission sein, die sich aus fünf medizinisch-pharmazeutischen Sach-

<sup>7</sup> Die nach § 34 Abs. 3 SGB V aufgestellten Listen nichtverordnungs-fähiger Arzneimittel werden üblicherweise als „Negativliste“ bezeichnet. Da alle angesprochenen Instrumente zur Definition des Leistungsumfangs das Prinzip der Negativdefinition verwenden, sollen hier unter „Negativliste“ alle einschlägigen Regelungen des § 34 SGB V und der Arzneimittelrichtlinie verstanden werden.

<sup>8</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), a.a.O., S. 13.

<sup>6</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), i.d.F. vom 6. 4. 1998.

verständigen sowie einem Vertreter der medizinischen Statistik zusammensetzt. Zusätzliche Mitglieder sind drei Vertreter der besonderen Therapierichtungen. Berufen werden die Kommissionsmitglieder vom Gesundheitsministerium, die Sitzungen der Kommission finden vertraulich statt.

Die Vorschlagsliste für verordnungsfähige Arzneimittel soll nach Stoffgruppen und Anwendungsgebieten geordnet sein. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen werden in einem Anhang aufgelistet. Bei Erfüllung der Prüfkriterien können sie auch in den Hauptteil der Liste aufgenommen werden. Die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die Liste werden in § 92 a Abs. 6 folgendermaßen definiert:

„In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention und Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Krite-

rien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.“<sup>9</sup>

Die Vorschlagsliste wird mit einer Stimmenmehrheit von mindestens sieben Stimmen durch die Kommission beschlossen. Arzneimittel, die den Anforderungen nicht mehr entsprechen, können aus der Liste wieder gestrichen werden. Bei neu zugelassenen Arzneimitteln ist innerhalb von drei Monaten über eine Aufnahme in die Liste zu entscheiden. Kommt innerhalb dieses Zeitraumes keine Entscheidung zustande, gilt ab dem vierten Monat das entsprechende Präparat als verordnungsfähig bis zu einer eventuellen gegenteiligen Entscheidung. Neue Arzneimittel bleiben hiernach unter Umständen bis zu drei Monaten den Patienten als Kassenleistung vorenthalten.

Der Vertragsarzt kann Arzneimittel außerhalb der Liste verordnen, wobei die Bedingungen für eine solche Verordnung in den Arzneimittelrichtlinien geregelt sein wird. Die Liste wird rechtsgültig nach Erlass der entsprechenden Rechtsverordnung durch das Gesundheitsministerium. Stark eingeschränkt ist ein rechtliches Vorgehen gegen die Positivliste, da Klagen gegen die Kommissionsentscheidung nicht zulässig sind und Klagen gegen die Rechtsverordnung keine aufschiebende Wirkung haben. Dieser Zustand wird von den betroffenen Interessenverbänden verständlicherweise bereits jetzt beklagt und als „verfassungswidrig“ eingeschätzt<sup>10</sup>.

#### Konzeptionelle Schwächen der Neuregelung

Die im Gesetzestext nur vage formulierten Anforderungen für eine Aufnahme von Arzneimitteln in die

<sup>9</sup> Ebenda, S. 36.

Winfried Mummenhoff

## Die sozialrechtlichen Grenzen einer Bewertung verschreibungsfähiger Arzneimittel durch die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer die Verschreibung von Arzneimitteln zu steuern vermag, gewinnt erheblichen Einfluß auf die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Werk grenzt die gesetzlichen Steuerungsmechanismen gegen unzulässige Formen der Marktbeeinflussung ab.

1999, 44 S., Rückendrahtheftung, 24,- DM, 175,- öS, 22,- sFr, ISBN 3-7890-5945-5

 **NOMOS Verlagsgesellschaft · 76520 Baden-Baden**

Positivliste werden auch in der Begründung des Gesetzentwurfs nicht weiter präzisiert:

„Ziel ist die Qualitätsverbesserung der Arzneimittelversorgung für die gesetzlich Versicherten. Die auf die Kriterien Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit ausgerichtete individuelle Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz kann den sozialgesetzlich zu fordernden Nutzen im Sinne des systematischen Einsatzes des zweckmäßigsten Arzneimittels nicht gewährleisten; dazu bedarf es einer systematisch vergleichenden Nutzen-Bewertung gemäß den Kriterien des Absatzes 6. Die Negativliste nach § 34 SGB V ist für diesen Zweck ungeeignet, da sie – neben bestimmten geringfügigen Gesundheitsstörungen – nur Mittel ausschließt, die ohnehin nicht zulassungsfähig sind. Fachliche Zielsetzung und Ordnungsstruktur sind bereits in der Vorschlagsliste zu realisieren. Die arzneimittelrechtliche Verkehrs-fähigkeit des Arzneimittels bleibt bestehen, so daß ausschließlich die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Den Belangen der Innovation wird durch schnelle Aufnahme neuer Arzneimittel in die Liste Rechnung getragen.“<sup>11</sup>

Wie in den bisherigen §§ 2 und 12 SGB V nachzulesen ist, sind die im Gesetzentwurf genannten Anforderungskriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln in die Positivliste mit Ausnahme des Nachweises „eines mehr als geringfügigen therapeutischen Nutzens“<sup>12</sup>, der über die Wirksamkeitsprüfung im Rahmen des Marktzulassungsverfahrens hinaus zu erbringen sein wird, auch für die herkömmliche Praxis der Negativliste bindend gewesen. In der nun eingefügten Zusatzbedingung liegt aber einer der bedenklichen „Knackpunkte“ der neuen Regelung.

Bedenklich ist nämlich, daß über die Festlegung der Kriterien der Nutzenprüfung Einfluß auf die Zusammensetzung der Positivliste genommen werden kann. Für alle neu zugelassenen Arzneimittel ist nach §§ 24 f. Arzneimittelgesetz die medizinisch-therapeutische Wirksamkeit bereits im Rahmen der Marktzulassung nachgewiesen. Welche darüber hinausgehenden Beurteilungskriterien wird das neu zu schaffende Institut für die Arzneimittelverordnung in der GKV de-

finieren, um die „nachweisliche Eignung“ der in die Positivliste aufzunehmenden Medikamente für eine „zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention und Diagnostik von Krankheiten“<sup>13</sup> feststellen zu können? Wo wird die Grenze zwischen den Arzneimitteln, die den „sozialgesetzlich zu fordernden Nutzen“<sup>14</sup> erbringen, und solchen, die diesem Kriterium nicht genügen, gezogen? Bleibt die Beurteilung eine reine Nutzen-Analyse unter Ausblendung sämtlicher – materieller wie immaterieller – Kosten-Komponenten? So wäre z.B. denkbar, daß sogenannte Me-too-Präparate aufgrund eines erweiterten Kriterienkataloges ausgeschlossen werden, weil bereits vergleichbare Medikamente mit ähnlichen Therapiewirkungen vorhanden sind. Solange die Entscheidungskriterien und -praktiken der Kommissionen nicht näher bekannt sind, bleibt somit offen, ob nicht auch ökonomische und ideologische Interessen in die Aufstellung der Positivliste mit einfließen.

#### Alte Regelungspraxis zweckmäßiger

Daß der „Ideologieverdacht“ nicht ganz unbegründet ist, zeigt sich nicht zuletzt an der Kontroverse um die ursprünglich von der Bundesgesundheitsministerin geplante besondere Kommission für die Auswahl der Medikamente der besonderen Therapierichtungen, die nach Auffassung der Schulmedizin generell von zweifelhafter Wirksamkeit sind<sup>15</sup>. So lehnte die SPD die Einrichtung einer solchen Kommission ab, weil „... sich auf diese Weise die Verfechter der sanften Medizin ihre umstrittenen Präparate selbst für die Kassenzulassung genehmigen können ... – jener Präparate also, die für viele Grüne geradezu den Inbegriff der von ihnen favorisierten alternativen Medizin darstellen“<sup>16</sup>.

Der Vorschlag für eine zweite Kommission für die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wurde im Gesetzentwurf nicht mehr berücksichtigt. Der Ideologieverdacht wird jedoch dadurch erhärtet, daß die Arzneimittel der besonderen Therapierichtung in einem Listenanhang verordnungsfähig bleiben sollen, ohne dieselben Prüfungen wie Arzneimittel der allgemeinen Therapierichtungen durchlaufen zu müssen.

<sup>10</sup> Vgl. o. V.: Positivlistenregelung ist verfassungswidrig, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 111, vom 15. 5. 1999, S. 13 und 16; siehe z.B. die Stellungnahme des Vorsitzenden des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie Hans-Rüdiger Vogel in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, Nr. 111, vom 15. 5. 1999, S. 13.

<sup>11</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Begründung zum Gesetzentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bonn 1999, S. 45 f.

<sup>12</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), a.a.O., S. 36.

<sup>13</sup> Vgl. Ebenda.

<sup>14</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Begründung zum Gesetzentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), a.a.O., S. 45.

<sup>15</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), Bonn 1999, S. 33 ff.; dasselbe: Arbeitsentwurf eines Gesetzes GKV-Gesundheitsreform 2000, Bonn 1999, S. 27 ff.

<sup>16</sup> Vgl. o. V.: Rot-Grün streitet um Bezahlung von „sanften“ Arzneimitteln, in: Handelsblatt, Nr. 93, vom 17. 5. 1999, S. 6.

Nicht nur angesichts dieser Problematik ist zu fragen, ob es überhaupt notwendig und zweckmäßig ist, die bisherige Regelungspraxis zu ersetzen, um problemlos Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV ausschließen zu können. Anders als die Arzneimittelrichtlinie ist die Negativliste nach § 34 Abs. 3 SGB V in ihrer Rechtswirksamkeit nicht eingeschränkt und könnte jederzeit nach gesundheitspolitischen Prioritäten erweitert werden<sup>17</sup>. Auch könnte der Sozialgesetzgeber versuchen, die Arzneimittelrichtlinien wieder zu einem juristisch einwandfreien Instrument zu machen.

Daran gemessen stellt die geplante Positivliste keine überlegene Alternative dar – sie verstärkt vielmehr den administrativ-bürokratischen Überbau und bringt neue Unwägbarkeiten für alle Beteiligten mit sich. Die Definition der Leistungskataloge über den Ausschluß von Krankheiten und entsprechender Arzneimitteltherapien, die in der Eigenverantwortung der Versicherten bewältigbar sind, wirkt effizienter, als administrativ jede einzelne Therapiealternative beurteilen zu wollen. Die Positivliste weist daher beachtliche konzeptionelle Nachteile gegenüber den bisherigen Regelungen zur Definition der Leistungspflicht auf.

### **Ordnungspolitische Bedenken**

Der im Kern auf „Beitragssatzstabilität“ gerichtete Gesetzentwurf legt die Schlußfolgerung nahe, daß die Positivliste trotz der expliziten Betonung des Qualitätsziels in erster Linie als Instrument der Kostendämpfung dienen soll. Hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung erscheint die vorgesehene Positivliste auf den ersten Blick auch erfolgversprechend zu sein: Durch administrative Ausschlüsse aus der Erstattungspflicht könnte eine Verringerung der GKV-Arzneimittelausgaben erreicht werden. Tatsächlich wird das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln mit umstrittener Wirksamkeit auf 5,5 Mrd. DM (1997) geschätzt – ein verlockendes Einsparpotential, das immerhin 16% der Arzneimittelausgaben der GKV ausmacht<sup>18</sup>. Zu bedenken ist jedoch, daß die wegfallenden Arzneimittel durch Behandlungsalternativen ersetzt werden müssen. In der zitierten Untersuchung wird von Schwabe ausgeführt, daß die umstrittenen Arzneimittel durch wirksame Präparate im Wert von 2,5 Mrd. DM substituierbar seien, um denselben Heilungserfolg zu erzielen. Nimmt man an, diese Berechnung sei einigermaßen zutreffend, ergäbe sich immer noch ein Einsparpotential von ca. 9%. Tatsächlich dürfte es wegen der Vielfalt möglicher Ausweichstrategien von Ärzten und Patienten (nicht gelistete Prä-

parate werden durch gelistete und eher teurere oder sogar durch stationäre Therapien ersetzt) sehr viel geringer sein.

Gäbe man dagegen den Leistungserbringern und Patienten ökonomisch rationale Anreizstrukturen im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung, würde sich nicht nur die GKV-einheitliche Positivliste erübrigen, sondern könnten auch die prinzipiell unbekannteren, aber sicherlich vorhandenen Unwirtschaftlichkeiten in der Arzneimittelversorgung durch den Wettbewerbsprozeß aufgedeckt und beseitigt werden. Hieraus ergibt sich ein Argument für eine durchgreifende Deregulierung, aber keines zugunsten der geplanten Positivliste.

Sollte der Gesetzgeber unter der Zielsetzung der Beitragssatzstabilität dennoch die Arzneimittelausgaben wirksam begrenzen wollen, müßte er die Arzneimittelpositivliste zu einem reinen Instrument der Rationierung entwickeln: Er müßte dann ganze Arzneimittelgruppen vergleichbarer therapeutischer Wirkung aus der GKV-Leistungspflicht herausnehmen, was freilich neue „Verschiebebahnhöfe“ eröffnen würde und die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht unberührt ließe. Was hält die Leistungserbringer davon ab, medikamentöse Therapiealternativen zu substituieren und gegebenenfalls ihre Patienten sogar verstärkt der stationären Versorgung zu überantworten? Insofern birgt die Positivliste die Gefahr, daß sich neue unwirtschaftliche Leistungsstrukturen herausbilden und letztlich keinerlei Einspareffekte entstehen.

### **Einschränkung individueller Handlungsfreiheiten**

Abgesehen von den sich daraus ableitbaren innovations- und industriepolitischen Bedenken stellt sich die Frage, inwieweit die vorgesehene Positivliste individuelle Handlungsfreiheiten beschränkt. In einer Sozialen Marktwirtschaft ist die Eingrenzung der persönlichen Handlungsfreiheit zugunsten gesamtgesellschaftlicher Solidarität in einem bestimmten, möglichst gering zu haltenden Umfang durchaus akzeptabel, wenn auch stets legitimationsbedürftig. Wenn der Punkt erreicht ist, an dem Leistungen in einem Pflichtversicherungssystem global begrenzt werden, ohne daß der einzelne die Möglichkeit hat, Rationierungen

<sup>17</sup> Vgl. o. V.: Pharmaindustrie kann Negativliste nicht stoppen, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Nr. 5/99, 2. Jg., S. 48-49.

<sup>18</sup> Vgl. U. Schwabe: Bewertung von Arzneimitteln, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): *Arzneimittelverordnungsreport 1998*, Berlin-Heidelberg-New York 1998, S. 613; vgl. H. Schröder, G. W. Selke: *Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland*, in: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.): *Arzneimittelverordnungsreport 1998*, a.a.O., S. 617.

gemäß seiner Präferenzen zu umgehen, ist in einer freiheitlichen Grundordnung die Grenze zwischen angemessener Solidarität und Freiheitsbegrenzung definitiv überschritten. Entsprechende gesetzliche Regulierungen sind dementsprechend systeminkonform.

Die Positivliste ist somit in ihrer geplanten Konzeption aus ordnungspolitischer Sicht abzulehnen. Mit ihr sollen im Arzneimittelbereich ganz offensichtlich Leistungen eingeschränkt und therapeutische Wahlmöglichkeiten begrenzt werden. Unter dem Diktat der Beitragssatzstabilität kann sich eine Positivliste leicht zum Instrument der Rationierung und zum Hemmschuh einer innovativen medizinischen Versorgung entwickeln. Ob und inwieweit das den Wünschen der Patienten entspricht, medizinisch-therapeutisch angemessen ist, nicht erneut zu ineffizienten Anreizverzerrungen führt und die dirigistische Steuerung der Dynamik des Arzneimittelmarktes Rechnung tragen kann, darf angezweifelt werden. Die Definition des Leistungskatalogs der GKV erscheint aus ordnungspolitischer Sicht angemessener durch eine Negativdefinition von geringfügigeren Krankheiten und den selektiven Ausschluß von Therapiealternativen zur Behandlung dieser Krankheiten möglich zu sein, als durch eine bürokratisch aufwendige administrative Beurteilung jeder einzelnen Therapieform, die im Arzneimittelbereich für neu- und nachzuzulassende Präparate bereits durchgeführt wurde bzw. werden wird.

#### **Eine Alternative: Kassenindividuelle Positivlisten**

Wie bereits erwähnt, kann ein sozial gestaltetes Gesundheitswesen durchaus mit den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft kompatibel sein. Unbestritten gilt dies für die GKV, soweit im Rahmen einer Pflichtversicherung mit einkommensproportionalen Beiträgen ein kollektiver Morbiditäts-, Einkommens-, Familienlasten-, Geschlechter- und Generationenausgleich angestrebt wird. Durch das Pflichtversicherungssystem wird unsoziales Trittbrettfahrerverhalten verhindert und weitgehender Versicherungsschutz für die Bevölkerung erreicht, und durch Kassenwahlfreiheit der Mitglieder, verbunden mit einem wettbewerbssichernden Risikostrukturausgleich, wird ein funktionsfähiger Kassenwettbewerb möglich. Ein kasseneinheitlich vorgegebener Leistungskatalog sollte die gesellschaftlich akzeptierte Grenze zwischen der Einschränkung der persönlichen Freiheit und angemessener Solidarität ziehen; darüber hinaus kann über Zusatzversicherungen jeder Bürger seine Präferenzen hinsichtlich seiner Gesundheitsversorgung realisieren.

Im Arzneimittelbereich verlangt diese „Architektur“ der sozialen Krankenversicherung zunächst eine Defi-

nition des solidarisch zu finanzierenden Leistungskatalogs. Ist Wettbewerb das ordnungspolitische Leitbild zur Steuerung der Gesundheitsmärkte, erfolgt die Definition dieses Leistungskatalogs idealerweise über eine Negativliste. So können Behandlungen bestimmter Krankheitsbilder von der Leistungspflicht ausgeschlossen oder unwirksame Wirkstoffe oder Wirkstoffvarianten als nicht erstattungsfähig erklärt werden<sup>19</sup>. Das Instrument einer Positivliste hat dagegen eher den Charakter einer generell verbindlichen Handlungsvorgabe und ist daher nicht mit den Prinzipien des ergebnisoffenen Wettbewerbsprozesses kompatibel.

Das unter Berücksichtigung aller relevanten Informationen wirksamste und erfolgversprechendste Arzneimittel aus einem Katalog zur Verfügung stehender Mittel auszuwählen, ist ureigenste Aufgabe der Leistungserbringer. Da letztlich nur die Ärzte über die notwendigen patientenindividuellen Informationen verfügen, birgt eine Handlungsanweisung per Positivliste sogar ein Potential zur Ineffizienz. Auch die im Gesetzentwurf nach § 92 a Abs. 11 vorgesehene grundsätzliche Möglichkeit, mit Begründung außerhalb der Liste verordnen zu können, wird aufgrund des damit verbundenen bürokratischen Aufwands nicht verhindern können, daß Ärzte listenkonforme, aber im Einzelfall weniger effiziente Therapien anwenden, wenn sie sich Mehrarbeit ersparen wollen.

In der GKV sind jedoch nicht nur die Beziehungen der Kassen zu den Mitgliedern („Absatzseite“ bzw. „Versicherungsmarkt“), sondern auch zu den Leistungserbringern („Beschaffungsseite“ bzw. „Leistungsmarkt“) stark reguliert. Es ist erstaunlich, mit welcher Beharrlichkeit in Deutschland die Auffassung vertreten wird, auch der Markt für Gesundheitsleistungen bedürfe einer administrativen Steuerung, um die angestrebten sozialpolitischen Ziele verwirklichen zu können. Internationale Erfahrungen zeigen dagegen, daß eine durch Wettbewerb geordnete Leistungs-, insbesondere Arzneimittelversorgung einwandfrei funktionieren und durchaus Einsparungen gegenüber einem administrativ gesteuerten System erbringen kann. Dabei spielt die Positivliste als Instrument der einzelnen Krankenversicherungen bzw. -kassen durchaus eine zentrale Rolle, die sich freilich fundamental von der des vorliegenden Gesetzentwurfs des Bundesministerium für Gesundheit unterscheidet.

<sup>19</sup> Da zum Teil noch Arzneimittel aus den Zeiten vor dem Arzneimittelgesetz ohne Nachzulassung auf dem Markt sind und dementsprechend noch keine Wirksamkeitsnachweise bei den zuständigen Behörden vorliegen, könnten sich Arzneimittel der zweiten Kategorie aus dieser Gruppe rekrutieren.

**Wettbewerblich relevante Merkmale in ausgewählten Festbetragsgruppen (1997)**

Merkmal	Festbetragsgruppe			
	ACE-Hemmer	Alpha-Rezeptorenblocker (Antihypertensiva)	H2 Antagonisten	Calcium- Antagonisten
Umsatz FB-Gruppe (in Mill. DM)	1 002,208	238,145	294,504	186,452
Umsatzanteil am GKV-Markt (in %)	2,94	0,70	0,86	0,55
Verordnungen FB-Gruppe (Anzahl in Mill.)	15,348	1,709	5,213	1,985
Verordnungsanteil am GKV-Markt (in %)	1,84	0,21	0,63	0,24
Zahl der Hersteller	56	6	34	19
Davon zur Gruppe der 50 Umsatzstärksten	34	6	27	15
Umsatzanteil an FB-Gruppe (in %)	93,21	100,00	95,50	99,80
Verordnungsanteil an FB-Gruppe (in %)	88,98	100,00	92,74	98,90
Umsatz des umsatzstärksten Herstellers (in Mill. DM)	158,885	84,963	70,986	139,059
Anteil an FB-Gruppe (in %)	15,48	35,68	24,10	74,58
Verordnungen des umsatzstärksten Herstellers (Anzahl in Mill.)	1,608	0,595	0,619	1,161
Anteil an FB-Gruppe (in %)	10,48	34,79	11,87	58,46
Umsatzanteil der fünf umsatzstärksten Hersteller (in %)	55,63	99,93	67,67	99,42
Verordnungsanteil der fünf umsatzstärksten Hersteller (in %)	39,66	99,92	64,75	97,14
Umsatzanteil der zehn umsatzstärksten Hersteller (in %)	80,75	100,00	84,14	99,83
Verordnungsanteil der zehn umsatzstärksten Hersteller (in %)	65,69	100,00	83,48	99,13

Quelle: D. Schleert: Strukturwandel der pharmazeutischen Industrie, in: Betriebskrankenkasse 11/98.

**Angebotsvielfalt auf dem Arzneimittelmarkt**

Die Möglichkeit, die Arzneimittelversorgung wettbewerblich zu organisieren und dabei kassenspezifische Positivlisten als Wettbewerbsparameter einzusetzen, ist notwendigerweise an das Vorhandensein von Arzneimittelsubstituten – wie etwa Originalpräparate und Generika oder Arzneimittel mit vergleichbarer therapeutischer Wirkung – gebunden. Ohne sich auf die Diskussion um das Ausmaß der Substituierbarkeit von Präparaten, Therapie- und Wirkstoffgruppen aufgrund unterschiedlicher Galenik, Bioverfügbarkeit, Wirkprinzipien usw. einlassen zu müssen, kann auf das deutsche Festbetragssystem verwiesen werden: Es faßt z.B. Medikamente mit vergleichbarer therapeutischer Wirkung zu einer Gruppe mit einheitlichem Festbetrag zusammen, womit implizit eine – zumindest begrenzte – Substituierbarkeit der Präparate innerhalb der Gruppe unterstellt wird (vgl. Tabelle).

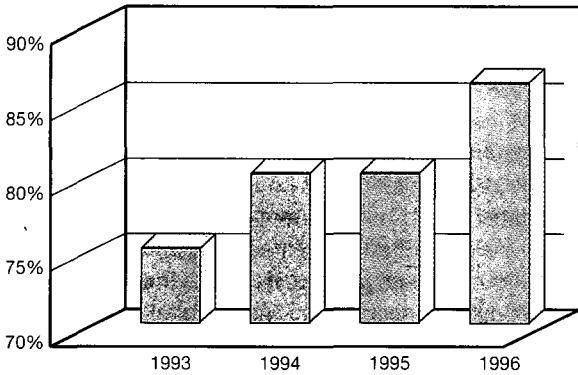
Wie die Tabelle am Beispiel einiger prominenter Festbetragsgruppen zeigt, besteht hinsichtlich verschiedener wettbewerbsrelevanter Marktkriterien eine beachtliche Differenzierung und Angebotsvielfalt, die sich im Kassenwettbewerb nutzen läßt: Jede einzelne Kasse könnte in Abstimmung mit ihren Vertragsärzten bestimmte Medikamente aus jeder Festbetragsgruppe nach medizinisch-therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten auswählen und in einer kassenindividuellen Positivliste zusammenstellen, die für ihre ärztlichen Vertragspartner therapieverbindlich

wäre. Mit ihrer Positivliste würde die Kasse einerseits den jeweiligen Standard ihrer Arzneimittelversorgung nach Vielfalt und Qualität der Präparate definieren, zum anderen aber auch je nach „Einkaufsmacht“ gegenüber den Arzneimittelherstellern Preisnachlässe bzw. Rabatte erzielen können.

Freilich verursacht die kassenindividuelle Positivliste auch in dieser Konzeption Kosten. Im Gegensatz zu der „amputierten“ Nutzen-Analyse der Listenkonzeption des Gesundheitsministeriums findet hier also eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse unter Berücksichtigung aller relevanten Aspekte statt. Zudem wird diese Analyse in privatwirtschaftlicher Regie durchgeführt, die sich an Markt- und Patientenerfordernissen orientiert und dem Wettbewerb der Kassen unterliegt. Die Kassen werden sich der Positivliste jedoch nur dann als Wettbewerbsparameter bedienen, wenn sie kosteneffizient ist und Vorteile im Wettbewerbsprozeß zu erzielen verspricht.

In jedem Falle könnte dadurch jede einzelne Kasse ihre Arzneimittelausgaben beitragsatzwirksam beeinflussen und für ihre Mitglieder eine medizinisch-therapeutisch effektive und wirtschaftlich effiziente Arzneimittelversorgung gewährleisten. Da sich die Positivlisten von Kasse zu Kasse unterscheiden werden, können die Versicherten ihre Präferenzen gegebenenfalls durch einen Kassenwechsel wirksam zur Geltung bringen – wie auch seitens der pharmazeutischen Industrie anders als bei einer GKV-einheitlichen

**Abbildung 1**  
**Verwendung von Positivlisten durch Health Maintenance Organizations**



Quelle: Hoechst Marion Roussel: Managed care Digest Series 1997: HMO-PPO/Medicare-Medicaid Digest, Kansas City 1997.

Positivliste kein Anbieter mit bestimmten Präparaten von vornherein von der Versorgung ausgeschlossen wäre. Freilich würde dies eine gänzlich anders strukturierte GKV als im Gesetzentwurf vorgesehen voraussetzen: Selektives Kontrahieren zur kassenindividuellen Gestaltung des Leistungsangebots müßte an die Stelle einheitlicher Listen, Festbeträge, Medikamentenpreise, Arzneimitteltaxen usw. treten, so daß sich auch auf der Produktions- und Distributionsebene von Arzneimitteln ein funktionsfähiger Wettbewerb mit allen seinen Vorteilen einstellen kann.

**Das Beispiel USA**

Kassen- bzw. versicherungsindividuelle Positivlisten (Formulary) werden seit langem erfolgreich zur Steuerung der Arzneimittelausgaben im wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen der USA eingesetzt. Wie Abbildung 1 zeigt, hat die Verwendung dieses Wettbewerbsparameters in den 90er Jahren weiter zugenommen, so daß er inzwischen (1996) von fast 90% der Health Maintenance Organizations (HMOs) im System der Patientenführung (Managed

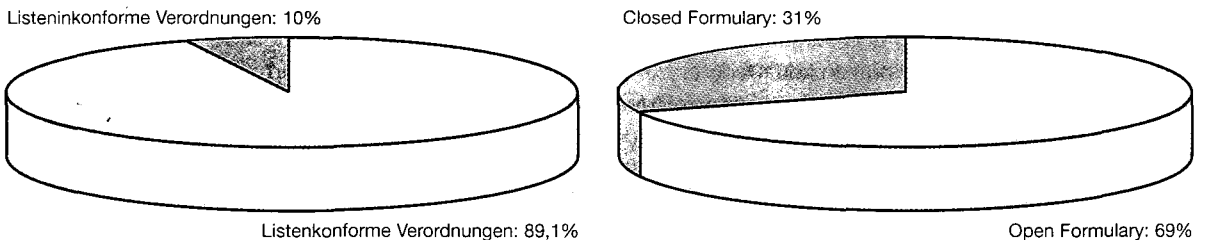
Care) eingesetzt wird. Dabei ist zwischen „offenen“ Listen (Open Formulary), die nur empfehlenden Charakter haben, und „bindenden“ Listen (Closed Formulary) zu unterscheiden.

Die Verbreitung der HMO-individuellen Arzneimittelpositivlisten in den USA spricht für den Erfolg dieses Wettbewerbsparameters bei der Erreichung der von den einzelnen HMOs angestrebten Kostendämpfungs- und Qualitätsziele. Dabei scheinen die Closed Formularies mit nur 31% Anteil die weniger attraktive Variante zu sein, geben sie doch den Ärzten das vergleichsweise geringere Maß an Therapiefreiheit. Dennoch liegen die Arzneimittelverordnungen zu Lasten der HMOs zu annähernd 90% innerhalb des von den Positivlisten vorgegebenen Rahmens (vgl. Abbildung 2).

Welchen Erfolg haben Positivlisten in den USA? In einem Report an den amerikanischen Kongress werden unter anderem die Effekte von Positivlisten auf die Kosten der Arzneimittelversorgung der Bundesbeamten und -angestellten untersucht. Die verschiedenen Versicherungsträger des Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP) gaben für 9 Millionen Versicherte im Jahre 1995 rund 2 Mrd. \$ für Arzneimittel aus. Gegenüber dem Vorjahr wurden allerdings 600 Mill. \$ an Einsparungen realisiert. Ohne die neu eingeführten Maßnahmen des „Pharmacy Benefit Managements“ wären Kosten von 2,6 Mrd. \$ angefallen. Etwa 120 Mill. \$ gingen dabei auf Herstellerrabatte zurück, die gewährt wurden, um die entsprechenden Produkte von den Versicherungsträgern gelistet zu bekommen<sup>20</sup>. Auch die Ergebnisse hinsichtlich der hohen listentreuen Verordnungsanteile sprechen für die These, daß Einkaufsmacht erfolgreich bündelbar ist und nicht unbeträchtliche Nachlässe ausgehandelt werden können.

Wie die amerikanischen Erfahrungen zeigen, sind Positivlisten für Arzneimittel nicht per se abzulehnen:

**Abbildung 2**  
**Formen und Effizienz der von HMOs verwendeten Positivlisten**



Quelle: Hoechst Marion Roussel: Managed care Digest Series 1997: HMO-PPO/Medicare-Medicaid Digest, Kansas City 1997.



Kassenindividuell ausgestaltet sind sie sogar eine notwendige Bedingung für eine wettbewerblich geordnete Arzneimittelversorgung und wären deshalb auch ein unabdingbarer Bestandteil einer solidarischen GKV-Wettbewerbsordnung. Kassenindividuelle Arzneimittelpositivlisten hätten in diesem Kontext beachtliche konzeptionelle Vorteile im Vergleich zu einer GKV-einheitlichen Positivliste nach Maßgabe des Gesetzentwurfs des Gesundheitsministeriums: Der Marktzugang ist für jeden Hersteller und seine zugelassenen Arzneimittel offen, Preise werden frei ausgehandelt, und die Kassen können als Agenten ihrer Versicherten eine den Präferenzen bestmöglich entsprechende Arzneimittelversorgung anbieten. Diese wird den Marktteilnehmern selbst überlassen, sie wählen die in ihrem Urteil optimale Therapiealternative aus. Der Wettbewerbsdruck führt dazu, daß sich langfristig diejenigen Akteure am Markt bewähren, die diesen Anforderungen am besten gerecht werden.

Aus industriepolitischer Sicht sind kassenindividuelle Positivlisten ebenfalls unbedenklich, da die innovativen Hersteller in einem solchen System offensichtlich erfolgreich agieren können: Die höchste Rentabilität ist nach wie vor auf dem US-Pharmamarkt erzielbar. Trotz harten Wettbewerbs schaffen sich die Innovatoren eine breite Refinanzierungsbasis für ihre F & E - Aktivitäten. Ein Erklärungsansatz dafür ist z.B., daß das Renommee der innovativen Hersteller die Versicherungen dazu zwingt, die Produkte der forschenden Firmen gezielt zu berücksichtigen, um im Verhältnis zu ihren Versicherten nicht in den Verdacht zu geraten, „Billigmedizin“ anzubieten. Auch führen Rabattvereinbarungen dazu, daß das gesamte Sortiment einzelner Hersteller berücksichtigt wird, da Rabatte am Wert der Gesamtumsätze mit einem Hersteller gewährt werden. Und trotz aller dieser Entwicklungen funktioniert auch weiterhin der Generikawettbewerb.

Defizite des US-Versicherungsmarktes sind aus deutscher Sicht zwar vorhanden, weil große Teile der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz sind und Patientenrechte im Vergleich zum deutschen System zu eingeschränkt bleiben. Die skizzierte Konzeption einer ordnungspolitisch konformen Arzneimittel-

positivliste kann allerdings auch auf einem Versicherungsmarkt mit Pflichtversicherung und verbindlichem Leistungskatalog funktionieren.

### Arzneimittelpositivliste als Wettbewerbsparameter

Die geplante GKV-einheitliche Positivliste für Arzneimittel reiht sich in die lange Tradition administrativer Kostendämpfungsinstrumente ein, die schon in der Vergangenheit wenig erfolgreich waren. In hohem Maße bürokratieträftig, manipulationsanfällig und therapiebeschränkend erscheint die Festschreibung derjenigen Arzneimittel, die künftig ausschließlich zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen, nicht geeignet, zu einer effektiveren, effizienteren und patientengerechteren Arzneimittelversorgung beizutragen. Ordnungspolitisch ist dieses Vorgehen abzulehnen, weil es den Weg zu einer wettbewerblichen Arzneimittelversorgung verbaut und in Verbindung mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität das sensible Gleichgewicht zwischen tolerierbarer Einschränkung persönlicher Handlungsspielräume und gebotener Solidarität zerstört: Die Arzneimittelpositivliste droht zum Instrument der Rationierung medizinischer Leistungen zu werden, womit die paternalistische staatliche Bevormundung der Bürger in der GKV letzte ordnungspolitische Toleranzgrenzen überschreitet.

Wie eine Arzneimittelversorgung effizient, qualitativ hochwertig und patientengerecht durch marktliche Interaktion zustande kommen kann, zeigt das Beispiel der HMO-spezifischen Positivlisten für Arzneimittel, die eine wichtige wettbewerbliche Funktion haben. So entschieden eine GKV-einheitliche Positivliste in medizinischer, ökonomischer, ethischer und letztlich auch industriepolitischer Hinsicht abzulehnen ist, so stark muß das Plädoyer für kassenindividuelle Positivlisten als Instrument bzw. Handlungsparameter der Kassen im Wettbewerb um eine den Bedürfnissen ihrer Mitglieder entsprechenden Gestaltung des Leistungsgeschehens sein. Allerdings machen derartige Positivlisten nur Sinn im Rahmen einer konsequent ausgebauten solidarischen GKV-Wettbewerbsordnung. Der Tenor des vorliegenden Gesetzentwurfs zur GKV-Gesundheitsreform 2000 macht jedoch wenig Hoffnung auf die Erfüllung der gesundheitsökonomisch wohlbegründeten Forderung nach mehr Markt und Wettbewerb auch im deutschen Gesundheitswesen – im Gegenteil: Nach Lage der Dinge wird sich „Murphy's Law“, nach dem bekanntlich schiefeht, was schiefeht, einmal mehr zum Schaden aller bewahrheiten.

<sup>20</sup> Anzumerken zu den hohen Einspareffekten ist, daß bei unkontrollierter Leistungserbringung vergleichsweise hohe Leistungspreise zu erwarten sind, da sich die Leistungserbringer in solchen „Oasen“ für den Preisdruck von Managed Care Plans schadlos halten (Cost-Shifting). Insofern ist gerade bei Neueinführung eines Pharmacy Benefit Managements ein kurzfristiges Einsparpotential durch Preisenkungen zu realisieren.