

private sector



participation consult



Die Drittelregelung nach dem AABG – eine ökonomische Wirkungsanalyse

- Kurzgutachten -

Auftraggeber: Deutscher Generikaverband, Tauting

Projektleitung: Prof. Dr. Hans-Jürgen Ewers[†]
Projektbearbeitung: Dipl.-Vw. Michael Holzhey

15. Juli 2002

PSPC-Consult GmbH
Potsdamer Platz 1
10785 Berlin

Technische Universität Berlin
Fachgebiet für Wirtschafts-
und Infrastrukturpolitik (WIP)
Uhlandstraße 4-5
10623 Berlin

1. Problemstellung

Am 23. Februar 2002 trat das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz (AABG) in Kraft, das die zunehmende Defizitschere in der gesetzlichen Krankenversicherung schließen helfen soll. Einer der zentralen Bausteine ist die massive Ausweitung der sogenannten Aut-idem-Regelung, die dem Apotheker eine größere Kostenverantwortung zuweist, indem sie das bisherige Regel-Ausnahme-Verhältnis bei der Arzneimittelsubstitution umkehrt. Durfte der Apotheker vorher nur dann substituieren, wenn der Arzt seine Erlaubnis explizit auf dem Rezept per Kreuz erteilte, wandelt sich nach der neuen Gesetzeslage das Grundsatzverbot in ein -gebot: Nun muß der Apotheker substituieren, sofern der Arzt

- ein Arzneimittel verordnet, das nicht "preisgünstig" ist, und
- er die Substitution nicht ausdrücklich durch einen Vermerk ausschließt.

Die Preisgünstigkeit eines Arzneimittels bemißt sich nach dem AABG daran, ob sein Apothekenverkaufspreis (incl. MWSt.) im unteren Preisdrittel aller vergleichbaren, d.h. wirkstoffgleichen Präparate liegt.¹ Um dies zu ermitteln, werden pro Quartal am 1. Tag des Vormonats sämtliche Preise der zu vergleichenden Arzneimittel auf einer Preisskala notiert. Für die drei höchsten und die drei niedrigsten Preise wird jeweils ein Durchschnittspreis gebildet, ehe der Abstand zwischen diesen beiden Werten gedrittelt wird. Anschließend wird ein Drittel dieses Abstandes auf den Durchschnitt der drei niedrigsten Preise aufgeschlagen, wodurch die Preisoberlinie markiert wird. Solange sie nicht überschritten wird, gilt ein Arzneimittel als günstig. Umfaßt das untere Preisdrittel fünf oder weniger Arzneimittel, wird jedes dieser bis zu fünf Präparate als preisgünstig gewertet.

Das Ziel des Substitutionszwangs leuchtet nicht nur ein, sondern weckt im Grundsatz Sympathie: Teure Arzneimittel sollen so häufig wie medizinisch vertretbar durch preiswertere Alternativen ersetzt werden, damit dem Grundsatz der Sparsamkeit und Effizienz Rechnung getragen und die Finanzierungsmisere der Krankenversicherung gelindert wird. Daß noch längst nicht alle Einsparreserven im Arzneimittelsektor ausgeschöpft sind, läßt sich daran ablesen, daß im Jahr 2001 noch immer 322 Mio. Packungen Alt-Originale verordnet wurden, die durch Generika qualitativ gleichwertig, aber preisgünstiger hätten ersetzt werden können. Dieser Mißstand ist insofern verblüffend, als dem Nachfrager eines relativ homogenen und ausgereiften Gutes normalerweise ein hohes Eigeninteresse unterstellt wird, den geringstmöglichen Preis zu zahlen. Kostenbewußt zu handeln setzt allerdings voraus, gut informiert zu sein und zum Sparen motiviert zu werden, etwa indem man von den freigelegten Effizienzreserven fühlbar profitiert. Beides ist jedoch im jetzigen Anreizdesign der gesetzlichen Krankenversicherung mangelhaft ausgeprägt.

¹ Im Wortlauf macht der Gesetzestext die Substituierbarkeit wirkstoffgleicher Arzneimittel an folgenden Eigenschaften fest [Artikel 1, Nr. 4 b, AABG]: „...in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ... und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform...“.

Geht man davon aus, daß die Informationsdefizite des Patienten als Endnachfrager von Arzneimitteln zumindest teilweise systematischer Natur und somit kaum vollständig behebbar sind, liegt der Gedanke nahe, den Arzt - wie bisher im System vorgesehen - ersatzhalber mit der Produktwahl zu betrauen. Er ist der Fachmann, der die Qualität der Präparate am besten einzustufen wissen sollte, um die Wahl eines Arzneimittels individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abstimmen zu können. Trifft er diese Entscheidung de facto als Letztverantwortlicher, muß er zugleich einen Anreiz verspüren, ihre ökonomischen Folgen mitzubedenken, also wirtschaftlich zu handeln. Leider zeigt ein Blick in die Realität, daß auch diese beiden Rahmenbedingungen derzeit nicht hinreichend erfüllt sind. Weder sind die wenigsten Informationsmedien geeignet, die Verordner über Angebotsvielfalt und -profil der Medikamente optimal in Kenntnis zu setzen - die Gründe seien dahingestellt -, noch entfalten Budgets und Richtgrößen in den bisher erprobten Varianten ihre gewünschte Wirkung in ausreichendem Maße.

Vor diesem Erfahrungshorizont gescheiterter Einsparbemühungen ist der jüngste Vorstoß der Politik einzuordnen, einen weiteren Beteiligten im System stärker in die Pflicht zu nehmen: hier den Apotheker. Da er das logistische Bindeglied zwischen Verordner und Konsumenten von Arzneimitteln ist, läßt sich der Ansatz theoretisch nachvollziehen, ihm den Part der Wirtschaftlichkeitskontrolle zu übertragen, während sich der Arzt auf seine originäre Aufgabe des Heilens konzentriert. Folgt man den Verlautbarungen des Gesundheitsministeriums, wird im Endzustand eine Arbeitsteilung für ideal erachtet, nach der der Arzt - konträr zur bisherigen Praxis - nur noch den Wirkstoff verschreibt, für den der Apotheker ein Medikament aus dem unteren Preisdrittel aussucht.

So plausibel der Vorschlag klingt, ist es gerade seine entwaffnende Einfachheit, die zur Skepsis mahnt: Der Teufel liegt bekanntlich im Detail, weshalb Königswege in komplexen Interessenlabyrinthen so selten beschritten werden können. Konkret ist zu prüfen, ob die erweiterte Aut-idem-Regelung die Verhaltensanreize für die Beteiligten tatsächlich so modifiziert, daß das anvisierte Kosteneinsparungsziel erreicht werden kann (Effektivitätskriterium), und - wenn ja - zu welchem volkswirtschaftlichen Preis (Effizienzkriterium). Die Akteursgruppen, von denen der Erfolg Aut-idems maßgeblich abhängt, sind die Ärzte, die Apotheker und die Pharmaunternehmen, die wir daher genauer unter die Lupe nehmen. Erfahrungsgestützt unterstellen wir ihnen rationales Verhalten, d.h. nicht nur, aber eben auch die Eigenschaft, als "kühle Rechner" eigeninteressiert zu handeln.

Für jede dieser drei Gruppierungen skizzieren wir, wie sie auf die neue Anreizkonstellation mutmaßlich reagieren wird. Klar ist, daß es sich hierbei um Mustervoraussagen handeln muß, die a) aufgrund ihres Prognosecharakters naturgemäß mit Unsicherheiten behaftet sind und b) das Verhalten der Akteure nur im Durchschnitt beschreiben, also dem einzelnen Arzt, Apotheker oder Pharmaunternehmen

nicht zwingend gerecht werden. Mit den methodischen Grenzen muß man jedoch vorliebnehmen, wenn man Aussagen auf der Makroebene zur Beurteilung wirtschaftspolitischer Maßnahmen treffen möchte. Bei den Pharmaunternehmen kommt erschwerend hinzu, daß sie in fühlbarem Wettbewerb untereinander stehen, so daß gruppeninterne Wechselwirkungen im Verhalten zusätzlich berücksichtigt werden müssen.

Nachdem wir die Berechnungsformel für die Drittelgrenze eingehender betrachtet haben, widmen wir uns den volkswirtschaftlichen Folgen der induzierten Preisspirale. Im Vordergrund steht die Frage, was Wettbewerbsprozesse leisten sollen und an welcher Stelle ihre Teilnehmer überfordert werden könnten. Des weiteren ist Aut-idem auf Sekundärwirkungen abzuklopfen, die auf den ersten Blick übersehen werden könnten. Wir schließen mit einem Gesamturteil, das zugleich einen Fingerzeig für das politische Motiv der gefundenen Regelung liefert.

2. Die Handlungsbedingungen der Beteiligten

2.1. Zur Anreizkonstellation des Arztes

Mit der Interessenlage des Arztes zu beginnen hat einen guten, pragmatischen Grund: Die neue Aut-idem-Regelung kehrt zwar das frühere Regel-Ausnahme-Verhältnis um, schafft aber die Ausnahme nicht gänzlich ab. Ist der Arzt der Auffassung, ein bestimmtes Medikament verordnen zu müssen, weil es dem Patienten aus therapeutischer Sicht am besten nützt, kann er diese Dringlichkeit durch ein aktives Ankreuzen auf dem Rezept kenntlich machen. In diesem Fall lebt das alte Substitutionsverbot für den Apotheker wieder auf. Machten nun alle Ärzte, die auf die Verordnung eines speziellen Präparates Wert legen, von dieser Ausnahme ausnahmslos Gebrauch, würde sie zum politisch ungewollten Regelfall. Im Ergebnis änderte sich an der gegenwärtigen Verordnungspraxis nichts, die Absicht des Gesetzgebers wäre vollends konterkariert. Eine solch einmütige Haltung dürfte jedoch kaum zu erwarten sein, weshalb die künftige Ausschlußquote zunächst Spekulationsmasse bleibt. Um wenigstens eine Tendenzaussage fällen zu können, ist es hilfreich, sich mögliche Motive der Ärzteschaft pro oder contra Substitutionsausschluß vor Augen zu halten.

Für den Ausschluß spricht - oberflächlich betrachtet - erst einmal die bisherige Praxis, nach der der Arzt zumeist ein bestimmtes Medikament verschreibt, ohne die Substitution zuzulassen. Bevor man allerdings das Ordnungsverhalten im Status quo vorschnell fortschreibt, ist zu klären, welche Ursachen ihm zugrunde liegen. Denn nur wenn der Arzt von einem bestimmten Präparat - aus welchen Gründen auch immer - überzeugt ist, wird er künftig durch sein Kreuz einer Substitution den Riegel verschieben. Diesen harten Kern an Gutinformierten (z.B. in bezug auf eine bestimmte Produkteigenschaft oder etwa die patientenspezifische Allergieverträglichkeit der zur Auswahl stehenden Produktpalette) und/oder Überzeugungstätern

wird es zweifellos geben; nach den Aussagen von Insidern des Praxisbetriebs wird es aber deutlich weniger als ein Drittel aller Verordner sein.

Ebenso ist ein Ausschlußverhalten denkbar, falls die Pharmaindustrie den Verordner erfolgreich überzeugen kann, regelmäßig per Kreuz die Substitution zu verhindern. Diese Art des kostenträchtigen Werbefeldzugs ist jedoch unwahrscheinlich, weil es für die Unternehmen künftig lohnender erscheint, die Marketingaktivitäten vom Arzt auf den Apotheker umzuschichten. Dort spielt fortan die Musik, da der Apotheker die in der Prozeßkette nachgelagerte Instanz ist, die ihre erweiterten Befugnisse im Zweifel nicht zum eigenen Nachteil auslegen wird. Eine weitere Substitutionsblockade könnte der „mündige“ Patient errichten, der seinem Arzt mit Abwanderung droht, falls dieser nicht bereit sein sollte, die Gefahr des Austausches seines gewohnten Arzneimittels aktiv zu beseitigen. Ein solches Korrektiv, das theoretisch in einen Wettbewerb der Ärzte um die höhere "Verordnungssicherheit" bzw. Ausschlußquote gipfeln könnte, erscheint aber auf absehbare Zeit nicht realistisch. Schließlich sind noch ideelle Motive der Ablehnung (z. B. Sicherung der Compliance, Gewährleistung der Therapiehoheit) auf seiten der Ärzte denkbar, wie die kürzlich lautgewordenen Trotzreaktionen ("Stempel kollektiv bestellen") zeigen, die aber erfahrungsgemäß nicht auf Dauer vorhalten.

Gegen eine massenhafte Anwendung der Ausschlußklausel sprechen die Erfahrungen, wie der Praxisalltag eines Arztes zur Zeit im Durchschnitt abläuft. Da er sein Einkommen im jetzigen Entlohnungssystem primär dadurch steigert, daß er einen möglichst hohen Patientendurchsatz erzielt, also den Zeiteinsatz pro Patient minimiert, bleiben für das Ausstellen von Rezepten nur wenige Sekunden. Ob er in dieser kurzen Zeit den Substitutionsausschluß veranlaßt, wenn dieser aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist, ist mehr als zweifelhaft. Hinzu kommt, daß ihn die neue Regelung in gewisser Weise von dem Druck befreit, nach einem günstigen Arzneimittel Ausschau zu halten. Verschreibt er nämlich ein teures, womöglich das Alt-Original, ohne die Substitution auszuschließen, muß er davon ausgehen können, daß seine Entscheidung durch den Apotheker ohnehin korrigiert werde. Die nachträgliche Änderung kommt ihm insofern auch nicht ungelegen, als sie zur Einhaltung der Richtgrößenvorgabe beiträgt. Umgekehrt formuliert: Schließt der Arzt systematisch Aut-idem aus, so muß er sich gerade bei unwirtschaftlicher Verordnungsweise dafür später u.U. in der Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung rechtfertigen. Kurzum: Die Hektik des Praxisbetriebs, mitunter Phlegma und "kalkulierte Nachlässigkeit" sind neben der Kostenersparnis und dem Kostendruck gewichtige Gründe für die Annahme, daß sich der Arzt der Substitution in der Mehrzahl der Verordnungen nicht entsagen wird. Hiervon müssen die politisch Verantwortlichen offenkundig ebenfalls ausgehen, da ansonsten Aut-idem von vornherein zum Scheitern verurteilt wäre.

2.2. Zur Anreizkonstellation des Apothekers

Die Rolle des Apothekers ins Visier zu nehmen wird denjenigen überraschen, der das alte Bild des interessenlosen Erfüllungsgehilfen pflegt, der brav exekutiere, was ihm der Arzt in den Rezeptblock diktiert. Selbstredend ist der Umkehrschluß genauso unzulässig, den Apotheker als "freies Radikal" zu modellieren, das fortwährend die gesetzlichen Schranken des Systems austestet. Aber: Sollen die realen Folgen einer eingriffsintensiven Maßnahme wie Aut-idem bewertet werden, wäre es fahrlässig, anstelle des realen Verhaltens ein naives Idealmuster anzusetzen.

Wer hinter die Kulissen des Apothekenbetriebs schauen darf, findet schnell die überspitzt formulierte These bestätigt, daß sich das Berufsbild vom einstigen "Pillendreher und Salbenmacher" hin zum betriebswirtschaftlich kalkulierenden Gesundheitsdienstleister "mit angehängter Pharmaabteilung" gewandelt habe. Indiz hierfür ist die optische Dominanz von Kosmetika und Nahrungsergänzungsmitteln im Verkaufsraum, während die Produkte des eigentlichen Kerngeschäftes in immer kleineren Losgrößen im nicht einsehbaren Lagerbereich aufbewahrt werden. Die Gründe für diese Entwicklung sind hinlänglich bekannt bzw. leicht nachvollziehbar, weshalb wir auf ihre Erläuterung verzichten.

In diesem Kontext des "Wirtschaftsunternehmens Apotheke" ist zu bedenken, daß der Apotheker bislang de jure einem grundsätzlichen Substitutionsverbot unterlag, das aber de facto nicht von jedem bzw. nicht in jedem Verordnungsfall eingehalten wurde. Feigenblatt für gelegentliche Ausflüge in die Grauzone ist die Notdienstregelung, die eine Substitution unter bestimmten Prämissen erlaubt, die nur in Grenzen kontrollierbar sind.² Darüber hinaus greift die banale Erkenntnis, daß keine Klage hörbar wird, wo kein Kläger ist. Natürlich wird ein großer Teil der Apothekerschaft solche Praktiken entrüstet abstreiten. Es ist aber ein offenes Branchengeheimnis, daß in vielen Pharmaunternehmen solide Rechnungen kursieren, nach denen die gut schätzbare Summe aller Arzt-Verordnungen eines Präparates z.T. erheblich von der Summe aller tatsächlichen Abverkäufe in den Apotheken abweicht.

Die Versuchung des unter hohem Kostendruck stehenden Apothekers, gelegentlich selbsttätig zu substituieren, ist einfach zu rekonstruieren, wenn man sich die beiden Stellschrauben seiner Einnahmen bzw. seines Betriebserfolgs vor Augen führt. Der eine Hebel ist der Kundendurchsatz pro Tag, den er aber nur begrenzt durch kundenbindende Serviceleistungen beeinflussen kann, während die fixen Faktoren wie die Standortwahl (Laufecke, Nähe zu Ärztezentrum) und die relativ konstante

² Grundlage hierfür ist § 17 Abs. 5 a Apothekenbetriebsordnung: „Abweichend von Absatz 5 Satz 1 darf der Apotheker bei der Dienstbereitschaft während der allgemeinen Ladenschlußzeiten ein anderes, mit dem verschriebenen Arzneimittel nach Anwendungsgebiet und nach Art und Menge der wirksamen Bestandteile identisches sowie in der Darreichungsform und pharmazeutischen Qualität vergleichbares Arzneimittel abgeben, wenn das verschriebene Arzneimittel nicht verfügbar ist und ein dringender Fall vorliegt, der die unverzügliche Anwendung des Arzneimittels erforderlich macht.“

Krankheitsquote dominieren. Die zweite Determinante sind der Umsatz bzw. Gewinn pro Kunde, der sich aus der Absatzmenge mal Produktpreis bzw. Handelsspanne zusammensetzt. Auf die Absatzmenge kann der Apotheker im Bereich der Selbstmedikation teilweise einwirken, bei den verschreibungspflichtigen Präparaten wird er durch externe Verordner fremdbestimmt. Gleiches gilt für den Produktpreis, der hoheitlich administriert wird. Übrig bleibt allein die Handelsspanne, die zwar formal ebenfalls der Staat festlegt, dem Apotheker aber zwei Nischen mittelbarer Einflußnahme offenläßt: das Aushandeln von (Natural-)Rabatten mit den Arzneimittelherstellern sowie der eigenständige Austausch jener Arzneimittel, deren Erlösspannen für ihn lukrativer sind.

Da der Gesetzgeber einen Regulierungsmodus ersonnen hat, bei dem die Handelsspanne absolut mit dem Warenwert steigt, liegt es im Interesse des Apothekers, möglichst hochpreisige Arzneimittel zu verkaufen, am besten Originale. Dieser Anreizdefekt hat nun unter der erweiterten Aut-idem-Regelung zur Folge, daß der Apotheker das Substitutionsgebot immer dann mit Unbehagen umsetzen wird, wenn er teure Originale oder im Einzelfall (!) preisungünstige Generika ersetzen soll. Es bedarf keiner großen Phantasie, sich auszumalen, daß der latente Reiz zum Abstecker in die Grauzone auch künftig seine Wirkung entfaltet. Jedenfalls ist nicht einsehbar, wieso die Quote legalen Verhaltens künftig steigen sollte, nur weil ein Verbot in ein Gebot überführt wird. Hersteller generischer Erzeugnisse werden deutlich weniger von solchen Praktiken profitieren, da die relativ geringen Preisunterschiede zwischen ihnen selbst ein minimales Entdeckungsrisiko nicht lohnen. Insofern wirkt sich asymmetrisch regelkonformes Verhalten diskriminierend zu Lasten der Generikahersteller aus, abgesehen davon daß es das Ursprungsziel Aut-idems unterläuft, die Generikaquote signifikant zu erhöhen.

2.3. Zur Anreizkonstellation des Generikaanbieters

Wie wir in den vorstehenden Ausführungen hergeleitet haben, ist die Pharmabranche gut beraten, sich auf zwei veränderte Rahmenbedingungen einzustellen: Die Mehrzahl der Ärzte wird sich der Substitution von Arzneimitteln nicht verweigern, und die Apotheker werden dazu tendieren, im Zweifel eher Generika als patentfreie Originale zu ersetzen. Grundsätzlich laufen alle Produkte Gefahr, in die Substitutionsmühle hineinzugeraten und damit Marktanteile zu verlieren, die sich mit ihrem Preis oberhalb des unteren Preisdrittels bewegen. Hiervor sind die Anbieter von Alt-Originalen keineswegs a priori geschützt.³ Im Gegensatz zu den Generika-

³ Analog zu den Alt-Originalen sind die sogenannten Co-Branding-Präparate zu behandeln. Sie sind Arzneimittel, die den gleichen Wirkstoff wie ein vorhandenes Original aufweisen, aber noch deutlich inmitten dessen geschützter Patentlaufzeit auf den Markt gebracht werden. Voraussetzung hierfür ist die Einwilligung des Originalanbieters, der die Doublette gegen Lizenzgebühr zuläßt. Im weiteren verzichten wir auf eine gesonderte Erwähnung dieses Präparatetyps, sondern verstehen die Alt-Originale als Rubrum für beide.

herstellern leitet sich jedoch für sie aus dem erhöhten Druck nicht in jedem Fall ein zwingender Handlungsbedarf ab, an der Preisschraube mitzudrehen.

Alt-Originale sind ökonomisch gesehen Auslaufmodelle, deren Lebenszykluskosten (weitgehend) abgeschrieben sind. Alle positiven Deckungsbeiträge, die nach Patentablauf über weitere Verkaufserlöse erwirtschaftet werden, schlagen in der Regel als nicht einkalkulierte Überschüsse zu Buche, die gern mitgenommen werden. Preissenkungen, die darauf abzielten, den Preisabstand zum Generikum zu verkleinern, haben unter solchen Voraussetzungen nur in Ausnahmefällen einen Sinn. Fest steht, daß der kostenbasierte Preisvorsprung des effizientesten Generikaanbieters uneinholbar ist,⁴ ergo der Originalanbieter den reinen Preiskampf nie gewinnen kann, den zu führen er überdies instrumentell nicht gewohnt ist. Darüber hinaus droht jede Preisreduktion am Image und an der Glaubwürdigkeit des Alt-Originals zu kratzen, dessen Hochpreisigkeit jahrelang mit seiner Pioniereigenschaft und einem Qualitätsvorsprung gerechtfertigt worden ist. Preissenkungen gehen daher mit der Gefahr einher, allein den Stückgewinn zu schmälern, ohne einen einzigen Nachfrager zusätzlich zu akquirieren und wären damit selbstschädigend.

Allerdings ist zu bedenken, daß unter dem Regime der Drittelregelung nicht die Neugewinnung von Kunden im Vordergrund steht, sondern das schadensbegrenzende Ziel, deren massenhafte (Zwangs-)Abwanderung hinauszuzögern oder zu verhindern. Kurz nach Freigabe eines Originals – wenn sein Marktanteil noch recht hoch ist – könnte der Anbieter vor dem Kalkül stehen, bei Überschreitung der Preisoberlinie mit einem rapiden Absatzeinbruch rechnen zu müssen. Realistisch ist dieser drastische Mengenverlust dann, wenn die Bindung der Verordner ans Original schwach ist, sie also nicht den Ausschluß anordnen, und die Apotheker das Original tatsächlich überwiegend substituieren. In all diesen Fällen wird der Originalhersteller seinen Preis auf die Drittelgrenze absenken, um „zu retten, was noch zu retten ist“, wenngleich die positiven Deckungsbeiträge beträchtlich gerupft werden. Wie der Alt-Originalhersteller reagiert, hängt immer vom konkreten Einzelfall ab und kann deshalb nicht pauschal prognostiziert werden. Tatsache ist jedoch, daß bei den Festbetragsabsenkungen die Alt-Originalhersteller in fast allen Fällen ihre Preise immer wieder auf die niedrigeren Festbeträge reduziert haben. Im Zusammenhang mit Aut-idem wirbt Aventis bereits mit Anzeigen in der Ärzte-Presse, daß es „Originalmarken zum Aut-idem-Preis“ anbieten werde.

Durchzuhalten ist diese Strategie nur so lange, wie das verlorengelohnte Wertdifferential eines Preisnachlasses die zu verhindernde Absatzeinbuße überkompensiert oder bei einem weiteren Preisnachlaß die Unterschreitung der langfristigen Durchschnittskosten droht. Insgesamt können sich alle Anbieter zu Preissenkungen genö-

⁴ Dies gilt auch, wenn die ursprünglichen Fixkosten des Alt-Originals (Forschung & Entwicklung, Kapazitätsaufbau) komplett abgeschrieben sind. Benchmark in einem Preiskampf wären die preiswertesten (!) Generika, die sowohl zu niedrigeren variablen als auch zu geringeren Fixkosten der Nach-Patentschutz-Phase (z.B. ohne Außendienst über Mailingvertrieb) bereitgestellt werden können.

tigt sehen, jedoch muß die Praxis erst zeigen, ob sie sich bei Original-Anbietern als flächendeckendes Phänomen entpuppen. Im weiteren blenden wir diesen Anbieter-typ weitgehend aus, ohne es aber zu versäumen, später bei der Erörterung der Abwärtsdynamik auf seine Rolle als Verstärker hinzuweisen. Statt dessen konzentrieren wir uns auf die Generikabranche, für die der Preis eine noch ungleich gewichtigere Rolle in ihrem Marketing-Mix spielt.

Generika zeichnen sich ex definitione dadurch aus, daß sie ein bereits vorhandenes Präparat nachbauen. Zentrales Charakteristikum ist nicht nur die Gleichheit des Wirkstoffs, sondern die Bioäquivalenz zum Alt-Original, wohingegen die beigemengten Hilfs- und Zusatzstoffe vom Original abweichen können. Geht man davon aus, daß die Bioäquivalenz über den Erfolg des Medikaments entscheidet, drängt er sich als externer Maßstab für Qualitätsvergleiche auf. Fällt dieser nun über einen kompletten Alternativenraum identisch aus, wird dem Anbieter ein entscheidendes Argument genommen, sich von seinen Wettbewerbern abzuheben. Zwar können die verbleibenden Nuancierungen für den therapeutischen Erfolg in jedem Einzelfall ausschlaggebend sein, weshalb sich viele Fachleute aus medizinischer Sicht gegen die Substitutionsregelung wenden. Als Werbebotschaft eignen sie sich aber kaum, da nur der Spezialist die geringfügigen Differenzen wertschätzen kann. Bezogen auf die Masse der Verordnungsfälle ist es aus Sicht der meisten Generikahersteller wichtiger, zunächst im Kampf der konkurrierenden wirkstoffidentischen Arzneimittel zu ob-siegen und den eigenen Präparatenamen irgendwie im Bewußtsein des Verordners zu verankern. Scheiden also die Qualitätseigenschaften aufgrund ihrer Ähnlichkeit als Wettbewerbsparameter aus, bleibt im wesentlichen nur noch der Preis.

Daß Generikahersteller ihren beinharten Konkurrenzkampf mangels Alternative vorwiegend über den Preis austragen, spiegelt sich in der vergleichsweise niedrigen Branchenmarge und der Häufigkeit der Preissenkungen wider. Hiergegen ist volkswirtschaftlich nichts einzuwenden, da die Imitation gesellschaftlich erwünscht ist und die Akteure vorab wissen, worauf sie sich einlassen. Mit der Aut-idem-Regelung des AABG zieht der Staat aber eine zusätzliche Preislinie am Markt ein, die aus Sicht der Anbieter mit zwei Tücken behaftet ist: Die Preisgrenze wird nicht von außen als ex-ante-Größe einmalig administriert, sondern resultiert endogen aus dem Preissetzungsverhalten der Anbieter, so daß jeder Spielzug des Einzelnen unmittelbar auf alle anderen zurückwirken kann. Entscheidender jedoch ist, daß die Drittel-linie einem verkappten Höchstpreis gleichkommt, indem jede Überschreitung mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Produkt sofort zum Ladenhüter abstruft. Natürlich galt auch vorher wie auf fast allen Märkten die Faustregel, daß die Absatzchancen eines Präparates steigen, je niedriger sein Preis ist. Es blieb aber dem Nachfrager analog zu anderen Märkten unbenommen, ein höherpreisiges Arzneimittel zu wählen. Aut-idem verankert hingegen einen Quasi-Automatismus, indem jeder Preis jenseits des Schwellenwertes ein rigides Substitutionsgebot auslöst, das der Apotheker exe-kutieren muß.

Angesichts der drohenden Konsequenzen muß sich der Generikaproduzent die Frage stellen, wie er auf die Preisoberlinie reagiert. Liegt sein Preis schon vor ihrer Einführung deutlich unterhalb der magischen Grenze, kann er sich zunächst gelassen zurücklehnen. Aller Sorgen ist er jedoch nicht ledig, da die Preislinie im Vierteljahresabstand zu sinken droht. Akuter Handlungsbedarf tut sich für denjenigen Anbieter auf, der aufgrund seiner bisherigen Preispolitik damit rechnen muß, in die Substitutionsmasse hineinzufallen. Ehe er jedoch hektisch Preissenkungen veranlaßt, um der Grenze kopflos hinterherzuhecheln, sollte er das betriebswirtschaftliche Standardkalkül fahren, das auch die Nachteile einer Preisreduktion in Rechnung stellt.

Zu prüfen ist, wie hoch der Anteil seiner Kernnachfrage am Gesamtabsatz ausfällt, die er als gesichert betrachten kann, weil sie nicht auf relative Preisänderungen - hier die Preiswirkungen des Substitutionsgebotes - reagiert. Im Klartext muß der Anbieter prognostizieren, wieviel Prozent der Verordner bzw. Apotheker sich der Substitution seines Produktes widersetzen werden. Das Umsatz- bzw. Stückerlösdifferential der "Treuen", das ihm bei einer Preissenkung verlorengelht, muß er jenem Wertdifferential der preissensiblen Nachfrager gegenüberstellen, das er nur mit Hilfe der Preisanpassung hinzugewinnen (Neukunden) bzw. halten kann (verhinderte Abwanderung der Altabnehmer). Wie schon zuvor angedeutet, wird das Kalkül bei den allermeisten Generika nahelegen, die Preisgrenze aufgrund des höheren Gewichts der wegbrechenden Nachfrage tunlichst nicht zu überschreiten, also im Zweifel mitzuziehen.

Würde die Preisoberlinie alle 5-10 Jahre vom Staat autonom festgelegt, hätte sie aus Sicht der Anbieter die typischen Merkmale eines exogenen Schocks. Ein solcher kommt nie gelegen, löst eine kurze Phase mitunter schmerzhafter Anpassungsreaktionen aus, verflüchtigt sich aber irgendwann, d.h. er mündet in eine längere Atempause. Die Drittelregelung des AABG schlägt hingegen ein wesentlich höheres Tempo an, indem sie die Reaktionsverbundenheit von Wettbewerbern um ein Vielfaches gegenüber dem marktwirtschaftlichen Normalmaß beschleunigt. Jede einzelne Preisbewegung an den Rändern ändert die Berechnungsgrundlage für die Preisoberlinie, die ihrerseits auf alle Akteure zeitnah und ungebremst als Bumerang zurückwirkt. Auch der Laie wird unschwer erkennen, daß eine spiralförmige Abwärtsentwicklung vorgezeichnet ist. Zu klären bleibt, von welchen Faktoren Ausmaß und Geschwindigkeit der Spiralbewegung abhängen, an welcher Stelle sie wodurch zum Erliegen kommt und welche Folgen sie für den Gesamtmarkt zeitigt.

Zerlegt man die gesetzliche Berechnungsformel für die Preislinie in ihre Einzelteile, fällt auf, daß nicht das Mittelmaß in ihr regiert, sondern die Extremwerte der vollständig erhobenen Preisskala eine exponierte Rolle einnehmen. Zwar wird die maximale Spannweite insofern leicht verengt, als nicht die beiden Pole als Bezugspunkt für die anschließende Drittelung herangezogen werden, sondern jeweils das arithmetische Mittel der drei niedrigsten und der drei höchsten Preise an den beiden Rändern. Dennoch ist nicht zu übersehen, daß auf die Verteilung bzw. Streuung der

Angebotspreise keine Rücksicht genommen wird. An einem Beispiel pointiert folgt hieraus, daß die Marktkonstellation "3 preiswerte - 17 doppelt so teure Präparate" wirtschaftspolitisch gleichbehandelt würde wie die umgedrehte Situation "17 preiswerte - 3 doppelt so teure". Wettbewerbstheoretisch läge aber die Vermutung nahe, daß im ersten Fall der Markt sich in einem deutlich früheren Entwicklungsstadium befindet als im zweiten Fall. Folglich müßte mit dem ersten sehr viel behutsamer umgegangen werden, wohingegen die Formel der Drittelregelung stumpf dasselbe Preissenkungstempo empfiehlt.

Die Konstruktionslogik der Preisspirale wird um so plastischer, wenn man sich die Ausgangslage jener Unternehmen klarmacht, die aufgrund ihrer Randlage in die Berechnungsformel eingehen. Genaugenommen ist zunächst nur der obere Rand von Belang, weil Aut-idem dort als erstes den Kesseldruck entfacht, während die preiswertesten Anbieter noch keine Regung verspüren. Daß die Lawine unaufhaltsam ins Rollen kommt, selbst wenn der Alt-Originalanbieter nicht seinen Preis senkt, ist dem Schachzug des Formelerfinders zu verdanken, neben dem teuersten Anbieter auch den zweit- und dritthöchsten Preis als Referenz heranzuziehen. Damit ist so gut wie garantiert, daß nicht nur das teure Alt-Original das Kriterium erfüllt, sondern auch mindestens ein Generikum. Während das Alt-Original aufgrund seiner hier unterstellten Hochpreispolitik als Stabilisator wirkt, fungiert der teuerste der billigen Generikaanbieter als "Zündsatz". Spätestens nachdem ihn die erste Setzrunde als Verlierer ausweist, indem er der Substitutionsregelung anheimfällt, gerät er unter Zugzwang, seine Konkurrenzfähigkeit über Preissenkungen ins untere Drittel wiederherzustellen. Dadurch fällt der obere Durchschnittspreis, weil der alte dritthöchste Preis in jedem Fall durch einen niedrigeren abgelöst wird, während die anderen beiden konstant bleiben. Dies wiederum senkt die Drittelgrenze ab, woraufhin weitere Anbieter durch das Raster fallen, die ihren Preis im Folgequartal reduzieren, usw. Resultat ist der sogenannte Kellertreppeneffekt, der durch das nachstehende Zahlenbeispiel in der Tabelle 1 veranschaulicht wird:

Tabelle 1: Dynamik der Drittelgrenze bei konstantem unteren Durchschnittspreis

Periode	Alt-Original	Generikum 1	Generikum 2	Oberer DP	Unterer DP	Drittelgrenze
1	120,00	100,00	80,00	100,00	40,00	60,00
2	120,00	60,00	60,00	80,00	40,00	53,33
3	120,00	53,33	53,33	75,55	40,00	51,85
4	120,00	51,85	51,85	74,57	40,00	51,52
5	120,00	51,52	51,52	74,35	40,00	51,45

In unserem Beispiel nehmen wir an, daß es ein Alt-Original gibt, dessen Preis konstant gehalten wird. Der untere Durchschnittspreis bewegt sich zunächst auch nicht, weil wir den drei preisgünstigsten Anbietern abwartendes Verhalten unterstellen. Die Generika 1 und 2 kennzeichnen die in der jeweiligen Periode teuersten Präparate, hinter denen sich verschiedene Anbieter verbergen können. Deutlich wird, daß

die Oberlinie der Vorperiode allen darüberliegenden Anbietern – auch den nicht in der Tabelle aufgeführten!⁵ - als Benchmark dient, den sie in der nächsten Berechnungsrunde mindestens ansteuern müssen.

In der Realität ist aber durchaus mit noch größeren Preisnachlässen zu rechnen, die die Preisspirale zusätzlich beschleunigen. Ursächlich ist die Überlegung des einzelnen Anbieters, nicht beliebig viele Preissenkungen gegenüber dem Nachfrager kommunizieren zu können. Richtet er das eigene Preisverhalten ausschließlich am Vergangenheitswert aus, d.h. an der Preisgrenze der Vorperiode, kann er der Falle des ewigen Nachzüglers nicht entkommen, da die Drittelinie stetig fällt. Ringt er sich hingegen zu einer kräftigen Senkung durch, die über das Mindestmaß hinausreicht, hat er die Chance, einige Folgeperioden ungeschoren davonzukommen. Kalkulieren aber alle Anbieter so, ziehen sie sich nach Art der selbsterfüllenden Prophezeiung erst recht in erhöhtem Tempo gegenseitig in den Abgrund. Zudem gibt es Anzeichen für die Annahme, daß einige Alt-Original-Hersteller wie schon bei den Festbeträgen in großem Maßstab ihre Preise auf das untere Drittel absenken werden, wodurch der Prozeß weiter beschleunigt würde.

Der GAU tritt in dem Moment ein, wenn auch die drei preiswertesten Anbieter aus ihrem oben unterstellten Dornröschenschlaf erwachen und ihre Preise zu senken beginnen (im Zahlenbeispiel pro Periode um 2 Euro). Die Wahrscheinlichkeit hierfür steigt mit jeder Periode, da sie erpicht sein müßten, den Abstand zu ihren immer näher rückenden Konkurrenten zu wahren.

Tabelle 2: Dynamik der Drittelgrenze bei fallendem unteren Durchschnittspreis

Periode	Alt-Original	Generikum 1	Generikum 2	Oberer DP	Unterer DP	Drittelgrenze
1	120,00	100,00	80,00	100,00	40,00	60,00
2	120,00	60,00	60,00	80,00	38,00	52,00
3	120,00	52,00	52,00	74,67	36,00	48,89
4	120,00	48,89	48,89	72,59	34,00	46,86
5	120,00	46,86	46,86	71,24	32,00	45,08

Dann würde der Druck noch verschärft, weil nach dem oberen auch der untere Bezugspunkt nachgibt, in deren Schlepptau wiederum die Drittelgrenze fällt. Die Wettbewerber avancieren endgültig zu Gefangenen ihrer hohen Reaktionsverbundenheit, die sie wechselseitig in ein „race to the bottom“ treibt.⁶

Offenkundig ist allerdings auch, daß es im Unterschied zu einem Perpetuum Mobile einen natürlichen Stillstand geben muß. So ist dem ersten Zahlenbeispiel zu entneh-

⁵ So könnte der dritterste Anbieter in Periode 1 einen Preis von 70 nehmen, den er anschließend korrigieren muß.

⁶ Die höchste Stufe der Abwärtsdynamik ist erreicht, wenn auch der Originalanbieter seinen Preis senkt, wodurch der obere Basispreis keinen Haltepunkt mehr hat.

men, daß nach anfänglich hohen Preisreduktionen die Abwärtsschritte rasch kleiner werden und sich dem Endwert 51,43 immer langsamer annähern.⁷ Im zweiten Fall der Dynamisierung ebbt die Spiralbewegung bei einem sehr viel tieferen Wert ab, der von der Leidensfähigkeit oder gar der Selbstaussbeutung der preiswertesten Anbieter abhängt. Realistisch ist der Abbruch des Wettrennens dort, wo der Preis des Anbieters mit der fünftbesten Produktionseffizienz die Schallmauer seiner langfristigen Durchschnittskosten erreicht. Denn sobald nur noch 5 Anbieter den Markt bedienen, greift die Mindestbedingung Aut-idems, die Zahl der Wettbewerber im unteren Drittel nicht unter 5 sinken zu lassen.

Kurzfristig ist nicht auszuschließen, daß der Preiskampf sogar vor dem langfristigen Durchschnittskostenpreis nicht haltmacht. Gerade jene großen Vollsortimenter, die die Preisführerschaft beanspruchen oder aber über die größte "Kriegskasse" verfügen, könnten versucht sein, aggressive Preisstrategien (z.B. unter Selbstkosten) bei ausgesuchten Präparaten quersubventionieren, um die mittelständische Konkurrenz in die Knie zu zwingen. In Extremfällen kommt es vor, daß an sich effiziente Unternehmen ausscheiden müssen, nur weil sie den kürzeren Atem, sprich: weniger Liquiditätsreserven haben. Möglich ist eine solche „falsche“ Reihenfolge der Marktaustritte dann, wenn der Kapitalmarkt die Qualität der kleineren Unternehmen nicht (schnell genug) erkennt, er die Größe des Angreifers unreflektiert mit besseren Konditionen belohnt oder die Ausdauerfähigkeit des Großen auf der Selbstfinanzierung – z.B. in Familienunternehmen – beruht. Auf lange Sicht sind derartige Gebaren nicht finanzierbar, was aber wenig tröstet, wenn der Kleine in der Zwischenzeit zermürbt wurde, weil ihm der Qualitätswettbewerb durch die Drittelregelung versagt bleibt und der Preiskampf mit unfairen Mitteln angeheizt wird.

Hat die Gruppe der Generikaanbieter Alternativen, den Teufelskreis zu durchbrechen? Theoretisch schon, vielversprechend sind sie aber nicht. Eine Möglichkeit bestünde darin, daß alle - ob zufällig oder abgesprochen - denselben Preis wählen, was aber in einem Markt absurd anmutet, in dem die Konkurrenten sich im wesentlichen auf der Basis dieses einzigen Parameters bekämpfen. Die zweite Option haben die ersten findigen Anbieter bereits angetestet: Neue "Konkurrenz"präparate (Doubletten) wurden plötzlich aus der Taufe gehoben und zu Mondpreisen auf den Markt geworfen. In der Gewißheit, nicht nachgefragt zu werden, dienen sie allein dem Zweck, den oberen Basispreis künstlich hochzuhalten, damit die Abwärtsdynamik der Drittelregelung unterlaufen wird. Fraglich ist aber, ob diese legalen Ausweichmanöver von der Politik dauerhaft toleriert würden.⁸

⁷ Die Preisoberlinie x im Gleichgewicht läßt sich wie folgt berechnen: $x = ((120 + 2x) : 3 - 40) : 3 + 40$. Formt man diese Gleichung um, erhält man $x = 360 : 7 = 51,43$ (aufgerundet).

⁸ Bundesgesundheitsministerin Schmidt kündigte postwendend an, derartige Störfeuer mit aller Härte soweit wie möglich zu ahnden. Von den juristischen und praktischen Fallstricken dieser Absicht abgesehen, fühlt sich der Ökonom lediglich in der Auffassung bestärkt, daß fragwürdige Regulierungen stets den Suchwettbewerb nach kreativen Umgehungsoptionen provozieren.

3. Die gesamtwirtschaftlichen Folgen Aut-idems und ihre Bewertung

Wenn die Drittelregelung konsequent umgesetzt wird, also Apotheker und Ärzte sich buchstabengetreu an die Aut-idem-Vorgaben halten und die Generikaanbieter sich nicht absprechen, hat die Preisspirale unweigerlich eine Auslese zur Folge, die genau 5 Unternehmen überleben. Angesichts der Verbundvorteile bei der Bereitstellung von Arzneimitteln ist zu befürchten, daß diese Überlebensquote sich nicht nur auf jeweils 5 Unternehmen pro Einzelmarkt bezieht, sondern auf den generikafähigen Gesamtmarkt. Lakonisch könnte man einwenden, daß ein enges Oligopol ja immer noch intensiven Wettbewerb zulasse, zumal manche Märkte von weniger als 5 Akteuren bedient würden und dennoch hart umkämpft seien. Darüber hinaus seien Konzentrationstendenzen bereits seit langem feststellbar, die Aut-idem lediglich beschleunigen würde.

Richtig ist die äußerliche Gemeinsamkeit, daß der Generikamarkt wie viele andere Sektoren von einer branchenübergreifenden Restrukturierungswelle erfaßt wird, die vor allem den Mittelstand unter Druck setzt. Die Gretchenfrage lautet, ob auch der spezielle Wirkungshebel Aut-idems mit den Ursachen des allgemeinen Trends vergleichbar und insbesondere gleichermaßen akzeptabel ist.

Wettbewerbsprozesse zeichnen sich im Normalfall durch ein Verlaufsschema aus, demzufolge der expansiven Boomperiode eines Produktes oder gar eines Gesamtmarktes eine langanhaltende Ausreifungs- und Marktsättigungsphase folgt. Die Nachfrage stagniert oder geht allmählich zurück, weshalb Überkapazitäten abgebaut werden müssen, die nicht zuletzt auf überhöhte Erwartungen zurückzuführen sind.⁹ Produkte, Produktparten oder gar Unternehmen werden zusammengelegt, um Synergien auszunutzen; andere Anbieter müssen aus dem Markt ganz ausscheiden. Insofern griffe jede Kritik an Aut-idem zu kurz, die allein auf das Argument des Wegsterbens von Unternehmen weinerlich abhobe. Marktaustritte sind für die Betroffenen i.d.R. schmerzlich, so daß deren Unmut und Sorgen verständlich sind, aus volkswirtschaftlicher Sicht sind sie aber ein notwendiges Übel. Sie sind ein Indiz, daß die Selektionsfunktion des Wettbewerbs intakt ist, indem er Leistungen sanktioniert, die der Nachfrager als unzureichend einstuft. Zugleich sollen die Verlierer nicht resignieren, sondern ihren Mißerfolg als Signal deuten, ihre Talente anderweitig produktiver einzusetzen.

Entscheidend für den gesellschaftlichen Mehrwert von Wettbewerbsprozessen ist aber nicht das Ergebnis, sondern der Weg dorthin. Nach der besseren Lösung zu suchen ist kein 100m-Sprint, sondern ein beschwerlicher Marathonlauf, der bei Zielankunft von neuem startet. Gerade die Mühseligkeit ist ein unentbehrlicher System-

⁹ Während das einzelne Produkt beinahe unausweichlich irgendwann diesem Zyklus anheimfällt, ist dies für Märkte natürlich nicht zwingend. So hat der Generikamarkt bislang bewiesen, daß er seinen Wachstumskurs halten kann, zumal auch künftig eine hohe Zahl an Patentabläufen zu erwarten ist.

baustein, weil nur eine mittlere (keine maximale!) Veränderungsgeschwindigkeit jene Lerneffekte zuläßt, die organischer Natur und auf Dauer angelegt sind. Würde jede individuelle Verbesserung eines Produktes - seien es eine Qualitätssteigerung oder eine Kostensenkung - sofort zum Standard aller auferlegt, indem sämtliche Nachfrager sprunghaft zum jeweils Besten überwechselten, wären die Konkurrenten ad hoc reaktionsunfähig und müßten aus dem Markt ausscheiden. Damit stünden sie nicht mehr zur Disposition, in späteren Innovationsrunden ihrerseits die Vorreiterrolle zu übernehmen, die kein Unternehmen auf Dauer für sich beanspruchen kann.

Grundlegende Innovationen, die dem Urknall ähneln, sind bekanntlich eher selten, während die meisten Neuerungen graduelle Weiterentwicklungen des Vorhandenen sind.¹⁰ Sie zu realisieren setzt aber voraus, daß viele Akteure täglich um die bessere Lösung ringen, ohne daß die Nachfrager sie im Falle eines einzelnen Fehlgriffs gleich durch kollektive Abwanderung bestrafen. Bewährt hat sich eine Balance unterschiedlicher Reaktionszeiten, nach denen die Nachfrager in drei Verhaltenstypen segmentiert werden können. Die Vorreiter formieren sich in einer kleinen Gruppe, die mit Vorliebe Neuerungen ausprobiert und den Altanbietern die geringste Loyalität entgegenbringt. Aus deren Sicht fungieren sie umgekehrt als Vorwarnmelder, die Innovatoren hofieren sie gern als Versuchskaninchen. Die breite Masse der Konsumenten ist den Mitläufern zuzurechnen, die zunächst abwarten, bis sie am Wissensvorsprung der Trendsetter teilhaben können, der langsam, aber stetig zu ihnen hin diffundiert. In der dritten Kraft sammeln sich die Nachzügler und Treuen, die aus unterschiedlichen Gründen so lange wie irgendwie vertretbar an Bewährtem festhalten. Unabgestimmt fügen sich die drei Gruppen im Zusammenspiel zu einem ausgewogenen Mix, der einerseits die rückständigen Anbieter unter Druck setzt, sich zu verbessern, der ihnen aber zugleich eine Schonfrist zugesteht.

An dieser Stelle dockt die Primärkritik an der Aut-idem-Regelung an, die sich auf einen brachialen Mechanismus stützt, der keine ökonomisch sinnvollen Übergangsfristen einräumt. Alle 3 Monate wird nach dem Vorbild einer Preisagentur Bilanz gezogen, die auf Basis einer kompletten Marktübersicht denjenigen Preis amtlich ermittelt, der das untere Drittel vom Rest trennt. Während schon diese Form von Transparenz recht selten auf Gütermärkten vorkommt,¹¹ ist der eingebaute Zwangsvollzug ein Unikat: Wer die Preisoberlinie überschreitet, wird automatisch wegs substituiert und muß daher unverzüglich seinen Preis ins untere Drittel absenken, ansonsten wird er ausgesondert. Perfekt verstetigt wird der Dauerdruck durch den installierten Selbstverstärker, indem jede Preisreduzierung der drei besten und der drei schlechtesten Anbieter - hinter denen sich mal das eine, mal das andere Unternehmen verbirgt, aber stets irgendeins! - die Daumenschrauben für alle anderen anzieht.

¹⁰ Unter Innovationen werden nicht nur physische oder qualitative Produktneuerungen subsumiert, sondern auch Prozeßinnovationen, neuartige Geschäftsideen (wie zum Beispiel die Einführung von Generika 1974 in den deutschen Pharmamarkt) oder innovative Vermarktungsstrategien.

¹¹ Annähernd vergleichbar wäre u.U. der ortsübliche Mietspiegel, der aber einen gewogenen Durchschnitt indiziert und keineswegs auf einer Totalerhebung beruht. Ansonsten können nur die Klaskiker wie börslich oder auf Auktionen gehandelte Güter mit perfekter Preistransparenz aufwarten.

Ihr individueller Effizienzgewinn wird a) sofort zur verbindlichen Meßlatte für alle Wettbewerber und b) in voller Höhe an die Nachfrager weitergereicht.

Spiegelt man die gesunde Mischung der Nachfragertypen mit der Drittelregelung, wird deutlich, daß sie die Balance aus den Angeln hebt. Der Staat maßt sich an, über den Apotheker als ausführende Instanz die Vorreiterrolle an sich zu reißen. Alle Preise außerhalb des unteren Drittels werden als rückständig gebrandmarkt. Da der betroffene Anbieter längstens 14 Tage warten muß, ehe er seinen Preis herunterschrauben darf (Arzneimittelpreise müssen aus datenverarbeitungstechnischen Gründen mindestens 14 Tage gültig sein), bekommt er in dieser Zeit die Folgen der Substitutionspflicht kompromißlos zu spüren. Wer danach nicht spurt, hat endgültig verspielt. Zu allem Überfluß wird mit jedem weiteren Quartal die Schlagzahl noch erhöht. Eine derart rabiate Anpassungsgeschwindigkeit entpuppt sich als ökonomisch destruktiv, weil die zeitweilig Unterlegenen keine reelle Chance haben, ihren Rückstand aufzuholen. Große Kostenblöcke wie etwa die Unterhaltung eines Außendienstes sind nicht beliebig variierbar, so daß Reorganisationsmaßnahmen erst dann greifen könnten, wenn der Anbieter sich bereits ins Abseits manövriert hat. Die Gier, jede statische Effizienzreserve sofort nach ihrer Entdeckung zu mobilisieren, fährt das Ziel der dynamischen Effizienz an die Wand.

Des weiteren erscheint es uns fragwürdig, daß der Staat durch Aut-idem den Preis quasi zum alleinigen Vergleichs- und Wertmaßstab eines Produktes dekretiert. Wer dies tut, unterstellt dem Nachfrager, daß er das in Rede stehende Gut als vollkommen austauschbar betrachte. Zwar wiesen wir eingangs auf den hohen Homogenitätsgrad von Generika hin, dennoch wäre es falsch, hieraus eine exakte qualitative Gleichheit zu folgern und diese auch noch vorzuschreiben. Ob Placebo-Effekt, die Beimischung wirkstofffremder Zutaten, das Packungsdesign, fachlich wichtige Informationen oder die lustige Farbe einer Pille: In einer freien Marktwirtschaft sollte der Nachfrager ohne Beweislast das Recht haben, auch dann das - womöglich teurere - Präparat x zu bevorzugen, wenn die Gründe für den Außenstehenden nichtig oder luxuriös anmuten. Allerdings ist zu fordern, daß er für die von ihm verursachten höheren Kosten geradestehen muß, anstatt mit seinen Sonderwünschen die Solidargemeinschaft zu belasten.

Ebenfalls schwingt in dem eindimensionalen Preiskriterium die Unterstellung mit, der Nachfrager sei vollkommen informiert, so daß Informations- und Werbeaufwendungen der Anbieter überflüssig bzw. abgegolten seien. Im Umkehrschluß schimmert die Vorstellung durch, daß nur die Produktionskosten als "wahre" Preisbasis dienen mögen, die es zu optimieren gelte. Tatsächlich sind es aber gerade die Vertriebskosten als Teil der Transaktionskosten, die den größten Kosteneinzelblock des Generikageschäfts ausmachen. Zählt nun ausschließlich der Preis, wird denjenigen Anbietern die Existenzberechtigung entzogen, die ihre Produkte z.B. über einen qualitativ hochwertigen Außendienst bewerben wollen. Natürlich handelt es sich hierbei um keine karitativen Absichten, sondern um den in allen Branchen legitimen Ver-

such, die Verordner- bzw. Verkaufsentscheidung zu eigenen Gunsten zu beeinflussen. Unbestritten ist aber auch, daß der Ideenwettbewerb in der Vermarktung eine wesentliche Säule ist, um Produktinformationen zugänglich zu machen und zu verbreiten. Selbst die sogenannten „goodies“ für die Ärzte, die Kritiker als manipulative Köder aburteilen, rücken in ein anderes Licht, wenn man bedenkt, in welchem Maße die Fortbildung der Ärzte heute am Sponsorentropf der Pharmaindustrie hängt. Diese Allianz kann man durchaus als unglücklich kritisieren, nur sollte man wissen, was man erntet, sobald man eine Unvollkommenheit durch die nächste ablöst.

Kurzum: Ist der kostenintensive Außendienstvertrieb jetziger Prägung unter dem Aut-idem-Preisknebel nicht mehr refinanzierbar, siegen die preiswerteren Vertriebsformen wie das Direktmarketing (via Mailing und Telefon). Diese setzen aber auf der konventionellen Praxis auf und bedienen vorwiegend die kleine Gruppe der Vorreiter. Erneut zeigt sich, daß Aut-idem eine erprobte Ausdifferenzierung der Strategien auf eine einzige dirigistisch reduziert. Im Ergebnis ist nicht auszuschließen, daß die im internationalen Vergleich hohe Generikaquote, die nicht nur, aber in hohem Maße den Außendienstaktivitäten der Generikahersteller in Deutschland geschuldet ist, in der Folge Aut-idems sinkt.

Zu guter Letzt entzündet sich unsere Kritik daran, daß die Politik in zentralstaatliche Attitüden zurückfällt und eine konkrete Marktstruktur interventionistisch ansteuert. Dies wird durch den indirekt wirkenden Konstruktionsplan Aut-idems zwar eine Zeitlang verschleiert und mag u.U. nicht beabsichtigt sein. Aber das unbeirrte Auge erkennt sofort, daß der Schrumpfungsprozeß erst dann endet, wenn das Anbieterpektrum auf 5 Unternehmen heruntergedampft ist. Wer dieses Ergebnis bestreitet, geht davon aus, daß Aut-idem nicht wirkt bzw. durch irgendwelche Schlupflöcher aufgeweicht wird. Welche Marktstruktur die beste ist, kann kein Planer vorhersehen und sollte durch die im Wettbewerb stehenden, besserinformierten Akteure selbst herausgefunden werden.

Zu allem Überfluß spricht einiges dafür, daß Aut-idem nicht nur viele Unternehmen grundlos vom Markt fegt, sondern mittelfristig auch noch dem originären Kosteneinsparungsziel zuwiderläuft. Je stärker ein Markt konzentriert wird, also je weniger Anbieter mit größerer Marktmacht auf ihm aktiv sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit kollusiven Verhaltens. Hierunter fallen alle Absprachen der Anbieter untereinander (Kartelle, gentlemen agreements, "konzertierte Aktionen" usw.), die die idealtypische Anonymität des Wettbewerbs außer Kraft setzen. Eine solche Entwicklung tritt nicht zwingend ein, aber der Nährboden für Absprachen wird eindeutig fruchtbarer. Die gilt insbesondere auf stark regulierten Märkten, auf denen zum einen die Zahl der Wettbewerbsparameter gedeckelt ist und die Akteure sich über gutorganisierte Interessenvertretungen in der Regel bestens kennen.

Kommen Absprachen zustande, wirken sie stets zu Lasten unbeteiligter Dritter, hier der Beitragszahler. Insofern ist es denkbar, daß die Preise nach der Schrumpfkur wieder steigen. Erhöht etwa der fünftbilligste und inzwischen teuerste Anbieter seinen Preis, ist nicht erkennbar, welche nennenswerten Sanktionsmechanismen ihn disziplinieren sollten - weder liegen Anbieter preislich über ihm, gegenüber denen er seine komparativen Vorteile aufs Spiel setzen würde, noch droht ihm der Substitutionszwang. In der Folge könnten die anderen Anbieter nachziehen, das gesamte Preisniveau würde angehoben. Die Grenze der Aufwärtsbewegung ist erst dann erreicht, wenn ehemals ausgeschiedene Generikaanbieter angereizt würden, wieder einzusteigen. Hierauf zu hoffen wäre aber fahrlässig, wenn man sich vor Augen hält, welche (teilweise irreversiblen) Kosten mit einem Markteintritt verbunden sind. Zudem lebte der Substitutionszwang mit dem 6. Teilnehmer wieder auf, d.h. dieser müßte seine Kostenfunktion während (!) seiner Abwesenheit vom Marktgeschehen signifikant verbessert haben, wollte er nicht sofort erneut verdrängt werden. In der Nettobilanz ist nicht auszuschließen, daß die einstigen statischen Effizienzgewinne des Preisverfalls durch den Niveaudefekt aufgezehrt würden, den eine abnehmende Wettbewerbsintensität nach sich ziehen kann.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Fügt man alle Argumente zu einem Gesamtbild, fällt die Bewertung der Aut-idem-Regelung so oder so wenig schmeichelhaft aus. Wer ihre Konsequenzen verniedlicht, ist entweder leichtgläubig oder gibt seine Überzeugung preis, daß der Wirkmechanismus schon irgendwie unterlaufen werde. Dann wäre Aut-idem im besten Fall überflüssig, und alle Diskussionen wären Zeitverschwendung. Wird Aut-idem hingegen konsequent umgesetzt, tritt der Staat eine Preislawine los, aus der 5 Unternehmen am Ende als Sieger hervorgehen. Schuld ist der gnadenlose Berechnungsmodus für die Drittelgrenze, der den wünschenswerten Leistungswettbewerb zwischen den Anbietern überdreht. Sie geraten in eine Falle wechselseitiger Reaktionsverbundenheit, der sie legal kaum enttrinnen können.

Wer einmal der Karawane hinterherhinkt, hat keine realistische Chance, den Rückstand aufzuholen oder gar vorbeizuziehen. Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren ist aber erst dann gesellschaftlich nützlich, wenn seine Fehlertoleranz deutlich über Null liegt und Lerneffekte im System eintreten können. Trial-and-Error-Prozesse sind keine Einbahnstraße, sondern müssen eben auch den Irrtum zulassen, den Aut-idem sofort sanktioniert. Klar ist, daß die Schonfrist nicht unbegrenzt sein kann und Unternehmen stets jammern werden, falls sie ihre Existenz bedroht sehen, und zwar auch bei sinnvollen Eingriffen in den Markt. Ebenso sei zugestanden, daß es keinen objektiven Maßstab gibt, die optimale Wettbewerbsdynamik zu bestimmen. Aber über die Ausschlußmethode gewinnen wir die klare Erkenntnis, daß dreimonatige Benchmarks mit Zwangsfolgen eindeutig suboptimal sind.

Einmal mehr werden ordnungspolitische Grundsätze hintenangestellt, wenn der Staat sich anmaßt, eine Marktstruktur von 5 Unternehmen für ideal zu erachten oder sie zumindest billigend in Kauf zu nehmen. Niemand hat die prophetische Gabe, das zu antizipieren, was erst die Interaktion der Beteiligten und in aller Regel Besserinformierten zu Tage fördern kann. Sehr wohl absehbar sind die Verwerfungen, die Aut-idem nach sich ziehen kann. Neben der Schädigung der dynamischen Effizienz des Wettbewerbs liegt die größte Gefahr darin, daß ein enger Markt geschaffen wird, der einigen wenigen auf Kosten Dritter nützt. Mittelfristig sind daher massive Zweifel angebracht, inwieweit Aut-idem das vorgegebene Einsparungsziel erfüllen kann.

Forscht man nach den politischen Motiven für Aut-idem, offenbart sich - wie so oft - das eigentliche Dilemma in der Gesundheitspolitik. Notwendige Reformen werden auf die lange Bank geschoben, statt dessen wird kosmetisch dort angesetzt, wo der geringste Widerstand droht. Selbst interessierte Laien können mittlerweile herunterbeten, wo die größten Einsparreserven im System liegen, für die Gutachten in Hülle und Fülle vorliegen: In der stationären Krankenversorgung sind es die Bettenüberkapazitäten; die Ärzte werden über ihr Entlohnungssystem dazu angehalten, den Apparateinsatz zu maximieren; die Patienten spüren keine hinreichende Kostenverantwortung; die Pharmaindustrie verlagert ihren Fokus auf Produkte, die keinen therapeutischen Mehrwert stiften, aber aufgrund von Anreizdefekten einträglicher sind, und vieles mehr.

Vor diesem Wust an Ansatzmöglichkeiten mutet es grotesk an, ausgerechnet den Sektor in die Mangel zu nehmen, der die Ausschöpfung von Ersparnispotentialen im Programm führt. Zwar wird die Politik darauf verweisen, daß innerhalb des generikafähigen Marktes auch die Alt-Originale betroffen seien. Dies erscheint aber wenig tröstlich, wenn andere Teilmärkte ungeschoren davonkommen und zudem bei genauerem Hinsehen deutlich wird, daß hochpreisige Präparate aufgrund der Verdienstinteressen des Apothekers nicht in gleichem Maße substituiert werden. Die Stoßrichtung Aut-idems möchten wir nicht in Abrede stellen, aber im Ergebnis gilt einmal mehr, daß gut gemeint und gut bei weitem nicht dasselbe sind. Welche sinnvollen Alternativen der Effizienzsteigerung zur Verfügung stehen, ist dutzendfach erörtert worden und soll an dieser Stelle außen vor bleiben.