

# Gerechte Gesundheit

Positionen zur  
Verteilungsdebatte



**Nachdruck für das Portal  
„Gerechte-Gesundheit.de“**

**Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ**

Nell-Breuning-Institut Frankfurt  
für Wirtschafts- und Gesell-  
schaftsethik der Philosophisch-  
Theologischen Hochschule Sankt  
Georgen

Offenbacher Landstr. 224  
60599 Frankfurt

Tel.: 069 - 6061-230  
nbi@sankt-georgen.de

## Arzneimittel auf Hochpreiskurs Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Professor em. Friedhelm Hengsbach SJ,  
Nell-Breuning Institut

*Vortrag aus Anlass einer Podiumsdiskussion des AOK Bundesverbandes:  
„AOK im Dialog“ am 28. April 2016 in Berlin*

### Zur Person

- Professor em. für christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen
- bis 2006 Leiter des Oswald von Nell-Breuning-Instituts
- Auszeichnungen: Gustav Heine-mann Bürgerpreis, Regine-Hildebrandt-Preis für Solidarität bei Arbeitslosigkeit und Armut, Marburger Leuchtfeuer, Walter-Dirks-Preis

### Arbeitsschwerpunkte

- Theorie demokratischer Markt-wirtschaften
- Zukunft der Arbeit und der sozi-  
alen Sicherungssysteme
- Wirtschafts- und Arbeitsethik



© AOK-Bundesverband

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ, Nell-Breuning Institut

Der überdurchschnittliche Anstieg der Arzneimittelpreise, der die gesellschaftliche Öffentlichkeit bewegt, ist der Anlass des heutigen Dialogs, zu dem die AOK eingeladen hat. Nun ist die Arzneimittelversorgung lediglich ein Segment der Gesundheitsversorgung. Aber sie ist ein Schlüsselsegment der solidarischen Gesundheitsversorgung. Deshalb ist zu vermuten, dass die nachfolgende Diskussion der Experten klären wird, mit welchen Zahlen und in welchem Kontext die alarmierende Behauptung einer sprunghaften Entwicklung der Arzneimittelpreise zu belegen und worauf sie zurückzuführen ist. Geht es in erster Linie um den Mikroblick, der auf die Preisentwicklung herausragender innovativer Medikamente gegen Krebs oder Hepatitis C gerichtet ist, oder um den Makroblick auf die Steigerungsraten des Anteils dieser Medikamente an den Ausgaben der GKV für Arzneimittel überhaupt bzw. auf die Steigerungsraten der Ausgaben für Arzneimittel im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV im Zeitablauf. Meine Überlegungen gelten unmittelbar jenen fünf Schnittstellen der Arzneimittelversorgung im System der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

#### 1. Schnittstelle:

##### „Arzneimittelmarkt“ / Solidarische Einbettung

Gesundheit ist keine Ware wie viele andere, sondern ein besonderes, extrem persönliches Gut. Es kann von der Person, die gesund oder krank ist, nicht abgelöst werden. In der alltäglichen Routine eines Krankenhauses mögen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte professionell vom Magen auf Zimmer 7 oder vom Knie auf Station 3a sprechen. Aber spätestens im persönlichen Gespräch mit den Patienten werden sie daran erinnert, dass sie es mit leidenden Menschen zu tun haben, deren Würde nicht teilbar und in Körperquanten zerlegbar ist, so dass man ihnen einen Preis zuordnen könnte.

Auch der moderne, medizinisch aufgeklärte Mensch geht mit seiner Gesundheit sehr irrational um. Allein die weit verbreitete Vorstellung: „Gesundheit - unser höchstes Gut“ klingt wie eine höchst irrationale Maxime. Es gibt kein höchstes Gut in einer Welt, die von Veränderung und von Kontingenz bestimmt ist. Selbst die Gesundheitsdefinition der WHO ist widersprüchlich und irrational. Gesundheit ist ein sehr hoher Wert, die Voraussetzung gelingenden Lebens, aber er konkurriert mit anderen Präferenzen. Die Menschen unterschätzen normaler Weise, solange sie gesund sind, den Wert ihrer Gesundheit, und sie überschätzen ihn, sobald sie das kleinste Wehwehchen verspüren. Auch das Gesundheitsrisiko wird irrational eingeschätzt. Diese Einschätzung belegt eine Anekdote aus der Antike, die unter Ärztinnen und Ärzten überliefert wird. Nachdem ein wohlhabender Patient von einem lebensbedrohenden Insektenstich geheilt worden ist, fragt er den behandelnden Arzt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: „Ich bin zufrieden mit zehn Prozent des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie noch in Lebensgefahr schwebten“.

Das Gut Gesundheit ist den Vertrauensgütern zuzuordnen. Zwischen den privaten oder öffentlichen Akteuren, die Gesundheitsdienste anbieten, und denen, die sie nachfragen, existiert weithin ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Da Patienten die Qualität der sich anschließenden Therapie, die sich häufig über einen längeren Zeitraum hinzieht, nicht im Detail durchschauen, sind sie darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Die Vertrauensgrundlage, die zwischen einem Patienten und den Ärztinnen, Physio-, Logo- oder Ergotherapeuten aufgebaut wird, unterscheidet sich erheblich von jener, die auf anonymen Märkten unterstellt wird, etwa zwischen dem Käufer eines Autos und einem Gebrauchtwagenhändler. Von daher legen gute Gründe es nahe, die Organisation oder die Bereitstellung von Gesundheitsgütern öffentlich zu regeln.

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

In demokratischen Gesellschaften ist eine angemessene Ausstattung aller Bürgerinnen und Bürger mit solchen Gesundheitsgütern, die notwendig sind, um eine sozio-kulturelle Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten, als individuelles Grundrecht anerkannt. Dieses Grundrecht ist nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungsvermögen gebunden. Zugleich ist Gesundheit ein quasi-öffentliches Gut. Öffentliche Güter unterscheiden sich von privatwirtschaftlich angebotenen Gütern dadurch, dass für sie die Grundsätze der Ausschließlichkeit und Rivalität nicht gelten. Sie können gemeinsam genutzt und müssen durch öffentliche Entscheidungen bereitgestellt werden. Zudem werden ihnen äußere Wirkungen zugesprochen. Gesunde Menschen üben eine positive Ausstrahlung auf andere aus. Kranksein und Sich-krank-empfinden wirken ansteckend. Die Initiativen von „Health Care“ und gesellschaftlicher Prävention sind aus solchen Einsichten entstanden. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind weithin gesellschaftliche Risiken. Sie können nicht ausschließlich den Individuen zugerechnet werden. Notorische Krankheiten sind schichtenspezifisch gestreut. Arme Menschen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung, sind weniger motiviert, zum Arzt oder zur Ärztin zu gehen. Arbeitslos oder prekär beschäftigt zu sein, in brüchigen Partnerschaften und in Haushalten mit mehreren Kindern zu leben, verursacht ein überdurchschnittliches Krankheitsrisiko. Spezifische Krankheitsformen treten regional und national ebenso abweichend auf wie die Art und Weise, sie zu behandeln. Ein kollektiv bestimmter Konsumstil oder ein spezifisches Arbeits- und Freizeitverhalten verursachen unterschiedliche Krankheitsbilder.

Die genannten besonderen Merkmale des Gutes Gesundheit bilden die Grundlage dafür, dass in den demokratisch und sozialstaatlich entwickelten Gesellschaften die Gesundheitsversorgung der Marktsteuerung weithin entzogen und solidarisch gesichert wird. Der Grundsatz der Solidarität meint nicht die persönliche Tugend des Mitleids, der Barmherzigkeit oder der Sympathie, sondern eine gesellschaftliche Steuerung, die - vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, der Zahlungsfähigkeit in der Wirtschaft oder der Macht in der Politik - das Handeln von Individuen wechselseitig aufeinander abstimmt und zwischen ihnen einen

verbindlichen Ausgleich ungleicher gesellschaftlicher Risiken oder Interessen herstellt. Die charakteristischen Merkmale der Solidarität sind erstens eine gemeinsame Grundlage, für die es zwar objektive Anhaltspunkte gibt, die aber eine gesellschaftliche Option darstellt und in erster Linie, gefühlt, empfunden sowie absichtlich anerkannt wird. Eine solche Grundlage können die Klasse oder das Geschlecht, die gemeinsame Abstammung, Geschichte, Sprache, Kultur, Religion oder ein kollektiv erlittenes Schicksal sein. Trotz der gemeinsamen Grundlage sind zweitens im nationalen Rahmen die großen Lebensrisiken etwa der Altersarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie im transnationalen Rahmen der sozio-ökonomischen Lebensverhältnisse und von Männern und Frauen extrem ungleich verteilt. Drittens werden gegenseitige Rechte und Pflichten für den Interessenausgleich durch die Verfassung oder internationale Verträge (rechts)verbindlich festgelegt. Und viertens folgt aus der gemeinsamen Grundlage und den unterschiedlichen Lebensrisiken eine asymmetrische Gegenseitigkeit: Beiträge werden gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet, Hilfeansprüche gemäß dem akuten Bedarf.

Das Besondere der Solidarität als Steuerungsform lässt sich verdeutlichen, indem sie der Marktsteuerung gegenüber gestellt wird. Der Markt ist eine entgrenzte, anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht strenge Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung - und zwar sofort oder zumindest in einer berechenbaren Periode. Die Solidarität dagegen regelt den Interessenausgleich innerhalb einer abgegrenzten Gruppe. Sie ist exklusiv; oft profiliert sie sich in der Abgrenzung zu einem Gegner. Die Gegenseitigkeit von Beitrag und Hilfeanspruch ist durch einen Erwartungswert verknüpft, der weit in die Zukunft hineinreicht. Zum andern unterliegt das Urteil über diesen „Schatten der Zukunft“ einem stark subjektiven Urteil über das gesellschaftliche Risiko, von dem die Individuen betroffen sind. Das „Geheimnis“ der Solidarität besteht also darin, dass die weniger Schwachen für die Schwächeren, die weniger Armen für die Ärmern und die seltener Kranken für die häufiger Kranken eintreten. Eine solche asymmetrische Gegenseitigkeit kennt der Markt nicht, der eine strenge Äquivalenz der getauschten Gegenstände gemäß den Signalen der indi-

viduellen Kaufkraft und des Leistungs-vermögens herstellt. Die Solidarität erzeugt also wie der Markt eine wechselseitige Beziehung. Aber sie ist im Unterschied zu der des Marktes asymmetrisch, weil die gesellschaftlichen Risiken ungleich verteilt sind.

In Deutschland ist die solidarische Gesundheitsversorgung einschließlich der Arzneimittel-versorgung ein sehr komplexes System, das drei strukturierte Ebenen umfasst - intersubjektive Beziehungen, korporative Selbstverwaltung und staatliche Gewährleistung bzw. Intervention. Quer dazu agieren privatwirtschaftliche Unternehmen der medizinisch-technischen Industrie, der Pharmaindustrie und des Apothekengewerbes.

#### 2. Schnittstelle:

##### Korporative Selbstverwaltung / Pharma-Unternehmen

In der aktuellen Auseinandersetzung um die Preisbildung und Preisentwicklung spielen die innovativen Präparate zur Krebs- und Hepatitis-Therapie eine herausragende Rolle. Die Akteure der korporativen Selbstverwaltung werfen führenden Pharmakonzernen vor, dass die Preise zu hoch, willkürlich überhöht und deshalb unfair seien. Die Pharmaunternehmen rechtfertigen die Preisbildung mit dem Aufwand, der für die Forschung und die Entwicklung dieser Medikamente entstanden sei, sowie damit, dass die Gewinne dafür eingesetzt würden, um weitere Investitionen im Bereich innovativer Forschung und Entwicklung zu finanzieren.

Wie soll ein gerechter Preis bestimmt werden? Im Mittelalter herrschte einerseits die Überzeugung vor, dass die entstandenen Kosten erstattet werden sollten und ein dezenter Gewinnaufschlag zulässig sei. Andererseits werde der Preis durch den Bedarf des Nachfragenden bestimmt. Allerdings dürfe der Anbieter die Notlage des Armen nicht ausnutzen.

Eine Nachwirkung der mittelalterlichen Reflexion über den gerechten Preis findet sich in der neoklassischen Theorie der Grenzproduktivität, die einen engen Zusammenhang zwischen dem bewerteten Einsatz zusätzlicher Ressourcen, etwa des Arbeits-, Kapital-,

Natur- und Gesellschaftsvermögens, und der bewerteten Leistung herzustellen sucht, die durch die intelligente Kombination der Ressourcen zusätzlich hervorgebracht worden ist. Allerdings ist eine präzise Zuordnung der Einheit einer zusätzlich eingesetzten Ressource und einer zusätzlich gewonnenen Leistungseinheit weder technisch noch monetär durchführbar.

Deshalb wird die freie Preisbildung heutzutage vorwiegend auf die Steuerung durch den dynamischen Wettbewerb zurückgeführt. Nachfragende und Anbieter melden beim Tausch wechselseitige Preiserwartungen an, verhandeln formell oder informell und einigen sich auf einen Preis, der einerseits die verhältnismäßige Knappheit der Ressourcen, andererseits die jeweilige Verhandlungsposition der Tauschpartner und den Grad ihrer Interessen, eine Einigung zu erzielen, signalisiert.

Allerdings unterstellten marktradikale und wirtschaftsliberale Theoretiker dabei einen so genannten vollständigen Wettbewerb, indem sie davon überzeugt waren, dass unter den Bedingungen fairer rechtlicher und politischer Rahmenbedingungen die Marktsteuerung die optimale Regelung oder gar die Grundform menschlicher Beziehungen sei, weil der marktwirtschaftliche Wettbewerb asymmetrische Machtverhältnisse unterbindet, so dass ein fairer Interessenausgleich zustande kommt, der jedem Marktteilnehmer und Tauschpartner vorteilhaft erscheint.

Dieses idealtypische Konstrukt der liberalen Theorie ist durch das Konzept eines dynamischen, funktionsfähigen Wettbewerbs abgelöst worden, das der wirtschaftlichen Realität näher kommt. Ein innovativer Unternehmer, der neue Produkte und neue Verfahren entwickelt, gewinnt auf dem Markt einen profitablen Vorsprung gegenüber seinen Konkurrenten. Diese privilegierte Position kann er eine Zeitspanne lang behaupten, bis seine Konkurrenten, die so genannten Imitatoren ihn einholen oder gar überholen. Ein solches Wechselspiel von Innovatoren und Imitatoren erzeugt eine Dynamik, welche den marktwirtschaftlichen Wettbewerb funktionieren lässt, solange nicht Oligopole, Kartelle oder gar die Monopolstellung eines einzigen Unternehmens ihn aufheben.

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

Wie ist nun die Verhandlungslage der Akteure der korporativen Selbstverwaltung gegenüber den Pharmaunternehmen zu beurteilen? In der Regel kann nicht damit gerechnet werden, dass national, supranational und global ein dynamischer Wettbewerb und ein funktionsfähiges Wechselspiel zwischen den marktbeherrschenden Unternehmen existiert. Die vermeintlich hohe Kostenbelastung der Pharmaunternehmen entsteht eher durch Ausgaben für aggressive Werbung als für solche Ausgaben, die wegen der Forschung und Entwicklung neuer Medikamente entsnanden sind. Arzneimittel, denen man wunderbare Wirkungen zuspricht, entspringen nicht selten und ursprünglich der Genialität und dem Spürsinn von Forschern und Forscherinnen, deren Arbeitsplatz in staatlichen oder universitären Einrichtungen oder in kleinen und mittleren Pharma-Unternehmen steht. Die Megakonzerne kaufen solche Entdeckungen oder Erfindungen auf und veredeln sie zur Marktreife. Börsennotierte und global agierende Pharmakonzerne können extreme Machtpositionen gegenüber Sozialverbänden aufbauen, die meist solidarisch und national organisiert sind. Sie verfügen auf Grund ihrer marktbeherrschenden Position über die Preissetzungsmacht, die sie vom US-amerikanischen Markt auf den europäischen Binnenmarkt übertragen können. Zudem orientieren Manager börsennotierter Konzerne ihre Geschäftspolitik in erster Linie am shareholder value und den Börsenkursen, in denen sich angeblich die zukünftigen Erwartungen institutionellen Anleger spiegeln, nämlich der Großbanken, Versicherungskonzerne und Kapitalanlagegesellschaften. Deren Interessen, die Kapitalrendite zu steigern, haben sie zu bedienen.

Eine besondere Chance, die Preise der von ihnen angebotenen Arzneimittel autonom festzusetzen, bietet den Pharmaunternehmen der Patentschutz, der in dem freiheitlichen Grundrecht auf privates Eigentum, einschließlich des geistigen Eigentums verankert ist. In wirtschaftsliberalen Gesellschaften wird das Privateigentum häufig als unantastbar angesehen, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um das Gebrauchs- oder um das Produktiveigentum handelt, das jedenfalls nur mit Hilfe fremden Arbeitsvermögens rentabel verwendet werden kann. Wenn Gesundheitsgüter als quasi-öffentliche Güter betrachtet werden, können sie nicht

restlos dem Regime des Privateigentums unterworfen werden. „Eigentum verpflichtet“ - diese wenngleich weithin leere Formel des Grundgesetzes der Bundesrepublik ist für die Produktions- und Marktverhältnisse von der kirchlichen Sozialverkündigung näher ausgelegt worden. Papst Paul VI. hatte 1977 unter Berufung auf das Zweite Vatikanische Konzil erklärt, dass die Erde mit allem, was sie enthält, zum Nutzen für alle Menschen und Völker bestimmt sei. Die Erde stelle die Ressourcen zur Verfügung, damit jeder Mensch auf ihr die Mittel für seine Existenz und Entwicklung findet. Folglich habe jeder Mensch das Recht, auf ihr das zu finden, was er nötig hat. Alle anderen Rechte, ganz gleich welche, auch das des Eigentums und des freien Tausches, seien diesem Grundgesetz untergeordnet. Das Privateigentum sei also für niemanden ein unbedingtes und unumschränktes Recht. Die Relativierung des privaten Eigentumsrechts spielt nach der Meinung des Papstes eine tragende Rolle in den internationalen Handelsbeziehungen. Im Gegensatz zu den Verheißungen des Freihandels, der angeblich allen beteiligten Handelspartnern zum Vorteil gereicht, finden diese Vereinbarungen auf Märkten für lebenswichtige Güter tatsächlich nur selten auf gleicher Augenhöhe statt, sondern sind durch verfestigte Asymmetrien und Preisabsprachen gestört. Das wechselseitige Einverständnis zweier Tauschpartner bei einem Vertragsabschluss gewährleistet allein nicht schon die Fairness des Vertragsinhalts. Dies wird nur dann der Fall sein, wenn die Verhandlungsmacht zwischen beiden Partnern halbwegs gleich ist. In der Regel ist sie jedoch ungleich, wenn der eine Partner unter Einigungszwang steht, während der andere Partner warten kann, bis der Druck zur Einigung dermaßen steigt, dass der Tauschpartner die vom Anbieter gesetzten Bedingungen akzeptiert.

### 3. Schnittstelle:

#### Korporative Selbstverwaltung / Staat

Erhebliche staatliche Interventionen in die deutsche solidarische Gesundheitsversorgung setzten ein, nachdem das mit einer kurzen Unterbrechung beispiellose Wirtschaftswachstum der Nachkriegszeit und der hohe Beschäftigungsgrad Mitte der 1970er Jahre einbrachen, weil zuvor die US-Regierung das Bretton-

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

Woods-Währungssystem aufkündigte, der US-Dollar dramatisch abstürzte, die OPEC-Staaten den Rohölpreis entsprechend erhöhten und die ökologischen Grenzen des wirtschaftlichen Wachstums thematisiert wurden. Seitdem waren die Regierungen darum bemüht, diese Interventionen mit apokalyptischen Szenarien des demographischen Wandels und einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu begründen. Mit der strategischen Umkehr einer solchen nicht fehlerfreien Diagnose wurde die Absicht verfolgt, die Lohnnebenkosten zu senken, die Beitragssätze zu stabilisieren, für die private Vorsorge zu werben, die paritätische Finanzierung durch die Tarifpartner aufzuheben, den Anteil der Gesundheitsausgaben an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung zu deckeln und ein so genannte Gesundheitsquote zu fixieren.

Die Regulation eines ursprünglich korporativ selbstverwalteten Gesundheitssystems, die mit der vorrangigen Option verbunden ist, solidarische Gesundheitsleistungen zu reduzieren, löst zu Recht erhebliche Einwände und Vorbehalte aus. Erstens sollte das erste Mandat des Staates darin bestehen, die korporative Selbstverwaltung vom marktbeherrschenden Druck der Pharmaunternehmen zu entlasten. Dies könnte dadurch geschehen, dass er die Verhandlungsposition des solidarischen Systems stärkt, indem er sich dringend dafür einsetzt, dass ein global und national funktionsfähiger Wettbewerb auf den Pharmamärkten hergestellt wird, und dass Beschränkungen des Wettbewerbs und Kartellbildungen konsequent sanktioniert werden. Zweitens sollte er jenem Trend entgegensteuern, dass unabhängige klinische Studien wegen finanzieller Engpässe eingestellt werden; er sollte unabhängige öffentliche Studien finanziell fördern, damit sie zu jenen Studien, die von Pharmaunternehmen finanziert werden, ein eher unabhängiges Gegengewicht bieten und die Transparenz von Aufwand und Ertrag der medizinischen Forschung erhöhen. Zudem wäre es sinnvoll, die Grundlagenforschung und den Start kleiner und mittlerer bzw. alternativer Pharmaunternehmen finanziell zu fördern. Drittens sollte der Staat anerkennen, dass eine Mehrheit der Bevölkerung, insbesondere jene mit einem höheren Haushaltseinkommen dem Gut Gesundheit eine höhere Präferenz zu widmen und folglich bereit ist, für die Gesundheitsversorgung einen

höheren Anteil des verfügbaren Einkommens zur Verfügung zu stellen. Aber die Reaktion des Staates, von der umlagefinanzierten solidarischen Absicherung gesundheitlicher Risiken tendenziell auf die private, kapitalgedeckte Vorsorge umzuschalten, ist ein Fehlschluss. Denn zum einen ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung gar nicht in der Lage, aus einem durchschnittlichen Einkommen die dazu erforderlichen Beträge abzuzweigen, aber dennoch den grundrechtlichen und solidarischen Anspruch auf eine angemessene Gesundheitsversorgung hat. Zum anderen ist es ein sozialstaatlicher Skandal, diesem Grundrechtsanspruch die staatlichen Parolen einer schwarzen Null oder einer Schuldenbremse öffentlicher Haushalte entgegenzuhalten, zumal die Argumentation trügerisch wirkt, dass private, kapitalgedeckte und solidarische, umlagefinanzierte Sicherungskonzepte grundverschieden seien. Realwirtschaftlich zählt nur die Umlage; denn kreislauftheoretisch muss jeder Konsumverzicht durch privaten oder öffentlichen Mehrkonsum ausgeglichen werden. Viertens sollte sich der Staat von der propagierten Industrielastigkeit der deutschen Wirtschaft, die mit einer unbegreiflichen Inbrunst öffentlich subventioniert wird, verabschieden und gemäß der Hypothese des Drei-Sektoren-Modells den strukturellen Umbau von der konsumorientierten Industriewirtschaft zur personenorientierten Dienstleistungswirtschaft gedanklich und strategisch vollziehen. Ein solcher wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Umbau ist indessen mit einer Umschichtung gigantisch angehäufter privater Vermögen zugunsten öffentlicher Vermögen, einer Aufwertung von Frauenarbeit im personennahen Sektor und einer geschlechtsneutralen Verteilung der Männer- und Frauenarbeit in der beruflichen und privaten Sphäre verbunden.

#### 4. Schnittstelle:

##### Korporative Selbstverwaltung/Interessenvielfalt

Eine halbwegs paritätische Verhandlungsposition der korporativen Selbstverwaltung gegenüber der Marktmacht der Pharmaunternehmen und den Austeritätsauflagen des Staates wird dadurch verhindert, dass die Parolen einer weitgehenden Kommerzialisierung öffentlicher Sphären, die seit Jahrzehnten öffentlich

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

propagiert worden sind, die solidarische Selbststeuerung der Gesundheitsversorgung kontaminiert haben. Da diese Optionen auf halber Strecke angehalten wurden, gleicht derzeit das Konstrukt der Gesundheitsversorgung eher einer Quadratur des Kreises. Auf der einen Seite soll sich „Mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung“ unter anderem dadurch ausbreiten, dass den Versicherten das Recht auf eine freie Wahl und den Wechsel der Krankenkasse zugesichert wird, auf der anderen Seite die Risikounterschiede der Kassen etwa in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente und kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheit über den Gesundheitsfonds ausgeglichen werden, damit die Kassen die unterschiedlich hohen Leistungsausgaben zugunsten ihrer Versicherten finanzieren können. Dass sich diese anfällige Filigranquadratur zu einer unendlichen Geschichte dauernder Korrekturen ausweitet, war von Anfang an abzusehen. Und dass dieses symbolische Konkurrenzspiel der korporativen Selbstverwaltung ein geschlossenes solidarisches Auftreten durchkreuzt, ist ziemlich einsichtig.

Einer vergleichbaren Quadratur des Kreises ist das oberste Beschlussgremium der korporativen Selbstverwaltung ausgesetzt, der Gemeinsame Bundesausschuss, der sich aus Vertretern der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammensetzt und der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht. Er beschließt Richtlinien für den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der im Einzelnen festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung diese den mehr als 70 Millionen Versicherten erstattet. Nun wäre es wünschenswert, dass der Gemeinsame Ausschuss in die Lage versetzt würde, bei der Zulassung von Arzneimitteln und Therapiekonzepten auf unabhängige klinische Studien zurückzugreifen. Solche Studien könnten nämlich eine halbwegs sichere Brücke von der Gesundheitsforschung zur Gesundheitsversorgung bilden. Aber der überwiegende Teil klinischer Studien, die zur Zulassung vorgelegt werden, ist von Pharmaunternehmen finanziert und beeinflusst. Deren Interessen bestimmen, welche Substanzen in die Studien einbezogen oder von ihr ausgeschlossen werden, wie lange die Prüfungen dauern und wie die Verfahren figuriert sind.

Folglich scheinen Hinweise auf erhebliche Lücken bei der Zulassung von Arzneimitteln und Therapieverfahren sowie die Forderung nach unabhängigen klinischen Studien und deren öffentliche Finanzierung berechtigt zu sein. Solche klinischen Studien sollten möglichst randomisiert kontrolliert durchgeführt werden - und zwar nicht nur für die Zulassung sondern auch für die Nutzenbewertung, nicht nur für Arzneimittel sondern auch für nicht medikamentöse therapeutische Methoden oder präventive Methoden etwa im Heilmittelbereich bzw. in der Psychotherapie, wo medizinische Produkte eine weniger maßgebende Rolle spielen. Zudem sollte jene Lücke geschlossen werden, die darin besteht, dass klinische Studien, die auf das Zulassungsverfahren abgestimmt sind, zwar die dafür relevanten Fragen der Sicherheit und Wirksamkeit beantworten, aber nicht die des patientenrelevanten Nutzens oder Zusatznutzens, etwa bezüglich der Mortalität, Morbidität und Lebensqualität. Problematisch erscheint auch die Zulassung neuer onkologischer Arzneimittel, die sich auf klinische Studien berufen, die niedrig dimensioniert, auf die Behandlung seltener Leiden beschränkt, nicht randomisiert und offen sind oder gar nach Zwischenanalysen abgebrochen werden, sobald diese eine bessere Wirksamkeit als der Vergleichsarm aufweisen. Deshalb klingt es plausibel, die Erstzulassungen zu befristen und anhand praxisrelevanter erweiterter Maßstäbe zu überprüfen. Solche Erwägungen mögen den Eindruck erwecken, als ginge es bloß um den Versuch, ein Zulassungsverfahren für Arzneimittel und Therapien an ergebnissichere und unabhängige klinische Studien zu koppeln. Tatsächlich bieten sie Hinweise auf die Pluralität der Interessen und Erwartungen, die in die abgestimmten Entscheidungsprozesse der jeweiligen Gruppen innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses gleichsinnig oder konfliktiv einfließen.

Der Maßstab der Wirtschaftlichkeit spielt bei der Beurteilung eines Arzneimittels und einer spezifischen Therapie eine gewichtige Rolle. Dabei verpflichtet dieser Maßstab zu nichts anderem, als vernünftig zu entscheiden und zu handeln. nämlich entweder ein bestimmtes Ziel mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen oder mit vorhandenen knappen Ressourcen einen möglichst hohen Grad des angestrebten Zieles zu gewährleisten. Wer sich jedoch auf die Sprachspiele der Kommerzia-

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

lisierung der Gesundheits- und Arzneimittelversorgung einlässt und diese der Marktsteuerung ausliefert, hat sich bereits für eine Rationierung von Gesundheitsleistungen entschieden, allerdings unter dem Deckmantel der „Ausschöpfung vorhandener Rationalisierungspotentiale“. Eine solche Rationierung hat längst begonnen - in der Form der Arbeitsverdichtung etwa der Pflege im Minutentakt, oder des Personalabbaus, der Beschleunigung von Behandlungsabläufen, der Tariffucht und Auslagerung von Betriebsteilen, der Leiharbeit und befristeten Arbeit, unbezahlter Mehrarbeit, Beschäftigung zum Niedriglohn und unfreiwilliger Teilzeitarbeit. Die gesellschaftlich relevante Frage besteht darin, welchem einzelnen Akteur - der Ärztin oder dem Patienten, und welcher beteiligten Gruppe - dem medizinischen Personal oder den Angehörigen zugemutet wird, darüber zu entscheiden, ob ein spezifisches Medikament oder eine besondere Therapie gewährt oder unter dem Eindruck knapper Ressourcen verweigert wird, und wem gegenüber diese Entscheidung zu rechtfertigen ist.

Wie in fast allen repräsentativen Institutionen, etwa in den staatlichen Organen, den Konzernunternehmen, den Kirchen und Gewerkschaften breitet sich ein vertikaler Riss zwischen den Menschen an der Basis und den Führungseliten aus. Zwischen denjenigen, die ursprünglich das souveräne kollektive Subjekt der Versicherten darstellen, und denen, die von ihnen den Auftrag erhalten haben, im Namen des Souveräns zu entscheiden und zu handeln, hat sich eine anonyme Menge bürokratischer Verwaltung geschoben. Die Wahlen der Repräsentanten bleiben formal intakt, doch die Entscheidungen über zusätzliche Versicherungsbeiträge und Gesundheitsleistungen, über das Gewicht der solidarischen oder marktförmigen Steuerung werden am Souverän vorbei getroffen. Ob der von den Führungseliten dem Souverän zugestandene Stimmzettel einen wirksamen Einfluss auf die Geschäftspolitik der Versicherungsgemeinschaft hat, entscheiden nicht die Werbebroschüren, die mit hoher Designkompetenz und Auflage verbreitet werden, um die Versicherten bei Laune und bei der einmal gewählten Vertragsentscheidung zu halten. Der vermeintliche Souverän sieht sich dem unabhängigen Megakomplex einer Gesundheitsversorgung ausgeliefert, die von Pharmaunternehmen, Bund, Ländern, Kommunen, Kirchen, Krankenkassen,

Ärztevereinigungen Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen und medizinischer Technik beherrscht wird. Sollte der Wunsch nach einer Demokratisierung der korporativ solidarischen Selbstverwaltung ein visionärer Traum bleiben?

Welche Erwartungen und Interessen vermuten die Führungsriege der Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung bei den Patienten, die von ihnen häufig als Kunden angesprochen werden? Das Meinungsbild ist ambivalent. Die einen sprechen den Patienten einen hohen Informationsgrad zu über das Potential der Gesundheitsversorgung und über die Verfügbarkeit neuer Arzneimittel mit wunderbaren Heilwirkungen, die sie durch Medienlektüre und Internetzugang gewonnen haben. Die anderen sehen die Patienten durch die Pharmawerbung, Mundpropaganda und die Überredungskunst der Ärztinnen und Ärzte irreführt. Manche Ärzte fürchten nämlich Regressforderungen der Krankenkassen oder vermuten einen geringen Zusatznutzen solcher Wundermittel, raten davon ab und verweigern entsprechende Therapien. Andere empfehlen diese vielversprechenden Mittel unter dem Druck der Kalkulation des Geschäftsführers im Krankenhaus, oder weil sie den wunderbaren Heilungsaussichten vertrauen, oder weil sie einen außergewöhnlichen Zusatznutzen entdecken und die empfohlene Therapie bejahen. Verständlicher Weise empfinden Ärzte und Ärztinnen es als Zumutung und Überforderung, meist allein gelassen zu sein, wenn sie den Nutzen eines Arzneimittels bewerten, den zusätzlichen Nutzen ermitteln und den patientenrelevanten Nutzen einer Therapie einschätzen müssen. Deshalb erwarten sie zu Recht, dass über klinische Studien und fortlaufende Testverfahren, nachdem die Erstzulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist, ihr Informationsstand verbessert wird, und die Erstzulassung selbst bereits mit Hilfen zur Nutzenbewertung und zur Entscheidungsfindung angereichert ist. Problematisch indessen wäre es, wenn ein kollektiver Gesamtnutzen, etwa die Steigerung der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung zum Maßstab eines Nutzens gewählt würde, den ein Patient durch eine individuelle Therapie erzielt. Oder umgekehrt, wenn der individuelle Patientennutzen als Funktion eines allgemeinen sozio-ökonomischen Nutzens eingestuft würde. Dann wäre nämlich nicht mehr



### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

auszuschließen, dass die Therapie eines Erwerbstätigen allein auf Grund seiner gesellschaftlichen Produktivität jener des Arbeitslosen vorgezogen wird. Die so skizzierte Situation der Güterabwägung provoziert drei Fragen: Ist es fair, das Ja oder Nein einer Entscheidung dem einzelnen Arzt oder dem einzelnen Patienten zuzuweisen? Gehören Reflexionen und Entscheidungen über Therapien, die einerseits voraussichtlich keine Heilung, sondern allenfalls eine um Tage, Wochen oder Monate verlängerte Lebenserwartung unter zusätzlichem Leiden bieten, nicht in erster Linie in die Sphäre der gesellschaftlichen Öffentlichkeit? Und warum wird ein offener Dialog fahrlässig oder absichtlich hinausgeschoben zum einen über das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen in schwerer, lebensbedrohender Krankheit, zum andern über den Respekt der mittelbar und unmittelbar beteiligten Ärzte, Ärztinnen, Pflegekräfte und Angehörigen vor der Würde einer selbstbewussten und sich selbst bestimmenden Person und schließlich - im Nahbereich der Rationierung - über eine Güterabwägung der Gewährleistung oder Verweigerung von Arzneimitteln und Therapien unter den gesellschaftlichen Bedingungen der alternativen Verwendung knapper Ressourcen?

Die Selbstreflexion auf die Interessenvielfalt der korporativen Selbstverwaltung und deren Eigenanteil an der geschwächten Verhandlungspositionen gegenüber staatlichen Übergriffen und der Preissetzungsmacht der Pharmaunternehmen sollte nicht vergessen lassen, dass die Ressourcenknappheit der Gesetzlichen Gesundheitsversorgung durch drei politische Legenden, miterzeugt worden ist - den demographischen Wandel, die Beitragsfinanzierung der Erwerbstätigen und den feudalen Restbestand der Kassenvielfalt. Aber diese Legenden lassen sich ausnahmslos auflösen. Erstens sind die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes und das Finanzierungspotential seiner Gesundheitsversorgung nicht abhängig von dem Verhältnis der Zahl der Erwerbsfähigen und der Zahl jener, die noch nicht oder nicht mehr erwerbsfähig sind. Denn nicht die biologische Zusammensetzung der Bevölkerung, sondern einzig die Zahl der Erwerbstätigen, deren Arbeitsproduktivität und die Verteilung der kollektiv erwirtschafteten Wertschöpfung entscheiden darüber, ob die Ansprüche der gesundheitlich Beeinträch-

tigten angemessen erfüllt werden können. Zweitens ist die ausschließliche Finanzierung der Gesetzlichen Gesundheitsversorgung durch Beiträge aus den Arbeitseinkommen nur solange gesichert, als der Anteil der Arbeitseinkommen proportional zur Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung verläuft. Steigt dieser Anteil im Verhältnis zur Wertschöpfung unterproportional, während der Anteil der Kapitaleinkommen überproportional wächst, müsste die Finanzierung der Gesundheitsversorgung umgestellt werden. Sowohl die Einkommen aus Arbeit als auch die Einkommen aus Vermögen müssten beitragspflichtig werden. Drittens passt die gesellschaftliche Spaltung einer Vielzahl von Kassen, die als ein Mix aus feudalem Erbe und verfestigten Standesmerkmalen oder Klassenstrukturen einer entstehenden Industriegesellschaft entstammt, in eine tendenziell demokratisch-egalitäre Gesellschaft nicht mehr hinein. Die Gesetzliche Gesundheitsversicherung müsste aus der erwerbswirtschaftlichen Koppelung gelöst und in eine demokratische Solidaritätsform überführt werden. Dann gehörten alle Personen im Geltungsbereich der Verfassung einer einzigen Solidargemeinschaft an, während alle Einkommen, die im Geltungsbereich der Verfassung entstehen, beitragspflichtig würden. Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragspflichtgrenzen würden entfallen.

#### 5. Schnittstelle:

#### evidenzbasiertes / alternatives Paradigma

Der Hauptstrom der Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung in Deutschland folgt dem Pfad der medizinisch-technischen Entwicklung und verdankt ihr seinen international anerkannten komfortablen Status. Die medizinische Grundlagenforschung, die Arzneimittel- und Therapieforschung bedienen sich so genannter evidenzbasierter Methoden. Als aktuelle Beispiele werden die erstaunlichen, ans Wunderbare grenzenden Resultate der onkologischen Forschung, nämlich die individualisierten, gezielten Therapien und die Immunbehandlungen genannt.

Für Außenstehende entsteht indessen neben dem außerordentlichen Respekt vor den begründeten Erwartungen, dass mit diesen innovativen Mitteln und

### Arzneimittel auf Hochpreiskurs

Ist die Gesundheitsversorgung finanziell gefährdet?

Vortrag von Prof. em. Friedhelm Hengsbach SJ

Verfahren die Leiden und Ängste so vieler Menschen, die von heimtückischen und aggressiven Krankheiten befallen sind, gelindert werden können, die widerlegbare Vermutung, dass die onkologischen Forschungen und Therapien, je tiefer sie in die Mikrowelt des menschlichen Körpers, in den Kosmos seiner Molekular- und Genstruktur vordringen, sich von den funktional ausdifferenzierten Makro-systemen der Wirtschaft, der Gesellschaft, der Arbeitswelt und der Ernährungsweisen entfernen, die heutzutage auf zahlreiche Krankheitsursachen einwirken.

Auf dem Gipfel der medizinisch-technischen Entwicklung und im Triumphzug der evidenzbasierten Medizin scheint bei Ärzten und Ärztinnen, bei Pflegekräften und beteiligten Angehörigen die Einsicht zu wachsen, dass sie hohes Altern Einzelner und der Gesellschaft nicht als Impuls verstehen müssen, darauf mit offensiven Therapien der Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung zu reagieren, die eher der Phase pubertierender Teenies angepasst sind. Sie empfinden die Grenzen oder gar das Ende ihres Einsatzes, menschliches Leben zu retten und zu erhalten, nicht mehr so sehr als persönliche Niederlage sondern ahnen vielmehr, wie sehr das Lebensende, also das Sterben ein unvermeidlicher Bestandteil des menschlichen Lebens selbst ist. Patienten und sich selbst in einfühlsamen

Gesprächen mit dieser Situation vertraut zu machen, wird ein Mandat der Akteure einer verantwortungsbewussten Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung sein. Und zudem sollten neben dem evidenzbasierten medizinischen Paradigma ein grundsätzlich alternatives Design der Gesundheitsversorgung nicht nur beiläufig erwähnt, sondern politisch aufgewertet, als gleichwertig anerkannt und finanziell abgesichert sein.

Ist die komfortable Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung in Deutschland angesichts knapper finanzieller Ressourcen gefährdet? Wenn eine solche Gesundheitsversorgung politisch gewollt wird, ist sie finanzierbar. Ist sie nicht finanzierbar, scheint sie politisch nicht gewollt zu sein. Politische Optionen angeblichen Zwängen demographischer Entwicklung, mangelnder Wettbewerbsfähigkeit oder ausblutender öffentlicher Haushalte zu unterwerfen, sind Scheinargumente, die eine Alibifunktion erfüllen. Das Ressourcen knapp sind, gehört zu den Bedingungen gesellschaftlichen Handelns. Die Antwort darauf ist die Anerkennung von Grenzen und die gesellschaftlich faire Verteilung vorhandener Ressourcen innerhalb dieser Grenzen.

*Impulsreferat aus Anlass einer Podiumsdiskussion des AOK Bundesverbandes: „AOK im Dialog“ am 28. April 2016 in Berlin*

## Impressum

### Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit  
Albrechtstraße 11, 10117 Berlin  
www.pa-gesundheit.de  
030 - 318 649 - 0  
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

### Mit Unterstützung von:

Sanofi-Aventis  
Deutschland GmbH  
Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin

### Bildnachweis

Seite 1: Bild im Seitenkopf, Ausgangsfoto: Knipsermann: „Löwenzahn“, Some rights reserved CC-Lizenz (BY 2.0), <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/deed.de>, Quelle: [www.piqs.de](http://www.piqs.de), Bildmontage: David Krause; Foto Prof. Hengsbach: AOK-Bundesverband