



Elwood, Neil

Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik

Festschrift für Elisabeth Liefmann-Keil
zum 65. Geburtstag

Herausgegeben von
Bernhard Külpe und Wolfgang Stützel



(1923)

DUNCKER & HUMBLLOT / BERLIN



x K74/210

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks,
der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

© 1973 Duncker & Humblot, Berlin 41

Gedruckt 1973 bei Buchdruckerei Bruno Luck, Berlin 65

Printed in Germany

ISBN 3 428 02939 9

Inhaltsverzeichnis

Elisabeth Liefmann-Keil zum 65. Geburtstag	7
Prof. Dr. <i>Alan Peacock</i> , Heslington, York/England: The Economic Value of Musical Composition	11

Ökonomische Theorie der Politik Politische Ökonomie

Prof. Dr. <i>Mancur Olson</i> , College Park, Maryland/USA: The Economics of Integrative Systems	31
Prof. Dr. <i>Philipp Herder-Dorneich</i> , Bochum: Komplexität und Entscheidung: Das Konzept der Vielfachsteuerung ..	43
Dr. <i>Hubertus Müller-Groeling</i> , Kiel: Kollektivgutproblematik und Isolierungsparadoxon in der Kranken- versicherung	59
Prof. Dr. <i>Egon Sohmen</i> , Heidelberg: Randglossen zur Marxschen Wertlehre	71

Einkommenspolitik — Verteilungspolitik

Prof. Dr. <i>Bernhard Külp</i> , Freiburg i. Br.: Die Rolle der Einkommensverteilung innerhalb der Wohlfahrtstheorie	99
Prof. Dr. <i>Anita B. Pfaff</i> und Prof. Dr. <i>Martin Pfaff</i> , Augsburg: Wege aus der Armut: Einkommenssicherung für die Armen der Ver- einigten Staaten von Amerika	131
Staatssekretär Dr. <i>Otto Schlecht</i> , Bonn - Duisdorf: Grenzen der Einkommenspolitik in der Marktwirtschaft	159
Prof. Dr. <i>Joachim Klaus</i> , Nürnberg und Dr. <i>Manfred Gömmel</i> , Düsseldorf: Unterschiedliche Ansätze der Einkommenspolitik: Paritätische Kom- mission und Konzertierte Aktion	175

Gesundheitssicherung — Alterssicherung

Prof. Dr. <i>Hans F. Zacher</i> , München: Die Geschichte der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Kran- kenversicherung	201
--	-----

Dr. <i>Erwin Rahner</i> , Biberach/Riss:	
Die Verbesserung der Stellung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt unter finanzpolitischer Sicht	229
Prof. Dr. <i>Hans-Jürgen Krupp</i> , Frankfurt (Main):	
Verteilungswirkungen der Steuerfinanzierung des sozialen Alterssiche- rungssystems	253
Dr. <i>Axel D. Neu</i> , Kiel, und Akadem. Rat <i>Gert Elstermann</i> , Saarbrücken:	
Flexible Altersgrenze und Erwerbstätigkeit	273

Gesellschaftspolitik

Prof. Dr. <i>Hans Achinger</i> , Frankfurt (Main):	
Prolegomena zu einer Theorie der Lebensqualität	295
Prof. Dr. <i>J. Heinz Müller</i> , Freiburg i. Br.:	
Wirtschaftswachstum im Spannungsfeld von Theorie und Ideologie ..	311
Prof. Dr. <i>Gösta Rehn</i> , Paris/Frankreich:	
Die Gesellschaft der freien Wahl	317
Prof. Dr. <i>Oswald v. Nell-Breuning</i> S. J., Frankfurt (Main):	
Arbeitskämpfe	353
Biographie	371
Verzeichnis der Publikationen	373

Die Geschichte der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Von Hans F. Zacher

I. Zum Anlaß dieses Beitrages

Unter den Gründen, sich hier mit der Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu befassen, ist der konkret wichtigste wohl der, daß Elisabeth *Liefmann-Keil* sich gerade in jüngster Zeit mit großer Energie diesem Problem zugewandt hat. Im Vordergrund steht dabei das Gutachten über den „Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung — Überlegungen zur Verbesserung der Position der sozialen Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt“, welches die Jubilarin dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Jahre 1971 erstattet hat. Aufgrund ökonomischer und institutioneller Überlegungen, insbesondere auch unter Auswertung ausländischer Erfahrungen und Vorschläge, kommt sie darin zu neuen Konzeptionen, die nach Ansicht des Verfassers wegweisend sein könnten.

Daß sich die Jubilarin mit dem Thema im Auftrag von so hoher Hand so intensiv befaßt hat, läßt nun aber schon auf den zweiten Grund schließen, der die nachstehenden Bemerkungen provoziert hat: Die Aktualität des Problems¹. So selbstverständlich die Arzneimittelversorgung von

¹ Siehe allgemein zu Situation auf dem Gebiet des Arzneiwesens: Gesundheitsbericht des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 1971, S. 111 ff. Siehe aus der amtlichen Diskussion um die Reform der Arzneimittelversorgung außerdem etwa den Beschluß des Beirates für die Neuordnung der sozialen Leistungen beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 13. Oktober 1958, abgedruckt bei Hermann Ammermüller, Handbuch der Krankenkassen und Ärzte, Band I, S. 98/6 ff.; Empfehlung des interministeriellen Arbeitskreises für Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt vom 18. September 1970, abgedruckt bei Friedrich Etmer/Bolck, Arzneimittelgesetz, § 37 Anm. 2; Antwort der Bundesregierung vom 14. Februar 1973 auf die kleine Anfrage des Bundestagsabgeordneten Müller (Deutscher Bundestag, Drucksache VII 156), BMWI Tagesnachrichten vom 21. Februar 1973; Empfehlung des interministeriellen Arbeitskreises für Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt vom 26. März 1973, BMWI Tagesnachrichten vom 28. März 1973 m. 6719. Siehe ferner zum Thema z. B. Gerlach, Problematische Arzneimittelkosten, Die Krankenversicherung, 22. Jg. (1970), S. 72 f.; Hans Hofmann, Der Arzneimittelmarkt wird sich erheblich verändern, die Ersatzkasse, 1971, S. 454 ff.; „Arzneimittelangebot und Werbung“, Die Betriebskrankenkasse, 59. Jg. (1971), S. 135 ff.; Theo Thiemeyer, Entwicklung der

zwischen Krankenkassen und Apotheken (§ 375 RVO)¹⁶. Von größter Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, daß die Deutsche Arzneitaxe¹⁷ die Arzneimittelpreise den Marktgesetzmäßigkeiten weitgehend entzieht (§ 37 des Arzneimittelgesetzes)¹⁸. Aber auch sonst ist die Lage dadurch gekennzeichnet, daß die Beziehung Apotheker — Versicherter in einem Netz von Regulativen steht, nicht aber — jedenfalls nicht wesentlich — von der Willkür (und also auch Absprache) der Beteiligten abhängt.

Inwieweit aber hat der Apotheker ein *Monopol* für die Verteilung von Arzneimitteln — jedenfalls von Arzneien, die zu Lasten der Krankenkassen geliefert werden sollen — ? Inwieweit kann der Versicherte auf andere Verteiler ausweichen? Inwieweit kann die Kasse das steuern? Unausweichlich ist die Verteilungsfunktion des Apothekers nur im Rahmen der verschreibungspflichtigen Medikamente (§§ 28 ff. des Arzneimittelgesetzes). Daß er sozialversicherungsrechtlich einem umfassenden „Verschreibungszwang“ ausgeliefert erscheint, verdeckt freilich für den Versicherten die Ausweichmöglichkeit weitgehend. Anders ist die Situation der Krankenkassen. Ihrer Versuchung, Apotheken zu betreiben, widersetzt sich zwar das Apothekenrecht (§§ 1 ff., 7 f. des Gesetzes über das Apothekenwesen)¹⁹. Im

der Berufsgenossenschaften, der Landesversicherungsanstalten und der Verbände der öffentlichen Fürsorge und der kommunalen Wohlfahrtspflege“ in der Deutschen Arzneitaxe (Nr. 28 ff.).

¹⁶ Die wohl umfassendste Darstellung dieser Beziehung — freilich nach damaligem Recht — findet sich bei Albert a.a.O. [Anm. 4]. Siehe für die gegenwärtige Rechtslage umfassend Peters a.a.O. zu §§ 375, 376 RVO. Zu einigen speziellen Aspekten siehe ergänzend: Albert Ohl, Wettbewerbsbeschränkung durch Sozialversicherungsträger im Geschäftsverkehr mit Arznei- und Hilfsmitteln, insb. Nichtzulassung zur Belieferung der Versicherten, Zentralblatt für Sozialversicherung und Versorgung, 13. Jg. (1959), S. 141 ff.; Johannes Pieck, Rechtsfragen im Verhältnis zwischen Apothekern und Krankenkassen, Neue juristische Wochenschrift 23. Jg. (1970), S. 1219 ff. (mit eingehenden weiteren Hinweisen); Thomas Sörensen, Ersatzkassen und Apotheker vereinbaren Bundes-Arzneilieferungsvertrag, Die Ersatzkasse 50. Jg. (1970), S. 218 ff.; Horst Rauch, Apothekenrabatt und Grundgesetz, Die Sozialgerichtsbarkeit 18. Jg. (1971), S. 247 ff.; (ebenfalls mit eingehenden Hinweisen auf weiteres Material). Siehe zur Gültigkeit des § 376 RVO ferner: Bundesgerichtshof, Urt. vom 5. Juni 1970, Neue juristische Wochenschrift a.a.O. S. 1965 ff. (mit Anm. von Pieck).

¹⁷ Siehe zur Deutschen Arzneitaxe (Deutsche Arzneitaxe vom 1. Januar 1936, BGBl. III Nr. 2121 - 4; in der Fassung der 6. Verordnung zur Änderung der Deutschen Arzneitaxe 1936 vom 6. Juni 1968, BAAnz Nr. 107), deren Bedeutung für den gesamten Fragenkreis wohl nicht überschätzt werden kann: §§ 37, 63 Abs. 9 des Arzneimittelgesetzes.

¹⁸ Siehe ergänzend etwa Friedrich Etmer, Arzneimittelgesetz, Kommentar zu § 37, wo auch die amtliche Begründung sowie die Empfehlung des interministeriellen Arbeitskreises für Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt vom 18. Sept. 1970 abgedruckt ist.

¹⁹ Eine Ausnahme könnte gelten für Krankenkassen als Träger von Krankenanstalten (§ 14 a.a.O.).

übrigen aber fehlt es an Vorschriften, die sich unmißverständlich gegen die Abgabe von Sachleistungen durch Krankenkassen wenden. Die arzneimittelrechtlichen Beschränkungen nichtgewerblicher Arzneimittelproduktion (§ 12 Abs. 1 Satz 2 des Arzneimittelgesetzes) und Abgabe von Arzneimitteln im Einzelhandel durch Nichtapotheken (§ 28 Abs. 2 a.a.O.) richten sich an juristische Personen des privaten Rechts. Und das Sozialversicherungsrecht enthält zwar Indizien, die gegen die Zulässigkeit der Selbstabgabe sprechen²⁰, jedoch kein ausdrückliches Verbot.

- Zu nennen ist nun noch die *pharmazeutische Industrie*. Sie unterliegt den besonderen Bindungen des Arzneimittelrechts (s. das Arzneimittelgesetz) und etwa auch der Werbung auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens (s. das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens vom 11. Juli 1965, BGBl. I S. 604). Gerade letztere vertieft ihre Beziehung zum Arzt. Neben dessen Schlüsselfunktion für die Auswahl der Arzneien ist der Apotheker für die pharmazeutische Industrie relativ uninteressant. Daß die deutsche Arzneitaxe den Apotheker mehr schützt als bindet, ohne die Produzenten ihrerseits in den Griff zu nehmen und ohne daß der Apotheker eine echte Wahl als Nachfrager hätte, eröffnet der pharmazeutischen Industrie recht ungewöhnliche Spielräume der Preisgestaltung. Der Patient ist für die Industrie bedeutsam, soweit sie ihn dahin beeinflussen kann, daß er den Arzt drängt, bestimmte Medikamente zu verschreiben. Und auch den Kassen gegenüber ist sie durch den Arzt mediatisiert.
- Der *Pharmazeutische Großhandel* ist primär verteilungstechnischer Vermittler zwischen Industrie und Apotheke — aber auch Faktor des Kontakts zum Arzt. Die Bindungen, die den Apotheker „abschirmen“, schlagen auf den Großhandel ähnlich vorteilhaft zurück wie auf die Produzenten. Aber unmittelbare Beziehungen zwischen dem Großhandel, den Kassen und den Patienten ergeben sich weder aus den allgemeinen ökonomischen und rechtlichen Bedingungen, noch sind sie vom Gesetz spezifisch geschaffen worden.

Versucht man, die vorstehend skizzierten Rollen auf je allgemeinere Nenner zu heben, so kommt man auf folgende Gruppierungen:

- Der Versicherte als Nachfrager nach medizinischen Hilfen (gegenüber Arzt, Apotheke usw.) und sozialer Sicherung (gegenüber der Kasse);
- pharmazeutische Industrie, pharmazeutischer Großhandel und Apotheken als Faktoren der Produktion und Verteilung der Arzneimittel;

²⁰ Siehe z. B. §§ 27 c, 368 d Abs. 1 Satz 2, 375, 376, 407 RVO; 3. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) vom 18. Dezember 1934 BGBl. III Nr. 8230 - 10).

- der Arzt als „Verschreiber“ der Arzneien mit Wirkung für und gegen Patienten, Kassen, Apotheken, Großhandel und Produzenten;
- die Kasse, welche die Nachfrage nach sozialer Sicherheit befriedigt, indem sie die Arznei durch ihre spezifische Beziehung zu Arzt und Apotheke verschafft.

Von hier her ergibt sich das Netz der Fragen, wie die Situation der Arzneimittelversorgung verbessert werden könnte. Da wäre *zunächst* daran zu denken, die einzelnen *Rollen in sich neu zu definieren* und zu formieren: subjektbezogen etwa auf den Versicherten als Arzneikonsumenten, auf den Arzt als *die* Schlüsselfigur im Zusammenspiel der Funktionen und Subjekte oder etwa objektbezogen auf die Struktur des Arzneimittelangebots, seiner Fortentwicklung oder der medizinischen Erkenntnis und Praxis des Einsatzes von Arzneimitteln. Da wäre *zweitens* daran zu denken, die subjektive *Zuordnung von Funktionen zu verändern* — mit anderen Worten: durch neue Verteilung, Trennung und Bündelung von Funktionen neue Rollen zu konzipieren —. Ließe sich etwa die überlastende Schlüsselposition des Arztes durch mehr Autonomie des Patienten (Versicherten), durch mehr medizinische Beratungsfunktion der Kassen oder der Apotheken oder durch mehr Normen im Rahmen des kassenärztlichen Regelungssystems entlasten? Ließe sich die Arzneimittelversorgung durch einen stärkeren Eintritt der Krankenkassen in Produktion und/oder Verteilung der Arzneimittel (in Groß- und/oder Einzelhandel) verbilligen oder sonstwie verbessern? Unvermeidlich führen schon die ersten beiden Fragen auf die *dritte* zu: Könnte das *Zusammenspiel der verschiedenen Rollen neu geordnet* werden? Könnte etwa der scharfe Gegensatz zwischen dem freiwirtschaftlichen Hintergrund der Arzneimittelproduktion und -großverteilung und dem starren Preisregime des Arzneimitteleinzelhandels sowie der „Sozialisierung“ des Arzneimittelkonsums durch Krankenkassen- und Kassenarztrecht durch die Erstreckung der „öffentlichen“ Systeme in den noch privatwirtschaftlichen Raum hinein oder zugunsten eines Aufbrechens der „öffentlichen“ Systeme zugunsten privatwirtschaftlicher Gestaltungen verhindert werden²¹? Aber auch weniger spektakuläre Schritte könnten das Zusammenspiel der verschiedenen Rollen schon vorteilhaft verändern: so etwa eine effektive Steigerung der Transparenz des Arzneimit-

²¹ Gerade hier — könnte man sagen — „liegt der Hund begraben“. Was bedeutet etwa die vom DGB geforderte „Kommission als Selbstverwaltungseinrichtung der Beteiligten“ (Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes [Anm. 1] S. 26)? Oder was kann das von der Bundesregierung erhobene Postulat der „Stärkung der Marktstellung der Krankenversicherung“ (siehe Antwort der Bundesregierung usw. [Anm. 1]) wirklich bedeuten? M. E. liegt in letzterem Postulat schon ein gefährliches Spiel mit dem marktwirtschaftlichen Vokabular. Wer „Marktstellung“ meint, sollte nicht „Marktstellung“ sagen. Doch können diese Zusammenhänge hier nicht vertieft werden.

telmarktes und der ärztlichen Verwaltungspraxis. Eine wirklich offene Überprüfung der Situation muß sich auch die Frage vorlegen, ob, wie und mit welchen Wirkungen das Verhältnis zwischen Versicherten und Kassen durch den Übergang vom Sachleistungsprinzip zum Kostenerstattungsprinzip verändert werden könnte. Schließlich aber wäre die elementare Frage zu stellen, in welchem Maße die Befriedigung des Bedürfnisses nach sozialer Sicherung gegen das Risiko des Krankheitsfalles von der heute so weit verbreiteten, in einem umfassenden objektiven und subjektiven Sinn „gesetzlichen“ Krankenversicherung genommen und stärker auf freiwillige Versicherungen, speziellere Träger, private Versicherung oder auch Eigenvorsorge umgelenkt werden könnte und sollte.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, müssen hier einige Klarstellungen angebracht werden. Die gestellten Fragen sind nur Beispiele für die Probleme, die mit den drei Dimensionen einer Neuüberlegung — je innere Neubestimmung der Rollen, Umverteilung von Funktionen und damit Neugestaltung von Rollen und Neuordnung des Zusammenspiels verschiedener Rollen — angesprochen sein sollen. Ein erschöpfender Fragenkatalog ist nicht gemeint. Für einige der aufgeworfenen Fragen heißt ferner, sie stellen, aus sachlichen oder sozialpolitischen Gründen auch schon, sie verneinen. Das schließt nicht aus, daß die Alternativen, die in ihnen stecken, gesehen und gewürdigt werden müssen.

Eine weitere notwendige Bemerkung betrifft die *Ordnungsrolle des Staates*. Sie ist, selbst wenn man sich auf die Rechtsetzung konzentriert, reich differenziert und gerade dadurch von einer unmerklichen Intensität. So tritt neben den Bundesgesetzgeber der Landesgesetzgeber (in Fragen des Standesrechts der Ärzte und Apotheker). Wichtiger aber ist etwa, wie neben den Bundesgesetzgeber als Gestalter des Arzneimittelrechts und damit des Arzneimittelmarktes bis hin zur Regelung des Apothekenabschlages (§ 376 Abs. 1 Satz 1 RVO) Verwaltungsgeber treten (können), denen die Arzneimittelpreise generell (§ 37 des Arzneimittelgesetzes) oder speziell im Verhältnis zu den Krankenkassen (§ 376 RVO) anvertraut sind. Hinzu kommt die Delegation von Ordnungsbefugnissen auf Rechtsetzungsträger, die mehr oder weniger direkt von gesellschaftlichen Gruppen beherrscht werden, und für die der Staat umso mehr verantwortlich ist, je fragwürdiger ihre Legitimation im Sinne einer Selbstverwaltung der Beteiligten ist²². Endlich ist auch die Rechtsetzung der Selbstverwaltungskörper der Kassen, kassenärztlichen Vereinigun-

²² Besonders markant das Beispiel der Bundes- und Landesausschüsse des Kassenarztrechts (§§ 368 o und 368 p RVO), deren Zusammensetzung und Funktion immer wieder die staatliche Verantwortung erkennen läßt — bis hin zur subsidiären Zuständigkeit des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, die notwendigen Beschlüsse anstelle der Ausschüsse zu erlassen (§ 368 p Abs. 2 RVO).

gen, Ärzte- und Apothekerkammern funktionell staatlicher Rechtsetzung weitgehend gleich.

III. Zur geschichtlichen Entwicklung²³

1. Die Anfänge: Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883²⁴

Die Geschichte der gesetzlich geregelten Krankenversicherung reicht zwar hinter das vorgenannte Gesetz zurück. Doch stellt dieses die erste umfassende reichsrechtliche Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Mit ihm sei daher begonnen. Das Gesetz unterschied zwischen der Gemeindekrankenversicherung und den Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen. Einheitlich galt jedoch das Prinzip, daß als — insgesamt zunächst eng befristete — Krankenunterstützung „vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel“ zu gewähren sind (§§ 6 Abs. 1 Nr. 1, 20 Abs. 1 Nr. 1, 64, 72 Abs. 3, 73). Auch war das Sachleistungsprinzip von vornherein verankert. Geldabfindungen waren in Ausnahmefällen und nur als Pauschalen (nicht in Gestalt konkreter Erstattung) vorgesehen (z. B. § 75 für Mitglieder von Hilfskassen). Typische Beschränkungen der Gemeindekrankenversicherung werden besonders im Vergleich mit den Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen deutlich. Nur bei diesen treffen wir Anfänge der Mutterschaftshilfe (§§ 20 Abs. 1 Nr. 2, 21 Abs. 1 Nr. 4, 64, 72 Abs. 3, 73) und der Familienhilfe — zunächst als freiwillige, potentiell auch beitragspflichtige Leistung — (§§ 21 Abs. 1 Nr. 5, 64, 72 Abs. 3, 73). Hinweise auf eine Selbstbeteiligung oder eine Prämie für Nicht-Inanspruchnahme der Kasse fehlen ebenso wie besondere Vorschriften über das Verhältnis zu Ärzten und Apotheken²⁵.

Um die Tragweite gerade der letzteren Einschränkung zu verdeutlichen, muß in Betracht gezogen werden, welche Standards die Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund vom 21. Juni 1869 (BGBl. S. 245) — die mittlerweile für das ganze Reich galt — für die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneien und ärztlichen Dienstleistungen gebracht hatte. „Einer Approbation, welche aufgrund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen Apotheker und diejenigen Personen, welche sich als

²³ Siehe dazu allgemein die jeweiligen historischen Einleitungen bei Peters, a.a.O. zu §§ 182, 182 a, 187, 188, 193, 195, 205, 368, 368 e, 375, 376, 407 RVO.

²⁴ RGBl. S. 73.

²⁵ Abgesehen von der besonderen Ermächtigung an Kassenverbände, Verträge mit Ärzten und Apothekern abzuschließen (§ 46 Abs. 1 Nr. 2).

Ärzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte) oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen oder seitens des Staats oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen“ (§ 29 Abs. 1 Satz 1). Im übrigen herrschte „Kurierfreiheit“ (s. auch § 6). Besondere Zulassungsvorschriften waren für Krankenhausunternehmer und Hebammen vorgesehen (§ 30). Taxen konnten die Centralbehörden für Apotheken, mit geringerer Bedeutung auch für ärztliche Dienstleistungen festsetzen (§ 80), für das Apothekenwesen konnte darüber hinaus bestimmt werden, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind (§ 6 Abs. 2). Welche landesrechtlichen Regelungen für Ärzte und Apotheken daneben zulässig waren und vorlagen, kann hier nicht dargestellt werden. Jedenfalls fehlte es zunächst an einer rechtseinheitlichen Taxe für Arzneien, erst recht für ärztliche Dienstleistungen. Dagegen hatte der Kaiser von der Ermächtigung des § 6 Abs. 2 der Gewerbeordnung durch mehrere Verordnungen Gebrauch gemacht, die „Zubereitungen zu Heilzwecken“, „Drogen und chemische Präparate“ umschrieben, die apothekenpflichtig waren²⁶. Das führte dazu, daß unter Arznei solche Mittel verstanden wurden, die ausschließlich in Apotheken feilgehalten werden dürfen²⁷.

Dagegen blieb zunächst ungeklärt, welche „Medizinalpersonen“ als Ärzte in Anspruch genommen werden konnten oder auf welche die Kassen die Versicherten verweisen durften²⁸. Die Tendenz ging auf die Konzentration der ärztlichen Dienstleistungen bei den approbierten Ärzten im Sinne des § 29 der Gewerbeordnung²⁹. Aber nach dem Gesetz schien es dem Versicherten überlassen geblieben zu sein, sich einen Arzt zu suchen, der ihm seine Hilfe aufgrund und nach Maßgabe des Versicherungsverhältnisses zuteil werden ließ. Die Praxis beschritt freilich bereits die Wege, die der Gesetzgeber zunächst nur andeutete, indem er den Kassenverbänden die „Abschließung gemeinsamer Verträge mit Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern“ ermöglichte (§ 46 Abs. 1 Nr. 2): die Konzentration auf den von der Kasse (Gemeinde) zugelassenen „Kassenarzt“³⁰ und die Belieferung durch Vertragsapotheken³¹. Zugleich

²⁶ Verordnung, betreffend den Verkehr mit Apothekerwaren vom 25. März 1872, RGBl. S. 85; desgl. vom 4. Jan. 1875, RGBl. S. 5; Verordnung betreffend den Verkehr mit künstlichen Mineralwässern vom 9. Febr. 1880, RGBl. S. 13; differenzierter dann die Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 27. Jan. 1890, RGBl. S. 9.

²⁷ Siehe Heinrich Rosin, *Das Recht der Arbeiterversicherung*, 1893, S. 379 f.; Richard Weyl, *Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts*, 1894, S. 132.

²⁸ Siehe Julius Hahn, *Das Krankenversicherungsgesetz*, 1892, S. 33 ff.; Rosin a.a.O. S. 375; E. v. Woedtke, *Krankenversicherungsgesetz*, 4. Aufl. 1893, S. 135 ff.

²⁹ Siehe die Vorigen.

³⁰ Siehe schon A. Reger, *Das Reichsgesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter usw.*, 1884, S. 23 f. Siehe auch den vom Reichskanzler veröffentlichten „Entwurf des Statuts einer Orts-Krankenkasse“ vom 14. März

deutete sich von vornherein die Tendenz an, die vom Gesetz zwar nie ausdrücklich artikuliert werden, die Praxis aber doch beherrschen sollte: die Universalisierung des Prinzips der Verschreibung von Arzneimitteln durch den Arzt über jegliche arzneirechtliche Verschreibungspflicht hinaus³².

2. Die Reform von 1892

Das Gesetz über die Abänderung des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379) ermächtigt die Kassen vorzuschreiben, „daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann“ (§§ 6 a Abs. 1 Nr. 6, 26 a Abs. 2 Nr. 2 b)³³. Allerdings schob die Kommission des Reichstags eine im Regierungsentwurf noch nicht vorgesehene Vorschrift ein, die den Behörden eine gewisse Kontrolle des Zulassungs- und Vertragsregimes erlauben sollte³⁴:

„Auf Antrag von mindestens dreißig beteiligten Versicherten kann die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der ... Leistungen durch weitere als die von der Kasse bestimmten Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine den berechtigten

1884 (Nachtrag zu Nr. 12 des Central-Blattes für das Deutsche Reich 1884) § 24 Abs. 1 Satz 1: „Die ärztliche Behandlung der erkrankten Mitglieder erfolgt ... durch den Kassenarzt.“

³¹ Siehe auch dazu § 24 Abs. 2 des vorzitierten Musterentwurfs und die amtliche Erläuterung hierzu, die lautet: „Die Verabfolgung der Arzneien wird in der Regel am zweckmäßigsten so geordnet werden, daß die vom Kassenarzt zu verschreibenden Rezepte mit der Angabe, daß sie für ein Kassenmitglied bestimmt seien ... auf die (eine oder mehrere) Apotheken, mit welchen die Kasse Lieferungsverträge abgeschlossen hat, ausgestellt und von Zeit zu Zeit auf Rechnung bezahlt werden.“

³² Siehe § 24 Abs. 2 a.a.O.: „Arznei- und sonstige Heilmittel werden den Mitgliedern auf Anordnung des Kassenarztes ... verabfolgt.“ Siehe auch die vorzitierte Erläuterung hierzu. Zur Bestätigung der Tendenz s. a. den Versuch, die Auszahlung des Krankengeldes weitgehend von ärztlicher Bescheinigung abhängig zu machen, in § 25 a.a.O., insbesondere in den amtlichen Erläuterungen hierzu.

³³ Siehe dazu die amtliche Begründung in Drucksachen des Reichstags, 8. Legislaturperiode, 1. Session 1890/91 III. Band Nr. 151 S. 41 f.: „Im Interesse der Gemeinde-Krankenversicherung ist es in der Regel dringend geboten, bestimmte Ärzte für die Behandlung der Versicherten aufzustellen und nur durch diese regelmäßig ihr obliegende ärztliche Behandlung gewähren zu lassen. Diese Rechte müssen hier ausdrücklich im Gesetz gewahrt werden, um sie gegenüber vorgekommener anderweitiger Auslegung des § 6 zu schützen.“

³⁴ Siehe dazu z. B. Hahn a.a.O. S. 122 f.; E. v. Woedtke a.a.O. S. 349 f.

Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist“ (§ 56 a Abs. 1)³⁵.

Bemerkenswert an der Novelle ist ferner, daß sie die Möglichkeit pauschaler Abfindung an Stelle der Sachleistung, wie sie für die Hilfskassen zunächst bestanden hatte, energisch beschneidet (§ 75)³⁶.

Das neue System verschärfte nicht nur die ohnedies gespannten Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten³⁷, vielmehr kam es nunmehr auch zu schweren Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Apotheken. Die Krankenkassen betrieben eine selektive Vertragspolitik, der gegenüber in mehreren — auch recht spektakulären — Fällen die Hilfe der Behörden in Anspruch genommen wurde³⁸. Eine andere Dimension des Konflikts ergab sich aus den Preisen. Die von den Landeszentralbehörden nach § 80 Abs. 1 der Gewerbeordnung³⁹ von den Landeszentralbehörden festzusetzenden Apothekentaxen waren als Höchstpreise gedacht. Der Vorbehalt, daß „Ermäßigungen derselben durch freie Vereinbarungen . . . zulässig“ seien, lud zu entsprechenden Vereinbarungen im Rahmen der Kassen-Apotheken-Verträge ein⁴⁰. Zugleich aber erhob sich die Frage, inwieweit nicht schon die Taxen eine Differenzierung zugunsten der Kassen vornehmen dürften. Als im Jahre 1905 erstmals durch Vereinbarung der obersten Landesbehörden eine einheitliche deutsche Arzneitaxe zustande kam⁴¹, wurde dieses Problem auf eine neue Ebene gehoben⁴².

³⁵ Abs. 2 und 3 a.a.O. regeln Verfahren und Ersatzvornahme. — Nicht uninteressant ist in diesem Zusammenhang auch die Neufassung des § 46, wonach Verbände von Kassen (einschließlich Gemeinden) den Zweck „der Abschließung gemeinsamer Verträge mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Lieferanten von Heilmitteln und anderer Bedürfnisse der Krankenpflege“ haben konnten.

³⁶ Siehe dazu die amtliche Begründung [Anm. 33], S. 31 ff. (mit interessanten statistischen Angaben über das Verhältnis der Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei zu den Kosten für Krankengeld; a.a.O. S. 32). — Siehe zu System und Terminologie ferner Rosin a.a.O. S. 392 ff., 518 f.

³⁷ Siehe Hans F. Zacher, Der Ärztestreik als Rechtsproblem, Zeitschrift für Sozialreform 12. Jg. (1966), S. 129 ff. (130 ff.) m. w. Nachw.

³⁸ Siehe zwei Verfügungen des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg vom 13. November 1901 (Arbeitsversorgung 18. Jg. [1901], S. 675) und vom 9. April 1902 (ebd. 19. Jg. [1902], S. 292); dazu Heinrich Unger, Der Apothekenboykott und die Krankenkassen in Berlin (ebd. S. 553 ff.).

³⁹ Mittlerweile in der Fassung vom 1. Juli 1883 (RGBl. S. 177) bzw. in der Fassung vom 26. Juli 1900 (RGBl. S. 871).

⁴⁰ Siehe z. B. „Krankenkassen und Apotheker“, Die Arbeiterversorgung 18. Jg. (1901), S. 92 f.

⁴¹ Bekanntmachung betreffend die Einführung einer einheitlichen Arzneitaxe vom 23. Februar 1905, Centralblatt für das Deutsche Reich, S. 40.

⁴² Dagegen bedeutete die laufende Anpassung der Apothekenpflichtigkeit an die pharmazeutische Entwicklung für die hier anstehende Problematik wenig. Neben zahlreichen kleineren Anpassungen siehe dazu insbesondere die Ver-

Neue Akzente setzte das Gesetz betreffend weitere Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes vom 25. Mai 1903 (RGBl. S. 233), indem es durch eine Änderung des § 6 Abs. 2 die Krankenunterstützungspflicht auf 26 Wochen erstreckte und durch Änderungen der §§ 6 a und 26 a vorsah, daß die mit Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern geschlossenen Verträge den Aufsichtsbehörden mitzuteilen sind.

3. Die Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) hob die Krankenversicherung allgemein auf den Standard, den schon vordem die Ortskrankenkassen usw. hatten, während der mindere Standard der gemeindlichen Krankenversicherung entfiel. In diesem Rahmen blieb es hinsichtlich der Arzneimittelversorgung als Bestandteil der Krankenhilfe (§ 182), die auch der kranken Schwangeren und Mutter zugute kommen sollte⁴³, sowie der Familienhilfe (§ 205) grundsätzlich bei alten⁴⁴. Die Abfindung der Sachleistungen durch Geldpauschalen blieb eng begrenzt (§§ 193 Abs. 3, 217, 370). Insbesondere blieb es bei der Garantie des Sachleistungsprinzips auch für die Ersatzkassen (§ 507).

Die Frage, wer „Arzt“ ist, klärte § 122 prinzipiell zugunsten der approbierten Ärzte. Dem „Verhältnis [der Krankenversicherungsträger] zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken“ widmete die Reichsversicherungsordnung einen eigenen Abschnitt (§§ 368 ff.). Soweit er die Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen betraf (§§ 368 bis 374), kann er hier nicht näher gewürdigt werden. Hervorgehoben sei lediglich die Vorschrift des § 370 Abs. 1, wonach eine Kasse, in deren Bereich die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet ist, daß sie Verträge „zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten“ nicht schließen kann oder daß die Verträge nicht eingehalten werden, mit Genehmigung des Oberversicherungsamts „statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes“ gewähren kann.

Die Regelung der Apothekenfrage durch die Reichsversicherungsordnung ist nicht nur dadurch bemerkenswert, daß die §§ 375, 376 bis heute sedes materiae im Sozialversicherungsrecht bleiben sollten. Das Vertrags-

ordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901, (RGBl. S. 380).

⁴³ Die Vorschriften über die Wochenhilfe (§ 195) erwähnen die Arzneiver-sorgung nicht, erlauben aber auch keinen Umkehrschluß. Siehe z. B. Julius Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Band I, 1915, S. 313.

⁴⁴ Die Gewährung von Heilmitteln dagegen wurde modifiziert: §§ 187 Nr. 3, 193.

regime⁴⁵ zielte nun von vorneherein darauf, daß „Vorzugsbedingungen“ vereinbart werden (§ 375 Abs. 1 Satz 1). Der Beitritt zu solchen Bedingungen sollte allen Apotheken „im Bereiche der Kasse“ offen stehen (Satz 2 ebd.). Die Bezahlung von anderer Seite gelieferter Arznei konnte abgelehnt werden (Satz 3 ebd.). Führte das Vertragsregime zu unzulänglicher Arzneiversorgung, konnte weiterhin behördlich eingegriffen werden (Abs. 2 ebd. i. V. m. §§ 372, 373). Dagegen fand die kassenärztliche Vorschrift über das Ausweichen im Erstattungsprinzip (§ 370) in bezug auf die Apotheken keine Entsprechung. Ganz allgemein hatten die Apotheken nunmehr den Krankenkassen einen Abschlag von der Arzneitaxe zu gewähren (§ 376 Abs. 1 Satz 1). Er wird behördlich festgesetzt (Satz 2 ebd.). Auch für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel konnten Höchstpreise festgesetzt werden (Abs. 2 ebd.). Die Apotheken durften beim Handel mit ihnen nicht diskriminiert werden (Abs. 3 ebd.). Im übrigen aber konnten Vorzugsbedingungen auch mit anderen Personen als Apothekern vereinbart werden, „soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel handelt“ (§ 375 Abs. 1 Satz 1). „Die gleichfalls viel umstrittene Frage, ob die Krankenkassen ermächtigt werden sollen, unmittelbar an ihre Mitglieder Arzneien abzugeben“, betrachtete der Gesetzgeber jedoch als „außerhalb des Rahmens der vorliegenden Reform“ liegend⁴⁶.

Dem *Kriegsrecht*⁴⁷, das alsbald über die Reichsversicherungsordnung hereinbrechen sollte, kommt grundlegende und spezifische Bedeutung für den hier interessierenden Zusammenhang nicht zu. Als bald *nach dem Krieg* freilich begann dann der Ausbau der Wochen- und Familienhilfe⁴⁸, wobei für die Familienhilfe nach wie vor Beiträge erhoben werden konn-

⁴⁵ Die entsprechende Ermächtigung an die Verbände der Kassen, „Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und -verwaltern oder anderen Arzneimittelhändlern, Krankenhäusern sowie über Lieferung von Heilmitteln und anderen Bedürfnissen der Krankenpflege“ zu schließen, fand sich nunmehr im § 407 RVO.

⁴⁶ Amtliche Begründung, Reichstagsdrucksachen 12. Legislaturperiode II. Session 1909/10 Nr. 340 Anlage I S. 137. — Für die vorstehend zitierte Regelung siehe insgesamt ebd. S. 137 bis 139.

⁴⁷ Siehe zur Krankenversicherung insb. Gesetz betreffend Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337); Verordnung betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200); Bekanntmachung betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085); Bekanntmachung betreffend Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129).

⁴⁸ Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757); Bekanntmachung, betreffend die jetzige Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069); Gesetz betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 7); Gesetz über Änderungen der Reichsversicherungsordnung vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 654).

ten (§ 384 Abs. 2 RVO). Im Rahmen alternativer Gestaltungsmöglichkeiten wurde jetzt die Arznei auch für die Wochenhilfe ausdrücklich erwähnt (§ 195 c RVO).

4. Die Entwicklung 1923/1924

Weitergreifende Veränderungen unternahm man 1923/24. Zwar berührten das Gesetz zur Erhaltung leistungsfähiger Krankenkassen vom 27. März 1923 (RGBl. I S. 225)⁴⁹ und das Gesetz zur Änderung der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1923 (RGBl. I S. 686)⁵⁰ die hier interessierende Problematik nur am Rande. Die Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. I S. 1054) dagegen versuchte, die Rechtsfigur des Kassenarztes intensiver als bisher auszuformen. Unter anderem hieß es in § 1:

„Die für eine Krankenkasse tätigen Ärzte sind verpflichtet, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen, die erforderliche Behandlung, insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der ärztlichen Verrichtungen sowie der Verschreibung von Arznei, Heil- und Stärkungsmitteln auf das notwendige Maß zu beschränken und bei Erfüllung ihrer Verbindlichkeiten alles zu vermeiden, was eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe herbeiführen kann“ (Absatz 1 Satz 1).

Näheres sollten Richtlinien eines Reichsausschusses enthalten (Abs. 1 Satz 2 ebd.)⁵¹. Zugleich wurde der Grundsatz spezifiziert, daß die Voraussetzungen für den Anspruch auf Kassenleistungen durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen sind (§ 22). Erstmals wurden nun auch die Versicherten an den Kosten beteiligt. Sie hatten „von den Kosten für Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel . . . in allen Fällen 10 v. H. selbst zu tragen“ (§ 25 Abs. 1). Die Kasse konnte den Satz bis 20 v. H. erhöhen, Ausnahmen vorsehen und das Verfahren regeln (Abs. 2 und 3 ebd.).

Aber noch andere wichtige Neuerungen veränderten das Recht der Arzneiversorgung. Wenn eine für die Arzneiversorgung wesentliche Anzahl von Apotheken die mit ihnen geschlossenen Verträge nicht einhielt, die sofortige Lieferung der Arzneimittel ohne sofortige Barzahlung ablehnte oder höhere als die durch die Arzneitaxe vorgeschriebenen Preise erhob, konnte „der Kassenvorstand . . . beschließen, den Kassenmitgliedern und ihren Familienangehörigen statt freier Arznei und anderer Heilmittel Barleistungen in Höhe der nachgewiesenen Kosten bis zu einem von ihm festgesetzten angemessenen Höchstsatz zu gewähren“ (§ 26). Die Analogie zum Kassenarztrecht war hergestellt⁵². Die Kasse

⁴⁹ Ein neuer § 187 a RVO berechnete die Krankenkassen, über Arzneibehältnisse zu verfügen.

⁵⁰ Es modifizierte u. a. §§ 193, 373 RVO.

⁵¹ Siehe unten Anm. 57.

⁵² Siehe zu § 370 RVO oben S. 214. Einschlägige Veränderungen der kassenarztrechtlichen Vorschriften siehe in §§ 6 ff. der Verordnung vom 30. Oktober 1923.

konnte diesen Grundsatz modifizieren (§ 27). Die Anordnung der Barleistung (§ 26) war dem Oberversicherungsamt anzuzeigen (§ 28)⁵³.

Die Verordnung über Krankenversicherung vom 13. Februar 1924 (RGBl. I S. 93) befaßte sich erneut mit dem Kassenarztrecht (§§ 1 bis 7) und variierte die Selbstbeteiligung (§ 11). Vor allem aber fällt die Einführung der Krankenscheingebühr (§ 187 b RVO) ins Auge (§ 8)⁵⁴. Das Zweite Gesetz über Abänderung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung vom 9. Juli 1926 (RGBl. I S. 407) ist deshalb zu erwähnen, weil es im Rahmen der Wochenhilfe die Versorgung der Mutter mit Arznei, die zunächst noch eine Art Kannleistung war, zur Regelung erhob (§ 195 a Abs. 1 Nr. 1 RVO).

Die §§ 25 ff. der Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 lassen bereits erkennen, daß die Arzneimittelversorgung der Versicherten unter den besonderen Bedingungen der Nachkriegs-, insbesondere der Inflationszeit zu bedenklichen Spannungen sowohl innerhalb des Versicherungssystems als auch in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Apotheken geführt hatte. Die Schwierigkeiten ließen einen alten Gedanken besonders intensiv aufleben, der freilich schon mit der Institution der Krankenkassen geboren worden war: Die Selbstabgabe von Arznei- und Heilmittel durch die Krankenkasse⁵⁵. Durch eine Ergänzung der Arzneimittelverordnung mußte klargestellt werden, daß „Zubereitungen und Stoffe“, die „dem

⁵³ Die Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 29. November 1923 (RGBl. I S. 1157) — eine Notverordnung des Reichspräsidenten — modifizierte Einzelheiten des Kassenarztrechts.

⁵⁴ Die Bekanntmachung der neuen Fassung der Reichsversicherungsordnung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 779) reflektiert die Änderungen — gemäß der Ermächtigung in Art. LXIII des Gesetzes über Änderungen der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1923 (RGBl. I S. 686) — nur, soweit ausdrückliche Änderungen der Reichsversicherungsordnung vorlagen. Zu vermerken ist ferner, daß die Verordnung des Reichspräsidenten über die Aufhebung von Maßnahmen, die aufgrund des Art. 48 der Reichsverfassung getroffen sind, vom 2. August 1928 (RGBl. I S. 291) zwar die (Not-) Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 29. November 1923, nicht aber die ursprüngliche Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923, die keine Notverordnung war, aufhob.

⁵⁵ Besonders eingehend Hans Meyer, Die Selbstabgabe von Arznei- und Heilmitteln durch die Krankenkassen, Apotheker-Zeitung 45. Jg. (1930), S. 1177 ff. — Siehe zur zeitgenössischen Diskussion ferner „Jahreswende — Schicksalswende“, Pharmazeutische Zeitung 71. Jg. (1926), S. 1 ff.; Georg Scherer, Die Eigenbetriebe der Krankenkassen, ebd., S. 18 f.; A. Büsch, Apotheker und Krankenkassen, Apotheker-Zeitung 45. Jg. (1930), S. 786 ff. — Ergänzend zu den von Meyer vermerkten Verhandlungen des Reichstags siehe etwa den Antrag Malzahn, Koenen und Fraktion, „die Reichsregierung zu ersuchen, unverzüglich einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die direkte Belieferung der Krankenkassen mit Medikamenten und Heilmitteln durch das Reich gesetzlich regelt“ (Verhandlungen des Reichstags I. Wahlperiode Band 377 Aktenstück Nr. 5696 sowie Stenografische Berichte Band 358 S. 9944, 10349 f. und 10355).

Verkehr außerhalb der Apotheken entzogen sind, . . . auch von Krankenkassengenossenschaften, Vereinen oder ähnlichen Personengesamtheiten an ihre Mitglieder nicht verabfolgt werden“ dürfen (Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 27. März 1925, RGBl. I S. 40). Umso intensiver konzentrierten sich die Krankenkassen auf die Selbstabgabe nicht apothekenpflichtiger Arznei- und Heilmittel. Da daneben am Grundsatz ärztlicher Verschreibung aller Arzneien und Heilmittel festgehalten wurde⁵⁶, wurde die Situation immer mehr durch folgende Merkmale gekennzeichnet. Die Ordnungsverantwortung des Arztes wuchs. Seine Ordnungspraxis wurde — nicht zuletzt unter dem Aspekt der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit — immer mehr reguliert⁵⁷. Der Versicherte erhielt weitgehend nur apothekenpflichtige Arzneimittel über die Apotheke, nichtapothekenpflichtige Arznei- und Heilmittel dagegen durch kasseneigene oder andere Abgabestellen (insbesondere auch Drogerien).

Diese Spaltung durch die Einrichtung von Krankenkassenapotheken zu beseitigen, wurde zwar versucht, aber nicht realisiert⁵⁸. Statt dessen entfaltete sich im Laufe der Zeit doch das in § 375 RVO angelegte Vertragssystem. Schon 1924 boten die Apotheker den Krankenkassen, die auf Selbstabgabe verzichten und den Apotheken die Alleinlieferung übertragen wollten, einen Sonderabschlag von 8 v. H. und die Berechnung von Verbandsstoffen und Artikeln der Krankenpflege einer gemeinsam herauszugebenden Preisliste an⁵⁹. 1928 kam es zu einem Abkommen über die Lieferung von Verbandsstoffen⁶⁰, am 11. Juni 1930 zu einem Abkommen über Lieferungsbedingungen, bei dem auch die Rabattfrage geregelt wurde⁶¹, sowie am 21. August 1930 zu einem Abkommen zur Durchführung des § 182 a RVO — d. h. der Selbstbeteiligung der Versicherten — (Bekanntmachung vom gleichen Tage, Reichsarbeitsblatt IV S. 375)⁶².

⁵⁶ Siehe z. B. Fuisting, Die Versorgung mit Arznei in ihrer Beziehung zur ärztlichen Verordnung, Die Krankenversicherung 19. Jg. (1931), S. 6 ff.

⁵⁷ Siehe o. S. 215; ferner z. B. die von dem Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen am 15. Mai 1925 erlassenen Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung (Reichsarbeitsblatt S. 255), später geändert durch Beschluß vom 14. November 1928 (Reichsarbeitsblatt IV. S. 401).

⁵⁸ Siehe z. B. Albert a.a.O. S. 69.

⁵⁹ Siehe Meyer a.a.O. S. 1179.

⁶⁰ Abgedruckt z. B. bei Helmut Lehmann, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 6. Aufl. Bd. I 1931 S. 635 ff.

⁶¹ Auf folgende Weise: Zwangsabschlag i. S. von § 376 RVO: 10 v. H.; Sonderabschlag für den Fall des Verzichts auf Selbstabgabe durch die Krankenkassen und der Alleinlieferung durch die Apotheken: 5 v. H. — Abdruck bei Lehmann a.a.O. S. 634 f.

⁶² Abgedruckt auch bei Lehmann a.a.O. S. 265 f.

5. Die Entwicklung 1930 bis 1932⁶³

Die Jahre 1930 bis 1932 brachten wesentliche Veränderungen. Sie begannen mit der Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. Juli 1930 (RGBl. I S. 311). Der Zweite Titel ihres Vierten Abschnittes (S. 321 ff.) befaßte sich zentral mit der Krankenversicherung. Die Verordnung fügte § 182 Abs. 2 ein, wonach die Krankenpflege „ausreichend und zweckmäßig sein“ muß, „jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ darf. Die Regelung der Rezeptgebühr (§ 182 a RVO) wurde neu gefaßt: 50 Reichspfennige von den Kosten jeder Verordnung. Auch die Krankenscheingebühr (§ 187 b RVO) wurde neu geregelt: 50 Reichspfennige je Krankenschein bei weitgehender Ermächtigung, durch Satzung und/oder Verordnung, Differenzierungen, Ausnahmen und sonstwie Näheres zu regeln⁶⁴. In der Familienhilfe, für die nunmehr kein Sonderbeitrag mehr erhoben werden durfte, wurden die Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel künftig obligatorisch zur Hälfte erstattet (§ 205 Abs. 1 Satz 2 RVO). Die Satzung konnte diesen Satz auf 70 v. H. steigern und Zuschüsse zu Hilfsmitteln, Stärkungs- und anderen kleineren Heilmitteln vorsehen (ebd. Abs. 3 Satz 3). Weitgehend neu geregelt wurde auch die Verordnungstätigkeit des Kassenarztes:

„Der Arzt ist seiner Kasse gegenüber verpflichtet, den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln. Er darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, hat eine Behandlung, die nicht oder nicht mehr notwendig ist, abzulehnen, die Heilmaßnahmen, insbesondere die Arznei-, die Heil- und Stärkungsmittel, nach Art und Umfang wirtschaftlich zu verordnen und auch sonst bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die Kasse vor Ausgaben so weit zu bewahren, als die Natur seiner Dienstleistungen es zuläßt. . . . Der Arzt, der die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht läßt, hat der Kasse den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen“ (§ 368 Abs. 2 Nr. 1 Satz 1, 2 und 4).

Der vertrauensärztliche Dienst wurde eingeführt. Die Kassen wurden verpflichtet, die Verordnungen des Arztes „in den erforderlichen Fällen durch einen anderen Arzt (Vertrauensarzt) rechtzeitig nachprüfen zu lassen“ (ebd. Nr. 2 Abs. 2 Satz 1). Überschritten die Ausgaben einer Kasse „für die ärztliche Behandlung und die Verordnung von Arznei und Heilmitteln nicht nur vorübergehend entweder das den natürlichen Umständen entsprechende Maß in auffallender Weise . . . oder in einem auffälligen Mißverhältnis zu den Durchschnittskosten aller Krankenkassen der gleichen Kassenart im Bezirk des Oberversicherungsamts“, so konnte — allerdings nach einem recht komplizierten Feststellungsverfahren —

⁶³ Siehe dazu allgemein: Lutz Richter, Das Kassenärztliche Recht von 1931/32, in: Der Arzt in Recht und Gesellschaft, Sechster Beitrag, 1932, insbes. das „Staatsrechtliche Nachwort“ (S. 140 ff.).

⁶⁴ § 187 a RVO wurde wieder aufgehoben.

das kassenärztliche Dienstverhältnis außerordentlich gekündigt werden (§ 370 Abs. 1 Satz 2 RVO).

Die Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 1. Dezember 1930 (RGBl. I S. 517) brachte weitere Änderungen⁶⁵. § 182 b brachte Ausnahmen von der Rezeptgebühr. § 187 c RVO modifizierte die Krankenscheingebühr.

Die Zweite Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 5. Juni 1931 (RGBl. I S. 279) enthielt zwar in dem Fünften Teil über „Sozialversicherung und öffentliche Fürsorge“ nichts hier Wesentliches. Das IX. Kapitel („Deutsche Arzneitaxe“) ihres Siebenten Teiles („Handels- und Wirtschaftspolitik“) (S. 314) betraf jedoch die Arzneimittelversorgung. Der Reichsregierung wurde erlaubt, den Zuschlag nach Nr. 2 der Textlichen Bestimmungen der Deutschen Arzneitaxe (den sogenannten Spezialitätenzuschlag) abweichend von § 80 der Gewerbeordnung, die immer noch die Landeszentralbehörden ermächtigte, festzusetzen⁶⁶. Ferner wurde die Reichsregierung ermächtigt, den Kassenrabatt i. S. von § 376 RVO zu bestimmen⁶⁷.

Die Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8. Dezember 1931 (RGBl. I S. 699) brachte in Kapitel I („Krankenversicherung“) des Fünften Teiles („Sozialversicherung und Fürsorge“) (S. 718 ff.) erneut eingehende Vorschriften über den kassenärztlichen Dienst (Abschnitt 1 ebd.). Bemerkenswert ist insbesondere, daß der kassenärztlichen Vereinigung die Gewähr dafür übertragen wurde, „daß die kassenärztliche Versorgung der Kranken ausreichend und zweckmäßig, die Verordnung von Heilmaßnahmen, insbesondere von Arznei und Heilmitteln, nach Art und Umfang wirtschaftlich ist . . .“ (§ 4 Abs. 2 ebd.). Durch die gleiche Verordnung wurden die Leistungen der Krankenversicherung umfassend auf Regelleistungen beschränkt (Abschnitt 2 ebd.).

Die vorgenannte Verordnung (§ 11 des zitierten Abschnittes 1) hatte den Reichsarbeitsminister ermächtigt, die Kassenarztvorschriften der Reichsversicherungsordnung dem neuen Recht anzupassen. Davon machte er durch die Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14. Januar 1932 (RGBl. I S. 19) Gebrauch. Die Maximen der ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreitenden Versorgung und der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneien, Heil-

⁶⁵ Erster Teil: Änderungen der Verordnung des Reichspräsidenten vom 26. Juli 1930, Kap. II Arbeitslosenversicherung und Krankenversicherung (S. 520 ff.).

⁶⁶ Siehe dazu aber Albert a.a.O. S. 5 f.: Die Reichsregierung machte zunächst keinen Gebrauch davon.

⁶⁷ Siehe auch dazu Albert (a.a.O. S. 53) im gleichen Sinne.

und Stärkungsmitteln fanden sich darin erneut niedergelegt (§ 368 d Abs. 1 RVO), desgleichen Garantiepflcht und Sanktionsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 d Abs. 2 bis 4 RVO) sowie der vertrauensärztliche Dienst (§ 369 b RVO). Schließlich fand sich — neu gefaßt — auch wieder die Möglichkeit, daß die Krankenkasse im Falle einer Versorgungskrise von der ärztlichen Behandlung als Sachleistung zu deren barer Abgeltung durch eine Pauschale wechselt (§ 370 RVO). Die Regelung des Verhältnisses zwischen Kassen und Apotheken (§§ 375 f. RVO) blieb von dieser Neufassung dagegen ausgespart.

6. Die Zeit von 1933 bis 1945

Die Entwicklungen von 1933 bis 1945 entziehen sich einer Darstellung, die gleichermaßen knapp und verläßlich sein will. Die Erleichterungen des Rechtsetzungsverfahrens — vieles geschah im Erlaßwege — und kriegsbedingte Maßnahmen erschweren die Übersicht. Folgendes sei gleichwohl festgehalten.

Noch 1933 wurde das Kassenarztsystem organisatorisch zentralisiert (Verordnung über kassenärztliche Vergütung vom 19. Dezember 1933, RGBl. I S. 1103). Die Verordnung über den Arzneikostenanteil in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1933 (RGBl. 1934 I S. 17) setzte die Rezeptblattgebühr auf 15 Reichspfennige herab⁶⁸ und erleichtert die Gewährung von Arznei und Heilmitteln in der Familienhilfe.

Am 1. Januar 1936 wurde erstmals eine nicht nur materiell, sondern auch formell einheitliche Deutsche Arzneitaxe erlassen⁶⁹. Durch Verordnung vom 28. Oktober 1938 (RGBl. I S. 1611) wurde sie im Lande Österreich eingeführt (§ 1) und der Kassenrabatt (§ 376 RVO) auf 7 v. H. festgesetzt (§ 2)⁷⁰.

Der Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 20. Mai 1941/2. November 1943 (Amtliche Nachrichten 1941 S. 197/1943 S. 485) brachte die zeitlich grundsätzlich unbegrenzte Krankenpflege und Verbesserungen der Familienhilfe⁷¹.

Kurz vor Kriegsende brachte die Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. März

⁶⁸ Zur Aufrechterhaltung dieser befristeten Vorschrift siehe die Nachweise bei Peters a.a.O. § 182 a Anm. 1.

⁶⁹ Zu Bekanntmachung und Ermächtigungsgrundlage siehe BGBI. III Anm. auf S. 2121 - 4/59.

⁷⁰ Siehe im übrigen zu der recht unübersichtlichen Einführung des Rabattes von 7 v. H. das oben Anm. 16 zitierte Material insb. die Anm. von Pieck, Neue juristische Wochenschrift 23. Jg. [1970], S. 1965.

⁷¹ Einzelheiten siehe bei Peters a.a.O. § 187 Anm. 3 und Abschnitt II vor § 205 (S. 17/584 f.).

1945 (RGBl. I S. 41) weitere Annäherungen des Krankenversicherungsrechts an den jetzigen Rechtszustand. Die Familienangehörigen wurden hinsichtlich der Krankenpflege den Versicherten gleichgestellt. Die Erhebung der Krankenscheingebühr wurde eingestellt. Die Rezeptblattgebühr dagegen wurde wieder auf 50 Pfennige angehoben⁷².

7. Die Entwicklung in der Bundesrepublik

Die verworrenen, territorial unterschiedlichen Entwicklungen in der Nachkriegszeit können und sollen hier nicht im einzelnen aufgezeichnet werden. Die für das Bundesgebiet einheitlichen Gesetzgebungsvorgänge fanden ihren Auftakt in dem Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513).

Dadurch wurden die §§ 368 ff. RVO neu gefaßt. „Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören auch . . . die Verordnung von Arznei, Heilmitteln, Hilfsmitteln und Krankenhauspflege . . .“ (§ 368 Abs. 2)⁷³. „Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist . . . Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen“ (§ 368e Satz 1 und 2). Den kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Gewähr der gesetzmäßigen Versorgung der Versicherten, aber auch — zusammen mit den Krankenkassen — die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 n). Das System der Gesamtvorgänge ist durch Schiedsinstanzen so abgesichert (§§ 368 g - 368 i), daß die Alternative der ärztlichen Versorgung im Wege der Kostenerstattung nicht wieder auftaucht. Darüber hinaus haben Bundesaussüsse Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Verordnung von Arznei und Heilmitteln zu beschließen (§ 368 p), die von Landesausschüssen ergänzt werden können (§ 368 q)⁷⁴. Der vertrauensärztliche Dienst blieb daneben weiterhin damit betraut, auch die Verordnungstätigkeit der Ärzte zu überwachen (§ 369 b).

⁷² Näheres siehe etwa bei Peters a.a.O. § 182 a Anm. 1, § 182 b Anm., § 187 Anm. 1 und 3, §§ 187 a bis 187 c Anm., Abschnitt II vor § 205 (S. 17/585).

⁷³ Text der gegenwärtigen Fassung. Siehe dazu z. B. Luber, Deutsche Sozialgesetze, Nr. 700 [RVO] S. 101 Anm. Die ursprüngliche Fassung lautete: „Zu ihr gehören auch . . . die Verordnung von Arzneien und Heilmitteln und von Krankenhauspflege . . .“

⁷⁴ Im *ausführenden Instrumentarium* ist zu unterscheiden:
— Unter den *Gesamtverträgen* bleiben die *Bundesmantelverträge* (siehe den

Eine reichseinheitliche Regelung des Apothekenwesens war unter standesrechtlichem Aspekt erstmals durch die Reichsapothekerordnung vom 18. April 1937 (RGBl. I S. 457) unternommen worden, ohne für hier Spezifisches zu bringen. Das Apothekenwesen im Sinne des Niederlassungs- und allgemeinen Berufsausübungsrechts wurde erstmals bundeseinheitlich durch das Gesetz über das Apothekenwesen vom 20. August 1960 (BGBl. I S. 697) geregelt. Was die wirtschaftliche Stellung der Apotheken anbelangt, war dem freilich das revolutionäre „Apothekenurteil“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 7, 377) vorangegangen, das die Errichtung von Apotheken weitgehend den marktwirtschaftlichen Gesetzen unterstellte und die öffentliche Kontrolle auf die Qualifikation der Apotheker konzentrierte. Das Gesetz von 1960 änderte hieran

Bundesmantelvertrag gültig ab 1. Oktober 1950 in d. F. vom 26. Mai 1971, abgedruckt etwa bei: Friedrich Nienhaus, Bundesmantelvertrag Ärzte, 6. Aufl. 1971), denen ja nach § 368 g Abs. 1 RVO die Gewährleistung einer gleichmäßigen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Kranken und einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen anvertraut ist, weitgehend im Allgemeinen und Formalen stecken (siehe z. B. §§ 4 Abs. 2 und Abs. 4, 17, 18, 22, 23 des Bundesmantelvertrags Ärzte).

- Mehr in die Einzelheiten gehen dagegen *speziellere*, insbesondere regionale Gesamtverträge (siehe z. B. Gesamtvertrag zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 7. Juli 1965 [insb. § 6], abgedruckt bei Gustav Heinemann - Rolf Liebold - Peter J. Heinemann, Kassenarztrecht, 4. Aufl. Band II S. IV 112 p ff.; Vereinbarung über die Regelung des Prüfungswesens zwischen dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 2. Mai 1961, abgedruckt ebd. S. IV 157 ff.; Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbadens und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Verordnungsweise vom 15. September/29. Oktober 1965, ebd. S. IV 157 ff.; Vereinbarung über die wirtschaftliche Verordnungsweise zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse für das Saarland und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland vom 21. August/20. September 1961, ebd. S. IV 161 ff.; Prüfvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Landesverbänden der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, ebd. S. IV 162 o ff.).
- Je aussageschwächer und (regional) differenzierter die Gesamtverträge jedoch sind, um so bedeutsamer werden die *Richtlinien*, die ja auch auf eine vergleichsweise lange Tradition zurückblicken (siehe oben Anm. 56). Siehe ergänzend zur Fortgeltung alter Richtlinien (Art. 5 § 13 GKAR), insb. der Richtlinien für die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln vom 24. Februar 1933 (RABl. IV S. 100); Heinemann-Liebold a.a.O. Bd. I § 368 p RVO Anm. 2 (S. I 79 f.). Die einschlägigen „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien)“, zunächst vom 12. Dezember 1960 (BANz. Nr. 251 vom 29. Dezember 1960) liegen nunmehr in der Fassung vom 7. Oktober 1971 BANz. Nr. 238 vom 22. Dezember 1971) vor. Zur weiteren Richtlinienpraxis der zuständigen Bundesausschüsse siehe z. B. Heinemann-Liebold a.a.O. Bd. 2 S. IV 47 ff.
- Wesentliche Ergänzungen durch *Landesrichtlinien* (§ 368 q Abs. 2 RVO) sind nicht zu beobachten (siehe z. B. Heinemann-Liebold a.a.O. § 368 q Anm. 2 [S. I 85 f.]; siehe auch § 17 Abs. 1 des Bundesmantelvertrags Ärzte, wonach [nur] die vom Bundesauschuß erlassenen Richtlinien zu beachten sind).

nichts Wesentliches. Für die Aufgabe der Apotheken, „die im öffentlichen Interesses gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“ (§ 1 Abs. 1) mögen einzelne Neuerungen der bundesrechtlichen Regelung bedeutsam sein. Besonderheiten in bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung sind dem Gesetz nicht zu entnehmen.

Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) vom 16. Mai 1961 (BGBl. I S. 533) definierte unter anderem die Begriffe des Arzneimittels (§ 1) und der Arzneispezialität (§ 4) neu⁷⁵. Es hielt an der Unterscheidung zwischen apothekenpflichtigen und nichtapothekenpflichtigen, verschreibungspflichtigen und nichtverschreibungspflichtigen Arzneien (und anderen Heilmitteln) fest, wobei die verschreibungspflichtigen Arzneien auch apothekenpflichtig sind (§§ 28 ff.) — alles freilich, ohne darüber etwas auszusagen, ob die Krankenkassen auch nichtverschreibungspflichtige Arzneien und Heilmittel nur nach Maßgabe ärztlicher Verordnung leisten. Die Ermächtigung des § 80 der Gewerbeordnung wurde abgelöst durch § 37 des Arzneimittelgesetzes, wonach der Bundeswirtschaftsminister ermächtigt wird, im Einvernehmen mit einer Reihe weiterer Stellen „in der deutschen Arzntaxe 1. Preise und Preisspannen für die Abgabe von Arzneimitteln und für die Abgabefäße festzusetzen, 2. Vorschriften über die Bildung von Preisen zu erlassen“. „Die Preise und Preisspannen der deutschen Arzntaxe sind so festzusetzen, daß den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher und der Apotheken als Einrichtungen der öffentlichen Arzneimittelversorgung Rechnung getragen wird“ (Abs. 2 ebd.)⁷⁶. Der sozialversicherungsrechtliche Apothekenabschlag ist jedoch weiterhin im § 376

⁷⁵ Zur Relevanz der Begriffe für das Krankenversicherungsrecht siehe z. B. Peters a.a.O. § 182 Anm. 4 b (S. 17/278 ff.).

⁷⁶ Die Regelung ist in dem primär gesundheitspolitisch orientierten Arzneimittelrecht ein Fremdkörper, wie sich auch schon aus der primären Ermächtigung des Bundeswirtschaftsministers, das sonst mit dem Vollzug des Gesetzes kaum etwas zu tun hat, ergibt (siehe dazu z. B. Arno Kloesel - Walter Cüran, Arzneimittelgesetz, 2. Aufl. 1962, § 37 Anm. 1). Aufschlußreich erscheint auch, daß die Deutsche Arzntaxe vom 1. Januar 1936 nicht nur auf § 80 Abs. 1 der Gewerbeordnung, sondern auch auf § 376 RVO und § 204 des Reichsknappschaffgesetzes gestützt wurde (siehe Anm. 68), die Änderung vom 19. April 1952 (BAnz. Nr. 83 vom 30. April 1952) in erster Linie auf preisrechtliche Grundlagen und noch etwa die 6. Verordnung zur Änderung der Deutschen Arzntaxe 1936 vom 6. Juni 1968 (BAnz. Nr. 107), obwohl inzwischen das Arzneimittelgesetz erlassen worden war, sich auf §§ 2, 3 des Preisgesetzes in Verbindung mit § 63 Abs. 9 des Arzneimittelgesetzes (nicht dagegen auf § 37 des Arzneimittelgesetzes) beruft. Während die Verordnungspraxis also einen starken preisrechtlichen Akzent setzt — ohne daß damit gesagt werden könnte, daß sie den ökonomischen Problemen gerecht wird —, wurden gerade die ökonomischen Probleme im Verlauf der Gesetzgebungsverhandlungen zu § 37 des Arzneimittelgesetzes nur sehr allgemein ökonomisch unzulänglich und mit einem vordergründigen preisdirektistischen Euphemismus angesprochen (siehe z. B. Etmer-Bolck a.a.O. § 37 Anm. 2).

RVO angesprochen⁷⁷. Durch das Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 12. Juli 1961 (BGBl. I S. 913) wurde das im Wege des Erlasses für die medizinische Versorgung bereits 1941 eingeführte Prinzip, daß Krankenpflege ohne zeitliche Begrenzung gewährt wird, in das Gesetz übernommen (§ 183 Abs. 1 Satz 1 RVO).

Das Gesetz zur Verwirklichung der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes, II. Teil — Finanzänderungsgesetz 1967 — vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259) griff das Problem der Rezeptgebühr neu auf — nunmehr: je Verordnungsblatt 1 DM, jedoch höchstens die Kosten der Leistung — und faßte dazu § 182 a RVO neu.

Das Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946) faßte wiederum die Vorschriften über die Rezeptgebühr — nunmehr 20 v. H. des Betrages, höchstens aber DM 2,50 — neu (§ 182 a RVO), strich die Vorschriften über die Krankenscheingebühr (§ 187 b und 187 c RVO) und versuchte, den steigenden medizinischen Kosten im Rahmen der Krankenversicherung mit der Prämie für die Nichtinanspruchnahme eines Krankenscheines zu begegnen (§ 188 RVO). Die Kongruenz der Krankenpflegeleistungen für Versicherte und Familienangehörige wurde umfassend hergestellt (§ 205 RVO). Die Vorschriften über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 2 RVO) und über den vertrauensärztlichen Dienst (§ 369 b RVO) wurden den neueren Entwicklungen — insbesondere im Hinblick auf die Lohnfortzahlungsregelung — angepaßt.

Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Zweites Krankenversicherungsänderungsgesetz) vom 21. Dezember 1970 (BGBl. I S. 1770) baute die Früherkennung von Krankheiten in die Krankenversicherung ein. Einige der vorzitierten Vorschriften mußten dem angepaßt werden. Die Grundsätze der Arzneimittelversorgung wurden jedoch nicht verändert.

Diese werden auch — mehr oder minder modifiziert — vom Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte — KVLG) vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433) übernommen. Verträge mit Apotheken sind dort aber nicht erwähnt. Vielmehr ist nur ausgesprochen, daß die

⁷⁷ Siehe dazu nochmals oben Anm. 16 und Anm. 59. Heute ist die obrigkeitliche Festsetzung des Rabatts offenbar durchwegs der vertraglichen Vereinbarung (§ 375 RVO) gewichen (siehe z. B. Peters a.a.O. § 376 Anm. 1 und 3; RVO-Gesamtkommentar § 376 Anm. 3). Siehe aber die erneute gesetzliche Fixierung im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (siehe unten S. 225).

Apotheken den Krankenkassen für die Arzneien einen Abschlag von den Preisen der Arzneytaxe in Höhe von 7 v. H. zu gewähren haben (§ 76 Abs. 2).

IV. Schlußbemerkungen

Der Blick auf die Entwicklung der Arzneiversorgung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat einen Prozeß von erstaunlicher Konformität und Konstanz gezeigt. Das Prinzip gegenständlich umfassender Arzneiversorgung als Sachleistung gesetzlicher Krankenversicherung wurde, wo es zunächst noch unvollkommen realisiert war, immer weiter ausgedehnt: personell (Ausdehnung des Versichertenkreises; Mutterschafts- und Familienhilfe), zeitlich (durch Abbau der Fristen der Krankenhilfe) und sachlich (gegenüber den Alternativen der pauschalen Abfindung oder der Kostenerstattung). Das Vertragsregime zwischen Kassen und Ärzten sowie zwischen Kassen und Apotheken wurde ausgebaut. Die Verordnungspraxis der Ärzte wurde einem immer differenzierteren — was nicht notwendig heißt: effektiveren — organisatorischen und funktionellen (insbes. normativen) System von Kontrollen unterstellt. Die relative Starre der Einzelhandelspreise — d. h. Apothekerpreise — für Arzneimittel (einschließlich des Preisprivilegs der gesetzlichen Krankenkassen) trat immer klarer hervor. Die Selbstabgabe von Arzneien und anderen Heilmitteln durch die Kassen blieb offenbar Episode. Experimentiert wurde allenfalls mit Rezeptblattgebühren, Krankenscheingebühren und Krankenscheinboni — immer ineffektiv und wohl immer so, daß der Pelz beim Waschen nicht naß werden sollte.

Die Geschichte als Lehrmeisterin — was hat sie hier zu bieten? Gewiß nicht viel. Allenfalls läßt sich sagen, daß grundsätzliche Alternativen zu dem für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung typischen System nicht versucht wurden; Erfahrungen aus der deutschen Rechts- und Sozialgeschichte können daher den Versuch von wesentlich Anderem genauso wenig rechtfertigen, wie sie ihm entgegenstehen⁷⁸.

⁷⁸ Exemplarisch sei dieses empirische Manko am Phänomen des konstanten Wachstums des Anteils der krankenversicherten Personen an der Summe der (potentiellen) Drogenkonsumenten verdeutlicht. Ist dieses Wachstum für das gesamte Wachstum des Arzneimittelverbrauchs verantwortlich oder mitverantwortlich? Oder hat es eher zu dessen Disziplinierung beigetragen? Für beide Annahmen gäbe es Gründe. Was zutrifft, läßt sich kaum beweisen. Denn die Frage kann nicht mit der Aufnahme des Tatbestandes beantwortet werden, ob die *heute* krankenversicherten Personen mehr oder weniger Arznei-Aufwand haben als die *heute* nicht-krankenversicherten Personen (s. dazu Kastner, Die allgemeinen Ursachen usw. [Anm. 1] S. 649 f.). Denn dieser Differenzial-Tatbestand sagt nichts darüber aus, wie das Verhältnis wäre, wenn die Grenze noch dort läge, wo sie etwa 1883 oder 1911 gezogen wurde. Er sagt auch nichts darüber aus, zu welchen ungerechtfertigten Verbräuchen und/oder Verzichten die Bedingungen der Versicherung und der Nichtversicherung unter dem jeweils gegebenen medizinischen und sozialen (einschließlich: sozialpsychischen) und typischen individuellen (insbesondere wirtschaftlichen) Verhältnissen führen.

Unter den gegenwärtigen sozialpolitischen Bedingungen sind diese beiden Negationen freilich nicht gleich wichtig. Fast alle Vorschläge, die derzeit im Raume sind, laufen auf eine weitere Erstreckung und Intensivierung des überkommenen Systems hinaus. Langfristig ist der steigende Arzneimittelaufwand aber gerade der Entfaltung der herrschenden Prinzipien sozialer Sicherung gegen medizinische Bedarfe einhergegangen. Gewiß könnte und müßte noch unterschieden werden, welche Zusammenhänge sich in welcher Phase wie ausgewirkt haben. Gleichwohl legt der grobe historische Gleichklang eine Hypothese nahe. Entsprechend müßte der bisherige Verzicht auf elementare — um nicht zu sagen: radikale — Alternativen die Bemühungen gerade in dieser Richtung provozieren. Inwieweit wäre nicht etwa (auch) im Bereich der sozialen Vorsorge gegen medizinische Bedarfe eine Kombination von Basis-Sicherung (vor allem gegen Groß-Risiken?) und von freiwilliger zusätzlicher Sicherung (innerhalb oder außerhalb desselben Systems) denkbar? Inwieweit sollte nicht die Eigenverantwortung der Versicherten durch eine Beteiligung am Arzneimittelaufwand stimuliert werden, die unter Umständen den Pelz auch naß wäscht? Böte das Kostenerstattungsprinzip mehr Möglichkeiten, Eigenverantwortlichkeit zu erzeugen als das Sachleistungsprinzip? Inwieweit könnte die Rolle des Arztes nicht nur reglementiert, sondern auch — durch Mehrfunktionen der Patienten, der Krankenkassen, der Apotheken, der pharmazeutischen Industrie oder auch staatlicher Stellen usw. — entlastet werden? (Das ist gewiß die komplexeste und heikelste aller zu stellenden Fragen.) Inwieweit könnte die ökonomisch, medizinisch und pharmazeutisch so formal — was gewiß nicht heißt: „materiell unergiebig — gewordene Rolle der Apotheke mit markt-, medizinischen- oder pharmazeutischen Funktionen aufgefüllt und aktiviert werden? Müßte die Preisregelung im Arzneiwesen nicht über die Front des Einzelhandels hinaus auf das Hinterland des Großhandels und der Produktion erstreckt werden? Sollte in den evident in so vieler Hinsicht notleidenden Kreislauf von pharmazeutischem Angebot, ärztlicher Verordnungspraxis und Drogen-nachfrage und -verbrauch durch den einzelnen nicht eine völlig neuartige Institution eingebaut werden, die sich durch Unabhängigkeit und Sachverstand, durch die Pflicht zur objektiven Information, zur neutralen Prüfung der Preiswürdigkeit von Arzneien und zur Kontrolle der Vielfalt des Angebots an Arzneien nach Substanz und Funktion von den bisher maßgeblichen Entscheidungs- und Einflußsubjekten grundlegend abhebt?

Es ist hier so erstaunlich vieles noch nicht versucht, ja noch nicht einmal laut gedacht worden. Vielleicht erscheint der eine oder andere Gedanke für erste als „unsozial“. Wer diesen Vorwurf erhebt, muß aber bedenken, daß die permanent steigende Sozialbelastung der Einkommen durch

umverteilte Arzneykosten *auch* ihre unsozialen Implikationen hat⁷⁹. Alles in allem: Die Aussage der Geschichte, daß sie dem Experiment elementar anderer Methoden sozialer Vorsorge gegen Arzneibedarfe keine Erfahrungen entgegenstellt, erscheint aktuell sehr viel wichtiger als die andere, daß sie den Erfolg solcher Experimente nicht verbürgt.

⁷⁹ Oft dient das Epitheton „sozial“ auch nur zur Deklaration. Rechtfertigung oder Verschleierung sozialer (organisatorischer) Machtverhältnisse, die mit bestimmten sozialpolitischen Techniken verbunden sind.

Verzeichnis der Publikationen

- Rechtssetzung durch die Wirtschaft. In: Textil Zeitung, 12. Jg. (1935), Nr. 148 (vom 22. 6. 1935).
- Organisierte Konkurrenz-Preisbildung. Großhandelsversteigerung und Warenbörse. Buske Verlag, Leipzig 1936.
- Die wissenschaftliche Methode und das Gesamtwerk Cournots. In: Archiv für Mathematische Wirtschafts- und Sozialforschung, Bd. 4 (1938), S. 238 - 251.
- Die direkte Auslandsinvestierung. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 148 (1938), S. 525 - 555.
- Leibniz und Cournot. In: Zeitschrift für Nationalökonomie, Bd. 9 (1938/39), H. 5, S. 505 - 540.
- Theoretische Probleme der direkten Auslandsinvestierung. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 152 (1940), S. 241 - 268 und S. 417 - 445.
- Besprechung von Jurković, Božidar: Das ausländische Kapital im ehemaligen Jugoslawien. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 155 (1942), S. 204 - 206.
- Geldwirtschaft und Wirtschaftssysteme. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 155 (1942), S. 433 - 467 und S. 571 - 602.
- Monopolbekämpfung durch spezielle Marktstrategie. Über den Kampf der schwedischen Konsumgenossenschaften gegen wirtschaftliche Machtzusammenballungen. In: Schmollers Jahrbuch, Bd. 67 (1943), S. 271 - 318.
- Gutachten: Die wirtschaftliche Verarmung Deutschlands. Verarmungsprozeß oder Aufbau: Bernhard Pfister und Elisabeth Liefmann-Keil, Gutachten im Auftrage des Deutschen Caritasverbandes e. V., Freiburg im Breisgau 1947, II, 68 Seiten (masch.-schr. Vervielf.).
- Freiburg, eine ausgewogene Stadt. In: Die Neue Stadt, Jg. 1 (1947), H. 3, S. 109 - 112.
- Internationale Lohndiskussion. In: Wirtschaftszeitung, Jg. 2, vom 28. 2. 1947.
- Änderung der sozialen Struktur. In: Wirtschaftszeitung, Nr. 42, vom 16. 10. 1948.
- Das Stiefkind Wohnungsbau. In: Die Gegenwart, Jg. 3 (1948), Nr. 1/2, S. 28 - 31.
- Umwertung der Frauenarbeit. In: Die Gegenwart, Jg. 3 (1948), Nr. 9/10, S. 40 - 41.
- Notwendige Vorräte. In: Die Gegenwart, Jg. 3 (1948), Nr. 66, S. 26 - 27.
- Soziale Sepsis. Der progressive Prozeß der Verarmung in Deutschland. In: Wort und Wahrheit, Jg. 3 (1948), H. 2, S. 138 - 142.
- Soziale Betriebsgestaltung, volkswirtschaftlich gesehen. In: Soziale Betriebsgestaltung, Verlag Recht und Wirtschaft, Heidelberg 1948.

- Intervention und Rahmenplanung. Bemerkungen zu Lord Beveridge: Vollbeschäftigung in einer freien Gesellschaft. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 161 (1949), S. 112 - 136.
- Die Wandlung der sozialwissenschaftlichen Aufgaben. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 105 (1949), H. 3, S. 475 - 497.
- Betriebsreform von außen? In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, vom 17. 12. 1949.
- Im Zeichen der Sozialpädagogik. In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, 1949.
- Hegemonie des Fiskus? In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, 1949.
- Die Dollarknappheit in der Welt. In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, Nr. 29, vom 9. 4. 1949.
- Anwälte der Regierung (Inoffizielle Streiks in England). In: Die Gegenwart, Jg. 4 (1949), Nr. 5, S. 9 - 11.
- Staatsbudget — Nationalbudget. In: Die Gegenwart, Jg. 4 (1949), Nr. 13, S. 26 - 29.
- Verpaßte Gelegenheiten. Westdeutschland nach der Währungsreform. In: Wort und Wahrheit, Jg. 4 (1949), H. 2, S. 129 - 133, wiederabgedruckt in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge 1949, Nr. 6, S. 122 - 124.
- Entwicklung der internationalen Sozialpolitik. In: 50 Jahre Sozialpolitik, Düsseldorf 1950, (Der Arbeitgeber, Sonderheft, Nr. 24), S. 86 - 88.
- Die Tendenz zur Konkretisierung in der Nationalökonomie. Über die neuere Entwicklung der schwedischen Wirtschaftswissenschaft. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 106 (1950), H. 2, S. 250 - 280.
- Der Weg zur Selbsthilfe. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 1950, Nr. 12.
- Die Idee der Selbsthilfe. In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, Nr. 80, vom 7. 10. 1950.
- Theoretiker des Unternehmers. (Josef Schumpeter). In: Die Gegenwart, Jg. 5 (1950), Nr. 4.
- Hausfrau und Haushalt in der Volkswirtschaft. In: Wörterbuch der Politik, Hrg.: Alice Scherer, Freiburg im Breisgau 1951, H. 4, S. 97 - 110.
- Zur Entwicklung der Verteilungstheorie. Eine dogmengeschichtliche Studie zum 100. Geburtstag von Wicksell und Wieser. In: Zeitschrift für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 163 (1951), H. 6, S. 405 - 433.
- Sozialpolitische Entwicklungstendenzen. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, Frankfurt am Main 1951, Nr. 5 - 6, S. 139 - 141.
- Zur Entwicklung der Sozialversicherungsreform. In: Deutsche Versicherungszeitschrift, Jg. 5 (1951), Nr. 10, S. 222 - 225.
- Der Bundeswirtschaftsrat und die Hausfrauen. In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, Nr. 89, 1951
- Besprechung von Heimann, Eduard: Geschichte der volkswirtschaftlichen Lehrmeinungen. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 107 (1951), S. 754 - 756.

- Grenzen der Einkommensverteilung. Zehn Jahre nach Beveridge. In: Deutsche Versicherungszeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung, Jg. 6 (1952), H. 11, S. 256 - 258.
- Fürsorge — Versicherung — Versorgung, 10 Jahre Beveridge-Plan. In: Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung, Nr. 87, vom 29. 10. 1952.
- Kinderbeihilfen. In: Stimme der Gemeinde, Jg. 4 (1952), Nr. 5.
- Die Lohnaufspaltung. In: Die Gegenwart, Nr. 147, vom 15. 1. 1952.
- Besprechung von Halm, George N.: Economic Systems. A Comparative Analysis. New York 1951. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 108 (1952), S. 368 - 371.
- Die wirtschaftliche Beherrschung der Natur. In: Der große Herder, 5. neubearbeitete Auflage, 10. Band: „Der Mensch in seiner Welt“, Freiburg im Breisgau 1953, Spalte 991 - 1144.
- Betriebliche Sozialpolitik in USA. In: Die Gegenwart, Nr. 12, vom 6. 6. 1953.
- Abkehr von der sozialen Nivellierung. In: Die Gegenwart, Nr. 25, vom 5. 12. 1953.
- Altersversorgung in Amerika. In: Die Zeit, Nr. 47, vom 19. 11. 1953.
- Wann soll der Mensch in den Ruhestand treten? In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 140, vom 20. 6. 1953.
- Zu einer Theorie der Wirtschaftspolitik. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 110 (1954), H. 4, S. 745 - 756.
- Ekonomisk Politik i Västtyskland 1948 - 1953. In: Ekonomisk Revy, Ärg. 11 (1954), H. 1, S. 12 - 19.
- Wirtschaftliche Probleme der Krankenversorgung. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 3 (1954), H. 8/9, S. 193 - 195.
- Die Vereinheitlichung der betrieblichen Altersversorgung. Ein schwedischer Vorschlag. In: Der Arbeitgeber, Jg. 6 (1954), Nr. 15/16, S. 608 - 610.
- Beschäftigungspolitik innerhalb der Sozialpolitik. Diskussion um das Ruhestandsalter in England. In: Ausländische Sozialprobleme, Jg. 4 (1954), H. 4, S. 41 - 42.
- Lohn und Familienbeihilfen in Frankreich. In: Ausländische Sozialprobleme, Jg. 4 (1954), Folge 3, S. 28 - 32.
- Bostadsfinansiering och Bostadspolitik i Västtyskland. In: Ekonomisk Revy, Ärg. 12 (1955), S. 85 - 93.
- Familieneinkommen und Familienausgaben in internationaler Sicht. In: Ausländische Sozialprobleme, Jg. 5 (1955), Folge 8/9, S. 110 - 111.
- Das Deckungsverfahren in der sozialen Rentenversicherung. Die volkswirtschaftliche Problematik. In: Soziale Sicherheit, Jg. 4 (1955), H. 7, S. 198 - 201.
- Neue Methoden der Industrialisierung. In: Die Gegenwart, Nr. 233, vom 7. 5. 1955.
- Das westdeutsche Sozialsystem im internationalen Vergleich. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 4 (1955), H. 4, S. 93 - 95.
- Die Angestellten in der modernen Wirtschaft (Buchbesprechung). In: Ausländische Sozialprobleme, Jg. 5 (1955), Folge 2, S. 24.

- Die Rentenreform in sozial- und wirtschaftspolitischer Sicht. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, Jg. 7 (1956), H. 5, S. 274 - 281.
- Wirtschaftliches Wachstum und Altersversicherung. (Zur Sozialreformdebatte in Schweden.) In: Sozialer Fortschritt, Jg. 5 (1956), H. 1, S. 17 - 18.
- Produktivitätsorientierte Lohnpolitik. In: Weltwirtschaftliches Archiv, Bd. 76 (1956), H. 2, S. 240 - 266.
- Konjunkturpolitische Erwägungen zur Einführung einer neuen Altersversicherung. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 5 (1956), H. 7/8, S. 145 - 148.
- Zur Neugestaltung der Altersrenten. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 2 (1956), H. 4, S. 101 - 105.
- Bemerkungen zu zwei Vorschlägen von Arbeitgebervereinigungen zur Altersversicherung. In: Der Arbeitgeber, 1956, H. 3, S. 91 - 94.
- Rentenreform und Lohnpolitik. In: Sozialpolitik und Sozialreform. Ein einführendes Lehr- und Handbuch der Sozialpolitik. Hrsg.: Erik Boettcher, Tübingen 1957, S. 325 - 335.
- Über die Entwicklung der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften im neunzehnten Jahrhundert. In: Aus der Geschichte der Rechts- und Staatswissenschaften zu Freiburg im Breisgau, Hrsg.: Hans Julius Wolff, Freiburg im Breisgau 1957, S. 47 - 67.
- Probleme der Sozialpolitik in der Gegenwart. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 104 (1957), H. 10, S. 316 - 324.
- Modernes und Konservatives in den neuen Rentengesetzen. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 3 (1957), H. 2/3, S. 32.
- Veränderte Voraussetzungen für die Sozialpolitik und ihre Folgen. Zur Volksabstimmung über die Altersversicherung in Schweden. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 3 (1957), H. 11, S. 293 - 295.
- Folgen der Arbeitszeitverkürzung. In: Die Gegenwart, 13. Jg. (1958), Nr. 4, S. 121 - 122.
- Zum Sparen der Arbeitnehmer. In: Der Arbeitgeber, 1958, H. 5, S. 142 - 145 (Teil I), H. 6, S. 182 - 185 (Teil II), H. 7, S. 224 - 226 (Teil III).
- Wirtschaftliche Grenzen für Sozialleistungen? Gedanken zum Ausbau der Krankenversicherung. In: Die Betriebskrankenkasse, 1958, Nr. 19
- Die Kosten der sozialen Sicherheit im internationalen Vergleich. In: Recht und Arbeit, Jg. 12 (1959), H. 2, S. 50.
- Zur Entwicklung der Theorie der Bewilligung öffentlicher Einnahmen und Ausgaben. In: Finanzarchiv, N.F., Bd. 19 (1959), H. 2, S. 219 - 239.
- Sozialverwaltung, Gesundheitssicherung und Finanzierung der Sozialleistungen. In: Zeitschrift für Sozialreform, 1959, H. 6, S. 393 - 606.
- Index-Based Adjustments for Social Security Benefits. In: International Labor Review, Vol. 79 (1959), No. 5, S. 487 - 510.
- Das Ausmaß sozialer Einkommensübertragung — Gesamtwirtschaftliche Grenzen — Einzelwirtschaftliche Alternativen, In: Der Arbeitgeber, 1959, H. 13/14, S. 439 - 445.

- Zur Armutsbekämpfung in jungen und alten Industrieländern. Über Erfahrungen in der Sozialpolitik. In: Neue Wege der Fürsorge. Rechtsgrundlagen, Arbeitsformen und Lebensbilder. Eine Festgabe für Herrn Prof. Dr. Hans Muthesius zum 75. Geburtstag. Hrsg.: Achinger, H., Prestel, R., Ohl, O., Schmerbeck, F., Pense, R., Köln, Berlin, München, Bonn 1960 (erschienen als Heft 214 der Schriften des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge)
- Ökonomische Theorie der Sozialpolitik. Berlin 1961.
- Prinzipien der Lohnpolitik. Über die Veränderungen in den Aufgaben der Tarifpartner. In: Studium Generale, Bd. 14 (1961), H. 6, S. 307 - 318.
- Ausbildung und Arbeitsmarkt. In: Die deutsche Berufs- und Fachschule, Bd. 59 (1963), H. 8, S. 566 - 570.
- Erwerbstätigkeit, Ausbildung und wirtschaftliches Wachstum. Strukturwandlungen einer wachsenden Wirtschaft. In: Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Band 30/I, Berlin 1964, S. 378 - 440.
- Besprechung von: Bickendorf, Otto: Die Harmonisierung der Arbeitskosten im Gemeinsamen Markt. In: Finanzarchiv, N.F., Bd. 23 (1964), H. 3, S. 551 bis 552.
- „Bildungsmonopole“ in der Gegenwart. In: Systeme und Methoden in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. — Erwin von Beckerath zum 75. Geburtstag, Hrsg.: Kloten, N., Krelle, W., Müller, H., Neumark, F., Tübingen 1964, S. 271 - 290.
- Über die volkswirtschaftliche Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt, Jg. 7 (1964), H. 12, S. 181 ff.
- Einführung in die politische Ökonomie. Private Planung — Öffentliche Lenkung. In: Herder Bücherei, Band 173, Freiburg 1964.
- Sozialpolitik und Ausbildungspolitik. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 13 (1964), H. 2, S. 25 - 29.
- Rationalisierung im Ausbildungswesen. In: Die neue Gesellschaft, Jg. 11 (1964), H. 2, S. 120 - 125.
- Zu den Wechselbeziehungen zwischen Rechtswissenschaft und Wirtschaftswissenschaft. In: Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 33, Berlin 1964, S. 181 - 188.
- „Aktive Arbeitsmarktpolitik“ — Zur Koordination von Beschäftigungs- und Bildungspolitik. In: Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung, Jg. 3 (1964), Nr. 27.
- Bildungsinvestitionen statt Sozialkonsum? In: Der Volkswirt, 1964, Nr. 51, S. 2664 - 2667.
- Öffentliche und private Initiative in der Bildungspolitik. In: Offene Welt, 1965, Nr. 87, S. 90 - 100.
- Die Verwirklichung von Zielen als dynamischer Prozeß. In: Zeitschrift für evangelische Ethik, Jg. 9 (1965), H. 6, S. 352 - 363.
- Die beschäftigungspolitische Problematik der Regelung der Bewerbungs- und Berufsunfähigkeit im Rahmen der Sozialversicherung. In: Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes, Bd. I: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung / Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, Wiesbaden 1966, S. 157 - 182.

- Grants in Aid to Students in a Growing Economy with Technical Progress. In: Schriften des Institut International de Finances Publiques: Congres de Paris, 1966, S. 258 - 268.
- Gegenwart und Zukunft der sozialen Altersvorsorge. Göttingen 1967.
- Zugunsten der Starken (Struktur- und Sozialpolitik). In: Der Volkswirt, Jg. 21 (1967), H. 40, S. 2187 - 90.
- Ausdehnung der gesetzlichen Rentenversicherung auf Selbständige und Freiberufler? (Strukturpolitik in der Sozialversicherung). In: Soziale Sicherheit, Jg. 17 (1968), H. 6, S. 164 - 168.
- Studentische Arbeitsgemeinschaften und Studienreform. Erfahrungsbericht für die Stiftung Volkswagenwerk, masch.-schriftl. Manuskript, 1968.
- Gesundheitsinvestitionen im wirtschaftlichen Wachstum. In: Loccumer Protokolle, 6 (1969), S. 88 - 105 (Sozialpolitik und Wirtschaftswachstum. Tagung vom 20. - 23. März 1969).
- Zur Aktivität der Interessenverbände — Gesellschaftspolitik als Sozialpolitik. In: Sozialwissenschaftliche Untersuchungen, Gerhard Albrecht zum 80. Geburtstag, Hrsg. Helmut Arndt, Berlin 1969, S. 27 - 51.
- Studentische Arbeitsgemeinschaften. In: Hochschuldidaktische Materialien, 1969, Nr. 5, S. 1 - 38.
- Erreichte Ziele — neue Aufgaben. Die Verwirklichung von Zielen als dynamischer Prozeß. In: Universitas, Jg. 24 (1969), S. 31 - 47.
- Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Gibt es einen Pflegenotstand? In: Sozialpolitik und persönliche Existenz, Festgabe für Hans Achinger, Hrsg.: Blind, A., v. Ferber, Chr., Krupp, H.-J., Berlin 1969, S. 155 - 169.
- Ausbildungsförderung und Ausbildungsrisiken. In: Die Deutsche Universitätszeitung vereinigt mit Hochschuldienst, 1969, H. 3, S. 1 - 4.
- Lohnbildung, Sozialinvestitionen und Sozialeinkommen. In: Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 51, Berlin 1969, S. 788 - 794.
- Gesundheitsinvestitionen und Sozialpolitik. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 117 (1970), Nr. 3, S. 71 - 77.
- Rentenberg, Ausbildungsberg und Inflation. In: Wirtschaftsdienst, Jg. 50 (1970), Nr. 9, S. 533 - 537.
- Intertemporale Spillovereffekte und Öffentlicher Haushalt. Ein Beitrag zur ökonomischen Theorie politischer Entscheidungsprozesse. In: Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus. Fritz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 483 - 511.
- Ökonomische Auswahlssysteme und Auswahlkriterien. Zu ökonomischen Problemen im Ausbildungsbereich. In: Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Siftung, Jg. 9 (1970), Nr. 11.
- Sozialpolitische Entscheidungen, Wahl- und Legislaturperioden. Ein Beitrag zur Wähler- und Repräsentantenstrategie. In: Aspekte der Friedensforschung und Entscheidungsprobleme in der Sozialpolitik. Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 64, Berlin 1971, S. 61 - 75.
- Sind Prüfungen geeignete Entscheidungshilfen im Studium? In: Hochschulprüfungen: Rückmeldung oder Repression? Blickpunkt Hochschuldidaktik, 1971, H. 13, S. 42 - 45.

- Das Problem der Lebenseinkommen. In: Soziale Sicherheit, Hrsg.: Kulp, B. / Schreiber, W., Berlin, Koln 1971, S. 208 - 226.
- „Richtet Euch an den Fakten aus!“ Zur Jahrestagung der American Economic Association. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 18. 1. 1971.
- Umweltschutz ohne Verbote. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30. 4./ 1. 5. 1971.
- Vermögensbegriffe und Vermögensverteilung. Zur Entschleierung einer Verschleierung, die eine vermeintliche Verschleierung beseitigen sollte. Bayer, H., Liefmann-Keil, E., Ruhr, P.-A., in: Der soziale Fortschritt, Jg. 20 (1971), H. 5/6, S. 124 - 126.
- Erfahrungen mit Gruppenpraxen und Gesunderhaltungsorganisationen in den USA. In: Deutsches Arzteblatt, Jg. 66 (1972), H. 5, S. 253 - 256.
- Überlegungen zur Verbesserung der Position der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt. In: Bundesarbeitsblatt, 1972, Nr. 9, S. 503 - 506. Wiederabdruck in: Pharmazeutische Zeitung vereinigt mit Apotheker-Zeitung, Jg. 117 (1972), Nr. 41, S. 1483 - 1487.
- Sozialinvestitionen und Sozialpolitik. Zur Perpetuierung der Sozialpolitik. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, 1972, Nr. 1, S. 24 - 38.
- Die Koordination von Leistungs- und Bedarfsprinzip im System der sozialen Sicherung. In: Leistungsgesellschaft und Mitmenschlichkeit, hrsg. von Gafgen, G., Limburg 1972, S. 88 - 103.