

Rosenbrock, Rolf

Working Paper — Digitized Version

Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung

WZB Discussion Paper, No. IIVG rp 79-210

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1979) : Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, WZB Discussion Paper, No. IIVG rp 79-210, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/83000>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

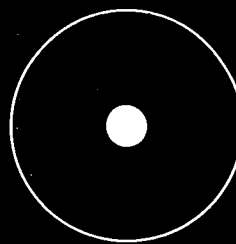
Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Wissenschaftszentrum



Berlin

STAATLICHE REFORMPOLITIK IM GESUNDHEITSWESEN
AM BEISPIEL DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Rolf | Rosenbrock

IIVG/rp/79-210

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

International
Institute
for
Comparative
Social
Research

IIVG reprints

I.	EINLEITUNG	S.	1
II.	DIE PROBLEMSITUATION	S.	3
III.	DIE BISHERIGEN DISKUSSIONEN UND VERÄNDERUNGEN	S.	5
1.	Maßnahmen gegen den Anstieg der Arzneimittelkosten	S.	5
2.	Maßnahmen zur Verbesserung der Information über Arznei- mittel	S.	14
3.	Maßnahmen zur Senkung der Anzahl von Arzneimitteln	S.	22
4.	Maßnahmen zur Steuerung der Forschungsressourcen	S.	24
5.	Zwischenbilanz	S.	25
IV.	ALTERNATIVEN	S.	26
V.	ANMERKUNGEN	S.	38

Der vorliegende Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Aufsatzes, der zuerst im ARGUMENT - Sonderband 30 erschienen ist.

STAATLICHE REFORMPOLITIK IM GESUNDHEITSWESEN AM BEISPIEL DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG

I. Einleitung

Die Bedeutung der Arzneimittelversorgung¹⁾ für die Struktur des Gesundheitswesens läßt sich sicherlich nicht nur an den imponierenden und weiterhin wachsenden Umsatzziffern der pharmazeutischen Industrie und den korrespondierenden Ausgabenposten der Krankenkassen ablesen.

Vielmehr muß vor allem der Umstand berücksichtigt werden, daß die Arzneimittelversorgung neben Teilen der Medizintechnik und der weniger einflußreichen Bau-Produktion die einzige Produktionsstufe des arbeitsteilig organisierten Gesundheitssystems darstellt, die industriell organisiert und entsprechend machtbesetzt ist: als Teil der chemischen Industrie, der seit 1973 umsatzstärksten Industrie-Branche in der Bundesrepublik Deutschland.

Aus dieser Tatsache folgt dreierlei:²⁾

1. Die Arzneimittelindustrie konnte und kann mit Hilfe ihrer Produkte die wichtigsten Produktionsstufen des gegenwärtig bestehenden Gesundheitswesens (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser etc.) weitgehend nach ihrem Verwertungsinteresse gestalten. Sie unterstützt damit objektiv jene Strukturkonservierung des Gesundheitswesens, die im Widerspruch zu den durch die modernen Volkskrankheiten diktierten Erfordernissen steht.³⁾

2. Die zweite Ebene des bestimmenden Einflusses der Pharmaindustrie wird bei den Therapieformen selbst deutlich: Das Vorhandensein bestimmter Medikamente definiert oft genug die Auswahl einer Therapie-Form zu Lasten aller anderen denkbaren. Alternative kurative Methoden, viel weniger noch Ansätze von medizinischer und außer-medizinischer Prävention haben gegen die hochrationalisierte Arzneimittel-Therapie oftmals kaum eine Entwicklungschance. Was immer an Reformen im Gesundheitswesen denkbar ist und durchgesetzt werden kann:

der historisch gewachsene Einfluß der Arzneimittel-Therapie wird noch lange notwendige Strukturreformen behindern.

3. Die Bindung der Arzneimittel-Produktion an den wohl mächtigsten Industriezweig der BRD⁴⁾ lassen Reformen auf diesem Gebiet als nur sehr schwer durchsetzbar erscheinen.⁵⁾ Die Tatsache, daß aus der deutschen Reformdiskussion der letzten zehn Jahre fast ausschließlich Konsequenzen gezogen wurden, die die Nachfrageseite, die Versicherten und Ärzte also, zu "reformieren" versuchen, ist ein beredter Beleg für diese These.

Auf diese strukturellen Aspekte der Rolle der Arzneimittel im Gesundheitssystem kann im vorliegenden Beitrag nicht weiter eingegangen werden. Vielmehr geht es darum, die gegenwärtigen Veränderungen und Diskussionen auf dem Pharma-Markt innerhalb der gegebenen Strukturen darzustellen und mit den Mindestanforderungen, die an eine Reform dieses Sektors zu stellen wären, zu kontrastieren. Veränderungen der Struktur dagegen sind lediglich langfristig und unter der Bedingung einer integralen Reformpolitik des gesamten Gesundheitswesens zu erreichen. Die gegenwärtige Situation ist aber gerade dadurch gekennzeichnet, daß als Folge der anhaltenden ökonomischen Krise strukturelle Reformen des Gesundheitswesens faktisch nicht zur Debatte stehen, sondern lediglich versucht wird, die Finanzierung des weiterhin desintegrierten Gesundheitswesens durch Leistungskürzung und Umverteilung der Lasten auf die Versicherten zu gewährleisten.⁶⁾

Die Aufgabe einer an praktischer Veränderung interessierten Gesellschaftswissenschaft besteht in diesem Zusammenhang darin, an den bestehenden Strukturen anzuknüpfen und aufzuzeigen, daß ernstzunehmende Reformen schon dann realisierbar wären, wenn Regelungen und Maßnahmen, die in anderen gesellschaftlichen Bereichen oder kapitalistischen Ländern längst selbstverständlich geworden sind, auf den Bereich des Gesundheitswesens übertragen würden. Wenn es gelingt, durch solche "kleinen Schritte", die in der Realität aber auf große Hindernisse stoßen, die immer weitergehende Ge-

staltung des Gesundheitssystems nach den Verwertungsinteressen des in diesen Geschäftszweig involvierten Kapitals zu bremsen oder gar zu verhindern, werden die Voraussetzungen für strukturelle Reformen in der genannten Richtung verbessert bzw. verschlechtern sich nicht weiter.

II. Die Problemsituation

Zur Beurteilung der Diskussionen und Maßnahmen der letzten Zeit und der Bestimmung der notwendigen Reformschritte ist von der Analyse der pharmazeutischen Industrie und des Marktes für pharmazeutische Produkte auszugehen. Dieser Markt kann heute folgendermaßen charakterisiert werden:

- Die Pharma-Industrie ist ihrer Struktur nach ein hochkonzentrierter Komplex, in dem die wenigen beherrschenden Konzern-Gruppen auch untereinander durch gemeinsame Tochterunternehmen sowie vielfältige Kooperationsbeziehungen verbunden sind. Durch ihre Zugehörigkeit zu den weltweit auf zahlreichen Märkten agierenden großen Chemie-Konzernen aber auch durch die Internationalisierung der Pharma-Industrie selber, sind Preis- und Marktaufteilungen zumindest jederzeit möglich. Für viele Präparategruppen können faktische Monopole konstatiert werden. Marktaufteilungen sind sowohl innerhalb des westdeutschen Pharma-Marktes als auch auf dem Weltmarkt als auch zwischen verschiedenen Produkt-Gruppen der chemischen Industrie möglich.

- Durch die Struktur der Nachfrage mit der Aufteilung der Nachfrage-Funktion in den Arzt als Entscheidungsträger, den Patienten als bloßen Anwender und die Krankenkassen als Finanzier ist die Nachfrageseite derart geschwächt, daß von ihr ein nennenswerter Anreiz zur Preiskonkurrenz nicht, zu echter Innovations-Konkurrenz kaum ausgehen kann; dies letztere deshalb, weil es für die herstellenden Unternehmen entschieden vorteilhafter ist, Imitations- oder Kombinationspräparate auf den Markt zu bringen, als durch teure

Grundlagen-Forschung echte Innovation zu entwickeln.

- Preiskonkurrenz findet infolgedessen nicht oder kaum statt.
- Die Innovationskonkurrenz ist weitgehend zur Imitationskonkurrenz degeneriert, was zu einem schier unübersehbaren Angebot von angeblich verschiedenen und immer besseren Arzneimitteln sowie zur Fehlallokation von Forschungsressourcen führt.
- Die Informationskonkurrenz führt zu immer aufwendigeren Werbefeldzügen, die dem Arzt keinerlei Hilfe für eine rationale Arzneimittel-Therapie bieten.
- Dadurch sowie die extensiv genutzte Möglichkeit, die angeblich neuen Produkte zu immer höheren Preisen auf den Markt zu bringen, steigen die Ausgaben kontinuierlich an, wobei 3/4 bis 9/10 der Mehrausgaben auf direkte und indirekte Preissteigerungen durch die Hersteller zurückzuführen sind.
- Die Kontrollen für den Zugang neuer Mittel zur klinischen Prüfung und zum Markt sowie für den Verbleib im Markt können weder hinsichtlich der Prüfung der Wirksamkeit noch hinsichtlich des Nachweises der Notwendigkeit oder gar des therapeutischen Fortschritts, der mit ihnen zu erzielen ist, befriedigen.
- Auch die Herstellungsqualität in der "Apotheke der Welt" ist durchaus noch verbesserungswürdig.

Vor diesem Hintergrund muß sich jeder Vorschlag und jede durchgeführte Veränderung der Arzneimittel-Versorgung innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems daran messen lassen,

1. ob sie dem ungehemmten Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel in einer Weise Einhalt zu gebieten in der Lage ist, die nicht auf Kosten der Gesundheit der Versicherten geht,
2. ob sie durch sachliche Informationen den Ärzten die Möglichkeit rationalerer Arzneimittel-Therapie gibt sowie dafür sorgt, daß in Fällen auftretender unerwünschter Wirkungen

schnell und mit tatsächlichen Konsequenzen (Verbot, Rezeptpflicht) reagiert wird,

3. ob sie einen Beitrag dazu leistet, die völlig unvertretbar hohe Zahl von auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln nach rationalen Kriterien zu reduzieren,

4. ob sie bewirkt, daß nur noch solche Präparate in die klinische Prüfung und nur noch solche Arzneimittel neu auf den Markt kommen, bei denen neben der Garantie weitestgehender Unbedenklichkeit auch die Kriterien erwiesener Wirksamkeit und - gegenüber vorhandenen Arzneimitteln - erhöhten therapeutischen Nutzens erfüllt sind,

5. ob sie die vorhandenen mobilisierbaren Forschungsressourcen erhalten, auf die therapeutisch wichtigen Felder leiten sowie Doppel- und Defensiv-Forschung verhindern hilft.

Im folgenden werden nun kurz die Diskussionen skizziert, die zu diesen Problemaspekten in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit geführt wurden und die gesetzgeberischen und sonstigen Schritte aufgezeigt, zu denen diese Diskussionen führten.

III. Die bisherigen Diskussionen und Veränderungen

1. Maßnahmen gegen den Anstieg der Arzneimittelkosten

Über die Quellen des Anstiegs der Arzneimittelkosten herrscht weithin Unklarheit. Gewöhnlich wird zwischen einer Mengen- und einer Preiskomponente unterschieden, die im Verhältnis 50:50⁷⁾ oder 70:50⁸⁾ zueinander stehen sollen. Andere Ansätze erklären den Kostenanstieg unter anderem aus der Schätzung, daß die neu in den Markt geworfenen Präparate im Durchschnitt um 20 %⁹⁾ oder 50 %¹⁰⁾ teurer sind als die alten; schließlich wird auch noch mit einem Struktureffekt argumentiert, mit dem 25 % der Ausgabensteigerungen durch angeblich verbesserte Arzneimittel erklärt werden.¹¹⁾

Unwiderlegbare Klarheit auf diesem Gebiet ist deshalb so

schwer zu gewinnen, weil sich das Arzneimittelangebot und die Verschreibungen durch immer neue Präparate so rasch verändern, daß ein verlässlicher "Warenkorb", der die Basis für einen fortschreibbaren Preisindex abgeben würde, nicht konstruiert werden kann. Größere Klarheit könnte hier nur eine Analyse des vom Institut für medizinische Statistik GmbH, Frankfurt¹²⁾, akribisch ermittelten Umsatzstatistiken bringen; diese Statistiken, die von Arzneimittel-Herstellern für jährlich mehrere hunderttausend Mark abonniert werden können, werden aber nicht publiziert, nicht einmal dem Bundesgesundheitsamt werden sie trotz dringender Anforderung zur Verfügung gestellt.¹³⁾

Dabei ist die Frage nach dem Verhältnis zwischen Mengen- und Preiskomponente nicht einfach eine akademische für Statistiker. Von ihrer Beantwortung hängt zu einem gewissen Teil die Entscheidung ab, ob Versuche, steuernd auf die Nachfrage nach Arzneimitteln durch Ärzte und Patienten einzuwirken, zur Lösung des Problems beitragen können, oder ob durch solche Versuche, sind sie erfolgreich, die Arzneimittel-Versorgung unter das therapeutisch erzielbare Niveau gedrückt würde. Aber selbst bei einem starken Mangel-Faktor wäre die Verlagerung der Verantwortung auf die Schultern des vom Arzneimittel-Angebot überforderten Arztes oder gar des medizinischen Laien keineswegs zu vertreten. Es müßte dann vielmehr nach Methoden gesucht werden, wie der Arzt über verbesserte Aus- und Fortbildung und veränderte Arzneimittel-Informationen in den Stand gesetzt werden könnte, eine rationalere Arzneimittel-Therapie zu betreiben.

Berechnungen des Verfassers, die vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie zwar angezweifelt aber nicht widerlegt wurden¹⁴⁾, beruhen auf der Hochrechnung der Zahlen eines AOK-Bezirks mit knapp einer Million Versicherten, dessen Arzneimittel-Ausgaben über 17 Jahre hinweg (1958 bis 1974) analysiert werden konnten. Als Ergebnis stellte sich heraus, daß von dem Ausgabenzuwachs, der im Beobachtungszeitraum mehr als 700 % betrug, mehr als 3/4 auf Preiserhöhungen und (zu einem großen Teil völlig therapiefremden) Packungsver-

größerungen zurückzuführen sind. 10 % bis 25 % verbleiben für den Mengenanstieg je Versichertem in jenen 17 Jahren. Treffen diese Zahlen auch nur in den Dimensionen zu, so sind sämtliche Versuche, den Anstieg der Arzneimittel-Kosten aus dem "Anspruchsdenken", gar der "Anspruchsinflation", der "Begehrlichkeit" der Patienten, die Medikamente als "Statussymbole" "konsumieren" zu erklären, ebenso unsinnig wie der Hinweis auf die "Verschreibungswut" der Ärzte.

Da die Wurzel des Problems damit eindeutig bei den Herstellern geortet werden kann, müßte eigentlich jeder Gedanke über eine Reform der Nachfrageseite zurücktreten.

Genau dort aber setzen "Reform"-Diskussionen und reale gesetzliche Veränderungen immer wieder an. In der Sprache des Handelsblatts: "Die einzig saubere Lösung wäre sicher eine generelle und spürbare Selbstbeteiligung der Versicherten, und zwar nicht nur beim Einkauf in der Apotheke (hier müßte sie prozentual sein und nicht wie jetzt pauschal eine DM pro Medikament), sondern auch beim Arztbesuch."¹⁵⁾ Der Autor kann sich bei solchen Vorschlägen auf angesehene Kreise der akademischen Sozialpolitik stützen, die, wie z.B. Molitor, seit Jahren eine Art abgestufter Teilkaskoversicherung mit Schadensfreiheitsrabatt und Gewinnbeteiligung für die Arzneimittelversorgung fordern: "Das Naturalleistungsprinzip sollte nurmehr für die Bezieher von Kleineinkommen gelten - ... ihre Selbstbeteiligung beschränkt sich auf die Rezeptgebühr ... aber im übrigen erlaubt das inzwischen allgemein erreichte Wohlstandsniveau, zu einer Neuregelung überzugehen: Die Kasse erstattet dem Versicherten die, sagen wir, im Halbjahr auf Rezept gekauften Medikamente ... gelegentlich der Erstattung kommt es dann zu einer Selbstbeteiligung des Versicherten, indem die Kassen einen Prozentsatz des Rechnungsbetrages einbehält (für längerfristige Schwerkranke mit ermäßigtem Satz). Und in gewissen Grenzen ließe sich hier die Möglichkeit einräumen, die Höhe des Einbehaltes je nach der Gesamtbelastung durch die Medikamentenausgaben und deren Schwankungen im Zeitverlauf zu variieren."¹⁶⁾

Abgesehen davon, daß steigender Medikamentenverbrauch nicht oder nur sehr unwesentlich für die Ausgabenzuwächse verantwortlich ist, Selbstbeteiligung also das Pferd vom Schwanz her aufzäumt, muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß es gesundheitspolitisch unververtretbar ist, den medizinisch ungeschulten Patienten auch nur mit einer Teilverantwortung für die Einnahme von Medikamenten zu belasten. Wo die finanzielle Belastung durch die Eigenbeteiligung wegen guter Einkommensverhältnisse nicht spürbar ist, wirkt sie ohnehin nicht. Bei niedrigen Einkommen dagegen - und damit hoch korreliert mit niedrigem Bildungsgrad - kann eine Selbstbeteiligung die höchst fatale Konsequenz haben, daß eine an sich notwendige ärztliche und medikamentöse Therapie unterbleibt, mit der Folge, daß aus dieser Unterlassung möglicherweise eine Verschlimmerung der Krankheit eintritt, deren Behandlung dann erheblich teurer werden kann.¹⁷⁾

Jeder Versuch, aus der notwendigen Reform des Arzneimittelmarktes eine Reform des Patienten zu machen, ist sozial- und gesundheitspolitisch undiskutabel und leistet keinen Beitrag zur Lösung der Probleme. Trotz dieser seit vielen Jahren nicht mehr bestreitbaren Position ist der Staat bei seinem bisher umfassendsten Reform-Versuch, dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 28.6.1977, den Weg der "Reform des Patienten" und der "Reform des Arztes" gegangen.

Und das gleich auf dreierlei Art und Weise:

a) Weitgehende Herausnahme sogenannter "Bagatellarzneimittel" aus der Leistungspflicht der Krankenkassen (Änderung des § 368p Abs.8 RVO durch § 1 Abs. 38 KVKG).

c) Festlegung des Höchstbetrages für die in einem Jahr insgesamt anfallenden Arzneimittelausgaben durch Vereinbarung zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und den kassenärztlichen Bundesvereinigungen bzw. auf Empfehlung der "konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" (Ergänzung des § 368f RVO um die Abs. 6 bis 8 durch § 1, Abs. 33 KVKG).

Ad a) Hinsichtlich der Selbstbeteiligung in Höhe von DM 1,- je verordnetem Mittel ist zunächst einmal festzuhalten, daß es sich hierbei nicht um eine Kostensenkung sondern um eine reine Kostenumverteilung zu Lasten der Versicherten handelt. Denn es geschieht ja nicht anderes, als daß der Patient einen Teil der sonst von den Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen muß. Darüber hinaus ist aber auch eine höchst bedenkliche Wirkung impliziert, die die Kosten tatsächlich senkt: gerade einkommensschwache Patienten können sich durch die Schwelle der Selbstbeteiligung davon abgehalten sehen, Arzneimittel anzuwenden, die ihnen vom Arzt verschrieben wurden, oder sich Arzneimittel überhaupt verschreiben zu lassen. Welches sinistre sozialpolitische Konzept sich hinter einem solchen Kalkül verbergen könnte, wagt man sich kaum auszumalen. Es scheint jedoch festzustehen, daß das Gesetz in genau diese Richtung gewirkt hat: Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Rentner, die gegenüber den anderen versicherten Gruppen immer überproportional gewachsen waren¹⁸⁾, fielen im ersten Halbjahr 1978 erstmals in der Nachkriegsgeschichte, und zwar um 5,2 %, während die Ausgaben für die im Erwerbsleben Stehenden im gleichen Zeitraum um 10,24 % anstiegen.

Es wird hier nicht die These vertreten, daß die Arzneimittel-anwendung heutzutage durchweg rational ist²⁰⁾, es wird auch nicht bestritten, daß häufig zu viel Arzneimittel verschrieben werden: Es wird lediglich darauf insistiert, daß die Entscheidung über weniger oder gar kein Arzneimittel nicht primär von Kostenerwägungen abhängen und schon gar nicht von Patienten möglicherweise entgegen der Verschreibung des Arztes getroffen werden darf.

Ad b) Ähnliches gilt für die teilweise Herausnahme von "Arzneimittel(n) oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel(n), die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden"²¹⁾ aus der Leistungspflicht der Krankenkassen. Grundsätzlich gilt, was Staatssekretär Wolters dazu gesagt hat: " Gegen die

Beschränkung der Selbstbeteiligung auf sogenannte Bagatellfälle steht die Erfahrung, daß ein Bagatellfall erst nachträglich konstatierbar ist."²²⁾ Ist erst einmal eine solche Bagatell-Liste verabschiedet, kann sich durchaus bei den Versicherten die Einschätzung festsetzen, daß es sich bei bestimmten Befindlichkeitsstörungen gar nicht lohnt, zum Arzt zu gehen, weil sie dort nach langem Warten nicht einmal eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dies dürfte dazu führen, daß viele Krankheiten nicht oder noch später als heute entdeckt und behandelt werden - mit allen volksgesundheitlich und ökonomisch negativen Konsequenzen.

Der Zwang zur Selbstmedikation wird dann auch zu einer - unter den gegebenen Bedingungen volksgesundheitlich negativ zu beurteilenden - Minderinanspruchnahme der Ärzte führen, so daß die von Herder-Dorneich vermutete Konsequenz der Steigerung der Selbstmedikation, die Kombination von "Ausbau... der allgemeinärztlichen Versorgung und der Selbstmedikation"²³⁾ nicht eintreten dürfte. Gegen die Annahme der quasi-automatischen Durchsetzung einer "arztgestützten Selbstmedikation - also einer Selbstmedikation mit der persönlichen Anleitung und Unterstützung durch den niedergelassenen Arzt"²⁴⁾ sprechen nicht nur die bekannten Argumente gegen die Selbstbeteiligung, sondern auch die Plausibilität des Betroffenen-Verhaltens.

Noch aber gibt es keine amtliche Liste der künftig nicht mehr erstattungsfähigen "Bagatellarzneimittel", und es ist fraglich, ob der mit ihrer Erstellung beauftragte Arbeitsausschuß "Arzneimittel-Richtlinien" beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in absehbarer Zukunft zu einer Verschiedung kommen wird.

Zur Debatte stehen als Ausschluß-Kriterien:

- " - bestimmte Arzneiformen (z.B. Tees, Trinkampullen, Brausetabletten, Kaugummis)
- Arzneimittel für bestimmte Indikationsgebiete (z.B. Obstipation, Kartarrh des Mund-, Nasen-, Rachenraumes sowie der

oberen Luftwege)

- bestimmte Präparatengruppen (z.B. homöopathische Kombinationspräparate, Umstimmungsmittel, Augentonica, Stomachika, Laxantien u.a.)
- andere Ausschluß-Kriterien (z.B. alle Präparate, für die Laienwerbung betrieben wird, alle nicht apothekenpflichtigen Arzneimittel)²⁵⁾

Gegen alle Kriterien werden seitens der Apothekerorganisation (ABDA) "juristische, pharmakologische und gesundheitspolitische Bedenken" vorgetragen.²⁶⁾ Auch der Bundesfachverband der Arzneimittelindustrie sowie die anthroposophischen Ärzte und andere Interessenvertretungen melden starke, aber naturgemäß sehr heterogene Bedenken an²⁷⁾. Die leicht nachvollziehbaren Interessendivergenzen zwischen den beteiligten Gruppen dokumentieren sich dabei recht offen: "Mit dem Versuch über eine indikationenbezogene Negativ-Liste ... die Marktchancen für Selbstmedikationspräparate durchschlagend zu verbessern, steht der Bundesfachverband der Heilmittelindustrie allerdings allein da. So wurden denn auch in Berlin (bei der Hauptversammlung des Verbandes am 2./3.11.78 RR) beklagt, daß nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch die Krankenkassen, die Apotheker und der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie keine Neigung zeigen, die Indikationenlösung anzunehmen. Eher scheinen sei bereit, den gerade von den Heilmittelherstellern befürchteten Erstattungs ausschluß nach dem Kriterium "Publikumswerbung" zu favorisieren!" (Hervorhebung im Original)²⁸⁾

Das volksgesundheitliche Problem der "Bagatell-Arzneimittel und der Selbstmedikation wird damit in erfrischender Offenheit als Problem von Marktchancen und Profit diskutiert. So sieht auch das Handelsblatt vorwiegend den Markt der "nichtverschreibungspflichtigen Medikamente im Wert von 5,8 Mrd. DM ..., wovon 3 Mrd. DM dennoch über Rezept ... gingen": "Die in den letzten Jahren zu beobachtende Tendenz zur Selbstmedikation könnte noch zusätzlich angeregt werden, indem man

mit der Entlassung neuer Medikamente (Wirkstoffe) aus der anfänglichen obligatorischen Rezeptpflicht etwas großzügiger verfahren würde als im letzten Jahrzehnt ... "29) 30)

Inzwischen hat die Hauptversammlung der deutschen Apotheker auf Antrag von Apothekern aus der westberliner ÖTV die ersatzlose Streichung der Bagatellregelung gefordert.

Im Antrag dazu heißt es:

"Wir befürchten, daß bei Aufrechterhaltung des § 368p, Abs.8 RVO (Bagatellregelung, RR)

- a) eine Intensivierung der Laienwerbung einsetzen wird. Dies würde zu einer Erhöhung des Arzneimittelkonsums führen und somit die Gefahr eines vermehrten Arzneimittel-Mißbrauchs mit sich bringen,
- b) erste Anzeichen ernsthafter Erkrankungen verschleiert werden, mit der Gefahr der Spätfolgeschäden, die wieder zu Lasten der GKV behandelt werden müßten."³¹⁾

Ad c) Nach den durch das KVKG neu eingefügten Absätzen 6 bis 8 in dem § 368f soll unter Berücksichtigung der Steigerung der Grundlohnsumme "für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel" bestimmt werden. So empfahl die "konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" auf ihrer Sitzung vom 17.3.78, die Arzneimittelausgaben sollten im 2. Halbjahr 1978 gegenüber 1977 um nicht mehr als 3,5 % steigen.³²⁾

Gegen diese Regelung müssen folgende Einwände erhoben werden:

1. Die Steigerung der Grundlohnsumme hat mit der Steigerung der Arzneimittel-Ausgaben so viel zu tun wie rote Rüben mit Musik. Selbst wenn es möglich sein sollte, diese beiden Ziffern gleich schnell wachsen zu lassen, wäre damit nicht im mindesten ein nachweislicher Schritt in Richtung auf eine rationalere und/oder wirtschaftlichere Arzneimittel-Therapie getan.

2. Die pharmazeutische Industrie ist jederzeit in der Lage, alle guten Vorsätze der Ärzte in Bezug auf wirtschaftliche Verordnungsweise durch ihre Preispolitik zu konterkarieren. So stimmte sie zwar einerseits der Begrenzung des Zuwachses auf 3,5 % zu³³⁾, gleichzeitig wurden aber exorbitante Preissteigerungen gerade bei den "Schnelldrehern" (umsatzstarken Präparaten) bekannt³⁴⁾, deren Auswirkungen freilich von der pharmazeutischen Industrie sofort wieder bestritten wurden³⁵⁾.
3. Der Grundgedanke der Regelung, die Ärzte zu wirtschaftlicher Verordnungsweise zu veranlassen, kann solange nicht vernünftig eingelöst werden, wie der Arzt nicht über die notwendige Aus- und Fortbildung sowie über herstellerunabhängige Informationen über neue und alte Arzneimittel verfügt, und solange er von sinnvoller Kooperation mit den Apothekern abgeschnitten bleibt.³⁶⁾
4. Aus diesem Grunde kann auch die Senkung der Zuwachsraten der Ausgaben für Arzneimittel nicht als Erfolg gewertet werden. Die Senkung erfolgte im übrigen bereits vor Verabschiedung des KVKG, offenbar unter dem Druck der massiven öffentlichen Diskussion: Die Zuwachsraten betragen 1973:17,4 %, 1974:16,5 %, 1975:13,2 %, 1976:8,3 % und 1977:1,5 %.³⁷⁾ Das KVKG trat dagegen erst am 1.7.1977 in Kraft, die erste Empfehlung erfolgte im März 1978 für das zweite Halbjahr 1978. Inzwischen hat der Schock der öffentlichen Diskussion auf die Ärzte offenbar wieder etwas nachgelassen: Im ersten Quartal 1979 stiegen die Arzneimittel-Ausgaben gegenüber dem gleichen Vorjahreszeitraum wieder um 14,5 %.³⁸⁾
5. Die nunmehr offenbar wieder ansteigenden Zuwachsraten deuten bereits auf den letzten Einwand hin: Die Sanktionsmechanismen gegen Ärzte, die erheblich teurer und/oder mehr verschreiben als der Durchschnitt ihrer Facharztgruppe gehen in keinem Punkt wesentlich über das hinaus, was bereits vorher im § 368e RVO (Gebot der wirtschaftlichen Verordnungsweise) festgelegt war. Auch bisher konnten bei erheblicher Überschreitung (in der Regel mehr als 40 %) dieses Durchschnittssatzes "zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verordnungen durchgeführt werden" (§ 368e, Abs.6, Satz 4 RVO), die auch zu Einzelregreß der Krankenkassen gegen die

verordnenden Ärzte führen konnte. Freilich wurde von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht.³⁹⁾

Zusammenfassend läßt sich zu den Regelungen des KVKG, die auf Kostensenkung abzielen, sagen, daß sie die Angebotsstruktur und damit selbstverständlich auch die Anbieterstruktur vollständig unbeeinflußt lassen.⁴⁰⁾

Die Einflußnahme auf das Marktgeschehen beschränkt sich auf die Nachfrageseite, "wo im Grunde genommen alles gelaufen ist; sie erfolgt also viel zu spät", wie es bereits im ersten Dokument aus Regierungskreisen zur Arznei-Problematis, dem bekannten Bauer-Papier" von 1972 hieß.⁴¹⁾ Es spricht deutlich für die Machtbesetztheit der Probleme des Pharma-Marktes, daß trotz recht klarer Problembestimmung in der akademischen und praktischen Sozialpolitik, trotz(bislang allerdings vergeblicher) Beschäftigung des Kartellamts mit der Preispolitik der Pharma-Industrie⁴²⁾, trotz der unmittelbar einleuchtenden Notwendigkeit des Eingriffs in die Angebots- und Anbieterstruktur ein irgendwie gearteter Fortschritt in die richtige Richtung auch nach zehn Jahren öffentlicher Diskussion nicht festgestellt werden kann.

2. Maßnahmen zur Verbesserung der Information über Arzneimittel

An der Struktur der Information über Arzneimittel werden folgende Aspekte kritisiert⁴³⁾:

1. Information ohne Werbung gibt es praktisch nicht, da es - außer drei kleineren Fachzeitschriften - Informationen nur entweder direkt von den Herstellern (Anzeigen, Hauszeitschriften, Ärztebesuche) oder aber in anzeigenabhängigen Fachzeitschriften gibt. Angesichts der Fülle des Arzneimittelangebots verunmöglicht diese Struktur dem Arzt die Gewinnung objektiver Informationen. Auch und besonders die Publikumswerbung für Arzneimittel gilt als unseriös.

2. Für Werbung und Information gibt die pharmazeutische Industrie ca. doppelt so viel aus wie für die Forschung

(1973: ca. 1,5 Mrd. DM).

3. Das für den Notfall - Auftreten unerwünschter Wirkungen - unbedingt notwendige Informationsnetz existiert nur unzureichend und funktioniert nicht immer.

ad 1: An den Problemen Menge und Qualität der Werbung hat sich durch die neuere Gesetzgebung nichts geändert; nach wie vor darf der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie auf dem gesundheitspolitisch verheerenden Standpunkt stehen: "Werbung ist notwendiger und unverzichtbarer Bestandteil einer freien, auf Wettbewerb basierenden Wirtschaftsordnung."⁴⁴⁾

Durch das zweite Arzneimittel-Gesetz (AMG) wurde sogar eine Aufwertung der werbenden Ärztebesucher der pharmazeutischen Industrie durch ihre Umbenennung in "Pharma-Referenten" herbeigeführt.⁴⁵⁾ Diesen Titel dürfen jene acht- bis zehntausend Ärztebesucher, die es zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes schon gab⁴⁶⁾, auch ohne nachgewiesene Ausbildung führen. Die Ausbildung der künftigen "Pharma-Referenten" hat die pharmazeutische Industrie bereits tatkräftig in die Hände genommen: " Ein Nürnberger Pharma-Betrieb ... (hat) ... in einer eigenen Fachschule" den ersten Lehrgang im April 1978 gestartet⁴⁷⁾, bevor Dauer und Inhalt der Ausbildung durch Rechtsverordnung überhaupt geregelt sind.⁴⁸⁾

ad 2: Ausmaß, Intensität und Kosten der Werbung haben in den letzten Jahren teilweise derart groteske Formen angenommen, daß sich der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie 1975 gezwungen sah, einigen der größten Auswüchse durch freiwillige Beschränkungen entgegenzutreten. Da es sich bei derartigen Selbstbeschränkungen formal um kartellrechtlich relevante Wettbewerbsbeschränkungen handelt, müssen sie vom Bundesministerium für Wirtschaft genehmigt werden: Auf Druck des Zentralausschusses der Werbewirtschaft e.V. (ZAW) und auch - nach Angaben des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie - der IG Druck und Papier wurden die Selbstbeschränkungen bis heute nur teilweise genehmigt.⁴⁹⁾ Auch die Beschränkung der Apothekenwerbung

wird vom ZAW für "rechtlich äußerst bedenklich" gehalten.⁵⁰⁾

Hinsichtlich der Qualität der Werbeaussagen, über die der aus den pharmazeutischen Bundesverbänden und Einzelfirmen bestehende "Verein für lautere Heilmittelwerbung" sicherlich recht großzügig wacht, gibt es ebenfalls Klagen: Von den jährlich überprüften ca. 1300 neuen Werbeaussagen müssen ca. 10 % als sachlich nicht haltbar beanstandet werden.⁵¹⁾

ad 3: Jede Arzneimittelversorgung braucht für den Fall des Auftretens unerwünschter Wirkungen bei Arzneimitteln ein blitzschnell arbeitendes zentrales Informationssystem, um auf entsprechende Meldungen sofort reagieren zu können, gefordert wird ein nationales "drug monitoring system". Das Ausmaß der Katastrophen um Contergan und Menocil hätte bei Vorhandensein eines solchen Systems erheblich gemindert werden können, auch andere Maßnahmen vom Verbot bis zur Einführung der Rezeptpflicht für verdächtige Präparate sind auf derartigen Datenvorlauf angewiesen. Jedoch: "Auf die im Referentenentwurf zum AMG vorgesehene gesetzliche Verpflichtung der Heilberufe, Arzneimittelrisiken zu melden, hat der Gesetzgeber aus "rechtlichen Gründen" verzichtet."⁵²⁾ Ebenso wurde die gesetzliche Festschreibung der Mindestkapazitäten der Überwachungsbehörden der Länder ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen⁵³⁾ mit der Folge: "Bundesweit gibt es nur ungefähr 80 "pharmazeutische Überwachungsbeamte". Das ist nicht gerade viel bei rund 15.000 Apotheken und 600 Herstellern. Die Gefahr, daß Mängel übersehen werden, liegt auf der Hand."⁵⁴⁾

Wenn es derzeit also kaum möglich erscheint, gegen die massive Werbungsflut der Industrie vorzugehen, wenn also weiterhin tausende von Ärztebesuchern unter dem neuen Titel Pharma-Referenten durch das Land reisen, um den Ärzten die Präparate ihrer Arbeitgeber anzupreisen, so muß doch gefragt werden, ob es nicht wenigstens möglich ist, parallel zur Werbung herstellerunabhängige, neutrale Informationssysteme aufzubauen, die den Ärzten durch therapeutisch-wirtschaftliche Vergleiche eine rationalere Arzneimittel-Therapie ermöglichen könnten.

Diese Forderung steht im Vordergrund fast aller Reformvorschläge seit Beginn der Pharma-Debatte vor ca. zehn Jahren, als 1968 der "Interministerielle Arbeitskreis zur Durchleuchtung der Preisbildung am Arzneimittel-Markt" gebildet wurde.

Liefmann-Keil wollte aus Bundesmitteln ein gesundheitsökonomisches Informationszentrum mit je einem Apotheker, Arzt, Juristen, Pharmakologen und Ökonomen einrichten. Pharma-Industrie, Apotheker- und Ärzteverbände sowie die GKV und die Verbraucherverbände sollten einen Beirat bilden.⁵⁵⁾ Molitor schlug ein preis-analytisches Institut bei der GKV vor.⁵⁶⁾ Der genannte Interministerielle Arbeitskreis regte nach ca. achtjähriger Arbeit im Juni 1976 die Einrichtung einer Kommission beim Bundesgesundheitsamt für pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz mit 13 Mitgliedern an.⁵⁷⁾ Der DGB forderte schließlich 1973 eine staatsunabhängige Kommission aus Vertretern der Ärzte, der Versicherten und der Pharma-Industrie.⁵⁸⁾ Und schließlich nahm der 8. ordentliche Gewerkschaftstag der ÖTV im Jahre 1976 einen Antrag über das Verbot der Arzneimittelwerbung und die Einsetzung "industriunabhängiger Informationszentren" an.⁵⁹⁾

Die Konzentration auf das Informationsproblem ist verständlich: Allen an der Diskussion Beteiligten ist klar, daß die Probleme der Arzneimittel-Versorgung ohne Eingriffe in die Angebots- und/oder Anbieterstruktur nicht zu lösen sind. Ebenso klar ist aber auch, daß wesentliche Eingriffe in die Verwertungsinteressen der Pharma-Industrie von der Mehrheit der Autoren nicht gewollt, von einer Minderheit unter dem derzeitigen politischen und gesundheitspolitischen Kräfteverhältnis für nicht realisierbar gehalten werden.

Die Herstellung der Transparenz für Ärzte und (bei Selbstmedikation) Versicherte bezeichnet nun genau jene Schnittstelle, mit der über eine Reform der Nachfrageseite indirekt in die Angebotsstruktur eingegriffen werden kann: Wenn es gelingen könnte, aus dem unüberschaubaren Arzneimittel-Angebot jene wenige tausend Medikamente herauszufiltern, die im therapeutisch-wirtschaftlichen Vergleich am besten abschneiden, und wenn es weiter

gelingen könnte, die Ärzte von der Vorteilhaftigkeit des Verschreibens dieser Mittel zu überzeugen, so könnte damit ein Beitrag zur Lösung der angeschnittenen Probleme zumindest langfristig geleistet werden.

Eine solche "Traumlösung" hätte neben einer rationaleren Arzneimittel-Therapie Auswirkungen auf alle hier in Rede stehenden Problemfelder:

- überteuerte Mittel würden in geringer werdendem Maße verschrieben;
- die Zahl der Medikamente ohne erwiesene Wirksamkeit sowie die der überwiegend nutzlosen Kombinationspräparate ginge zurück;
- neue Mittel kämen vorwiegend nur noch dann in den Markt, wenn sie erwiesenermaßen den bisherigen überlegen wären;
- und schließlich würden die Forschungsressourcen eher für solche Projekte eingesetzt, bei denen tatsächlich therapeutischer und nicht nur marktmäßiger Fortschritt zu erwarten ist.

Vor die Erreichung dieser Ziele durch die Herstellung der Transparenz haben die Strukturen unserer Wirtschaftsordnung jedoch einige unter gegebenen Bedingungen kaum unüberwindbare Hindernisse gesetzt:

Die Zahl der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel ist derart groß und wächst derart schnell, daß allein die quantitative Bewältigung des Problems öffentliche Mittel in einem Umfang erfordern würde, die nur bei einer Abkehr von der kurzfristig kostenminimierenden Gesundheitspolitik in diesem Bereich aufzubringen wären. Die Bundesregierung geht davon aus, "daß wegen des Auftretens von immer wieder neuen Arzneimitteln eine endgültige Lösung (des Informationsproblems, R.R.) kaum ins Auge zu fassen ist"⁶⁰). Auch dürfte es beträchtliche Probleme aufwerfen, tatsächlich unabhängige Gutachter zu finden. Jeder Versuch gar, solchen Transparenzlisten auch nur die Spur von Verbindlichkeit zu geben, würde (und wird) darüber hinaus als massiver Eingriff in die Therapiefreiheit, ja die Freiheit von Arzt und Patient

überhaupt bewertet und mit entsprechenden Kampagnen beantwortet. Ein Teil dieses Problems wäre lösbar durch eine Umverteilung der Beweislast: Der Hersteller hätte zu beweisen, daß sein Mittel genau so gut oder besser ist als die konkurrierenden Präparate. In der Bundesrepublik aber, wo 1976 nicht einmal die Pflicht zum einfachem Wirksamkeitsnachweis zum Gesetz erhoben werden konnte, erscheint eine solche Forderung derzeit utopisch. Dennoch: Die Bundesregierung hat mit gleich zwei Kommissionen versucht, den Weg der Reform über die Herstellung von Transparenz zu gehen:

- Durch das KVKG wurde der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beauftragt, "Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird." (§ 368p Anfügung zu Abs. 1 RVO)

Der Bundesausschuß interpretierte das Gesetz so, daß er nur Monopräparate, deren Wirkstoffe zudem nicht patentiert sind, ausschließlich hinsichtlich des Preises der durchschnittlichen Tagesdosis vergleichen dürfe. Zudem ist die Liste nach Wirkstoffen und nicht nach Medikationsgebieten geordnet. Durch den Verzicht auf die Einbeziehung der Kombinationspräparate und die Ausklammerung des therapeutischen Vergleichs wird diese Liste allgemein nicht als Hilfe für den Arzt, sondern als "Verwirrspiel"⁶¹⁾ angesehen.

Wenn die Beschränkung auf Monopräparate beibehalten wird und die Liste in der Praxis ein gewisses Gewicht entwickeln würde, so würde dies einen verstärkten Anreiz für die Hersteller bieten, noch mehr als bisher die medizinisch meist unerwünschten Kombinationspräparate herauszubringen, da diese ja nicht dem Preisvergleich unterzogen werden.

- Beim Bundesgesundheitsamt wurde durch Entschließung des Bundestages vom 30.7.1976 gemäß den Vorschlägen des "Interministeriellen Arbeitskreises" eine 13-köpfige "Transparenzkommission" geschaffen, die am 6.7.1977 zum ersten Mal zusammentraf und am 11.1.1979 ihre erste Liste (Arzneimittel gegen Herzmuskel-Insuffizienz) im Bundesanzeiger

veröffentlichte. Ihr gehören neben vier Ärzte- und vier Kassenvertretern auch ein Vertreter der Verbraucher und vier Vertreter der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker an, darunter Abgesandte der Firma Schering, Bayer/Tropon, Klinge und Boehringer Mannheim⁶²⁾. Aufgabe der Kommission ist es, "eine pharmakologisch-therapeutische und preisliche Transparenz des Arzneimittel-Angebots herbeizuführen."⁶³⁾

Dieser Intention sind die pharmazeutische Industrie und ihre publizistischen Vertreter von vornherein mit folgenden Argumentationen entgegengetreten:

1. "Jedwede Transparenzliste muß zwangsausführend zu einer Negativ- oder Positiv-Auswahl führen. Damit die die Therapiefreiheit dahin ... Die Therapiefreiheit ist aber genau wie die Freiheit der Marktwirtschaft unteilbar."⁶⁴⁾ Auch wird die Gefahr gesehen, die Kommission könne durch Mehrheitsentscheidungen "mit Hilfe der Transparenzliste zu dekretieren versuchen, was gute Medizin ist und was nicht. Das gibt es noch nicht einmal im Ostblock. Wir sind deshalb der Auffassung, daß die Transparenzkommission keinesfalls berechtigt ist, sich zur Wirksamkeit von Arzneimitteln zu äußern oder die therapeutische Wirksamkeit von verschiedenen Arzneimitteln zu bewerten."⁶⁵⁾

Diese Argumentation läuft darauf hinaus, den Arzt im Interesse der Profitmaximierung der Pharma-Hersteller blind gegenüber dem Arzneimittel-Angebot zu lassen. Außerdem unterstellt sie voreilig die Wirksamkeit dieser - wie weiter oben beschrieben wurde - so gut wie gar nicht instrumentierten Reformmaßnahmen, indem sie übersieht, daß aus der Nicht-Beachtung der Transparenz-Listen keinerlei Sanktionen folgen.

2. Wenn die Transparenz-Listen zum gewünschten Erfolg führen - was von der pharmazeutischen Industrie offenbar unterstellt wird - wenn also die Ärzte aufgrund therapeutisch-wirtschaftlicher Vergleiche verordnen, so wird befürchtet, daß "Transparenz-Listen die forschende Arzneimittel-Industrie in be-

trächtliche Schwierigkeiten bringen (werden). Führende Arzneimittel-Hersteller sind bereits zum "Einfrieren" ihrer Forschungsausgaben gezwungen."⁶⁶⁾ Dieser Argumentation liegt die unbewiesene und wohl auch unbeweisbare Annahme zugrunde, Präparate der forschenden Hersteller seien deshalb teurer, weil Forschung teuer sei. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß gerade in den bekannt gewordenen Kalkulationen von Großunternehmen erheblich mehr "Luft" ist, als durch Kostendämpfungsmaßnahmen abgesaugt werden könnte: "Es sieht so aus, als sei die Branche bei strengerer Kalkulation noch in der Lage, die Dämpfungsmaßnahmen abzufangen."⁶⁷⁾ Es soll aber nicht verhehlt werden, daß sich Kostendämpfung durch Transparenz-Listen tatsächlich im Extremfall negativ auf die Forschungskapazitäten auswirken könnte. Eine Lösung dieses Problems kann aber keinesfalls in der Aufrechterhaltung des Chaos, in der Verweigerung der Transparenz liegen (vgl. dazu weiter unten).

Ein abschließendes Urteil über die Maßnahmen auf dem Pharmamarkt fand C. Engelhorn, Chef des Hauses Boehringer Mannheim GmbH, der feststellte, "man sei auf dem besten Wege, so zu verfahren, daß man diese Industrie in eine geradezu verordnete Krise hineinmanövriere, um sie dann mit der Begründung notwendiger staatlicher Hilfe zu umklammern und an die sozialistische Brust zu drücken."⁶⁸⁾ Angesichts dieser Befürchtungen nimmt es nicht Wunder, daß auf Betreiben der pharmazeutischen Industrie das Erscheinen der ersten Transparenz-Liste mit nahezu allen Mitteln behindert bzw. verzögert wurde: "Ein eindeutiger Erfolg gelang dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie dagegen bei der Abwehr der ersten, in der Presse bereits angekündigten Herzmittel-Transparenz-Liste ... "⁶⁹⁾.

Diese erste Liste erschien am 1.11.1979 im Bundesanzeiger als erster Schritt der Herstellung der "Transparenz im Schneckentempo"⁷⁰⁾. Aufgenommen wurde nach längerem Streit über deren Zulässigkeit die vom Bundesgesundheitsamt entwickelten Qualitätskriterien für die einzelnen Präparate.

Angaben zur Bio-Verfügbarkeit enthält die Liste dort, wo sie von den Herstellern zur Verfügung gestellt wurden.

Es ist anzunehmen, daß es auch über die Erstellung und Veröffentlichung weiterer Listen zu erheblichem Streit zwischen den Beteiligten kommen wird, zumal die pharmazeutische Industrie ihr Interesse an Transparenz deutlich genug formuliert hat und auch auf diesem Gebiet die Beweislast (z.B. für höhere Preise rechtfertigende Forschungskosten) nicht beim Hersteller liegt.

Insgesamt ist das Konzept der Transparenz-Listen als überaus vorsichtiger Schritt auf einem richtigen, aber sehr langen Wege zu werten, dessen Ende derzeit nicht abzusehen ist.

3. Maßnahmen zur Senkung der Anzahl von Arzneimitteln

Mit Abschluß der Meldefrist für alle Arzneimittel und Drogen beim Gesundheitsamt am 30.6.78 kann die ebenso endlose wie unfruchtbare Debatte über die Anzahl der im Markt befindlichen Arzneimittel⁷¹⁾ als beendet angesehen werden:

Unter Einrechnung aller Darreichungsformen und Stärken (nicht aber der Packungsgrößen, wie oft behauptet wird⁷²⁾) gibt es ca. 60.000 Arzneimittel von Arzneimittel-Herstellern, deren Kreis durch die Neu-Definitionen des zweiten Arzneimittelgesetzes auf ca. 3000 gestiegen ist. Hinzu kommen ca. 30.000 meldepflichtige Arzneimittel aus den 15.000 Apotheken, denen ganz überwiegend lediglich regionale Bedeutung zukommt. Schließlich sind noch weitere 25 bis 30.000 nicht-apothekenpflichtige Drogen meldepflichtig.⁷³⁾ Insgesamt also liegen im Bundesgesundheitsamt mehr als 110.000 Anmeldungen vor. Es ist mittlerweile unbestritten, daß es ein wichtiges Ziel einer Reform wäre, diese Ziffer entscheidend zu senken.

Das gilt auch dann, wenn von Seiten der pharmazeutischen Industrie immer wieder darauf hingewiesen wird, daß die

große Masse der Arzneimittel wirtschaftlich bedeutungslos sei und die 2000 (wirtschaftlich) führenden Präparate bereits 94 % des Pharma-Umsatzes in Apotheken ausmachen.⁷⁴⁾

Ein Markt mit einer derartigen Anzahl von Produkten ist weder sicherheitstechnisch noch therapeutisch noch wirtschaftlich zu kontrollieren. Und der Standpunkt "mehr Präparate = mehr Therapie-Freiheit = mehr Gesundheit" ist aus verschiedenen Gründen nicht haltbar.

Andererseits würde die bloße Senkung der Anzahl ohne Selektion nach therapeutischen Kriterien große Probleme offen lassen: Gerade unter den Umsatzrennern befinden sich Präparate von höchst zweifelhaftem therapeutischen Wert⁷⁵⁾.

Im Rahmen einer Wirtschaftsordnung, die auf direkte Produktionsverbote und -gebote weitgehend verzichten muß, stehen als Steuerungsinstrumente zur Verfügung:

- Nachfragesteuerung,
- Wirksamkeitsprüfung und
- Bedürfnisprüfung.

Die vorsichtigste Version der Nachfragesteuerung, die Herstellung von Markttransparenz, wird mit der Erstellung der Transparenz-Listen gerade erst angegangen. Die Wirksamkeitsprüfung sollte mit dem zweiten Arzneimittel-Gesetz (1976) eingeführt werden, wodurch zumindest für neue - und damit in der Regel auch teurere - Arzneimittel die Marktzutrittschwelle angehoben worden wäre. Diese Intention wurde auf Druck der Industrie "völlig paralysiert"⁷⁶⁾ durch die Zusatzbestimmung in § 25 AMG, wonach die Zulassung nicht deshalb versagt werden darf, "weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen erzielt worden sind."⁷⁷⁾ Zudem sind die durch das zweite AMG festgelegten Übergangsfristen derart lang, daß mit einem Effekt auch ohne die faktische Streichung des Wirksamkeitsnachweises nicht zu rechnen gewesen wäre: Die Prüfungsunterlagen für die im Markt befindlichen Arzneimittel müssen innerhalb von 12 Jahren nach Inkrafttreten des zweiten AMG, d.h. bis zum Jahre

1989 dem BGA vorgelegt werden. Sind sie formal korrekt, und dies zu erreichen ist angesichts der Durchlöcherung des Wirksamkeitsnachweises für die Hersteller kein Problem, so bleiben alle Mittel im Markt.⁷⁸⁾

Die dritte Möglichkeit, die Zulassung eines neuen und das Verbleiben eines alten Arzneimittels davon abhängig zu machen, daß seine Überlegenheit in therapeutischer und/oder preislicher Hinsicht nachgewiesen wird, wird in der Bundesrepublik derzeit nicht diskutiert.

Fazit: Alle direkt wirkenden Instrumente, die die Zahl der im Markt befindlichen Arzneimittel senken oder zumindest den Neu-Zugang von Mitteln ohne therapeutischen und/oder preislichen Vorteil erschweren könnten, bleiben ungenutzt.

Der Ansatz, mithilfe der Transparenzlisten die schwächste Form der Nachfragesteuerung zu praktizieren, wird nur sehr zögernd angegangen und wegen der Unverbindlichkeit der Listen und der faktischen Unwirksamkeit des Regresses viel zu schwach instrumentiert.

4. Maßnahmen zur Steuerung der Forschungsressourcen

Die Kosten der von Hersteller-Firmen betriebenen Pharmaforschung ist der große Joker, der stets dann gezogen wird, wenn es gilt, hohe und steigende Pharma-Preise zu legitimieren. Zwar konnte nachgewiesen werden, daß die Industrieangaben über die Höhe der Kosten stark übertrieben sind⁷⁹⁾, doch ändert dies nichts an der Struktur der Argumentation.

Die in privater Konkurrenz betriebene Forschung mit starker Geheimhaltung führt zu erheblicher Ressourcen-Vergeudung durch Doppel- und Defensiv-Forschung. Außerdem muß angenommen werden, daß die Forschung sich eher auf absatzträchtige Marktlücken als auf therapeutische Defizite bezieht. Für eine öffentliche Steuerung der Forschung sprechen also gute Gründe. Wie nicht anders zu erwarten, reagiert die Pharmaindustrie äußerst empfindlich auf derartige Erwägungen. Als, ausgelöst durch die Klagen der pharmazeutischen Industrie,

die Maßnahmen zur Kostendämpfung schmälerten das Innovationspotential, das Thema "Arzneimittel-Forschung" auf die Tagesordnung der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen gesetzt wurde, drohte der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, "die Vertreter der Arzneimittel-Industrie werden sich nicht an der für den 10.Okt. (1978) geplanten Plenarsitzung beteiligen ... Die Beratungen liefen auf eine staatliche Forschungslenkung für die Arzneimittel-Branche hinaus"⁸⁰⁾. Ein anderer Autor fragt sich, ob "Minister Ehrenberg Überlegungen ausspinnt, ... deren Verwirklichung die pharmazeutische Industrie, insbesondere aber ihren kreativsten und für ihre wirtschaftliche Weltgeltung bedeutendsten Sektor mit einem Schlage von der Gnade und den Weisungen des Bundesarbeitsministeriums abhängig machen würde."⁸¹⁾ Nachdem auch Hannse von der Firma Schering vermutete, hier sei "natürlich ein erster Einstieg in die Kontrolle der Forschung der Pharma-Industrie in Deutschland"⁸²⁾ zu sehen, geriet dieses Thema wieder aus der öffentlichen Diskussion. Erst in jüngster Zeit taucht der Gedanke in veränderter Form wieder auf: Weil nicht-forschende "Unternehmen an den teuer bezahlten Forschungsergebnissen teilhaben (können), schlägt Scholl (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie) eine Kostenbeteiligung der Unternehmen vor, die von Forschungsergebnissen profitieren."⁸³⁾ Gedacht ist dabei an Zwangs-Lizenzen, die der Nachahmer nehmen müßte.⁸⁴⁾

Fazit: Jeder Versuch, die Forschungsressourcen öffentlich zu steuern, darf mit dem heftigsten Widerstand der pharmazeutischen Industrie rechnen. Inwieweit sich "selbstverwaltete" Systeme mit Zwangs-Lizenzen durchsetzen können, bleibt abzuwarten.

5. Zwischenbilanz

Hinsichtlich der Frage, inwieweit die diskutierten und realisierten Änderungen auf dem Pharma-Markt den eingangs aufgestellten Kriterien genügen, kann zusammenfassend festgehalten werden:

1. Alle Maßnahmen zur Senkung des Kostenanstieges sind Reformen der Nachfrage-Seite, die jeden Einfluß auf die Kostenquelle - die pharmazeutische Industrie - sorgsam aussparen.
2. Auf dem Gebiet der Information können tatsächlich Versuche beobachtet werden, Schritte in die richtige Richtung zu tun. Wie viele Jahre freilich bei hinhaltendem Widerstand der pharmazeutischen Industrie bis zur Vollendung der gigantischen Aufgabe der Fertigstellung von Transparenz-Listen noch ins Land gehen werden, wie die methodischen Probleme des therapeutisch-wirtschaftlichen Vergleichs bei den die große Mehrheit der Arzneimittel ausmachenden Kombinationspräparaten gelöst werden sollen, und ob schließlich ein ausgebautes System von Transparenz-Listen allein einen wesentlichen Einfluß auf die ärztlichen Verschreibungsgewohnheiten haben werden - all dies muß heute noch offen bleiben.
3. Hinsichtlich der Senkung der Anzahl der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel müssen die eingeleiteten Maßnahmen völlig versagen.
4. Gleiches muß hinsichtlich der Erschwerung der Neu-Zulassung von Arzneimitteln gesagt werden.
5. An das Problem der rationalen Steuerung der Forschungsressourcen haben sich die Reformer bis heute nicht einmal herangewagt.

IV. Alternativen

Wenn vor diesem düsteren Szenario ungelöster Probleme nunmehr ein Modell einer integrierten Reform des Arzneimittel-Marktes vorgestellt wird, so soll damit nicht der Eindruck erweckt werden, als handle es sich dabei um eine Art Aktionsprogramm, das nur darauf warte, in die Tat umgesetzt zu werden. Ein Blick auf die Defizite im Problembewußtsein, aber auch auf das politische und speziell das gesundheitspolitische Kräfteverhältnis zeigt, daß der Umsetzung eines solchen Programms kaum überwindbare Hürden im Wege stehen. Dennoch erscheint es notwendig und sinnvoll, Schritte und Ziele zu

bestimmen, mit deren Hilfe die Dominanz des Profitmechanismus in diesem Gewerbe zugunsten einer rationaleren, effizienteren, und billigeren Arzneimittel-Versorgung zurückgedrängt werden kann.⁸⁵⁾ Angesichts des rapide wachsenden Bewußtseins der Gefährdung von Leben und Gesundheit durch privat organisierte Produktion und Verteilung hochwirksamer Chemikalien, angesichts der zunehmenden Bemühungen um Kontrolle und Zurückdrängung gesundheitsgefährdender Beeinträchtigungen aus Umwelt und Nahrung, könnte eine Reform wie die hier vorgeschlagene auf Dauer durchsetzbar werden. Notwendig wäre sie schon heute.

Eine darauf gerichtete Politik wird sich weder auf eine verschärfte Handhabung des Kartellrechts noch auf eine Stärkung der Nachfragemacht (countervailing power) beschränken können. Vielmehr muß staatliche Wirtschaftspolitik in diesem Bereich auch direkt in die Entscheidungen der Unternehmen eingreifen und damit mehr und mehr an die Stelle der bislang dezentralen, aber funktionierender Konkurrenz nicht mehr unterworfenen Entscheidungsträger treten.⁸⁷⁾ Derartige Lösungen sind nicht nur nicht undenkbar, sie werden in der Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik längst praktiziert: Wo Investitionshilfen gewährt, Strukturpolitik für unterentwickelte Regionen betrieben und Sonderabschreibungen bei zyklischen und Strukturkrisen gestattet werden, setzt der Staat längst Daten, die die Investitions- und Produktionsentscheidungen der Unternehmen ziemlich direkt beeinflussen.⁸⁸⁾

Im Pharma-Sektor ginge es bei einer solchen Politik allerdings nicht darum, durch Einsatz öffentlicher Mittel die Profitmöglichkeiten einer notleidenden Branche oder einer entwicklungsbedürftigen Region zu verbessern. Vielmehr würden die im Interesse einer qualitativ und wirtschaftlich angemessenen Versorgung der Bevölkerung notwendigen Staatsingriffe die Bewegungsfreiheit des privaten Kapitals in diesem hoch-profitablen Sektor bis zu einem gewissen Grade einschränken, ohne freilich seine Existenzgrundlage anzu-

greifen. Entsprechende Regelungen sind im übrigen in anderen Ländern mit gleicher Wirtschaftsordnung teilweise seit vielen Jahren erfolgreich inkraft.⁸⁹⁾

Um den eingangs genannten fünf Reformzielen zu genügen, wäre ein Bündel von mindestens acht Maßnahmen erforderlich:

- a) Die Arbeit der Transparenz-Kommission müßte beschleunigt und effektiviert werden, um möglichst rasch alle wesentlichen Arzneimittel nach Indikations- und Stoffgruppen zu erfassen und pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Vergleichen zu unterwerfen. Daß dies angesichts der Anzahl der auf dem Markt befindlichen Arznei-Spezialitäten eine enorme Aufgabe ist und bei vielen Vergleichen eine eindeutige Zuordnung nicht möglich sein wird, kann nicht als Argument gegen die Notwendigkeit dieser Maßnahme verwendet werden, zumal die Gegenargumentation absurd ist: Weil so viel dubiose Mittel auf dem Markt sind, ist eine Reform unmöglich. Es würde der Beschleunigung und Versachlichung der Arbeit der Transparenz-Kommission sicherlich dienlich sein, wenn in ihr die Verkäufer von Arzneimitteln - Vertreter der Apothekerschaft und pharmazeutischen Industrie - nicht vertreten wären.

Die Untersuchungen und Vergleiche müßten sich primär auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen beziehen. Im Gegensatz zum nur formalen Prüfungsrecht des Bundesgesundheitsamtes bei der Anmeldung neuer Arzneimittel-Spezialitäten müßten bei diesen Untersuchungen auch eigene, hersteller-unabhängige klinische Erprobungen - auch von bereits im Markt befindlichen - Arznei-Spezialitäten möglich sein. Die Vorschriften für die klinische Erprobung durch die Hersteller müßten erheblich verschärft werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung dürften aber nicht einfach in folgenlosen Informationsschriften für Ärzte und Interessierte bestehen, sondern müßten zu Positiv-Negativ-Listen führen, wie sie etwa in der Schweiz schon lange gehandhabt werden: "Die eidgenössische Arzneimittel-Kommission, deren Mitglieder vom Bundesrat ernannt werden und der keine Vertreter der Industrie angehören, prüft die Arzneimittel-Spezialitäten

vor ihrer Aufnahme in die sogenannte Spezialitäten-Liste unter therapeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Therapeutische Gesichtspunkte haben den Vorrang. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist im wesentlichen bei therapeutisch identischen oder gleichwertigen Spezialitäten mit unterschiedlichen Preisen von Bedeutung."⁹⁰⁾

Die Arzneispezialitäten werden auf diese Weise in drei Gruppen geteilt: Arznei-Spezialitäten mit nachgewiesener Wirksamkeit, tolerierbaren Nebenwirkungen und nicht überhöhten Preisen werden in die Positiv-Liste aufgenommen. Ihre Kosten werden in jedem Fall von den Krankenkassen voll übernommen. Unwirksame oder schädliche Präparate und solche, für die gleichwertige aber billigere Substitute existieren, werden in der Negativ-Liste verzeichnet: Für diese Präparate kommt die Krankenkasse nicht auf. Im Ansatz existiert eine solche Regelung auch schon in der BRD, wo die Krankenkassen bestimmte dubiose "Stärkungsmittel" auch dann nicht zahlen, wenn sie als Arznei-Spezialitäten beim BGA registriert sind (§ 368p RVO). Diese Regelung müsste entsprechend ausgedehnt werden - jedoch nicht in der heute angestrebten Richtung der Ausklammerung der "Bagatell-Arzneimittel". Die dritte Gruppe von Arznei-Spezialitäten bilden in der Schweiz jene Präparate, bei denen eine eindeutige Zuordnung zu einer der beiden anderen Gruppen nicht möglich ist. Die Kosten dieser Präparate werden in der Schweiz von den Kassen zur Hälfte übernommen. Besser als diese auf Selbstbeteiligung hinauslaufende Lösung wäre für eine Übergangszeit eine Regelung denkbar, bei der solche Mittel voll von den Krankenkassen bezahlt werden, die Ärzte aber aufgrund der - auch heute schon stattfindenden - Überprüfungen ihrer Verordnungsgewohnheiten durch die Rezept-Prüfstellen bei massiver Verschreibung von Arzneimitteln dieser Mittelgruppe um Aufklärung über die Ursache ihres Verhaltens gebeten werden.

Eine weitere Aufgabe der Transparenz-Kommission müsste

in der Festlegung optimaler Packungsgrößen liegen. Ziel muß dabei sein, daß für Akut-Fälle, die nur einer einmaligen medikamentösen Therapie bedürfen, entsprechende Kleinpackungen vorhanden sind, während für lebenslange Dauermedikation auch die kostensparenden Groß-Packungen zur Verfügung stehen, soweit sich dies mit der Haltbarkeit der Präparate verträgt. Ändert ein Hersteller seine Packungsgröße oder zieht er eine Klein-Packung aus dem Markt, so hat er dies auf Anforderung der Transparenz Kommission zu begründen. Reicht die Begründung nicht aus, so kann die Kommission einzelne besonders unwirtschaftliche Packungen auf die Negativ-Liste setzen.

Grundsätzlich darf bei der Aufstellung von Positiv-Negativ-Listen der Primat der Therapie nicht verletzt werden: Ein hoher Preis für ein Arzneimittel darf allein kein Grund für die Einordnung in die Negativ-Liste sein.

- b) Bei Neuzulassungen wäre außer dem Wirksamkeitsnachweis aus der klinischen Erprobung, die bei Verdacht auf unzureichende Untersuchung herstellerunabhängiger wiederholt werden kann, eine Bedürfnisprüfung zu fordern, der Nachweis also, daß Präparate mit gleicher oder mit gleichwertiger Wirksamkeit nicht schon im Markt sind. Die im Wortsinne mörderischen Skandale um die "Arzneimittel" Contergan (Thalidomid) und Menocil hätten durch eine Realisierung dieser Forderung verhindert werden können: Zu Contergan (Thalidomid) heißt es z.B. in einer Stellungnahme aus der DDR, "... haben wir Thalidomid als potentielles Arzneimittel abgelehnt, und zwar zu einem Zeitpunkt, als uns Keimschädigungen nicht bekannt waren und wir über nervöse Störungen nur Gerüchte hörten. Thalidomid erschien uns nicht als notwendig (Hervorhebung im Original), zumal unserer Bevölkerung schon ein fast zu breites Sortiment an Beruhigungsmitteln zur Verfügung stand und wir zudem gegen einen breiten und schwer kontrollierbaren Konsum von neuen Psychopharmaka sowieso Bedenken haben."⁹¹⁾ Hinsichtlich des Appetitzüglers

Menocil, nach dessen Einnahme zahlreiche Menschen an Lungenhochdruck erkrankten bzw. starben, darf angenommen werden, daß er eine Bedürfnisprüfung ebenfalls nicht überstanden hätte.

- c) Da "Arzneimittel (als lebenswichtige Güter) Güter mit Kollektivguteigenschaft"⁹²⁾ sind, ihre Preisbildung dem Marktmechanismus de facto entzogen ist und ihre Finanzierung weitgehend über die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen erfolgt, ist eine Offenlegung der Kalkulation zu verlangen. Die Erstellung solcher Kalkulationen ist auch bei hohen Gemeinkostensätzen oder der Anwendung der Deckungsbeitragsrechnung möglich. Bei Kuppelproduktion können entsprechende Gruppen-Kalkulationen herangezogen werden. Es bedürfte lediglich der Aufnahme der Arzneimittelproduktion in den Katalog der "öffentlichen Aufträge", um die "Verordnung PR.Nr.30/53 über die Preise bei öffentlichen Aufträgen (VPÖA)" vom 21.11.1953 in Anwendung zu bringen, die die Kalkulation nach den "Leitsätzen für die Preisentwicklung aufgrund von Selbstkosten (LSP)" vorschreibt und eine Kontrolle dieser Kalkulation ermöglicht.⁹³⁾

In diesem Fall könnte den Herstell- und Vertriebskosten ein Gewinnsatz zugeschlagen werden, der in etwa den von der Bundesbank berechneten Gewinnen vor Steuern entspricht. Damit wird eine Benachteiligung der Pharma-Industrie gegenüber anderen Branchen verhindert. Bei den offenzulegenden Kalkulationen müßte neben den betrieblichen Besonderheiten insbesondere berücksichtigt werden, ob es sich um forschende oder nicht-forschende Unternehmen handelt. Würde dies nicht geschehen, so würden die Präparate der nicht-forschenden Unternehmen stets billiger sein, was zu einer nicht vertretbaren Austrocknung der Pharma-Forschung führen würde. Dieses Problem kann aber dadurch gelöst werden, daß die forschenden Unternehmen einen ihrer nachgewiesenen Forschungstätigkeit ent-

sprechenden Zuschlag abrechnen dürfen. Die aus diesem Zuschlag resultierende Verteuerung darf dann in keinem Fall dazu führen, daß die Produkte forschender Hersteller nicht in die Positiv-Liste aufgenommen werden; wenn also ein forschendes Unternehmen ein Präparat anbietet, welches nur deshalb teurer als ein gleichwertiges Arzneimittel eines nicht-forschenden Unternehmens ist, weil es mit Forschungszuschlag kalkuliert wurde, so darf dieses Präparat nicht in der Positiv-Liste diskriminiert werden. Eine andere Möglichkeit bestünde in einem Umlageverfahren, durch das die nicht-forschenden Unternehmen an der Forschungsfinanzierung beteiligt werden.

- d) Unter diesen Umständen könnte der Patentschutz für Arzneimittel aufgehoben werden, da der durch das Patent garantierte Monopolgewinn des prozessualen Monopolisten für seine Innovation durch den dauernden und auch die Innovation überdauernden Forschungszuschlag ersetzt wäre. Durch die Aufhebung des Patentbesitzes könnten die Schranken des Betriebsgeheimnisses bei der Arzneimittelforschung fallen, wodurch die Verschleuderung von Ressourcen durch Doppel- und Defensiv-Forschung vermieden werden könnten. Die großen Pharma-Hersteller könnten sich noch mehr als heute auf ihre ohnehin durch teilweise jahrzehntelange Arbeit fundierten Forschungsschwerpunkte konzentrieren und die Entwicklung vorantreiben.

Eine solche Regelung ist auch mit dem 1977 in Kraft getretenen Europäischen Patentübereinkommen⁹⁴⁾ kompatibel: Der deutsche Hersteller läßt sich vom Deutschen Patentamt die Patentnotwendigkeit seiner Entwicklung attestieren und reicht dieses Dokument zu Erlangung des Europa-Patentes ein. Damit wären die Außenhandelsinteressen der pharmazeutischen Industrie hinlänglich abgesichert.

- e) Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Forschern und den forschenden Unternehmen wäre eine zentrale Meldestelle über laufende und geplante Forschungsvorhaben sinnvoll, von der jedes forschende Unternehmen jederzeit die Daten über den Stand der Arbeit bei den anderen Unternehmen abrufen könnte. Eine solche Meldestelle müßte ihrerseits aktiv werden, wenn sie feststellt, daß mehrere Unternehmen über den gleichen Komplex forschen. Sie müßte die beteiligten Unternehmen auf diesen Umstand hinweisen und sie auffordern, entweder zu kooperieren oder die Forschungsressourcen auf ein Unternehmen zu konzentrieren. Ziehen die Unternehmen aus diesen Informationen und Aufforderungen keine Konsequenzen, könnte ihnen ihr kalkulatorischer Forschungszuschlag entsprechend gekürzt werden.

Bei Forschungsarbeiten auf Gebieten, für die es bereits hinreichend wirksame und zahlreiche Arzneimittel gibt, müßte gegenüber der Meldestelle auf Anforderung die spezifische Notwendigkeit dieser Forschungsarbeiten begründet werden. Ist die Begründung unzureichend, so kann die Meldestelle durch Veränderung des Forschungszuschlages in der Kalkulation die Forschungsressourcen des Unternehmens entsprechend kürzen.

- f) Neben den erheblich zu verschärfenden Vorschriften für die klinische Erprobung neuer Medikamente, deren Einhaltung staatlich überwacht werden muß (vgl.a), ist eine Kontrolle der laufenden Produktion durch staatliche Stellen unerlässlich. Ähnlich der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) müßte eine solche Stelle das Recht auf unangemeldete Betriebskontrollen, Entnahme von Proben aus jeder Charge und Untersuchung auf Einhaltung der von der World Health Organization (WHO) in der Good Manufacturing Practise (GMP) aufgestellten Normen erhalten. Bei der Feststellung von Mängeln in der Qualität kann die Vernichtung der jeweiligen Charge angeordnet werden. Bei wiederholten Verstößen müßte

eine Schließung des Betriebes möglich sein. Voraussetzung für diese Maßnahme ist ein entsprechender personeller und apparativer Ausbau der Landesgesundheitsämter.

- g) Dringend erforderlich ist eine standardisierte, herstellereunabhängige Information über jedes auf dem Markt befindliche Arzneimittel. Das US-amerikanische Standardwerk Physicians Desk Reference (PDR) könnte in dieser Hinsicht ein Vorbild sein, obwohl es bislang keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.⁹⁵⁾ Wegen der Marktfluktuation von Arzneimitteln wäre es denkbar, daß die Transparenzkommission die Ergebnisse ihrer Prüftätigkeit über jedes Arzneimittel auf einer formalisierten Karteikarte zusammenfaßt, eventuelle Minderheitsvoten sowie die wichtigsten Literaturstellen eingeschlossen, und jedem Arzt zusendet. Auf diese Weise hätte jeder Arzt jederzeit die Möglichkeit, sich in kürzester Zeit und in objektiver Form über Wirkstoff bzw. -kombination, Zubereitungsformen, Dosierung, Indikation, Kontraindikation, unerwünschte Wirkungen, Packungsgrößen, Preis sowie Zuordnung des Arzneimittels zur Positiv- bzw. Negativ-Liste eines jeden vorhandenen Arzneimittels zu informieren. Selbstverständlich müßte neben den Markennamen der Präparate auch die generic names, die für jede Substanz von der WHO festgelegt werden, verzeichnet sein.

Genügen dem Arzt diese Informationen nicht, so hat er das Recht, vom Hersteller zusätzliche Informationen, zumindest aber eine vollständige Bibliographie zu fordern. Legt der Arzt auf persönliche Information Wert, kann er den Besuch eines Firmen-Vertreters wünschen. Diese Firmen-Vertreter würden dann nicht mehr in Intensivkursen ausgebildete Laien sein wie die Mehrheit der heutigen Pharma-Vertreter, sondern müßten, da sie ausschließlich mit gezielten Fragen speziell interessierter Ärzte konfrontiert würden, eine hohe Qualifikation aufweisen. Die Berufsbezeichnung "Pharma-Referent" bekäme

so ihre Berechtigung. Nicht verlangte Vertreter-Besuche hätten dann ebenso zu unterbleiben wie der seit 1976 untersagte Versand nicht angeforderter Arzneimittel-Muster.

- h) Obwohl durch die unter g) genannten Maßnahmen der größte Ausgabenposten der Pharma-Werbung, die Aufwendungen für Pharma-Vertreter bereits deutlich reduziert würde, bleibt zu bedenken, ob die oftmals irreführende, in jedem Fall irritierende Werbung in Fachzeitschriften nicht gänzlich unterbunden werden sollte, zumal jeder Arzt durch die Positiv-Negativ-Liste sowie die beständig aktualisierte Arzneimittel-Kartei über sämtliche relevanten Informationen verfügt. Zumindest aber müßten die werbenden Unternehmen verpflichtet werden, sämtliche Informationen der Experten-Kommission, die der Arzt auch erhält, in ihre Annoncen aufzunehmen, und dies auch bei der Erinnerungswerbung. Auch müßte gewährleistet sein, daß der generic name in der Werbung mindestens gleichberechtigt neben dem Phantasie-Markennamen erscheint. Auf diese Weise würde dem Arzt die Einordnung der Werbeinformation erheblich erleichtert. Es könnte sich freilich durch diese Maßnahmen auch ergeben, daß die Fach-Werbung für die Hersteller auf die Dauer uninteressant wird und von selbst zurückgeht.

Hinsichtlich der Publikumswerbung müßten dagegen entschieden strengere Regelungen durchgesetzt werden. Das Spiel mit der Angst der Bürger, denen in Illustrierten-Anzeigen und im Fernsehen gewisse Leiden geradezu aufgeschwatzt werden, die haarsträubenden Versprechungen über Jugend, Kraft, Potenz und Erfolg sind Mißstände, die nach einer drastischen Antwort verlangen. Neben strengen Richtlinien wäre hier eine laufende Beobachtung durch ein herstellerunabhängiges Gremium vonnöten, das bei Übertretungen sofort einschreiten kann.

Die vorgeschlagenen acht Maßnahmen zur Reform des Arznei-

mittel-Marktes verlangen nach einem institutionellen Rahmen. Soweit Ansätze für sie bereits praktiziert werden, sind ihre Funktionen aufgesplittert: Qualitätsprüfungen erfolgen durch Stichproben-Einkäufe einzelner Landesgesundheitsämter, die Rezeptprüfung erfolgt (unzulänglich) durch die Rezeptprüfstellen der Krankenkassen, die Registrierung und Zulassung von Arznei-Spezialitäten nimmt das BGA vor, für Maßnahmen gegen Preis-Mißbrauch ist das Bundeskartellamt zuständig, die Werberichtlinien werden vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie verwaltet, eine Forschungskoordination betreiben faktisch nur die großen Pharma-Konzerne untereinander, und eine Beurteilung einzelner Arzneimittel erfolgt durch die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die von der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ("Bundesärztekammer") bestellt wird.

Es ist evident, daß zur wirksamen Durchsetzung dieses Maßnahmebündels eine gewisse Zentralisierung stattfinden müßte. Weiterhin ist deutlich geworden, daß eine Trennung der Funktionen in einen ökonomischen (Preise, Werbung) und einen pharmakologischen Komplex (therapeutische Vergleiche, Zulassung, Forschungskoordination) nicht praktikabel wäre, da bei fast allen Maßnahmen Fragen aus Pharmakologie, Medizin, Chemie, Jura und Ökonomie ineinandergreifen.

Es liegt deshalb nahe, für den gesamten Komplex ein zentrales Amt zu schaffen. Eine Ausnahme sollte bei den Rezeptprüfungen gemacht werden, für die wegen der Menge der anfallenden Daten die existierende regionale Lösung vorzuziehen ist. Ein solches Amt dürfte wegen der Bedeutung seiner Aufgabe nicht weisungsgebunden sein, zu denken wäre etwa an eine unabhängige Behörde wie die Bundesbank. Dieses Amt würde eine Reihe von Funktionen von anderen Behörden (BGA, BKartA) an sich ziehen und in erforderlichem Umfang neue Dienststellen schaffen. Selbstverständlich würde ein solches Amt Kosten verursachen. Diese dürften jedoch nur einen Bruchteil dessen ausmachen, was heute an Ressourcen vergeu-

det wird, abgesehen von dem in Geldgrößen nicht adäquat ausdrückbaren Nutzen, den es für die Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit den in zahllosen Fällen lebenswichtigen Arzneimitteln bringen kann.

Anmerkungen:

- 1 vgl.dazu: V.Friedrich,A.Hehn,R.Rosenbrock: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik, aus der Arbeit der Vereinigung Deutscher Wissenschaftler (VDW), Reinbek 1977. Diese Studie wurde vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie massiv kritisiert: pharma dialog 50, (o.V.) Wer gefährdet das deutsche Gesundheitswesen? Frankfurt 1977; zu einer wesentlich positiveren Einschätzung kam u.a. der Bundesverband der Ortskrankenkassen: E.Westphal: Eine neue Studie über die pharmazeutische Industrie, in: Die Ortskrankenkasse, No.12/1977, S.509 ff.
2. Ausführlicher hierzu: R.Rosenbrock: Der Pharma-Markt, Eine Untersuchung über Struktur und Konkurrenzformen der westdeutschen pharmazeutischen Industrie, Bremen (Diss.) 1976, S.1-10
- 3 vgl. dazu: E.Berger et al: Systemanalyse, Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien 1978 (Projektleitung: F.Naschold), Bd.1, S.1-16 und S.131-203, sowie: E.Dähne, K.Priester: Arbeitsbedingungen und gewerkschaftlicher Kampf, Frankfurt 1978, S.79-118
- 4 Auf die bestehenden Interessendivergenzen innerhalb dieser Branche, vor allem zwischen großen und kleinen Unternehmen, zwischen international und national agierenden Konzernen sowie zwischen den Herstellern von Chemotherapeutika und Produzenten homöopathischer Mittel, Phytotherapeutika etc. kann in diesem Beitrag nicht eingegangen werden.Sie sind für den hier behandelten Politikzusammenhang auch nicht von bestimmender Bedeutung.
- 5 vgl.H.Kühn: Macht und Gesundheit, in: Das Argument, Nr. 113, Berlin 1979, S. 94 ff
- 6 vgl.F.Naschold: Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, in: Argument Sonderband 8, Berlin 1976, S.196 ff,H.Kühn: Bedingungs-wandel von Krankenhauspolitik, in: Argument Sonderband 12, Berlin 1976, S.26ff, E.Standfest: Sozialpolitik zwischen Anpassungsproblemen und Strukturkrisen, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, No 3/1978, S. 159ff
- 7 A.Schmidt (Bundesverband der Ortskrankenkassen): Die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 58 (1976), Nr.1/2, S.18
- 8 E.Rahner (Leiter der Marktforschung der Firma Thomae): Stopp der Arzneimittelpreise - Gewinne und Verluste. pharma dialog 18, Frankfurt 1973, S. 17
- 9 ebenda S. 26

- 10 K.Moebius: Untersuchung der pharmazeutischen Industrie der Bundesrepublik Deutschland (Gutachten des Instituts für Weltwirtschaft, Kiel, unveröffentlichtes Manuskript), Kiel 1975, S. 140
- 11 D.Nord, Kosten des medikamentösen Fortschritts, medizinisch-pharmazeutische Studiengesellschaft, Frankfurt 1976, zitiert nach: Pharma-daten 78, Frankfurt 1978, S.55
- 12 Diese Firma ist außerdem in Athen, Brüssel, Den Haag, Innsbruck, London, Madrid, New York und Zug präsent.
- 13 vgl.Greiser: Arzneiverordnungen in Niedersachsen, in: Argument Sonderband 27, Berlin 1978, S.79
- 14 V.Friedrich et al., a.a.O., S. 126 bis 131; zur Kritik dazu vgl. pharma dialog 50: Wer gefährdet das deutsche Gesundheitswesen, Frankfurt 1977, S. 36 bis 37
- 15 W.Hilger: Selbst ist der Mann, in: Handelsblatt vom 16.11.1978
- 16 Molitor,B.: Selbstbeteiligung in der Diskussion, in: Arbeit und Sozialpolitik, 30/5, 1976, S. 167
- 17 vgl. dazu auch Staatssekretär Prof.J.Wolters, in: Die Ortskrankenkasse Nr.23/24, 1975, S.955 sowie J.Scholmer: Patient und Profitmedizin, Opladen 1973, S.43
- 18 V.Friedrich et al.,a.a.O.: S.130
- 19 Vgl.Handelsblatt vom 9.11.1978: Streit mit den Kassen wegen steigenden Pharmakonsums
- 20 Vgl. V.Friedrich et al.,a.a.O.: S. 361 bis 389
- 21 KVKG § 1, Abs. 8
- 22 Die Ortskrankenkasse Nr. 23/24, 1975, S.955
- 23 Th.Herder-Dorneich: Zur Ökonomik der Selbstmedikation, in: Der niedergelassene Arzt vom 22.1.1978, S.56
- 24 Pressemitteilung des NAV: Selbstmedikation sicherer machen,ärztlicher Informationsdienst "Eurinform" vom 20.1.1978
- 25 Pharmazeutische Zeitung vom 24.8.1978, S. 1439
- 26 ebenda
- 27 Deutsche Apothekerzeitung vom 7.9.1978, S.1327,
- 28 dfg, Dienst für Gesellschaftspolitik vom 9.11.1978
- 29 W.Hilger: Selbst ist der Mann, in: Handelsblatt vom 16.11.1978

- 30 Die obligatorische dreijährige Rezeptpflicht für neue Wirkstoffe war der Kern der gesetzgeberischen Konsequenz, die mit der ersten Novellierung des ersten Arzneimittelgesetzes 1964 aus der Contergan-Katastrophe gezogen wurde.
- 31 Pharmazeutische Zeitung vom 26.10.1978, S.1980 f
- 32 A.Müller: Die fünf Empfehlungen der "konzertierten Aktion in Weiß", in: Die Welt vom 21.3.1978;
H.Dippner: Muschallik: Behandlungsfreiheit der Ärzte ist nicht gefährdet, in: Frankfurter Rundschau vom 27.4.1978,
E. Rahner: Bilanz zur konzertierten Aktion, in: Die pharmazeutische Industrie, April 1978, S. 285 f
- 33 A.Müller, a.a.O., in: Die Welt vom 21.3.1978
- 34 Medikamente: Neue Notierung, in: Der Spiegel vom 6.3.1978, S. 225 f
- 35 BKV-Informationsdienst vom 10.3.1978: Pharma-Industrie: Weiterhin Preisdisziplin, sowie auch: Pharma-Industrie: Beherzt zugegriffen, in: Der Spiegel vom 15.5.1978, S.74 ff, Pharma-Industrie weist Vorwürfe zurück: Berichte über zweistellige Teuerungsraten "erstunken und erlogen", in: Süddeutsche Zeitung vom 18.5.1978
- 36 Vgl. I.Simon: Berufssituation und Berufsperspektive der Apotheker, in: Das Argument, Sonderband 4, Berlin, S. 188 ff
- 37 Pharma-daten 78, a.a.O., S. 91
- 38 Ärzte - Bündnis der Sparer, in: Der Spiegel vom 20.8.1979, S.172
- 39 Vgl.I.Simon: Die Preispolitik der pharmazeutischen Industrie im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung und ihre Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973, S. 362
- 40 Anders hierzu: W.Hamm: Ordnungspolitische Auswirkungen des KVKG auf die Pharma-Industrie, pharma dialog 58, Frankfurt 1978. Der Autor sieht im KVKG Tendenzen, die zu "gemeinschaftlichen Preisstrategien" der Pharma-Produzenten führen, sowie Anreize zur Qualitätsverschlechterung und sinkender Innovation bieten. Da er aber von Prämissen wie "an sich" funktionierendem Preiswettbewerb auf dem Pharma-Markt, therapeutischer Überlegenheit teurerer gegenüber billigen Arzneimitteln sowie dem "Greifen" der Instrumente des KVKG ausgeht, kann sein Beitrag hier ausgeklammert werden.

- 41 Entwurf einer Konzeption über die Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt von der Erzeuger- bis zur Verbraucherstufe, bekannt geworden als "Bauer-Papier", in: Pharmazeutische Zeitung 117.Jahrgang (1972, Nr. 45, S. 1709 f, hier: S.1720). Vgl. dazu auch Ph.Herder-Dorneich: Systemanalyse und Systempolitik der Arzneimittelversorgung, pharma dialog 45, Hrsg. vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, Frankfurt 1976: "Es wird nämlich an einer Stelle in das System eingegriffen, an der Preisbildung und Nachfragefixierung bereits vollzogen sind." (S.12)
- 42 In der seit 1973 laufenden Kartellsache gegen die Hoffmann LaRoche AG wegen der Preise für Valium und Librium wurde zwar am 24.8.1978 vom Berliner Kammergericht geurteilt, daß Hoffmann La Roche die Preise um 24 % senken müssen, Hoffmann La Roche "konterte postwendend und erklärte auf Anfrage dem Handelsblatt: "Wir gehen vor den Bundesgerichtshof"(Handelsblatt vom 25./26.8.78) Die mittlerweile von allen Gerichts-Instanzen im Prinzip anerkannte Überteuerung der Überteuerung der Arzneimittel aus der Benzodiazepin-Gruppe (Valium u.a.) kostet die Versicherten Jahr für Jahr ca. 30 Mio.DM. Vgl. dazu auch: R. Rosenbrock: Konkurrenz auf dem Pharma-Markt, in: Das Argument Sonderband 12, Berlin 1976, S. 88ff
- 43 Vgl.V.Friedrich et al., a.a.O., S. 112 bis 126 sowie S. 317 bis 335
- 44 pharma-jahresbericht 1977/78, Hrsg. vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, Frankfurt 1978, S.17
- 45 Vgl. I.Simon: Das zweite Arzneimittelgesetz, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.3, Argument Sonderband AS 27, Berlin 1978, S. 224 f
- 46 Vgl. V. Friedrich et al., a.a.O., S. 121
- 47 Süddeutsche Zeitung vom 7.4.1978
- 48 Ein Fortbildungslehrgang soll in der Regel 1000 Unterrichtsstunden in 12 Monaten umfassen, davon 240 in spezieller Pharmakologie mit Krankheiten und Krankheitsverläufen, 200 in Anatomie und Physiologie, 80 in Biochemie sowie je 60 in allgemeiner Pharmakologie, Chemie und Physik. Ferner muß allgemeine Pathologie, medizinische Mikrobiologie und Parasitologie, Pharmazie, das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik, Rechtskunde, Struktur und Besonderheit des Arzneimittelmarktes und der pharmazeutischen Verbände studiert werden. Schließlich fordert der Gesetzgeber 100 Unterrichtsstunden allgemeine Gesprächspsychologie und 95 Stunden Betriebs- und Volkswirtschaftslehre, EDV und marketing. Aus: Süddeutsche Zeitung vom 7.4.1978: Ein neuer Pharma-Beruf

- 49 pharma-fakten 1978, a.a.O., S.68
- 50 Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 12.9.1978: Werbe-
wirtschaft kritisiert Apotheker-Berufsordnung
- 51 Vgl. Soziale Sicherheit, 5/1978, S.141
- 52 I.Simon: Das zweite Arzneimittelgesetz, a.a.O., S.224
- 53 ebenda
- 54 Welt der Arbeit vom 20.7.1978: Die Kontrolleure sind
überfordert
- 55 E.Liefmann-Keil: Der Arzneimittel-Markt im Rahmen der
Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
Frankfurt 1973
- 56 B.Molitor: Der Arzneimittelmarkt und die Reform der
sozialen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst
6/1973, S. 297 ff
- 57 Bundestagsdrucksache 7/4557 vom 12.1.76, Gesetzentwurf
der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes über Rege-
lungen auf dem Arzneimittelmarkt
- 58 Gesundheitspolitisches Programm des deutschen Gewerk-
schaftsbundes, Düsseldorf, Mai 1972, S.26
Die innergewerkschaftliche Diskussion über eine Reform
der Arzneimittelversorgung scheint noch nicht zu einem
abschließenden Ergebnis gelangt zu sein. Dies zeigt sich
u.a. darin, daß der analytische Teil der 'Perspektiven
der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik' (Stuttgart
1977) sehr klare Aussagen zu diesem Problem enthält.
(S.10f), während im programmatischen Teil (S.14 ff)
hierzu keinen Orientierungen geboten werden. Inwieweit
dies auf Interessendivergenzen zwischen Einzelgewerk-
schaften (v.a.ÖTV, IG Chemie und IG DRUPA) zurückzufüh-
ren ist, kann hier nicht untersucht werden.
- 59 Zitiert nach: I.Simon: Das zweite Arzneimittelgesetz,
a.a.O., S. 225
- 60 Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs Zander
auf die Anfrage des Abgeordneten Dr. Jens (SPD) im
Deutschen Bundestag, 8. Wahlperiode, 94.Sitzung,
7.6.1978, Protokoll S. 7441
- 61 Brauchen die Ärzte eine Meßlatte? Der gescheiterte
Versuch, den Arznei-Wirrwarr zu ordnen, in: Der Spie-
gel vom 10.7.1978, S.76 - 78
- 62 ebenda
- 63 pharma jahresbericht 1977/78, hersgg. vom Bundesver-
band der pharmazeutischen Industrie a.a.O., S. 32

- 64 W.Schnieder: Das durchsichtige Arzneimittel, in: Der Kassenarzt, Heft 27/1978 vom 3.9.78, S.5122 ff.
- 65 H.O.Scholl, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie, in: Markttransparenz contra Therapiefreiheit, der deutsche Arzt, 10.11.78, S. 54 ff
- 66 M.Tiefenbach, Vorsitzender des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie, zitiert in: Nur das Ende der Mischkalkulation? in: Der praktische Arzt, 15.7.1978, S. 2477
- 67 G.Windschild, Pharma-Industrie: Kostendämpfung gefährdet Forschung, in: Sozialpolitische Informationen, Sendung des hessischen Rundfunks vom 3.2.1978, 18⁴⁵ Uhr
- 68 Zitiert in: Kostendämpfung dämpft Initiativen, in: Die Rheinpfalz vom 16.6.1978
- 69 Erste Transparenzliste vorerst abgewehrt, in: status vom 1.12.1978, S. 21
- 70 Die Transparenz, in: Deutsche Apothekerzeitung vom 26.10.1978, S. 1635 f
- 71 Die bislang gebräuchlichsten Ziffern waren 8000, 15.000, 30.000 und 60.000. Und H.-J.Cramer von der Pressestelle des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie versuchte das Problem so in den Griff zu bekommen: "Nenne mir die Summe der Medikamente, und ich sage dir, wer du bist", in: Deutsches Ärzteblatt 482 (1974)
- 72 Vgl. z.B. Saarbrücker Zeitung vom 14.11.1978
- 73 Persönliche Mitteilung aus dem Bundesgesundheitsamt vom 24.1.1979
- 74 pharma jahresbericht 1977/78, S. 72
- 75 Vgl. V. Friedrich et al., a.a.O., S. 311 ff
- 76 W.Kreienberg, Vorstand der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, in: Chance der Markt-Bereinigung vertan, in: status vom 26.6.78, S. 18
- 77 Vgl. I.Simon: Das zweite Arzneimittelgesetz, a.a.O., S. 219
- 78 Vgl. ebenda
- 79 V.Friedrich et al., S.182 bis 206
- 80 Arzneimittelindustrie greift Regierung an, in: Schwäbische Zeitung vom 28.8.1978

- 81 W.Hemmer, Pharma-Forschung "wie geschmiert?", in: Ärztliche Praxis vom 19.9.1978
- 82 Das Hauptversammlungs-Stenogramm: Schering AG, in: Blick durch die Wirtschaft vom 26.10.1978
- 83 Pharma-Verband sieht Gefahren für die Forschung, in: Süddeutsche Zeitung vom 8.12.1978
- 84 Zwangslizenz für Arznei-Wirkstoffe?, in: Blick durch die Wirtschaft vom 8.12.1978
- 85 Daß damit noch nicht das strukturelle Übergewicht und der prägende Einfluß der Pharma-Therapie auf die anderen Stufen des Gesundheitswesens beseitigt werden kann, sei noch einmal wiederholt.
- 86 vgl. Fußnote 42
- 87 Die vierte Möglichkeit, die direkte Vergesellschaftung der Pharma-Industrie, bleibt hier ausgeklammert, weil eine isolierte Verstaatlichung dieser Industrie angesichts ihrer engen Verknüpfung mit der großen Chemie-Industrie sowie dem Bank-Apparat derzeit nicht vorstellbar ist.
- 88 Vgl. Meißner, W.: Investitionslenkung, Frankfurt 1974
- 89 Vgl. dazu: E.Berger et al.: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, (Projektleitung F.Naschold), Wien 1978, Band 2, S.171 - 268.
Die Gründe für den zeitlich und inhaltlich unterschiedlichen Verlauf der Diskussion über Reformen der Arzneimittel-Versorgung sowie für den unterschiedlichen Grad der Realisierung in verschiedenen Ländern können in diesem Beitrag nicht untersucht werden. Ihre Kenntnis wäre für die Bestimmung einer konkreten Politik der Reform-Durchsetzung von großer Wichtigkeit.
- 90 H.E. Schmidt: Möglichkeiten und Ziele einer staatlichen Arzneimittel-Informationsstelle im Rahmen einer wettbewerblichen Wirtschaftsordnung, in: Wettbewerb in Recht und Praxis, Nr. 2/1973, S. 70 f
- 91 F.Jung: Vorwort zu: H.Sjöström und R.Nilsson: Contergan oder die Macht der Konzerne, Berlin 1975, S.9
- 92 E.Liefmann-Keil: Der Arzneimittelmarkt ... a.a.O., S.7
- 93 Nach diesen Leitsätzen müssen unter anderem Rüstungsaufträge sowie der Bedarf von Bundesbahn und Bundespost kalkuliert werden. Für öffentliche Bauten gibt es eine entsprechende Baupreisverordnung. Die Rechtsgrundlage bildet das "Übergangsgesetz über Preisbildung und Preisüberwachung (Preisgesetz)" vom 10.4.1948, veröffentlicht in: WiGBe. , S. 27

Es darf dabei nicht übersehen werden, daß die Anwendung des Gesetzes noch keine Senkung des Preisniveaus bedeutet. Gerade die Bereiche Rüstung und Bau zeigen, daß der Staat durch manipulierte Kalkulationen oft genug "Inflationsverlierer" ist, weil die Preissteigerungen der von ihm bezogenen Güter und Dienste über denen der Privatwirtschaft liegen. Die Lösung dieses Problems kann nur in einer konsequenteren Anwendung der Gesetze liegen. Die bis heute zu konstatierende Nicht-Lösung des Problems ist aber kein Argument gegen die Richtigkeit des Weges.

- 94 pharma fakten 78, hrsgg. vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, a.a.O., S. 23
- 95 Vergleichbare Arzneiverzeichnisse sind:
GB: MIMS - Monthly Index of medical specialities
Schweden: FASS - Farmaceutiska Specialiteter i Sverige
Italien: L'Informatore Farmaceutico
DDR: Arzneimittelerzeichnis